



avec le soutien de



# 2019

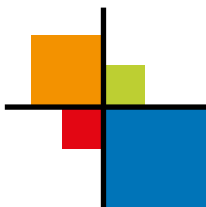
## *Rapport annuel*

*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](mailto:info@reseau-osmose.fr) - [www.reseau-osmose.fr](http://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 2019	Page 16
Répartition des patients par pôles de référence	Page 17
Nouveaux patients de 2019	Page 17
File active quotidienne	Page 18
Patients inclus / enregistrés	Page 18
Domiciliation des patients	Page 19
Age des patients	Page 20
Orientation des patients	Page 20
Pathologies principales	Page 21
Astreinte téléphonique	Page 21
Coordination téléphonique, mail, SMS et fax	Page 22
Coordination physique : rendez-vous, visites au domicile et réunions	Page 22
Programme AIDA	Page 23
Soins de support	Page 25
Permanences et Ateliers d'information prévention santé	Page 30
Entretiens de fin de traitement	Page 34
PASS Ambulatoire	Page 36
Patients sortis du réseau	Page 37
Exemples d'accompagnement	Page 38
Services rendus aux professionnels et aux structures	Page 50
Professionnels en lien avec le réseau	Page 51
Réunions, rencontres et groupes de travail	Page 52
Formations	Page 53
Evolution vers le DAC	Page 54



**L'** association gestionnaire du  
réseau Osмосе



# P résentation générale

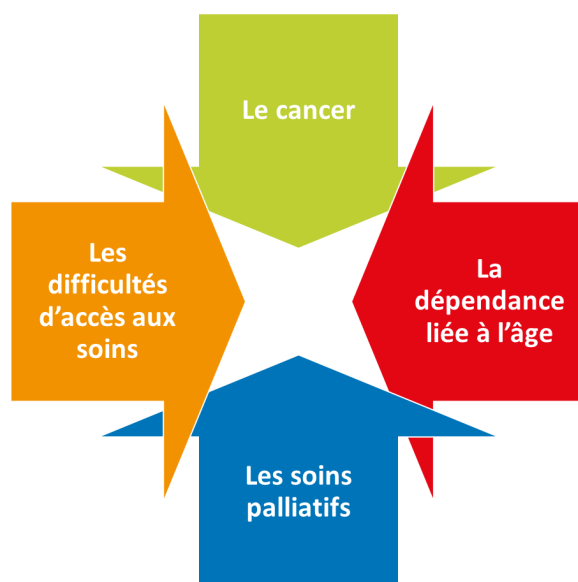
Osmose est un réseau de santé, créé en 2008. Il est géré par une **association de loi de 1901** à but non lucratif, dont les membres du **Conseil d'Administration** sont des **intervenants médico-psycho-sociaux**.

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, Gériatrie 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).

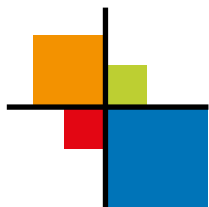
En 2017, Osmose a été autorisé par l'ARS à étendre son action au thème de l'**Accès aux soins**.

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 2019, Osmose a :

- accompagné **11 086 patients**,
- géré **142 938 appels téléphoniques de coordination** concernant des patients,
- organisé et participé à **7 986 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 **15 824 actes de soins de support** (accompagnement psychologique, relaxation-sophrologie, activité physique adaptée, consultations de socio-esthétique et de diététique),
    - proposé **431 séances de formations** pour 6 360 participations enregistrées,
    - réalisé **774 réunions et groupes de travail** pour 5 162 participations enregistrées.



# Territoire d'intervention



Sud des Hauts-de-Seine

Le réseau de santé Osmose est habilité à intervenir sur les **14 villes du sud des Hauts-de-Seine**, regroupant 548 000 habitants.

## Cadre d'intervention

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

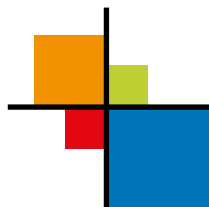
- favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires,
- assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation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



# 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.

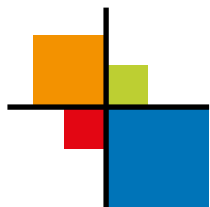


## Autorisation et financement

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.

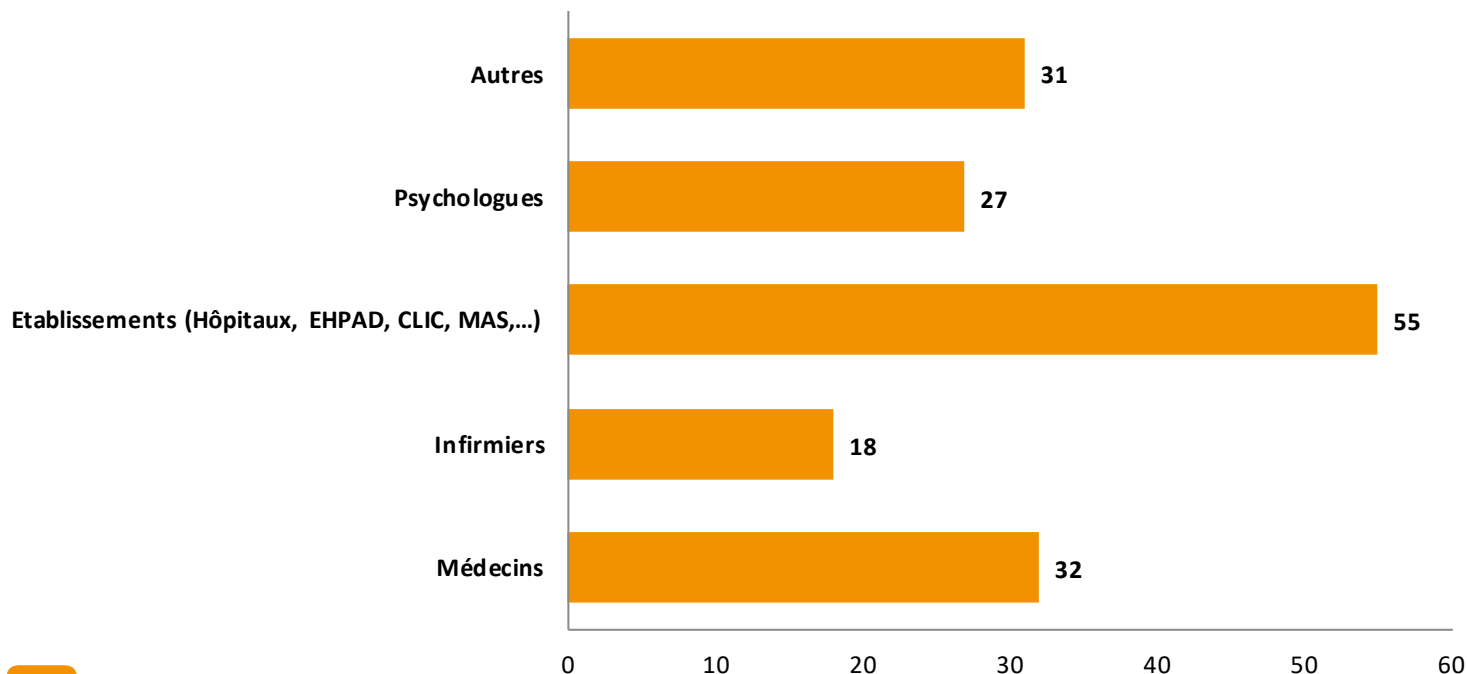
A ce titre, le réseau Osmose a perçu en 2019 un total de 1 089 165 €uros de financements provenant de :

- l'**Agence Régionale de Santé** pour 951 265 €uros (fonctionnement général, Interventions en prévention-santé, PASS Ambulatoire),
- la **Conférence des Financeurs** pour 25 400 €uros (projets « 4 en 1, ma santé enfin accessible » et « AIDA + APA, soutenir les aidants par l'activité physique adaptée »),
- l'**Agence Régionale de Santé** et la **Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse** pour 60 000 €uros (Programme AIDA),
- la **Fondation NEHS** pour 12 500 €uros (Programme AIDA),
- la **Fondation Sanofi Espoir** pour 40 000 €uros (actions d'information prévention santé).



# A dhérents

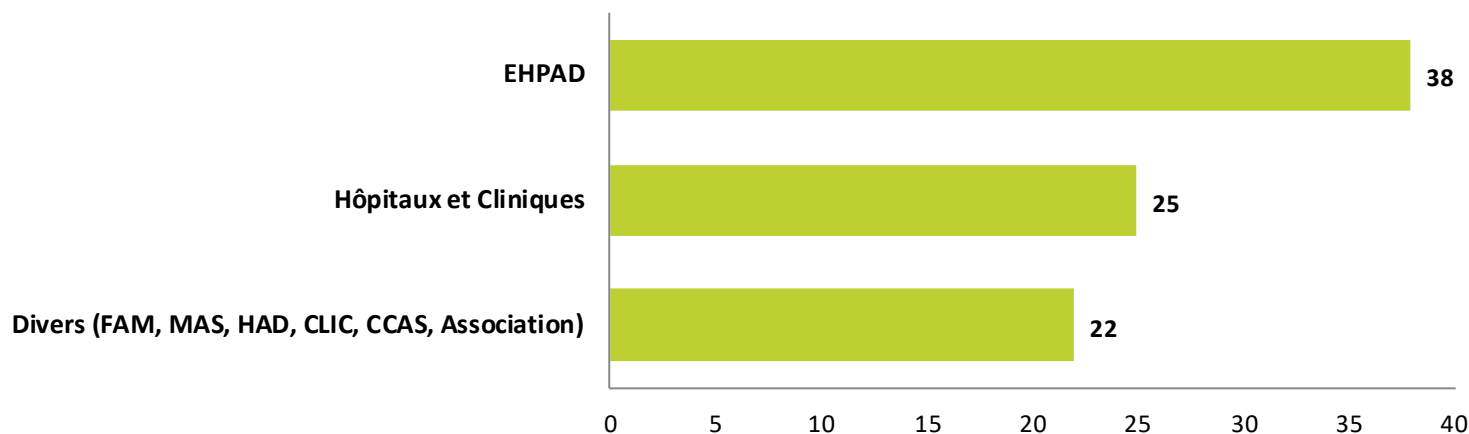
Au 31 décembre 2019, l'association Osmose regroupait **163 adhérents** à jour de leur cotisation.



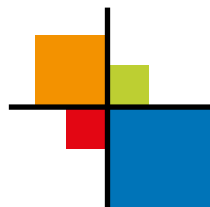
## Signataires de la Convention Constitutive

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 2019, Osmose comptait **85 signataires** de cette Convention Constitutive, répartis comme suit :



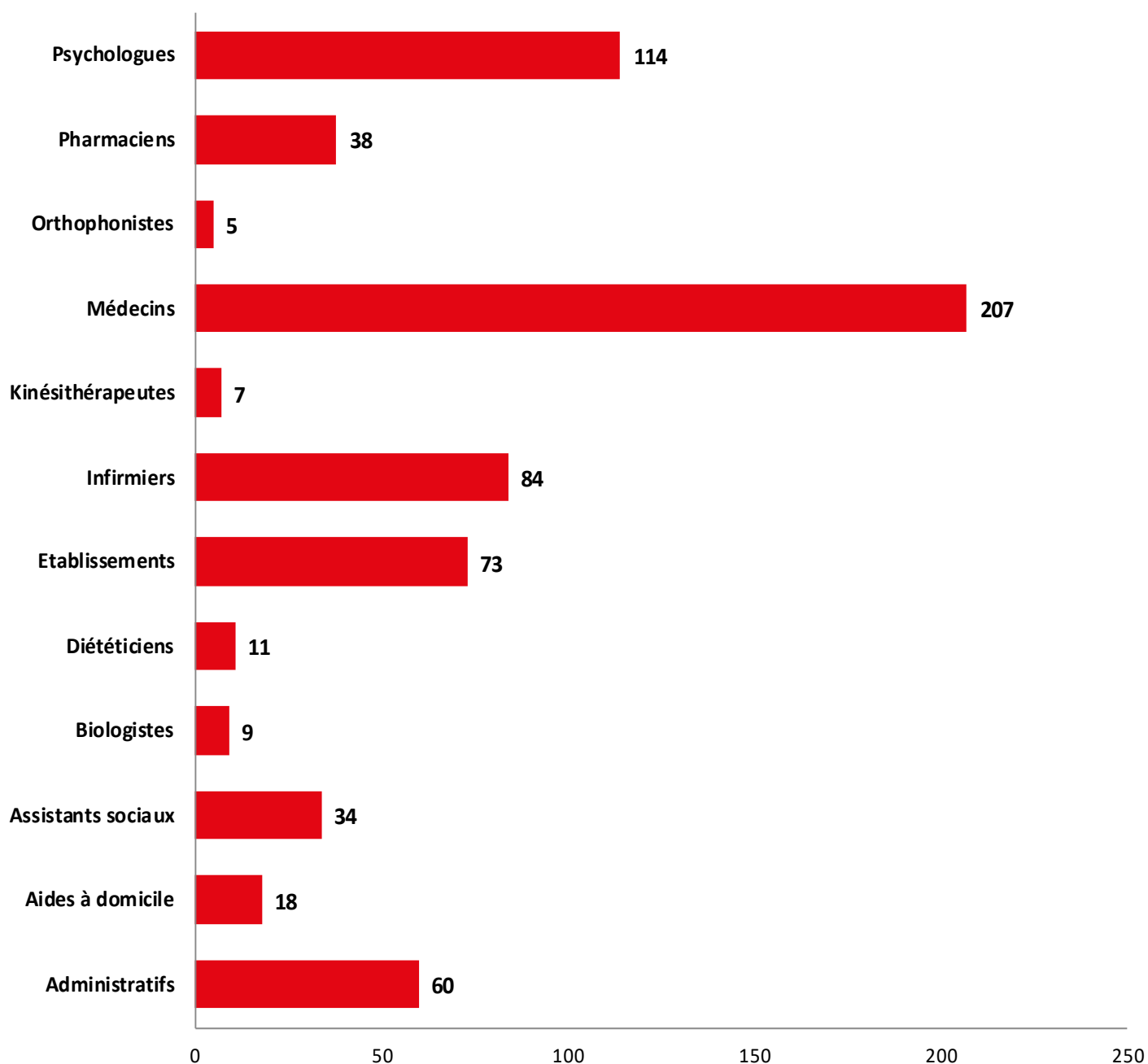


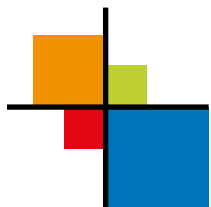


# Signataires de la Charte de fonctionnement

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 2019, Osmose comptait **660 signataires** de sa Charte de fonctionnement, répartis comme suit :

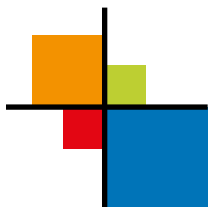




# C Conseil d'Administration

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 16 mai 2019.

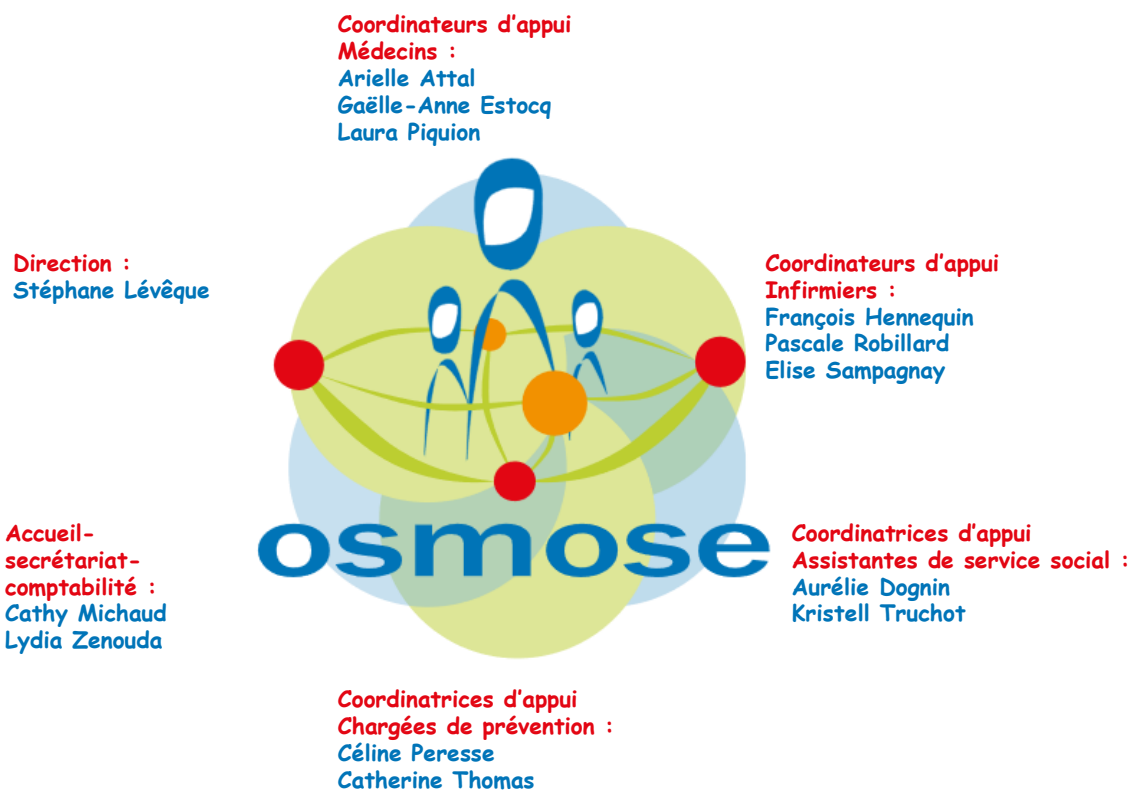
Nom-Prénom	Profession	Lieu d'exercice	Fonction au Bureau
<b>Sophie BARTHIER</b>	Médecin oncologue	Hôpital Bécclère - Clamart	
<b>Jean-Pierre BELIN</b>	Consultant		<b>Vice-Président</b>
<b>François BOUE</b>	Médecin Chef de service de Médecine Interne	Hôpital Bécclère - Clamart	<b>Président</b>
<b>Francis BRUNELLE</b>	Maire-adjoint délégué à la santé	Hôtel de Ville de Sceaux	
<b>Daniel CHICHE</b>	Directeur-adjoint	GHT Psy sud Erasme - Antony	
<b>Erick CHIRAT</b>	Médecin oncologue radiothérapeute	CRTT Cancérologie - Meudon	
<b>Catherine DEBELMAS</b>	Pharmacien	Clamart	
<b>Audrey DECOTTIGNIES</b>	Pharmacien	Hôpital Bécclère - Clamart	<b>Secrétaire-adjointe</b>
<b>Grégory FRANKEL</b>	Psychologue	Hôpital Bécclère - Clamart	
<b>Noëlle JOUADI</b>	Psychologue	Fontenay-aux-Roses	
<b>Pierre LEROUX</b>	Médecin généraliste	Bagneux	
<b>Sophie MC GRATH</b>	Directrice	Séniors Compagnie Fontenay-aux-Roses	<b>Secrétaire</b>
<b>Carole MAURICE</b>	Infirmière	Clamart	
<b>Marie-Hélène METZGER</b>	Maitre de Conférences - PH Santé Publique	Hôpital Bécclère - Clamart	
<b>Véronique MORIZE</b>	Médecin Equipe Mobile de Soins Palliatifs	Hôpital C.Celton Issy-les-Moulineaux	<b>Vice-Présidente</b>
<b>Gloria NOGUERAS</b>	Directrice	Clinique l'Amandier Châtenay-Malabry	<b>Trésorière</b>
<b>Stanislas ROPERT</b>	Médecin oncologue	Hôpital Privé d'Antony Antony	<b>Vice-Président</b>
<b>Isabelle TRIOL</b>	Médecin Equipe Mobile de Soins Palliatifs	Hôpital Bécclère - Clamart	<b>Trésorière-adjointe</b>



# E quipe de coordination

L'équipe de coordination du réseau Osmose est composée de **13 personnes permanentes**, pour 10,5 Equivalents Temps Plein au 31/12/2019.

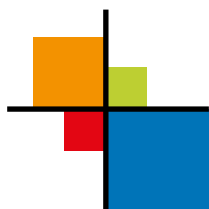
L'accompagnement proposé par le réseau Osmose se base sur un **principe de non-subsidiarité**, en ce sens que les intervenants de l'équipe de coordination du réseau Osmose ne font pas de soins, ne prescrivent pas de traitements et ne réalisent pas d'accompagnement social à la place des interlocuteurs 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, des professionnels et institutions de santé. Ces coordinateurs d'appui sont assistés de secrétaires et d'un directeur. Cette équipe est complétée par des **internes de médecine**.



En 2019, **Marie-Laure Lacroix**, intervenante sociale, a réalisé la mission de mise en œuvre de la PASS Ambulatoire, de janvier à avril. **Céline Peresse**, chargée de prévention santé est venue renforcer l'équipe en mai. **Carole Raso**, médecin coordinateur soins palliatifs depuis l'origine du réseau en 2008, a quitté ses fonctions en juin. Elle a été remplacée par **Laura Piquion**, jusqu'ici interne de DESC de cancérologie au sein de l'équipe. **Lise Dubois**, assistante de service social depuis 2012 au sein du Réseau Osmose, a quitté ses fonctions en mars et a été remplacée par **Aurélie Dognin**. **Marie Alais**, **Pauline Bories**, **Amandine Huyghe**, **Amina Khetib**, **Jérôme Noirez**, internes SASPAS, sont venus compléter l'équipe de permanents.



**L**es 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 :

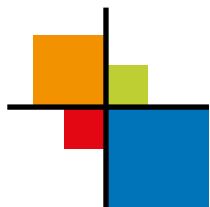
- écouter, conseiller et soutenir le patient et son entourage proche, tout au long du parcours de santé,
- évaluer les besoins du patient et de son entourage, notamment au domicile,
- élaborer les propositions d'un programme d'aide personnalisé,
- orienter le patient vers les intervenants adaptés à ses 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,
- dans des lieux de proximité et d'accueil du public.

**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 ou lors de rencontres interprofessionnelles.

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.

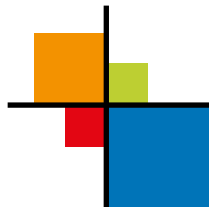
Cette signature représente une action administrative et une démarche psychologique qui peuvent prendre du temps à aboutir. C'est pourquoi, si un patient n'est pas (encore) signataire de ce document, Osmose peut intervenir pour lui, si tant est que celui-ci ait été informé des modalités d'actions du réseau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

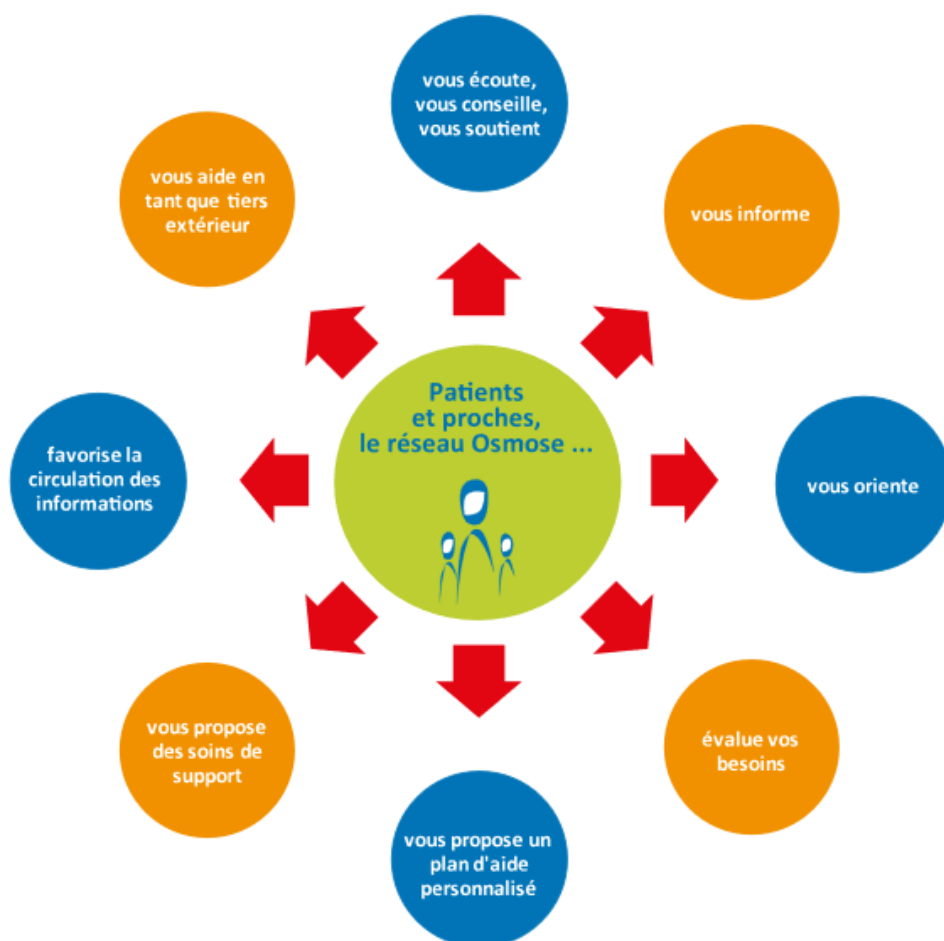


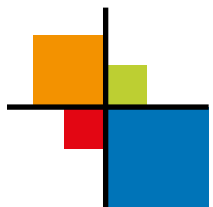


# Services rendus aux patients et à leurs proches

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, dans les locaux du réseau Osmose ou dans des lieux de proximité et d'accueil d'utilisateurs),
- **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 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 la prise en charge),
- **aider en tant que tiers extérieur** (assurer la médiation avec les intervenants, si nécessaire, analyser les situations avec un regard neuf,...).





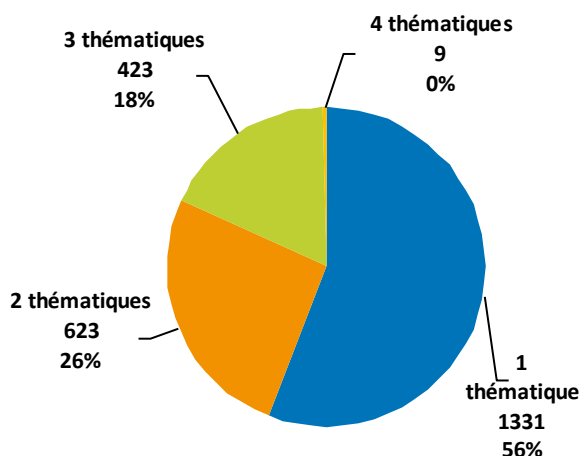
# Patients accompagnés en 2019

Au total et pour l'ensemble de son activité, sur l'année 2019, Osmose a été sollicité pour **2 386 patients** contre **2 116 patients** en 2018 (soit + **13 %** entre 2018 et 2019).

Sur ces 2 386 patients :

- **1 104** étaient atteints d'un cancer, soit près de 1 patient sur 2 (46 %),
- **1 499** étaient **âgés de plus de 60 ans et en situation de dépendance**, soit 2 patients sur 3 (63 %),
- **803** nécessitaient des **soins palliatifs**, soit 1 patient sur 3 (34 %),
- **476** personnes étaient en vulnérabilité d'accès aux soins, soit 20 % de l'effectif.

Sur les 2 386 patients accompagnés en 2019, **1 055 patients** (soit 44 % de l'effectif) étaient **concernés par 2, 3 ou 4 thématiques** du réseau.

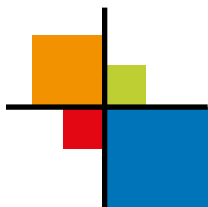


1 thématique	2 thématiques	3 thématiques	4 thématiques
Cancérologie = 356 patients Gérontologie = 576 patients Soins palliatifs = 22 patients Accès aux soins = 377 patients	C + G = 184 patients C + SP = 113 patients C + AS = 19 patients G + SP = 241 patients G + AS = 66 patients SP + AS = 0	C + G + SP = 418 patients C + G + AS = 0 C + SP + AS = 3 patients G + SP + AS = 2 patients	C + G + SP + AS = 9 patients
<b>1 331 patients</b>	<b>623 patients</b>	<b>423 patients</b>	<b>9 patients</b>

En plus des 2 386 patients dont le parcours de santé a été coordonné en 2019, les équipes du pôle Accès aux soins du réseau Osmose ont sensibilisé **1 804 personnes** en situations de vulnérabilité, pour lesquelles des entretiens d'information-prévention santé ont été réalisés pour **1 526 personnes** à l'occasion de **75 permanences santé** + **278 personnes** ayant participé à **35 ateliers collectifs** de sensibilisation, de réflexion et d'échanges. 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 les services proposés par le réseau Osmose et les professionnels et services socio-sanitaires du territoire, dans le cadre de la mission de sensibilisation et d'accompagnement d'éducation à la santé du réseau Osmose.

Au total donc, **4 190 usagers** (2 386 + 1 804) ont bénéficié des services du réseau Osmose en 2019.

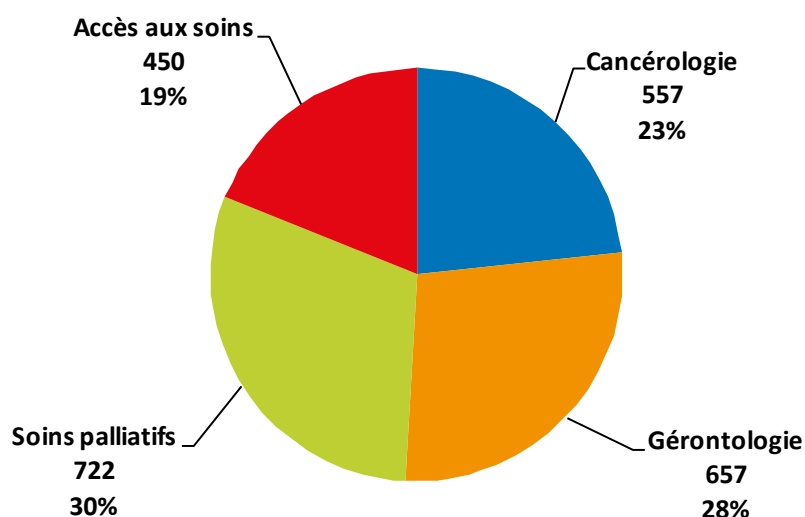




# Répartition des patients par pôles de référence

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.

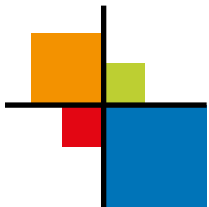
La répartition des patients accompagnés en 2019 par pôles de référence est la suivante :



## Nouveaux patients de 2019

Sur les 2 386 patients accompagnés en 2019, **1 321 sont des nouveaux patients** de l'année 2019, soit une augmentation de 17 % de nouveaux patients par rapport à l'année 2018 (1 132 nouveaux patients). La répartition et l'évolution des nouveaux patients s'observe comme suit :

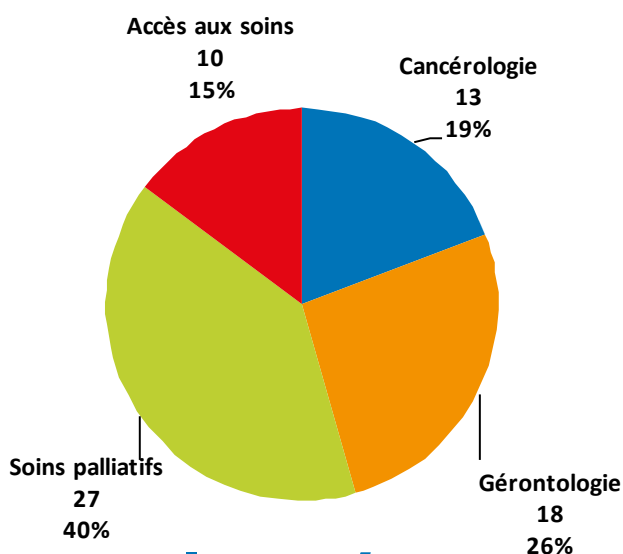
	Cancérologie	Gérontologie	Soins palliatifs	Accès aux soins
Nouveaux patients de 2019	201	349	434	337
Nouveaux patients de 2018	210	316	430	176
Evolution 2019 / 2018	- 4 %	+ 10 %	+ 1 %	+ 91 %



# File active quotidienne

Le nombre moyen de patients dans la file active quotidienne s'élève à **68 patients** (contre 64 en 2018), 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, relativement peu représentés 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 quasi 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 :



## Patients 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 2 386 patients accompagnés en 2019, **1 345** étaient des patients inclus ayant signé le Document d'information des patients, soit 56 % de l'effectif (contre 59 % en 2018). En 2019, **602** patients ont signé ce document.

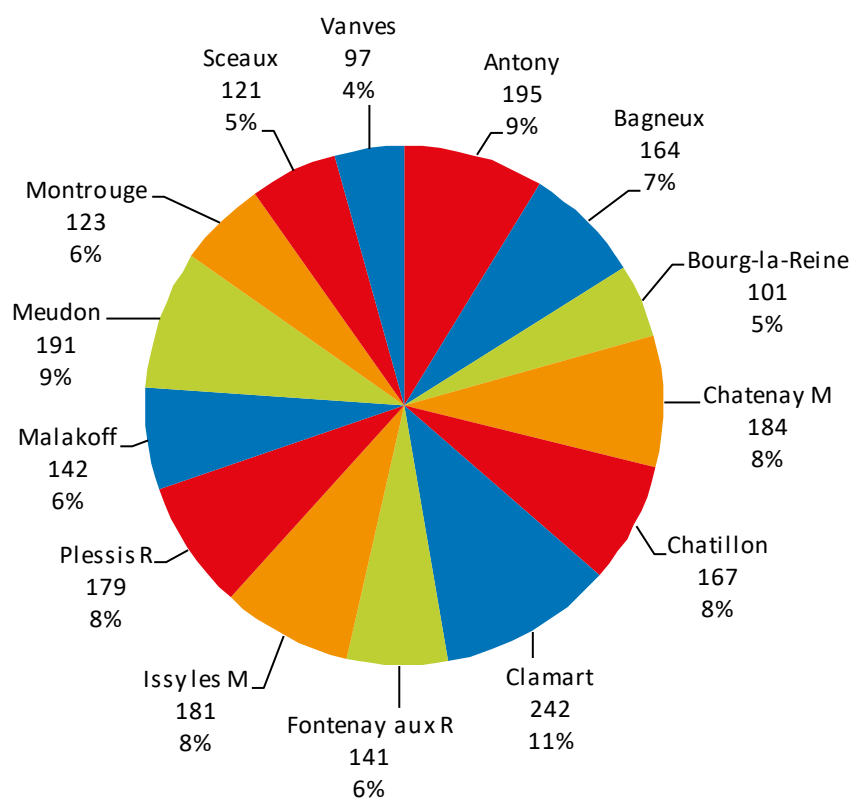


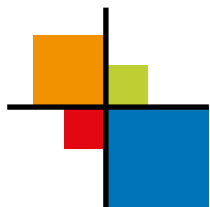
# Domiciliation des patients

**2 228** patients (soit 93 %) pour lesquels le réseau Osrose a été sollicité en 2019 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. 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 **158** patients hors zone d'intervention d'Osrose étaient domiciliés :

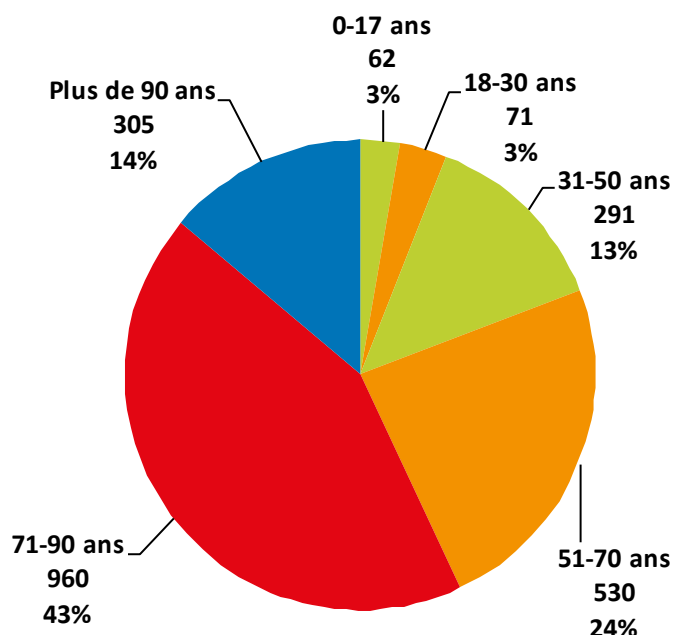
- dans une ville du département des Hauts-de-Seine autre que l'une des 14 villes du 92 sud, pour **15** d'entre-eux,
- dans un département d'Ile-de-France autre que les Hauts-de-Seine, pour **106** d'entre-eux,
- dans une autre région ou un autre pays, pour **19** d'entre-eux,
- pour **18** patients, l'adresse de domiciliation était inconnue.





# Age des patients

La moyenne d'âge des patients accompagnés par le réseau en 2019 est de **70 ans**.



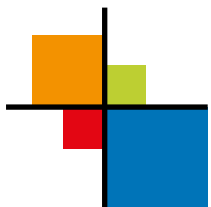
## Orientation des patients

La part moyenne globale des orientations de patients vers le réseau Osmose émane **plus d'intervenants de ville que d'hôpital** (59 % / 34 %). A noter que 7 % des sollicitations du 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	59 %	24 %	62 %	55 %	95 %
Professionnel d'hôpital	34 %	66 %	27 %	39 %	3 %
Patient ou entourage	7 %	10 %	11 %	6 %	2 %





# 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 1 104 patients,
- une **maladie neurodégénérative diagnostiquée** pour 680 patients (dont **démence** pour 394 patients),
- une **maladie cardiovasculaire** pour 651 patients.

## A 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 24h/24 et 7j/7, de 18 h 00 à 9 h 00 le lendemain matin en semaine et 24h/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,...

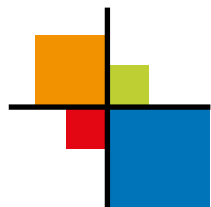
Au total, **10 médecins** assurent une semaine d'astreinte à tour de rôle. Chaque nuit et week-end d'astreinte, un total de **200 à 220 patients**, accompagnés soit par Osmose soit par Réseau Nord 92, sont intégrés à la file active des patients bénéficiaires de cette astreinte.

**Pour les patients relevant du réseau Osmose, 285 appels** ont été traités en 2019, pour une durée totale de **44 heures**, soit une moyenne de 9 minutes par appel. Ces 285 appels ont concerné **112 patients**, soit une moyenne de 2,5 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 durant la 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 2019, ce dispositif a été sollicité pour **16 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 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 2019, le réseau Osmose a enregistré **25 312 appels téléphoniques, mails, SMS et fax** de concertation et de coordination, entrants et sortants (contre 22 723, soit une augmentation de 11 %) 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.



## Coordination physique

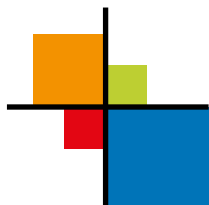
### Rendez-vous au réseau - Visites d'évaluation au domicile - Réunions de concertation - Lieux de proximité

Au cours de l'année 2019, l'équipe de coordination du réseau Osmose a organisé ou a participé à **1 239 rendez-vous** concernant **793 patients** :

- 473 rendez-vous individuels avec un patient et/ou son entourage dans les locaux du réseau ou dans le cadre des permanences d'information-prévention santé,
- 497 visites d'évaluation au domicile des patients,
- 182 rendez-vous au domicile ou dans les locaux du réseau dans le cadre du Programme AIDA,
- 87 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 **1 858 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 2019 a cumulé un total de **7 432 heures du temps de l'équipe de coordination** du réseau.



# P programme 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. 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, 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 2019 :

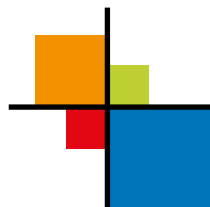
- **41 orientations** d'aidants vers le Programme AIDA ont été enregistrées,
- **33 aidants ont été inclus** dans le Programme,
- **99 aidants ont été accompagnés**,
- **182 rendez-vous AIDA** ont été réalisés (séquences au domicile, réunions de concertation, rendez-vous de suivi).

Ce Programme AIDA développé par le réseau Osmose a été **lauréat 2019 du Prix de la Fondation NEHS**. Il est également soutenu par la **Conférence des Financeurs**. Par ailleurs, dans le cadre d'un appel à projets **CNAV-ARS** spécifique, ce Programme AIDA a été financé en 2019 pour la poursuite de cette action en direction des aidants de malades d'Alzheimer et son extension aux aidants de patients souffrant d'une **SLA**, d'une **SEP**, d'une **maladie de Huntington** ou de **Parkinson**.



**Pour plus d'information :**

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



# P programme AIDA

## Apports du Programme AIDA aux bénéficiaires

- Gratuité de ce programme pour les aidants ;
- Globalité de la prise en charge des aidants (prise en compte des aspects médicaux, sociaux, psychologiques, professionnels, financiers...);
- Amélioration des conditions de vie des aidants, et donc, des personnes malades :
  - > Augmentation des compétences des personnes sur leur rôle d'aidant et, par conséquent, meilleur accompagnement réalisé par les aidants auprès de leur proche malade ;
  - > Apprentissage par l'aidant à se préserver, à accepter de se faire aider afin d'anticiper le "burn-out" et à faire appel aux services et prestations existants ;
  - > Efficacité évaluée et avérée du programme sur le sentiment de Fardeau de l'aidant (baisse de 35 % du ZARIT entre la 1ère séquence et la fin du suivi à 1 an) ;
  - > Efficacité évaluée et avérée du programme sur l'anxiété et la dépression de l'aidant (baisse de 34 % de l'HAD entre la 1ère séquence et la fin du suivi à 1 an) ;
- Soins de support proposés en appui aux séquences, permettant aux aidants de prendre soin d'eux (sophrologie, socio-esthétique, diététique, soutien psychologique, ergothérapie) ;
- Réinscription et réintégration de l'aidant dans sa dimension environnementale et sociale (orientation vers les associations, services et structures favorisant ce lien social) ;
- Réduction des effets de l'épuisement des aidants et impact indirect sur les dépenses de santé (meilleure prise en compte par l'aidant de ses problématiques personnelles de santé, prévention, programmation d'hospitalisations au lieu d'hospitalisation en urgence) ;
- Indice élevé de satisfaction chez les bénéficiaires de ce programme (96 % de satisfaits et très satisfaits) ;
- Reconnaissance du caractère novateur de ce programme par les partenaires, les financeurs et mécènes : Obtention du Prix B2V en 2017 pour le programme AIDA (Prix Solidarité Prévention Autonomie du Groupe B2V) et, en 2019, de la Fondation NEHS, de la CNAV, de l'ARS et de la Fondation de France.

## Participation du Programme AIDA à l'animation territoriale

- Etat des lieux des dispositifs pour les aidants existants sur le territoire ;
- Inscription du programme AIDA en complémentarité des différents dispositifs d'aide aux aidants existants sur le territoire : formations collectives, plateforme d'accompagnement et de répit des aidants, café des aidants... Le Programme AIDA s'adresse à des aidants rencontrant des obstacles pour participer à ces dispositifs (difficulté à se déplacer, manque de relai au domicile, fragilité individuelle, prise de parole en groupe difficile) ;
- Ouverture du Programme AIDA aux aidants de malades atteints de Parkinson, SLA, SEP et maladie de Huntington. Cette extension du programme à d'autres pathologies permet d'étendre le maillage de notre réseau à d'autres partenaires (réseau SLA, réseau SEP...) ;
- AIDA semble être une ressource importante pour les partenaires du territoire (médecins traitants, ESA, PARA, travailleurs sociaux, professionnels hospitaliers et libéraux) qui orientent fréquemment des aidants vers ce dispositif, pour un accompagnement spécifique.
- Ce programme permet également de repérer des situations complexes et fragiles, d'en assurer le suivi en partenariat avec les professionnels du territoire (coordination et concertation avec les partenaires de chaque situation).







# Soins de support

Le réseau Osmose propose des soins de support, tels qu'initiés par la circulaire du DHOS du 22/02/2005, puis avec la mesure 42 du Plan Cancer qui prévoit le développement des soins de support et le Plan Cancer 3 qui prévoit que toute personne, quel que soit l'endroit où elle se trouve, puisse bénéficier de soins de support et d'un accompagnement approprié.

## Objectifs généraux des soins de support

- Apporter un bien-être physique et mental ;
- Retrouver les sentiments et la force nécessaires pour pouvoir affronter les difficultés et se projeter dans l'avenir.

## Soutien psychologique

- Permettre à des personnes touchées par le cancer d'initier un travail psychologique ;
- Prendre en compte les remaniements psychiques et les éventuels traumatismes causés par le cancer et la fin de vie ;
- Soutenir les patients et/ou leurs proches dans les différentes étapes de la maladie.

## Relaxation

- Apprendre à atténuer la douleur, gérer la fatigue et remobiliser son énergie ;
- Apprendre à ressentir son corps et se détendre ;
- Apprendre à récupérer une gestuelle ;
- Apprendre à retrouver ou augmenter la confiance en soi ;
- Apprendre à renforcer sa capacité d'adaptation face à une situation nouvelle. Voir sa maladie avec un regard neuf, tourné sur du positif et de l'espoir. Cette dynamique apporte une motivation pour une meilleure projection sur l'avenir. Maintenir l'espoir ;
- Apprendre à développer une pensée positive, se détourner de ses pensées négatives => acceptation plus facile de la maladie, du traitement ;
- Apprendre à vivre l'instant présent ;
- Apprendre à sortir de l'enfermement dans lequel confine la maladie et parfois la douleur, particulièrement lorsqu'elles sont chroniques.

## Socio-esthétique

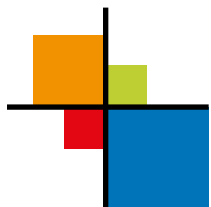
- Proposer un accompagnement corporel de la souffrance et de la douleur par l'écoute et le toucher pour un mieux-être. Cette approche permet aux patients de s'évader et aux équipes de travailler dans un climat plus serein ;
- Aider à la reconstitution de l'image de soi et donc de l'estime de soi et la dignité. Reconstruction identitaire qui facilite la réinsertion sociale ;
- Re-sociabiliser par une écoute différente, non médicalisée. Lien avec le monde extérieur ;
- Retrouver l'envie de communiquer. Améliorer le moral ;
- Permettre ainsi d'aborder les nouvelles étapes de la vie avec plus de sérénité.

## Diététique

- Proposer des conseils et une prise en charge nutritionnelle pour lutter plus efficacement contre les effets de la maladie et/ou des traitements. (Perte ou prise de poids, perte d'appétit, problèmes de déglutition) ;
- Améliorer le confort de vie.

## Activité Physique Adaptée

- Chasser la fatigue ;
- Se muscler ;
- Retrouver confiance en soi ;
- Se réapproprier son corps ;
- S'évader ;
- Supporter mieux les effets secondaires des traitements.



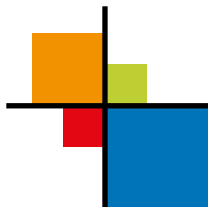
# Soins de support

Le réseau Osmose propose à l'ensemble des patients et à leurs proches divers soins de support



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** pour les bénéficiaires.

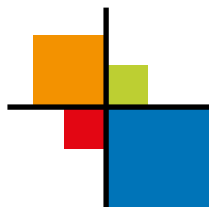


# Soins de support

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
<b>Activité Physique Adaptée</b>	Atelier de gym douce	Cancérologie Gérontologie	Patients Entourages	Osmose	Collectif	2 ateliers mensuels	6
<b>Diététique</b>	Conseils nutritionnels	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs Accès aux soins	Patients Entourages	Domicile Cabinet du diététicien Osmose	Individuel	/	2
<b>Entretien de fin de traitement</b>	Point d'étape et bilan éducatif	Cancérologie	Patients	Osmose	Individuel	/	1
<b>Relaxation</b>	Sophrologie Relaxation	Cancérologie	Patients	Osmose	Collectif	3 ateliers mensuels	20
<b>Socio-esthétique</b>	Soins esthétiques	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs Accès aux soins	Patients	Domicile Hôpital Osmose	Individuel	/	3
<b>Soutien psychologique</b>	Accompagnement psychologique	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs Accès aux soins	Patients Entourages	Domicile Cabinet du psychologue Osmose	Individuel	/	10



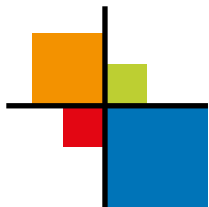


# Soins de support

En 2019, **1 787 participations** ont été enregistrées aux **1 380 actes, entretiens, consultations ou ateliers** de soins de support réalisés au bénéfice de **503 patients ou entourages**.

Soins de support	Nombre d'actes réalisés	Nombre de participations enregistrées	Nombre de bénéficiaires
Activité Physique Adaptée	33 ateliers	197	86
Diététique	54 consultations	54	54
Entretien de fin de traitement	6 entretiens	6	6
Relaxation	45 ateliers	288	117
Socio-esthétique	175 consultations	175	158
Soutien psychologique	1 067 consultations	1 067	216
<b>TOTAL</b>	<b>78 ateliers collectifs + 1 302 rendez-vous individuels</b>	<b>1 787 participations</b>	<b>637 bénéficiaires, dont 503 personnes différentes (une même personne pouvant bénéficier de plusieurs types de soins de support)</b>





# Soins de support

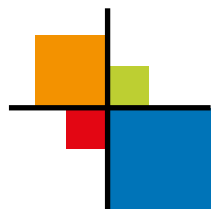
## En quoi les soins de support participent-t-ils à la coordination des parcours ?

- La participation du patient à des soins de support proposés par Osmose est une porte d'entrée pour créer un lien de confiance qui facilitera un accompagnement réseau ultérieur, si besoin ;
- Le regard complémentaire des acteurs des soins de support sur les situations complexes permet un étayage et un repérage favorisant un accompagnement globalisé ;
- Les patients sont de plus en plus soignés, parfois suivis, en ambulatoire. Il leur est donc souvent impossible de participer à la totalité des soins de support dont ils auraient besoin au sein de l'établissement de suivi. L'intérêt est donc de rendre accessible la participation au soin de support quel que soit le lieu, en ville ou à l'hôpital, et éviter une rupture de parcours pour le patient.

## En quoi les soins de support participent-t-ils de l'animation territoriale ?

- L'intégration des soins de support par le réseau constitue un moyen très concret de favoriser le lien ville-hôpital, pour le patient, mais aussi pour les professionnels qui orientent les patients et pour lesquels cette porte d'entrée est facilitatrice ;
- Le territoire du réseau Osmose comprend plusieurs établissements de santé. L'accès aux soins de support par le réseau est possible, quant à lui, quel que soit le lieu de suivi ou d'habitation dans le territoire ;
- Il est également plus facile aux professionnels d'orienter vers une structure qui centralise et qui connaît le territoire ;
- La connaissance des partenaires et du territoire constitue pour ceux qui orientent un gage de qualité et l'intérêt du lien tissé avec ces partenaires permet de les former ;
- Les soins de support proposés par le réseau permettent à la fois d'« être repéré » par les patients et par les professionnels partenaires, mais aussi de mieux « repérer » les uns et les autres.





# Permanences et Ateliers d'information prévention santé

**Permanences d'information prévention santé : 75 permanences, 1526 rencontres auprès de 9 lieux.**

49 permanences auprès des 5 antennes des Restos du Cœur

16 permanences auprès des 2 comités du Secours populaire de Malakoff (2 accueils) et Montrouge

10 permanences auprès du Secours catholique de Malakoff

**Suivi individuel : 453**

**Ateliers collectifs : 35 ateliers, 278 rencontres auprès de 10 partenaires.**

Ces 35 ateliers ont été animés auprès de 10 partenaires : les femmes relais d'Antony, ARPE à Clamart, le Club Ados Réussite-IFAC d'Antony, le SAVS et le CAJ de Sceaux, le CMS de Fontenay-aux-Roses, le centre socio-culturel de Clamart ; et dans nos locaux et à destination des personnes en situation de précarité : l'association Visions Solidev pour un examen ophtalmologique et livraison de lunettes gratuite sous condition ; 6 ateliers de sophrologie en groupe.

**Rencontres partenariales et accompagnements méthodologiques: 63 rencontres auprès de 377 professionnels de 34 structures**

Nous avons accueilli et accompagné des étudiants dans le cadre du **service sanitaire** : 5 étudiants infirmiers de 2<sup>ème</sup> année et une étudiante en 5<sup>ème</sup> année de pharmacie.

Nous sommes honorés d'avoir reçu le 2<sup>ème</sup> **prix « mon territoire de prévention »** par le Club Acteurs de la Prévention dans la catégorie vaccination.

## Contenu

Le Pôle Accès aux soins du Réseau Osmose a été créé en 2017 pour répondre au besoin de renforcer les parcours de soins des personnes en situation de vulnérabilité sur le territoire du sud 92. En participant ainsi à la réduction des ruptures dans les parcours de soins en « allant-vers » le public, nous rencontrons des personnes sur leurs lieux de vie et de proximité.

Le public en situation de vulnérabilité économique, sociale et environnementale, place la question de santé plus loin dans ses priorités de vie. Il est principalement soucieux de l'hébergement, l'accès à l'alimentation, au travail, à la régularisation de son statut juridique sur le territoire.

Le besoin en santé est mis en avant lorsque des difficultés de santé apparaissent et qu'elles nuisent encore plus à la qualité de vie.

Différentes structures (associatives, institutionnelles) existent sur notre territoire. Elles accueillent ces personnes lors de petits déjeuners, de distributions alimentaires, de permanences d'accueils de jour, et peuvent les accompagner dans leurs démarches administratives.

Nous intervenons lors de ces temps de rencontre afin de repérer les personnes en rupture ou en non-accès aux soins, de les informer, de les sensibiliser et de les accompagner dans leur parcours de soins si besoin.

Notre objectif global est de permettre aux personnes de faire elles-mêmes leurs propres choix pour leur propre santé en prenant conscience des différents facteurs qui l'influencent. Nous travaillons donc en pluridisciplinarité et en complémentarité avec les partenaires de notre territoire.



# Permanences et Ateliers d'information prévention santé

Ces actions collectives permettent aux personnes en situation de vulnérabilité de rencontrer un professionnel du médico-social sur leur lieu de vie, d'être orientées vers les acteurs les plus adaptés à leur problématique, ainsi que d'avoir accès à de l'information et à des échanges privilégiés.

Nous participons ainsi à la fois à la coordination des parcours et à l'animation territoriale en étant régulièrement en lien avec les partenaires et structures du sud 92 pour mieux orienter et/ou accompagner les personnes.

Nous intervenons de manière collective auprès :

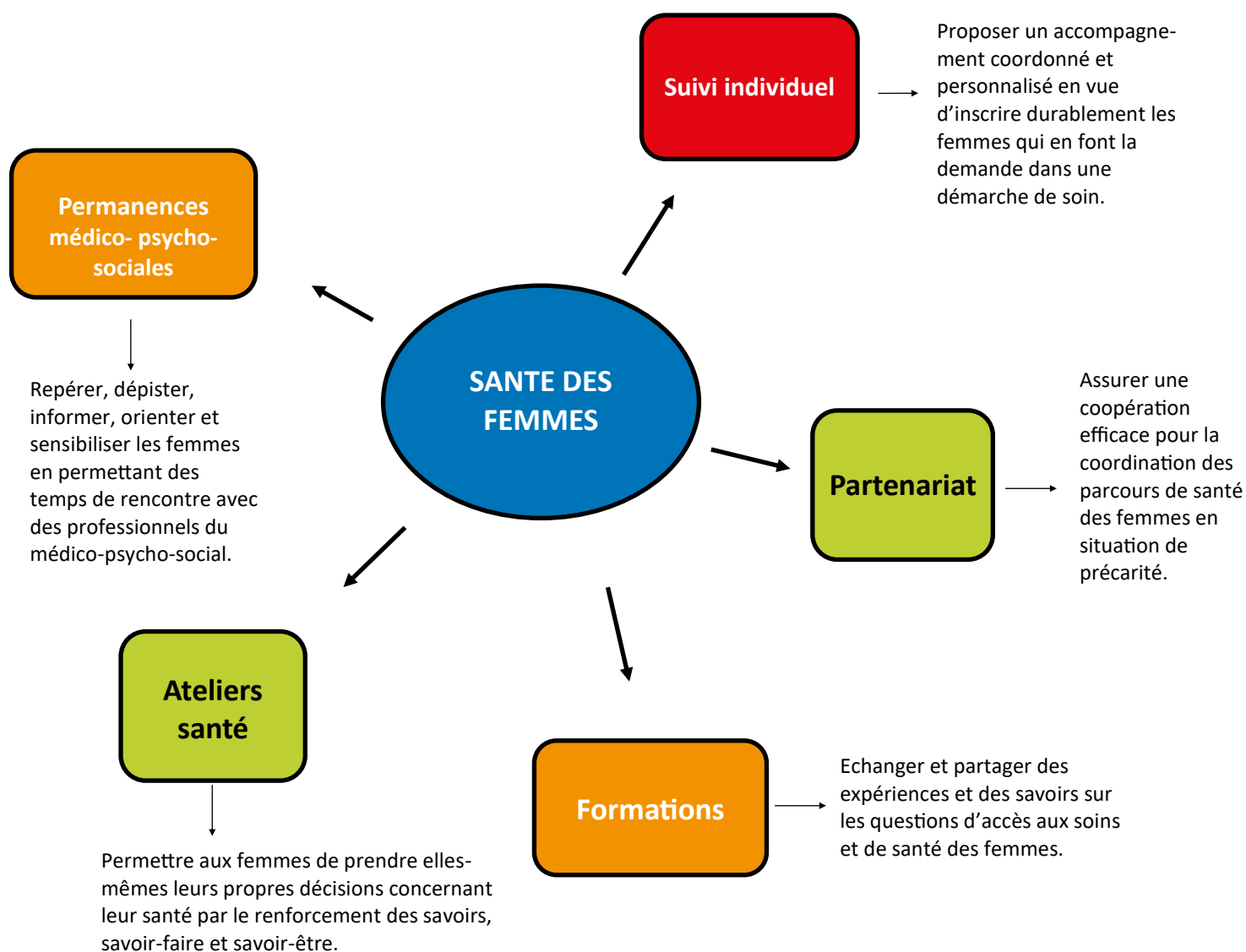
- Des permanences de distributions alimentaires des Restos du Cœur, Secours Populaire et Secours catholique de notre territoire. Nous pouvons ainsi repérer, échanger et orienter les personnes en situation de précarité vers des soins. Nous y convions des professionnels de la santé du territoire (Centres municipaux de santé, associations, partenaires...) afin qu'ils rencontrent les bénéficiaires et que ces derniers puissent, dans un deuxième temps, aller plus facilement les voir sur le lieu de consultation. Ainsi nous abordons des thématiques telles que l'alimentation, le diabète, les cancers, la santé des femmes, la gynécologie, les droits en santé, la vaccination, la gestion du stress, les risques liés au soleil et à la canicule...
- D'associations de quartier, les lieux d'accueil de jour, les foyers d'hébergement, auprès de groupes de personnes volontaires afin d'échanger sur des thématiques de santé globale. Les techniques d'animation et les outils pédagogiques que nous utilisons permettent aux participants de parler, de s'informer et d'échanger ensemble sur des thématiques identifiées par les professionnels encadrants de ces structures. Ainsi nous adaptons nos interventions en fonction des publics (adolescents, parents, femmes, adultes ou jeunes en situation de handicap...) et des thématiques (alimentation, cancer/octobre rose, tabac, gestion du stress et des émotions, harcèlement, discrimination, santé de la femme, sommeil...). Les valeurs que nous portons lorsque nous mettons en place nos ateliers suivent celles de la promotion de la santé sur la non-moralisation, la non-injonction, la non-culpabilisation. Nous partons de ce que sont et savent les personnes pour enrichir les échanges, proposer des pistes d'amélioration possibles, des « trucs et astuces », revenir sur les idées reçues. Nous « semons des graines » et nous tentons de donner du sens.





# Permanences et Ateliers d'information prévention santé

Focus sur une thématique santé transversale abordée en Accès aux Soins :



« Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ne sont pas épargnées par les grands défis de santé publique auxquels fait face notre société (tabac, alcool, maladies chroniques...). Elles doivent également relever des défis spécifiques : accès à la contraception et à l'IVG, stress, anxiété, troubles du comportement alimentaire, renoncement aux soins. » (« Femmes & Santé – Feuille de route 2016 » éditée par le Ministère des affaires sociales et de la santé en 2016)

La thématique « santé des femmes » s'est manifestée naturellement au fur et à mesure de nos différentes interventions et rencontres partenariales. Nous avons donc abordé ce sujet à l'occasion des permanences auprès des associations solidaires ainsi qu'auprès des structures d'accueil tels que les centres sociaux, ou encore auprès des professionnels et bénévoles du territoire sud 92.





# Permanences et Ateliers d'information prévention santé

Les permanences auprès des Restos du Cœur, Secours populaires ou Secours Catholique nous permettent d'aborder cette thématique soit par l'intervention d'une professionnelle experte (sage-femme, conseillère conjugale et familiale, infirmière, socio-esthéticienne, centre de planification...) auprès desquelles les bénéficiaires peuvent échanger et s'informer de manière individuelle et confidentielle ; soit par les entretiens individuels avec les professionnelles du réseau qui les orientent ensuite vers les structures spécialisées en fonction du besoin de la femme (CMS, gynécologues, sages-femmes, CCF, CÉGIDD, associations locales d'aide aux femmes).

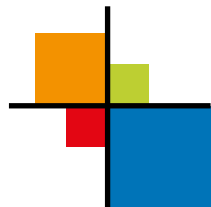
Les ateliers animés auprès des groupes de femmes abordent également l'estime de soi, la relaxation-sophrologie, le plaisir de bouger, la socio-esthétique, la gestion des émotions pour renforcer ou améliorer l'image de soi. La parentalité est également discutée en groupe avec une CCF qui informe, conseille et permet à chaque maman de questionner l'intervenante et de témoigner auprès des autres femmes.



Mais les femmes se confient également sur leur contraception, leur rôle de mère, leur difficulté à prendre du temps pour elles, sur leur corps, l'alimentation pour elles et leurs enfants, voire sur leurs troubles alimentaires compulsifs. Les relations conjugales difficiles est un sujet qui peut émerger de nos discussions au fur et à mesure de nos rencontres. Plus récemment les professionnels et les femmes des ateliers nous demandent des temps de danse-thérapie animés par une professionnelle du réseau formée.

Cette thématique est également abordée avec les professionnels et bénévoles qui ne savent vers qui orienter les femmes qu'ils reçoivent ; d'autres peuvent avoir parfois des conseils, remarques ou commentaires non adaptés. Des formations ont été ainsi proposées en 2019 sur l'accueil des personnes précaires et d'autres prévues en 2020 sur l'accueil des témoignages difficiles (violences, abus, harcèlements...). Ces temps permettent de rappeler notamment que le droit à disposer de son corps vaut aussi bien pour les femmes qui souhaitent avorter, avoir une contraception ou au contraire avoir des enfants.

Enfin, nous participons à des actions auprès de la population dans son ensemble dont certaines concernent plus spécifiquement les femmes. Notamment à l'occasion d'Octobre Rose, nous sommes intervenus sur différents lieux en collaboration avec les acteurs locaux (mairie Antony, femmes relais et Club ados Réussite d'Antony, la mairie de Bourg-la-Reine, CMS Fontenay-aux-Roses, Clinique de Meudon...) pour sensibiliser au dépistage et à l'auto-palpation. Nous avons également travaillé en collaboration avec le CMS de Fontenay-aux-Roses sur la prévention du tabac à deux occasions en 2019 et avons particulièrement sensibilisé les femmes.



# E ntretiens de fin de traitement

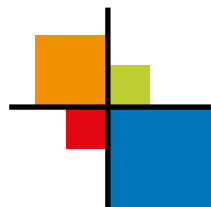
Entretien de type « Diagnostic éducatif » offrant la possibilité de faire : un bilan d'étape, une relecture de la période de traitements en établissements (chimio-RTE) qui est terminée, afin de préparer au mieux la reprise de la vie courante.

Le patient est positionné au centre de l'entretien, il est tenu compte de son avis et de ses projets ; les différents aspects de sa vie et de sa personnalité sont appréhendés (dimensions biomédicales de la maladie, dimension socioprofessionnelle, dimension cognitive et représentative, dimension psycho-affective, dimension motivationnelle).

## Structuration

- Présentation : du patient, du médecin, de l'objectif de l'entretien, du dispositif de coordination, du motif d'orientation vers le dispositif
- Cancer et parcours de soins :
  - Relire l'histoire de la maladie
  - Retracer le parcours de soins
  - Evaluer d'éventuelles séquelles liées au traitement
  - Questionner les connaissances et les croyances sur le cancer
- Organisation de la surveillance :
  - Sonder la compréhension
  - Si besoin, ré expliquer le programme de surveillance, voire en formaliser l'organisation entre le médecin de ville et ceux de l'hôpital
- Evaluation des problématiques possibles :

<b>Social</b>	Soucis financiers depuis le diagnostic Démarches administratives nécessitant de l'aide Nécessité d'aide pour gérer le quotidien, se maintenir au domicile
<b>Reprise du travail</b>	Reprise effective du travail ? Appréhension de la reprise ? Liens avec employeur, collègues/supérieurs durant les soins ? Aménagement du temps de travail ? Aménagement du poste ?
<b>Sommeil</b>	Qualité de sommeil ? Modification du sommeil ? Difficultés d'endormissement ? Episodes de réveil nocturne ?
<b>Activité physique adaptée</b>	Sensation de fatigue ? Pratique sportive avant le diagnostic ? Connaissance de l'importance de l'activité physique ?
<b>Nutrition</b>	Crainte de prendre du poids sous hormonothérapie ? Dégoût pour certains aliments ? Gestion de suggestions pour prendre des vitamines, compléments alimentaires ?
<b>Vie familiale et relationnelle</b>	Information des proches ? Difficultés relationnelles à cause du cancer ? Vous êtes-vous senti soutenu(e) par vos proches ? Est-ce que la fin des traitements est source de difficultés avec les proches ? Explication de la maladie et des traitements aux enfants ? Modifications des relations avec le conjoint ?
<b>Soutien psy</b>	Ressenti ? Quelles émotions ?
<b>Socio esthétique</b>	Possibilité de se regarder dans un miroir ? Repousse des cheveux ?



# Entretiens de fin de traitement

Ces entretiens proposent des conseils et des informations personnalisées, des adresses d'associations de patients. Ils proposent aussi des soins de support dans le cadre du réseau, ou auprès d'associations partenaires : soutien psychologique en proximité du domicile, consultation de diététique, de socio esthétique, ateliers de relaxation, d'activité physique adaptée, rencontre avec une assistante sociale,...

Aucune prescription n'est réalisée à l'issue de cet entretien qui n'a pas vocation à remplacer une consultation du médecin traitant et/ou de l'oncologue, ni le suivi qu'ils vont réaliser.

## Bénéfices pour les patients

Possibilité d'acquérir des compétences, de type « auto soins » et « adaptation » ; dans le cadre de l'après-cancer, ces compétences ont deux objectifs principaux :

- Qualité de vie quotidienne, que le patient doit se réapproprier dans les suites d'une expérience compliquée où s'entremêlent des éléments objectifs (symptômes, séquelles, difficultés relationnelles, professionnelles...) et des bouleversements psychiques, alimentés par des « croyances », fondées ou non. Ces compétences permettront de mieux appréhender cette période charnière.
- Qualité de la réalisation du protocole de surveillance à effectuer, cela étant garant d'un diagnostic précoce en cas d'éventuelle récurrence et d'un dépistage de conséquences des traitements spécifiques à moyen-long terme. Les compétences doivent lui permettre d'effectuer la surveillance prévue avec une meilleure compréhension des enjeux et de réduire son aspect anxiogène.

## Concours de cette action à la coordination des parcours de santé

Ces entretiens participent à une étape du parcours de soins du patient cancéreux et leur réalisation dans une structure qui n'est ni le lieu de soins, ni le lieu de vie, est très symbolique.

Au sein du dispositif de coordination, le patient peut trouver un tiers neutre, positionné entre ville et hôpital, compétent en matière d'évaluation globale et fonctionnelle. De plus, la connaissance des ressources du territoire permet des orientations de proximité.

Ce dispositif s'inscrit aussi dans la mesure 25 du Plan Cancer II, axe « vivre pendant et après ».

## Contribution de cette action à l'animation territoriale

Ces entretiens ont été élaborés en partenariat avec des médecins traitants et des oncologues des établissements du territoire. Ils sont donc issus d'une action d'animation territoriale.

Leurs appréhensions par les professionnels de ville et d'établissements est une occasion de pérenniser le lien ainsi créé.





# P ASS Ambulatoire

Quand il s'agit de patients, désocialisés, en grande précarité, sans droit ouvert aux prestations sociales, le recours aux soins s'avère complexe, et la prise en charge doit aller au-delà des services habituels de ces structures. Les permanences d'accès aux soins de santé, créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, sont principalement hospitalières. A l'heure du virage ambulatoire, et d'une augmentation des besoins (aggravation de la pauvreté), il est apparu important de recourir, de façon complémentaire, à d'autres structures de ville. Cette approche permet à la fois d'étendre le périmètre d'accessibilité et d'intervention de ces dispositifs passerelles, mais aussi de faciliter par la suite, leur parcours dans le système ambulatoire de droit commun, et, in fine, de permettre une amélioration de la prise en charge en médecine de ville des grands précaires. Les PASS Ambulatoires semblent avoir contribué à faire évoluer les regards sur les populations en grande précarité : « dépasser les gênes, les renoncements, sortir des préjugés ». En effet, ce dispositif ouvre la porte des possibles dans l'accès au système de droit commun des plus démunis.

En raison de sa mission d'appui aux professionnels de premier recours et sa fonction de coordination des parcours de santé complexes, le réseau Osmose a proposé à l'ARS de porter et de coordonner une PASS ambulatoire dans le sud du 92.

## Ses objectifs sont

- de favoriser l'accès aux soins et d'accompagner la prise en charge des personnes qui n'ont pas ou plus, leur autonomie d'usage du système de santé ;
- de renforcer les collaborations entre tous les intervenants concernés par ses publics.

La PASS ambulatoire Sud 92 a vu le jour début mai 2019.

Elle vise les personnes démunies en besoin de soin, mais en situation de renoncement aux soins, notamment par absence de droits ouverts à l'assurance maladie ou avec des droits partiels.

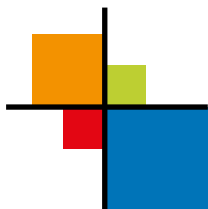
Ce dispositif vient en complément des deux PASS hospitalières existant sur le territoire (Béclère et Corentin Celton) et contribue à éviter leur surcharge en dirigeant les personnes vers des consultations médicales simples ne nécessitant pas systématiquement le plateau technique des hôpitaux.

Un partenariat avec des Centres municipaux de Santé du territoire (CMS de Malakoff, CMS de Fontenay-aux-Roses et CMS de Bagneux) permet d'inscrire ces personnes dans un parcours de santé de proximité et d'éviter les ruptures dans l'accompagnement aux soins.

Les CMS sont des lieux de proximité, accessibles à tout public, pratiquant le tiers-payant, de secteur 1 et ayant une bonne connaissance du public. L'accès à la pluralité des spécialités médicales de chaque centre permet également le suivi et la continuité des soins par le public sans avoir à se déplacer trop loin.

Ainsi, le dispositif PASS propose :

- un accueil inconditionnel des publics précaires,
- un accès aux soins (consultations, examens, traitements) et aux actes de prévention (dépistages, vaccinations) sans avance de frais, (ces frais sont pris en charge par le réseau Osmose),
- un accompagnement sanitaire et social individualisé pour l'ouverture ou la conservation des droits sociaux des personnes, en particulier auprès de l'assurance maladie,
- un accès à la médiation sanitaire, si nécessaire ; la prise en compte des éventuels obstacles linguistiques, avec accès à l'interprétariat si nécessaire ; un accompagnement physique éventuel, en partenariat avec les acteurs locaux.



# P ASS Ambulatoire

## Au niveau de l'animation territoriale, le dispositif PASS Ambulatoire

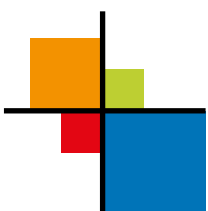
- mobilise principalement 3 Centres Municipaux de Santé qui participent à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du projet ; réalisent les consultations et enclenchent les procédures d'ouverture de droits santé pour les bénéficiaires ;
- propose des formations/sensibilisations des opérateurs du territoire sur les questions d'accès aux soins, aux droits et aux problématiques du public démunis, en collaboration avec des partenaires spécifiques ;
- nécessite un partenariat opérationnel avec la CPAM ;
- mobilise les acteurs de soins locaux pour la délivrance médicamenteuse, l'accès aux actes de radiologie et de biologie médicale et l'accès aux consultations spécialisées, si besoin.

## En 8 mois, 168 personnes ont été orientées vers la PASS par 12 partenaires différents :

- les CMS eux-mêmes ;
- les associations caritatives du secteur ;
- des professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens) ;
- des travailleurs sociaux ;
- des structures d'hébergement des demandeurs d'asile (HUDA, CADA) ;
- une structure d'accueil de jour pour le public précaire.

Un retour d'expérience d'un CMS partenaire a montré récemment que les personnes qui ont bénéficié de la PASS et ayant à présent recouvert leurs droits à l'assurance maladie, continuent leur suivi médical au sein du centre de santé.

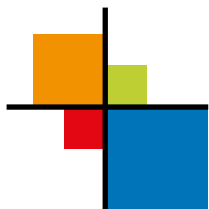
De même, lors de cette même réunion de bilan, les échanges entre structures partenaires sont allés au-delà des seuls bénéficiaires de la PASS, montrant ainsi que cette action participe pleinement de l'animation des acteurs territoriaux sur la coordination des parcours de santé, quelle que soit la thématique ou la problématique.



# P atients sortis du réseau

Au cours de l'année 2019, **1 037 patients ont été sortis du réseau**, soit 43 % des patients pour lesquels le réseau a été sollicité. La **fin de prise en charge** (pour 45 % des patients sortis) et le **décès** (36 %) 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 ou refus du médecin traitant.



# E

## xemples d'accompagnement

### Thématique principale : Soins palliatifs

#### Madame K. - Issy-les-Moulineaux

##### Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

**2 décembre 2019**

Durée de l'accompagnement :

**10 jours**

Nombre de visite d'évaluation au domicile :

**1**

Durée totale des rendez-vous :

**2 heures**

Nombre d'appels téléphonique de coordination :

**26**

Durée cumulée des appels de coordination :

**2 heures et 15 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient :

**3**

##### **Contexte**

Mme K, 84 ans nous est orientée par sa fille sur les conseils de son neveu qui est médecin traitant sur le territoire. Il s'agit d'une dame en perte d'autonomie et altération franche et rapide de l'état général dans les suites d'un très probable rejet de greffe hépatique avec tableau d'insuffisance hépatocellulaire très sévère. Le maintien à domicile devient difficile, ce d'autant qu'il n'y a aucune aide en place en dehors d'une aide-ménagère. Les petits actes de la vie quotidienne sont de plus en plus difficiles à réaliser pour Mme, notamment la toilette.

Dans un premier temps, nous nous mettons en lien avec le SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) pour solliciter une intervention auprès de Mme pour aide à la toilette et soins infirmiers.

Puis une semaine après la première sollicitation au réseau, nous recevons à nouveau en parallèle un appel de la fille de Mme mais aussi de son neveu (qui pour mémoire est aussi médecin généraliste mais n'est pas le médecin traitant de sa tante) pour solliciter notre aide pour organiser la prise en charge de fin de vie de Mme K dont l'état se dégrade très rapidement et dont la fin de vie semble maintenant évaluée à très brève échéance.

Nous donnons quelques conseils thérapeutiques au préalable au médecin traitant afin de tenter de gérer les symptômes inconfortables ressentis par Mme K qui souhaite rester à domicile et ne pas être hospitalisée.

Nous parvenons à fixer un rendez-vous d'évaluation à son domicile dans les 48h suivant ce nouvel appel suite à un désistement d'une autre visite programmée pour un autre patient suivi par le réseau.

##### **Visite d'évaluation au domicile**

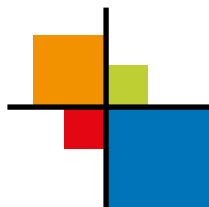
A notre arrivée au domicile lors de la visite au domicile en fin d'après-midi, Mme K est très inconfortable, gémit, semble très confuse et la communication est très difficile. Elle présente des troubles notoires de la vigilance.

A l'examen clinique, elle réagit encore un peu à la stimulation, est douloureuse notamment en région abdominale, a un encombrement bronchique modéré et présente un épisode d'hémorragie digestive haute (hématémèse) qui va se tarir spontanément au bout de 5 min.

Devant cet inconfort, nous faisons appel au SAMU dans le but d'obtenir une médication permettant d'apaiser Mme.

Le SAMU intervient dans les 15 minutes suivant notre appel et nous actons collégialement entre le médecin SAMU et le médecin coordinateur SP du réseau d'une prise en charge palliative avec procédure de limitation thérapeutique et soins de confort exclusifs en accord avec la famille.

L'équipe SAMU au domicile administre une dose de morphine ainsi qu'une dose de midazolam qui permettent à Mme d'être apaisée.



# E

## xemples d'accompagnement

### Thématique principale : Soins palliatifs

Nous élaborons en collaboration avec nos collègues du SAMU sur place, des prescriptions anticipées (morphiniques, anxiolytiques,...) afin de faire mettre à disposition les produits à domicile de manière à ce que les infirmiers du SSIAD intervenant depuis peu puissent avoir les produits à administrer.

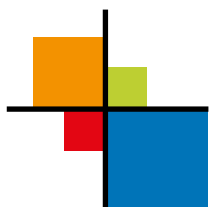
Nous remplissons une fiche urgence pallia que nous laissons à domicile au cas où les collègues SAMU ou BSPP seraient à nouveau sollicités afin d'éviter le transfert inapproprié vers le SAU.

Nous communiquons à la famille le numéro d'astreinte téléphonique médicale du réseau (nuits 18h-9h en semaine et 24h/24 les week-ends et jours fériés) à toute fin utile.

Dans la nuit suivant la visite, l'astreinte est sollicitée à 3 reprises par les enfants de Mme K pour divers inconforts ressentis par Mme mais aussi pour de la réassurance. Le 3<sup>ème</sup> appel à l'astreinte déclenche une nouvelle intervention d'un SAMU au domicile à la demande du médecin d'astreinte du réseau pour obtenir l'administration d'une dose de sédatif supplémentaire devant une dame qui recommençait à gémir et à être inconfortable (pas de soignants de SSIAD pouvant intervenir la nuit).

La fin de nuit se passe à peu près paisiblement. L'infirmière du SSIAD passant le matin administre une dose d'antalgique et d'anxiolytique sur les conseils du médecin d'astreinte du réseau le lendemain matin car Mme présentait à nouveau des signes d'inconfort.

Le décès de Mme survient au domicile, paisiblement, en fin de matinée.



# E

## xemples d'accompagnement

### Thématique principale : Cancérologie

#### Madame H. - Meudon

##### **Contexte**

En novembre 2019, Mme H est orientée vers le réseau par son médecin traitant, pour des soins de support.

Un cancer de vessie vient de lui être diagnostiqué. Depuis l'annonce, elle cherche partout, y compris sur Internet, ce qui peut l'aider, car « elle ne veut pas s'effondrer ou se laisser aller ».

Elle souhaite parler avec un psychologue pour ne pas déverser son mal être sur ses proches, et elle serait aussi intéressée par les ateliers de relaxation que propose le réseau.

Elle rappelle une semaine plus tard pour des questions médicales et demande un rdv au médecin coordinateur.

Entre temps, un échange d'informations entre ce dernier et le médecin traitant de Mme a lieu.



# E xemples d'accompagnement

## Thématique principale : Cancérologie

### Entretien

Lors du rendez-vous, Mme décrit son parcours diagnostic : elle était très fatiguée fin 2018. Elle a subi un choc émotionnel en mars 2019 et présentait des douleurs dans le bas ventre associées à une sensation de lourdeur vésicale. Une première cystoscopie a montré une sténose de l'urètre ; la dilatation réalisée a transitoirement amélioré les symptômes. En novembre 2019, une nouvelle cystoscopie faisait découvrir des polypes dont l'exérèse révélait un carcinome urothélial stade II.

Un traitement par instillations vésicales hebdomadaires de BCG, pendant 6 semaines, suivies d'une cystectomie a été décidé en RCP. Mme a reçu la 1ère instillation quelques jours avant le RDV.

Mme est retraitée ; elle était graphiste dans la publicité.

Elle vit seule car séparée, et a trois enfants :

- un fils (34 ans), marié, qui vit entre Gap et Grenoble et a une petite fille de deux ans
- une fille (27 ans), installée à Beauvais et qui revient le WE chez elle
- un fils (25 ans), à Lyon

Elle a par ailleurs un asthme peu symptomatique et ne fume plus depuis 1984.

Elle se dit très déstabilisée par ce diagnostic et la signification de "avoir un cancer".

Elle a quelques « fausses croyances » sur les origines des cancers ; des informations et explications médicales sur la genèse des cancers lui sont alors données.

Au décours de l'entretien, un questionnement sur une origine professionnelle de son cancer de vessie se profile. Elle est non fumeuse et a longtemps manipulé et respiré une colle toxique pour préparer des maquettes de publicité.

Il s'agit d'une colle professionnelle contenant du trichloroéthane et des hydrocarbures (gaz propulseur).

Elle a travaillé en indépendante, puis a été salariée.

Une évaluation des besoins en soins de support est aussi réalisée :

- Activité physique adaptée : Mme se déplace en vélo et pratique le pilate et la zumba
- Asthénie : elle dit avoir un bon sommeil, mais il persiste une sensation de fatigue durant la journée
- Mme insiste sur le fait d'épargner ses enfants et d'avoir un espace privé pour aborder ses angoisses.

### Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

**26 novembre 2019**

Durée de l'accompagnement :

**106 jours**

(accompagnement toujours en cours)

Nombre d'entretien :

**1**

Durée totale de l'entretien :

**2 heures**

Nombre de rendez-vous de soins de support (relaxation et APA) :

**4**

Durée totale des rendez-vous :

**5 heures**

Nombre d'appels téléphoniques de coordination :

**18**

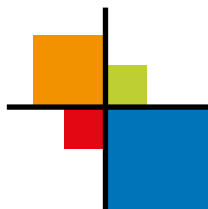
Durée cumulée des appels de coordination :

**1 heure et 50 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient :

**3**





# E xemples d'accompagnement

## Thématique principale : Cancérologie

Au terme de l'entretien, il lui est proposé que le médecin coordinateur vérifie si la relation entre les produits utilisés et l'apparition d'un cancer est possible.

Si oui, il fera le lien avec son urologue et son médecin traitant et, si besoin, l'orientera vers un service de Maladies Professionnelles, afin de constituer un dossier en vue d'une reconnaissance.

Un soutien psychologique avec un psychologue partenaire est accepté par Mme et les coordonnées lui sont données.

Elle s'inscrit aux ateliers d'Activité physique adaptée et de relaxation.

Le médecin coordinateur prend ensuite contact avec un médecin du travail qui confirme le lien potentiel.

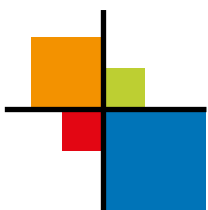
La patiente précise les dates d'utilisation des toxiques, soient plus de 15 années d'utilisation journalière de colle sans aucune aération (l'encollage se faisant en même temps que le montage, sur la table à dessin) et de diluant pour nettoyer la maquette terminée et les mains.

Le médecin traitant et l'urologue de madame sont informés de ces conclusions : Mme est concernée par le tableau de maladie professionnelle 15 ter.

En accord avec son médecin traitant, elle est alors dirigée vers un centre spécialisé pour établir le dossier de demande de reconnaissance.

### Apports du réseau

- ◇ Explications médicales
- ◇ Temps d'écoute, de reformulation et de soutien de la patiente
- ◇ Informations personnalisées
- ◇ Informations et orientation pour déclaration et reconnaissance en maladie professionnelle
- ◇ Evaluation des besoins en soins de support
- ◇ Proposition de soins de support



# E xemples d'accompagnement

## Thématique principale : Gériatologie

### Madame F. - Bourg-la-Reine

#### Contexte

C'est à la demande de l'époux de Mme F, sur les conseils d'un travailleur social de l'APA, que le réseau a été sollicité en janvier 2019.

En effet, Mme F présente des troubles cognitifs évoluant depuis des années avec un syndrome anxio-dépressif. Elle est de retour au domicile dans les suites d'une hospitalisation pour fracture du col du fémur. Son époux se dit dépassé tant par l'état physique et psychologique de Mme F.



# E xemples d'accompagnement

## Thématique principale : G érontologie

### Eléments chiffrés :

Début d'accompagnement :  
**14 janvier 2019**

Durée de l'accompagnement : **396 jours**  
(accompagnement toujours en cours)

Nombre de visites d'évaluation au domicile : **3**

Durée totale des visites au domicile : **4 heures**

Nombre de rendez-vous de soins de support (socio-esthétique et accompagnement psychologique) : **8**

Durée totale des rendez-vous : **8 heures**

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **41**

Durée cumulée des appels de coordination : **2 heures et 47 minutes**

A noter que Mme F vit avec son époux et sa fille de 34 ans. Elle travaillait dans une paroisse en tant que bénévole pendant 33 ans.

Aides en place : Une auxiliaire de vie 5h/j ; passage d'un SSIAD 5j/7 pour la toilette ; 3 séances de kinésithérapie par semaine ; dans l'attente de l'intervention de l'équipe spécialisée Alzheimer ; lit médicalisé et matelas anti escarres et potence ; chaise percée et fauteuil roulant.

### Visite au domicile

La visite a lieu en présence de l'époux et de la fille. Mme F nous fait part de sa difficulté à supporter sa perte d'autonomie et le fait qu'on lui mette les barrières le soir. Elle nous confie qu'elle a des idées suicidaires. Son époux nous confirme qu'elle est très angoissée et qu'elle pleure beaucoup.

Mme F a besoin d'aide pour ses transferts et elle marche accompagnée. Elle présente un risque de chute non négligeable car elle a des pertes d'équilibre. Malgré tout, il peut lui arriver de prendre l'initiative de marcher seule en prenant le risque de tomber car elle n'a pas réellement conscience du danger ni de ses troubles cognitifs.

Mr F exprime sa fatigue à s'occuper de sa femme, à l'aider pour les transferts et à faire face à son angoisse. Il demande à ce qu'on hospitalise son épouse pour équilibrer son traitement antidépresseur et pour qu'il puisse souffler.

### Proposition du réseau/actions

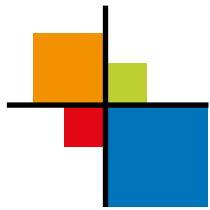
- Sollicitation au domicile de l'EMPSA (équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé) afin d'évaluer l'état psychique de Mme F et d'organiser éventuellement une hospitalisation dans un service de psychiatrie du sujet âgé.
- Soutien psychologique à domicile financé par le biais des rémunérations spécifiques pour Mme F.
- Séances de socio esthétique.
- Retirer les barrières de lit, mettre le lit au plus bas et mettre un matelas au sol pour la nuit.
- Soutien psychoéducatif AIDA développé par le réseau pour Mr F qui se saisit de cette proposition

### Suivi

- Echanges avec le médecin traitant de Mme F pour valider les préconisations.
- Le réseau a fait le lien avec l'EMPSA, qui a pu se rendre au domicile. Il n'a pas été jugé utile d'hospitaliser Mme F mais son traitement psychotrope a été ajusté.
- Un soutien psychologique au domicile a été mis en place au domicile pour Mme F.
- Les séances de socio esthétique ont été mises en place.
- Mr F a bénéficié déjà de 2 séances /6 du soutien psychoéducatif AIDA.

### Apport du réseau

- ◇ Evaluation des besoins
- ◇ Accès au soin psychiatrique
- ◇ Soins de support : soutien psychologique et socio esthétique
- ◇ Soutien à l'aidant par le biais du programme AIDA



# E

## xemples d'accompagnement

### Thématique principale : Accès aux soins

#### Madame L. - Malakoff

##### Contexte

Rencontre avec Madame L. lors d'une permanence d'association caritative.

Elle évoque une pathologie cardiaque grave qui a été découverte lors de sa première grossesse.

Pour la deuxième grossesse, elle est restée 15 jours à l'hôpital car elle avait un taux de potassium trop faible.

Sur le plan médical :

A ce jour, son taux de potassium ne remonte pas malgré les traitements (elle prend du potassium toutes les 4 heures).

Elle est suivie par un endocrinologue hospitalier qui souhaitait l'orienter vers une consultation cardiologique à l'HEGP.

Depuis deux mois, elle est en attente d'un courrier de recommandation de sa part afin de pouvoir prendre ce rendez-vous en cardiologie.

Pendant ce temps, son état de santé se dégrade.

Sur le plan social :

Madame vit avec son conjoint et ses deux enfants de 2 ans et 4 mois chez sa belle-mère.

Elle est bénéficiaire d'une AME en cours de validité.

##### Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement : **28 juin 2019**

Durée de l'accompagnement : **286 jours**  
(accompagnement toujours en cours)

Nombre de rencontres avec la patiente : **3**

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

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **22**

Durée cumulée des appels de coordination : **1 heure et 51 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **2**

##### Propositions du réseau

Solliciter le médecin de l'hôpital pour activer la consultation en cardiologie à l'HEGP et relancer Madame dans son parcours de soins.

##### Suivi

Lors du contact avec l'hôpital, il s'est avéré que la lettre de recommandation à destination de l'HEGP n'avait pas été validée par le médecin et donc jamais envoyée.

**Juin 2019** : Relance faite au service endocrinologie par le réseau.

**Juillet 2019** : Le service rappelle Madame, s'excuse auprès d'elle et dit qu'ils vont faire le nécessaire.

**Fin Août 2019** : Le réseau rappelle Madame pour prendre des nouvelles => pas de réponse, message laissé.

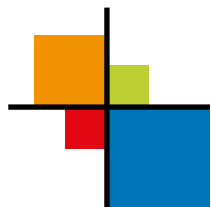
**Fin septembre 2019** : Appel de Madame qui exprime qu'elle a toujours ses soucis de santé. L'Hôpital l'a rappelée mais lui a dit que c'était à elle de prendre rendez-vous à l'HEGP. Madame ne l'a pas fait. Le réseau prend alors rendez-vous pour Madame avec un cardiologue de l'HEGP pour fin septembre.

**Novembre 2019** : Le réseau prend des nouvelles de Madame. A finalement eu deux consultations avec deux spécialistes différents. Suspicion de drépanocytose, à investiguer.

**Février 2020** : Rencontre avec Madame non programmée, à l'occasion d'une permanence d'association caritative. Madame a obtenu un récépissé suite à une demande d'asile qu'elle a faite seule.

Elle exprime toutefois avoir besoin d'aide pour faire une demande de protection universelle maladie (PUMA) et de complémentaire santé solidaire (CSS).

Son suivi médical se poursuit à l'HEGP.



# E xemples d'accompagnement

## Thématique principale : Accès aux soins

**Début mars 2020** : Rendez-vous pris avec Madame au sein des locaux du réseau Osmose.

Madame s'est exprimée longuement sur son parcours migratoire traumatisant, ce qu'elle n'avait jamais évoqué auparavant.

A été orientée par le médecin de la PMI vers un accompagnement psychologique.

Démarches de demande de PUMA/CSS débutées avec Madame. Il manque encore des documents que Madame devait apporter le 18 mars 2020.

Démarches stoppées brutalement avec la crise sanitaire du COVID19.

L'accompagnement et le suivi de Mme N se poursuivent donc à distance.

**Avril 2020** : Prise de nouvelles de Madame par téléphone.

La demande de PUMA/CSS peut être différée car son AME est valable jusqu'au mois d'août 2020.

Nous reprendrons les démarches d'ouverture de droits à la fin du confinement.

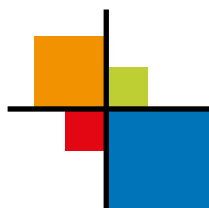
De même le suivi médical de madame à l'HEGP reprendra une fois la crise sanitaire passée.

### Bilan

La situation de Mme L. montre toute la fragilité du lien que le réseau peut établir avec les personnes en situation de précarité.

Il est important pour les intervenants médico-sociaux de créer ce lien et de le maintenir dans le temps afin de gagner la confiance des personnes.

La confiance gagnée permet ainsi d'assurer une continuité de leur parcours de soins mais également un maintien de leurs droits à l'assurance maladie.



# E xemples d'accompagnement

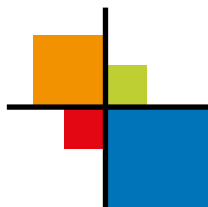
## Thématique principale : Social

### Monsieur et Madame L. - Montrouge

Nous accompagnons le couple à travers deux axes d'intervention du Réseau, la Cancérologie pour Monsieur / l'Accès aux soins pour Madame.

### Contexte

Sur les conseils de son médecin traitant, Monsieur L. nous contacte pour être accompagné dans la mise en place d'aides à domicile pour son épouse durant son hospitalisation pendant laquelle il lui sera retiré une tumeur.



# E

## Exemples d'accompagnement

### Thématique principale : Social

#### Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :  
**9 juillet 2019**

Durée de l'accompagnement : **297 jours**  
(accompagnement toujours en cours)

Nombre de visites d'évaluation au domicile : **4**

Nombre de réunions interprofessionnelles au sujet du couple : **2**

Durée totale des rendez-vous et réunions : **7 heures et 30 minutes**

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **189**

Durée cumulée des appels de coordination : **20 heures et 42 minutes**

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

Le couple L. est marié et propriétaire d'un appartement dans un immeuble avec ascenseur.

Monsieur est âgé de 53 ans et Madame a 56 ans.

Monsieur travaille à temps plein dans une compagnie aérienne avec des horaires en 3/8 permettant d'être présent pour aider sa femme.

Madame est en invalidité et a une reconnaissance d'handicap.

Ils sont les parents d'un enfant de 20 ans, qui habite chez sa grand-mère maternelle, dans la même ville. Les relations familiales seraient compliquées. Ils continuent à le voir ponctuellement. Le couple est régulièrement en lien avec la mère de Madame.

#### **Demande - Motif de l'intervention**

Monsieur L. vient d'apprendre qu'il avait un cancer de la bouche. Une intervention était programmée moins d'1 mois après la demande.

Monsieur est l'aidant principal de son épouse et il s'inquiète de la laisser seule sans solution en raison d'un handicap physique et psychique.

Monsieur aborde l'état de santé de sa femme. Madame a arrêté son suivi psychiatrique depuis environ 6 ans ; Monsieur reste en contact avec sa psychiatre régulièrement pour des conseils quand Madame s'emporte.

Monsieur parle d'équilibre précaire de sa santé mentale. De plus, sa femme présente une obésité morbide, se déplace difficilement à l'intérieur de leur logement et plus du tout à l'extérieur.

Elle a également un tabagisme actif important.

Pour lui, sa femme n'aurait pas conscience des problèmes de santé qu'il rencontre, est centrée sur elle et inquiète de se retrouver seule face à l'absence de son mari. Madame ne souhaite pas être dans une structure pendant ce temps.

#### **Première évaluation avec les partenaires existants et de secteur**

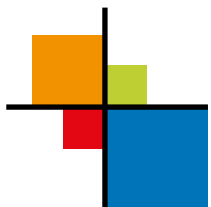
Avec l'accord du couple, pour leur proposer des solutions adaptées après une évaluation commune et une coordination des suivis de proximité et spécialisé, nous prenons contact avec

→ Le médecin traitant,

→ La psychiatre de Madame,

→ Le service de l'hôpital où Monsieur va être opéré,

→ L'ex-EDAS (service social départemental intervenant sur les communes).



# E

## xemples d'accompagnement

### Thématique principale : Social

Ces différents échanges nous permettent de comprendre qu'une entrée en structure pour Madame serait l'occasion de faire un bilan de santé impossible à réaliser actuellement, Madame ne sortant pas du domicile d'où cette proposition de son médecin traitant.

Ce problème de déplacement de Madame est repris par la psychiatre qui reçoit uniquement au Centre Médico-Psychologique (CMP). De plus, elle est en contact avec Monsieur quand les troubles de Madame deviennent difficiles à gérer pour lui. Elle avait par ailleurs conseillé une demande de mesure de protection pour Madame au regard de ses achats compulsifs. Cette suggestion avait été écartée par le couple.

Quant à l'ex - EDAS et service social de l'hôpital, le couple n'est pas connu mais ils se tiennent à leur disposition si besoin d'aide pour mettre en place des aides.

#### Retour fait à Monsieur :

Nous rappelons Monsieur, lui faisons un retour des différents échanges avec transmission des coordonnées des services sociaux de la ville et hôpital si besoin.

Nous lui proposons également une visite au domicile conjointe que nous organisons rapidement avec le médecin traitant pour les rencontrer, évaluer plus précisément les besoins spécifiques de Madame au domicile ainsi que ceux de Monsieur afin de proposer des aides adaptées au couple.

Monsieur accepte les propositions faites.

#### **Visite au Domicile**

Madame L. présente un surpoids limitant ses déplacements lents voire difficiles à l'intérieur de l'appartement et en conséquence de ses traitements, a besoin de passer du temps aux commodités.

Le couple a une baignoire, ce qui rend difficiles les douches ou bains réalisés avec l'aide de son mari.

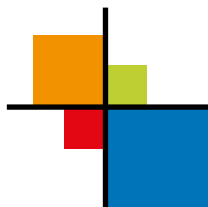
Madame parle librement de ses troubles psychiatriques et de ses rituels, notamment pour les repas et le changement dans ses habitudes qu'elle vit mal. Elle se décrit comme très impulsive.

Madame fume beaucoup, ce qui contrarie Monsieur, avançant qu'il est non-fumeur avec une tumeur dans la bouche.

Madame indique très clairement ne pas souhaiter reprendre un suivi avec un psychiatre. Cependant, à l'évocation d'une demande auprès de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) venant évaluer son état au domicile, Madame donne son accord.

Le médecin traitant aborde avec Monsieur son intervention, le temps d'hospitalisation et ses besoins par la suite : une sortie avec une sonde nasogastrique, ce qui l'empêchera de parler, puis un temps de rééducation.

Monsieur pose quelques questions mais la visite revient vite sur les besoins de Madame qui sollicite de l'attention pour elle.



# E xemples d'accompagnement

## Thématique principale : Social

### Au niveau des droits sociaux :

Madame est en invalidité 2ème catégorie depuis de nombreuses années ; elle perçoit des prestations sociales et a une reconnaissance MDPH (cartes de stationnement et de transport uniquement).

Le couple bénéficie de la mutuelle du travail de Monsieur.

Mme bénéficie de deux ALD, une pour les troubles psychiatriques et une pour le diabète.

Mr bénéficie d'une ALD pour le cancer.

=> Nous conseillons à Monsieur de mettre sa carte vitale à jour.

### Evaluation – préconisations :

Monsieur nous donne l'impression d'être assez isolé et de tout porter sur les épaules en plus de ses problèmes de santé. Il a besoin de soutien pour sa femme mais également pour le soulager très certainement après l'intervention.

### Pour Madame :

- La préparation des repas / Le ménage / L'aide à la toilette

=> Pour la demande d'aide à domicile, nous évaluons à 1H/3 fois par jour. Monsieur ayant besoin d'être soulagé de cette démarche, nous nous renseignerons en amont et lui transmettrons des coordonnées et informations pour qu'il prenne contact avec des associations.

- La prévention des risques de chute quand elle sera seule au domicile

=> Pour la Téléalarme, nous transmettons la liste de différentes sociétés + CCAS : Mr appellera.

Il faudra prévoir plusieurs jeux de clés disponibles pour les intervenants, le couple pourra en avoir 2 disponibles. Si cela n'est pas suffisant, il faudra envisager un boîtier à clés pour favoriser l'accès aux clés.

- La prise de traitements

=> Le pilulier est préparé par la famille pour 3 semaines et le Médecin Traitant renouvelle l'ordonnance de Mme pour 3 mois lors de la VAD.

→ Nous abordons le montant financier qui pourrait être à leur charge et éventuellement des demandes d'aide selon leurs ressources. Le couple nous indique qu'il pourra financer, que ce n'est pas problème.

→ Pour la demande d'intervention de l'EMPP, nous convenons de laisser passer l'hospitalisation de Monsieur.

### Pour Monsieur :

=> Monsieur se rapprochera de l'assistante sociale de l'hôpital pour les aides à prévoir à sa sortie d'hospitalisation selon ses besoins.

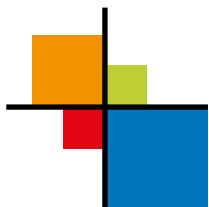
=> Nous lui remettons avec explication les plaquettes des soins de support proposés par le réseau. C'est l'occasion de reparler du fait qu'il doit prendre du temps pour lui, qu'il a le droit de profiter de soins et d'aides et que c'est important qu'il se laisse du temps. Les aides à domicile pour Madame le permettront également. Monsieur nous remercie.

### **Liens avec Monsieur avant l'hospitalisation**

Monsieur a reçu un service d'aide à domicile. Monsieur a trouvé le devis trop cher, montant pourtant inférieur à celui imaginé lors de la visite au domicile.

→ Il a fait le choix de faire appel à l'aide de sa famille (fils + belle-mère) pour assurer les aides quotidiennes pour son épouse le temps de son hospitalisation.

→ Il a fait installer la téléalarme avant son entrée à l'hôpital.



# E

## xemples d'accompagnement

### Thématique principale : Social

Monsieur a vu l'Assistante sociale de l'hôpital mais il a trouvé que cet entretien n'avait pas été très utile quant aux solutions possibles pour financer les aides à domicile.

Nous avons précisé à Monsieur que nous restons à sa disposition à sa sortie d'hospitalisation pour réajuster les aides à domicile si nécessaire et favoriser son maintien à domicile et celui de Madame dans les meilleures conditions.

#### **Rebondissement brutal suite à l'intervention chirurgicale de Monsieur**

Nous apprenons, par la mère de Madame L., le décès de Monsieur survenu après un arrêt cardiaque lors de l'intervention.

Lorsque Madame évoque la mort de son mari, elle se recentre sur elle en se demandant qui s'occupera d'elle au quotidien. Sa réaction a pu désarçonner son entourage et les professionnels avec un questionnement et une inquiétude : comment allait-elle faire son deuil ?

Un soutien psychologique financé par le Réseau a été proposé au fils qui avait déjà un suivi avec une psychologue dans le cadre scolaire. Il pensait y retourner et il était également bien entouré par 2 amis et sa grand-mère, laquelle avait un ami en soutien qui l'aidait pour le lien avec le notaire et certaines démarches inhérentes au décès.

Le quotidien de Madame est devenu très vite compliqué à gérer pour sa mère et son fils en raison des efforts physiques demandés et également de relations conflictuelles.

Une hospitalisation de Madame en psychiatrie avec son accord a été tentée par sa mère mais malgré des liens avec l'équipe du service des urgences de l'hôpital, Madame est ressortie 2 jours après sans aucune aide, ni mesure de protection comme il était envisagé.

A ce moment-là, la famille appréhende quant à la suite plusieurs difficultés : celle de répondre aux attentes de Madame au quotidien et celle de retrouver des informations sur les ressources, le patrimoine et les papiers pour la gestion de sa succession en raison du « caractère secret » de Monsieur.

Pendant plusieurs jours, quand Madame n'a pas d'aide, sa mère et son fils viennent régulièrement mais les tensions intrafamiliales augmentent.

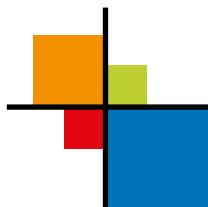
Nous avons très souvent dû faire de la médiation et les accompagner pour qu'ils retrouvent chacun leur place, facilité avec la mise en place d'aide par la suite.

Au cœur de ce passage difficile et précaire pour Madame et les aidants, Madame a pu nous appeler en savourant sa réussite à faire des actes seule comme la toilette, un repas, etc.

Alors que pour l'entourage et la psychiatre de Madame, Monsieur balisait tout, seul, sans accepter d'aide, devant le changement brutal lié au décès de son mari, Madame adhérait aux propositions faites pour permettre des aides par des tiers autres que sa mère ou son fils.

Tout au long du suivi, nous avons également été en lien régulier avec les professionnels tels que le l'assistante sociale du travail de Monsieur, le médecin traitant, la psychiatre, l'EMPP suite à une demande faite auprès d'eux, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) mais aussi à la recherche d'infirmiers pour intervenir au domicile.





# E

## xemples d'accompagnement

### Thématique principale : Social

Comme il était difficile pour la famille d'effectuer les demandes conseillées et transmettre certains documents, nous avons effectué plusieurs visites au domicile pour être à leurs côtés, les écouter et les soutenir dans l'organisation et la réalisation de démarches.

Ainsi, nous avons pu accompagner Madame et sa famille dans la mise en place d'aides :

- Madame a un passage infirmier une fois par jour pour la tension et la préparation des traitements.
- Madame a pu bénéficier d'heures d'aide à domicile prises en charge par la mutuelle du travail de son époux pendant 15 jours, poursuivis avec l'aide de la MDPH.
- Suite à une demande auprès de la MPDH, Madame a ouvert des droits à des allocations (AAH et complément de ressources), avoir une participation pour des aides à domicile (Prestation Compensation Handicap), un abonnement pour une téléalarme et des propositions pour adapter son domicile.
- Madame a perçu les versements post-décès du travail de son mari (Pension de réversion, Allocation décès pour le conjoint, Allocation frais d'obsèques, Capital décès)
- Différents organismes ont été prévenus du décès de Monsieur et ils poursuivent leurs démarches avec un notaire.
- Une requête de mesure de protection avec désignation d'un mandataire a été envoyée suite à la venue d'un expert que nous avons organisée en amont et sur place. Madame a depuis une mesure de curatelle renforcée avec un mandataire professionnel désigné.
- Nous avons sollicité l'EMPP et il est apparu judicieux dans un premier temps de reprendre avec Madame la possibilité de se rendre au CMP, ce qui a été facilité par le fait Madame imputait à son défunt mari cette rupture de suivi.
- Nous avons pu organiser une rencontre au CMP avec la réservation d'un VSL au CMP pour revoir la psychiatre qui la suivait. Le rendez-vous s'est bien passé. Ensemble, elles ont convenu qu'elles se reverraient ponctuellement selon les besoins.
- Madame continue son suivi avec son médecin traitant.

La réalisation des démarches ne s'est pas faite de façon linéaire. Il y a eu des rebondissements, des blocages, des inquiétudes, des besoins de la famille d'être soutenue, voire portée pour pouvoir continuer à avancer aussi bien dans le quotidien que dans la gestion des démarches post-décès et d'aides pour Madame.

Les aidants, la mère de Madame et son fils, se sont retrouvés fragilisés à un moment tant moralement, ils étaient épuisés, que physiquement, ils étaient tous les deux plâtrés pour des chutes différentes.

De notre côté, nous nous sommes adaptés non sans difficulté mais avec ténacité aux évolutions dans la situation et aux ressources ou difficultés de Madame, de la famille, des partenaires avec des interventions délayées en raison de la période estivale ou de délais administratifs.

Dans cette situation, le Réseau, tant par l'entrée de la demande en Cancérologie pour Monsieur que l'Accès aux soins pour Madame, a réalisé et continue encore un accompagnement renforcé d'une situation type DAC auprès de la famille et en lien et coordination avec les partenaires.



# 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),

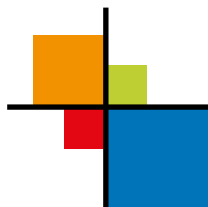
- déterminer un **plan d'aide et de soutien adapté** aux demandes et aux besoins des patients (mise en place d'aides à domicile pour les actes de la vie quotidienne, coordination avec les différents interlocuteurs du patient, adaptation de traitement,...),

- 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, 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),

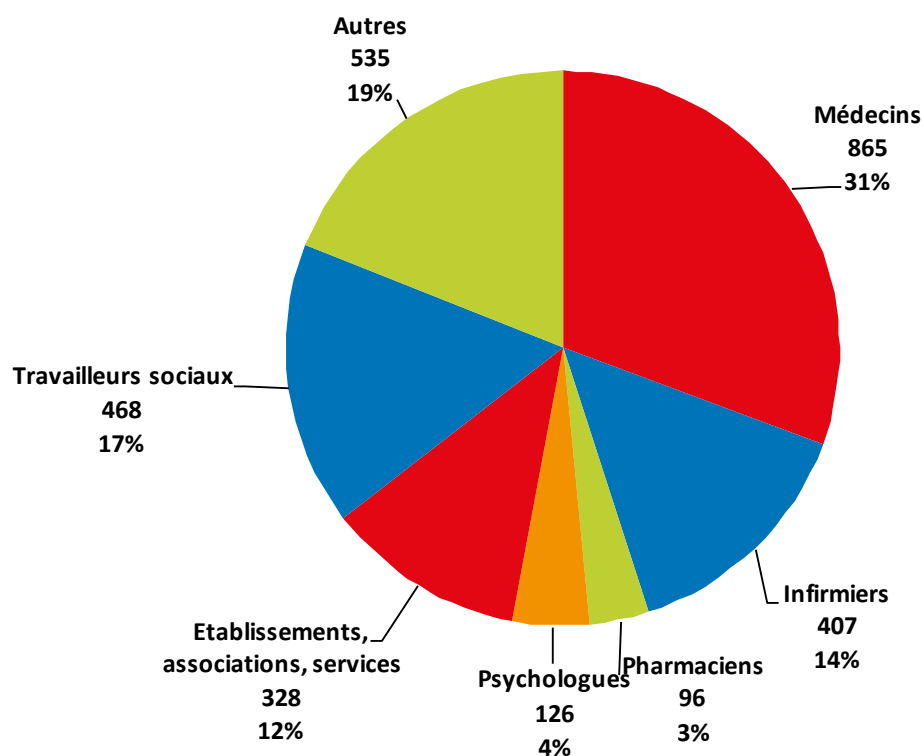
- aider en tant que **tiers extérieur** (assurer la médiation avec le patient, si nécessaire, se concerter avec les partenaires sur la situation du patient, réduire l'isolement de l'exercice professionnel),
- proposer des **formations**, des **groupes de travail** et des **accompagnements méthodologiques**.

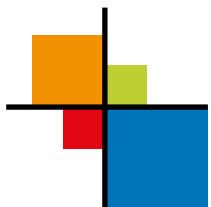


# P professionnels en lien avec le réseau

Les professionnels en lien avec le réseau sont les **2 825 intervenants ou structures** qui, au cours de l'année 2019, 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 l'accompagnement coordonné de leurs patients en coopération avec le réseau Osmose).

Ces 2 825 professionnels ou structures se répartissent de la manière suivante :





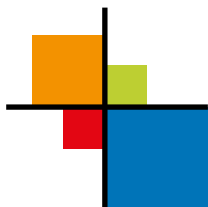
# Réunions, rencontres et groupes de travail

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 2019, le réseau Osmose a participé à **112 rencontres interprofessionnelles**.

Types	Nombre	Nombre de participants ou partenaires rencontrés	Durée cumulée des réunions
<b>Groupes de travail et réunions organisés par le réseau Osmose</b> (Astreinte téléphonique, activité physique adaptée, AIDA, mise en œuvre des actions avec les Restos du cœur, Psychologues, PASS Ambulatoire...)	25	331	61 heures
<b>Groupes de travail et réunions organisés par les partenaires</b> (Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris, Agence Régionale de Santé, Congrès des réseaux, ACORESCA, EHPAD, HAD,...)	38	366	94 heures
<b>Rendez-vous avec les partenaires</b> (présentations mutuelles, organisation des partenariats, mise en place de procédures, signature de conventions,...)	49	171	104 heures
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>868</b>	<b>259 heures</b>





# 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 **1 625 heures** de formation ont été dispensées en 2019, au décours de **52 interventions**.

Types	Nombre	Nombre de participations enregistrées	Durée cumulée des formations
<b>Formations organisées par le réseau Osmose</b> (Conférence-débat pluridisciplinaire, Rencontre thématique, Déjeuner-rencontre des médecins traitants, Sensibilisation aux soins palliatifs en institutions,...)	<b>30</b>	<b>541</b>	<b>66 heures</b>
<b>Formations et Colloques organisés par des partenaires</b> (D.U. coordination, D.U. soins de support, Etudiants d'IFSI, Sapeurs-Pompiers, Ecole de puériculture, internes de médecine dans les hôpitaux du territoire, Ecoles d'assistants de service social...)	<b>11</b>	<b>177</b>	<b>35 heures</b>
<b>Accueil de stagiaires</b> (internes SASPAS, internes DESC Cancérologie, stagiaires de D.U. de coordination, élèves de 3ème, infirmiers et pharmaciens étudiants des	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>1 524 heures</b>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>729</b>	<b>1 625 heures</b>



# Evolution vers le DAC

## Contexte

Un volet de la stratégie « Ma santé 2022 », annoncée par le Président de la République le 18 septembre 2018, a été traduit dans l'article 23 la loi d'organisation et de transformation du système de santé du 12 juillet 2019 qui prévoit une intégration des différents dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes existants (réseaux, MAIA, PTA, CTA, CLIC/PAT si accord avec le conseil départemental) dans un délai qui ne pourra excéder trois ans après la publication de la loi, soit en juillet 2022.

Les missions des dispositifs d'appui prévues par la loi sont les suivantes :

- 1° Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission sera réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins et les autres professionnels concernés ;
- 2° Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;
- 3° Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.

Dans ce contexte, l'ARS, pour le sud du département des Hauts-de-Seine, a invité le GCSMS PASAPAH, porteur de la MAIA 92 sud, ainsi que l'association Osmose, porteuse du réseau de santé du même nom, à se rapprocher, pour créer, ensemble le futur DAC 92 sud.

Cette concertation et co-construction inter-structures ont été initiées en 2019, s'est poursuivies en 2020, en vue de l'aboutissement espéré de la démarche en juin 2020, par la création du DAC 92 sud.







# Osmose\_Rapport d'activité 2019\_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 **13 personnes permanentes** pour 10,5 Equivalents Temps Plein.

En 2019, le réseau Osmose a été en contact avec **4 190 usagers** et a accompagné **2 386 patients**, dont **1 321** étaient des nouveaux patients de l'année, orientés majoritairement par des **professionnels de ville**. Agés en moyenne de **70 ans**, les patients accompagnés en 2019 étaient concernés par **au moins deux thématiques** d'intervention du réseau Osmose pour **44 %** d'entre-eux. Agissant sur la coordination des parcours de santé des patients complexes, le réseau Osmose a géré **25 312 échanges (appels, mails, SMS, fax) de concertation et coordination** ; a effectué **1 239 '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 **1 380 actes de soins de support**.

En 2019, **2 825 professionnels** médico-psycho-sociaux ont été en lien avec Osmose, dont **660** étaient signataires de la **Charte de fonctionnement** du réseau. Au total, le réseau a organisé ou participé à **164 rencontres, réunions, groupes de travail et formations** qui ont enregistré **1 597 participations**.

