

Rédacteur	GT Concept	Soins palliatifs
Vérificateur	GT Soins palliatifs	
Approbateur	Développement des Pratiques, Direction des Soins	

Concept de l'unité

Processus : 1.3 Le concept

Activités concernées : Synthèse du fonctionnement de l'USP au sein de l'EHC

1. Les soins palliatifs à l'hôpital d'Aubonne

- * **Les soins palliatifs hospitaliers cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches, en présence d'une maladie altérant le pronostic vital à court et moyen terme, lors de situation de crise ou de décompensation. Cette complexité peut se présenter de différentes manières dont les principales sont :**
 - o Patient en soins palliatifs et présentant des symptômes ayant résisté précédemment aux prises en soins par une ou plusieurs autres équipes.
 - o Une situation palliative complexe sur le plan éthique
 - o Une situation palliative complexe sur le plan socio-familial
 - o Une situation palliative complexe susceptible de décompenser de manière lourde dans un délai court.
 - o Autres critères décrits dans document : « Soins palliatifs : processus d'admission à l'USP », chapitre 6
- * **Les ressources de cette unité hospitalière sont mises au service du soulagement de l'inconfort et de la souffrance des patients adultes et de leur entourage, sur le plan biologique, psychologique, social et spirituel. Afin d'y parvenir au mieux, l'équipe interprofessionnelle utilise des outils validés et des données scientifiques mises à jour par la participation régulière aux congrès nationaux et/ou internationaux ou en se référant à des articles scientifiques.**
- * **Pour autant, chaque accompagnement est personnalisé et la subjectivité, l'expérience des professionnels et les besoins propres du patient et de ses proches permettent une prise en soin la plus adaptée possible. Elle s'articule autour du projet du patient. L'accent est mis sur l'adaptation créative de l'environnement pour le rendre plus humain, chaleureux, convivial, individualisé et de mettre en valeur la vie dans l'être humain jusqu'à sa mort biologique, quelles que soient les pertes.**
- * **Le lien avec l'Equipe Mobile de Soins palliatifs est majeur afin de favoriser l'avant, l'après et le lien continu si utile pendant le séjour en USP ; cette collaboration systématique permet aussi un point de vue extérieur au service et un lien favorisé avec les équipes de première ligne à domicile.**

2. Historique

- * Au début du XXème siècle, la congrégation des Diaconesses de Saint-Loup a pris soin des malades à Aubonne. Petit à petit, l'établissement s'est structuré en hôpital tout en continuant à être géré par les religieuses jusque dans les années 1970.

Après la fermeture de la maternité puis du bloc opératoire, l'hôpital devait relever un nouveau défi. Sous l'impulsion de pionniers des soins palliatifs du canton de Vaud, peu à peu l'idée des soins palliatifs a émergé. Le personnel a pu s'identifier à la nouvelle mission et s'y investir pleinement.

C'est ainsi qu'en 1989, ouvre l'unité d'oncohématologie et de soins palliatifs. Le service de médecine et de gériatrie reste en activité.

A ses débuts, l'unité de soins palliatifs administrait les traitements lourds de chimiothérapie sur place, aux patients hospitalisés comme aux patients ambulatoires. En 1998, la mission a évolué vers une unité de soins palliatifs puisque les traitements oncologiques ont été repris par le service d'oncologie de l'hôpital de Morges. Ceci marque une première collaboration étroite avec cet hôpital de soins aigus.

En 2000, l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) est fondé pour fusionner les Fondations des hôpitaux de Morges, d'Aubonne, de Gilly et des trois établissements médicaux sociaux (EMS) ; Les Pâquis, Nelly de Beausobre et Aubonne.

Répondant également aux vœux de l'Etat de Vaud, ce projet visait la synergie entre différents établissements réunissant un large éventail de prestations hospitalières, comprenant des activités médicales et chirurgicales de la naissance à l'accompagnement en fin de vie. Depuis la création de l'EHC, en parallèle de l'unité de soins palliatifs, le service de médecine et gériatrie est devenu une unité de réadaptation (CTR) où l'interprofessionnel est la pierre angulaire de la prise en soins. Au fil des années l'offre de soins s'est étoffée par le biais d'une clinique privée, de permanences médicales et plusieurs centres médicaux.

En 2014, l'unité de soins palliatifs de l'hôpital d'Aubonne a été certifiée pour une durée de 5 ans et comportait alors 12 lits.

En 2019, l'unité n'était pas en capacité de rentrer dans le processus de certification. La pandémie de la covid n'a pas été propice au développement de projets institutionnels.

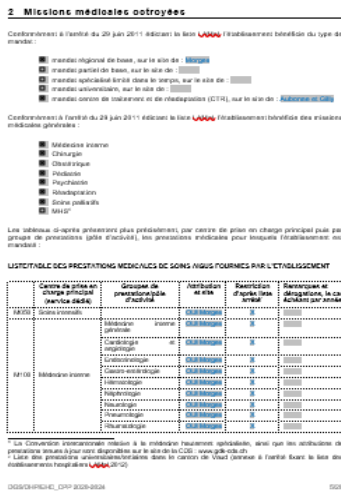
Entre 2021 et 2023. L'organigramme hiérarchique et la composition de l'équipe s'est modifiée, avec notamment l'arrivée d'un nouveau médecin cadre, d'une cheffe de clinique expérimentée en soins palliatifs, d'une nouvelle ICUS gérant l'aspect managérial et la création d'un poste d'infirmière clinicienne avec mandat particulier de gestion (ICMPG) responsable de diffuser les connaissances, la culture des soins palliatifs et l'aspect clinique. Cette période correspond à l'ouverture de 5 lits identifiés soins palliatifs en service de médecine 1^{er} à Morges travaillant en étroite collaboration avec l'USP d'Aubonne comportant à l'heure actuelle 10 lits A et 2 lits intermédiaires.

La coopération avec l'EMSP du Réseau Santé La Côte (Equipe Mobile de Soins Palliatifs) de notre secteur s'est accrue au moment de l'augmentation de ses effectifs permettant une meilleure visibilité et un partenariat plus important avec les différentes unités. Cette collaboration permet une détection précoce des cas relevant des soins palliatifs spécialisés.

Depuis peu, des rencontres avec les autres unités de soins palliatifs « rencontre des unités spécialisées (USP) » ont eu lieu afin d'élargir la filière et échanger sur les pratiques.

3. Organisation institutionnelle

- * **Contrat de prestations pluriannuel entre l'Etat de Vaud et l'Ensemble Hospitalier de la Côte :**
 - o Conformément à l'arrêté du 29 juin 2011 édictant la liste vaudoise 2012 des établissements hospitaliers admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (LAMal), les hôpitaux et cliniques admis sur la liste doivent inclure un mandat de prestations individuel avec le Département de la santé et de l'action sociale.
Afin de respecter cette obligation, le présent contrat de prestations pluriannuel (CPP), d'une durée de 5 ans, fixe le catalogue des prestations (missions médicales) attribuées à l'institution et les engagements « permanents » qu'elle doit respecter.
Le contrat de prestations pluriannuel entre l'Etat de Vaud et l'Ensemble Hospitalier de la Côte, 2022 – 2024, signée par le canton le 2 juin 2021, stipule que les soins palliatifs font bien partie des missions médicales octroyées pendant cette période.



- * **Modalité de l'organisation de l'association EHC : organisation de l'EHC permettant de conduire la stratégie institutionnelle :**
 - o Les fondements qui décrivent les principes d'organisation de l'EHC :
 - o Le but : une des missions essentielles est de transmettre les valeurs de l'institution et de décliner la stratégie décidée par le Conseil d'administration en actions concrètes sur le terrain.
 - o Les principes fondamentaux qui se fondent sur les valeurs qui animent chacun à l'EHC : autonomie, esprit d'entreprise, responsabilité individuelle et collective, coopération, compétence et efficacité.
 - o Le respect du cadre juridique.
 - o Les principes d'organisation dont les principaux sont :
 - Reflètent l'esprit d'entreprise propre à l'EHC
 - Chaque collaborateur est porteur de l'institution
 - Les documents de références sont déposés sur intranet (EHC)
 - Chaque collaborateur dispose d'un cahier des charges
 - Gestion des plaintes par le service juridique
 - Gestion de tout fait grave
 - o Les principes de management :
 - o L'EHC applique un management par objectifs où les responsables hiérarchiques et leurs collaborateurs établissent des objectifs, négocient les moyens et les délais pour les réaliser, en fonction de leurs cahiers des charges.
 - o Des règlements définissent les possibilités qu'ont différents acteurs d'engager l'EHC.
 - o Les modalités d'organisation de l'EHC :
 - o L'assemblée des délégués dont l'assemblée générale est le pouvoir suprême de l'EHC.
 - o Le Conseil d'administration exerce la haute direction de l'EHC
 - o Les différents départements :
 - La mission médicale : composée de médecins hospitaliers et de médecins de permanence.
 - Les modèles d'affaires (soins stationnaires, soins communautaires, plateaux techniques et hébergement) et départements transversaux (RH, infrastructures, système d'information et de finances).
 - o Espaces de pilotage :
 - Le comité de direction, utile au fonctionnement de l'EHC
 - Le Comité de direction stratégique
 - Le COPIL Sécurité patient
 - Les conseils de gestion par unité fonctionnelle (Départements)
 - Comité de pilotages stratégiques

- Autres espaces de pilotage :
 - Collège des médecins
 - Direction médicale
 - Colloques des responsables de secteurs de soins
- * **Organisation institutionnelle :**
 - Le Comité de direction des soins stationnaires (CDS) relaie les décisions prises lors du Comité de Direction Organisationnel (CDO)
 - Le Comité de Direction des Soins Palliatifs (CDSP) répond au besoin de reconduire la certification de l'USP en termes de légitimité régionale et garantir les DRG au point de vue asséurologique. Il veille également à maintenir et à développer l'expertise en soins palliatifs et développe l'attractivité en matière de ressources humaines au travers de la mission.
- * **Organisation opérationnelle :**
 - Le Groupe de travail soins palliatifs (GT soins palliatifs) qui se rencontre tous les 15 jours et plus si besoin permet :
 - De mettre en place les décisions prises lors du CDSP
 - De veiller à ce que les outils d'évaluation soient des outils validés
 - De veiller à ce que les prises en soins soient réalisées avec des connaissances actualisées reposant sur des articles scientifiques, des restitutions de congrès.
 - De permettre aux responsables médico-soignants d'être en phase dans tout ce qui concerne l'aspect managérial et clinique.
 - De discuter en urgence de situations particulières.
 - Des groupes de travail au sein de l'équipe interprofessionnelle, impulsés par le GT soins palliatifs répondent à des pistes d'amélioration identifiées (exemples : préparation du projet de nouvelle USP en 2025, mises à jour des connaissances et procédures selon les recommandations internationales).

4. Philosophie de prise en soins des patients

- * Selon la définition de l'OMS réactualisée en 2020, « *Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patientes et patients, ainsi que de leurs proches, confrontés aux problèmes liés à une maladie potentiellement mortelle. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel* ».

De même, « *L'interprofessionnalité telle que définie l'OMS reprise par l'OFSP dans le cadre du programme « Interprofessionnalité dans le domaine de la Santé » 2017-2020 est un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé* » (« *L'interprofessionnalité* », comité central FMH, Bulletin des médecins suisses, 2018 ;99(44) :1522-1523)

Les soins palliatifs ne sont pas synonymes de soins terminaux. L'équipe interprofessionnelle d'Aubonne s'approprie cette formule : « tout ce qu'il reste à faire, quand il n'y a plus rien à faire ». Autrement dit, l'objectif n'est pas la guérison de la maladie, mais de limiter l'impact de celle-ci sur la qualité de vie des patients atteints d'une maladie évolutive grave ou mettant en jeu le pronostic vital.

Afin de permettre de vivre dignement jusqu'au bout, les axes de prise en charge sont la gestion des symptômes et l'accompagnement psychologique, spirituel et social.

La prise en soins s'articule autour d'un projet défini de manière personnalisée avec le patient et son entourage si possible dès son entrée. Comme toutes les unités de soins palliatifs spécialisés, le service est soumis à la tarification DRG. Elle est un lieu d'équilibration des symptômes plutôt qu'un lieu de vie ; elle n'a donc pas vocation à accueillir durablement des patients équilibrés dans leurs symptômes, sauf cas très particuliers. Le principe éthique de justice/équité implique pour les

responsables de rester les garants de la possibilité d'accueillir un maximum de personnes ayant les critères pour l'USP dans les limites des moyens mis à disposition de la population. Cela implique qu'une personne n'ayant plus les critères de complexité puisse laisser la place à une personne inconfortable à domicile ou en institution spécialisée.

Après avoir été informé des différentes alternatives, c'est le patient¹ ou son représentant qui décide de bénéficier ou non d'un traitement. Ainsi l'éventail des thérapies proposées peut aller d'une limitation au strict minimum des thérapeutiques jusqu'à des gestes techniques et invasifs.

De la même manière l'éventail de la prise en soins interprofessionnelle peut aller des soins terminaux à une réadaptation active suivant le rythme du patient, en passant par la gestion de crise, par des soins de type soins aigus ou par la préparation d'un retour à domicile, d'un placement en EMS ou d'une admission en lit intermédiaire (parfois en collaboration avec d'autres USP du canton si cela a du sens pour le patient et/ou ses proches). Quel que soit le projet choisi par le patient nous l'accompagnons ainsi que ses proches.

Tous les professionnels de l'équipe participent au soutien du patient et de ses proches au travers de la relation établie avec eux. Cette relation cherche à être la plus authentique possible, d'être humain à être humain. Cela implique que chaque membre de l'équipe habite cette relation à sa manière : globalement, elle est basée sur le respect, l'écoute et l'empathie. Le patient est considéré comme l'acteur principal de la relation. L'équipe fait preuve de disponibilité et de souplesse pour s'adapter sans jugement au mode de communication du patient, de manière à lui offrir une relation correspondant à ses souhaits. Un accent particulier est mis sur l'adaptation créative de l'environnement pour le rendre plus humain, chaleureux, convivial et individualisé.

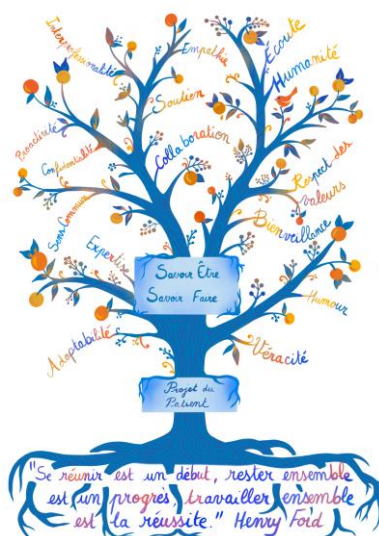
Les proches sont à la fois partenaires de l'équipe dans l'accompagnement de l'être cher et bénéficiaires d'un soutien dans leur cheminement. Toute l'attention de l'équipe interprofessionnelle est également à leurs services afin de permettre que la relation puisse se vivre jusqu'au bout.

L'Ensemble hospitalier de la Côte développe des activités de soins selon 4 compétences :

- Compétences : Afin de garantir des soins de qualité nous développons les compétences des équipes et accordons une grande importance à la formation
- Proximité : Institution à taille humaine et ancrée dans sa région. L'EHC accompagne tout au long du parcours de santé en offrant une large palette de soins proche du domicile des patients et de leurs proches.
- Humanité : L'humain est le cœur des préoccupations. L'EHC veille à prendre soin d'une manière globale.
- Responsabilité : le maintien de la sécurité est prioritaire, de la prévention des chutes et des escarres au respect strict des normes d'hygiène, le personnel met tout en œuvre pour garantir la sécurité de la prise en soins.

¹ Dans ce document, lorsque nous parlons de patient, nous sous-entendons qu'il s'agit du patient ou de son représentant thérapeutique.

En complément, l'unité de soins palliatifs a décliné ses propres valeurs par le biais d'une charte d'équipe :



- **Adaptabilité** : Nous nous engageons à nous adapter à de nouveaux milieux ou à de nouvelles situations.
- **Bienveillance** : Nous nous engageons à nous montrer indulgents et attentifs à l'autre.
- **Collaboration** : Nous nous engageons à travailler en commun en étant co-responsable.
- **Confidentialité** : Nous nous engageons à protéger les données du patient.
- **Ecoute** : Nous nous engageons à prêter attention à ce que quelqu'un dit pour l'entendre et le comprendre.
- **Empathie** : Nous nous engageons à comprendre le ressenti, la perspective du patient (et de lui communiquer cette compréhension), à ne pas confondre avec la sympathie qui consiste à prendre une part de sa souffrance en se plaçant à sa place.
- **Expertise** : Nous nous engageons à surpasser nos compétences générales afin d'atteindre celles attendues des professionnels travaillant dans une Unité de soins Palliatifs spécialisés.
- **Humanité** : Nous nous engageons à faire preuve de bienveillance, de compassion envers autrui.
- **Humour** : Nous nous engageons à utiliser l'humour comme un état d'esprit qui consiste à dégager les aspects plaisants et insolites de la réalité, avec un certain détachement.
- **Pro activité** : Nous nous engageons à anticiper les problématiques, à se responsabiliser, à être force de proposition.
- **Réflexivité** : Nous nous engageons à réfléchir sur nos pratiques et sur nous-même.
- **Interprofessionnalité** : Nous nous engageons à reconnaître celle-ci comme socle de travail commun dans l'unité pour une prise en soins globale.
- **Respect des valeurs** : Nous nous engageons à être respectueux des valeurs de nos collègues ce qui leur permet d'exprimer ce qui leur tient à cœur.
- **Savoir être** : Nous nous engageons à utiliser et améliorer nos qualités relationnelles permettant le développement du positionnement professionnel afin de créer un climat de confiance.
- **Savoir-faire** : Nous nous engageons à utiliser et améliorer nos compétences et connaissances permettant d'apporter des soins de qualité aux patients, de former la relève et de développer la culture de l'accueil.
- **Sens commun** : Nous nous engageons à respecter le savoir du groupe permettant une forme de connaissance du propre travail de chacun.
- **Soutien** : Nous nous engageons à soutenir, à rester solidaire dans la difficulté.
- **Véracité** : Nous nous engageons à dire la vérité.

5. Bénéficiaires

- * « *Patients à un stade avancé d'une maladie chronique avancée/incurable et/ou avec une espérance de vie limitée, toutes classes d'âge confondues, avec une problématique physique, psychique et/ou socio-spirituelle instable et complexe nécessitant un important investissement en ce qui concerne évaluation, traitement et accompagnement (médicaux, infirmiers, psychosociaux, spirituels)* ».

Palliative ch : Document de référence pour les soins palliatifs spécialisés stationnaires Version 3.3, approuvé par le comité le 22.12.2020, valable à partir du 01.01.2021.

Notre unité est l'unité de soins palliatifs du Réseau Santé La Côte (RSLC) et draine principalement les patients résidant dans l'ouest vaudois.

6. Prestations proposées

L'unité de soins palliatifs fait partie du département de médecine, de réhabilitation et de soins palliatifs de l'EHC, ce qui permet de nombreuses collaborations au sein de l'institution notamment, avec le service d'oncologie, le Centre d'antalgie et neuromodulation, la Pharmacie Inter hospitalière de la Côte, le pôle plaie, la stomathérapie et la psychiatrie de liaison.

Au sein de l'unité, une équipe interprofessionnelle assure une prise en soins personnalisée :

L'équipe « infirmière » : ICUS, ICMPG, infirmières, ASSC, aides, étudiants ASSC et HES :

La collaboration et la communication entre les collègues sont un soutien pour chacun, pour surmonter des situations difficiles, complexes tant sur le plan physique que psychique. Nous portons attention aux patients, mais aussi aux collègues et travaillons dans le respect de chacun. Les soignants travaillent dans l'esprit de compagnonnage (proposer, être et faire avec, réfléchir ensemble au prendre soin du patient).

- * **Les ASSC (assistante en soins et santé communautaire) et les aides :**
 - o Lorsqu'elles sont présentes, elles travaillent de 7h à 20 heures en binôme (*) avec l'infirmière du même secteur et se coordonnent avec elle. Un demi horaire complète l'équipe et permet d'aider les 2 secteurs en fonction des besoins.
 - o Elles collaborent avec toute l'équipe interprofessionnelle.
 - o Elles réalisent les soins en respectant leurs cahiers des charges et plus particulièrement celui précisé dans le service pour les ASSC.
 - o Les aides/ASSC dispensent des soins de confort physique et tiennent compte à tout moment de l'état de fatigue ou d'envie du patient.
 - o Elles sont à l'écoute du patient et de ses proches dans la limite de leurs domaines de compétences et participent à l'élaboration du projet du patient.
 - o Les ASSC effectuent toutes les tâches des aides de manière autonome et certains soins techniques sur délégation infirmière. Elles ont un rôle d'interface entre les aides et les ID en fonction des besoins du moment et de leurs compétences.
 - o Elles assurent le lien entre les patients et la cuisine par l'intermédiaire des cartes repas.
 - o Leur évaluation clinique est mise en valeur au travers d'un document (« évaluation clinique des aides »).
 - o Elles participent au colloque interprofessionnel hebdomadaire.
 - o Elles sont chargées des transmissions aux bénévoles.

(*) Remarque : on entend par binôme aide/infirmière les 2 professionnels responsables ensemble d'une demie unité.

- * **Les infirmières :** (on entend par « infirmière » les infirmières et les infirmiers de l'USP)
 - o Le service est partagé en 2 secteurs. Chacun est sous la responsabilité d'une infirmière présente de 7h à 20h.
 - o La semaine, une 3ème infirmière est présente entre 10 et 18h. Celle-ci a la principale responsabilité d'accueillir l'entrée du jour et de rester sa référente tout au long de la journée.
 - o Un renfort d'une demie journée est assuré les samedis et dimanches.

- L'infirmière réalise une évaluation globale de la situation, élabore des objectifs de soins et participe à l'élaboration du projet du patient.
- L'infirmière planifie des actions de soins et d'accompagnement.
- L'infirmière participe aux entretiens de familles, aux réseaux, à des réflexions éthiques. En cas de désaccord de prise en charge thérapeutique, l'infirmière a la responsabilité de demander aux cadres médico-infirmiers l'organisation d'un colloque d'attitude.
- Elle travaille en binôme (*) avec les ASSC/aides et collabore avec toute l'équipe interprofessionnelle.

(*) Remarque : on entend par binôme aide/infirmière les 2 professionnels responsables ensemble d'une demie unité.

* **L'infirmière clinicienne avec mandat particulier de gestion (ICPGM)**

- Elle fait partie du CDSP et du GT Soins palliatifs ce qui lui permet de participer au développement des soins palliatifs dans l'institution au niveau clinique et de réguler les admissions dans le service.
- Elle est présente le jeudi dans le service de médecine 1er afin d'apporter une prise en soins spécialisée auprès des patients identifiés soins palliatifs (LISP), de développer les compétences et soutenir l'équipe médico-soignante en partant de situations « terrain ».
- Elle est responsable de la démarche qualité, notamment de la veille documentaire et garante des bonnes pratiques concernant la mission. Elle fait partie du groupe des cliniciens de l'institution et veille ainsi au respect des bonnes pratiques soignantes dans le service.
- Elle est un soutien face à la complexité des prises en soins de l'unité.
- Elle est présente 4 ou 5 jours dans la semaine en horaires continus
- Elle assure l'interface de l'interprofessionnalité et assure la tenue du colloque de coordination interprofessionnel chaque matin.
- Elle vérifie que le patient a bien eu besoin des 6 heures interdisciplinaires minimales hebdomadaires attendues pour respecter le cadre de soin prévu pour le DRG.
- Elle est responsable des changements de statut de certains patients en « lit intermédiaire » et effectue les démarches nécessaires
- Elle rencontre 2 fois par an l'équipe des bénévoles afin de répondre à leurs questions et les informer de l'évolution du service, de la mission.

* **L'Infirmière Cheffe, responsable intersites (ICUS) :**

- Elle fait partie du CDSP et du GT Soins palliatifs ce qui lui permet de participer au développement des soins palliatifs dans l'institution, de détecter régulièrement des patients pouvant bénéficier d'une prise en soins palliative et de réguler les admissions dans le service.
- Elle assure le lien avec l'institution, permet l'amélioration des infrastructures.
- L'ICUS est responsable des équipes de l'USP, de l'EMSP, du service de médecine 1er et du service ambulatoire. Elle est présente dans le service lundis, mardis après-midi et jeudi matin voire plus si une situation le nécessitait. Elle est joignable par téléphone ou par mail le reste du temps. Elle assure, en alternance avec ses autres collègues ICUS le service de garde pour l'EHC.
- Elle participe à la grande visite médicale de l'USP et aux colloques interprofessionnels (USP + LISP) hebdomadaires.
- Elle assure un rôle essentiel de pivot au niveau de la mission dans l'institution. Non seulement au niveau des services dont elle est responsable mais aussi en étant vigilante aux situations de patients présentes dans l'institution et qui pourraient bénéficier d'une prise en soins spécialisée (service des urgences et autre service de médecine notamment).

L'équipe médicale :

Elle est composée d'un médecin assistant, d'un chef de clinique et du médecin chef. Le médecin pratique avec soin une évaluation clinique pour chaque symptôme inconfortable. Il évalue et prescrit des examens complémentaires après accord du patient si besoin pour établir un diagnostic. Il participe à l'accompagnement du patient et de ses proches. Il s'appuie sur le regard clinique de l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle pour toutes ses interventions.

* **Le médecin assistant :**

- o La semaine, ses horaires de présence dans l'hôpital sont de 8h-12h/13h-18h
- o Dans le service,
 - o Il réalise l'entretien d'entrée avec l'infirmière
 - o Il réalise une visite sur dossier avec l'infirmière de chaque secteur le matin, puis se rend auprès des patients.
 - o Il anime les entretiens de famille réalisés en binôme médico-infirmier, participe aux réseaux, est à la disposition des proches sur rendez-vous (si possible)
 - o Une contre-visite est prévue vers 17h chaque jour sauf le vendredi à 16h30
 - o Il est à disposition si des changements de traitements sont nécessaires rapidement
 - o Il participe à la grande visite médicale du jeudi matin de 9h00 à 11h30 et au colloque interprofessionnel le mardi après-midi de 13h30 à 15h30.
- o Le service de piquet est assuré par un des médecins assistants de l'ensemble du CTR (4 unités) en alternance :
 - o La semaine de 18h à 8h, Samedi, dimanche et jours fériés

* **Le chef de clinique :**

- o Il fait partie du GT soins palliatifs et du CDSP et participe donc à l'organisation des admissions, à la vie du service et à la prise de décisions le concernant.
- o Il est présent au moins une fois par jour dans le service et plus si certaines prises en soins le nécessitent (+ complexes) ce qui permet également d'échanger avec l'équipe infirmière et déceler ainsi des difficultés particulières.
- o Il anime les entretiens de famille et les réseaux susceptibles d'être plus sensibles.
- o Il participe et éventuellement anime la visite médicale hebdomadaire si le médecin chef est absent.
- o Il anime et régule le colloque interprofessionnel et réalise la synthèse orale de chaque prise en soins

* **Le médecin chef :**

- o Il fait partie du CDSP et du GT Soins palliatifs. Il peut ainsi participer au développement de la mission palliative dans l'institution et être le garant de la bonne pratique de la médecine palliative. Il participe aux réunions des responsables de l'USP du Canton (pause en période Covid).
- o Il est médecin responsable de l'EMSP, de l'USP et coresponsable avec les médecins cadres de médecine des Lits Identifiés en Soins Palliatifs à Morges ce qui lui permet d'avoir une vision d'ensemble des situations palliatives à l'EHC. Il est en lien avec la responsable des soins palliatifs de la DGS.
- o Le médecin chef est présent au moment de la visite médicale hebdomadaire et du colloque interprofessionnel lorsque le CDC est absent et lors de prises en soins de patients particulièrement complexes. Il assure toute l'année, la 3ème ligne de garde en soins palliatif. Il supervise l'assistant plusieurs fois par mois notamment lors des jours d'absence de la CDC.
- o Il a implanté la formation TAC (Techniques d'Activation de la Conscience) dans l'EHC.

Les autres thérapeutes :

* **Physiothérapie/ Ergothérapie :**

- o Une physiothérapeute et un ergothérapeute sont plus particulièrement attribués au service
- o La physiothérapeute axe sa prise en soins sur le soulagement des symptômes, sur le maintien des acquis, et sur la récupération de certaines fonctions quand c'est possible et au rythme du patient.
- o L'ergothérapeute contribue à maintenir la capacité d'agir (faciliter les activités de la vie quotidienne, récréatives, sociales...). Elle met à disposition des moyens auxiliaires pour

prévenir et compenser les handicaps. Elle contribue également au positionnement et à l'installation des patients.

- La physiothérapeute et l'ergothérapeute collaborent étroitement et participent à l'accompagnement du patient tout au long de l'hospitalisation y compris dans des situations de fin de vie. Elles participent activement à la réadaptation palliative des patients chaque fois que cela est possible. Elles participent à l'élaboration de projets de sorties ou de retours à domicile.
- Présences Physio/ Ergo :
 - 8h-12h15 13h-17h15 du lundi au vendredi.
 - Gardes Physio : le samedi et jours fériés.
- Elles participent au colloque de coordination interprofessionnel du matin les lundis et vendredis afin de mesurer l'évolution de chaque patient et réactualisent leurs prises en soins à tous moments en échangeant avec l'équipe « infirmière ».
- Au moins l'une des 2 participe au colloque interprofessionnel et au colloque de coordination interprofessionnel du matin.
- Elles adaptent ensuite leurs interventions en fonction des objectifs à atteindre pour essayer de mener à bien le projet du patient. Elles sont particulièrement attentives à l'état psychologique des patients et n'hésitent pas à adapter leurs séances en fonction.
- En cas d'absence, les interventions restent assurées par un autre membre de l'équipe ergo/physio.

* **L'infirmière de liaison :**

L'infirmière de liaison complète les informations concernant les situations à domicile, en identifiant les ressources ou, au contraire, les limites. Elle cherche des solutions réalistes et réalisables, créatives et les met en application en fonction du projet (retour à domicile, sorties plaisir, ou placement) en accord avec le patient et ses proches en tenant compte de l'évolution de l'état de santé.

- Activités principales :
 - Equipe interprofessionnelle
 - Participer au colloque de coordination interprofessionnel du matin 4 jours par semaine et au colloque interprofessionnel hebdomadaire.
 - Intégrer au colloque interprofessionnel suite à la présentation des soignants l'anamnèse du contexte et habitudes de vie à domicile par le CMS/partenaire de soins en ambulatoire : leur regard sur les relations essentielles et/ou conflictuelles, identifier les ressources et les limites (épouement, barrières architecturales etc.) dans une vision d'un désir de retour à domicile potentiel.
 - Compléter le dossier/anamnèse patient dans l'unité avec les informations récoltées de manière systématique, notamment le géosociogramme (données du CMS/OSAD)
 - Pour un congé patient : anticiper les besoins de soins et mettre en place la structure nécessaire.
 - Organiser et animer des rencontres de réseau selon les objectifs fixés en équipe. Rédiger un résumé décisionnel dans le dossier de soins patient.
 - Informer l'équipe médico-soignante de l'avancement dans l'organisation d'un projet de sortie (retour à domicile = RAD, EMS).
 - Veiller à ce que les partenaires de soins reçoivent les documents médico-soignants appropriés (DMST – protocole de soins – ordonnances diverses)
 - Partenaires de soins extra-hospitaliers (CMS, Brio, OSAD, Proxy, bénévoles, Alzamis autres associations)
 - Chercher activement l'information du contexte, habitudes de vie, relations principales, éventuels conflits et identifier les ressources et limites dans un éventuel futur projet patient de retour à domicile.
 - Réceptionner et transmettre le DMST dans le service.

- Anticiper les éventuels obstacles pour un RAD en identifiant des besoins d'information – formation ad hoc pour les soignants.
- Être garant de la transmission écrite et réception des documents nécessaires à la prise en charge post-hospitalière (DMST – protocoles divers – ordonnances diverses)
- En accord avec le patient et en respectant le secret professionnel : tenir le CMS/partenaires de soins informés de l'évolution de l'état de santé/décès.
- Patient et proche-aidant
 - Être une ressource dans un projet de retour à domicile/EMS.
 - Lors d'un projet EMS : inciter les proche-aidants à s'informer et visiter différents EMS.
 - Lors d'un projet RAD/congé : évaluer et proposer des aides permettant sa réalisation.
 - Anticiper et informer régulièrement le patient et son entourage proche de l'avancement des demandes faites afin que la transition hôpital – domicile /hôpital – EMS se déroule de manière fluide et sécuritaire.

* **Psychologue :**

- Elle est présente les lundis, mardis et mercredis matin.
- Elle participe au colloque de coordination interprofessionnel et au colloque interprofessionnel hebdomadaire
- La psychologue permet de travailler la dimension relationnelle, systémique, familiale des prises en soins. Elle œuvre auprès des patients, de l'entourage et de l'équipe.
- Son rôle est décrit dans le document « Cahier des charges du psychologue » et dans le document « Accompagnement ».
- Elle est également la psychologue de l'EMSP ce qui lui permet de se rendre disponible pour une éventuelle urgence le jeudi. Sa collègue de l'EMSP et intervenant dans les LISP présente un vendredi sur 2 peut également aider l'USP si urgence ce jour-là. Les 2 psychologues s'organisent entre elles en relais pour les patients suivis en USP puis à domicile et vice-versa.

* **Aumônier :**

- Elle est présente les lundis et mardis
- Elle participe au colloque de coordination interprofessionnel et au colloque interprofessionnel hebdomadaire
- Le rôle spécifique de l'aumônier (Spiritual Care Spécialisé), décrit dans le document « Accompagnement » et « accompagnement spirituel » en sus de ce qui est assuré par l'ensemble de l'équipe est :
 - Auprès des patients :
 - De créer un climat de confiance, de respect et de soutien favorisant :
 - Une relecture de sa vie et de faire des liens avec sa situation actuelle, de mobiliser les ressources.
 - Une guérison spirituelle.
 - Un travail sur les thématiques d'altruisme, de gratitude et de compassion ce qui peut permettre au patient de se redécouvrir utile et de restaurer la dynamique du lien et de tout le système (patient/proches/soignants).
 - La réflexion autour de décisions importantes
 - De répondre à des besoins de rites religieux ou symboliques ou d'assurer le lien avec d'autres instances religieuses/spirituelles
 - D'aider le patient et ses proches à traverser un temps de crise
 - D'accompagner le deuil

- Au près des proches :
 - De créer un climat de confiance et de respect et de soutien favorisant l'expression de leurs besoins/demandes/questions, en étant particulièrement attentive au moment du décès et en assurant un soutien post deuil si besoin.
 - Au près des soignants :
 - De créer un climat de confiance et de respect et de soutien favorisant le développement des complémentarités et la compréhension mutuelle, en contribuant à des réflexions éthiques.
 - Elle anime un temps de parole dédié à l'équipe soignante le lundi de 15h à 16heures (cf. document « Temps de parole »).
- * **Diététicienne :**
- Elle est présente à Aubonne le lundi et le vendredi (CTR + soins palliatifs)
 - L'approche interprofessionnelle est nécessaire dans ce contexte et notamment en privilégiant la collaboration avec une diététicienne. Pour bon nombre de patients, l'alimentation est synonyme de « vie » et de plaisir, c'est pourquoi le soutien diététique peut s'avérer extrêmement important.
 - Elle participe au colloque de coordination interprofessionnel le lundi et le vendredi matin.
 - Elle intervient en particulier lors d'alimentation artificielle entérale ou parentérale pour s'assurer de la bonne tolérance de celle-ci ainsi que de la couverture des besoins nutritionnels.
 - Elle participe à l'aide au repas ce qui lui permet d'évaluer les difficultés (ex. troubles de la déglutition, modification du goût, positionnement...).
 - Se référer également au document « Alimentation ».

Les autres intervenants :

- * **Cuisine :**
- Elle collabore avec la diététicienne et les aides et se réfère quotidiennement aux cartes repas pour préparer de la manière la plus personnalisée possible les plateaux. Elle répond également au mieux aux demandes exceptionnelles qui peuvent lui être faites selon l'envie du patient.
- * **Les bénévoles :**
- Un bénévole est présent tous les après-midis de la semaine.
 - Une aide lui transmet les renseignements pouvant lui être utiles à son arrivée.
 - L'équipe des bénévoles « apporte l'air du monde extérieur ».
 - Leur rôle est décrit dans le document « L'équipe des bénévoles »
 - Les transmissions entre elles et l'équipe interprofessionnelle sont assurées de manière écrite par l'intermédiaire de fiches de transmissions.
- * **L'intendance :**
- Lors de leurs passages en chambre, il arrive parfois que les patients se confient. Si des informations émergent de ce moment, elles les transmettent à l'équipe soignante.

L'équipe interprofessionnelle élargie

Au sein de l'EHC :

- * **La Pharmacie Intra-hospitalière de la Côte (PIC) :**

Elle fournit les médicaments selon le document « procédure pour la gestion des médicaments ».

Elle offre un service de conseil pharmacologique au N° 021 804 21 46 ainsi qu'un service de pharmacien de garde au 079 212 80 25

Le pharmacien en chef participe aux visites médicales régulièrement

* **Infirmières en prévention et contrôle de l'infection (HPCI) :**

Elles assurent le suivi des patients infectés et/ou colonisés (MRSA, ESBL, norovirus...), elles sont répondantes pour toute question relative à ce domaine (isolements, infections nosocomiales, bonnes pratiques).

Elles collaborent à l'élaboration de procédures et de protocoles concernant l'hygiène hospitalière.

Elles sont présentes sur le site d'Aubonne le mercredi en principe et collaborent avec la référente HPCI de l'unité 4 et les ICUS/Infirmières cliniciennes

Elles ont un mail commun : GroupeHPCI@ehc.vd.chx

* **Le pôle plaies :**

Le pôle plaies est disponible au n°079 172 86 53 pour des conseils concernant les traitements des plaies chroniques ou des escarres afin d'optimiser le confort du patient, que ce soit par téléphone ou en venant sur place.

* **L'équipe de stomathérapie :**

Elle est référente et conseillère pour les patients stomisés y compris trachéostome au 021 804 29 00

* **Le laboratoire d'analyses médicales Viollier :**

Il effectue les analyses prescrites et transmet les résultats par informatique sous le logiciel « GAIA ». Lors de résultats très perturbés, il téléphone au service rapidement.

- tel+41 21 804 93 63
- contact@viollier.ch

* **Le service d'antalgie : +41 79 172 87 77**

Le service d'antalgie est un service spécialisé de l'EHC dans la prise en charge de la douleur. Il traite différents types de douleur (nociceptive ou neurogène) avec des traitements spécifiques. Il est appelé si besoin et des consultations peuvent être organisées pour évaluer notamment si une antalgie interventionnelle serait pertinente ou non.

* **Les services d'oncologie : 021 804 22 85**

Les médecins du service collaborent étroitement avec les oncologues prenant en soins les patients hospitalisés dans le service afin d'offrir le meilleur accompagnement possible, adapté à l'évolution du patient.

Une étroite collaboration existe également entre les ICUS/ICMPG des soins palliatifs et celle d'oncologie pour se coordonner afin d'offrir au patient la prise en soins la plus confortable possible.

Collaboration dans le réseau :

* **L'Association du Réseau de soins de la Côte (RSLC) :**

La mission principale du RSLC est de participer à la mise en œuvre de la politique sanitaire cantonale, d'une part en mettant en œuvre ses propres projets et d'autre part en s'investissant dans la réalisation des programmes cantonaux de santé publique. Le RSLC a également pour objectif de représenter les intérêts de ses partenaires au niveau régional et cantonal. La coordination de l'offre médico-sociale de la région figure parmi les prestations principales de l'Association. En effet, par le biais de son Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO), le RSLC gère l'ensemble des offres et des demandes de places en EMS, tant pour le court-séjour que le long-séjour. Le RSLC offre par ailleurs toute une gamme de prestations, destinées aussi bien aux professionnels qu'au grand public, dans le domaine du diabète (filiale Diabaide), des soins palliatifs (Equipe Mobile de Soins Palliatifs), de la Mémoire (Centre Mémoire de la Côte) ainsi que de l'hygiène et de la prévention des infections (CHyPCI).

- L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) : 021 821 41 61
 - Elle est présente lors du colloque interprofessionnel hebdomadaire afin de transmettre les informations venant du domicile des patients qu'ils suivent et recueillir les informations pendant le séjour hospitalier qui seront intéressantes pour le domicile.
 - Elle contacte le GT Soins palliatifs lors de situations devenant fragiles à domicile et pouvant nécessiter une hospitalisation (Cf : document « Processus d'admission »)
 - L'USP travaille en étroite collaboration avec l'EMSP.

* [La Fondation de la Côte : aide et soins à domicile](#)

La Fondation de La Côte pour l'aide et les soins à domicile et la prévention gère les centres médico-sociaux des districts de Nyon et de Morges, mais également Espace Prévention à Nyon et Morges et CMS+ Logistique santé à Etoy. Les Centres médico-sociaux offrent des prestations d'aide et de soins à domicile. La prise en charge est assurée 24h/24 par une équipe pluridisciplinaire (infirmiers/ières, ergothérapeutes, assistants sociaux, auxiliaires polyvalentes, aides familiales) en collaboration avec les autres partenaires du réseau : hôpitaux, CTR (centres de traitements et de réadaptation), EMS (établissements médico-sociaux). L'EMSP travaille étroitement avec le CMS24 afin de sécuriser les retours à domicile ou pour repérer tôt le besoin d'hospitalisation en USP. De plus les infirmières à domicile sont souvent invitées dans les réseaux de l'USP visant à préparer les sorties.

[L'hôpital de Nyon faisant partie du groupe Hospitalier de l'Ouest Lémanique \(GHOL\) :](#)

L'Hôpital de Nyon propose une offre de soins complète et pluridisciplinaire en hospitalisation et ambulatoire : pôles de médecine, de chirurgie, parents-enfants, privé et dialyse. Son objectif premier est d'assurer, aux patientes et patients ainsi qu'à leurs proches, une prise en charge médico-soignante de qualité en leur garantissant un accompagnement de proximité et de bienveillance. Des demandes d'admission proviennent régulièrement de cet hôpital.

* [Les Organisations privées des Soins à Domicile \(OSAD\) :](#)

La mission principale des organisations privées de soins à domicile (OSAD) est d'apporter une assistance individuelle et des soins à domicile afin d'éviter ou d'écourter une hospitalisation ou un séjour dans un établissement médico-social (EMS). L'EMSP travaille étroitement avec les OSAD aptes à assurer des soins 24/7 afin de sécuriser les retours à domicile ou pour repérer tôt le besoin d'hospitalisation en USP. De plus, les infirmières à domicile sont souvent invitées dans les réseaux de l'USP visant à préparer les sorties.

* [Les pharmacies et Pharmadorm :](#)

Contactées en anticipation du retour à domicile afin d'assurer la continuité des traitements et des soins lorsqu'un patient rentre à domicile.

* [Les médecins traitants :](#)

Ils remplissent la feuille « DM Demande d'hospitalisation à l'USP » lorsqu'une situation à domicile devient complexe. Ils sont avertis de l'arrivée de leurs patients dans l'unité. Pendant leurs hospitalisations, le médecin assistant les informe par téléphone (ou par mail) des éléments significatifs. Ils sont conviés aux réseaux si besoin lors de RAD envisagé. Une lettre de sortie du patient leur est envoyée. Lorsqu'un patient décède, la réception les avise.

* [L'association « Les amis de l'hôpital d'Aubonne » :](#)

Ses buts sont de contribuer, par des actions ciblées, au bien-être des malades et du personnel hospitalier, de maintenir un lien avec la population, de garder un contact avec les organes des hôpitaux.

* [Les services sociaux :](#)

- Certains patients souffrant de cancer sont préalablement suivis par l'assistante sociale de la « Ligue Vaudoise contre le Cancer ». Tel : 021 623 11 11
- Notre réceptionniste leur envoie un mail tous les jeudis avec la liste de nos patients et en retour celle-ci nous avise si certains sont connus de leur service.

- Certains patients sont également suivis par les assistantes sociales des CMS.
- Si un patient a des besoins concernant cet aspect et qu'il n'est pas connu au préalable, l'IDL réalise une 1ère évaluation au service social le plus pertinent.

* **La podologue :**

- Anne-Laurence Berger qui se déplace dans le service à la demande
- Tel : 021 828 40 90

* **La coiffeuse « Graziella »**

- Se déplace une fois par semaine
- Tel : 078 761 10 50

* **L'association « Les notes pétillantes » :**

Née en juillet 2014, « Les Notes Pétillantes » est une association à but non lucratif.

Elle a pour objectif de lutter contre l'isolement en apportant un soutien humain et musical à toute personne atteinte physiquement, mentalement ou moralement, par des visites d'artistes ou de musiciens à leur écoute.

- Contact : Lionel Buiret, musicien intervenant.
- Tel +41 (0)77 402 03 49, contact@lesnotespetillantes.org

Collaboration dans le canton de Vaud :

* **Les experts en soins palliatifs externes :**

Lors de situations particulièrement complexes et où le patient n'est pas suffisamment soulagé, les médecins du service appellent d'autres palliativistes pour réfléchir ensemble sur les meilleures options possibles.

- Réception du CHUV : 021 314 11 11

Lors de soins particuliers non maîtrisés par les soignants du service, l'ICMPG contacte des soignants plus expérimentés, plus spécialisés dans la pathologie pour avis afin de maintenir la qualité des soins auprès du patient concerné.

* **Les rencontres avec les autres USP francophones :**

A l'initiative de l'USP de Riveneuve, une 1ère rencontre a été réalisée avec les différentes USP francophones afin de pouvoir partager nos expériences, nos difficultés et réfléchir à des pistes d'amélioration possible.

* **Aumônier spirituel (care spécialisé) : 079 298 50 74**

L'aumônier du service s'informe des besoins spirituels de chaque patient et en fonction de leurs besoins et en accord avec eux, fait appel à un référent spirituel extérieur.

* **L'Association Palliative Vaud**

Avec le soutien du Département de la santé et de l'action sociale, Palliative Vaud informe le public et les professionnels des possibilités et des ressources à disposition en matière de soins palliatifs. Cette action s'inscrit dans les différentes missions de palliative Vaud, dont la formation des intervenants de divers domaines, l'accès aux soins palliatifs à l'ensemble de la population et l'amélioration continue des pratiques en soins palliatifs. Elle offre des formations aux bénévoles souhaitant offrir de leur temps auprès des patients en situation palliative.

* **La Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) :**

La FHV est l'organe faîtière des hôpitaux régionaux vaudois reconnus d'intérêt public. Elle regroupe 12 établissements sur l'ensemble du territoire cantonal. Le rôle de la FHV est de défendre les intérêts et l'image de ses membres auprès des pouvoirs publics, des milieux professionnels, du grand public, de les représenter auprès des instances cantonales et fédérales, de conduire des études économiques dans tous les domaines de la santé et de négocier les conventions avec les différents partenaires.

- * [La société vaudoise de médecine \(SVM\) :](#)

Partenaire officiel de l'État, la SVM est amenée à négocier les conditions-cadre de la pratique médicale et à signer des conventions cantonales dans les domaines hospitaliers et ambulatoires.

- * [Le centre hospitalier universitaire vaudois \(CHUV\) :](#)

Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) est l'un des 5 hôpitaux universitaires suisses. Grâce à sa collaboration avec la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne, le CHUV joue un rôle de pointe d'envergure européenne dans les domaines des soins médicaux, de la recherche médicale et de la formation. Ouverte en 2011, l'Unité de médecine palliative du CHUV permet d'accueillir six patient-e-s. Elle prodigue des soins aigus à des patient-e-s en crise. Le CHUV est un de nos partenaires envoyeurs de la région

- * [Vaud cliniques :](#)

C'est une association regroupant onze cliniques privées dans le canton de Vaud. Les cliniques privées vaudoises offrant un éventail complet de prestations. Certaines cliniques sont également des partenaires envoyeurs de la région.

Collaboration dans le canton de Genève :

- * [Les Hôpitaux universitaires de Genève \(HUG\) :](#)

Fruit d'une tradition pluriséculaire d'excellence en médecine et en sciences, les HUG sont nés en 1995. Regroupant les huit hôpitaux publics genevois ainsi que 40 consultations ambulatoires, réparties sur l'ensemble du canton de Genève, ils constituent le 1er hôpital universitaire de Suisse. Des contacts réguliers sont pris entre nos médecins et ceux des USP du canton de Genève lorsque les situations sont particulièrement complexes.

Fédéral :

- * [L'Association palliative CH :](#)

Palliative CH, la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs, a été fondée en 1988. C'est une société interdisciplinaire dont les membres se recrutent dans tous les groupes professionnels appelés au chevet des patients. Ses objectifs sont d'encourager la généralisation des soins palliatifs en Suisse, d'améliorer l'accès des personnes concernées et de leurs proches aux soins palliatifs, de promouvoir et de garantir la qualité de la médecine et des soins palliatifs.

- * [La Fédération des hôpitaux de Suisse \(H+\) :](#)

H+ est l'organe national faîtière des hôpitaux, des cliniques et des institutions de soins suisses. H+ défend les intérêts de ses membres en tant que fournisseurs de prestations et employeurs.

- * [Le service de la santé publique \(SSP\) :](#)

Le Service de la santé publique est l'autorité sanitaire cantonale. Le SSP est responsable de la couverture des besoins de santé de la population. Il évalue pour ce faire ces besoins en matière de soins et de prévention, organise tout le système de santé vaudois, définit les missions et prestations des principaux acteurs (hôpitaux, EMS, CMS). Il planifie le développement de l'offre de soins et finance l'ensemble du dispositif.

7. La formation

- * Chaque membre de l'équipe interprofessionnelle est responsable d'actualiser ses compétences et de veiller à son bien-être et à son développement personnel.
- * Des séances de formation sont organisées par le GT soins palliatifs afin de réactualiser les connaissances au sein de l'USP et sont ouvertes à toute l'interprofessionnalité en fonction de la pertinence et du thème.
- * Dans la limite des budgets disponibles, l'institution encourage les demandes de formation en interne ou en externe.
- * Depuis 2012, des formations de spécialisation en soins palliatifs sont proposées aux équipes médico-soignantes soit en interne soit au travers de CAS ou de DAS en Soins Palliatifs, afin d'augmenter le

niveau de compétences de l'équipe. Chaque année, au moins une infirmière bénéficie de la formation CAS en Soins Palliatifs.

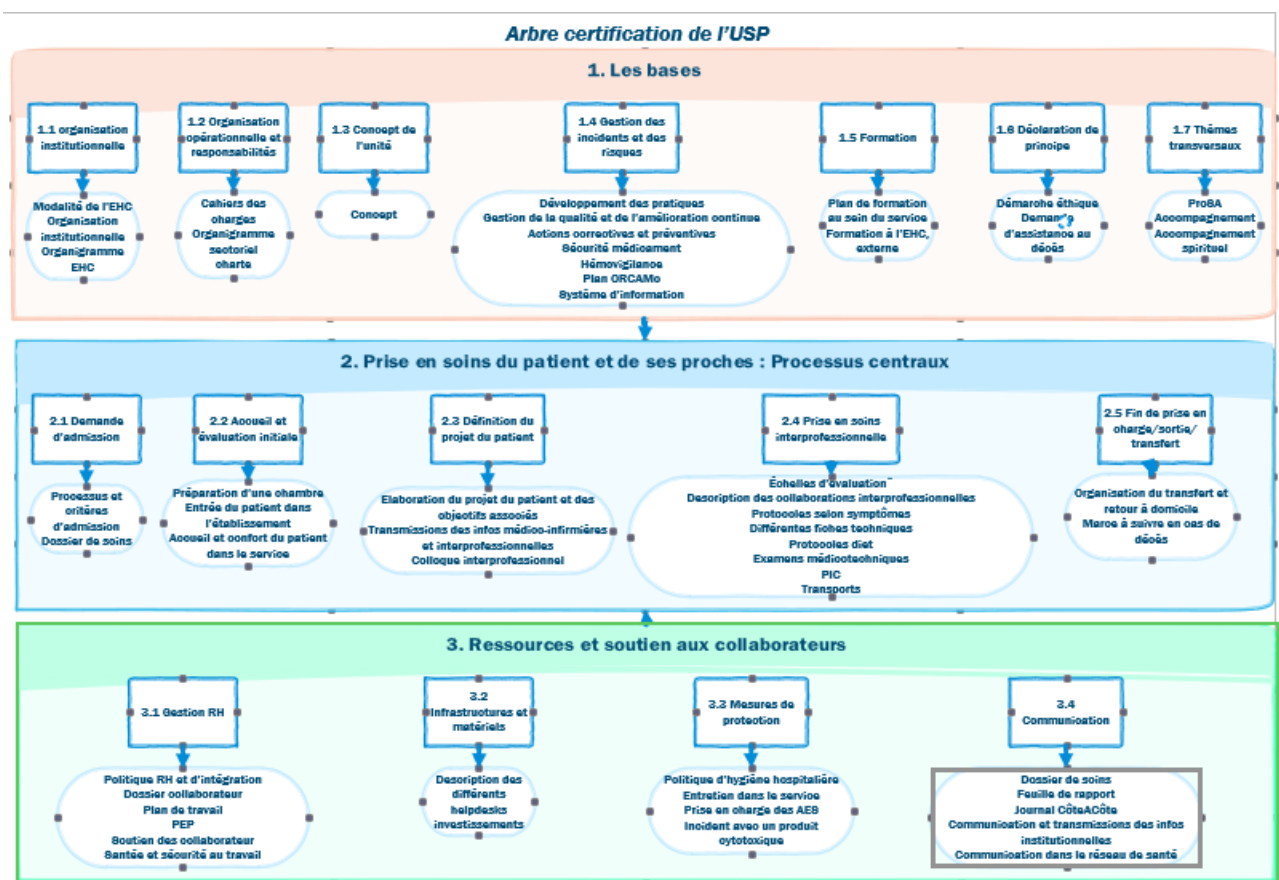
- * En complément de ces formations spécifiques, chaque année des formations en interne sont proposées dans le catalogue de formation telles que l'évaluation et la gestion de la douleur, soins aux patients stomisés, TAC - techniques d'activation de conscience ou encore éthique

8. Fonctionnement du service

- * Le fonctionnement du service s'articule en priorité autour de la prise en soins des patients et de son/ses projets. Tout au long de l'hospitalisation, l'équipe interprofessionnelle offre un accompagnement bio/psycho/socio et spirituel.
- * Dans notre service, la dimension spirituelle inclut non seulement la religion, mais de manière plus large aussi ce qui fait l'identité du patient, ses valeurs, ce qui donne sens à sa vie. La maladie et l'approche de la mort mettent en général cette dimension au premier plan, que ce soit comme ressource, comme questionnement ou comme souffrance. Cette dimension est prise en considération dès l'entrée du patient soit par l'infirmière dédiée à celle-ci, soit par l'aumônier, si elle est présente et le reste de l'équipe au travers des rencontres pour s'informer des besoins/ressources de celui-ci sur le plan spirituel. Cet aspect est noté dans le dossier de soins.
- * Le déroulement de l'hospitalisation se réalise de la manière suivante :
 - L'admission : Il s'agit de s'assurer que les demandes respectent bien la procédure existante en répondant aux critères d'admission (soins palliatifs spécialisés), d'organiser et de réguler les entrées en collaboration avec le groupe de travail des admissions (GTA).
 - L'accueil et l'évaluation initiale : il est important d'assurer au patient le meilleur accueil possible, soulager ses symptômes inconfortables en priorité, réaliser une anamnèse en binôme médico-infirmier initiale en s'adaptant à son état de fatigue. Pour le garantir au mieux, un horaire infirmier est dédié au patient entrant afin de créer dès le début une relation de confiance.
 - La définition du projet interprofessionnel : celui-ci est élaboré à partir de celui du patient, en fixant des objectifs adaptés et en s'assurant que le patient est d'accord avec les actions proposées. Une réactualisation est réalisée une fois par semaine.
 - Le Projet de soins anticipé (ProSA), traduction d'Advance Care Planning, est le processus dans lequel les patients et patientes et, le cas échéant leurs proches, discutent au travers d'entretiens avec les équipes médico-soignantes des objectifs de soins, les définissent et les adaptent régulièrement au déroulement concret de la maladie.
 - La prise en soins interprofessionnelle : chaque professionnel tend à atteindre les objectifs fixés au moment du colloque hebdomadaire en réévaluant à chacune de ses interventions leurs pertinences. Des transmissions sont réalisées quotidiennement entre professionnels afin de s'adapter à l'évolution de l'état du patient et ainsi optimiser sa prise en soins en toute circonstance. Des évaluations régulières des symptômes inconfortables sont réalisées. Une fois par semaine une grande visite médico-soignante est réalisée au lit du patient afin de favoriser les interactions patient-professionnels.
 - La fin de la prise en soin :
 - Lorsqu'il s'agit d'un retour à domicile ou d'un transfert dans une autre structure de soins, l'équipe accompagne le projet en planifiant des entretiens de famille et/ou des réseaux, afin d'organiser la transition. Les partenaires de santé concernés sont avertis et éventuellement invités aux réseaux. Les informations concernant le patient sont transmises afin de garantir la continuité des soins.
 - Lorsqu'il s'agit d'un décès, l'équipe soutient et accompagne particulièrement le patient et ses proches afin de rendre cette étape ultime la plus douce possible avant, pendant et après la survenue du décès.
- * Les autres activités importantes du service :
 - Concernant les collaborateurs : intégration, soutien, évaluation, formations, réflexion sur l'amélioration du quotidien, développement de nouvelles pratiques, analyse de pratique

mensuelle obligatoire (supervision) avec une psychiatre externe, temps de parole hebdomadaire.

- Points infos interprofessionnels hebdomadaires et colloques d'équipe trimestriels ouverts à toute l'interprofessionnalité selon les thèmes dont un par année est dédié au document concept et à sa réactualisation et un tous les 3 ans au minimum aux documents en lien avec les déclarations de principe.
- Concernant la sécurité du patient : la gestion des incidents et des risques, la gestion de la qualité et de l'amélioration continue, les protocoles de sécurité, le développement de la culture de l'erreur, le développement de 2 indicateurs de qualité en lien avec des pratiques palliatives sont autant d'axes permettant de veiller de la meilleure manière possible à la sécurité du patient et des collaborateurs.
- Le suivi des nouvelles recommandations scientifiques concernant la mission, la réactualisation de la démarche qualité dont l'arborescence est ci-dessous afin que les équipes soient au même niveau d'informations garantissent une prise en soin de qualité, adaptée à la mission.



9. Récapitulatif des livres, documents, revues, utilisés dans l'USP

- * Tous les documents contenus dans la démarche qualité de l'USP
- * Documents BIGORIO
- * Palliative Flash
- * Revue Palliative CH
- * Soins palliatifs, aide-mémoire destiné aux soignants, S. Pautex et al, oct.2020.
- * Regroupement de pharmaciens experts en soins palliatifs, 2019, 5ème édition. GUIDE pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes. Montréal : A.P.E.S
- * Jacques DONZE, octobre 2019, 2ème édition revue et augmentée avec la collaboration de Nicolas Schaad. BREVIMED. Suisse : Médecine et hygiène.
- * Manuel de soins palliatifs, 2020, 5ème édition entièrement revue et augmentée, ouvrage coordonné par Rozenn Le Berre, DUNOD, France : guides Santé.Social