

Les soins palliatifs à domicile et les équipes mobiles

Guide des soins palliatifs du médecin vaudois

n° 7 ☞ 2009

En bref

Soins palliatifs à domicile	4
Équipes mobiles de soins palliatifs pour adultes	16

Quelques conseils pratiques

Sur les soins palliatifs à domicile	5
Concernant les équipes mobiles pour adultes	17

Boîte à outils

Check-list de l'évaluation initiale	6
Tableau de répartition des médicaments	7
Distribution géographique des équipes mobiles	18
Coordonnées des équipes mobiles	18

En savoir plus

Sur les soins palliatifs à domicile

1. Défis des soins palliatifs à domicile	8
2. Conditions requises aux soins palliatifs à domicile	8
3. Acteurs collaborant avec le médecin traitant	11
4. Programme cantonal de développement des soins palliatifs	14
5. Moyens auxiliaires	14
6. Remboursement de transports	15

Sur les équipes mobiles de soins palliatifs pour adultes

1. Prestations offertes	19
2. Modalités de fonctionnement	19
3. Exemples de situation complexe	20
4. Comment présenter l'intervention d'une équipe mobile	20

Quelques adresses utiles	21
--------------------------------	----

Guide des soins palliatifs

du médecin vaudois

n° 7 2009

Auteurs

Soins palliatifs à domicile

Madame Patrizia Clivaz Luchez
Directrice
APROMAD
En Budron C7
1052 Le Mont-sur-Lausanne
Patrizia.Clivaz.Luchez@omsv.vd.ch

Madame Anita Droz
Directrice
Ligue vaudoise contre le cancer
Av. Gratta-Paille 2
1000 Lausanne 30 Grey
anita.droz@lvc.ch

D^r Christian Bernet
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
Christian.Bernet@chuv.ch

D^r Marc Bonard
Pl. B.-Constant 2
1003 Lausanne
m.c.bonard@bluewin.ch

D^r Pierre Corbaz
Av. Vinet 28
1004 Lausanne
pierre.corbaz@yahoo.fr

D^r Nicolas Paschoud
Pl. B.-Constant 2
1003 Lausanne
npaschoud@e-onco.ch

Equipes mobiles de soins palliatifs

D^{resse} Isabelle Hottinger
Ch. des Vergers 1
1426 Concise
isabelle.hottinger@rezonord.net

D^{resse} Sibylle Marthy
Unité de soins palliatifs, Hôpital d'Aubonne
1170 Aubonne
sibylle.marthy@ehc.vd.ch

D^{resse} Anne Vacanti Robert
Unité de soins palliatifs
Hôpital de Martigny – CHCVs-RSV
1920 Martigny
anne.vacanti@rsv-gnw.ch

D^r François Perrochet
Centre d'oncologie, Hôpital Riviera
1800 Vevey
mfrancois@hotmail.com

Editeurs

D^{resse} Claudia Mazzocato
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch

D^r Stéphane David
Ch. de Pierrefleur 7
1004 Lausanne
stephane.david@svmed.ch

Reviewers

Madame Geneviève Stucki
Présidente
Comité de pilotage du programme cantonal
de développement des soins palliatifs
Service de la santé publique
Rue Cité-Devant 11
1014 Lausanne
genevieve.stucki@vd.ch

D^r Olivier Bettens
Président
Coordination des réseaux de soins
Av. du Funiculaire 3
1304 Cossonay
obettens@virga.org

Réseaux de soins et médecins

Beaucoup s'est dit et écrit sur les différentes formes de réseaux de soins, sur la coordination interprofessionnelle¹, sur la nécessité d'un changement de paradigme dans la prise en charge du patient âgé et chronique en particulier.

Dans cette évolution, récente mais vraisemblablement inéluctable, où chaque intervenant joue la carte de la continuité des soins, le médecin apparaît comme un acteur central mais aussi comme le professionnel qui a le plus de difficultés à s'intégrer dans une structure collaborative. Les raisons en sont multiples, peut-être liées à une formation qui historiquement ne tenait pas compte de ces aspects ou à la responsabilité, éthique et légale, qui est la nôtre dans la prise en charge d'un patient.

Il n'est pas étonnant que ce premier «manuel médico-social à l'usage du médecin» s'inscrive dans le cadre des soins palliatifs, en raison de la nécessité d'une prise en charge qui tienne compte pour nos patients de l'ensemble des compétences des professionnels au lit du malade. Mais les informations que vous y trouverez seront utilisables avec profit pour tous vos patients!

Témoin de cette volonté de travail coordonné, ce cahier est une réalisation pluridisciplinaire. Les reviewers sont pour l'occasion Madame Geneviève Stucki, présidente du Comité de pilotage du programme cantonal de développement des soins palliatifs, et le D^r Olivier Bettens, président de la Coordination des réseaux de soins.

Le hasard des dates d'édition veut que ce cahier soit également le premier à être financé par un réseau de soins. Nous remercions vivement ARCOS, *Association «Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise»*, pour ce geste aussi important au plan financier que significatif sur le plan symbolique.



D^{resse} Claudia Mazzocato



D^r Stéphane David

¹SCHALLER P, GASPOZ JM. Continuité, coordination, intégration des soins: entre théorie et pratique. *Rev Med Suisse* 2008; 4: 2034-2039.

→ En bref

Soins palliatifs à domicile

Défis du domicile

- Fluctuations rapides, souvent imprévisibles, de l'état du patient.
- Les proches sont les soignants de 1^{re} ligne.
- Multiplicité et dispersion géographique des intervenants, complexifiant la communication et la coordination.
- Bien que la responsabilité de la prise en charge revienne au médecin, beaucoup de facteurs concourant à sa réussite échappent à ce dernier.
- Les soins palliatifs à domicile demandent au médecin une très grande disponibilité!

Conditions des soins palliatifs à domicile

- Patient et proches
 - Souhaits de soins à domicile.
 - Informés de la nature de la maladie et des complications éventuelles.
 - Interrogations, craintes, attentes et limites du domicile discutées avec le médecin et le CMS.
- Patient
 - Symptômes stabilisés.
 - Réponses aux besoins psychosociaux et spirituels.
- Proches
 - Prévention de l'épuisement (CMS, bénévoles, etc.).
 - Enseignement thérapeutique sur les soins à donner.
 - Réponses aux préoccupations personnelles.
- Cadre fonctionnel
 - Adapté aux besoins du patient (accessibilité, matériel, etc.).
- Professionnels de 1^{re} ligne
 - Médecin traitant et CMS disponibles et coordonnés (visites communes, colloques pluridisciplinaires, dossier au domicile).
- Prévention des crises
 - Evaluation régulière et systématique des besoins du patient et des proches.
 - Attitude définie face aux complications prévisibles.
 - Numéros d'appel d'urgence 24h/24 et 7j/7.
 - Planification d'un lieu d'hospitalisation, au besoin.

Acteurs associés au médecin traitant

- Centres médico-sociaux (CMS)
 - Coordination/planification des interventions et intervenants nécessaires au suivi du patient.
 - Suivi spécifique en termes de soins infirmiers.
 - Accompagnement du patient et de son entourage.
 - Mise en place de moyens auxiliaires, d'oxygène.
 - Démarches sociales spécifiques.
 - Prestations de veilles.
 - Organisation du recours à des bénévoles.
- Réseaux
 - Coordination des soins et de l'orientation du patient dans le système de santé.
 - Formation des infirmières ressources en soins palliatifs.
- Assistants sociaux de la Ligue vaudoise contre le cancer
 - Soutien psychosocial, administratif, juridique et financier aux patients atteints d'un cancer et à leurs proches.
- Bénévoles
 - Présence de jour ou de nuit offrant une présence, une écoute et un soutien.
- Equipes mobiles de soins palliatifs
 - Equipes spécialisées en soins palliatifs offrant aux intervenants de 1^{re} ligne un soutien, des conseils et une aide à l'orientation du patient dans le réseau de soins (voir p. 19).

Quelques conseils pratiques sur les soins palliatifs à domicile

- Vérifier la compréhension qu'ont les proches de la situation médicale du patient.
- En tant que partenaire incontournable des soins à domicile, l'entourage nécessite la même attention en terme de soutien psychosocial que le patient (prévention de l'épuisement, problèmes personnels, conflits familiaux, etc.).
- Même en l'absence de besoins spécifiques en soins infirmiers, impliquer le CMS précocement chaque fois que possible.
- Prendre l'initiative de contacter les autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient: ces derniers hésitent souvent à le faire. Cela se révélera par la suite un gain de temps important.
- La communication du diagnostic de la maladie et de son pronostic présumé aux collaborateurs du CMS, qui sont également soumis au secret médical, permet à ceux-ci d'adapter adéquatement leurs modalités de prise en charge en termes de soins et d'accompagnement.
- Une prise en charge palliative à domicile demande une grande disponibilité et du temps!
- Même en l'absence de questions spécifiques par rapport à la prise en charge du patient, le regard extérieur de l'équipe mobile de soins palliatifs s'avère souvent précieux et rassure à la fois le médecin et le patient.
- Ne pas oublier que les possibilités de soins techniques au patient (transfusions sanguines, adaptation rapide de l'antalgie, etc.) sont limitées à domicile.
- Cas échéant, une courte hospitalisation en milieu palliatif permet un répit tant pour le patient que pour ses proches et les soignants.
- En cas de besoin urgent de médicament ou de matériel, en particulier la nuit ou le week-end, contacter Pharma-Care 24 (tél. 079 220 21 04).

Boîte à outils

Check-list de l'évaluation initiale

Patient et proches	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension de la maladie, du pronostic présumé • Craintes à l'égard du domicile • Attentes à l'égard du domicile 	<ul style="list-style-type: none"> → Orientation des traitements. → Attitude en cas de complication (maintien à domicile ou hospitalisation, planification du lieu). → Encadrement professionnel et bénévole. → Modalités de gestion des crises. → Numéro d'appel d'urgence 24h/24. → Possibilités et limites maintien à domicile.
Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de la douleur et des autres symptômes • Autres besoins psychosociaux et spirituels 	<ul style="list-style-type: none"> → Mobilisation précoce de l'équipe mobile si symptômes insuffisamment soulagés. → Mobilisation de compétences complémentaires en fonction des besoins (psychologue de l'équipe mobile, assistante sociale, représentant religieux, etc.).
Proches	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation des ressources (qui peut faire quoi, quand) et prévention de l'épuisement • Enseignement thérapeutique • Problématiques personnelles (difficultés de santé, avec l'employeur, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> → Mobilisation de ressources additionnelles (CMS, bénévoles, veilleurs, etc.). → Ressources financières additionnelles. → Utilité des traitements, de leur modalité d'administration, de l'utilisation des réserves. → Soins à effectuer (mobilisation du patient, toilette, soins de bouche, etc.). → Attitude face à une situation aiguë (crise épileptique, delirium, etc.). → Contact avec le médecin traitant du proche. → Mobilisation de compétences complémentaires.
Médication	<ul style="list-style-type: none"> • Type de médicaments / posologies / horaires 	<ul style="list-style-type: none"> → Simplification du traitement. → Médicaments en quantité suffisante (réserves, posologie, week-end). → Voie d'administration et horaires adaptés. → Enseignement thérapeutique (utilité médicaments, utilisation réserves). → Augmentation des interventions du CMS.
Cadre fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à la maison • Problèmes architecturaux • Mobilité du patient / AVQ • Confusion / incontinence, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> → Adaptation du lieu de vie (visite ergothérapeute). → Enseignement thérapeutique aux proches (mobilisation, transferts, etc.).
Matériel équipement	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition (SNG, repas à domicile) • Fournitures (pansements, couches, cathéters, etc.) • Equipement (lit, matelas, O₂, pompe, aspiration, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> → Enseignement thérapeutique. → Augmentation des interventions du CMS. → Ressources financières additionnelles.
Equipe soignante	<ul style="list-style-type: none"> • Faisabilité pour le médecin traitant/CMS • Modalités de communication entre intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> → Collègue médical en «soutien». → Couverture des absences / week-ends (médecin de garde informé). → Visites communes. → Colloques pluridisciplinaires réguliers. → Optimalisation de la communication (fax, téléphone, dossier patient à domicile).

En savoir plus sur les soins palliatifs à domicile

1. Défis des soins palliatifs à domicile

- Beaucoup de personnes malades souhaitent, sinon décéder, du moins rester aussi longtemps que possible à la maison.
- Un tel projet représente bien souvent un défi. Les situations palliatives à domicile ont des caractéristiques propres à complexifier la prise en charge:
 - le patient présente fréquemment plusieurs symptômes simultanément, tels que des douleurs et de la confusion, dont la gestion à domicile n'est pas toujours aisée;
 - avec la progression de la maladie, l'état de la personne malade montre des fluctuations rapides, fréquemment imprévisibles, qui nécessitent une grande disponibilité de la part du médecin traitant et de l'équipe soignante;
 - les proches sont des intervenants essentiels, appelés à effectuer de nombreuses tâches comme certains soins de base;
 - les multiples intervenants ne sont pas localisés dans un même espace, comme dans un hôpital, mais dispersés géographiquement avec tous les problèmes de communication et de coordination que cela engendre;
 - bien que la responsabilité de la prise en charge revienne au médecin, beaucoup de facteurs concourant à sa réussite échappent à ce dernier;
 - les soins palliatifs à domicile demandent au médecin du temps et une grande disponibilité.
- Dans une situation de souffrance pour le patient et/ou les proches, un transfert transitoire ou définitif de celui-ci dans une structure de soins ne doit pas être considéré comme un échec mais comme une option toujours possible.



Environ 50% des malades ayant projeté initialement de décéder à domicile sont hospitalisés en fin de vie.

2. Conditions requises aux soins palliatifs à domicile

- De nombreux facteurs influencent le maintien à domicile, tels que les conditions économiques du patient, sa pathologie de base, l'environnement familial, la disponibilité du médecin traitant et de l'équipe soignante et la présence de structures de soins palliatifs spécialisées (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 6 p.14).
- Au-delà de ces facteurs, qui ne sont pas tous maîtrisables, certains éléments doivent être pris en compte impérativement dans un projet de soins palliatifs à domicile.

2.1 Patient

- Le désir du patient est le pré-requis de soins palliatifs à domicile. Pour que ce dernier puisse décider en connaissance de cause, il a besoin:
 - d'être informé de la nature de sa maladie et de l'évolution attendue,
 - que ses craintes (mourir seul ou étouffé, par exemple) et les moyens d'y répondre soient explorés régulièrement et systématiquement,
 - que ses attentes par rapport au domicile, à l'égard du médecin et de l'équipe soignante soient entendues et discutées,
 - que les possibilités des soins à domicile et leurs limites soient explicitées.

- Il est important que le patient sache qu'il peut en tout temps remettre en cause son choix et de réévaluer régulièrement sa décision.
- Le contrôle des symptômes doit être satisfaisant: organiser un retour à domicile chez un patient présentant par exemple des douleurs non contrôlées se solde le plus souvent par une ré-hospitalisation à court terme.

2.2 Proches

- Les proches assurent 80% de la surveillance et de la prise en charge, de jour comme de nuit. Ils sont donc des partenaires indispensables.
- Comme pour le patient, il importe d'explorer avec eux la connaissance qu'ils ont de la maladie, leurs craintes, leurs attentes et d'explicitier les limites du domicile.
- Ils ont des préoccupations qui leur sont propres, qu'ils n'osent pas toujours formuler:
 - craintes par rapport aux actes à effectuer, telles que la gestion des médicaments, ou la manière de faire face à une urgence (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 6 p. 20),
 - besoins pratiques, tels que l'aide dans la vie quotidienne (repas, aide au ménage) et certains soins (toilette du patient, évaluation de la douleur),
 - problèmes financiers ou professionnels, tels que des difficultés avec l'employeur,
 - conflits au sein de la famille,
 - problèmes de santé personnels.
- Le médecin traitant et le CMS doivent explorer régulièrement et systématiquement ces préoccupations et les meilleures modalités afin d'y répondre. Ces dernières peuvent porter sur:
 - un enseignement sur les soins de base et tâches à effectuer (mobilisation du patient, soins de bouche, etc.) et sur la gestion des médicaments (indications, modalités d'administration, utilisation des réserves, etc.),
 - un renforcement des visites du CMS,
 - des numéros d'appel d'urgence, y compris le week-end,
 - la présence de bénévoles,
 - une aide financière,
 - des transports bénévoles, etc.
- Savoir qu'ils peuvent bénéficier en tout temps d'une aide contribue à ce qu'ils se sentent davantage en sécurité et moins épuisés.



Une hospitalisation en fin de vie est due une fois sur deux à l'épuisement des proches.

2.3 Cadre fonctionnel

- Les conditions architecturales du domicile jouent un rôle important sur la qualité de vie du patient et des proches. Elles doivent être évaluées précocement dans la prise en charge, à l'occasion d'une visite de l'ergothérapeute du CMS:
 - le domicile est-il facilement accessible?
 - est-il suffisamment spacieux pour permettre l'installation d'un lit d'hôpital?
 - dispose-t-il de toilettes et d'une salle de bain sur le même étage que la chambre du patient?
 - celles-ci présentent-elles des obstacles architecturaux?
 - le domicile est-il équipé d'une machine à laver le linge ou se trouve-t-il à proximité d'une blanchisserie?
 - existe-t-il des moyens de favoriser la mobilité et les activités quotidiennes du patient, de prévenir les risques de chute?
- Les besoins matériels doivent également être évalués très régulièrement. Il peut s'agir:
 - d'équipements, tels qu'un lit, une pompe à morphine ou encore de l'oxygène,
 - de fournitures, telles que des pansements, des cathéters, des poches de colostomie,
 - de médicaments en quantité suffisante, des médicaments de réserve,
 - d'une alimentation par sonde naso-gastrique, etc.

2.4 Professionnels de 1^{re} ligne

- La disponibilité du médecin traitant et de l'équipe du CMS, leur capacité à répondre rapidement aux demandes et aux besoins du patient et de son entourage ainsi que leur coordination sont des facteurs clés des soins palliatifs à domicile.
- Cela nécessite que les divers intervenants définissent et réévaluent ensemble et régulièrement les objectifs de prise en charge à l'occasion de colloques pluridisciplinaires; bien qu'apparemment chronophages, ces rencontres permettent souvent un gain de temps considérable par la suite:
 - chaque intervenant dispose des informations nécessaires à la prise en charge du patient et des proches;
 - le rôle de chacun des professionnels est clairement défini;
 - les meilleures modalités de communication et leur fréquence sont discutées; il peut s'agir:
 - de visites communes au domicile du patient,
 - de contacts téléphoniques (préciser le numéro de téléphone et le meilleur horaire d'appel) ou par fax,
 - d'un dossier commun de suivi au domicile, sur lequel chaque intervenant peut transcrire ses observations, ses suggestions et ses questions.
- Même chez un patient stable, sans demande particulière, il est important que le médecin traitant et les soignants du CMS passent régulièrement à domicile évaluer ses symptômes, ses besoins et ceux de ses proches.

2.5 Prévention et anticipation des crises

- Anticiper permet de prévenir bien des crises ou, lorsqu'elles surviennent, d'adopter l'attitude la plus adéquate même en situation d'urgence. Cela nécessite une transmission constante des informations entre tous les intervenants.
- L'anticipation porte sur les traitements:
 - médicaments en quantité suffisante, y compris la nuit et le week-end, en cas d'exacerbation d'un symptôme,
 - médicaments injectables disponibles chez un patient dont l'état général se dégrade rapidement,
 - kit d'urgence, en fonction des urgences anticipées (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 6 p. 5 et 8).
- Elle concerne également les attitudes à adopter face aux complications prévisibles, définies avec le patient et ses proches, transmises à l'ensemble des intervenants et consignées dans le dossier du patient à domicile:
 - maintien à domicile, transfert dans un hôpital aigu ou une unité de soins palliatifs,
 - coordonnées d'un médecin informé en cas d'urgence,
 - numéros d'appel d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Prévenir les crises

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer régulièrement et systématiquement les symptômes et les besoins psychosociaux du patient. 	→ Si des symptômes restent incontrôlés, demander rapidement un avis spécialisé.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer régulièrement les besoins des proches (soutien, aide matérielle, financière, etc.). 	→ Mobilisation précoce des moyens nécessaires. → Hospitalisation de répit.
<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les proches aux diverses éventualités (augmentation des douleurs, apparition d'un delirium, par exemple). 	→ Enseignement de l'attitude à adopter, des personnes à contacter, des réserves de médicaments à utiliser.
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition des numéros d'appel d'urgence 24h/24, 7j/7. 	→ Préciser aux proches qui et quand appeler.
<ul style="list-style-type: none"> • Planifier un lieu d'hospitalisation approprié en cas de nécessité. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les visites à domicile lorsque le décès du patient approche. 	→ Simplification des traitements. → Changement des modalités d'administration. → Préparation des proches.

3. Acteurs collaborant avec le médecin traitant

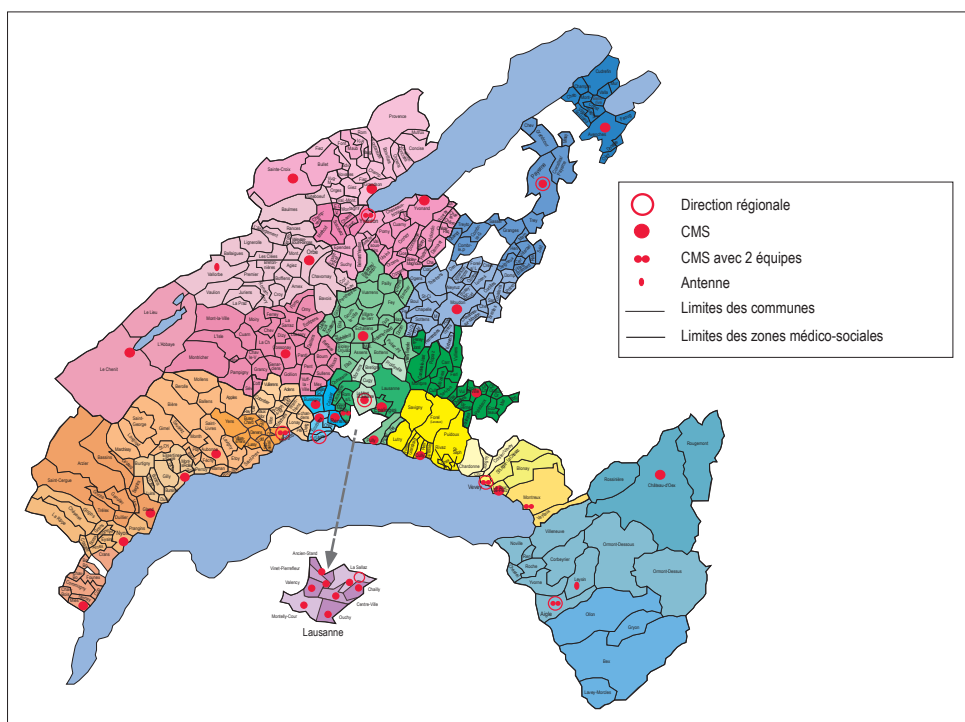
- En plus du médecin traitant, de nombreux acteurs gravitent autour du patient et des proches. Si leur multiplicité peut représenter un facteur de complexité dans la coordination des soins, chacun d'entre eux apporte des compétences spécifiques indispensables à la prise en charge palliative.

3.1 Centres médico-sociaux (CMS)

- Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires composées d'infirmières, d'assistantes sociales, d'ergothérapeutes, de collaboratrices d'aide aux soins (infirmières assistantes, aides familiales, assistantes en soins et en santé communautaire, auxiliaires de santé, auxiliaires de ménage) et de secrétaires. L'équipe est gérée par un ou une responsable de centre.
- Chaque CMS collabore avec un médecin-conseil.
- Les CMS interviennent pour toute personne qui, en raison de problèmes de santé, est dépendante d'une aide de ses proches ou d'intervenants extérieurs momentanément ou durablement.
- La majorité des CMS du canton bénéficient d'une infirmière ressource en soins palliatifs (voir réseaux de soins p. 13).

3.1.1 Localisation et organisation des CMS

- Il existe 46 CMS répartis sur l'ensemble du territoire vaudois.
- Chaque CMS est rattaché à l'une des huit associations ou fondation d'aide et de soins à domicile, elles-mêmes fédérées par l'Organisme médico-social vaudois (OMSV).
- La localisation de chaque CMS et leurs numéros de téléphone sont disponibles sur le site de l'OMSV: voir adresses utiles p. 21



3.1.2 Prestations offertes

- Elles sont multiples. Il peut s'agir:
 - de soins infirmiers médico-délégués, de soins de base et d'aide au ménage,
 - de prestations d'ergothérapie (aménagement de l'appartement, par exemple),
 - d'accompagnement psychosocial et toutes les démarches y relatives,
 - de repas livrés à domicile,
 - de la mise en place d'un système de biotélévigilance,
 - d'organisation de transport pour personnes à mobilité réduite.

- Dans les situations de soins palliatifs, le CMS offre:
 - la coordination et la planification de l'ensemble des interventions et des intervenants nécessaires au suivi du patient: ce rôle est assumé par un professionnel de l'équipe appelé *réfèrent de situation*,
 - un suivi spécifique en termes de soins infirmiers: évaluation des symptômes, surveillance des effets des traitements, soins de confort adaptés aux situations, mise à disposition du matériel nécessaire (pompe, pousse-seringue, etc.),
 - l'accompagnement du patient et de son entourage,
 - la mise en place de moyens auxiliaires (lit électrique, matelas anti-escarres, etc.),
 - des démarches sociales spécifiques relatives, par exemple, à des questions d'ordre financier,
 - la mise en place d'oxygène,
 - des prestations de veilles,
 - l'organisation du recours à des bénévoles et, cas échéant, l'encadrement de ceux-ci.
- Selon les prestations, une participation financière est demandée au patient. Des renseignements complémentaires à ce sujet peuvent être obtenus auprès de chaque CMS.

3.1.3 Collaborations et modalités d'intervention

- Le CMS collabore avec l'ensemble des partenaires du réseau de soins:
 - les hôpitaux,
 - les CTR,
 - les cliniques,
 - les EMS (en particulier pour les UAT et les courts séjours),et avec tout autre partenaire sanitaire ou médico-social.
- La situation est évaluée par un professionnel puis présentée dans le cadre du colloque pluridisciplinaire, afin d'assurer la continuité des soins.
- Un dossier est créé; l'aide et les soins requis par le patient et ses proches sont planifiés.
- Un classeur de transmission est déposé chez le patient. Il sert d'outil de communication et de transmission entre les divers intervenants, médecin compris. Il comprend:
 - le plan de médication,
 - le document de travail décrivant l'ensemble des soins,
 - des fiches de relevés spécifiques (TA, fréquence cardiaque, etc.),
 - des fiches d'observations.
- La situation est réévaluée chaque fois que nécessaire; cas échéant, l'aide et les soins sont réajustés.

3.1.4 Attentes du CMS à l'égard du médecin traitant

- Les attentes du CMS peuvent se résumer en trois mots: communication, collaboration et anticipation.
 - Communiquer: bénéficier de toutes les informations nécessaires à l'intervention (diagnostic, pronostic, ce qui a été dit au patient et à sa famille, orientation du projet de soins), pouvoir transmettre les observations faites et discuter, dans son champ de compétences, des objectifs de la prise en charge.
 - Collaborer: entendre et prendre en compte les avis de l'équipe du CMS et de tout autre intervenant.
 - Anticiper: identifier quelques hypothèses d'évolution probable et prescrire les traitements, les comportements possibles; prévoir également les informations nécessaires pour la garde médicale en cas d'absence.
- Et puis encore, des ordres médicaux écrits et signés.

3.2 Réseaux de soins

- Les réseaux de soins, au sens de la loi vaudoise du 30 janvier 2007, regroupent au niveau régional les fournisseurs de soins et les autres milieux intéressés représentant la chaîne complète des prestations, incluant des activités préventives, curatives, palliatives, médico-sociales et de réadaptation relevant tant de prises en charge somatiques que psychiatriques.
- Au sens de la directive du Département de la santé et de l'action sociale du 25 février 2008, le canton est subdivisé en quatre grandes régions:
 - Région Centre, desservie par le réseau ARCOS (Association Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise),

- Région Est, desservie par les réseaux ASCOR (Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut), et FSC (Fédération de soins du Chablais).
- Région Ouest, desservie par le réseau ARC (Association des Réseaux de Soins de la Côte),
- Région Nord, desservie par le réseau Nord Broye (Association du Réseau de Soins de la Broye et du Nord vaudois).
- La mission des réseaux est d'améliorer la coordination des soins et l'orientation des usagers dans le système de santé, tout en respectant leur liberté de choix. Ils contribuent également à la réalisation de divers programmes cantonaux de santé publique.

3.2.1 Soins palliatifs

- Les réseaux participent étroitement au programme cantonal de développement des soins palliatifs fondé sur le décret du Grand Conseil de juin 2002.
- En particulier, ils mettent à disposition les ressources des équipes mobiles en soins palliatifs adultes (voir p. 16).
- Ils organisent des activités de formation et de formation continue, avec notamment des formations de sensibilisation et une formation d'infirmière ressource en soins palliatifs.
- Actuellement, une majorité de CMS et d'EMS disposent d'une infirmière ressource qui, par son rôle de référence, contribue à disséminer au sein de son institution la culture palliative tant au niveau théorique que pratique (évaluation de la douleur, soins de bouche, etc.).

3.2.2 Bureaux régionaux d'information et d'orientation des réseaux (BRIO)

- La mission de ces bureaux est la gestion des lits de long séjour en EMS et l'information sur les places disponibles.
- Certains BRIO gèrent également des lits de court séjour d'urgence et assurent une fonction de liaison, c'est-à-dire d'orientation et d'organisation de la sortie de patients hospitalisés dans les diverses structures de soins.
- Cette fonction de liaison est assurée par une infirmière de liaison. Son rôle est de mettre sur pied, lors d'un entretien de réseau mais en tout cas avec un minimum de concertation avec le patient, les proches et l'ensemble des partenaires impliqués, l'organisation des soins à la sortie de l'hôpital, que la destination du patient soit le domicile ou un autre lieu.
- Des informations plus détaillées sur les activités des réseaux sont accessibles sur leurs sites: voir adresses utiles p. 21.

3.3 Service social de la Ligue vaudoise contre le cancer

- Composé d'une quinzaine d'assistants sociaux répartis en sept sites sur le canton, ce service propose aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs proches, y compris à domicile, un soutien psychosocial, administratif, juridique et financier.
- Il mobilise et coordonne les réseaux de solidarité (bénévoles, paroisses, transports, associations pour malades) et collabore avec les CMS, les hôpitaux, les unités de soins palliatifs et les CTR.
- Il organise des conférences, anime des groupes de parole et de rencontres, ainsi que divers ateliers pour les personnes malades et/ou les proches.
- Les coordonnées des assistants sociaux sont accessibles sur le site de la Ligue vaudoise contre le cancer: voir adresses utiles p. 21.

3.4 Bénévoles formés à l'accompagnement de fin de vie

- Les bénévoles offrent une présence, une écoute et un soutien au patient et à son entourage.
- Ils travaillent en partenariat avec les équipes médico-sociales.
- Il existe plusieurs associations de bénévoles dans le canton de Vaud, rattachées à une structure de soins spécifique ou à une association telle que Caritas, la Croix-Rouge vaudoise ou encore la Ligue vaudoise contre le cancer par exemple: voir adresses utiles pp. 21-22.

4. Programme cantonal de développement des soins palliatifs

- Ce programme a pour but d'offrir des soins palliatifs de qualité à toute personne qui le nécessite, indépendamment de l'âge, de la pathologie et du lieu de vie.
- Fondé sur un décret du Grand Conseil en 2002, il a créé un réseau étroit de collaborations entre les institutions et les personnes concernées.
- Sous l'égide du Service de la santé publique, il est dirigé par un comité de pilotage constitué de représentants des divers réseaux et associations faitières de soins du canton, dont la Société vaudoise de médecine.
- Ses objectifs sont les suivants:
 - améliorer l'offre de soins palliatifs de manière à assurer la couverture des besoins de la population vaudoise,
 - assurer à tout soignant professionnel une formation lui permettant d'identifier les besoins en soins palliatifs et d'assurer une orientation appropriée des patients,
 - améliorer, dans le cadre des réseaux de soins, la continuité des soins par une collaboration accrue des partenaires professionnels et institutionnels,
 - informer le public des possibilités et des ressources à disposition en matière de soins palliatifs.
- Les principales actions réalisées pendant la période 2003 à 2008 sont:
 - la mise en place de cinq équipes mobiles de soins palliatifs adultes et pédiatriques,
 - le renforcement de la formation des soignants en CMS et EMS,
 - la formation des infirmières ressources,
 - la collaboration au *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois*,
 - l'ouverture d'une unité de soins palliatifs à l'Hôpital de Lavaux,
 - la collaboration avec les associations de bénévoles,
 - le développement des soins palliatifs dans les institutions socio-éducatives.

5. Moyens auxiliaires

- Un moyen auxiliaire (MA) est destiné à remplacer les fonctions corporelles perdues. Il doit permettre à la personne atteinte de développer son autonomie, d'établir des contacts avec son entourage, de se déplacer, de se former et d'exercer une activité professionnelle.
- Il peut s'agir:
 - de prothèses définitives (pied, jambe, main ou bras) ou d'exoprothèses du sein,
 - de perruques,
 - d'appareils orthopédiques après opération du larynx,
 - de fauteuils roulants ordinaires ou électriques,
 - de lits électriques.
- La prise en charge des MA ne fait normalement pas partie des prestations que les caisses-maladie sont tenues de rembourser dans le cadre de la LAMal. Diverses caisses contribuent néanmoins aux frais des MA dans le cadre d'assurances complémentaires.
- Il faut distinguer les MA des moyens et appareils diagnostiques et thérapeutiques qui sont remboursés par la LAMal, selon un tarif maximum:
 - béquilles,
 - pompes à morphine ou pour chimiothérapie ambulatoire,
 - canules, aspirateur trachéal, etc.
- Les prestations AI prennent en charge divers MA des personnes n'ayant pas atteint l'âge AVS et pouvant prétendre à ce type de prestations. Certaines adaptations architecturales sont assimilées à des MA (rampes, élargissement de portes, etc.). Certains frais liés à l'invalidité et causés par les services d'un tiers, tels qu'un déplacement en taxi pour aller au travail, sont remboursés dans certaines limites.
- L'AVS prend en charge divers MA des personnes en âge AVS et domiciliées en Suisse, à raison de 75% des coûts, les 25% restants étant à la charge de l'assuré et ceci indépendamment de son revenu et de sa fortune.

- Les personnes arrivant en âge AVS, qui bénéficiaient auparavant d'un MA de l'AI, continuent d'avoir droit à ces prestations dans la même mesure qu'auparavant.
- Les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI viennent en aide lorsque les rentes et autres revenus ne permettent pas la couverture des besoins vitaux.
- Pour des informations plus détaillées, voir adresses utiles p. 22.

6. Remboursement de frais de transports

6.1 Législation: couverture obligatoire LAMal

- La contribution aux frais de transports médicalement nécessaires se justifie par les articles 25, al.2 g de LAMal, 33 g de OAMal (Ordonnance sur l'assurance-maladie) et 26 OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins).
- Cette dernière disposition prévoit que l'assurance maladie prend en charge 50% des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre des soins par un fournisseur de prestations admis.
- L'assurance rembourse ce montant lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximal remboursé est de 500 francs par année. Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences du cas.
- Les caisses-maladie sont tenues de rembourser la moitié des frais de transports officiels (Croix-Rouge, etc.) moyennant un certificat médical justifiant de l'impossibilité d'utiliser les transports publics ou de conduire soi-même.
- Le patient doit garder les quittances/factures et les envoyer à la caisse-maladie en fin de traitement, avec le certificat médical qu'il aura demandé.
- Si les patients sont au bénéfice des prestations complémentaires de l'AVS/AI (PC-prestations complémentaires et/ou PCG-prestations complémentaires de guérison), celles-ci remboursent l'autre moitié des frais.

6.2 Remboursement si déplacements avec véhicule privé

- Le certificat médical doit établir que le patient se déplace pour obtenir des prestations de soins et qu'il ne peut pas se déplacer par lui-même ou par les transports publics. Dans l'esprit de la loi, il ne s'agit pas d'exclure que le chauffeur soit un proche: art. 26 OPAS «lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé» et art. 2 «le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales».
- La jurisprudence ne met pas l'accent sur le transporteur mais sur la nécessité médicale du cas.
- Pratiquement, il faut présenter un décompte kilométrique précis à la caisse-maladie et demander 75 ct/km, en précisant que ces kilomètres, facturés par un service bénévole, auraient coûté x Fr. (donc plus cher = environ x Fr./km).
- Un patient qui doit utiliser son véhicule personnel, parce que le risque d'infection serait augmenté s'il prenait les transports publics, peut également exiger le remboursement par la caisse-maladie à l'aide d'une attestation médicale.



Les caisses-maladie peuvent donner une réponse négative à ces demandes de remboursement. La législation en vigueur sur cette question étant sujette à interprétation, il peut être difficile d'argumenter en faveur des patients.



En bref

Equipes mobiles de soins palliatifs pour adultes

Qui sommes-nous?

- Quatre équipes mobiles réparties sur les cinq réseaux du canton de Vaud.
- Formées en soins palliatifs et suivant régulièrement une formation continue.
- Pluridisciplinaires, composées de médecins et d'infirmiers(ères), d'un(e) psychologue (ARC, ASCOR, Nord Broye), d'une assistante sociale (ASCOR).
- Consultantes, dites de 2^e ligne, exerçant une activité de conseil et d'enseignement par:
 - des visites sur les lieux de vie et de soins (domicile, EMS, hôpital, clinique), en présence de représentants de l'équipe soignante,
 - une antenne téléphonique médicale et infirmière pour répondre aux demandes des médecins et des équipes soignantes, pour une consultation téléphonique ou l'organisation d'une visite au chevet du patient,
 - des rencontres de réseau,
 - des formations, des analyses de pratique professionnelle, un soutien au développement de projets institutionnels.

Pour quelles raisons faire appel à l'équipe?

- Contrôle insuffisant des symptômes (douleurs, agitation, dyspnée, nausées, etc.).
- Incertitudes liées à l'indication et à la prescription d'opioïdes ou d'autres traitements.
- Interrogations sur les possibilités d'un maintien à domicile.
- Interrogations éthiques.
- Sentiment de solitude, d'incompétence ou de stress.
- Lien d'amitié ou familial avec le patient et/ou la famille; difficultés entre relation amicale et choix médicaux.
- Besoin d'un second avis.
- Conflits entre demande du patient et/ou des proches et réalité médico-thérapeutique.
- Anticipation de l'épuisement dans les situations difficiles.

Qui nous appelle lors du premier contact?

- Tout professionnel de l'équipe de 1^{re} ligne en charge du patient.
- L'accord de tous les partenaires est nécessaire pour permettre une collaboration optimale avec l'EMSP.



Les modalités de fonctionnement de l'équipe mobile cantonale de soins palliatifs pédiatriques seront abordées dans un cahier spécifiquement consacré aux soins palliatifs pédiatriques.

Quelques conseils pratiques concernant l'équipe mobile de soins palliatifs pour adultes

Dans quelles situations et pour quels patients intervenons-nous?

- *Que la maladie soit oncologique ou non (maladie neuro-dégénérative ou neurologique, affection cardiaque ou respiratoire chronique, etc.).*
- *Quel que soit le lieu où séjourne le patient, à domicile, en EMS, en CTR ou dans un hôpital aigu, à l'exception du CHUV, qui dispose d'une équipe mobile spécifique.*
- *Tout patient en soins palliatifs souffrant de douleurs ou d'autres symptômes gênants, quel que soit le stade d'évolution de sa maladie.*
- *Occasionnellement et de manière ponctuelle, pour des patients douloureux chroniques.*

Quand et comment appeler l'équipe mobile de soins palliatifs?

- *Chaque fois que possible, avant que la situation ne soit trop complexe ou terminale (anticipation).*
- *Les échanges d'informations se font préférentiellement entre pairs.*

Pour que la communication se passe bien!

- *Expliquez à votre patient et aux proches le rôle de consultant de l'équipe mobile.*
- *Préciser que vous restez, en tant que médecin traitant, le coordinateur de l'ensemble des intervenants au domicile. Cela diminuera les risques de triangulation et les sécurisera.*

N'hésitez pas à transmettre au médecin de l'EMSP:

- *Comment vous souhaitez discuter des propositions médicales: directement après la visite de l'EMSP par téléphone, avec mise en place des traitements selon décision commune ou ultérieurement en fonction de votre disponibilité.*
- *Comment vous souhaitez recevoir les propositions médicales mises en place: uniquement par téléphone et quand? dans un rapport écrit (fax-mail)?*
- *Quelles sont les démarches que vous souhaitez déléguer (demande d'admission dans une unité de soins palliatifs, réalisation d'un document de transmission à domicile, organisation des commandes de matériel et/ou de médicament, etc.).*

Boîte à outils

Distribution géographique des équipes mobiles



Coordonnées des équipes mobiles

EMSP	Adresse	Permanence	Contacts	Permanence téléphonique
Nord Broye	Rue des Pêcheurs 8b 1400 Yverdon	Lundi - vendredi 8h00 - 16h30	Tél. 079 749 37 39 Fax 024 420 36 09 E-mail emsp@reznord.net	Infirmier/ère
ARCOS	Av. Pierre-Decker 5 1011 Lausanne	Lundi - vendredi 8h00 - 16h30	Tél. 021 314 04 73 (méd.) 021 314 16 01 (inf.) Fax 021 314 09 22 E-mail emsp@hospvd.ch	Médecin Infirmier/ère
ARC	Hôpital d'Aubonne 1170 Aubonne	Lundi - vendredi 8h00 - 16h30	Tél. 021 821 41 61 079 783 23 56 Fax 021 821 41 10 E-mail aubspal@ehc.vd.ch	Infirmier/ère
ASCOR	Av. de l'Île-Heureuse 23 1800 Vevey	24h/24 7j/7	Tél. 021 973 16 20 079 366 96 86 E-mail eqmobsoinspal@bluewin.ch	Infirmier/ère

+ En savoir plus sur les équipes mobiles pour adultes

1. Prestations offertes

- C'est la complexité de la situation médicale, psychologique, éthique, sociale ou spirituelle qui conditionne l'intervention d'une EMSP et non le pronostic de la maladie ou l'imminence de la mort.
- Les motifs d'interventions sont multiples. Ils peuvent être liés:
 - à la situation médicale (options diagnostiques, choix thérapeutiques),
 - au lieu de vie et de soins,
 - au contexte psycho-social,
 - aux équipes soignantes (gestes infirmiers, clarifications thérapeutiques, prévention de l'épuisement).
- Les prestations offertes sont multiples:
 - une évaluation des symptômes, au moyen d'outils validés, et de la souffrance globale des patients et des proches dans une perspective bio-psycho-sociale et spirituelle,
 - des propositions médicales: orientation, anticipation et traitement des effets secondaires et des interactions médicamenteuses, informations sur les complications potentielles et leur gestion,
 - un dialogue avec le patient et/ou les proches concernant des questions en lien avec la fin de vie (peurs, désir de mort),
 - une évaluation et une aide à l'organisation du maintien à domicile en situation de crise,
 - l'anticipation et la gestion des moments de crise (documents de transmission, médicaments de réserve, attitudes prédéfinies en cas de complications présumées et de phase agonale),
 - la prévention du risque d'épuisement de l'entourage et des soignants,
 - l'information et l'aide à l'orientation vers des structures spécialisées en soins palliatifs,
 - un espace de parole et d'aide à la prise de recul pour les intervenants impliqués, au moment de la prise en charge et/ou après le décès,
 - un soutien lors de décisions éthiques difficiles (hydratation ou alimentation artificielle, abstention thérapeutique, demande de suicide médicalement assisté, par exemple),
 - un accompagnement dans l'élaboration de directives anticipées,
 - une formation des équipes à l'évaluation des symptômes et des autres besoins et sur des thèmes spécifiques.

2. Modalités de fonctionnement

- Il existe trois modèles principaux de fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs:
 - l'équipe consultante,
 - l'équipe participative,
 - l'équipe substitutive.

2.1 Equipe consultante

- Le rôle d'une équipe consultante est d'apporter du soutien et des conseils au médecin traitant et aux soignants du CMS: elle n'a de contact avec le patient et les proches que sur demande de cette 1^{re} ligne. Elle ne prodigue en principe pas de soins directs et n'intervient pas dans un rôle de coordination. Elle privilégie la formation.
- Les EMSP vaudoises fonctionnent principalement comme des équipes consultantes. Elles centrent leurs services sur les soignants de 1^{re} ligne, en leur apportant une assistance dans les soins et un soutien pour eux-mêmes.

- Avantages:
 - rôle de chaque intervenant bien défini,
 - formation des intervenants de 1^{re} ligne en favorisant l'acquisition d'un savoir et d'un savoir-être/faire.
- Inconvénients:
 - influence moins directe sur les soins et le soutien psychosocial offerts au patient.



La présence du médecin traitant lors de la visite de l'EMSP est précieuse et souhaitée, dans la mesure du possible.

2.2 Equipe participative

- Dans certaines situations, mais toujours sur la demande des équipes de 1^{re} ligne, les EMSP fonctionnent sur un mode «participatif». Elles s'investissent également auprès du patient avec lequel elles entretiennent un lien direct: elles prodiguent elles-mêmes certains soins spécialisés et assurent des visites de suivi en dehors des intervenants de 1^{re} ligne.
- Avantages:
 - impact accru sur la qualité des soins et du soutien psycho-social.
- Inconvénients:
 - risque d'exclusion des soignants de 1^{re} ligne,
 - risque de confusion des rôles.

2.3 Equipe substitutive

- Une équipe substitutive prend en charge l'ensemble des soins en excluant toute complémentarité avec l'équipe de 1^{re} ligne.
- Ce modèle n'est pas utilisé dans le canton de Vaud.

3. Exemples de situation complexe

- Maladie rapidement évolutive chez un patient jeune: précipitation des événements.
- Maladie neuro-dégénérative lentement évolutive: décisions éthiques difficiles, complications spécifiques.
- Famille en crise:
 - enfants en bas âge,
 - conjoint fragile, isolé, conflits dans la famille,
 - surinvestissement de l'entourage,
 - troubles de la personnalité et psychiatriques.
- Epuisement de l'équipe soignante.

4. Comment présenter l'intervention d'une équipe mobile?

- Evoquer l'intervention d'une EMSP peut confronter le patient et ses proches à la réalité d'une mort prochaine et engendrer de la détresse. La crainte d'une telle détresse est susceptible de retenir les soignants de faire intervenir l'EMSP.
- Quelques pistes:
 - le patient et son entourage doivent être informés de la maladie et de son évolution,
 - l'EMSP peut être décrite comme une équipe spécialisée permettant:
 - de favoriser le maintien à domicile,
 - de maintenir ou d'améliorer le confort du patient et le soutien des proches,
 - de répondre à des questions concernant des craintes, des préoccupations de la fin de vie.

Quelques adresses utiles

- Soins à domicile

Organisme médico-social vaudois (OMSV)

Avenue de Provence 4

1014 Lausanne

Tél. 021 623 36 36

Adresse Web: www.aide-soins-domicile-vaud.ch

→ Donne les coordonnées de tous les CMS du canton.

- Réseaux

Association des réseaux de soins de la Côte (ARC)

Route de l'Hôpital 2

1180 Rolle

Tél. 021 822 43 20

Adresse Web: www.arc-rolle.ch

Association Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise (ARCOS)

Rue du Bugnon 4

1005 Lausanne

Tél. 021 341 72 50

Adresse Web: www.arcosvd.ch

→ Met à disposition les cahiers du *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois*.

Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut (ASCOR)

Secrétariat général

Av. de l'Île-Heureuse 23

1800 Vevey

Tél. 021 973 16 20

Adresse Web: www.reseau-ascor.ch

Fédération de soins du Chablais (FSC)

Ch. du Grand-Chêne

1860 Aigle

Tél. 024 468 84 75

Réseau Nord Broye (RNB)

Rue des Pêcheurs 8b

1400 Yverdon-les-Bains

Tél. 024 420 36 81

Adresse Web: www.rezonord.net

- Bénévoles présents sur tout le canton

Caritas

Av. César-Roux 8

1005 Lausanne

Tél. 021 320 34 61

Adresse Web: www.caritas-vaud.ch/acc_findevie.php

→ Donne les coordonnées des groupes de bénévoles régionaux.

Ligue vaudoise contre le cancer

Av. Gratta-Paille 2

1000 Lausanne 30 Grey

Tél. 021 641 15 15

Adresse Web: www.lvc.ch/contactAS.htm

→ Donne également les coordonnées des assistants sociaux en fonction des régions et la liste des transporteurs vaudois.

Croix-Rouge suisse, section vaudoise

Rue Beau-Séjour 9/13

Case postale 5683

1002 Lausanne

Tél. 021 330 00 70

Adresse Web: www.croixrougevaudoise.ch/index.php**ASBV - bénévolat - Vaud**

Av. de Rumine 2

1005 Lausanne

Tél. 021 312 13 14

Adresse Web: www.benevolat-vaud.ch

→ Interface d'offres et de demandes d'activités bénévoles.

- Programme cantonal de développement des soins palliatifs

Service de la santé publiqueAdresses Web: www.santepublique.vd.ch/www.sanimedia.ch/

→ Rapports sur l'ensemble des actions de développement entreprises dans le cadre du programme.

- Moyens auxiliaires

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud

Av. Général-Guisan 8

1800 Vevey

Tél. 021 925 24 24

Adresse Web: www.av-s-ai.info**Pro Senectute Vaud**

Service des moyens auxiliaires

Rue de la Borde 30 bis

1018 Lausanne

Tél. 021 647 89 43

Adresse Web: www.vd.pro-senectute.ch**Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires (FSCMA)**

Ch. de Maillefer 43

1052 Le Mont-sur-Lausanne

Tél. 021 641 60 20

Adresse Web: www.sahb.ch/index.html

- Médicaments et matériels de soins

Pharma Care 24

Avenue de Montchoisi 3

1006 Lausanne

Tél. 079 220 21 04

Adresse Web: www.pharmacie24.ch/index.html

Ressources en soins palliatifs

Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP sont des équipes interdisciplinaires à la disposition des médecins traitants, des infirmières, des équipes, des infirmières ressources en soins palliatifs dans les soins aux patients palliatifs à domicile, en EMS, en hôpitaux ou en institutions pour personnes handicapées.

EMSP Arc (Ouest)

079 783 23 56 • aubspal@ehc.vd.ch

EMSP Arcos (Centre)

021 314 16 01 • emsp@hospvd.ch • <http://www.arcosvd.ch>

EMSP Ascor – FSC (Est)

079 366 96 86 • eqmobsoinspal@bluewin.ch • <http://www.reseau-ascor.ch>

EMSP Nord – Broye

079 749 37 39 • emsp@reznord.net

Service de soins palliatifs/CHUV

021 314 02 88 • soins.palliatifs@chuv.ch • <http://www.chuv.ch>

Equipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien DMCP – CHUV

079 772 59 81 • patricia.fahrni-nater@chuv.ch

Autres adresses utiles

EHC Hôpital d'Aubonne

021 821 41 11 • dominique.anwar@ehc.vd.ch

EHNV – Site Chamblon

024 447 11 11 • maurice.baechler@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

EHNV – Site Orbe

024 442 61 11 • jose.arm@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

Fondation Rive-Neuve

021 967 16 16 • danielle.beck@riveneuve.ch • <http://www.rive-neuve.ch>

Hôpital de Lavaux, Unité de soins palliatifs

021 799 01 11 • gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch

Hôpital Riviera, Site de Mottex soins palliatifs

021 943 94 11 • etienne.rivier@hopital-riviera.ch

Centre de diffusion – Service de soins palliatifs – CHUV

021 314 51 67 • spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch

