

**RECONNAISSANCE DE**

**LITS IDENTIFIÉS EN SOINS PALLIATIFS en MCO**

**- Dossier de demande -**

*Le présent document s’adresse à l’ensemble des établissements publics et privés de la région PACA souhaitant identifier au sein de leurs services des lits de soins palliatifs et pouvoir bénéficier à ce titre de la reconnaissance tarifaire prévue dans le dispositif de tarification à l’activité pour les lits en MCO.*

*Les éléments présentés dans ce dossier ne sont pas exclusifs de toutes les informations que l’établissement et le service concerné jugent utiles d’apporter à la demande transmise à l’ARS.*

*Les documents complémentaires (plan des locaux, projet de services, protocoles, conventions…) seront joints en annexe au dossier.*

*Il est conseillé, de lire attentivement la circulaire N°DHOS/O2/2008 relative à l’organisation des soins palliatifs pour remplir ce dossier.*

**Dossier de demande de reconnaissance contractuelle de Lits Identifiés De Soins Palliatifs (LISP) en MCO 2019**

**Référence :**

* ***Circulaire N°DHOS/02/2002/99 du 25 mars 2008 relative à l’organisation des soins palliatifs et son annexe 1.***
* ***Projet Régional de Santé 2018-2023 de l’ARS PACA - Soins Palliatifs***

|  |  |
| --- | --- |
| Auteur de la demande **(Raison sociale, représentant légal, n° finess, adresse) :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse du lieu d’implantation concernant la demande :**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne référente sur ce dossier : (nom, qualité, adresse mail et téléphone)** |  |

[1. PRÉSENTATION GENERALE DE L’ETABLISSEMENT 5](#_Toc9358104)

[1. Autorisations détenues par l’établissement 5](#_Toc9358105)

[2. Organisation de la filière de soins palliatifs 5](#_Toc9358106)

[3. Calendrier de mise en œuvre du projet présenté 6](#_Toc9358107)

[2. DESCRIPTION DU PROJET DE LISP DE SSR 6](#_Toc9358108)

[1. Principes d'organisation générale 6](#_Toc9358109)

[2. Le projet 8](#_Toc9358110)

[3. ACTIVITE DE L’ETABLISSEMENT 9](#_Toc9358111)

[1. Données PMSI 9](#_Toc9358112)

[2. File active des patients 10](#_Toc9358113)

[3. Evolution de l’activité de soins palliatifs 10](#_Toc9358114)

[4. MODALITES DE PRISE EN CHARGE 11](#_Toc9358115)

[1. Prise en charge en soins palliatifs 11](#_Toc9358116)

[2. Dossier médical 11](#_Toc9358117)

[3. Suivi 12](#_Toc9358118)

[5. CONDITIONS D’ACCUEIL ET D’HERBERGEMENT 13](#_Toc9358119)

[1. Locaux du service 13](#_Toc9358120)

[2. Equipements et matériels du service 13](#_Toc9358121)

[3. Chambres dédiées aux LISP SSR 14](#_Toc9358122)

[4. Autres informations nécessaires à la compréhension du dossier 14](#_Toc9358123)

[6. RESSOURCES HUMAINES 16](#_Toc9358124)

[1. Référents en soins palliatifs 16](#_Toc9358125)

[2. Effectif en personnel 16](#_Toc9358126)

[3. Diplômes et formations 18](#_Toc9358127)

[4. Projets spécifiques liés à la présente demande de reconnaissance en lits identifiés de soins palliatifs 19](#_Toc9358128)

[7. LIEN AVEC LES AUTRES INTERVENANTS 20](#_Toc9358129)

[1. Situation existante 20](#_Toc9358130)

[2. Projets spécifiques liés à la présente demande de reconnaissance en lits identifiés de soins palliatifs 21](#_Toc9358131)

[8. COUT DU PROJET 22](#_Toc9358132)

[Date et Signature du représentant légal de l’établissement 23](#_Toc9358133)

# PRÉSENTATION GENERALE DE L’ETABLISSEMENT

## 1. Autorisations détenues par l’établissement

* **Etablissement mono-activité MCO : oui/non**
* **Autres activités autorisées :**
* **Capacité totale de l’établissement :**
* **Plateau technique :**
* **Permanence des soins de l’établissement :**

## 2. Organisation de la filière de soins palliatifs

* **Etablissement participant à une filière de soins palliatifs :**

Si oui, préciser l’établissement support ayant 1 USP ou 1 EMSP

* **Partenariats développés avec***(à chaque fois, préciser le nom et la localisation sur le territoire, le département ou hors département)*
* D’autres établissements MCO (LISP,…..) :
* D’autres établissements SSR :
* Des structures médico-sociales :
* Des EMSP :
* Des réseaux de soins palliatifs :
* **Existence de conventions :** Etablissements concernés *(Nature,* ***durée et date de la signature*** *de la convention)*
* Si l’établissement gère un **service d’hospitalisation à domicile (HAD),** veuillez préciser le nombre de journées, la zone d’intervention et le nombre de journées consacrées aux soins palliatifs.

##

## 3. Calendrier de mise en œuvre du projet présenté

# DESCRIPTION DU PROJET DE LISP DE MCO

## Principes d'organisation générale

|  |  |
| --- | --- |
| **Organisation générale** |  |
| **Responsable du projet :****Nom- Prénom :****Fonction / qualification :** **Téléphone :****Adresse e-mail :**  |  |
| **Projet médical d’établissement (PME) :****Période de validité :** | [ ]  Oui [ ]  Non**Merci de joindre le volet « activité palliative » du PME.** |
| **Existence de lits identifiés de soins palliatifs au sein de l’établissement :** [ ]  Oui [ ]  Non | Si oui, préciser :* Nombre de lits :
* Date de la dernière

reconnaissance :* Localisation des lits :
 |
| **Existence d’une Equipe mobile de soins palliatifs au sein de l’établissement :** [ ]  Oui [ ]  Non | Si oui, préciser :* Périmètre de l’EMSP (intra-, extra-hospitalière, inter-hospitalière, domicile:
* File active annuelle des patients (année N-1) :
* Nombre annuel de patients pris en charge :
* Composition de l’équipe en ressources humaines :
 |
| **Existence de lits identifiés de soins palliatifs au sein de l’établissement :** [ ]  Oui [ ]  Non | Si oui, préciser :* Nombre de lits :
* Date de la dernière

reconnaissance :* Localisation des lits :
 |

## 2. Le projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de l’unité :** |  |
| **Capacité sollicitée de lits identifiés de soins palliatifs :** |  |
| **Service(s) et/ou pôle(s) de rattachement :** |  |
| **Capacité du service :** |  |
| **Localisation architecturale****(Joindre un plan de situation) :** |  |
| **Nom et qualification du médecin responsable :** |  |

**3.** Motivation de la demande (rédaction libre)

# ACTIVITE DE L’ETABLISSEMENT

## Données PMSI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicateurs d’activité PMSI \*** | **AnnéeN-2** | **AnnéeN-1** |
| **PMSI** | Nombre total de séjoursPMSI de l’établissement |  |  |
| *Dont MCO*  |  |  |
| *Dont SSR* |  |  |
| *Dont* ***service MCO******sollicitant des LISP*** |  |  |
| **PMSI SOINS PALLATIFS** | Nombre de séjours PMSI avec diagnostic principal ou associé Z 515 de l’établissement |  |  |
| *Dont MCO* |  |  |
| *Dont SSR* |  |  |
| *Dont* ***service MCO******sollicitant des LISP*** |  |  |
| Nombre de journées PMSI **MCO** avec diagnostic principal ou associé Z 515 de l’établissement |  |  |
| *Dont MCO* |  |  |
| *Dont SSR* |  |  |
| *Dont* ***service MCO******sollicitant des LISP*** |  |  |
| **Décès** | Nombre de décès dans l’établissement |  |  |
| *Dont MCO* |  |  |
| *Dont SSR* |  |  |
| *Dont service MCO* ***sollicitant des LISP*** |  |  |
|  | *Dont USLD ou EHPAD si rattaché à l’établissement* |  |  |

**\****L’ARS procédera également à certaines extractions PMSI des années N-2 et N-1.*

## File active des patients

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicateurs d’activité file active des patients** | **AnnéeN-2** | **AnnéeN-1** |
| **File Active** | Nombre de patients différents pris en charge pour des soins palliatifs dans le service ***MCO******sollicitant des LISP*** |  |  |
| * *Dont provenant d’un autre service de l’établissement*
 |  |  |
| * *Dont provenant du domicile*
 |  |  |
| * *Dont provenant d’un autre établissement*
 |  |  |

## Evolution de l’activité de soins palliatifs

Appréciation et commentaire sur l'évolution de l'activité de soins palliatifs réalisée dans le service pour les 2 dernières années ?

# MODALITES DE PRISE EN CHARGE

## Prise en charge en soins palliatifs

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OUI**  | **NON**  | **COMMENTAIRES** |
| **Le projet de service et de soins sur la prise en charge des patients en soins palliatifs est-il formalisé ?** |   |   | - Si Oui, (date d’élaboration) : Joindre une copie du document- Si Non, (date prévisionnelle d’élaboration) : |
| **Une fiche d’inclusion permettant de justifier l’entrée d’un patient en LISP est-elle utilisée ?**  |   |   | - Si oui, joindre une copie du document  |
| **Une procédure d’identification des patients justifiant une prise en charge palliative en LISP est-elle tracée dans le dossier, et validée par la réunion pluridisciplinaire et pluri professionnelle ?** |   |   |   |

## Dossier médical

Le dossier médical comporte-t-il les éléments spécifiques suivants ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| **Indications sur le contexte familial et social du patient**  |   |   |  |
| **Protocoles de soins et thérapeutiques** |   |   |  |
| **Projet de soins adapté comportant une mention de l’intensité raisonnable des soins, les éléments de réflexion collégiale**  |   |   |  |
| **Indications sur l’intervention du psychologue** |   |   |  |
| **Indications sur l’intervention de l’assistant de service social** |   |   |  |
| **Estimation du parcours de soins ultérieur** |   |   |  |
| **Fiche pour la continuité des soins (transferts, retour à domicile)** |   |   |  |

## Suivi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| **Existence de protocoles spécifiques formalisés concernant la prise en charge des patients en fin de vie**  |   |   | **Joindre en annexe une copie de ces protocoles.**  |
| **Organisation de réunions pluridisciplinaires et pluri-professionnelles (RPP) autour de la prise en charge des patients ? A quelle fréquence ?** |   |   | **Préciser les intervenants :** |
| **Le service peut-il assurer une admission directe en cas de crise en moins de 24h ?** |   |   |   |
| **Des mesures sont-elles mises en œuvre pour s’assurer que les droits du patient et des proches sont respectés (consentement, information) ?** |   |   | **Préciser ces mesures :** |
| **Les prescriptions anticipées sont-elles utilisées par les médecins ?** |   |   |   |
| **L’aménagement des horaires de visites est-il prévu (possibilité pour l’entourage d’être présent 24h/24) ?** |   |   |   |
| **Une supervision de l’équipe soignante par un(e) psychologue externe est-elle prévue ?** |  |  | **Préciser les intervenants et les modalités :** |

**Commentaires**

# CONDITIONS D’ACCUEIL ET D’HERBERGEMENT

## Locaux du service

Décrire les locaux du service dans lesquels seront pris en charge les patients relevant de soins palliatifs.

Préciser l’existence de lieux et espaces spécifiques pour :

* le personnel (salles de réunion, salle d’entretien avec les proches),
* les familles (salon des familles obligatoire)
* les bénévoles d’accompagnement.
* **Joindre en annexe les plans détaillés des locaux prévus**

## Equipements et matériels du service

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de matériel** | **Nombre disponible dans le service** | **Dont matériel spécifiquement réservé aux LISP** |
| ***Actuel*** | ***Prévu*** | ***Actuel*** | ***Prévu*** |
| - Pousses seringues électriques |  |  |  |  |
| - Pompes de contrôle de l’analgésie (PCA) |  |  |  |  |
| - Autre  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| • | Baignoire de relaxation |  |  |  |  |
| • | Lève-malade |  |  |  |  |
| • | Brumisateurs |  |  |  |  |
| • | Autres (préciser)R°r) : |  |  |  |  |

## Chambres dédiées aux LISP MCO

Préciser l’organisation spatiale des LISP dans le service MCO concerné :

* Chambres regroupés géographiquement : [ ]  Oui [ ]  Non
* Chambres dédiées aux soins palliatifs : [ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Chambre** | **Surface (avec sanitaires)** | **Accessibilité PMR** | **Douche** | **WC** | **Lit médicalisé électrique** | **Matelas anti escarre** | **Fluides médicaux** | **Fauteuil de repos** | **Possibilité lit accompagnant** | **Ligne téléphonique** |
| 1 |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PMR : Personnes à Mobilité Réduite

## Autres informations nécessaires à la compréhension du dossier

* **L’établissement dispose-t-il d’une chambre mortuaire ?**

Si oui, décrire son organisation et son fonctionnement

Si non, préciser les modalités d’organisation de l’établissement, en particulier le lien avec une chambre mortuaire et la mise à disposition d’un document récapitulatif des différents rites :

* **Travaux préalables à effectuer (préciser) :**
* **Autres informations**

# RESSOURCES HUMAINES

## Référents en soins palliatifs

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOM PRENOM** | **QUALIFICATION** | **Formation en soins palliatifs (DIU, DESC)** | **Date de la formation** |
| **Référent médical**  |  |  |  |  |
| **Référent paramédical**  |  |  |  |  |

* **Joindre une copie des diplômes ou une attestation d’inscription en cours**

Préciser les missions des référents et les moyens et le temps spécifique qui leurs sont alloués dans la demande d’attribution de LISP.

## Effectif en personnel

* Indiquer la liste du personnel présent au 1er janvier de l’année en cours, spécifiquement attaché au service présentant la demande de LISP.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Personnel affecté dansle service sollicitantdes LISP** | **Evaluation dutemps dédié aux LISP** |
| **Nombre** | **ETP** |  |
| Médecin |  |  |  |
| Cadre |  |  |  |
| IDE |  |  |  |
| Aide-soignante qualifié |  |  |  |
| ***Ratio personnel soignant / lit du service*** |  |  |  |
| ***Ratio personnel soignant / LISP*** |  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |
| ASH |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| ***Ratio de psychologue/LISP*** |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |
| Assistante de service social |  |  |  |
| Autres (diététicien Ergothérapeute....) |  |  |  |

* Indiquer si d’autres personnels de l’établissement (non rattachés au service) participent également à la prise en charge des patients en LISP :

|  |  |
| --- | --- |
| **Qualification** | **Evaluation dutemps consacréaux soins palliatifs(en ETP)** |
| Médecin |  |
| IDE |  |
| Psychologue |  |
| Kinésithérapeute |  |
| Assistante de service social |  |
| Autres (diététicien Ergothérapeute....) |  |

## Diplômes et formations

* Préciser les formations spécifiques en soins palliatifs suivies par le personnel du service (2 dernières années) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personnel du service (par qualification)** | **Personnel du service** | **Formations spécifiques sur la douleur et les soins palliatifs suivies depuis les 2 dernières années** |
| **Nom - Prénom** | **Date d’entrée dans le service** | **Dates des formations** | **Prestataire et nature des formations** |
| **Personnel médical** |   |   |   |   |
| **Personnel infirmier (IDE)** |   |   |   |   |
| **Personnel Aide-soignant diplômé (AS)** |  |  |  |  |
| **Personnel aide-soignant qualifié (ASQ)** |   |   |   |   |
| **Autre personnel (kinésithérapeute, psychologue...)** |   |   |   |   |

* Joindre un planning prévisionnel de formation des personnels non formés pour l’année en cours et l’année 2020.
* Joindre le plan de formation de l’établissement
* Description de la formation en soins palliatifs

## Projets spécifiques liés à la présente demande de reconnaissance en lits identifiés de soins palliatifs

Par rapport à la situation existante décrite ci-dessus concernant le personnel du service ou de l’établissement intervenant auprès des patients en phase avancée ou terminale, préciser les évolutions éventuelles envisagées et les engagements de l’établissement (indiquer l’échéancier).

* **Sur l’effectif en personnel du service et des lits identifiés**
* **Sur la formation du personnel**
* **Sur l’organisation de la présence médicale et paramédicale pour les lits identifiés**

# LIEN AVEC LES AUTRES INTERVENANTS

## Situation existante

**Joindre en annexe les conventions spécifiques de partenariat formalisées à ce jour.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OUI**  | **NON** | **COMMENTAIRES** |
| **L’établissement est-t-il adhérent d’un réseau de soins palliatifs ?** |   |   | - Si, oui préciser le réseau concerné |
| **L’établissement a-t-il signé une convention avec une USP MCO ?** |   |   | - Si oui, préciser les liens avec l’USP de la filière (réunions, liens téléphonique, …) |
| **L’établissement a-t-il signé une convention avec une EMSP ?** |   |   | -  Si oui, préciser laquelle et comment se traduit concrètement cette convention- Préciser l’organisation des visites des patients par l’EMSP en lien avec la structure et le rythme des réunions |
| **L'établissement a-t-il signé une convention avec des professionnels de santé intervenant à domicile ?** |   |   | - Si oui, préciser les liens et partenariats développés avec les soignants et intervenants à domicile (professionnels libéraux, services d’HAD, SSIAD) et avec les établissements médico-sociaux, notamment les EHPAD. Indiquer si ces liens sont formalisés par des conventions. Si oui, les joindre. |
| **L'établissement a-t-il signé une convention avec une association de bénévoles en soins palliatifs ?** |   |   | - Si oui, indiquer si une convention a été établie entre une ou plusieurs association(s) de bénévoles et votre établissement. Si oui, la joindre. Préciser également le nom du coordinateur des bénévoles et les modalités d’intervention. |
| **Indiquer les liens éventuels avec les réseaux et associations intervenant dans certaines pathologies ciblées (cancer, SIDA, gériatrie, etc...). Préciser si ces liens ont été formalisés par des conventions.**  |   |   | **Si oui, les joindre.** |

## Projets spécifiques liés à la présente demande de reconnaissance en lits identifiés de soins palliatifs

Par rapport à la situation existante décrite ci-dessus concernant les liens avec les autres acteurs intervenant auprès des patients en soins palliatifs, préciser les évolutions éventuelles envisagées et les engagements de l’établissement (indiquer l’échéancier).

# COUT DU PROJET

|  |  |
| --- | --- |
| **Charges d’exploitation** |  |
|
|  |  |
| **Produits d‘exploitation** |  |
| **Indiquer le montant des recettes attendues en précisant les recettes complémentaires :** |  |
| **Investissements** |  |
| **Indiquer si les dépenses engagés nécessaires en distinguant le coût des investissements immobiliers et mobiliers :** |  |
| **Financements éventuels envisagés si nécessaire** |  |
| **Indiquer les modalités de financement (emprunt, autofinancement, subvention)** **Si emprunt (taux, durée) :** |  |

# Date et Signature du représentant légal de l’établissement

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |