



avec le soutien de



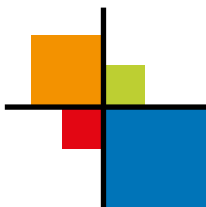
2017

Rapport annuel

Réseau de santé Osmose

Cancérologie **Gérontologie**
Soins palliatifs **Accès aux soins**

Réseau de santé Osmose - 4, rue des Carnets - 92140 - Clamart
01 46 30 18 14 - info@reseau-osmose.fr - www.reseau-osmose.fr



Sommaire

Présentation générale	Page 5
Territoire et cadre d'intervention	Page 6
Missions	Page 7
Autorisation et financement	Page 7
Adhérents	Page 8
Signataires de la convention constitutive	Page 8
Signataires de la charte de fonctionnement	Page 9
Conseil d'Administration	Page 10
Equipe de coordination	Page 11
Modalités d'accompagnement	Page 13
Services rendus aux patients et à leurs proches	Page 15
Patients accompagnés en 2017	Page 16
Répartition des patients par pôles de référence	Page 17
Nouveaux patients de 2017	Page 17
File active quotidienne	Page 18
Domiciliation des patients	Page 19
Age des patients	Page 20
Orientation des patients	Page 20
Pathologies principales	Page 21
Patients accompagnés par niveaux de complexité	Page 22
Actions de coordination	Page 23
Coordination téléphonique, mail, SMS et fax	Page 25
Astreinte téléphonique	Page 25
Coordination physique : rendez-vous, visites au domicile et réunions	Page 26
Soins de support	Page 27
Permanences d'information prévention santé	Page 30
Programme AIDA	Page 32
Enquête de satisfaction auprès des patients et leur entourage	Page 33
Fiche de synthèse patients	Page 34
Patients sortis du réseau	Page 35
Exemples d'accompagnement	Page 35
Services rendus aux professionnels et aux structures	Page 46
Professionnels en lien avec le réseau	Page 47
Réunions, rencontres et groupes de travail	Page 48
Formations	Page 49
Projet Terr_eSanté 92 sud	Page 50
Nouveaux locaux	Page 50
Enquête de satisfaction et de notoriété auprès des professionnels	Page 51



L' association gestionnaire du
réseau Osмосе



P résentation générale

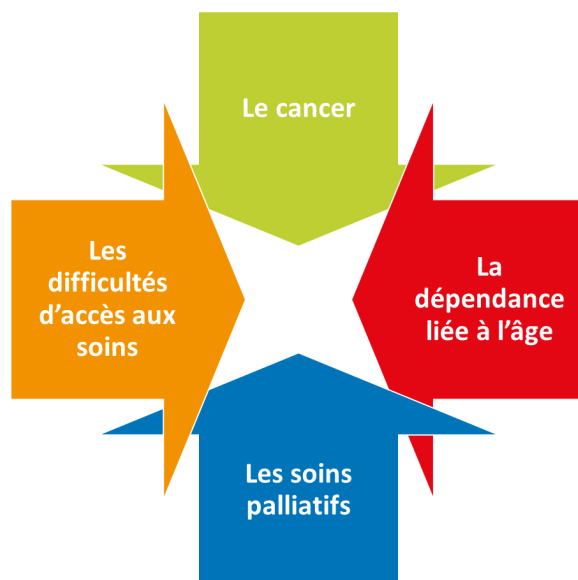
Osmose est un réseau de santé, créé en 2008. Il est géré par une **association de loi de 1901** à but non lucratif, dont les membres du **Conseil d'Administration** sont des **intervenants médico-psycho-sociaux**.

Il est né de la fusion de deux réseaux pré-existants. C'est au titre de coopérations déjà effectives pour l'accompagnement de patients âgés atteints de cancer et nécessitant parfois des soins palliatifs que les réseaux BV8 et Onco 92 sud ont proposé de mutualiser leurs moyens afin de proposer un réseau de **Cancérologie, Gériologie et Soins palliatifs**.

Le réseau Osmose a obtenu et renouvelé, depuis 2008, ses autorisations de fonctionnement et de financement, accordées par l'**Agence Régionale de Santé** d'Ile-de-France (ARS).

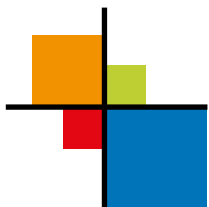
En 2017, Osmose a été autorisé par l'ARS à étendre son action au thème de l'**Accès aux soins**.

Le réseau de santé Osmose s'adresse donc aujourd'hui aux **patients**, à leur **entourage** et aux **professionnels** qui les accompagnent pour l'une ou l'autre des thématiques suivantes :



Depuis sa création en 2008 et jusqu'au 31 décembre 2017, Osmose a :

- accompagné **8 622 patients**,
- géré **116 077 appels téléphoniques de coordination** concernant des patients,
- organisé et participé à **5 591 visites d'évaluation au domicile, rendez-vous** dans ses locaux avec des patients et/ou leur entourage, **réunions** de synthèse professionnelle au sujet de patients,
 - soutenu **12 408 actes de soins de support** (accompagnement psychologique, relaxation-sophrologie, activité physique adaptée, consultations de socio-esthétique et de diététique),
 - proposé **354 séances de formations** pour 5 293 participations enregistrées,
 - réalisé **359 réunions de groupes de travail** pour 2 981 participations enregistrées.



Territoire d'intervention



Le réseau de santé Osmose est habilité à intervenir sur les **14 villes du sud des Hauts-de-Seine**, regroupant 530 000 habitants.

Sud des Hauts-de-Seine

Cadre d'intervention

Conformément à l'article L6321-1 du Code de la Santé Publique, le réseau Osmose a pour objet de :

- favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires,
- assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

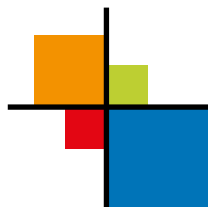
Selon le Guide « Améliorer la coordination : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » publié par la Direction Générale de l'Offre de Soins en 2012, Osmose adhère aux 3 missions confiées aux réseaux :

- organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours,
- apporter un appui aux différents intervenants du patient (professionnels de santé de premier recours, sociaux, et médico-sociaux),
- favoriser une bonne articulation entre la ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Enfin, Osmose organise ses missions en adéquation avec la « Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé » publiée par la Haute Autorité de Santé en juin 2015, en développant les 3 axes préconisés par la HAS :

- aider les professionnels pour organiser les parcours des patients,
- participer au travail pluriprofessionnel et à l'animation territoriale,
- structurer et adapter l'organisation au modèle de fonctionnement des structures d'appui.

Le réseau Osmose est agréé et financé par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.



Missions

Sur ses thématiques d'intervention, le réseau Osmose a pour missions de :

- **coordonner les parcours de santé des patients complexes, soutenir leurs aidants et venir en appui à leurs intervenants référents :**
 - orienter les patients vers les ressources adaptées de proximité,
 - repérer/aider à repérer les patients complexes,
 - participer à l'évaluation multidimensionnelle des patients,
 - élaborer, en coopération avec les intervenants référents des patients, un programme personnalisé de santé ; le réviser régulièrement,
 - promouvoir la continuité des soins tout au long du parcours de santé des patients,
 - prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance des aidants.
- **promouvoir l'animation et l'intégration au sein du territoire :**
 - diffuser les référentiels de bonnes pratiques et les protocoles de soins validés,
 - appuyer les initiatives ou proposer des actions innovantes d'amélioration des pratiques et des organisations territoriales,
 - soutenir les actions ou proposer des actions de prévention et de promotion de la santé,
 - aider à développer un guichet intégré réunissant les structures d'appui sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire,
 - partager l'information entre les acteurs du territoire,
 - effectuer des retours d'information à la gouvernance territoriale.

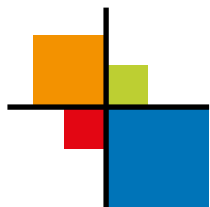


Autorisation et financement

Le réseau Osmose est autorisé par l'**Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France**. Il est financé pour son fonctionnement global sur la ligne budgétaire du **Fonds d'Intervention Régional (FIR - ARS)**. Sur d'autres actions ou projets, le réseau Osmose peut percevoir des financements complémentaires émanant de l'ARS et/ou d'autres financeurs publics ou privés.

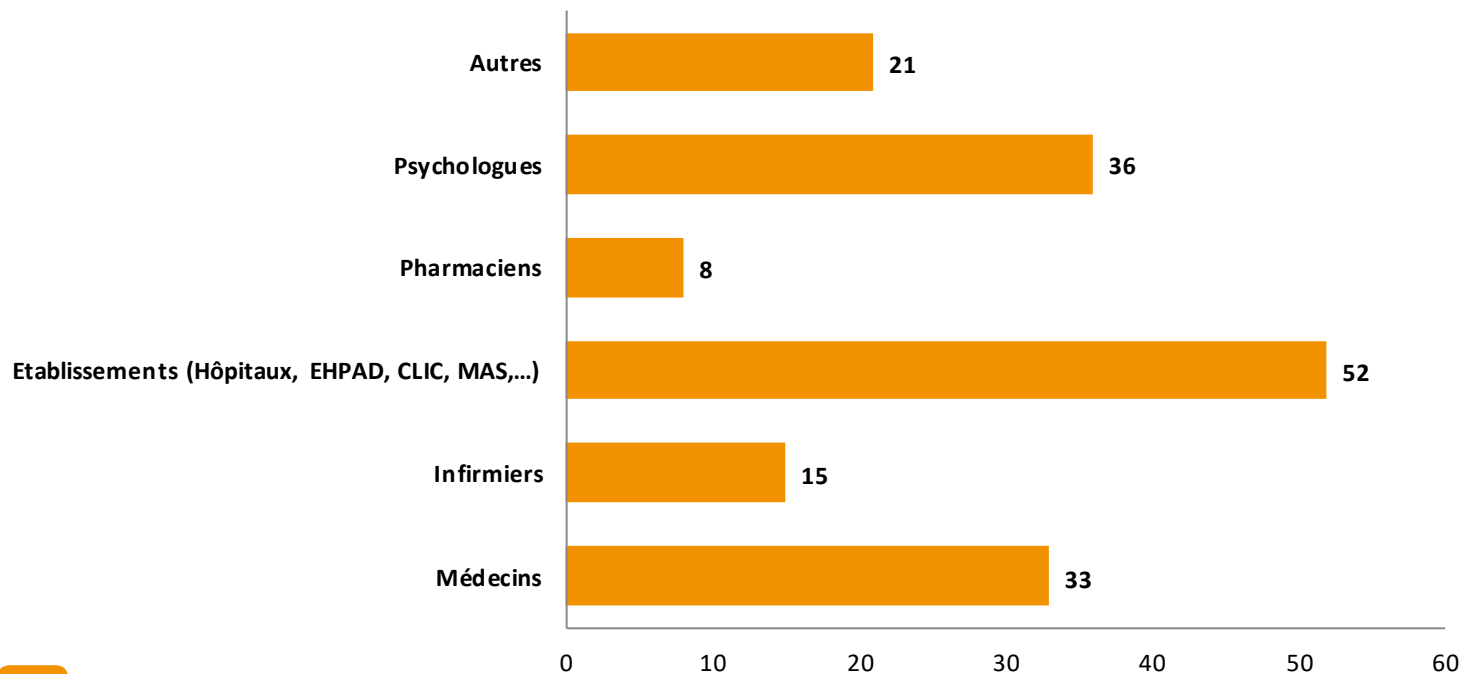
A ce titre, le réseau Osmose a perçu en 2017 des financements de :

- l'**Agence Régionale de Santé**, pour 885 250 € (fonctionnement général, Interventions Restos du Cœur et Programme AIDA),
- la **Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse**, pour 14 250 € (Programme AIDA),
- la **Conférence des Financeurs**, pour 19 625 € (Interventions Foyers ADOMA),
- le **Conseil Régional Ile-de-France**, pour 23 307 € (Travaux nouveau local),
- la **Ligue Contre le Cancer 92**, pour 5 000 € (Soins de support),
- le **Groupe Retraite-Prévoyance B2V**, pour 25 000 € (Prix B2V 2017 Programme AIDA).



A dhérents

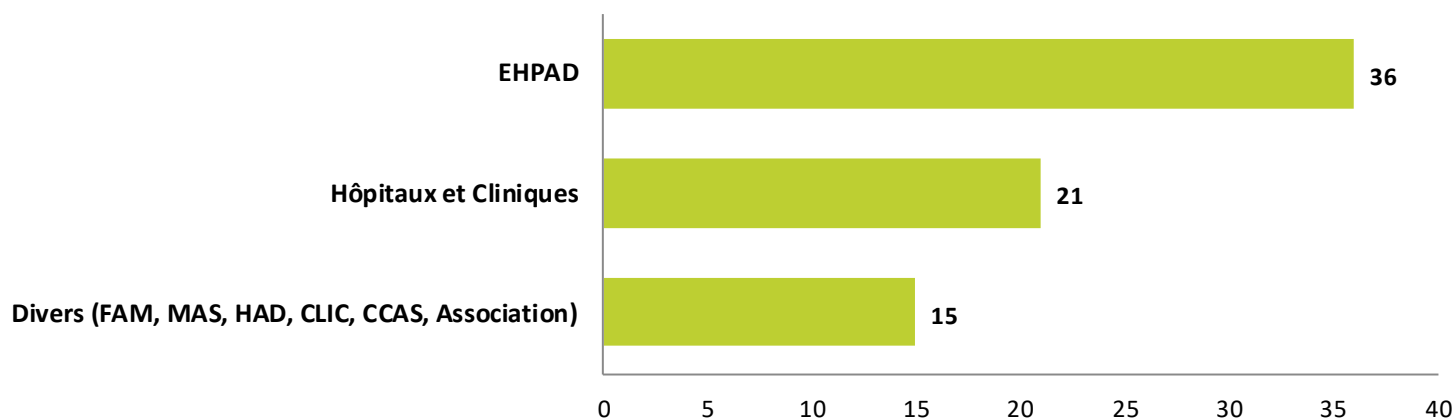
Au 31 décembre 2017, l'association Osmose regroupait **165 adhérents** à jour de leur cotisation.

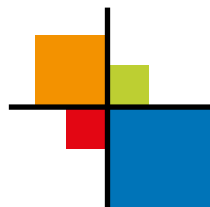


Signataires de la Convention Constitutive

La Convention Constitutive du réseau Osmose décrit l'organisation et le fonctionnement du réseau. Elle a été mise à jour en 2017, suite à l'extension d'activité d'Osmose à l'accès aux soins.

Au 31 décembre 2017, Osmose comptait **72 signataires** de cette Convention Constitutive, répartis comme suit :

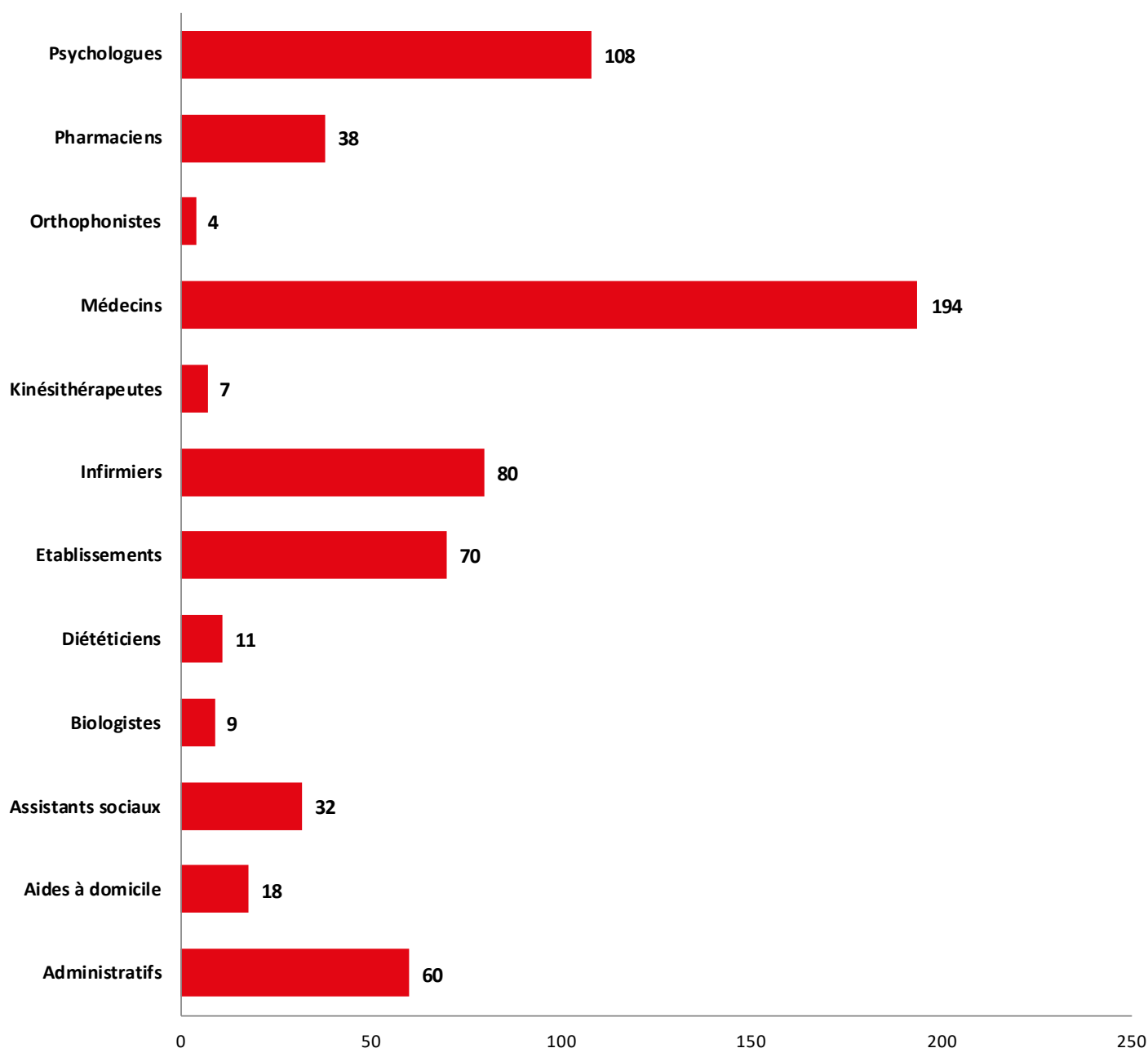


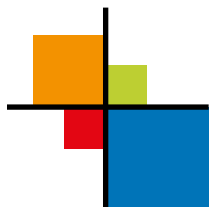


Signataires de la Charte de fonctionnement

La Charte de fonctionnement du réseau Osmose définit les engagements des personnes physiques intervenant à titre professionnel ou bénévole. Elle rappelle également les principes éthiques de fonctionnement et de coordination au sein du réseau, les modalités d'entrée et de sortie du réseau, les rôles des différents partenaires et les moyens mis en œuvre pour assurer la coopération entre les membres.

Au 31 décembre 2018, Osmose comptait **631 signataires** de sa Charte de fonctionnement, répartis comme suit :

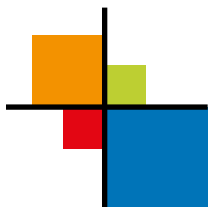




C Conseil d'Administration

Le réseau Osmose est géré par une association, dont le Conseil d'Administration détermine, gère et évalue la politique générale du réseau. Ce Conseil d'Administration a été élu lors de l'Assemblée Générale du 25 avril 2017.

Nom-Prénom	Profession	Lieu d'exercice	Fonction au Bureau
Sophie BARTHIER	Médecin oncologue	Hôpital Béclère - Clamart	
Jean-Pierre BELIN	Consultant		Vice-Président
François BOUE	Médecin Chef de service de Médecine Interne	Hôpital Béclère - Clamart	Président
Francis BRUNELLE	Maire-adjoint délégué à la santé	Hôtel de Ville de Sceaux	
Erick CHIRAT	Médecin oncologue radiothérapeute	CRTT Cancérologie - Meudon	
Catherine DEBELMAS	Pharmacien	Clamart	
Audrey DECOTTIGNIES	Pharmacien	Hôpital Béclère - Clamart	
Grégory FRANKEL	Psychologue	Hôpital Béclère - Clamart	
Noëlle JOUADI	Psychologue	Fontenay-aux-Roses	
Pierre LEROUX	Médecin généraliste	Bagneux	
Sophie MC GRATH	Directrice	Séniors Compagnie Fontenay-aux-Roses	Secrétaire-adjointe
Carole MAURICE	Infirmière	Clamart	
Véronique MORIZE	Médecin Equipe Mobile de Soins Palliatifs	Hôpital C.Celton Issy-les-Moulineaux	Vice-Présidente
Gloria NOGUERAS	Directrice	Clinique l'Amandier Châtenay-Malabry	Trésorière
André RIEUTORD	Pharmacien	Hôpital Béclère - Clamart	Secrétaire
Stanislas ROPERT	Médecin oncologue	Hôpital Privé d'Antony Antony	Vice-Président
Isabelle TRIOL	Médecin Equipe Mobile de Soins Palliatifs	Hôpital Béclère - Clamart	
Kristell TRUCHOT	Assistante sociale	USP Cognacq-Jay - Paris	

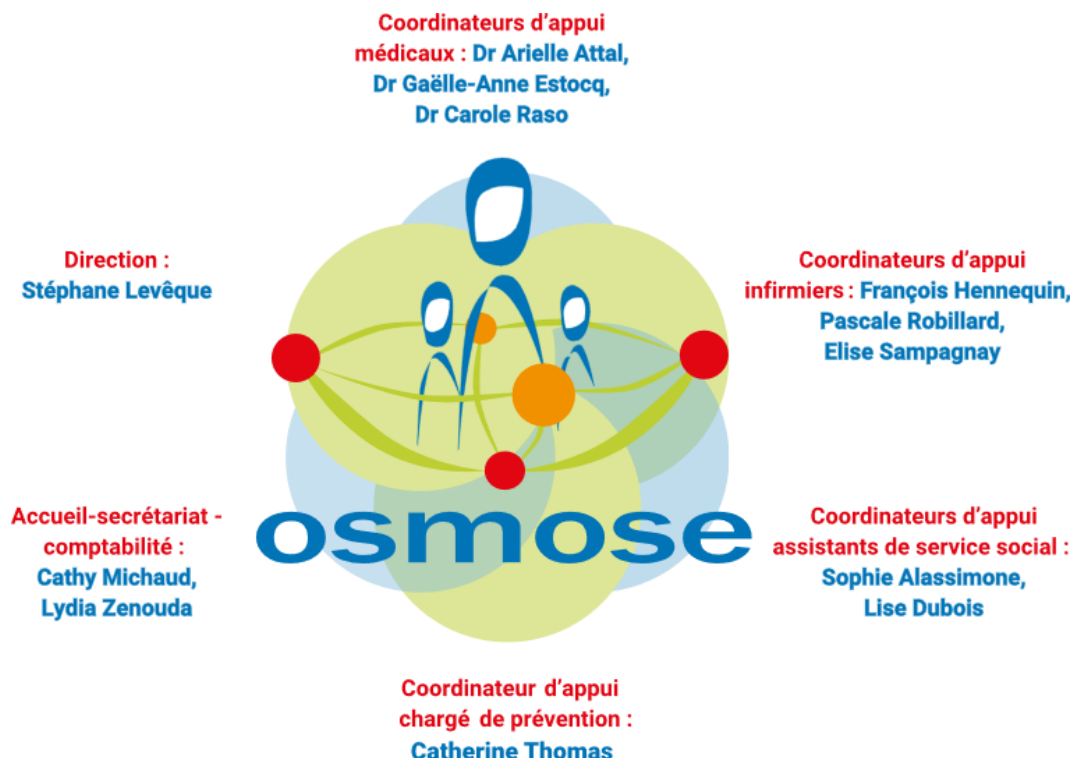


E quipe de coordination

L'équipe de coordination du réseau Osmose est composée de **12 personnes permanentes**, pour 10 Equivalents Temps Plein au 31/12/2017.

L'accompagnement proposé par le réseau Osmose se base sur un **principe de non-subsidiarité**, en ce sens que les intervenants de l'équipe de coordination du réseau Osmose ne font pas de soins, ne prescrivent pas de traitements et ne réalisent pas d'accompagnement social à la place des interlocuteurs référents des patients. Les médecins, infirmiers, assistants sociaux et chargés de prévention et de promotion de la santé de l'équipe de coordination du réseau Osmose font donc fonction de **coordinateurs d'appui**. Ils viennent en aide, en support et en soutien des professionnels référents des patients pour compléter et optimiser leur parcours de santé. Chaque coordinateur d'appui a des compétences particulières en cancérologie, en gérontologie, en soins palliatifs, en accès aux soins, en accompagnement social, en prévention,... Des échanges réguliers entre les membres de l'équipe permettent de construire une **complémentarité d'expertises**, afin de répondre au mieux et de manière globale aux besoins des patients, de leur entourage et des professionnels et institutions de santé.

Ces coordinateurs d'appui sont assistés de secrétaires et d'un directeur. Cette équipe de permanents est complétée par des **internes de médecine** et/ou des **stagiaires**.

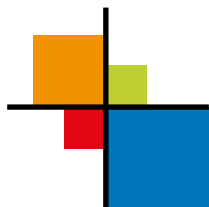


En 2017, **Sophie Alassimone**, assistante de service social et **Catherine Thomas**, chargée de prévention santé, sont venues rejoindre l'équipe de coordination du réseau Osmose sur le pôle Accès aux Soins, nouvellement créé. **Marie-Laure Lacroix**, intervenante sociale, a été recrutée en remplacement temporaire de Sophie Alassimone, en congé maternité puis congé parental.

Laura Piquion, interne de DESC de cancérologie ; **Aïcha Diakité**, **Vivien Genet**, **Audrey Le Landais** et **Anaïs Ubelmann**, internes SASPAS, sont venus compléter l'équipe de permanents.



Les actions en direction
des patients, de leur entourage,
des professionnels et des institutions



M odalités d'accompagnement

La coordination proposée par le réseau Osmose consiste à :

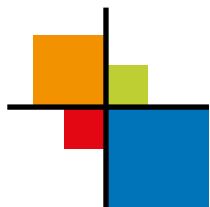
- écouter, conseiller et soutenir le patient et son entourage proche, tout au long du parcours de santé,
- évaluer les besoins du patient et de son entourage, notamment au domicile,
- élaborer les propositions d'un programme d'aide personnalisé,
- orienter le patient vers les intervenants adaptés à ses diverses problématiques, et ce, dans le cadre d'un suivi de proximité,
- fluidifier les relations entre intervenants de ville et d'hôpital, notamment à l'occasion de la sortie d'hôpital,
- rechercher et mettre en place des intervenants et des aides logistiques,
- faire circuler l'information auprès de l'ensemble des intervenants du patient,
- participer à l'organisation et à la coordination des soins à domicile,
- proposer des soins de support (soutien psychologique, sophrologie-relaxation, diététique, socio-esthétique, activité physique adaptée),
- veiller à l'accompagnement social du patient,
- organiser ou participer à des réunions de concertation professionnelle sur la situation du patient, si besoin.



Cette coordination est réalisée :

- par téléphone ou mails,
- au domicile du patient,
- lors de rendez-vous dans les locaux du réseau,
- lors de réunions de concertation professionnelle.

Rappel : L'accompagnement proposé par le réseau Osmose se base sur un principe de non-subsidiarité. Les intervenants de l'équipe de coordination du réseau Osmose ne font pas de soins, ne prescrivent pas de traitements, ne réalisent pas d'accompagnement social à la place des interlocuteurs référents des patients. Les médecins, infirmiers, assistants sociaux et chargés de prévention de l'équipe de coordination du réseau Osmose font donc fonction de **coordinateurs d'appui**. Ils viennent en aide, en support et en soutien des professionnels pour optimiser le parcours de santé des patients et soutenir leurs proches.



Modalités d'accompagnement

Concrètement, que se passe-t-il ? :

Le réseau Osmose peut être interpellé par tout professionnel médico-psycho-social, ainsi que par le patient lui-même ou son entourage.

Pour faciliter l'accès au réseau Osmose, il n'existe pas de procédure-type de signalement : celui-ci peut être effectué par téléphone, par mail, courrier postal, fax.

Une première évaluation, effectuée par un membre de l'équipe du réseau Osmose, consiste à vérifier que la demande du patient correspond bien aux missions du réseau.

En l'absence de réponse possible aux besoins du patient par le réseau Osmose, celui-ci est orienté vers un autre service, une autre structure ou un autre réseau correspondant à ses besoins.

Si l'intervention du réseau semble pertinente, le patient est orienté vers un référent du réseau Osmose qui deviendra son interlocuteur privilégié tout au long de son accompagnement.

L'équipe de coordination valide ensuite auprès du patient son accord pour l'intervention du réseau et lui propose de signer le 'Document d'Information aux Patients', attestant de son adhésion à l'accompagnement par le réseau Osmose.

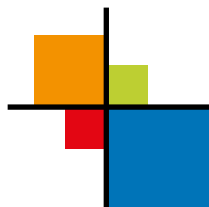
Cette signature représente une action administrative et une démarche psychologique qui peuvent prendre du temps à aboutir. C'est pourquoi, si un patient n'est pas (encore) signataire de ce document, Osmose peut intervenir pour lui, si tant est que celui-ci ait été informé des modalités d'actions du réseau et qu'il soit d'accord pour l'intervention de son équipe de coordination.

Pour certains services rendus au patient par le réseau, l'accord du médecin traitant n'est pas nécessaire : mise en place de soins de support, orientation vers des services d'aide à domicile, soutien et accompagnement psychologique,... En revanche, toutes les situations nécessitant la participation effective du médecin traitant, exigent son accord préalable (prise en charge palliative au domicile, maintien au domicile d'une personne âgée dépendante,...).

Tout au long de l'accompagnement, l'équipe de coordination du réseau Osmose se concerta régulièrement sur les meilleures propositions à faire au patient et à ses professionnels, lors de staffs hebdomadaires et, au besoin, lors d'échanges informels en interne et/ou avec les intervenants habituels du patient.

Le patient peut interrompre son accompagnement par le réseau Osmose, sur simple demande de sa part.

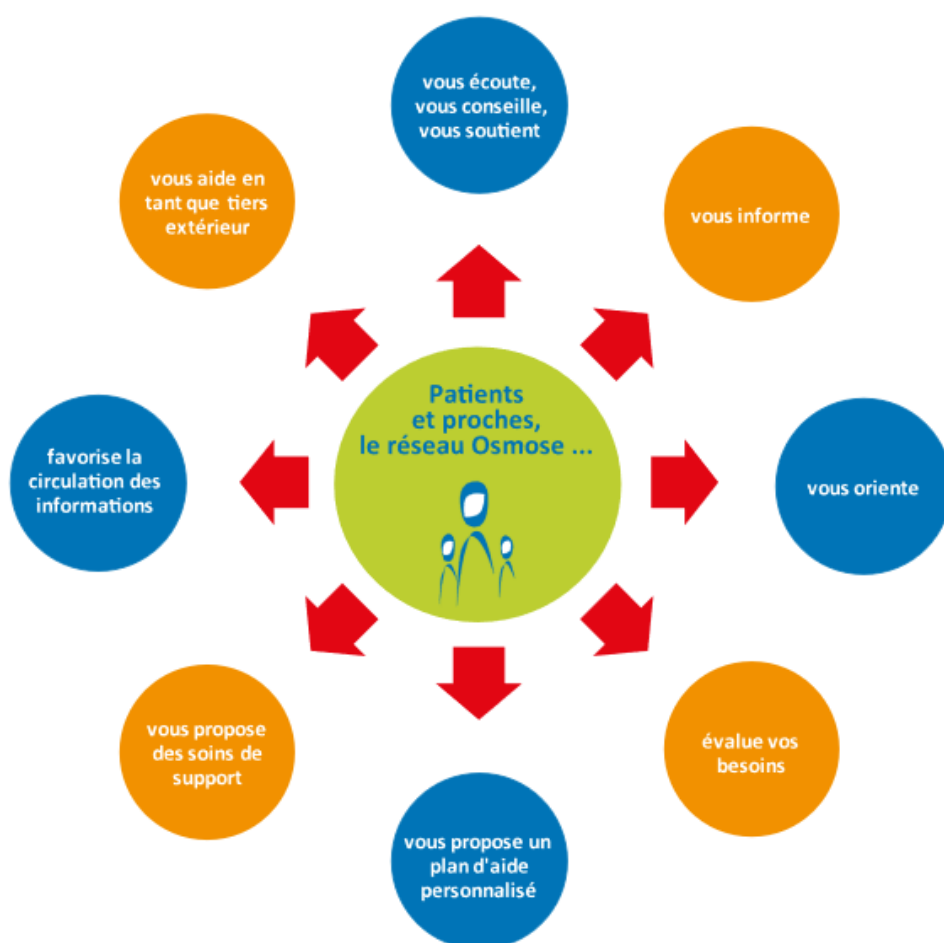


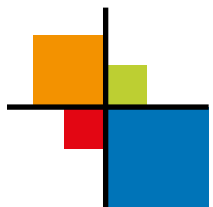


Services rendus aux patients et à leurs proches

Le réseau Osmose est missionné pour accompagner les personnes (et leurs proches) touchées par le cancer et/ou âgées de plus de 60 ans en situation de dépendance et/ou nécessitant des soins palliatifs et/ou en difficultés d'accès aux soins, et les soutenir dans les différentes étapes de leur parcours de santé :

- **être à l'écoute, conseiller et soutenir,**
- **informer** (sur la maladie, sur les traitements contre la douleur, sur les aides sociales existantes,...),
- **orienter** (vers les professionnels et les structures de proximité adaptés aux besoins),
- **évaluer** les besoins médico-psycho-sociaux (lors d'entretiens téléphoniques ou lors de rendez-vous à domicile ou dans nos locaux),
- **déterminer un plan d'aide et de soutien adapté** aux demandes et aux besoins (mise en place d'aides à domicile pour les actes de la vie quotidienne, prise de contact avec le médecin traitant pour discuter avec lui d'une éventuelle adaptation de traitement, concertation avec les services permettant de bénéficier de droits sociaux pour accéder aux soins,...),
- **proposer des soins de support** (consultations avec un psychologue, consultations avec un diététicien, consultations avec une socio-esthéticienne, ateliers de relaxation-sophrologie, ateliers de réflexion et d'échanges, ateliers d'activité physique adaptée, entretiens de fin de traitement),
- **favoriser la circulation de l'information** entre les différents intervenants de la prise en charge (fluidification de la communication, coordination des interventions, réduction des risques de ruptures dans le prise en charge),
- **aider en tant que tiers extérieur** (assurer la médiation avec les intervenants, si nécessaire, analyser les situation avec un regard neuf,...).





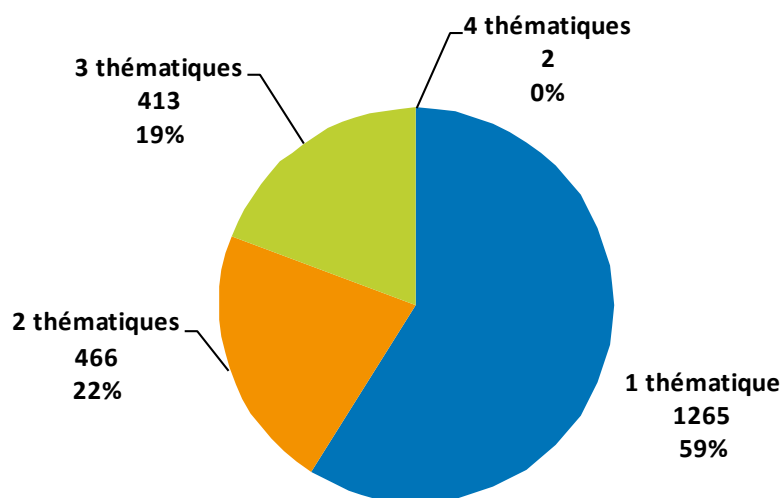
Patients accompagnés en 2017

Au total et pour l'ensemble de son activité, sur l'année 2017, Osmose a été sollicité pour **2 146 patients** (contre 1 669 patients en 2016, soit + 28 %).

Sur ces 2 146 patients :

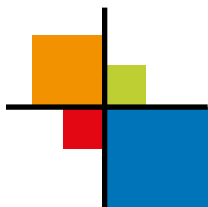
- **1 208** étaient atteints d'un cancer, soit plus de 1 patient sur 2 (56 %),
- **1 419** étaient **âgés de plus de 60 ans et en situation de dépendance**, soit 2 patients sur 3 (66 %),
- **758** nécessitaient des **soins palliatifs**, soit plus de 1 patient sur 3 (35 %),
- **57** personnes étaient en vulnérabilités d'accès aux soins, soit 2,6 % de l'effectif. A noter qu'à ces 57 patients accompagnés directement par le réseau en 2017, s'ajoutent **753** personnes vues par l'équipe du pôle Accès aux soins du réseau, dans le cadre des actions d'information-prévention santé. Ces personnes ne sont pas intégrées ici à la file active des patients dont l'accompagnement médico-psycho-social a été coordonné par le pôle Accès aux soins du réseau. Mais il s'agit toutefois de personnes à qui ont été délivrées des informations de prévention santé et des informations sur l'existence du réseau Osmose.

Sur les 2 146 patients accompagnés en 2017, **881 patients** (soit 41 % de l'effectif) étaient **concernés par 2, 3 ou 4 thématiques** du réseau.



La répartition des patients selon les thématiques par lesquelles ils sont concernés s'établit ainsi :

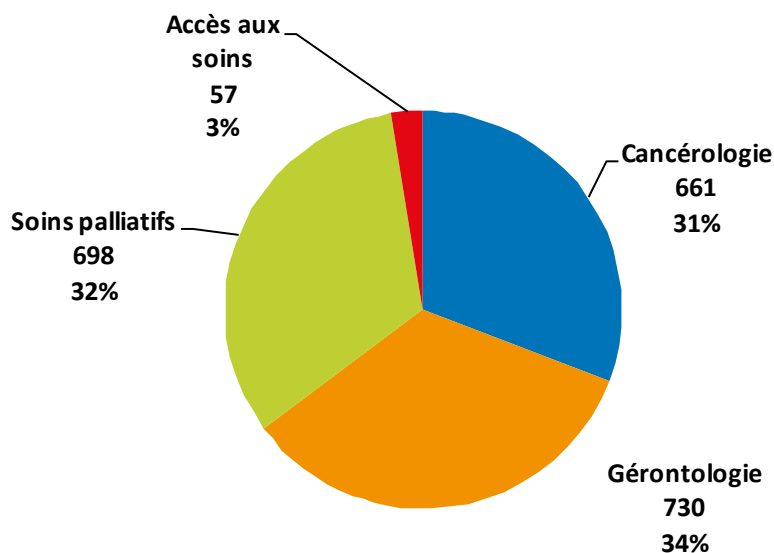
1 thématique	2 thématiques	3 thématiques	4 thématiques
Cancérologie = 539 patients Gérontologie = 654 patients Soins palliatifs = 29 patients Accès aux soins = 43 patients	C + G = 140 patients C + SP = 111 patients C + AS = 3 patients G + SP = 205 patients G + AS = 7 patients SP + AS = 0	C + G + SP = 409 patients C + G + AS = 2 patients C + SP + AS = 2 patients G + SP + AS = 0	C + G + SP + AS = 2 patients
1265 patients	466 patients	413 patients	2 patients



Répartition des patients par pôles de référence

En fonction de leur problématique principale, les patients sont accompagnés par l'un des **4 pôles** du réseau, qui devient leur **pôle de référence**. Cette orientation au sein de pôles de référence est justifiée par les **besoins singuliers** des patients qui nécessitent des **expertises particulières** exercées par **des professionnels de l'équipe spécifiques**. Elle permet également de réduire les risques de rupture dans l'accompagnement, par la nomination d'**interlocuteurs privilégiés** pour les personnes. En revanche, cette référence n'exclut pas, bien évidemment, les nombreux **échanges de concertation** nécessaires entre membres des pôles, surtout lorsque les patients sont concernés par plusieurs thématiques.

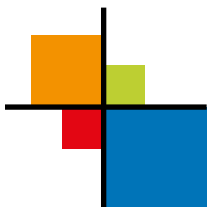
La répartition des patients accompagnés en 2017 par pôles de référence est la suivante :



Nouveaux patients de 2017

Sur les 2 146 patients accompagnés en 2017, **1 033** sont des **nouveaux patients** de l'année 2017, soit une augmentation de 6 % de nouveaux patients par rapport à l'année 2016 (974 nouveaux patients). La répartition et l'évolution des nouveaux patients s'observe comme suit :

	Cancérologie	Gérontologie	Soins palliatifs	Accès aux soins
Nouveaux patients de 2017	257	290	433	53
Nouveaux patients de 2016	234	335	405	/
Evolution 2017 / 2016	+ 10 %	- 13 %	+ 7 %	/

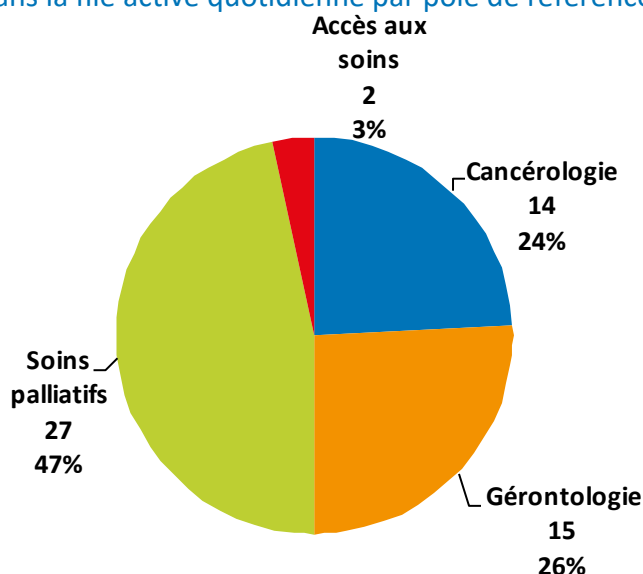


F

ile active quotidienne

Le nombre moyen de patients dans la file active quotidienne s'élève à **58 patients** (contre 54 en 2016), avec des disparités en fonction des pôles de référence par lesquels ils sont accompagnés. Les patients relevant du pôle Accès aux soins sont, à ce jour, peu nombreux dans la file active quotidienne, du fait de l'ouverture récente de cette activité. En revanche, ils nécessitent un accompagnement soutenu et très régulier, de nature identique, voire supérieure, à celui des patients relevant du pôle Soins palliatifs, qui représentent presque la moitié de la file active quotidienne et pour lesquels un accompagnement intensif et rapproché est nécessaire.

La répartition des patients dans la file active quotidienne par pôle de référence est la suivante :



P

atients inclus / enregistrés

Au sein du réseau, les patients accompagnés ont **deux statuts distincts** : patients inclus ou patients enregistrés. Les **patients enregistrés** sont ceux pour lesquels une demande d'intervention est parvenue au réseau, mais qui n'ont pas encore signé le « Document d'information des patients ». Si un patient n'est pas signataire de ce document, le réseau Osmose peut toutefois intervenir pour lui, si tant est que celui-ci ait été informé et d'accord avec les modalités d'action du réseau et de partage des informations le concernant entre les professionnels assurant son accompagnement.

En revanche, même si elle n'est pas indispensable à l'intervention du réseau, la signature du « Document d'information des patients » est systématiquement proposée aux patients. Ce document informe les personnes des modalités d'échanges d'information au sein du réseau, ainsi que leurs droits, en matière de confidentialité notamment. Par cette signature, les patients valident leur autorisation d'intervention du réseau dans leur parcours de santé. Tout professionnel socio-sanitaire et tout membre de l'équipe de coordination du réseau Osmose est habilité à faire signer ce document aux patients. Lorsque celui-ci est signé, le patient passe d'un statut de « patient accompagné » à un statut de « patient inclus ».

Sur les 2 146 patients accompagnés en 2017, **1 181** étaient des patients inclus ayant signé le Document d'information des patients, soit 55 % de l'effectif (contre 53 % en 2016). En 2017, **537** patients ont signé ce Document, contre 449 en 2016, soit une augmentation de 20 % du nombre de patients inclus en 2017.



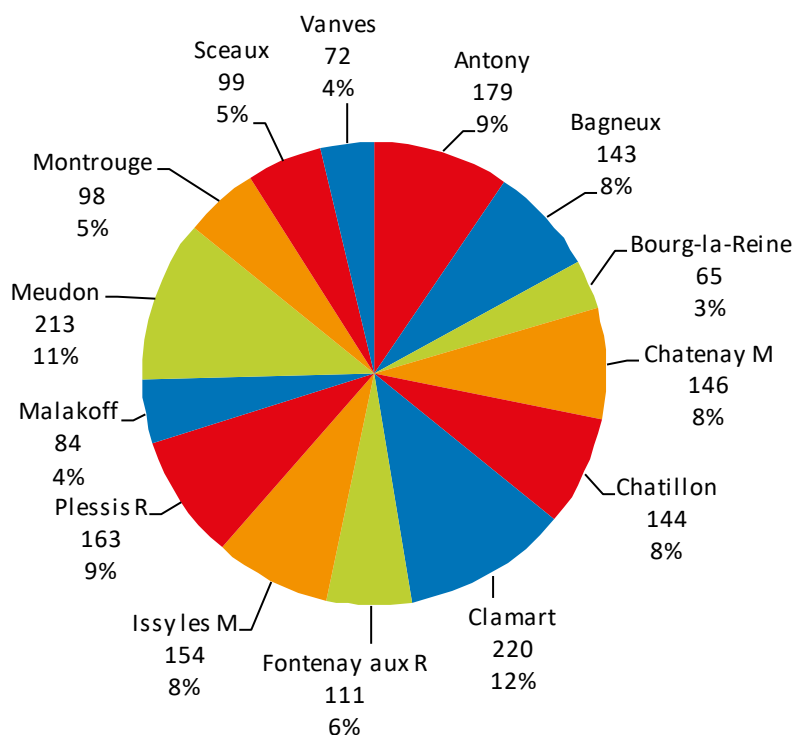
Domiciliation des patients

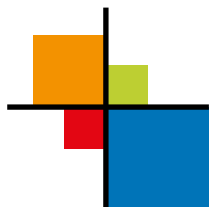
1 891 patients (soit 88 %) pour lesquels le réseau Osrose a été sollicité en 2017 étaient domiciliés dans une ville du territoire d'intervention du réseau. Tous les autres patients non domiciliés dans le sud du département des Hauts-de-Seine étaient néanmoins accompagnés par un établissement de ce territoire ou par un professionnel exerçant sur ce territoire. C'est à ce titre qu'ils étaient en lien avec le réseau et accompagnés par Osrose. Pour ces patients domiciliés hors de son territoire, l'intervention du réseau Osrose s'est limitée à proposer une écoute, un conseil, une orientation ou des soins de support ponctuels. Ces patients relevaient, pour la quasi-totalité d'entre-eux d'un niveau 1 ou 2 de complexité (Voir plus loin dans ce rapport la détermination de ces niveaux de complexité). Dans les situations de besoins d'accompagnement rapproché, de coordination de parcours de santé, de visite au domicile d'évaluation des besoins,...ces patients ont systématiquement été réorientés vers leurs interlocuteurs et réseaux de santé de proximité.

Ces 255 patients hors zone d'intervention d'Osrose étaient domiciliés :

- dans une ville du département des Hauts-de-Seine autre que l'une des 14 villes du 92 sud, pour **30** d'entre-eux,
- dans un département d'Ile-de-France autre que les Hauts-de-Seine, pour **125** d'entre-eux,
- dans une autre région ou un autre pays, pour **25** d'entre-eux,
- pour **75** patients, l'adresse de domiciliation était inconnue.

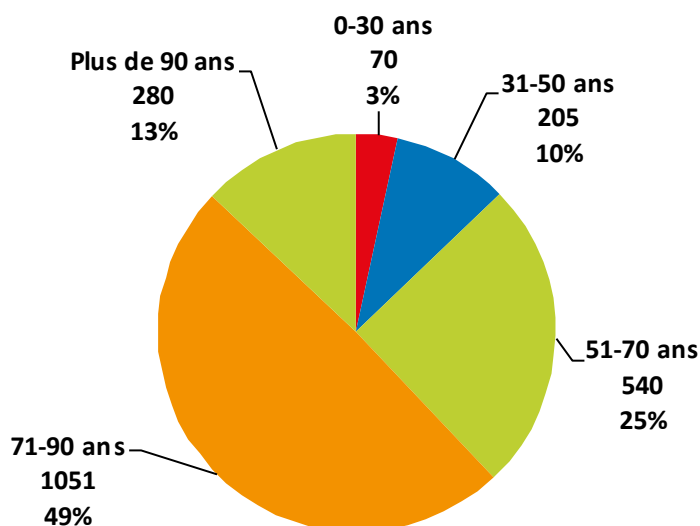
Les 1891 patients domiciliés dans le territoire du sud des Hauts-de-Seine se répartissent sur les 14 villes de la manière suivante :





Age des patients

La moyenne d'âge des patients accompagnés par le réseau en 2017 est de **75 ans**.



Orientation des patients

La part moyenne globale des orientations de patients vers le réseau Osmose émane **autant d'intervenants de ville que d'hôpital** (45 % / 46 %). A noter que 9 % des orientations vers le réseau proviennent directement de **patients eux-mêmes** ou de leur **entourage**.

En revanche, **cette répartition générale est très disparate en fonction du pôle de référence** par lequel les patients sont accompagnés, ce qui illustre également le niveau de leurs besoins, ainsi que ceux de leurs intervenants.

Type d'orienteur	Global	Cancérologie	Gérontologie	Soins palliatifs	Accès aux soins
Professionnel de ville	45 %	18 %	67 %	52 %	90 %
Professionnel d'hôpital	46 %	69 %	23 %	42 %	4 %
Patient ou entourage	9 %	13 %	10 %	6 %	6 %





P pathologies principales

Les pathologies dont souffrent les patients accompagnés par le réseau Osmose sont **extrêmement diversifiées, nombreuses et se cumulent**, le plus souvent. Il ne serait pas utile ici d'en dresser l'inventaire complet. Néanmoins, les pathologies les plus couramment rencontrées chez les patients suivis par le réseau Osmose sont :

- un **cancer**, pour 1208 patients,
- une **maladie neurologique** pour 635 patients (dont une **démence** chez 395 d'entre-eux),
- une **maladie cardiovasculaire** pour 535 patients.

Définition du niveau de complexité des patients

L'action d'un réseau étant dans sa grande majorité immatérielle (puisque un réseau coordonne les soins mais ne les dispense pas), il est par nature complexe de donner à voir la nature de la coordination des parcours de santé mise en œuvre.

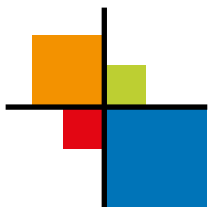
Ainsi, le réseau Osmose tente de rendre compte de son accompagnement par une catégorisation basée sur la complexité de l'accompagnement des patients.

Les patients suivis au sein du réseau Osmose ont été classés selon **3 niveaux, en fonction du degré de complexité** des actions de coordination nécessaires au traitement de leurs problématiques. Ces 3 niveaux sont justifiés par :

- l'investissement de l'équipe de coordination du réseau pour recueillir l'information nécessaire au traitement de la demande ou du problème,
- le temps nécessaire au traitement et au suivi de la demande (demande ponctuelle / suivi au long cours ; rapport entre la durée des actions menées ou leur nombre / durée de la prise en charge).

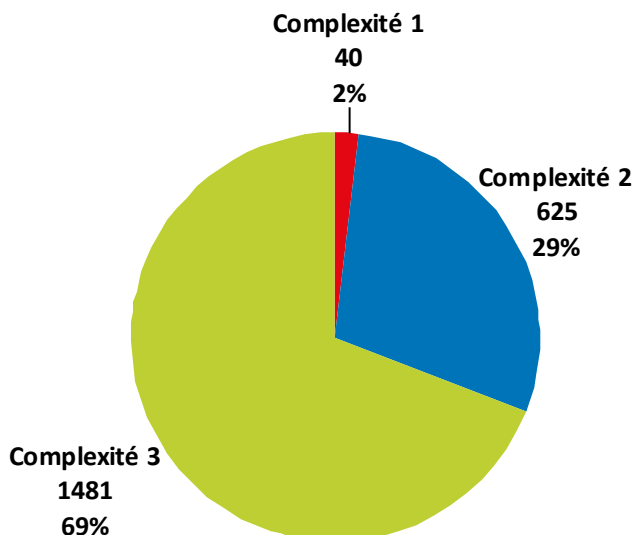
Le calcul de cette complexité est automatisé par le biais du Dossier Médical Informatisé Sécurisé du réseau qui a été adapté à la saisie des critères de catégorisation : lors de chaque appel de coordination téléphonique et à la saisie d'un compte-rendu de visite à domicile, rendez-vous du patient au réseau ou réunion de concertation relative au patient.





Patients accompagnés par niveaux de complexité

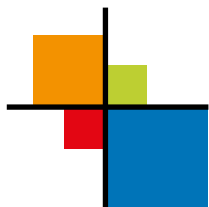
La répartition des 2 146 patients accompagnés en 2017 par degrés de complexité est la suivante :



Seuls 2 % des patients accompagnés en 2017 (soit **40 patients**) représentent un faible niveau de complexité de réponse du réseau et de service rendu : présentation du réseau et de ses actions, envoi de documentation sur le réseau, conseils et informations spécialisés, transmission de coordonnées d'intervenants, orientation vers des services compétents, conseils aux professionnels dans la prise en charge.

625 patients accompagnés en 2017 (soit 29 % de l'effectif) relèvent d'une **complexité 2**. En plus des actes effectués pour des patients relevant d'une complexité 1, la réponse du réseau pour ces patients a été la suivante : repérage des manques et analyse des besoins, transmission des informations aux intervenants, concertation interprofessionnelle sur la situation du patient, patients bénéficiaires des soins de support du réseau (prise en charge psychologique, consultations de diététique, consultations de socio-esthétique, ateliers de relaxation), inclusion dans le réseau, écoute et soutien, réassurance, recherche d'intervenants pour le patient, sollicitation des intervenants référents du patient, réponse à des questions sociales.

1 481 patients accompagnés en 2017 (soit 69 % du total des patients de 2017) relèvent d'une **complexité 3**. Outre les actes effectués pour des patients relevant d'une complexité 1 ou 2, l'équipe de coordination a effectué les actes suivants pour ces patients : rendez-vous au réseau, visite d'évaluation initiale ou de suivi au domicile, anticipation et prévention, recherche de structures (hospitalisation de répit, hospitalisation directe, unité de soins palliatifs, EHPAD,...), mobilisation de liens familiaux, patients bénéficiaires de l'astreinte téléphonique du réseau, gestion de problématique psychiatrique associée, signalement et gestion de maltraitance ou d'abus, expertise médicale pour protection juridique, coordination avec les intervenants sociaux, instruction et suivi de dossiers sociaux spécifiques, participation à des réunions de concertation, de synthèse, de bilan, évocation de la situation du patient en staff interne, organisation d'une réunion post-décès, médiation - tiers extérieur.



Degrés de complexité par pôles

La répartition des degrés de complexité des patients en fonction des pôles de référence qui les accompagnent est différente et se décline de la manière suivante :

Degré de complexité	Global	Cancérologie	Gérontologie	Soins palliatifs	Accès aux soins
Complexité 1	2 %	2 %	1 %	1 %	16 %
Complexité 2	29 %	51 %	30 %	9 %	9 %
Complexité 3	69 %	47 %	69 %	90 %	75 %

Actions de coordination

Les actions de coordination médico-psychosociale réalisées par le réseau Osmose ont été répertoriées en cinq grandes missions. Concernant l'accompagnement des patients en 2017, on observe la prépondérance de **3 missions essentielles** : le **partage de l'information** (68 %), l'**évaluation** (14 %) et les **services spécifiques** (12 %). Les 2 autres missions du réseau (**médiation** et **gestion de soins de support**) sont assurées moins fréquemment, dans 3 % des situations au total.

La mission de **Partage de l'information représente plus des deux-tiers des actes**, montrant que le réseau remplit pleinement sa mission de diffusion de l'information, véritable enjeu de la continuité des soins.

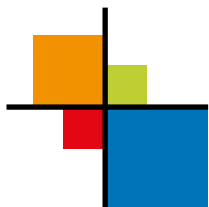
Ces répartitions sont quasi identiques d'années en années.

Pour l'année 2017, elles sont présentées en page suivante.



La relation entre le degré de complexité des patients et leur nombre de thématique(s) indique clairement une corrélation : **plus le nombre de thématiques par lesquelles les patients sont concernés est élevé, plus leur degré de complexité est important.**

Ces données montrent le besoin d'un **niveau de réponse qui se complexifie** dès lors que les patients sont concernés par **plusieurs thématiques**. Elles justifient donc la **pertinence d'un réseau plurithématique** par le besoin de **réponses complémentaires et interconnectées** qu'elles entraînent.

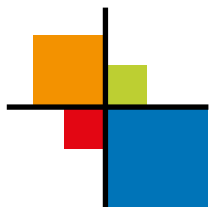


Nombre et répartition des actes de coordination

Au total, **115 884 actes de coordination** médico-psycho-sociale ont été réalisés en 2017 pour les 2 146 patients, soit une **moyenne de 54 actes effectués par patient**. (tableau à modifier)

Légende	Complexité 1	Complexité 2	Complexité 3
Evaluation	*	Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	10 557	Présentation du réseau et de ses actions	2 392
Repérage des manques et analyse des besoins	2 512	Envoi de documentation sur le réseau	235
Visite au domicile : demande et organisation	2 060	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	788
Visite au domicile (initiale ou de suivi)	1 008	Orientation (transmission de coordonnées d'interve-	442
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)	86	Inclusion	2 071
Partage de l'information		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	2 381
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	4 969	Recherche d'intervenants pour le patient	418
Interlocuteur absent, message laissé, demande de rappel	8 102	Sollicitation des intervenants référents du patient	690
Cahier de liaison remis au patient	32	Question/Réponse sociale	873
Transmission d'information vers l'extérieur	37 739	Conseil thérapeutique	476
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	13 701	Education thérapeutique	37
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	14 258	Anticipation-Prévention	323
Soins de support		Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP,...)	171
Réunion d'information	25	Accompagnement dans les choix effectués	215
Activité Physique Adaptée	687	Mobilisation de liens familiaux	199
Groupe de réflexion et d'échanges	181	Plate-forme séjour temporaire	0
Accompagnement psychologique	2 103	Astreinte téléphonique	603
Diététique	466	Signalement/gestion de maltraitance, abus	65
Socio-esthétique	616	Protection juridique, expertise TGI	103
Relaxation	553	Fonds FNASS	207
Bénévoles	4	Fonds ligue Contre le Cancer	61
Médiation		Fonds de secours du réseau	3
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...	78	Aide Personnalisée à l'Autonomie	277
Concertation sur la situation du patient	2 225	Autres aides	283
Réunion post-décès, concertation, synthèse, coordination, bilan	9	Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	593
Réajustement parcours de soins chaotique	69		
Aide à l'adhésion à une décision de soins	163		
Tiers extérieur - aide à l'analyse de situations complexes	932		

* Nombre d'actes réalisés pour la totalité des 2 146 patients de 2017



Coordination téléphonique, mail, SMS et fax

La coordination de l'équipe du réseau Osmose s'exerce pour beaucoup par échanges téléphoniques et, de plus en plus par messageries, avec les correspondants référents des patients. Des comptes-rendus d'hospitalisation, ainsi que des orientations de patients par des professionnels, envoyés par fax, sont encore aussi très fréquents.

En 2017, le réseau Osmose a enregistré **21 237 appels téléphoniques, mails, SMS et fax** de concertation et de coordination, entrants et sortants (contre 19 020 en 2016, soit une augmentation de 12 %) concernant des patients, qu'il s'agisse d'appels, de mails, SMS ou fax de patients eux-mêmes, de leur entourage ou de leurs professionnels référents.

Astreinte téléphonique

Les **réseaux Osmose et Réseau Nord 92** ont mutualisé leurs moyens pour l'organisation d'une astreinte téléphonique en soins palliatifs. Il s'agit d'une astreinte téléphonique médicale de sécurité, sans déplacement du médecin d'astreinte au domicile. Elle fonctionne 24 h / 24 et 7 j / 7, de 18 h 00 à 9 h 00 le lendemain matin en semaine et 24 h / 24 le week-end et les jours fériés. Cette astreinte permet la continuité des soins, une adaptation de la réponse médicale aux symptômes aigus, favorise la réassurance du patient et de ses proches, tout en tenant compte de son projet de vie, garantit la transmission efficace des informations médicales aux différents intervenants du patient, propose un interlocuteur médical de référence, a pour but de réduire les orientations vers les services d'urgence,...

Au total, **12 médecins** assurent une semaine d'astreinte à tour de rôle. Chaque nuit et week-end d'astreinte, un total de **200 à 220 patients**, accompagnés soit par Osmose soit par Réseau Nord 92, sont intégrés à la file active des patients bénéficiaires de cette astreinte.

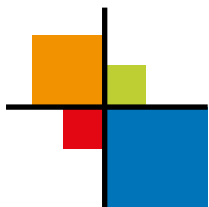
Pour les patients relevant du réseau Osmose, 249 appels ont été traités en 2017, pour une durée totale de **46 heures**, soit une moyenne de 11 minutes par appel. Ces 249 appels ont concernés **82 patients**, soit une moyenne de 3 appels par patient. La moitié de ces appels ont eu lieu pendant le week-end et les jours fériés ; l'autre moitié ont eu lieu une nuit de semaine.



Depuis 2016, cette astreinte téléphonique est mise à la disposition des services d'urgence, pour des patients non encore connus des réseaux Osmose et Réseau Nord 92. Il s'agit de soutenir le médecin d'urgence dans ses décisions thérapeutiques et dans sa réflexion sur le projet de maintien à domicile ou d'hospitalisation.

En 2017, ce dispositif a été sollicité pour **19 patients** habitant le sud du département.

L'extension de ce partenariat « Brigade de Sapeurs Pompiers - SAMU - Réseaux de santé » est en cours de déploiement sur d'autres territoires d'Ile-de-France.



Coordination physique

Rendez-vous au réseau - Visites d'évaluation au domicile - Réunions de concertation

Au cours de l'année 2017, l'équipe de coordination du réseau Osrose a organisé ou a participé à **864 rendez-vous** concernant **506 patients** :

- 78 rendez-vous avec un patient et/ou son entourage dans les locaux du réseau,
- 455 visites d'évaluation au domicile des patients,
- 311 rendez-vous au domicile ou dans les locaux du réseau dans le cadre du Programme AIDA,
- 20 réunions de synthèse, concertation, coordination, bilan, post-décès, avec des professionnels partenaires.

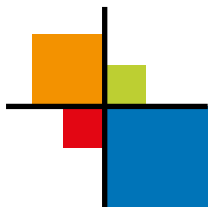
Au total, ces temps de rencontre relatifs à l'accompagnement des patients représentent **1 296 heures** de coordination, soit une durée moyenne de 1 h 30 par rendez-vous, sachant que chacune de ces rencontres nécessite un temps de préparation, de recherche d'information auprès des interlocuteurs référents des patients, un temps de trajet, une durée de saisie du compte-rendu de rendez-vous dans le dossier informatisé du patient, un temps de coordination téléphonique ou mail post-rendez-vous. En moyenne, chaque rendez-vous relatif à un patient (rendez-vous au réseau, visite au domicile ou réunions de concertation partenariale) nécessite **3 heures d'intervention**.

Ces rendez-vous sont généralement réalisés en binôme entre 2 intervenants de l'équipe de coordination (médecin-infirmier, médecin-assistant de service social ou infirmier-assistant de service social), afin de concrétiser la pluridisciplinarité nécessaire à l'évaluation globale de la situation du patient et de son entourage. Aussi, la totalité des coordinations physiques réalisées par le réseau en 2017 a cumulé un total de **5 184 heures du temps de l'équipe de coordination** du réseau.



Un compte-rendu de ces rendez-vous, réunions ou visites au domicile est systématiquement rédigé dans le dossier informatisé de coordination du réseau. Ce compte-rendu est adressé au médecin traitant et, en fonction de la situation, aux autres intervenants du patient. Ce compte-rendu contient notamment les propositions de l'équipe du réseau :

- préconisation ou aménagement de traitement,
- mise en place d'aides spécifiques,
- propositions de soins de support,
- recherche d'auxiliaires de vie,
- coordination sociale,...



Soins de support

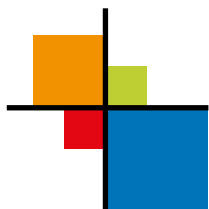
Le réseau Osmose propose aux patients et à leurs proches divers soins de support

osmose

Activité Physique Adaptée
 Atelier de réflexion et d'échanges
 Diététique
 Relaxation
 Socio-esthétique
 Soutien Psychologique
 Entretien de fin de traitement

Ces soins de support ont pour objectif de **soutenir le patient et ses proches** dans leur parcours de santé.

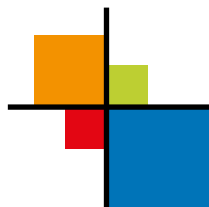
Ces soins de support sont **non payants**.



Soins de support

Les soins de support proposés dans le cadre d'Osmose sont présentés ci-après. Pour plus de détails, se reporter à la **Plaquette « Soins de support »** disponible sur le site Internet du réseau.

Soins de support	Présentation	Thématique concernée	Destinataires	Lieu	Organisation	Périodicité	Nombre maximum d'actes proposés
Activité Physique Adaptée	Atelier de gym douce	Cancérologie	Patients	Osmose	Collectif	2 ateliers mensuels	6
Atelier de réflexion et d'échanges	Espace de parole	Cancérologie	Patients Entourages	Osmose	Collectif	4 ateliers annuels	Illimité
Diététique	Conseils nutritionnels	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs Accès aux soins	Patients Entourages	Domicile Cabinet du diététicien Osmose	Individuel	/	2
Entretien de fin de traitement	Point d'étape et bilan	Cancérologie	Patients	Osmose	Individuel	/	1
Relaxation	Sophrologie Relaxation	Cancérologie	Patients	Osmose	Collectif	3 ateliers mensuels	20
Socio-esthétique	Soins esthétiques	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs Accès aux soins	Patients	Domicile Hôpital Osmose	Individuel	/	3
Soutien psychologique	Accompagnement psychologique	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs Accès aux soins	Patients Entourages	Domicile Cabinet du psychologue Osmose	Individuel	/	10



Soins de support

En 2017, 1 420 actes, entretiens, consultations ou ateliers de soins de support ont été réalisés au bénéfice de 506 patients ou entourages.

Soins de support	Nombre d'actes réalisés	Nombre de participations enregistrées	Nombre de bénéficiaires
Activité Physique Adaptée	28 ateliers	215	62
Atelier de réflexion et d'échanges	2 ateliers	12	10
Diététique	27 consultations	27	27
Entretien de fin de traitement	8 entretiens	8	8
Relaxation	35 ateliers	185	77
Socio-esthétique	215 consultations	215	197
Soutien psychologique	1105 entretiens	1105	221
TOTAL	65 ateliers collectifs + 1355 rendez-vous individuels	1 767 participations	602 bénéficiaires, dont 506 personnes différentes (une même personne pouvant bénéficier de plusieurs types de soins de support)





Permanences

d'information prévention santé

En 2017, au cours des **27 permanences** nous avons rencontré **753 personnes** et accompagné de manière individuelle **57 personnes**.

Depuis janvier 2017 le Réseau Osmose a diversifié l'accompagnement des personnes par l'ouverture du Pôle d'Accès aux soins auprès des personnes précaires. Ce nouveau Pôle au sein de l'équipe a une double mission, il s'agit d'une part de développer des actions collectives auprès des personnes en situation de précarité afin de repérer et d'accompagner de manière individuelle les personnes en situation socio-sanitaire complexe d'autre part.

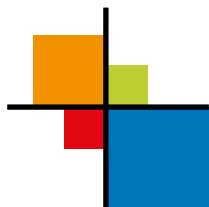
Ces actions collectives sont mises en place en collaboration avec des associations et structures solidaires, dans le respect des personnes accueillies.

En 2017, nous sommes intervenus auprès d'un foyer Adoma, d'une association de médiation socio-culturelle et des 5 antennes des Restos du Cœur de notre territoire d'action pour mettre en place, coordonner et évaluer des permanences santé, animées par des intervenants professionnels externes ou internes au réseau. Ainsi différentes thématiques santé ont été abordées en fonction des besoins et demandes des personnes précaires et des professionnels encadrants. Nous avons abordé les aides sociales, le diabète, l'alimentation, le dépistage des cancers, la vaccination, le bucco-dentaire, le suivi gynécologique, la contraception, la socio-esthétique et les massages.

Plus précisément, concernant le déroulé d'une permanence auprès des Restos du Cœur, les intervenants du réseau Osmose arrivent environ ½ heure avant l'ouverture de l'antenne afin de présenter la thématique de la permanence et l'intervenant aux bénévoles. C'est un moment important dans le lien et l'identification de chacun. C'est également un temps pendant lequel les professionnels s'installent et prennent leurs marques.

Lorsque l'antenne ouvre au public, chacun est organisé selon ses missions :

- la chargée de projet informe les personnes bénéficiaires de la thématique du jour et de la possibilité de rencontrer l'intervenant s'ils le souhaitent ; centralise les demandes de rencontre et veille au suivi des rendez-vous ; prend le temps d'échanger avec les personnes sur leurs questions de santé, les oriente vers la référente Osmose des accompagnements individuels, vers l'intervenant du jour et/ou vers les professionnels du territoire en fonction de la demande (CMS, CCAS, EDAS, PASS...) ; fait du lien avec les bénévoles présents.
- La coordinatrice d'appui référente de l'accompagnement individuel échange avec les personnes bénéficiaires ; oriente vers l'intervenant du jour ; suit les personnes accompagnées dans le cadre du réseau ; informe les bénéficiaires en demande sur leur parcours de soin ; fait du lien avec les bénévoles.
- Les intervenants du jour rencontrent en individuel et en toute confidentialité les personnes bénéficiaires orientées, prennent le temps pour chacune d'entre elles d'identifier la demande, d'écouter, et d'effectuer des dépistages, des orientations, d'informer en fonction de leur mission.



Permanences

d'information prévention santé

En fin de permanence, les différents intervenants font un point sur le déroulé en se basant sur un carnet de bord à remplir à chaud. De même que les intervenantes Osmose échangent avec les bénévoles pour faire un point sur la permanence et rappeler la date et la thématique de la prochaine.

En dehors des permanences, les bénévoles des Restos du Cœur peuvent contacter les intervenantes d'Osmose pour discuter et orienter des personnes bénéficiaires qui auraient besoin de notre accompagnement.

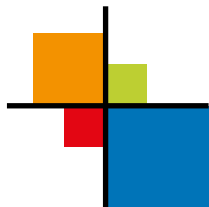
Focus sur le suivi individuel

Concernant le type d'accompagnement, celui-ci se déroule initialement en face à face, dans une dynamique d'aller-vers, lors des permanences de sensibilisation ; un échange de coordonnées téléphoniques permet ensuite la continuité et le développement du lien, le suivi se poursuit généralement en face à face dans les antennes des Restos du Cœur. Il arrive également, comme cité au préalable, que des bénévoles des Restos du Cœur identifient des personnes et nous interpellent en amont ou nous indiquent le jour j les personnes vulnérables.

Remarques particulières

- Stabilité de l'équipe, ayant pour conséquence : instaurer un climat de confiance, relais facilités, meilleure compréhension du rôle du réseau, orientation directe des personnes vers Osmose,...
- Formation des bénévoles « en direct » et en individuel au cours des permanences.
- Instauration d'un partenariat avec la CPAM et d'une confiance mutuelle.
- Création d'un partenariat avec le Réseau Diabète 92, ADK 92 ; renforcement des partenariats avec les CMS, les délégués CPAM dans le cadre des accompagnements des personnes ; initiation de nouveaux partenariats notamment avec l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), la Clinique Liberté,...
- Demande de la part des structures de pérenniser ces actions collectives sur l'année 2018.





P rogramme AIDA

AIDA, **Accompagnement Individualisé au Domicile des Aidants** de malades Alzheimer ou apparentés est un programme psycho-éducatif permettant :

- d'aller à la rencontre des aidants,
- au domicile,
- en individuel,
- au rythme des aidants,
- avec un accompagnement personnalisé,
- et un suivi pendant 1 an.

AIDA est destiné à améliorer la qualité de vie des aidants pour leur permettre de mieux accompagner leurs proches. Pour ce faire, ce programme s'appuie sur une prise en charge individualisée au domicile pour accompagner l'aidant à faire face à son quotidien. Au total, 6 séquences d'1h30 sont réalisées ; personnalisées, elles répondent aux problématiques de l'aidant et ont pour objectif de faire émerger des stratégies d'amélioration de son quotidien et aboutissent à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé avec un suivi régulier jusqu'à 1 an après la fin des séquences.

Le programme AIDA est réalisé en binôme par l'équipe pluridisciplinaire du réseau Osmose

(médecin, infirmières, assistante sociale) et avec des psychologues libéraux partenaires du réseau, au domicile ou, à la demande de l'aidant, dans les locaux du réseau Osmose ou au cabinet d'un psychologue.

En 2017 :

- **34 orientations** d'aidants vers le Programme AIDA ont été enregistrées,
- **26 aidants ont été inclus** dans le Programme,
- **61 aidants ont été accompagnés**,
- **308 rendez-vous AIDA** ont été réalisés (séquences au domicile, réunions de concertation, rendez-vous de suivis).

Financé par la **CNAV** et l'**ARS Ile-de-France**, ce Programme AIDA développé par le réseau Osmose a été **lauréat 2017 du Prix B2V - Solidarité Prévention Autonomie**, du Groupe B2V.

osmose
Un réseau de santé à destination des patients et des professionnels

Programme AIDA
Accompagnement Individualisé au Domicile des Aidants de malades Alzheimer ou apparentés

Information aux aidants

avec le soutien de

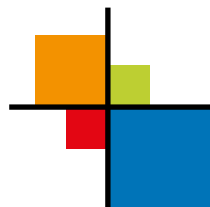
B2V GROUPE Retraite Prévoyance
Cnav Caisse Nationale d'Allocations Familiales
Assurance Retraite Ile-de-France
ars Agence Régionale de Santé Ile-de-France

Réseau OSMOSE
4, rue des Carnets - 92140 Clamart
01.46.30.18.14
info@reseau-osmose.fr - www.reseau-osmose.fr



Pour plus d'information :

<https://www.b2v.fr/groupeb2v/ceremonie-de-remise-du-prix-b2v-2017>

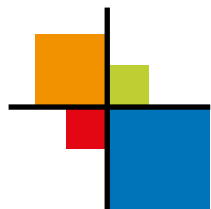


E nquête de satisfaction

En 2017, le réseau Osmose a organisé sa **seconde enquête de satisfaction** auprès des patients ou de leur entourage (la première ayant été réalisée en 2012). Pour les 164 patients ou entourages ayant répondu à cette enquête, le **taux de satisfaction vis-à-vis du réseau est très élevé** et confirme les résultats de l'enquête 2012. Le rapport complet de cette enquête peut être téléchargé sur le site Internet du réseau à l'adresse suivante : <http://www.reseau-osmose.fr/documentations.html>

Les principaux résultats de l'enquête auprès des patients et leurs proches :

Nombre de	164 patients et proches de patients																		
Profil des répondants	Répartition homogène des profils des répondants : patients : 49 % / entourage : 51 % Représentativité cohérente des thématiques : 33 % en cancérologie ; 35 % en gériatrie ; 32 % en soins palliatifs.																		
Satisfaction	96 % sont satisfaits de l'action globale du réseau, 92 % estiment que le réseau contribue à l'amélioration de leur prise en charge.																		
Résultats	<p style="text-align: center;">Satisfaction vis-à-vis des actions du réseau</p> <p>L'examen des réponses, selon qu'elles proviennent des patients ou de leur entourage ne montre pas de différences significatives ; tout comme l'étude des réponses en fonction des pôles de référence des patients. Ces résultats peuvent donc être présentés globalement ci-dessous :</p> <p>Les patients et leur entourage sont satisfaits à hauteur de :</p> <ul style="list-style-type: none"> 99 % par le soutien, l'écoute et la disponibilité de l'équipe de coordination du réseau 97 % par l'aide au maintien à domicile 96 % par les informations et les conseils proposés par l'équipe de coordination et par la coordination de leur parcours de santé 95 % par la concertation familiale et les actions de médiation proposées par l'équipe de coordination 94 % par la réalisation des visites d'évaluation au domicile et les rendez-vous organisés au réseau, le soutien apporté aux proches et l'astreinte téléphonique pour les patients relevant du pôle soins palliatifs 93 % par l'accompagnement social 92 % par les soins de support et la recherche de solutions, de professionnels ou de structures. 																		
Commentaires libres / plus-value du réseau	<p>205 commentaires ont été dénombrés :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Type de commentaire</th> <th>Nombre</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conseils et informations</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td style="text-align: center;">16 %</td> </tr> <tr> <td>Soutien</td> <td style="text-align: center;">80</td> <td style="text-align: center;">39 %</td> </tr> <tr> <td>Optimisation de la prise en charge</td> <td style="text-align: center;">43</td> <td style="text-align: center;">21 %</td> </tr> <tr> <td>Soins de support</td> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">24 %</td> </tr> <tr> <td>Total général</td> <td style="text-align: center;">205</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Type de commentaire	Nombre	Pourcentage	Conseils et informations	32	16 %	Soutien	80	39 %	Optimisation de la prise en charge	43	21 %	Soins de support	50	24 %	Total général	205	
Type de commentaire	Nombre	Pourcentage																	
Conseils et informations	32	16 %																	
Soutien	80	39 %																	
Optimisation de la prise en charge	43	21 %																	
Soins de support	50	24 %																	
Total général	205																		
Commentaires libres / plus-value du réseau	S'agissant des commentaires positifs, une forte proportion porte sur le rôle de soutien, de réconfort, de réassurance, d'écoute, d'empathie et de bienveillance de l'équipe de coordination du réseau . L'importance de ce soutien est très fortement exprimée, à hauteur de près de 40 % des commentaires, et témoigne du besoin des patients et/ou de leurs proches d'un accompagnement contenant tout au long de leur parcours .																		
Remerciements	A noter également de très chaleureux remerciements en direction de l'équipe de coordination du réseau, inscrivant la relation des patients et/ou de leurs proches au réseau sur le plan humain et dans le cadre d'une grande proximité relationnelle .																		



Fiche de synthèse patients

En 2017, un travail initié en 2015 a été finalisé pour établir une vision synthétique de la situation globale des patients accompagnés par le réseau Osmose. Cette fiche de synthèse a pour objectifs de rendre lisible très rapidement aux intervenants du réseau la situation médicale et psycho-sociale des patients, ainsi que leur degré de complexité.

Cette fiche de synthèse a été informatisée et intégrée au Dossier de coordination du réseau et son utilisation a démarré le 2 janvier 2018.

SITUATION GLOBALE DU PATIENT

Médical :

0					Etat clinique
0					Projet de soins
		3			Perte d'autonomie et durée prévisible
0					Problématique psychique / psychiatrique
	2				Suivi médico psycho social
1					Adhésion au projet thérapeutique
0					Soignants de proximité

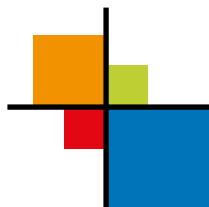
Psycho-social :

0					Comportement général
0					Addiction(s) (alcool, drogues, jeux)
		3			Autonomie et vie sociale
0					Gestion du quotidien (hygiène / entretien du domicile / courses / repas / administratif)
	2				Environnement / habitat
0					Présence au domicile
		3			Entourage familial, amical et voisinage
0					Couverture sociale
1					Moyens financiers
0					Vie professionnelle et maladie
1					Personne(s) à charge du patient, au quotidien et / ou financière et / ou juridique
		3			Niveau de besoin du patient
		3			Priorité VAD

Warnings :

	Type	Début	Fin	Précision
+				
M				
-				

4
P
P
?
↑
⌂



Patients sortis du réseau

Au cours de l'année 2017, **1 243 patients ont été sortis du réseau**, soit 58 % des patients pour lesquels le réseau a été sollicité. La **fin de prise en charge** (pour 42 % des patients sortis) et le **décès** (32 %) constituent la majorité des motifs de sortie du réseau. Les autres causes de sortie du réseau sont, par ordre de survenue :

- patient perdu de vue,
- signalement sans suite,
- patient ne répondant pas aux critères d'intervention du réseau (hors thématique d'intervention et/ou hors zone géographique et/ou hors critère d'âge. Dans ces cas, le patient est réorienté vers le réseau compétent, s'il en existe un),
- déménagement du patient hors territoire d'intervention du réseau,
- refus du patient,
- refus du médecin traitant.

Exemples d'accompagnement

Thématique principale : Accès aux soins

Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

17 octobre 2017

Durée de l'accompagnement : **116 jours**
(actuellement en veille)

Nombre de rendez-vous avec le patient : **3**

Nombre de réunions avec des professionnels : **10**

Nombre d'accompagnement physique du patient à un rendez-vous médical : **1**

Durée totale des rendez-vous et réunions : **15 heures**

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **245**

Durée cumulée des appels de coordination : **22 heures**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **4**

Monsieur M. - Chatillon

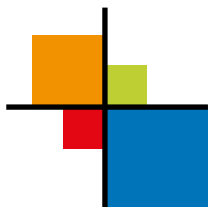
Contexte

Mr M., âgé de 59 ans est célibataire, sans enfant et sans domicile fixe.

Le 17 octobre 2017, une pharmacienne de Chatillon nous contacte suite à sa participation à une formation au réseau au cours de laquelle nous avons présenté le nouveau pôle d'Accès aux soins. Elle nous interpelle sur la situation de Monsieur M., sans domicile fixe, qu'elle voit régulièrement à l'arrêt du tramway devant son officine. Son état s'est détérioré depuis quelques jours. Elle a échangé avec Mr qui lui disait avoir perdu confiance en tout. Elle lui propose de nous contacter pour que l'équipe du pôle Accès aux soins le rencontre, ce qu'il accepte.

Motifs de l'intervention du réseau

Evaluation à la demande de la pharmacienne avec problématique de santé.



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Accès aux soins

Rencontre

Nous rencontrons Mr M. le 20/10/2017 dans un petit local de la Pharmacie.

Il a perdu son logement suite au non renouvellement du bail il y a 3 - 4 ans, dans lequel il était depuis mai 68 avec ses parents (décédés depuis). Il est demandeur de logement depuis 16 ans auprès de la mairie. Son AAH est interrompue suite à un souci de domiciliation depuis 4 mois. Il en est bénéficiaire depuis un accident ayant entraîné un coma, une procédure judiciaire est en cours. Il a eu un accident de la voie publique le 13 octobre, entraînant une fracture du pied et ne peut plus porter de chaussures, uniquement des chaussons. Il a un traitement contre l'épilepsie qu'il ne prend pas le soir car il ne mange pas.

Son téléphone lui a été volé cet été, il a perdu tous ses contacts. Il ne peut plus appeler le 115 pour être hébergé depuis et demande aux passants d'appeler pour lui.

Proposition du réseau

Nous nous mettons en lien avec les différents professionnels (associations et services d'urgence, services sociaux municipaux et départementaux,...) pour affiner l'évaluation et envisager les aides adaptées.

Suivi

Un travail de coordination se met en place :

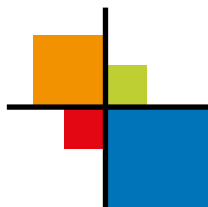
- auprès des professionnels : contacter et s'informer des démarches entreprises par les différents professionnels qui ont suivi ou qui suivent Monsieur ; organiser une réunion de concertation.
- auprès de Monsieur : lui fournir un téléphone portable (ce qui lui permettra de renouer le contact avec son curateur), lui trouver des vêtements, débloquer sa situation financière, rétablir ses droits de santé.

Les échanges avec les différents professionnels ont mis en avant un épuisement de certains travailleurs sociaux qui suivent ou connaissent Mr depuis plusieurs mois (voire années). Nous proposons alors de mettre en place une réunion de concertation entre l'ensemble des intervenants qui ne se connaissaient pas. Les premières démarches mises en place permettent à Mr d'obtenir un téléphone et par conséquent d'être joint et de contacter le 115 ; de rétablir ses droits CAF ; de prendre une mutuelle. Mais certaines actions sont plus complexes à concrétiser : refus des vêtements proposés à plusieurs reprises, refus d'un hébergement, refus de certains examens de santé, ne s'est pas rendu à une hospitalisation prévue avec lui et avec son accord. Pour autant, Monsieur est en demande quotidienne pour que l'on contacte pour lui son curateur ou son avocat.

Nous avons contacté l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) qui a rencontré Monsieur et nous avons proposé une 1^{ère} hospitalisation d'une journée pour faire un bilan santé et psychologique. Il a été accompagné physiquement par le réseau Osmose. Suite à cette hospitalisation d'une journée, il a été conseillé qu'il bénéficie de certains soins et une seconde hospitalisation plus longue (ce qu'il demandait également) a été organisée. Monsieur ne s'y est pas rendu, prétendant s'être blessé et être hospitalisé dans une clinique à l'opposé du département, alors qu'il était hébergé dans un hôtel dans le sud du département. Une dernière hospitalisation a été finalement organisée, toujours en accord avec Monsieur mais pour s'assurer de son déplacement il a été fait appel aux transports privés. Monsieur y est donc bien allé mais a refusé à nouveau certains examens.

Fin de l'accompagnement

L'objectif du réseau de permettre à Monsieur d'accéder aux soins et de mettre en lien les différents professionnels a été réalisé. Monsieur est accompagné par l'EMPP, suivi par son curateur, connu des services sociaux. Le réseau reste toutefois en veille sur sa situation et présent auprès des professionnels si besoin.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Gériatrie

Eléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

17 mars 2017

Durée de l'accompagnement : **213 jours**

(accompagnement toujours en cours)

Nombre de rendez-vous avec le patient : **2**

Durée totale des rendez-vous : **3 heures**

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **37**

Durée cumulée des appels de coordination : **2 heures et 57 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **3**

Monsieur G. - Châtenay-Malabry

Contexte

C'est à la demande d'un gériatre de l'Hôpital Paul Brousse que le réseau Osmose a été sollicité en mars 2017, pour accompagner l'épouse épuisée de Mr G. dans la mise en place d'aides au domicile.

Mr G. est âgé de 81 ans et présente une maladie d'Alzheimer diagnostiquée en septembre 2016. Il vit avec son épouse qui est l'aidante principale.

Dans un premier temps, l'épouse n'a pas souhaité l'intervention du réseau. Puis, en novembre 2017, à la demande du médecin traitant inquiet de l'épuisement de l'aidante, nous avons pu organiser une visite à domicile avec un médecin et une infirmière du réseau en présence de l'épouse.

Visite au domicile

Aides à domicile déjà en place :

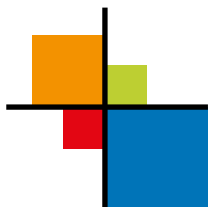
- Mr G. est bénéficiaire de l'APA, évalué en GIR 2 ;
- passages d'une auxiliaire de vie pour la toilette, le ménage et l'accompagnement de Mme aux courses ;
- passage infirmier : 2 fois par jour pour prise de médicaments et tension artérielle ;
- séances d'orthophoniste 1 fois par semaine à domicile.

C'est l'épouse qui s'occupe des repas (portage de repas non souhaité), des rendez-vous et qui gère les comptes .

Accès à la maison par des marches glissantes. Dans la maison, l'accès aux chambres se fait difficilement par un escalier en colimaçon.

Mr G. nous accueille dans un premier temps avec méfiance. Il nous déclare d'emblée qu'il ne souhaite pas être hospitalisé ni être institutionnalisé. Il est d'ailleurs tombé récemment et s'est fracturé la clavicule mais il a refusé d'aller à l'hôpital.

Une fois le lien de confiance établi, Mr G. participe à l'entretien malgré une hypoacousie. Il est désorienté dans le temps et dans l'espace, à l'extérieur de son domicile. Il ne sait plus utiliser son téléphone ni les appareils électroménagers. Il ferait sa toilette seul et bénéficierait d'une douche 1 fois par semaine par l'auxiliaire de vie. Il a conscience de ses troubles cognitifs. Il nous confie qu'il n'a pas un bon moral et qu'il est contrarié parfois par les remarques de son épouse à son égard. Il nous dit également qu'il trouve le temps long et qu'il s'ennuie. Quant à son épouse, elle nous signale que Mr G. est apathique et qu'il dort beaucoup dans la journée. Elle exprime son questionnement sur la façon de réagir avec son époux et reconnaît perdre patience par moment et avoir atteint ses limites pour s'adapter à la maladie de son époux.



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : G érontologie

Proposition du réseau après la visite au domicile

- organiser un accueil de jour pour Mr G ;
- mettre en place une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA), dans le but d'une remédiation cognitive dans des activités du quotidien (utilisation du téléphone, orientation) ;
- mettre en place de la téléassistance en lien avec l'assistante sociale de la coordination gérontologique ;
- sécuriser le domicile avec la mise en lien avec l'ergothérapeute de l'ADAPT pour la pose d'une rampe dans l'escalier qui donne accès aux chambres ;
- mettre en place un soutien psycho-éducatif individualisé pour l'aidante (Programme AIDA développé par le réseau).

Suivi

Mr G. a commencé l'accueil de jour à raison d'une fois par semaine. Il en est très content. Il est même prévu qu'il y aille 2 fois par semaine.

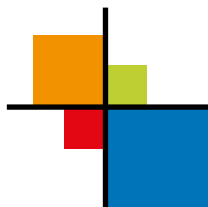
Le soutien à l'aidante a débuté.

Une rampe pour l'escalier va être posée.

Il est prévu que l'assistante sociale de la coordination gérontologique rencontre le couple et aide Mme G. à remplir un dossier pour la téléassistance.

Apports du réseau

- ◇ temps d'écoute et de soutien ;
- ◇ soutien à l'aidant ;
- ◇ accompagnement dans la mise en place d'un accueil de jour ;
- ◇ sécurisation du domicile en lien avec un ergothérapeute et une assistante sociale de la ville (téléassistance) ;
- ◇ évaluation du maintien au domicile.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Cancérologie

Madame L. - Bagneux

Contexte

En janvier 2017, Madame L. est orientée vers Osmose par son oncologue, pour un Entretien de Fin de Traitement et soutien psychologique.

Un cancer du sein lui a été diagnostiqué en avril 2016, au cours du bilan de prise en charge d'une obésité : l'échographie a mis en évidence la densification d'une image existant déjà en 2014 (ACR4b) et l'apparition d'une masse péri-aréolaire spiculée (ACR5), dans le sein gauche. La biopsie des lésions correspond à un adénocarcinome lobulaire RE +, RP +, Ki 67 à 15 - 20 %, Cerb 2 négatif. Une tumorectomie est réalisée le 13/05/2016 ; les deux tumeurs sont classées : pT1c pN0. La patiente reçoit ensuite 4 cures de Taxotère Endoxan, suivies d'une radiothérapie qui s'est terminée en octobre 2016.

Madame est retraitée depuis 2015 et avait travaillé comme chargée de projet dans le domaine social. Elle est divorcée depuis 1977 et n'a pas d'enfant. Elle vit seule avec son chat, mais est entourée par un « bon » ami, 2 sœurs, 1 frère aux USA, sa mère de 98 ans, et un neveu de 18 ans (le fils de sa sœur malade).

Elle souffre par ailleurs d'une allergie à la pénicilline, d'une hypothyroïdie substituée, d'un surpoids en cours de prise en charge dans le cadre d'un « circuit obésité » et d'un syndrome d'apnées du sommeil, appareillé.

Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :
17 janvier 2017

Durée de l'accompagnement : **406 jours**

(accompagnement toujours en cours)

Nombre de rendez-vous avec le patient : **1**

Nombre de participation du patient à un atelier de réflexion et d'échanges : **1**

Durée totale des rendez-vous : **3 heures**

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **33**

Durée cumulée des appels de coordination : **1 heure et 23 minutes**

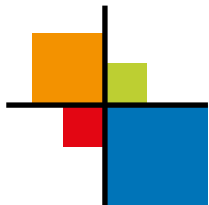
Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **3**

Entretien de Fin de Traitement

Après deux reports de RDV en raison de soins urgents pour son chat en mars, puis oublié par la patiente en mai, l'entretien aura lieu en juin 2017.

L'entretien débute par une relecture du parcours de soins, de façon globale, puis en insistant sur les éventuels séquelles et/ou symptômes en cours :

- Madame explique qu'elle a souhaité traverser « seule » la période de traitement en mettant son entourage à distance. D'une façon générale, elle dit préférer la solitude pour affronter les difficultés ; sinon, elle est active et engagée, notamment comme militante politique ;
- elle a ressenti peu d'effets secondaires durant les traitements de chimio et radiothérapie et ne décrit pas de séquelles ;
- elle prend actuellement du Letrozole et décrit des douleurs articulaires. Néanmoins, ces dernières semblent pré exister à la prise d'hormonothérapie et n'ont pas été modifiées lors d'une pause thérapeutique (arrêt du Tamoxifène initialement prescrit, puis switch). Par contre, elles semblent améliorées depuis la prise de compléments alimentaires, probablement de type oligo éléments ;



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Cancérologie

- Madame ressent une impression d'avoir « gonflé » sous hormonothérapie et associe ce médicament à la perte des cheveux ;
- elle souffre d'une sécheresse vaginale importante, générant des dyspareunies, voire l'impossibilité d'avoir des rapports. Elle aurait eu un traitement anti mycosique, mais les symptômes n'ont pas régressé. Par ailleurs, ils lui paraissent différents de ceux ressentis lors d'épisodes antérieurs de mycose ;
- elle décrit une perte de mémoire plutôt d'apparition récente et une difficulté de concentration qui s'est majorée. En la questionnant longuement, le diagnostic de Trouble Déficit d'Attention-Hyperactivité (TDAH) ancien est plausible. Elle a vraisemblablement instauré des moyens de compensation qui ont été suffisants, mais qui sont actuellement obsolètes compte tenu du surplus de concentration nécessaire pour gérer le cancer et la présence quotidienne de sa sœur (elle-même agitée et peu structurée). Le bruit lui est généralement désagréable mais actuellement, la moindre stimulation auditive lui est insupportable.

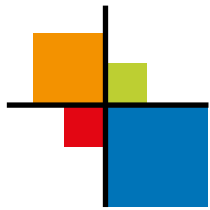
Dans un second temps, l'organisation de son suivi « Après-cancer » est abordée : la fréquence des examens et des consultations, et leur alternance entre oncologue, chirurgien et radiothérapeute a été comprise. Néanmoins, sa préoccupation principale est de réintégrer le programme du circuit obésité, la pose du sleeve ayant été reportée en raison du diagnostic de cancer et de son traitement.

Il est ensuite question de sa vie familiale et relationnelle.

- au cours du traitement de chimio, elle a accepté d'héberger sa sœur de 59 ans quasi SDF et perdue de vue depuis plusieurs années. Elle explique que cette dernière est malade, sous tutelle et reconnue handicapée par la MDPH. Mais cette situation lui pèse car elle constate l'incapacité de sa sœur à se gérer. Cela vient compliquer son quotidien tant au niveau matériel qu'au niveau émotionnel car elle est sensible au mal-être de sa sœur. Elle se rend compte de la nécessité de se retrouver seule chez elle pour appréhender la pose du sleeve, reportée à septembre 2017 ;
- elle attend donc impatiemment que sa sœur obtienne un logement. Il lui est proposé de contacter l'assistante sociale coordinatrice du réseau en cas de besoin d'aide et/ou de conseils dans les démarches qu'elle effectue pour sa sœur ;
- Madame constate la nécessité de renouer les liens maintenant qu'elle est en rémission, et se sent inquiète de l'accueil qui lui sera réservé après cette période de mise à distance de ses proches ; différents scénarii sont alors envisagés ;
- à plus long terme, quand ses soucis de santé seront stabilisés, elle projette de partir vivre en Bretagne.

Puis, ses besoins en soins de support sont évalués.

- activité physique : elle pratique le vélo de façon régulière et a constaté l'effet bénéfique sur ses douleurs articulaires. Le médecin coordinateur l'encourage à continuer et lui propose d'autres types d'activité ;
- soutien psychologique / relaxation : madame est en demande d'accompagnement car elle se sent agressive et dépressive depuis quelques temps ; elle pratique la méditation de pleine conscience et essaie de trouver de la satisfaction « un peu tous les jours » ;
- nutrition : le problème de surpoids est ancien, il a débuté vers l'âge de 40 ans à l'occasion d'une période de chômage. Madame sait qu'elle mange pour essayer de combler un manque et par pulsions, éléments pouvant aussi exister avec un TDAH. Elle essaie d'être raisonnable et de « gérer » les éventuels extras d'aliments non recommandés. Elle ne mange pas de viande, mais du poisson. Des conseils lui sont donnés (importance d'une « durée suffisante » des repas et du rôle de la mastication, notamment) ;
- image de soi : madame ne souhaite pas rencontrer la socio esthéticienne, son objectif premier étant de perdre 40 kg.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Cancérologie

Suite à cet entretien, il est proposé à Madame :

- de lui trouver un RDV de gynéco dans un délai raisonnable (elle n'a pas pu en obtenir un avant octobre), pour examen clinique et traitement symptomatique de sa sécheresse vaginale. En l'absence de possibilité, il lui serait envoyé une ordonnance de Trophigil pour initier une hydratation vaginale. En définitive, une consultation sera organisée en juillet, dans l'établissement où elle est suivie pour le cancer.
- elle ne souhaite pas investiguer la piste du TADH pour l'instant.
- elle souhaite participer aux soins supports organisés par Osmose dès qu'elle sera remise de son intervention ; elle se dit particulièrement intéressée par les ateliers d'échanges.
- des coordonnées de psychologues partenaires lui sont données, en proximité de son domicile, mais aussi à sa demande, pratiquant l'hypnose et l'EMDR.
- des documents d'information sur le cancer, ainsi que les coordonnées d'associations de patients lui sont remis

Suivi

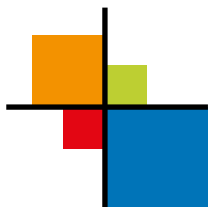
Deux mois plus tard, la patiente sollicite de nouveau le médecin coordinateur car "elle tourne en rond et s'isole ». Un nouveau RDV lui est proposé quelques jours plus tard pour approfondir sa demande et réévaluer ses besoins.

Suite à une consultation avec le chirurgien du circuit obésité, elle sollicite un document attestant de son état psychique. Elle a hâte de se faire opérer, car elle sent que cette intervention et la perte de poids attendue l'aideront à se sentir bien avec elle-même, son mal être étant associé à l'image que reflète le miroir. Et même si elle évoque avoir déjà perdu du poids, elle attend ce « jour fatidique » avec impatience. Le médecin coordinateur n'étant pas habilité à répondre à cette demande, un entretien avec l'équipe du circuit obésité est alors nécessaire, pour faire un point sur la situation de la patiente et discuter la suspicion de TDAH. En cas de confirmation diagnostique, un suivi adapté devra être associé à l'intervention chirurgicale.

Madame participera à un atelier d'échanges, mais annulera les rencontres suivantes (RDV avec le médecin et inscriptions aux ateliers de relaxation et APA) en raison de nombreux RDVs avec l'équipe du circuit obésité. Il lui est alors proposé de reprendre contact après l'intervention.

Apports du réseau

- ◇ Entretien fin de traitement ;
- ◇ Temps d'écoute, de reformulation et de soutien de la patiente ;
- ◇ Informations personnalisées ;
- ◇ Evaluation des besoins en soins de support ;
- ◇ Atelier d'échanges ;
- ◇ Recherche d'intervenants ;
- ◇ Orientations.



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Coordination sociale

Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

11 juillet 2017

Durée de l'accompagnement : **221 jours**

(accompagnement toujours en cours)

Nombre de rendez-vous avec le patient : **3**

Durée totale des rendez-vous : **4 heures 30 minutes**

Nombre de rendez-vous du patient avec un psychologue : **6**

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **75**

Durée cumulée des appels de coordination : **3 heures et 23 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **5**

Madame L. - Issy-les-Moulineaux

Accompagnement post-décès

Contexte

Mme M. est âgée de 38 ans. Mme est veuve, sans enfant. Elle est de nationalité Péruvienne et détient un titre de séjour de 10 ans.

Nous avons accompagné son époux dans le cadre du pôle Soins Palliatifs du réseau Osmose. Monsieur est décédé au mois d'Août 2017.

Mme est locataire de son appartement où elle vivait avec son mari. Mme a repris un travail en Octobre 2017 pour subvenir à ses besoins. Parallèlement, elle a repris ses études. Auparavant, c'est son mari qui travaillait, Mme effectuait de « petites missions » durant l'année.

Le couple n'avait jamais eu de suivi social.

Motif de l'intervention du réseau de santé

Mme M. nous a sollicités dans le cadre d'un accompagnement post-décès, notamment pour les démarches administratives.

L'assistante sociale du réseau a reçu Madame dans les locaux du réseau.

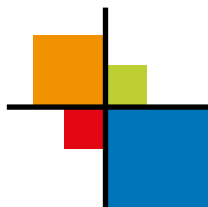
Rencontre au réseau

Lors de la première rencontre au réseau, Mme M. nous a fait part de son sentiment de solitude suite au décès de son époux. En effet, la mère de Mme vit au Pérou et sa sœur vit dans un autre département en France. Mme n'aurait pas de bon contact avec sa belle-famille, suite au décès de Monsieur et à la succession.

Mr M., avant son décès, avait toujours géré les dossiers administratifs et financiers. Mme semble en grande difficulté car elle ne sait pas quelles démarches administratives effectuer.

Parallèlement, nous abordons rapidement les difficultés financières. Effectivement, le loyer est nettement supérieur aux ressources de Mme M. Par ailleurs, Mr était propriétaire d'un appartement dans les Alpes. Mme souhaiterait le garder mais pas le louer. Nous parlons des frais associés à ces biens immobiliers : taxe foncière, taxes habitations (x2) ainsi que les impôts sur le revenu de Mr à solder. Mme n'était pas informée et ne savait pas que cela existait. Nous avons fait appel au centre des impositions et nous avons constaté qu'il y avait des impayés depuis Août 2017, mois pendant lequel Mr était décédé.

Mme vit actuellement sur les économies du couple et le capital décès qu'elle a perçu au décès de son mari. Cela lui permet de payer le loyer, de manger, de payer certaines factures,...



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Coordination sociale

Propositions du réseau / actions

- aider Mme M. à faire toutes les démarches post-décès ;
- accompagner Mme M. à faire un budget ;
- accompagner Mme M. à l'instruction d'une demande d'APL ;
- envisager une demande de logement social ;
- instruire une demande d'Aide à la Complémentaire Santé ;
- proposer un soutien psychologique.

Suivi

Nous avons ensuite rencontré une nouvelle fois Mme M. au réseau, puis nous avons poursuivi la coordination lors de nombreux appels téléphoniques et mails.

L'Assistante sociale du réseau a accompagné Mme M. dans toutes les démarches post-décès auprès des administrations.

Nous avons par ailleurs instruit une demande d'aide au logement auprès de la CAF. Mme a obtenu une aide au logement pour l'aider à payer son loyer. Cependant, nous sommes toujours en lien avec la CAF car il persiste une erreur dans la saisie de la situation familiale de Mme. Il est noté que Mme est célibataire alors qu'elle est veuve.

Mme ne souhaite pas faire de demande de logement social pour le moment. Elle espère qu'en reprenant un travail à plein temps, elle pourra garder le logement dans lequel elle a vécu avec son mari.

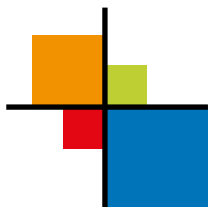
Nous avons aidé Mme M. à faire son budget mensuel afin qu'elle ne se retrouve pas en difficulté financière. A terme, si cela devient trop complexe pour Mme, nous pourrions envisager la mise en place d'une Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP) afin que Mme puisse bénéficier d'un accompagnement social et budgétaire par l'Espace Départemental d'Action Sociale (EDAS).

Nous avons aidé Mme à faire des demandes de remises gracieuse auprès du centre des impôts pour les dettes en cours : impôts sur les revenus de Mr, taxe habitation (X2) et taxe foncière. Le centre des impôts n'a pas encore statué sur les demandes.

La demande d'Aide à la Complémentaire Santé est toujours en cours d'instruction auprès des services de la CPAM 92.

La succession est toujours en cours auprès d'un notaire. Nous avons conseillé à Mme M. par la suite de vendre l'appartement qui se situe dans les Alpes car elle ne pourra pas faire face aux différentes charges de l'appartement. Mme M. semble l'avoir entendu.

Nous restons en contact permanent avec Mme M. afin de pouvoir répondre à toutes ses questions d'ordre social suite au décès de son mari. Mme bénéficie d'un soutien psychologique financé par le réseau pour l'accompagner dans ces moments difficiles.



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Soins palliatifs

Madame L. - Sceaux

Contexte

Début Décembre, nous recevons un appel de l'Unité de Soins Palliatifs de province pour Madame L., âgée de 64 ans.

Elle a un cancer pulmonaire avec des métastases osseuses. Dès le début de son cancer, Madame a été très claire sur le fait qu'elle ne voulait pas le soigner. Elle a juste eu une cimentoplastie sur des métastases osseuses lombaires algiques. Elle a également des hémoptysies de faible abondance depuis l'été.

A la suite d'une épидurite et de douleurs neuropathiques associées, pour lesquelles son médecin traitant n'a pas réussi à lui trouver un équilibre antalgique, Madame est hospitalisée à l'USP d'une ville de province.

Madame fait des attaques de panique nocturnes nécessitant une présence rassurante.

Madame est entourée de son mari, de ses frères et sœurs. Ils n'ont pas d'enfant.

Au cours de cette hospitalisation, Madame émet le souhait d'aller s'installer chez sa sœur qui habite une maison à Sceaux. Celle-ci a un studio aménagé au rez-de-chaussée de cette maison.

Coordination avant transfert à Sceaux

Pour permettre une arrivée en toute sérénité en région parisienne, nous avons discuté avec les équipes de l'USP sur les possibilités d'organisation au domicile :

- rappel que le transport en ambulance dans ces conditions est à la charge de la famille (environ 2 000 €uros) ;
- la famille avait déjà des contacts avec un médecin généraliste qui acceptait la prise en charge ;
- la charge en soins : Madame prend uniquement des traitements per os. Surveillance de traitement et nursing peuvent être pris en charge par une infirmière libérale qui a l'habitude de travailler avec le médecin généraliste ;
- transmissions aux équipes de l'USP de province du dossier de demande anticipée en USP sur la région parisienne (Corpallif) qui sera envoyé à l'USP de Paul Brousse ;
- transmissions du document Urgence Pallia pour le centre de régulation du 15 des Hauts-de-Seine pour que le projet de Madame L soit respecté au mieux ;
- discussion sur l'opportunité ou non de faire un déménagement administratif surtout pour la sécurité sociale RSI et pour l'APA ;
- transmissions de coordonnées d'associations d'auxiliaire de vie à la famille, au cas où les besoins seraient supérieurs à ce qui avait été anticipé ;
- contact avec la famille avec qui nous convenons d'une visite d'évaluation 3 semaines après son arrivée chez sa sœur, du fait de l'absence de créneaux disponibles plus tôt.

Éléments chiffrés :

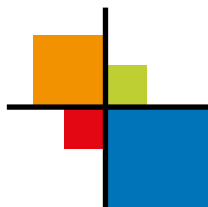
Début d'accompagnement :
7 décembre 2017

Durée de l'accompagnement : **17 jours**

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **21**

Durée cumulée des appels de coordination : **1 heure et 52 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **3**



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Soins palliatifs

Coordination après transfert à Sceaux

Avant même de rencontrer Madame L., nous avons des contacts quasi-quotidiens avec le médecin généraliste qui passe très régulièrement au domicile, car l'état de Madame se dégrade très vite. Les difficultés symptomatiques se concentrent sur la prise en charge de l'angoisse et de la douleur.

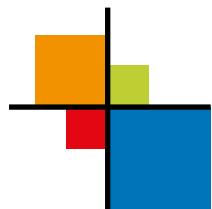
Du fait de la réticence initiale de Madame à prendre des traitements, nous la mettons en relation avec un psychomotricien partenaire du réseau qui fait de l'hypnose. Il aura le temps de la rencontrer à une fois au domicile de Madame.

Madame fait un syndrome fébrile une semaine après son arrivée. Elle refuse la mise en place d'une antibiothérapie. En revanche, elle accepte la mise en place d'une PCA de morphine et de midazolam pour sa douleur et son anxiété. Du fait que le midazolam est un produit de la réserve hospitalière, nous transmettons au médecin traitant le numéro de l'HAD pour sa mise en place, avec une aide à la prescription d'une PCA de morphine et de midazolam. L'HAD se mettra en place dans les 24h suivants la demande.

Madame L. décèdera au domicile de sa sœur dans les 3 jours suivants, entourée de sa famille.

Même si nous n'avons pas pu la rencontrer, notre équipe a surtout proposé un soutien aux professionnels et à la famille (écoute, aide à la prise de décision et aux prescriptions,...). Cependant, nous n'avons pas pu discuter et proposer l'ensemble de nos services et soutiens possibles dans ce type d'accompagnement (astreinte téléphonique, soutien psychologique, socio esthétique,...) du fait de l'absence de rencontre avec Madame.





Services rendus aux professionnels et aux structures

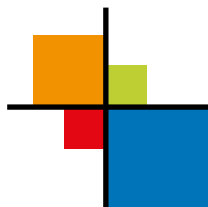
Le réseau Osmose est missionné pour soutenir les professionnels et structures médico-psycho-sociales travaillant dans le sud du département des Hauts-de-Seine et/ou accompagnant des personnes habitant ce territoire et concernées par l'une des thématiques d'intervention du réseau Osmose :

- être à l'écoute, conseiller et soutenir,
- apporter une **expertise thématique ou technique** (sur la maladie, sur l'adaptation des traitements contre la douleur, sur les aides sociales existantes, sur les aides au maintien à domicile, sur les protocoles et règles de bonnes pratiques, orienter vers les structures et acteurs adaptés aux besoins de vos patients,...),



- aider dans l'**évaluation multidimensionnelle** des patients (lors d'entretiens téléphoniques ou lors de visites au domicile ou de rendez-vous dans nos locaux),
- déterminer un **plan d'aide et de soutien adapté** aux demandes et aux besoins des patients (mise en place d'aides à domicile pour les actes de la vie quotidienne, coordination avec les différents interlocuteurs du patient, adaptation de traitement,...),
- proposer des **soins de support** aux patients et à leurs proches (consultations avec un psychologue, avec un diététicien, avec une socio-esthéticienne, ateliers de relaxation-sophrologie, de réflexion et d'échanges, d'activité physique adaptée, entretiens de fin de traitement),

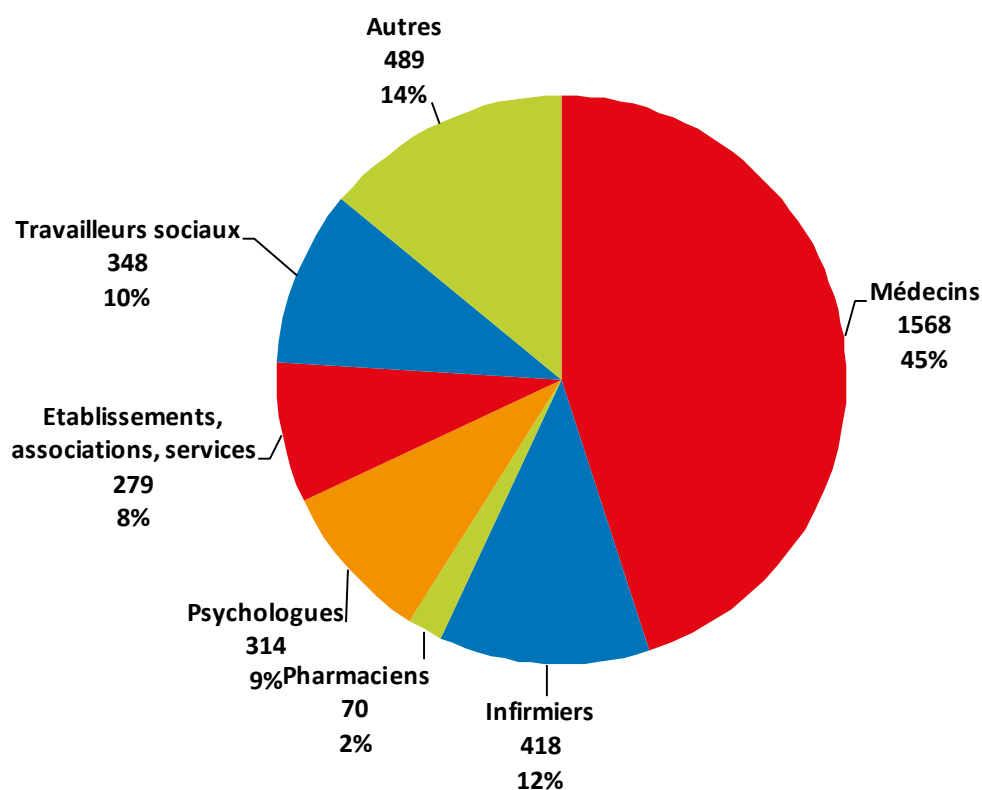
- favoriser la **circulation de l'information** entre les différents intervenants (fluidification de la communication, coordination des interventions, réduction des risques de ruptures de prise en charge),
- aider en tant que **tiers extérieur** (assurer la médiation avec le patient, si nécessaire, se concerter avec les partenaires sur la situation du patient, réduire l'isolement de l'exercice professionnel),
- proposer des **formations** et des **groupes de travail**.

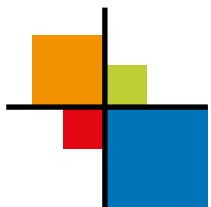


P professionnels en lien avec le réseau

Les professionnels en lien avec le réseau sont les **3 486 intervenants ou structures** qui, au cours de l'année 2017, ont été en contact au moins une fois avec Osmose (ayant participé à des réunions, aux groupes de travail, aux formations ou ayant participé à la prise en charge coordonnée de leurs patients en coopération avec le réseau Osmose).

Ces 3 486 professionnels ou structures se répartissent de la manière suivante :





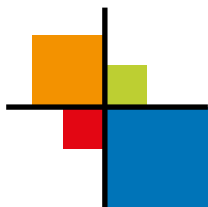
Réunions, rencontres et groupes de travail

Les partenariats du réseau Osmose se construisent lors de réunions de groupes de travail organisés par le réseau Osmose ou par les partenaires, ainsi que lors de rencontres d'échanges avec des partenaires en particulier.

Au total, en 2017, le réseau Osmose a participé à **85 rencontres interprofessionnelles**.

Types	Nombre	Nombre de participants ou partenaires rencontrés	Durée cumulée des réunions
Groupes de travail et réunions organisés par le réseau Osmose (Astreinte téléphonique, activité physique adaptée, AIDA, mise en œuvre des actions avec les Restos du cœur, Psychologues,...)	24	189	50 heures
Groupes de travail et réunions organisés par les partenaires (Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris, Agence Régionale de Santé, Congrès des réseaux, ACORESCA, EHPAD, HAD,...)	26	231	78 heures
Rendez-vous avec les partenaires (présentations mutuelles, organisation des partenariats, mise en place de procédures, signature de	35	108	53 heures
TOTAL	85	528	181 heures





Formations

Au-delà de la formation « au lit du malade » auprès des partenaires, difficile à quantifier mais quotidienne, le réseau Osmose a proposé différentes actions de formation ou a été sollicité par des partenaires pour intervenir lors de leurs formations ou colloques.

Au total **1 552 heures** de formation ont été dispensées en 2017, au décours de **46 interventions**.

Types	Nombre	Nombre de participants ou partenaires rencontrés	Durée cumulée des réunions
Formations organisées par le réseau Osmose (Conférence-débat pluridisciplinaire, Rencontre thématique, Déjeuner-rencontre des médecins traitants, Sensibilisation aux soins palliatifs en institutions,...)	25	368	50 heures
Formations et Colloques organisés par des partenaires (D.U. coordination, D.U. soins de support, Salon des maires de France, Ligue contre le cancer, Etudiants d'IFSI, Etudiants CTERSAM, Ecole de puériculture, internes de médecine dans les hôpitaux du territoire, Ecoles d'assistants de service social...)	12	162	24 heures
Accueil de stagiaires (internes SASPAS, internes DESC Cancérologie, stagiaires de D.U. de coordination, assistant sociaux,...)	9	9	1 478 heures
TOTAL	46	539	1 552 heures



P rojet Terr_eSanté 92 sud

Le réseau Osmose a soumis à l'ARS en juillet 2017 un projet, suite à un appel à candidature pour l'extension de la plateforme régionale numérique support au parcours patient (dans le cadre du déploiement de services numériques d'appui à la coordination des parcours patients - SNACS).

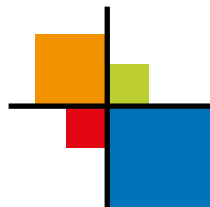
S'appuyant sur le dossier de coordination informatisé du réseau, le projet déposé par Osmose réunit 15 structures partenaires du territoire, en vue de déployer dans le sud des Hauts-de-Seine les outils numériques développés dans le département du Val-de-Marne, d'autant que des interactions effectives et nombreuses existent déjà entre ces deux territoires.

Bien que retenu par l'ARS, le Projet Terr_eSanté 92 sud ne l'a pas été par la DGOS pour la première vague d'expérimentations de 2017. Ce projet a été présenté à nouveau en 2018 dans le cadre d'un second appel à candidatures.

Nouveaux locaux

Contraint à quitter ses anciens locaux du Plessis-Robinson, suite à la vente de l'immeuble par le propriétaire, le réseau Osmose a emménagé en 2017 dans de nouveaux locaux situés au 4, rue des Carnets à Clamart.



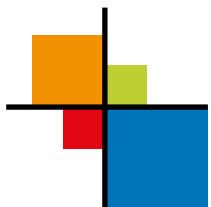


E nquête de satisfaction et de notoriété

En 2017, le réseau Osrose a organisé sa **seconde enquête de satisfaction** auprès des professionnels partenaires, doublée d'une **enquête de notoriété**. Pour les 267 professionnels ayant répondu à cette enquête, le **taux de satisfaction vis-à-vis du réseau est très élevé** et confirme les résultats de l'enquête 2012. Le rapport complet de cette enquête peut être téléchargé sur le site Internet du réseau à l'adresse suivante : <http://www.reseau-osrose.fr/documentations.html>

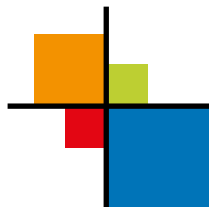
Les principaux résultats de l'enquête auprès des professionnels partenaires :

Nombre de répondants	267 professionnels
Profil des répondants	22 professions représentées. 4 types de professionnels regroupent 84 % des répondants (médecins : 34 % ; infirmiers : 22 % ; travailleurs sociaux : 17 % ; psychologues : 11 %)
Satisfaction générale	95 % sont satisfaits de leur collaboration avec l'équipe de coordination du réseau, 91 % estiment que le réseau est facilement accessible pour eux et pour leurs patients,
Résultats	<p style="text-align: center;">Connaissance du réseau</p> <p>L'enquête auprès des professionnels visait à mesurer leur connaissance des actions du réseau et à transmettre une information ciblée. Il s'est agi de proposer aux professionnels 11 affirmations et de leur demander de répondre si pour eux ces affirmations étaient vraies, fausses ou s'ils ne connaissaient pas la réponse à l'affirmation proposée. A la suite de leur réponse, les répondants voyaient apparaître la réponse correcte à l'affirmation posée, accompagnée d'un message d'information et d'explication.</p> <p>Les résultats montrent que les professionnels connaissent relativement bien les actions du réseau (62 % de réponses exactes). En excluant les réponses « Je ne sais pas » qui représentent 22 % du total des réponses, le score de bonnes réponses s'élève à 88 %.</p> <p><i>Note sur la présentation des résultats : le premier résultat (présenté ainsi : X %) reflète le taux de réponses exactes aux affirmations posées, comparativement aux réponses fausses ainsi qu'aux réponses « Je ne sais pas » ; le second résultat (présenté ainsi : [X %]) isole les réponses « Je ne sais pas » et n'intègre que le rapport entre les bonnes réponses et les réponses erronées.</i></p> <p><u>Les missions ou actions les mieux identifiées et connues des professionnels, sont :</u></p> <p>La gratuité des interventions 93 % [100 %] des professionnels savent que, financé par des fonds de l'Assurance Maladie, le réseau propose des interventions non payantes pour les patients, leurs proches et leurs professionnels de santé,</p> <p>La coordination sociale 87 % [98 %] des professionnels savent que le réseau peut être sollicité pour une coordination sociale complexe ; l'assistante sociale du réseau se mettant en contact avec les intervenants sociaux référents des patients pour établir, en concertation avec eux, le plan d'aide social le plus approprié à la situation du patient,</p> <p>Les soins de support 84 % [97 %] des professionnels savent que les patients accompagnés par le réseau, ainsi que leur entourage, peuvent bénéficier de soins de support proposés par le réseau (groupe de réflexion et d'échanges, soutien psychologique, relaxation, socio-esthétique, diététique, activité physique adaptée).</p>



E nquête de satisfaction et de notoriété

<p>Résultats</p>	<p><u>Les missions ou actions bénéficiant d'une visibilité relativement bonne, mais pour lesquelles des efforts de communication doivent se poursuivre sont :</u></p> <p>La médiation <i>67 % [96 %] des professionnels savent que le réseau peut être sollicité en tant que tiers extérieur pour assurer une médiation (analyser des situations complexes, résoudre des situations conflictuelles, réajuster un parcours de santé chaotique, permettre l'adhésion à une décision de soins,...),</i></p> <p>L'aide au maintien à domicile <i>67 % [82 %] des professionnels savent que le réseau ne dispose pas d'une équipe d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie pour réaliser le maintien à domicile mais qu'il sollicite les structures d'aide à domicile sur le territoire pour qu'elles interviennent auprès des patients,</i></p> <p>Les visites au domicile conjointes <i>65 % [88 %] des professionnels savent qu'ils peuvent participer aux visites d'évaluation au domicile de leurs patients ou bénéficiaires, conjointement avec l'équipe de coordination du réseau,</i></p> <p>Les interventions en EHPAD <i>63 % [91 %] des professionnels savent que l'équipe de coordination du réseau peut intervenir en EHPAD, en concertation et/ou sur sollicitation de ces équipes d'EHPAD,</i></p> <p>L'accessibilité du programme des formations via le site Internet <i>61 % [98 %] des professionnels savent que les dates et thèmes des formations proposées par le réseau sont accessibles sur son site Internet.</i></p> <p><u>Les missions ou actions pas assez bien connues des professionnels, qui devront faire l'objet d'efforts particuliers d'une meilleure information sont :</u></p> <p>La non subsidiarité <i>60 % [73 %] des professionnels savent que les infirmiers de l'équipe de coordination du réseau ne pratiquent pas de soins et que les médecins de l'équipe de coordination du réseau ne réalisent pas de prescription (principe de non substitution aux intervenants habituels des patients),</i></p> <p>La place du réseau dans la sortie d'hôpital et le retour au domicile <i>34 % [45 %] des professionnels savent que le réseau n'organise pas les sorties hospitalières et le retour au domicile. Ceux-ci relèvent de la compétence des services hospitaliers, en concertation avec les médecins traitants des patients. Le réseau peut être sollicité a posteriori d'un retour au domicile pour co-évaluer avec les intervenants référents des patients si l'organisation du retour au domicile correspond aux besoins des patients.</i></p>
<p>Commentaires libres</p>	<p>Au total, sur 3 items différents, 578 commentaires ont été dénombrés. Parmi ces commentaires, 536 (soit 93 %) sont à caractère positif et 42 (soit 7 %) à caractère négatif.</p> <p style="text-align: center;">Accessibilité du réseau</p> <p>91,3% des répondants ont estimé que l'accès au réseau leur est très facile ou facile. Les professionnels sont une forte proportion (42 %) à relever la simplicité de sollicitation de l'équipe de coordination ou d'orientation de patients vers le réseau (pouvoir interpeller l'équipe de coordination par mail ou par téléphone, sans avoir à renseigner au préalable un dossier de demande d'admission ; équipe de coordination facilement joignable).</p>



E nquête de satisfaction et de notoriété

Commentaires libres

Viennent ensuite, et dans des proportions quasi égales (entre 17 et 21 % des réponses) :

la **disponibilité de l'équipe de coordination** (entendue ici au sens où elle est à l'écoute des professionnels sollicitant le réseau et que ceux-ci reçoivent un **bon accueil** lors de leurs appels et entretiennent de **bons contacts** et des **relations chaleureuses** avec l'équipe, qui **se rend disponible pour accueillir leurs demandes**),

le **lien de proximité créé avec l'équipe de coordination** (l'**interconnaissance**, la **confiance réciproque** constituée au fil des accompagnements conjoints de patients, l'**efficacité éprouvée du partenariat**, les **compétences de l'équipe** de coordination,... sont autant de marques facilitatrices de l'accès au réseau),

la **réactivité de l'équipe à répondre aux sollicitations** (les **réponses rapides aux sollicitations** facilitent grandement l'accès au réseau).

Coopération avec le réseau

A 95 %, les répondants ont fait part de leur satisfaction de la coopération qu'ils entretiennent avec le réseau. Ils mettent en avant :

la **pertinence du réseau**, dans la **qualité des réponses** qui sont apportées par l'équipe de coordination, la **compétence des interlocuteurs** réseau et leur **efficacité**,

la **disponibilité de l'équipe de coordination**, (**qualités d'écoute** de l'équipe, **bienveillance** à l'égard de ses interlocuteurs, **bon accueil** et **contact de qualité** avec les professionnels),

les **bénéfices de la coordination** (partage de l'information, lien ville-hôpital, retours des visites au domicile, médiation,...),

la **communication** (rapidité des échanges, qualité des transmissions d'information, réactivité, rapidité des réponses,...),

la **relation de confiance** établie avec l'équipe de coordination.

Plus-value de l'intervention du réseau

97,3 % des répondants ont estimé que l'intervention du réseau apportait une plus-value à l'accompagnement de leurs patients :

avec 24 % des commentaires sur cet item, le **soutien** (réassurance dans les cas complexes, lutte contre l'isolement professionnel) apporté par le réseau aux intervenants professionnels est fortement plébiscité comme une plus-value,

les **expertises thématiques et techniques** (prescriptions anticipées, dossiers d'aide sociale, aide à l'institutionnalisation, formations, connaissance des ressources du territoire, aide au maintien à domicile,...) apportées par l'équipe de coordination recueillent 20 % des commentaires,

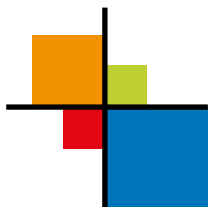
les **services spécifiques** proposés par le réseau (soins de support, visites au domicile, astreinte téléphonique,...),

la **coordination** (articulation entre intervenants, suivi des situations, interface ville-hôpital,...) réalisée par l'équipe,

la **concertation pluridisciplinaire** (échanges interprofessionnels, partage confraternel, aide à la décision, aide au diagnostic) permise par l'inscription dans un travail de réseau,

l'**approche globale et personnalisée du patient**,

la **médiation** (vision extérieure, regard distancié, neutralité bienveillante) proposée par le réseau.



E

enquête de satisfaction et de notoriété

<p>Insatisfactions et attentes</p>	<p style="text-align: center;">Accessibilité du réseau</p> <p>Au total, 20 commentaires ont été dénombrés pour évoquer une faible accessibilité du réseau aux professionnels répondant à cette enquête. Si une personne regrette que le réseau soit difficilement joignable, 19 autres professionnels témoignent de leur méconnaissance du réseau, de ses modalités d'action, de ses services,... les empêchant de le solliciter facilement.</p> <p style="text-align: center;">Coopération avec le réseau</p> <p>Au total, 18 commentaires ont été dénombrés pour évoquer des problèmes de coopération avec le réseau. De même que sur la question de l'accessibilité du réseau, la méconnaissance du réseau, de ses modalités d'action, de ses services, la confusion du rôle du réseau avec celui d'autres services (notamment la MAIA),... entravent une coopération efficace avec Osmose pour 44 % des commentaires.</p> <p>7 commentaires concernent les délais d'intervention du réseau, non pas pour apporter des réponses aux demandes, mais pour organiser des visites au domicile. Enfin, 3 de nos partenaires nous demandent de faire des efforts en matière de communication sur nos interventions.</p> <p style="text-align: center;">Plus-value de l'intervention du réseau</p> <p>Seulement 4 commentaires à caractère négatif ont été inventoriés concernant la plus-value du réseau. Un professionnel déplore que le partenariat avec le réseau soit chronophage et 3 autres professionnels témoignent de leur méconnaissance du réseau, ce qui ne leur permet pas d'en tirer bénéfice.</p>
<p>Pistes d'amélioration</p>	<p>En fin de questionnaire, il était proposé aux répondants d'indiquer ce que le réseau Osmose devait améliorer. Notons que 20 % des commentaires dénombrés ne proposaient pas de pistes d'amélioration mais, au contraire, des messages de remerciements, des marques de soutien à l'égard de l'équipe de coordination du réseau, ainsi que des commentaires invitant le réseau à poursuivre son action sans rien y changer. Ces marques de sympathie, mais aussi les réponses basées sur la collaboration avec les professionnels, témoignent du lien étroit et chaleureux entre professionnels de santé et l'équipe de coordination du réseau.</p> <p>En excluant ces remerciements, il est possible de comptabiliser 96 propositions d'amélioration. 48 commentaires, soit la moitié des réponses, mettent en évidence les délais d'interventions au domicile de l'équipe de coordination jugés trop longs. Ils sont accompagnés de 15 commentaires sur le manque de personnel, ce qui rejoint cette demande initiale d'une plus grande réactivité. Ces deux catégories sont étroitement liées. Au total, ces demandes d'amélioration des partenaires professionnels sont présentes dans les 2/3 des commentaires.</p> <p>L'autre piste d'amélioration fréquemment citée par les répondants concerne la communication, dans 22 % des commentaires. Enfin, 3 autres catégories d'amélioration sont suggérées par les partenaires professionnels : l'amélioration de la coopération avec les professionnels, les établissements et les structures du territoire ; l'amélioration du suivi des situations de patients et l'amélioration des formations.</p> <p>L'ensemble de ces commentaires concorde avec la vision du réseau Osmose, les points clés mis en évidence par les partenaires sont en adéquation avec ceux surlignés en interne.</p>

Trois idées-forces peuvent être retenues de ces deux enquêtes (patients et professionnels) :

la satisfaction vis-à-vis du réseau se lie étroitement avec un fort degré de proximité des patients ou des professionnels avec celui-ci,

et

les patients, leur entourage et les professionnels plébiscitent la qualité du soutien et de l'écoute proposées par l'équipe de coordination du réseau,

et

l'attente d'une réduction des délais d'intervention pour la réalisation des visites d'évaluation au domicile, exprimée autant par les professionnels que par les patients.



Osmose_Rapport d'activité 2017_Résumé

Créé en avril 2008, Osmose est un réseau de **cancérologie**, de **gérontologie**, de **soins palliatifs** et d'**accès aux soins** s'adressant aux **patients**, à leurs **proches**, aux **professionnels** et aux **institutions sanitaires et sociales** du **sud du département des Hauts-de-Seine**. Géré par une **association de Loi de 1901** et financé par l'Assurance Maladie sur le **Fonds d'Intervention Régional** (FIR - Agence Régionale de Santé), les interventions du réseau auprès des patients ne sont pas payantes.

Sous la responsabilité d'un **Conseil d'Administration** de 18 membres, Osmose est constitué d'une **équipe de coordination** (médecins, infirmiers, assistante sociale, chargé de prévention et administratifs) de **12 personnes permanentes** pour 10 Equivalents Temps Plein.

En 2017, le réseau Osmose a accompagné **2 146 patients**, dont **1 033** étaient des nouveaux patients, orientés à parts égales par des **professionnels de ville et d'hôpital**. Agés en moyenne de **75 ans**, les patients accompagnés en 2017 étaient concernés par **au moins deux thématiques** d'intervention du réseau Osmose pour **41 %** d'entre-eux. Agissant sur la coordination des parcours de santé des patients complexes, le réseau Osmose a réalisé **115 884 actes de coordination médico-psycho-sociale** ; a géré **21 237 appels téléphoniques de concertation et coordination** ; a effectué **864 'rendez-vous patient'** (rendez-vous au réseau, visites au domicile et réunions de concertation avec des partenaires) ; a assuré la gestion et la coordination de **1 420 actes de soins de support**.

En 2017, **3 486 professionnels** médico-psycho-sociaux ont été en lien avec Osmose, dont **631** étaient signataires de la **Charte de fonctionnement** du réseau. Au total, le réseau a organisé ou participé à **131 rencontres, réunions, groupes de travail et formations** qui ont enregistré **1 067 participations**.

Les temps forts de l'année 2017

- **Extension de l'activité du réseau à l'accès aux soins**
- **Adaptation des statuts associatifs et des documents contractuels à cet élargissement de compétences**
- **Constitution de l'équipe de coordination du pôle accès aux soins**
 - **Emménagement dans de nouveaux locaux**
 - **Mise à jour et modernisation des outils de communication (document d'information des patients, plaquettes, site Internet)**
- **Essor du projet « Astreinte téléphonique Osmose - BSPP - SAMU »**
- **Réponse à appel à candidatures SNACS « Projet Terr_eSanté 92 sud »**
- **Programme AIDA lauréat du Prix B2V (Solidarité Prévention Autonomie)**
- **Enquête de satisfaction : 96 % des patients et leur entourage et 90 % des partenaires professionnels satisfaits de l'action globale d'Osmose**