



avec le soutien de



2018

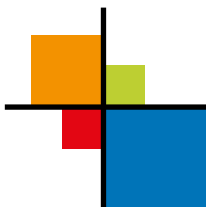
Rapport annuel

Réseau de santé Osmose

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



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



Sommaire

Présentation générale	Page 5
Territoire et cadre d'intervention	Page 6
Missions	Page 7
Autorisation et financement	Page 7
Adhérents	Page 8
Signataires de la convention constitutive	Page 8
Signataires de la charte de fonctionnement	Page 9
Conseil d'Administration	Page 10
Equipe de coordination	Page 11
Modalités d'accompagnement	Page 13
Services rendus aux patients et à leurs proches	Page 15
Patients accompagnés en 2018	Page 16
Répartition des patients par pôles de référence	Page 17
Nouveaux patients de 2018	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
Fiche de synthèse patients	Page 23
Programme AIDA	Page 24
Soins de support	Page 25
Permanences et Ateliers d'information prévention santé	Page 28
Patients sortis du réseau	Page 30
Exemples d'accompagnement	Page 31
Services rendus aux professionnels et aux structures	Page 46
Professionnels en lien avec le réseau	Page 47
Réunions, rencontres et groupes de travail	Page 48
Formations	Page 49
Tables-rondes « Les 10 ans d'Osmose »	Page 50



L' association gestionnaire du
réseau Osмосе



P résentation générale

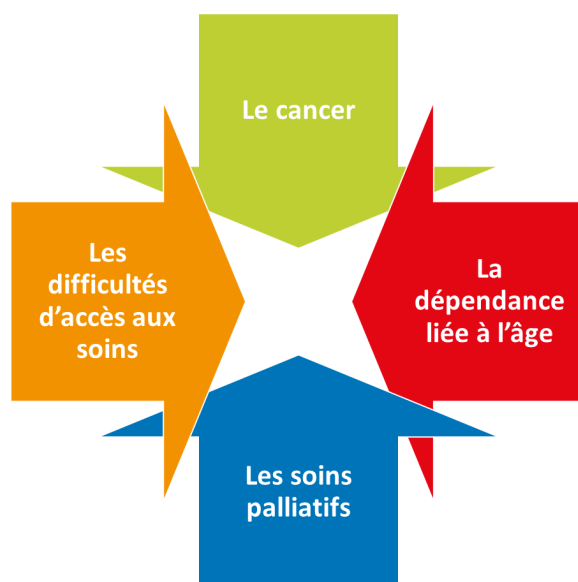
Osmose est un réseau de santé, créé en 2008. Il est géré par une **association de loi de 1901** à but non lucratif, dont les membres du **Conseil d'Administration** sont des **intervenants médico-psycho-sociaux**.

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, Gérontologie 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).

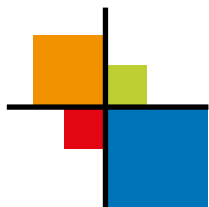
En 2017, Osmose a été autorisé par l'ARS à étendre son action au thème de l'**Accès aux soins**.

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 2018, Osmose a :

- accompagné **9 756 patients**,
- géré **128 353 appels téléphoniques de coordination** concernant des patients,
- organisé et participé à **7 062 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 **14 110 actes de soins de support** (accompagnement psychologique, relaxation-sophrologie, activité physique adaptée, consultations de socio-esthétique et de diététique),
 - proposé **379 séances de formations** pour 5 631 participations enregistrées,
 - réalisé **652 réunions et groupes de travail** pour 4 294 participations enregistrées.



Territoire d'intervention



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

Sud des Hauts-de-Seine

Cadre d'intervention

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

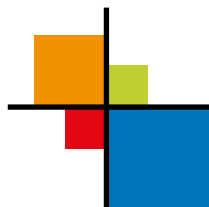
- favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires,
- assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation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

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

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

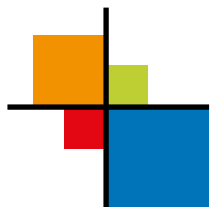


Autorisation et financement

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.

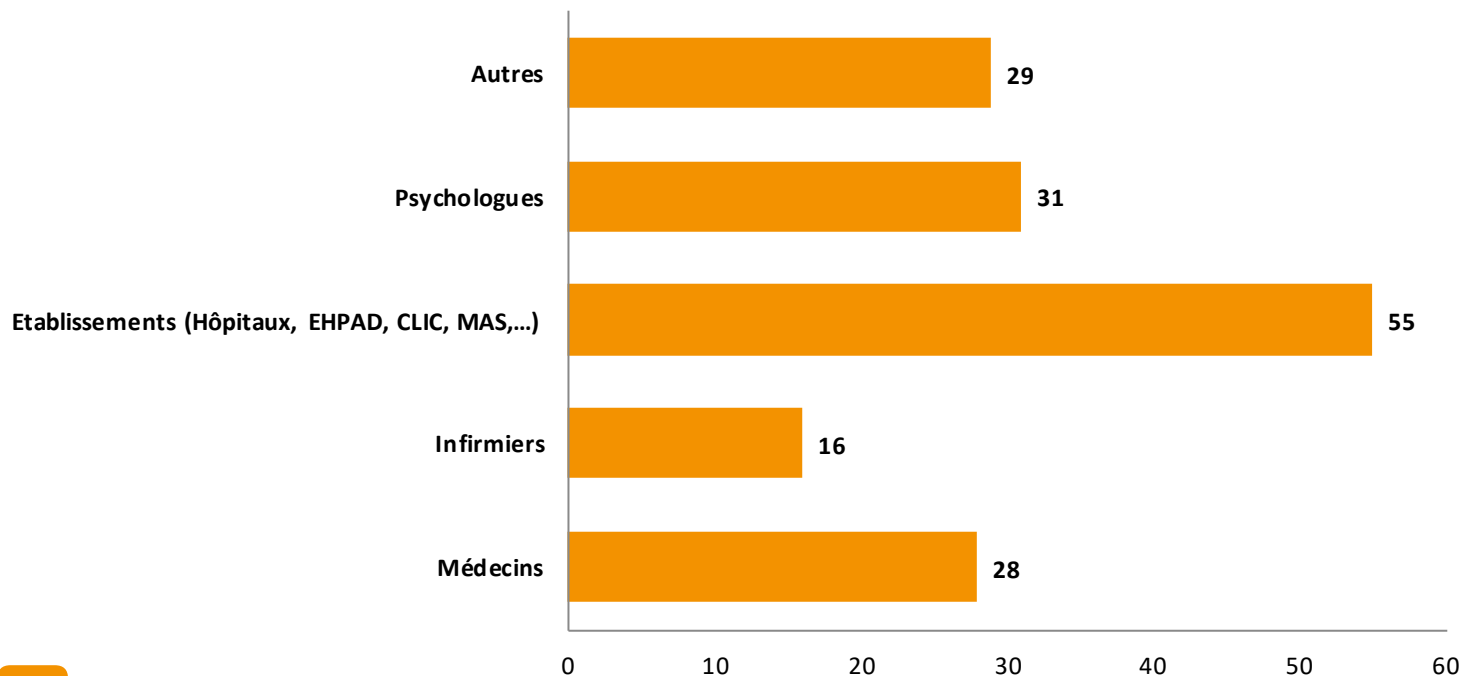
A ce titre, le réseau Osmose a perçu en 2018 des financements de :

- l'**Agence Régionale de Santé**, pour 897 490 € (fonctionnement général, Interventions en prévention-santé, PASS Ambulatoire),
- la **Conférence des Financeurs**, pour 21 500 € (projets « 4 en 1, ma santé enfin accessible » et « AIDA + APA, soutenir les aidants par l'activité physique adaptée »).



A dhérents

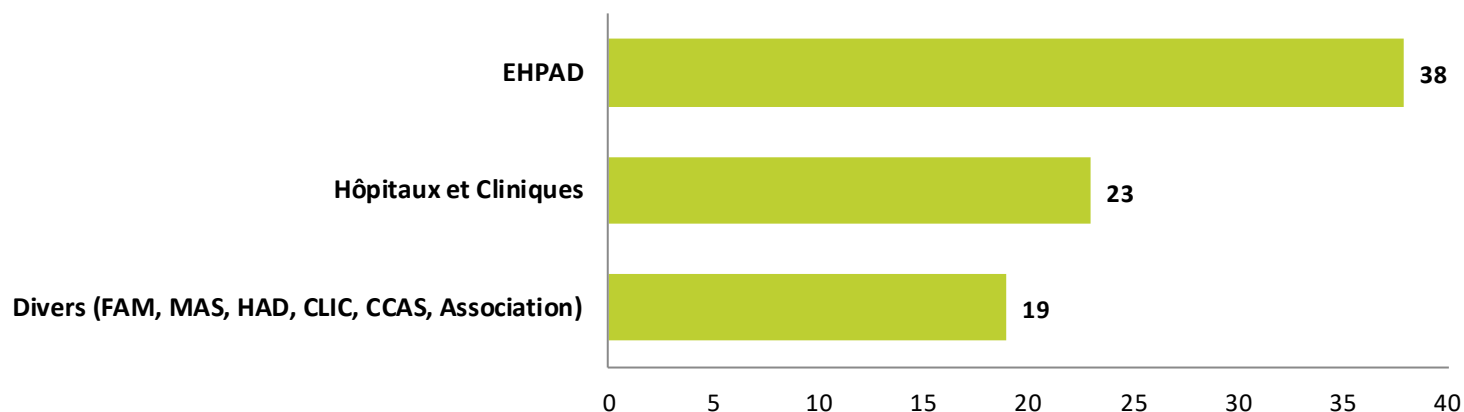
Au 31 décembre 2018, l'association Osmose regroupait **159 adhérents** à jour de leur cotisation.

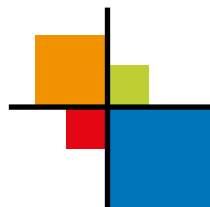


Signataires de la Convention Constitutive

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 2018, Osmose comptait **80 signataires** de cette Convention Constitutive, répartis comme suit :

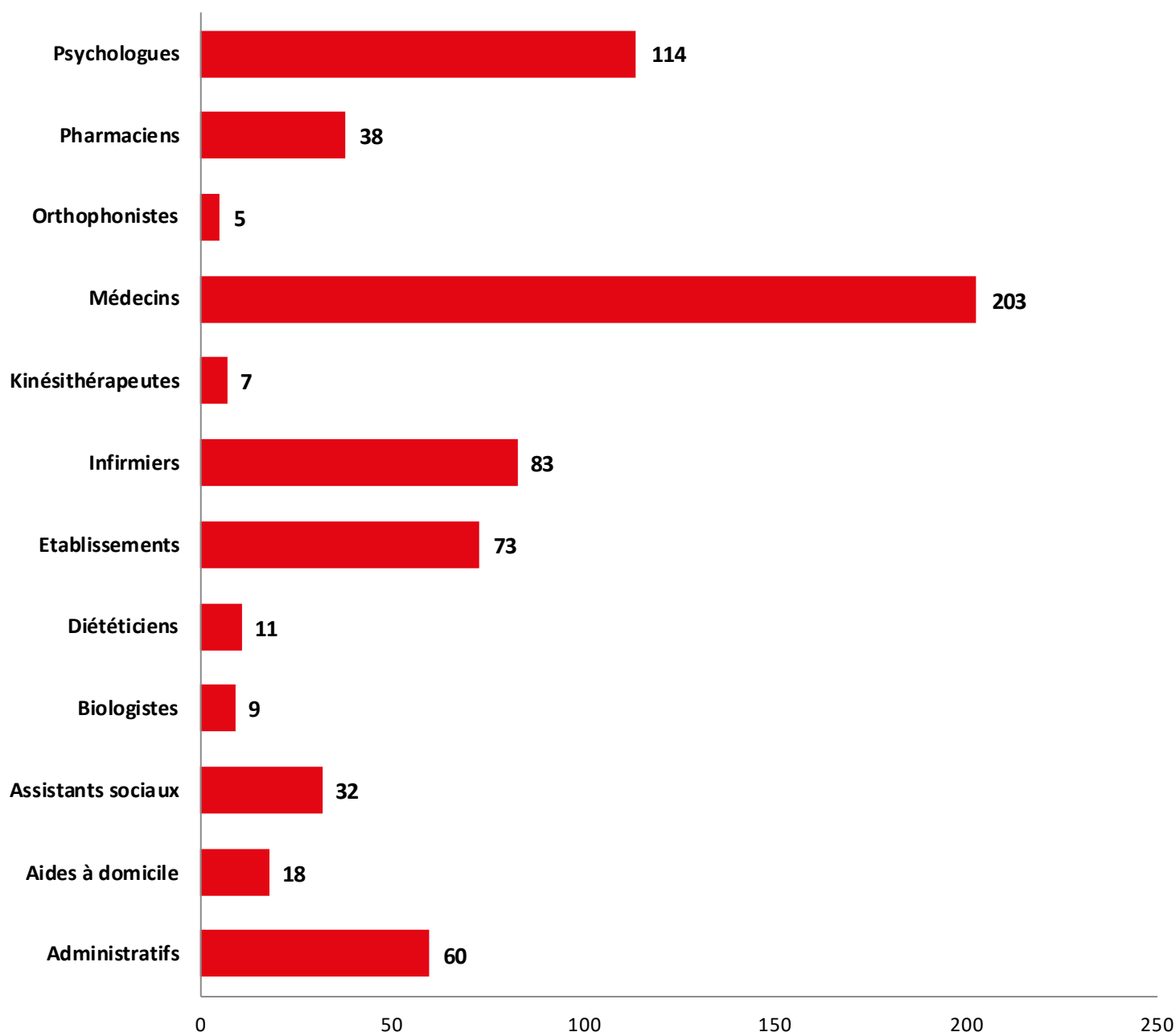


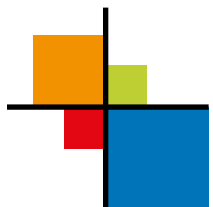


Signataires de la Charte de fonctionnement

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

Au 31 décembre 2018, Osmose comptait **653 signataires** de sa Charte de fonctionnement, répartis comme suit :

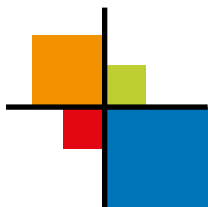




C Conseil d'Administration

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 10 avril 2018.

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

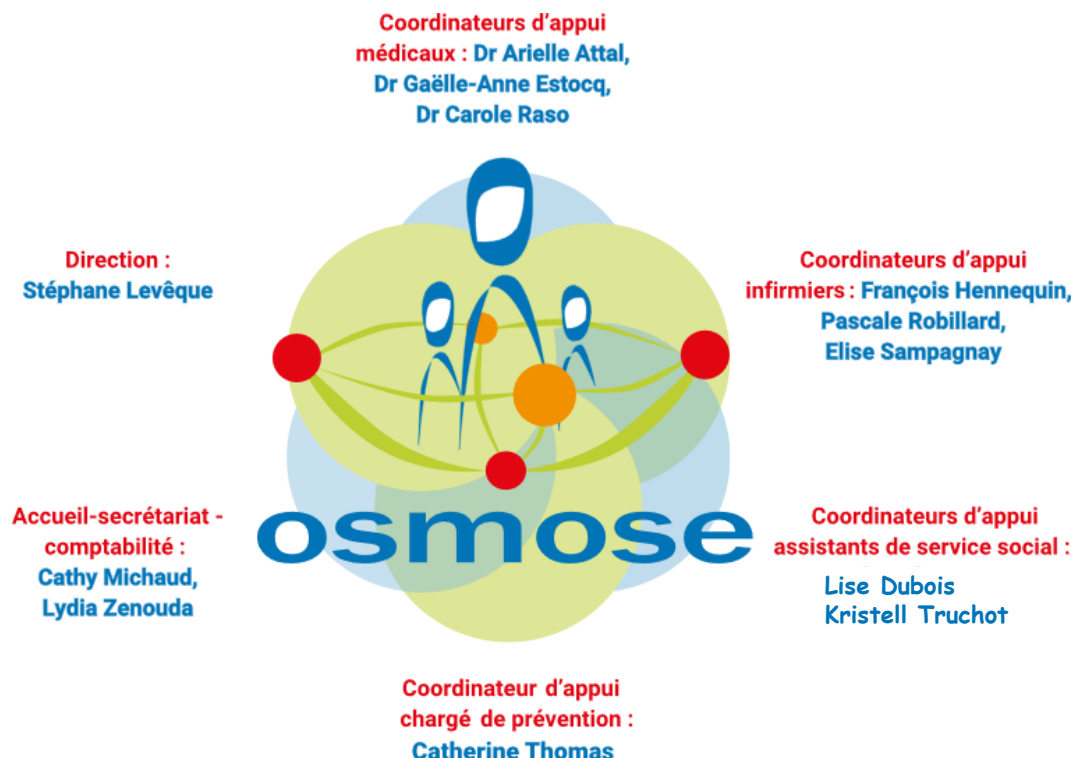


E quipe de coordination

L'équipe de coordination du réseau Osmose est composée de **12 personnes permanentes**, pour 10 Equivalents Temps Plein au 31/12/2018.

L'accompagnement proposé par le réseau Osmose se base sur un **principe de non-subsidarité**, 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 de permanents est complétée par des **internes de médecine** et/ou des **stagiaires**.



En 2018, **Marie-Laure Lacroix**, intervenante sociale, a assuré le remplacement temporaire de Sophie Alassimone, jusqu'à la prise de fonctions de **Kristell Truchot** en décembre. La mission de M-L Lacroix a été prolongée jusqu'en avril 2019 pour la mise en place de la PASS Ambulatoire.

Laura Piquion, interne de DESC de cancérologie ; **Amélie Ballet**, **Marie-Alice Géant**, **Amina Khetib**, **Anne-Charlotte Serre** et **Anaïs Ubelmann**, internes SASPAS, sont venues compléter l'équipe de permanents.



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



M odalités d'accompagnement

La coordination proposée par le réseau Osmose consiste à :

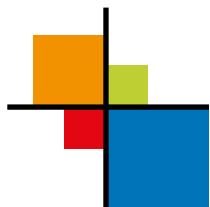
- écouter, conseiller et soutenir le patient et son entourage proche, tout au long du parcours de santé,
- évaluer les besoins du patient et de son entourage, notamment au domicile,
- élaborer les propositions d'un programme d'aide personnalisé,
- orienter le patient vers les intervenants adaptés à ses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



Cette coordination est réalisée :

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

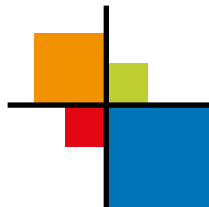
Cette signature représente une action administrative et une démarche psychologique qui peuvent prendre du temps à aboutir. C'est pourquoi, si un patient n'est pas (encore) signataire de ce document, Osmose peut intervenir pour lui, si tant est que celui-ci ait été informé des modalités d'actions du réseau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

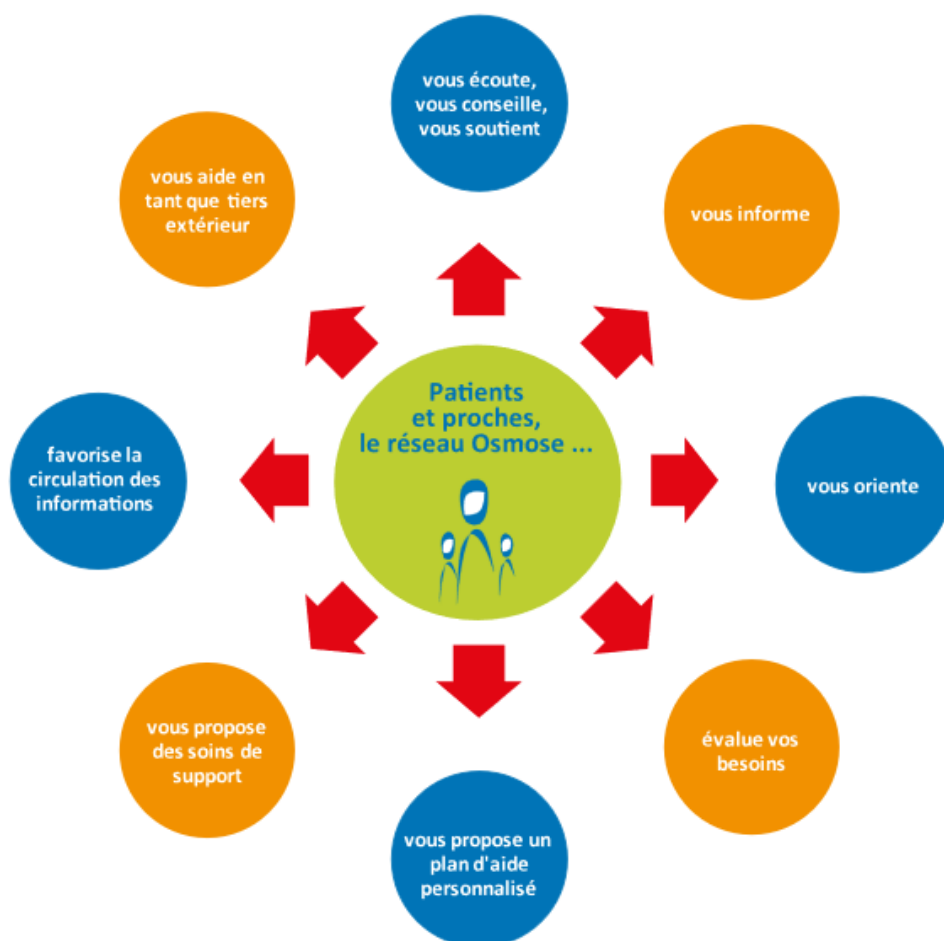


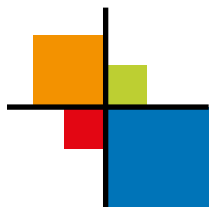


Services rendus aux patients et à leurs proches

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 de réflexion et d'échanges, ateliers d'activité physique adaptée, entretiens de fin de traitement),
- **favoriser la circulation de l'information** entre les différents intervenants de la prise en charge (fluidification de la communication, coordination des interventions, réduction des risques de ruptures dans 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,...).





P

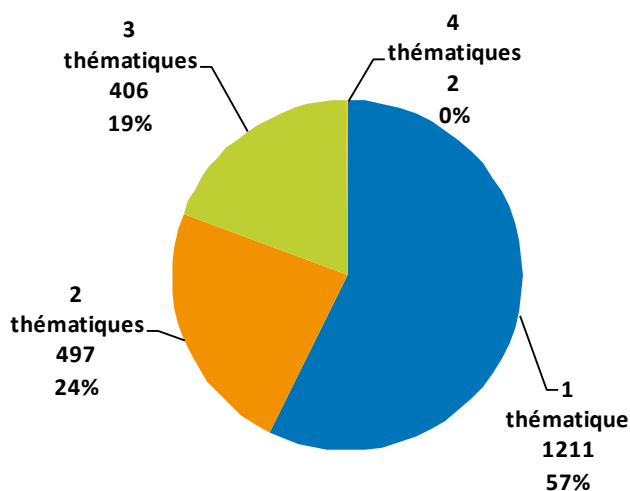
atients accompagnés en 2018

Au total et pour l'ensemble de son activité, sur l'année 2018, Osmose a été sollicité pour **2 116 patients**.

Sur ces 2 116 patients :

- **1 091** étaient atteints d'un cancer, soit 1 patient sur 2 (52 %),
- **1 349** étaient âgés de plus de 60 ans et en situation de dépendance, soit 2 patients sur 3 (64 %),
- **760** nécessitaient des soins palliatifs, soit 1 patient sur 3 (36 %),
- **231** personnes étaient en vulnérabilité d'accès aux soins, soit 11 % de l'effectif.

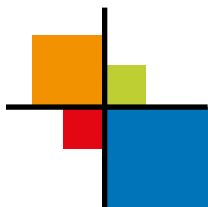
Sur les 2 116 patients accompagnés en 2018, **905 patients** (soit 43 % de l'effectif) étaient concernés par **2, 3 ou 4 thématiques** du réseau.



1 thématique	2 thématiques	3 thématiques	4 thématiques
Cancérologie = 422 patients Gérontologie = 579 patients Soins palliatifs = 29 patients Accès aux soins = 181 patients	C + G = 132 patients C + SP = 111 patients C + AS = 18 patients G + SP = 217 patients G + AS = 17 patients SP + AS = 2	C + G + SP = 395 patients C + G + AS = 7 patients C + SP + AS = 4 patients G + SP + AS = 0	C + G + SP + AS = 2 patients
1211 patients	497 patients	406 patients	2 patients

En plus des 2 116 patients dont le parcours de santé a été coordonné en 2018, les équipes du pôle Accès aux soins du réseau Osmose ont sensibilisé **2 018 personnes** en situations de vulnérabilité, pour lesquelles **1 183 entretiens individuels ont été réalisés** à l'occasion de **63 permanences santé + 158 participations** enregistrées à **12 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.

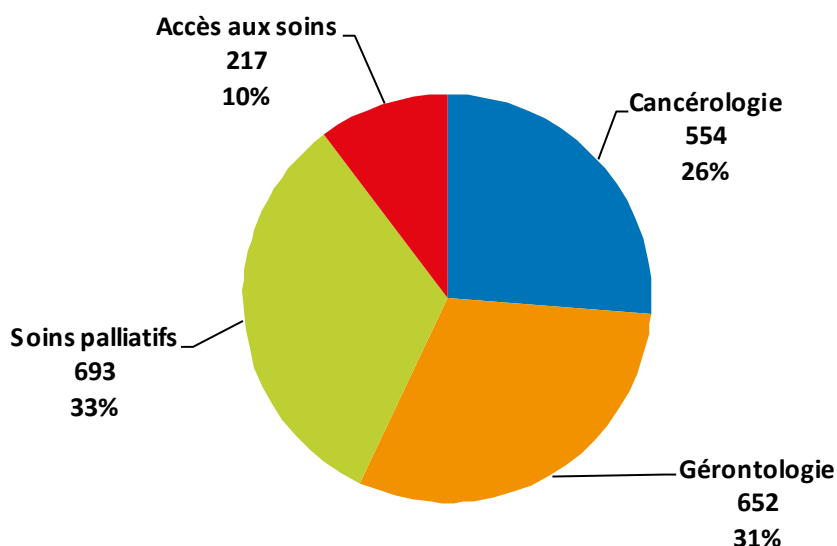
Au total donc, **4 134 usagers** (2 116 + 2 018) ont bénéficié des services du réseau Osmose en 2018.



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.

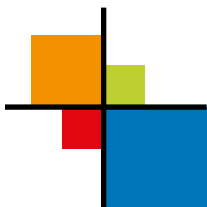
La répartition des patients accompagnés en 2018 par pôles de référence est la suivante :



Nouveaux patients de 2018

Sur les 2 116 patients accompagnés en 2018, **1 132 sont des nouveaux patients** de l'année 2018, soit une augmentation de 10 % de nouveaux patients par rapport à l'année 2017 (1 033 nouveaux patients). La répartition et l'évolution des nouveaux patients s'observe comme suit :

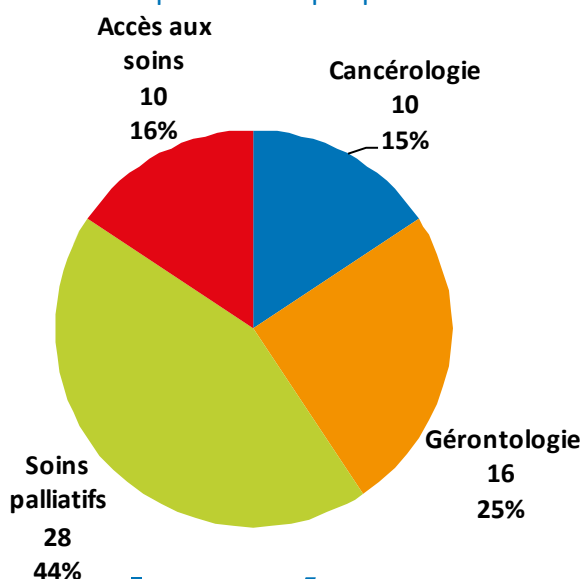
	Cancérologie	Gérontologie	Soins palliatifs	Accès aux soins
Nouveaux patients de 2018	210	316	430	176
Nouveaux patients de 2017	257	290	433	53
Evolution 2018 / 2017	- 18 %	+ 9 %	- 0,5 %	+ 232 %



File active quotidienne

Le nombre moyen de patients dans la file active quotidienne s'élève à **64 patients** (contre 58 en 2017), 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 nombreux dans la file active quotidienne, du fait de l'ouverture récente de cette activité. En revanche, ils nécessitent un accompagnement soutenu et très régulier, de nature identique, voire supérieure, à celui des patients relevant du pôle Soins palliatifs, qui représentent presque la moitié de la file active quotidienne et pour lesquels un accompagnement intensif et rapproché est nécessaire.

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



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 2 116 patients accompagnés en 2018, **1 239** étaient des patients inclus ayant signé le Document d'information des patients, soit 59 % de l'effectif (contre 55 % en 2017). En 2018, **555** patients ont signé ce document.



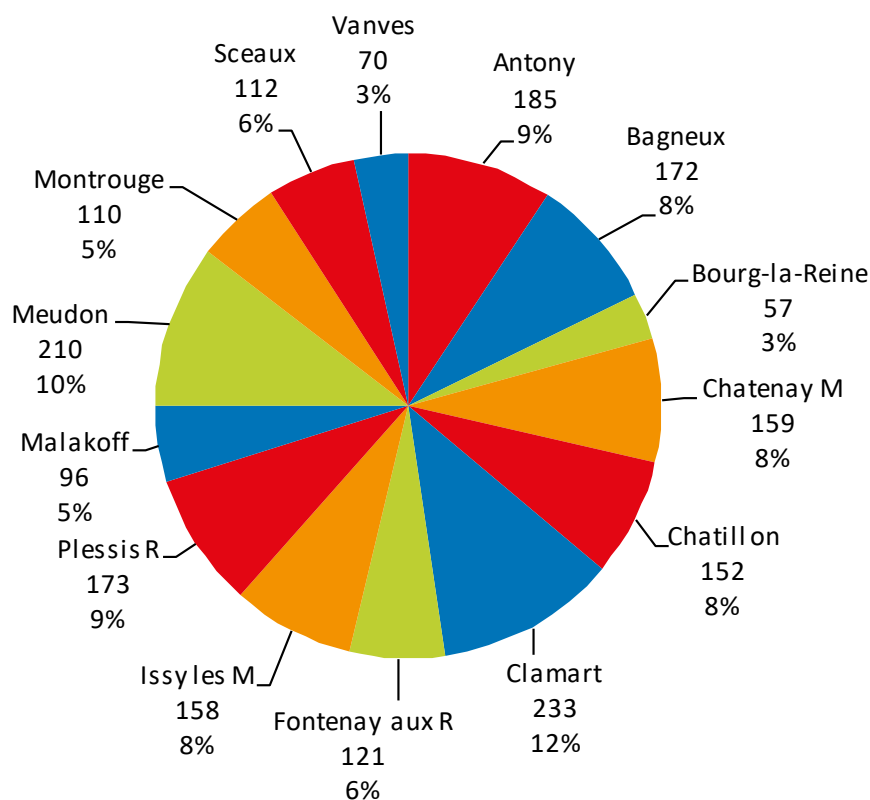
Domiciliation des patients

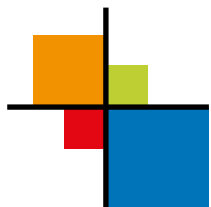
2 008 patients (soit 95 %) pour lesquels le réseau Osmose a été sollicité en 2018 étaient domiciliés dans une ville du territoire d'intervention du réseau. Tous les autres patients non domiciliés dans le sud du département des Hauts-de-Seine étaient néanmoins accompagnés par un établissement de ce territoire ou par un professionnel exerçant sur ce territoire. C'est à ce titre qu'ils étaient en lien avec le réseau et accompagnés par Osmose. Pour ces patients domiciliés hors de son territoire, l'intervention du réseau Osmose 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 108 patients hors zone d'intervention d'Osmose étaient domiciliés :

- dans une ville du département des Hauts-de-Seine autre que l'une des 14 villes du 92 sud, pour **36** d'entre-eux,
- dans un département d'Ile-de-France autre que les Hauts-de-Seine, pour **28** d'entre-eux,
- dans une autre région ou un autre pays, pour **27** d'entre-eux,
- pour **17** patients, l'adresse de domiciliation était inconnue.

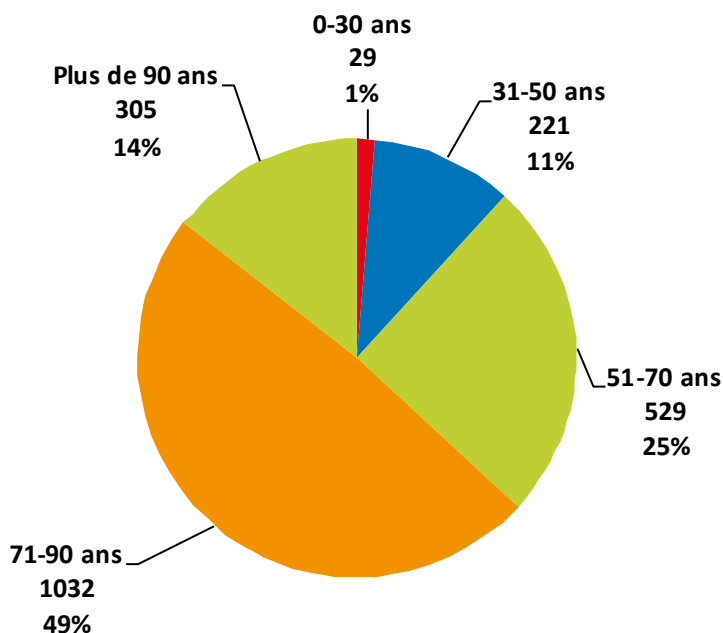
Les 2 008 patients domiciliés dans le territoire du sud des Hauts-de-Seine se répartissent sur les 14 villes de la manière suivante :





Age des patients

La moyenne d'âge des patients accompagnés par le réseau en 2018 est de **78 ans**.



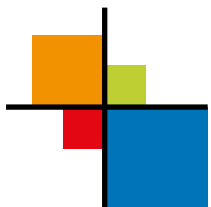
Orientation des patients

La part moyenne globale des orientations de patients vers le réseau Osmose émane **plus d'intervenants de ville que d'hôpital** (50 % / 40 %). A noter que 10 % des orientations vers le réseau proviennent directement de **patients eux-mêmes** ou de leur **entourage**.

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

Type d'orienteur	Global	Cancérologie	Gérontologie	Soins palliatifs	Accès aux soins
Professionnel de ville	50 %	27 %	64 %	50 %	89 %
Professionnel d'hôpital	40 %	62 %	23 %	41 %	7 %
Patient ou entourage	10 %	11 %	13 %	9 %	4 %





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 1 091 patients,
- une **maladie neurologique** pour 561 patients (dont une **démence** chez 344 d'entre-eux),
- une **maladie cardiovasculaire** pour 521 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 24 h / 24 et 7 j / 7, de 18 h 00 à 9 h 00 le lendemain matin en semaine et 24 h / 24 le week-end et les jours fériés. Cette astreinte permet la continuité des soins, une adaptation de la réponse médicale aux symptômes aigus, favorise la réassurance du patient et de ses proches, tout en tenant compte de son projet de vie, garantit la transmission efficace des informations médicales aux différents intervenants du patient, propose un interlocuteur médical de référence, a pour but de réduire les orientations vers les services d'urgence,...

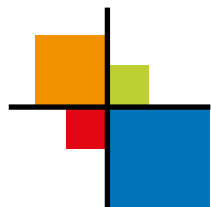
Au total, **12 médecins** assurent une semaine d'astreinte à tour de rôle. Chaque nuit et week-end d'astreinte, un total de **200 à 220 patients**, accompagnés soit par Osmose soit par Réseau Nord 92, sont intégrés à la file active des patients bénéficiaires de cette astreinte.

Pour les patients relevant du réseau Osmose, 272 appels ont été traités en 2018, pour une durée totale de **45 heures**, soit une moyenne de 10 minutes par appel. Ces 272 appels ont concerné **103 patients**, soit une moyenne de 2,6 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 2018, ce dispositif a été sollicité pour **8 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 2018, le réseau Osmose a enregistré **22 723 appels téléphoniques, mails, SMS et fax** de concertation et de coordination, entrants et sortants (contre 21 237 en 2017, soit une augmentation de 7 %) 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

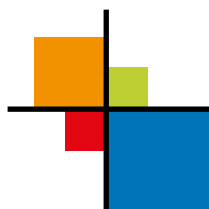
Rendez-vous au réseau - Visites d'évaluation au domicile - Réunions de concertation - Lieux de proximité

Au cours de l'année 2018, l'équipe de coordination du réseau Osmose a organisé ou a participé à **1 109 rendez-vous** concernant **720 patients** :

- 384 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,
- 470 visites d'évaluation au domicile des patients,
- 176 rendez-vous au domicile ou dans les locaux du réseau dans le cadre du Programme AIDA,
- 79 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 **1 663 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 2018 a cumulé un total de **6 654 heures du temps de l'équipe de coordination** du réseau.

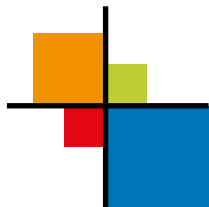


Fiche de synthèse patients

Depuis janvier 2018, une fiche synthétique de la situation globale des patients accompagnés par le réseau Osmose a été créée et est renseignée par l'équipe de coordination du réseau. Cette fiche de synthèse a pour objectif de rendre lisible très rapidement aux intervenants du réseau la situation médicale et psycho-sociale des patients, ainsi que leur degré de complexité.

Cette fiche de synthèse est informatisée et intégrée au Dossier de coordination du réseau.

SITUATION GLOBALE DU PATIENT				
Médical :				
0				Etat clinique
0				Projet de soins
			3	Perte d'autonomie et durée prévisible
0				Problématique psychique / psychiatrique
			2	Suivi médico psycho social
			1	Adhésion au projet thérapeutique
0				Soignants de proximité
Psycho-social :				
0				Comportement général
0				Addiction(s) (alcool, drogues, jeux)
			3	Autonomie et vie sociale
0				Gestion du quotidien (hygiène / entretien du domicile / courses / repas / administratif)
			2	Environnement / habitat
0				Présence au domicile
			3	Entourage familial, amical et voisinage
0				Couverture sociale
			1	Moyens financiers
0				Vie professionnelle et maladie
			1	Personne(s) à charge du patient, au quotidien et / ou financière et / ou juridique
			3	Niveau de besoin du patient
			3	Priorité VAD
Warnings :				
+	Type	Début	Fin	Précision
M				
-				



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. Pour ce faire, ce programme s'appuie sur une prise en charge individualisée au domicile pour accompagner l'aidant à faire face à son quotidien. Au total, 6 séquences d'1h30 sont réalisées ; personnalisées, elles répondent aux problématiques de l'aidant, 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 2018 :

- **35 orientations** d'aidants vers le Programme AIDA ont été enregistrées,
- **32 aidants ont été inclus** dans le Programme,
- **101 aidants ont été accompagnés**,
- **218 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 2017 du Prix B2V - Solidarité Prévention Autonomie**, du Groupe B2V.

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

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

Information aux aidants

avec le soutien de

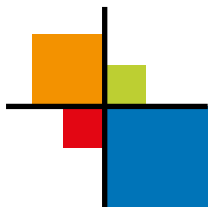
B2V Groupe Retraite Prévoyance
Cnav
Assurance Retraite de France
ars

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



Pour plus d'information :

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



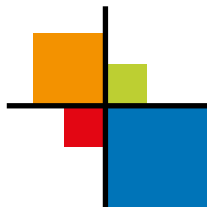
Soins de support

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.

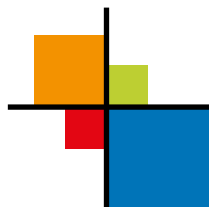


Soins de support

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

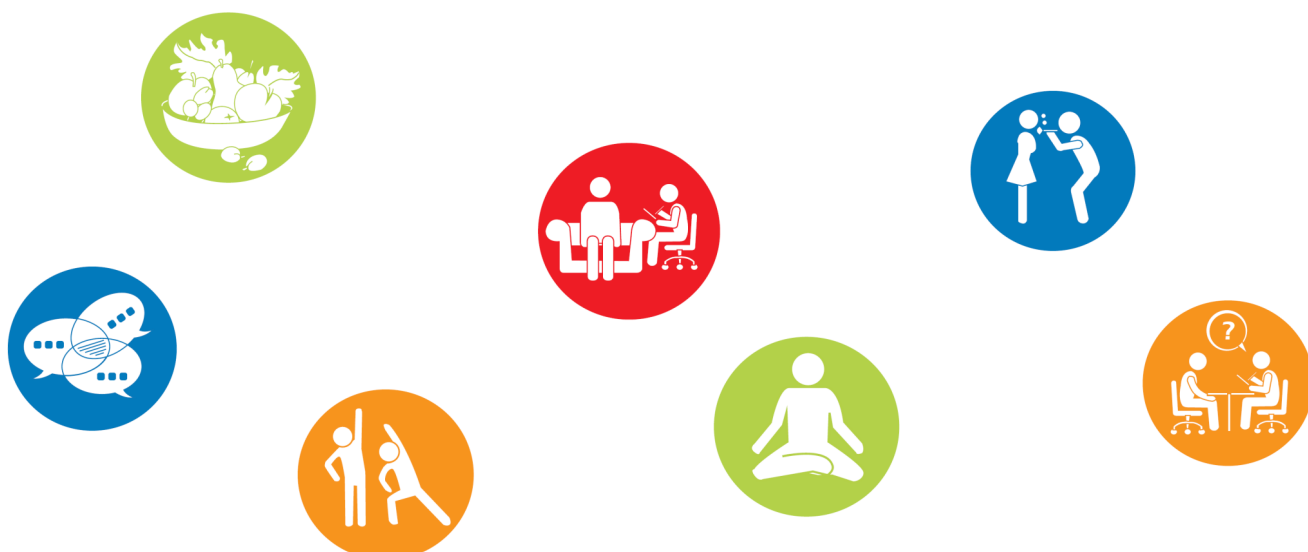


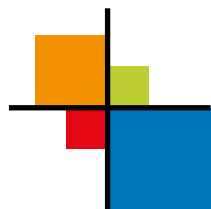


Soins de support

En 2018, 1 790 participations ont été enregistrées aux 1 385 actes, entretiens, consultations ou ateliers de soins de support réalisés au bénéfice de 495 patients ou entourages.

Soins de support	Nombre d'actes réalisés	Nombre de participations enregistrées	Nombre de bénéficiaires
Activité Physique Adaptée	28 ateliers	223	75
Diététique	42 consultations	42	42
Entretien de fin de traitement	4 entretiens	4	4
Relaxation	35 ateliers	245	96
Socio-esthétique	223 consultations	223	197
Soutien psychologique	1 053 consultations	1 053	207
TOTAL	63 ateliers collectifs + 1322 rendez-vous individuels	1 790 participations	621 bénéficiaires, dont 495 personnes différentes (une même personne pouvant bénéficier de plusieurs types de soins de support)



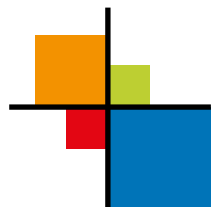


Permanences et Ateliers d'information prévention santé

En 2018, le Pôle Accès aux Soins du réseau a renforcé ses permanences d'informations prévention santé existantes et développé ses partenariats et les actions collectives. Nos interventions 2018 se déclinent comme suit :

Types d'interventions	Partenaire - Lieu	Nombre d'interventions	Nombre de rencontres
Permanences d'information prévention santé	Restos du Cœur (5 antennes)	48	1030
	Secours Populaire (2 comités)	10	101
	Secours Catholique (1 antenne)	3	33
	CMS Fontenay-aux-Roses et Mutualité Française	2	19
Ateliers collectifs	Adoma	5	44
	Femmes Relais d'Antony	4	68
	ARPE	1	22
	Vision Solidev	1	16
	CADA Châtillon	1	8
Accompagnement méthodologique des professionnels	CMS Fontenay-aux-Roses	3	2
	Infirmierie scolaire Châtenay- Malabry	1	2
	CADA Châtillon	1	2
Rencontres partenariales pour projets 2019	CMS Issy-les-Moulineaux	1	3
	Mairie et Collège Châtenay- Malabry	1	2
	CeGGID	1	3
	SAVS Sceaux	3	6
	APEI Sceaux	1	2
	CAR-IFAC Antony	1	5
	Epicerie solidaire Bol d'Air Châtenay-Malabry	1	2
	Epicerie solidaire Issy-les- Moulineaux	1	2
Ateliers relaxation	2	1	

L'objectif principal de ces temps collectifs est de permettre de repérer des personnes en difficulté d'accès aux soins, notamment par une démarche d'aller-vers, en vue d'enclencher avec elles leur inscription dans un parcours de santé.



Permanences et Ateliers d'information prévention santé

« **Repérer** » c'est rencontrer, être alerté, échanger, communiquer, se déplacer.

« **Aller-vers** » c'est se rendre sur les lieux de vie et de proximité, auprès des personnes et des professionnels au contact du public en situation de précarité.

« **La précarité** » c'est, entre autre, la vulnérabilité sanitaire, sociale, familiale, financière, environnementale, culturelle.

« **Informier** » ce n'est pas uniquement donner des informations, car il ne suffit pas de savoir pour agir sur sa santé. C'est aussi renforcer des savoir-faire et des savoir-être. Comprendre et faire émerger les représentations que les personnes ont de leurs difficultés, des soins, du milieu médical et entendre leurs priorités de vie (de survie pour certains).

« **Ecouter** » c'est prendre le temps de comprendre la personne dans sa globalité, d'identifier avec elle les différents facteurs qui influencent sa vie et ses décisions afin de trouver la réponse la plus adaptée et d'identifier les professionnels qui pourront accompagner la prise en charge.

« **Respecter** » c'est partir de ce qu'est la personne, de ce qu'elle nous dit d'elle, sans jugement, sans idée reçue, sans être dans l'injonction, la moralisation ou la culpabilisation.

Les actions collectives du Pôle Accès aux Soins permettent donc cette rencontre entre des professionnels et le public, en vue d'impulser des démarches de soins et faciliter les parcours de santé par un accompagnement individuel.

Focus sur un atelier santé

Après avoir été interpellé par une structure (par exemple une association de quartier) sur un besoin d'information santé auprès de son public, nous nous rencontrons afin d'échanger sur leurs attentes et demandes.

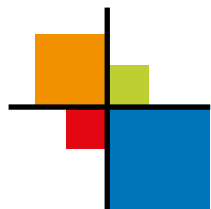
Nous fixons ensemble des objectifs et la stratégie à mener pour les atteindre.

Nous planifions ensuite les différents étapes :

- Un temps d'échange/formation avec les professionnels encadrants dans le but de développer un langage commun et d'échanger sur les valeurs et l'éthique lors des interventions.
- Le temps des interventions auprès du public.
- Un temps d'évaluation en commun avec la structure partenaire.

Les professionnels de la structure demandeuse sont présents lors des animations des ateliers car ils sont ceux qui connaissent le mieux le public, ils sont le fil rouge qui fait du lien tout au long des ateliers. Ils peuvent également reprendre certains des aspects exprimés par les personnes en dehors des ateliers et ils peuvent animer par la suite ces ateliers, sans l'intervention du réseau Osrose.





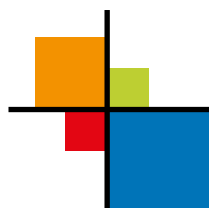
Permanences et Ateliers d'information prévention

Les ateliers santé sont animés grâce à des techniques d'animation et des outils pédagogiques ludiques, variés et adaptés au public et à la thématique. Ils doivent permettre des échanges et l'expression libre et respectée des arguments des personnes. Plus précisément, lorsque nous abordons l'alimentation, nous prenons soin de parler de ses différentes dimensions : besoin vital, physique, mais aussi aspect plaisir, convivial et consolation des aliments. Il ne s'agit pas d'imposer un discours « tout fait » sur l'équilibre alimentaire, d'autant plus auprès de personnes qui n'ont pas les ressources financières pour varier leur alimentation, la cuisiner parfois, ni toujours les mêmes bases culturelles. Nous échangeons sur les plats qui font plaisir, sur ce dont le corps a besoin pour fonctionner au mieux, sur la manière de choisir un aliment plutôt qu'un autre en fonction de sa composition (comment lire et comprendre les étiquettes sur les boîtes d'emballage). Nous goûtons également des aliments afin d'identifier les différents saveurs. Autour d'un moment convivial, les échanges entre les personnes sur des « trucs et astuces » de chacun permettent de conclure et d'ancrer ce moment.

La présence des professionnels encadrants est alors essentielle pour la suite de ces temps de rencontre si les personnes ont besoin d'informations supplémentaires. Ils peuvent nous interpeller à nouveau pour orienter les personnes si besoin.

Renforcement partenarial

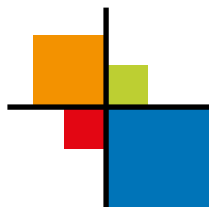
Les permanences d'information prévention santé, les ateliers collectifs, l'accompagnement méthodologique des professionnels et le suivi individuel des patients a, par ailleurs, permis en 2018 d'initier ou de renforcer des partenariats divers, notamment avec les Centres Municipaux de Santé de Malakoff, Bagneux, Fontenay-aux-Roses, Issy-les-Moulineaux ; l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité ; la Fondation Sanofi Espoir ; les Réseaux de santé Asdes et 92 Nord ; la Mutualité Française Ile-de-France ; l'association Vision Solidev, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,...



Patients sortis du réseau

Au cours de l'année 2018, **1 182 patients ont été sortis du réseau**, soit 56 % des patients pour lesquels le réseau a été sollicité. La **fin de prise en charge** (pour 45 % des patients sortis) et le **décès** (32 %) constituent la majorité des motifs de sortie du réseau. Les autres causes de sortie du réseau sont, par ordre de survenue :

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



E xemples d'accompagnement

Thématiques principales : Gérontologie et Accès aux soins

Monsieur C. - Châtenay-Malabry

Contexte

C'est à la demande du frère de Mr C. que le réseau a été sollicité en octobre 2018.

En effet, Mr C., âgé de 70 ans, a été hospitalisé d'août à septembre 2018 pour dénutrition profonde avec altération de l'état général, dans un contexte d'alcoolisation et de dépenses inconsidérées en lien avec des achats compulsifs.

Dès le retour au domicile de Mr C., en attendant qu'un tuteur soit nommé, les frères et sœurs de Monsieur lui ont confisqué tout moyen de paiement, afin de contrôler ses dépenses et sa consommation d'alcool et de tabac.

Mr C. est célibataire sans enfants.

Il a travaillé comme comptable et chef magasinier. Il a interrompu toute activité professionnelle depuis 1992 suite à un licenciement économique, puis il s'est occupé de sa mère jusqu'à son décès en 1994.

Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

16 octobre 2018

Durée de l'accompagnement : **143 jours**

(accompagnement toujours en cours)

Nombre de visite au domicile : **1**

Durée de la visite au domicile : **1 heure 30**

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **40**

Durée cumulée des appels de coordination : **4 heures et 37 minutes**

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

Le réseau a alors effectué une visite d'évaluation au domicile avec un médecin et une assistante sociale.

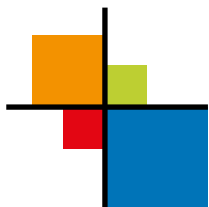
Visite d'évaluation au domicile

La visite a lieu en présence d'un frère, une sœur et un beau-frère.

Aides en place :

- Une tutelle récente
- Les frères et sœurs se relaient pour faire les courses et préparer les repas, le temps que les aides soient mises en place.

Mr C. nous accueille chaleureusement. Il tient un discours cohérent. Il évoque ses problèmes d'addiction avec une certaine lucidité. Actuellement, il est sevré sur le plan de l'alcool, du tabac et des jeux car il n'a plus de moyens financiers. Mais il reconnaît volontiers que s'il avait les moyens, il serait tenté de « replonger ».



E

xemples d'accompagnement

Thématiques principales : Gérontologie et Accès aux soins

Il informe qu'il a arrêté de prendre tous ses médicaments, alors qu'il présente des pathologies cardiaques. En effet, il n'est pas retourné voir son médecin traitant comme convenu à la sortie de l'hôpital.

Il reconnaît qu'il a le moral fluctuant, qu'il a des idées noires et qu'il a besoin d'être stimulé.

Mr C. accepte d'être examiné sans problème. Il présente une hypertension avec une accélération du rythme cardiaque. Ce qui n'est pas étonnant compte-tenu de l'arrêt intempestif des médicaments. D'autre part, nous avons décelé une lésion cutanée dorsale qui n'a jamais été explorée.

D'autre part Mr C. est amaigri et présente un mauvais état buccodentaire. Il marche correctement sans troubles de l'équilibre et est autonome pour tous les actes de la vie quotidienne.

Propositions du réseau

- Reprise d'un suivi médical avec le médecin traitant et réintroduction des médicaments,
- Une fois les traitements réintroduits, mise en place d'un suivi infirmier pour superviser la prise des médicaments,
- Reprise du suivi cardiologique,
- Avis dermatologique en lien avec la découverte de la lésion cutanée,
- Accompagnement vers un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie),
- Soins dentaires, après renseignements sur le remboursement par sa mutuelle,
- Mise en place d'un portage des repas et d'une aide-ménagère.

Mr C. semble favorable à toutes les propositions, mais il a besoin d'une stimulation et d'un accompagnement pour se rendre à ses RDV médicaux.

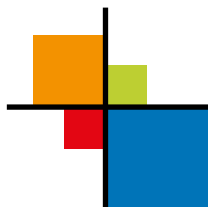
Suivi

Un travail de coordination se met en place :

- Le réseau a fait le lien avec le médecin traitant, a fixé un RDV et a organisé l'accompagnement au RDV. Puis le médecin traitant a communiqué au réseau les prises de RDV nécessaires chez les spécialistes, afin que le réseau puisse organiser l'accompagnement physique,
- Un RDV avec un CSAPA est pris. Mr C. sera accueilli par une infirmière de la structure. Un accompagnement physique au rendez-vous sera organisé par le réseau,
- Un lien est fait avec la tutrice, pour la mise en place d'un portage des repas et d'une aide au domicile.

Apports du réseau

- ◇ Evaluation des besoins, tant sur la santé que sur la mise en place des aides,
- ◇ Accompagnement de Mr C. vers un parcours de santé,
- ◇ Prévention,
- ◇ Soutien renforcé et accompagnement physique vers les soins,
- ◇ Appui aux professionnels,
- ◇ Suivi rapproché.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Social

Eléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

14 février 2018

Durée de l'accompagnement : **387 jours**

(accompagnement toujours en cours)

Nombre de visites d'évaluation au domicile : **6**

Nombre de réunion avec intervenants référents : **1**

Durée totale des visites au domicile et réunions : **6 heures et 30 minutes**

heures et 30 minutes

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **87**

Durée cumulée des appels de coordination : **4 heures et 50 minutes**

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

Madame M. - Châtillon

Contexte

Mme M. âgée de 80 ans est veuve. Elle a 6 enfants. Elle est de nationalité Algérienne.

Nous accompagnons Mme M. dans le cadre du pôle gérontologie/accès aux soins du réseau Osmose.

Mme est propriétaire de son logement. Elle est retraitée.

Mme M. héberge son fils à son domicile qui s'occupe d'elle au quotidien.

Mme M. n'aurait jamais eu de suivi social.

Motifs de l'intervention du réseau

Le réseau Osmose est interpellé par le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) du lieu de résidence de Madame pour une visite d'évaluation médicale dans un premier temps. L'infirmière coordinatrice nous informe que Mme était douloureuse au moment de la toilette et de la mobilisation.

Par ailleurs, il y aurait une notion de négligence de la part du fils de Mme vivant à son domicile.

L'infirmière coordinatrice du SSIAD nous demande d'attendre l'appel du fils pour l'intervention du réseau.

Le fils nous contacte quelques jours plus tard pour une évaluation sociale auprès de sa mère.

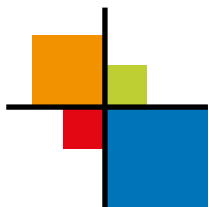
Mr nous fait part que sa mère n'a plus de carte de « résident Algérien ». Par conséquent, il ne peut pas faire de demande de dossier d'aide pour avoir des aides au domicile. Il ne souhaite pas d'évaluation médicale dans un premier temps.

Visites d'évaluation au domicile

Nous avons rencontré à plusieurs reprises Mme M. et son fils.

Mme M. est atteinte d'une maladie neurodégénérative. Mme s'exprime essentiellement par des sons ou quelques mots en arabe. Elle ne parlerait plus la langue Française.

Le fils de Mme aurait fait le choix de vivre au domicile de sa mère pour l'aider au quotidien. Mr M. est marié et a des enfants. Il n'est donc plus au domicile conjugal. Mr est bénéficiaire du Revenu de Solidarité Actif (RSA). Il rencontrerait des difficultés à se rendre à ses rendez-vous auprès du chargé insertion RSA.



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Social

Mme M. a toujours bénéficié d'une carte de « résident Algérien », mais celle-ci n'est plus valable depuis octobre 2014. Au regard de son état de santé en 2014, Mme n'aurait pas été en capacité de la renouveler. Cela fait donc 4 ans que Mme n'a plus de carte de résident.

Aides activées au domicile : SSIAD, du lundi au vendredi pour soins de nursing, prise de médicaments et aide à la toilette ; le week-end, c'est sa belle-fille, l'épouse de Monsieur, qui vient faire la toilette de Mme M. ; pas de possibilité de faire un dossier d'Allocation Personnalisée Autonomie pour avoir de l'aide au domicile (car la carte de résident de Mme M. n'est plus valide).

Lors des visites d'évaluation au domicile, l'assistante sociale du réseau a pu constater que Mme était douloureuse lors des mobilisations et de la toilette (cris, visage crispé,...)

Proposition du réseau/actions :

- Aider Mr M. et sa maman dans les démarches d'obtention d'un nouveau titre de séjour pour Mme M.,
- Instruire un dossier d'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) en indiquant que Mme est dans l'attente de son renouvellement de titre de séjour,
- Contacter le SSIAD pour un passage le week-end,
- Contacter le référent insertion de Mr M. pour l'informer de la situation et éviter toute suspension de droit,
- Organiser un soutien psychologique pour Mr M.

Carte de résident

Afin d'accompagner Mr et sa mère dans le renouvellement de la carte de résident, nous les avons rencontrés à plusieurs reprises pour réunir tous les documents nécessaires à l'instruction de la demande.

Nous avons contacté la préfecture afin de savoir si le fils de Mme pouvait lui-même venir déposer le dossier auprès de la préfecture car Mme n'était pas en capacité de se déplacer. Nous avons obtenu leur accord. Mr devait fournir un certificat médical mentionnant que sa mère n'était pas en capacité de se déplacer.

Afin de prouver que Mme était restée sur le territoire français de 2014 à 2018, nous avons contacté la CPAM pour obtenir tous les avis de remboursements de soins sur ces quatre années.

Passeport

Monsieur nous a confié lors de nos visites au domicile qu'il aurait aimé emmener sa mère en Algérie en vacances. Nous avons émis des réserves médicales sur la possibilité de sa mère à voyager. Toutefois, nous avons contacté le consulat d'Algérie afin de connaître les démarches pour faire un passeport Algérien.

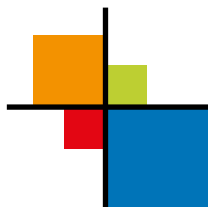
Afin de pouvoir faire la demande de documents nécessaires sur le site du consulat, nous avons accompagné le fils de Mme M. dans la création d'une adresse mail. Puis nous avons fait la demande informatiquement avec lui.

Instruction du dossier APA

Afin de soulager Mr M. dans la prise en charge de sa mère et pour qu'il puisse retrouver du travail, nous avons instruit une demande d'APA pour mettre des aides en place au domicile.

Mme M. a été évaluée GIR 1 par les référents APA du département. Elle a pu bénéficier d'une aide à la toilette le week-end.

Le fils devrait de nouveau faire appel au travailleur social de l'APA pour la mise en place d'une aide à domicile la semaine, ce qui lui permettrait d'être libéré pour sa recherche d'emploi.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Social

Accompagnement vers la mise en place d'une mesure de protection juridique

Le fils nous a informés qu'il n'avait pas procuration sur les comptes de placement de sa mère. Aucun membre de la famille n'aurait procuration.

Afin de pouvoir payer les aides à domicile, Mme M. n'aura peut-être pas assez d'argent sur son compte. Quand elle pouvait encore donner son avis, Mme aurait confié à son fils qu'elle ne souhaitait pas bénéficier de l'Allocation Solidarité aux Personnes Agées, car il y a une récupération sur succession.

Cependant, son fils ne peut pas faire de transfert d'argent de ses comptes de placement à son compte courant car il n'a pas procuration.

Nous avons conseillé à Mr de faire un conseil de famille pour proposer à ses frères et sœurs de faire une demande de mise sous protection juridique (soit une habilitation familiale, si tous les frères et sœurs sont d'accord ; soit une mesure de tutelle).

SSIAD

Monsieur nous a fait part de la difficulté de la prise en charge de sa mère. En effet, le week-end, c'est l'épouse de Monsieur M. qui vient faire la toilette de Mme M. Lorsqu'elle s'absente, notamment pour partir en vacances en Algérie, Mme ne bénéficie pas de toilette le week-end.

Nous avons proposé au SSIAD d'intervenir le week-end pour la prise en charge de la toilette et des médicaments. Le SSIAD n'avait pas de place pour la toilette ; nous avons demandé une prise en charge par l'APA. Toutefois, le SSIAD intervient pour l'administration des médicaments et les soins de nursing.

Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)

Il a été proposé la mise en place de l'ESA. Une psychomotricienne devrait intervenir prochainement pour une stimulation multi-sensorielle auprès de Mme M.

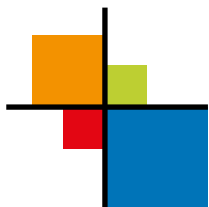
Accompagnement global

Dans le cadre d'une prise en charge globale de la situation, nous avons proposé de nous mettre en contact avec le référent insertion de Mr M. afin qu'il ne perde pas ses droits lorsqu'il ne pouvait pas se rendre aux différents rendez-vous. Avec l'accord de Monsieur, nous avons pris contact avec son référent pour exposer la situation, ce qui permettra à Monsieur d'être plus serein sur la continuité de ses droits.

Le SSIAD nous avait fait part d'une potentielle négligence du fils envers sa maman et peut être de problèmes d'addiction à l'alcool. Les différents professionnels du domicile n'ont pas fait ce constat (pédicure, médecin traitant, travailleurs sociaux APA, professionnel du réseau...). Nous avons pu en discuter avec Monsieur qui nous a fait part surtout d'un grand état de fatigue. Nous avons proposé un soutien psychologique afin de soutenir Monsieur dans cette période difficile et l'augmentation des aides à domicile (sous réserve que Mme puisse les financer). Le médecin coordinateur du réseau a également proposé de mettre en place un séjour de répit quand le fils en ressentirait le besoin.

Différents professionnels avaient également évoqué des problèmes de douleur de Mme M. lors des mobilisations. Le médecin traitant, en collaboration avec le médecin coordinateur du réseau, a adapté les traitements.

Nous restons en contact permanent avec Mr M. afin de pouvoir répondre à toutes ses questions d'ordre médico-psycho-sociales concernant sa mère.



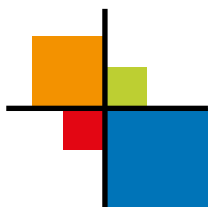
E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Social

Apports du réseau

- ◇ Mise en place d'aides au domicile et augmentation des aides existantes (APA, SSIAD, ESA, proposition de séjour de répit),
- ◇ Obtention d'une carte de résident de 10 ans pour Mme M.,
- ◇ Obtention d'un passeport pour Mme M.,
- ◇ Proposition d'un soutien psychologique,
- ◇ Ajustement du traitement antidouleurs,
- ◇ Mise en lien et soutien auprès du référent RSA,
- ◇ Aide à la réflexion sur la mise en place d'une demande de protection juridique.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Accès aux soins

Monsieur L. - Montrouge

Contexte

Appel d'un ami de Monsieur L., sur les conseils de son médecin traitant qui collabore régulièrement avec le réseau Osmose.

Monsieur L. a très mal à la jambe. Son ami l'a amené aux urgences d'un hôpital du secteur qui l'aurait très mal accueilli. Monsieur est donc reparti sans consultation ni soins.

Monsieur L. a 53 ans. Il était artisan-peintre à son compte il y a encore 2-3 ans. Ses soucis de santé ont débuté (douleurs insupportables dans les jambes), les charges se sont accumulées, ce qui l'a empêché de continuer son activité.

Sur le plan médical : Monsieur L. n'a pas consulté de médecin depuis plus de 30 ans ; consommation de cigarettes : 2 paquets par jour depuis l'âge de 13 ans.

Sur le plan social : Monsieur L. n'a pas de droits ouverts au RSA ni de droits à l'assurance maladie à jour. Il n'a plus de logement. Il vit dans une chambre d'hôtel louée au mois par un ami.

Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

10 septembre 2018

Durée de l'accompagnement :

179 jours

(accompagnement toujours en cours)

Nombre de rendez-vous d'accompagnement vers les soins :

2

Durée totale des rendez-vous :

3 heures

Nombre d'appels téléphonique de coordination :

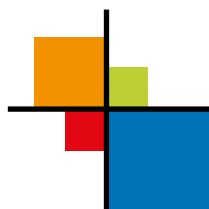
63

Durée cumulée des appels de coordination :

7 heures et 44 minutes

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient :

2



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Accès aux soins

Propositions du réseau

- Orientation vers la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de l'hôpital de son secteur ; prise de contact avec le service et guidage de Monsieur L. et son ami,
- Coordination avec l'Assistante de Service Social des Urgences et de la PASS pour la réouverture des droits à l'assurance maladie de Monsieur,
- Orientation vers le Centre Communal d'Action Sociale pour l'ouverture des autres droits (RSA, aides au logement,...).

Suivi

Suite à l'orientation insistante vers les Urgences, Monsieur L. a été pris en charge médicalement et à temps.

Son retour dans un parcours de soins a nécessité un suivi rapproché par le pôle Accès aux soins du réseau.

Après son opération en urgence au niveau de la carotide droite qui était bouchée, il a été diagnostiqué une obstruction des artères fémorales.

Fin décembre 2018 , Monsieur était en attente d'une consultation en urgence auprès d'un hôpital spécialisé.

Fin janvier 2019, Monsieur n'avait toujours pas de convocation alors qu'il lui avait été dit que son état de santé était critique. Le réseau a alors relancé à plusieurs reprises le service qui devait finalement le convoquer à un rendez-vous.

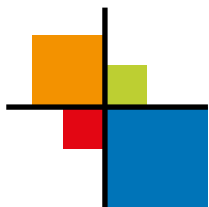
Monsieur L. a accepté volontiers la proposition d'un accompagnement physique à ce rendez-vous par un intervenant du réseau. La présence du réseau à la consultation a permis d'être le porte-parole de Monsieur et de s'assurer de sa compréhension juste de sa situation médicale et de ses chances de récupération.

Une opération a été programmée rapidement en mars 2019.

Un lien a également été fait avec le référent RSA de Monsieur L. pour lui confirmer (sans divulguer aucun élément médical précis) que le patient était dans un parcours de soins lourd, dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle pour le moment et qu'il était important de maintenir ses droits.

L'accompagnement vers les soins de Monsieur L. se poursuit avec son accord, car il est manifeste qu'à ce jour, s'il n'avait aucun étayage, Monsieur ne serait pas en capacité de se mobiliser pour la prise en charge de sa santé.

L'accompagnement devrait se poursuivre jusqu'à la convalescence de Monsieur, sa reprise d'activité professionnelle potentielle et la garantie que Monsieur L. est en capacité de se mobiliser pour aller consulter son médecin traitant en toute autonomie.



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Soins palliatifs

Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

23 mars 2018

Durée de l'accompagnement : **351 jours**

(accompagnement toujours en cours)

Nombre de visites d'évaluation au domicile : **2**

Nombre de rencontres avec l'entourage : **2**

Nombre de rendez-vous de soins de support (socio-esthétique et diététique) : **2**

Durée totale des rendez-vous : **6 heures 30 minutes**

Nombre d'appels téléphonique de coordination : **108**

Durée cumulée des appels de coordination : **8 heures et 57 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **7**

Madame B. - Londres, puis Châtenay-Malabry

Contexte Madame B. à Londres

Sur conseil de son médecin traitant et du CCAS de leur ville, nous rencontrons la mère de Mme B. en mars 2018.

Sa fille, âgée de 36 ans, célibataire sans enfants habite seule à Londres depuis 17 ans pour son travail.

En 2011, il lui a été diagnostiqué un glioblastome suite à des crises d'épilepsie.

Depuis, elle est suivie et traitée dans un centre de cancérologie à Londres (opération, chimiothérapie et radiothérapie).

La demande initiale de sa mère est d'avoir des explications en français concernant la pathologie de sa fille, de savoir comment elle peut s'organiser au niveau des soins pour accueillir sa fille en congés à son domicile à Châtenay-Malabry et de discuter de l'avenir.

Deux rencontres avec les parents de Madame B. auront lieu.

Rencontre n° 1

La première discussion avec la mère a surtout porté sur le lieu de soins de Madame B. : même si la mère de Madame B. aimerait que sa fille revienne définitivement en France, le choix de son lieu de vie, et donc de suivi médical, appartient à sa fille.

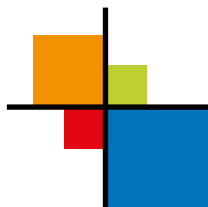
Elle rencontrera l'assistante sociale du réseau pour entamer les démarches de couverture sociale auprès de la caisse des français de l'étranger pour couvrir les frais médicaux lors de ses passages sur le territoire national, en échange d'une cotisation mensuelle.

La demande de prise en charge par la Protection Universelle Maladie (PUMA) nécessiterait 3 mois de résidence sur le territoire français.

Rencontre n°2

Les parents ont souhaité nous revoir car la situation médicale de Madame B. s'est dégradée. Ils ont besoin d'explications sur les traitements effectués en Angleterre, comment faire face aux changements de caractère de leur fille, comment faire face aux symptômes neurologiques qui s'aggravent. Ils sont venus avec une copie du dossier médical en anglais.

Nous donnons des explications médicales sur ce qui se passe en terme de traitement. Nous proposons un suivi psychologique que les parents refusent pour le moment.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Soins palliatifs

Madame B. à Chatenay-Malabry

Début octobre 2018, Madame B., suite à une évolution de son glioblastome, est opérée pour une troisième fois à Londres. Elle décide pour sa convalescence de venir chez ses parents. Malheureusement son état clinique se dégrade au cours du séjour. Elle décide alors de rester se soigner en France près de ses parents pour avoir leur soutien quotidien.

Avec l'aide de ses parents et de leur médecin traitant, nous organisons les soins et la délivrance des traitements nécessaires, comme prescrit en Angleterre.

Nous organisons le transfert de son dossier médical du service de cancérologie de Londres au service de cancérologie de Gustave Roussy qui la prendra en charge.

Pour tout patient résidant à l'étranger, avant toute prise en charge médicale, le service financier de Gustave Roussy s'assure du règlement des soins. Comme les démarches sociales avaient été anticipées au printemps, le transfert du dossier n'a posé aucun problème.

Un rendez-vous avec l'oncologue médical est organisé 15 jours après son arrivée sur le territoire français.

Visite à domicile

Madame B. nous accueille dans sa chambre d'enfance, installée sur un canapé clic-clac. Ses plaintes principales sont une asthénie avec des difficultés à s'endormir et des troubles visuels.

Sa mère nous décrit des troubles compulsifs alimentaires avec une prise de poids importante et des difficultés à l'hygiène corporelle.

A la suite de la visite, un lit médicalisé est installé, permettant d'améliorer le sommeil et l'organisation de la chambre ; cela a permis à Madame B. de ne plus se cogner. Elle refuse la mise en place d'aide à la toilette. Elle rencontrera la diététicienne du réseau, pour essayer de gérer la prise de poids et la socio-esthéticienne.

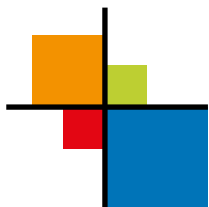
D'un point de vue médical, en lien avec le médecin traitant, des prescriptions anticipées sont mises en place en cas de crises convulsives, de douleur. Une fiche « urgence pallia » est transmise au centre de régulation du 15 des Hauts-de-Seine. Le numéro de l'astreinte du réseau est laissé à Madame B. et à sa famille en cas de problèmes.

Un lien entre les assistantes sociales du réseau et de l'institut Gustave Roussy est fait afin d'ouvrir les différents droits sociaux de Madame B. sur le territoire français.

Par la suite, Madame B. sera hospitalisée dans le service de cancérologie le temps des différents traitements, en particulier la radiothérapie.

Une hospitalisation à domicile est mise en place à la sortie d'une des hospitalisations.

Un lien est organisé entre le réseau et l'HAD.



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Soins palliatifs

Deuxième visite à domicile, à la demande de Madame B. et ses parents.

La cohabitation de Madame B. et ses parents est parfois un peu conflictuelle du fait des troubles neurologiques, en particulier comportementaux.

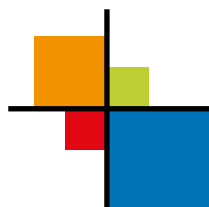
Madame B. est de plus en plus handicapée par les troubles visuels. Elle a des hallucinations auditives dont elle n'a pas conscience avec des éléments persécutifs dans le discours. Elle est parfois un peu agressive vis-à-vis des soignants et de ses parents.

Nous l'incitons à rencontrer le psychiatre de l'institut Gustave Roussy. Nous organiserons ce rendez-vous le même jour que la prochaine consultation avec l'oncologue.

Ses parents sont épuisés, nous leur proposons un soutien psychologique qu'ils ne souhaitent pas pour le moment.

Dans les 8 jours qui suivent la dernière visite à domicile, les troubles du comportement deviendront trop envahissants, avec une altération de l'état général et des chutes à répétitions. Les parents n'arrivent plus à faire face.

Nous organisons une hospitalisation dans le service d'oncologie référent, où elle est toujours hospitalisée au moment de la rédaction du présent document.



E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Cancérologie

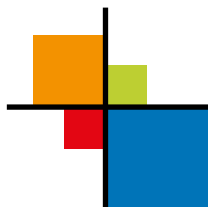
Madame B. - Antony

Contexte

En aout 2017, Mme B., âgée de 42 ans, appelle sur conseil de l'infirmière d'annonce de l'établissement où elle est suivie pour un cancer du sein. Elle est intéressée pour participer aux soins de support proposés par le réseau Osmose, et aussi pour envisager un entretien de fin de traitement. Elle est en attente du démarrage de la radiothérapie. Elle s'interroge aussi sur la reprise de son travail, qui pourrait se faire au mois d'octobre, à mi-temps.

Elle s'inscrit pour participer à l'activité physique adaptée et aux ateliers de relaxation. Néanmoins, Mme B. a peur "d'abuser" des services proposés : elle n'a pas l'habitude « de recevoir » et a l'impression que sa vie est devenue différente.

Elle a rencontré deux fois un psychologue lors des séances de chimio, elle lui aurait parlé de son travail essentiellement. Elle n'en exprime pas directement la demande, mais accepte de recevoir des coordonnées de psychologues sur sa commune.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Cancérologie

Éléments chiffrés :

Début d'accompagnement :

9 août 2017

Durée de l'accompagnement : **570 jours**

Nombre de rencontres avec le patient : **2**

Durée totale des rencontres : **3 heures**

Nombre de rendez-vous de soins de support (socio-esthétique, sophrologie et activité physique adaptée) :

7

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

Durée cumulée des appels de coordination : **1 heure et 34 minutes**

Mme B. demande aussi des conseils concernant une sensation « d'impatiences dans les jambes », apparue depuis qu'elle a arrêté de travailler, qui la gêne à la marche. Il lui est proposé de faire des petits mouvements, de surélever ses jambes sur un support doux, et de le signaler lors de prochaine cure, si le symptôme persiste.

Elle aimerait aussi bénéficier de la socio-esthétique (notamment de conseils par rapport à ses ongles) et d'une consultation de diététique, car elle « dévore » après les perfusions de chimio, surtout du fait des corticoïdes, et a pris 2-3 kg.

Suite à cet échange, des coordonnées de psychologues lui sont transmises, ainsi que ses demandes de rdv de socio-esthétique et de diététique.

Elle rencontre le diététicien et lui présente un carnet alimentaire relativement équilibré. La consultation porte donc sur des ajustements, des précisions et surtout pour la rassurer sur ce qu'elle faisait de bien et ce qu'elle devait maintenir. Ce dernier point a été très important car Mme B. avait bien précisé que son alimentation, depuis son arrêt de travail, était radicalement différente de celle pendant son activité qui comprenait des fruits et des légumes variés et en quantité suffisante.

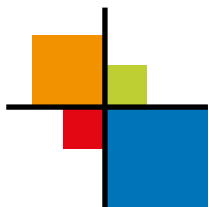
Le diététicien avait insisté sur son hydratation, insuffisante, et sur la composition de son petit déjeuner. Enfin, il lui avait rappelé les fréquences « idéales » pour certains aliments (charcuterie, aliments frits...).

Il prévoyait une seconde consultation après la reprise de son travail afin qu'elle puisse maintenir son équilibre alimentaire.

Après un rendez-vous de socio esthétique dans les locaux du réseau, Mme B. sollicite un entretien de fin de traitement.

Elle se sent stressée car elle doit reprendre son travail en mi-temps thérapeutique. Il apparait que son médecin traitant voudrait lui délivrer les arrêts de travail de son mi-temps thérapeutique tous les mois, ce qui poserait un problème vis-à-vis de son employeur.

Le fonctionnement optimal du mi-temps thérapeutique lui est expliqué. Des conseils concernant cette reprise, ainsi que des documents, lui sont donnés et le rendez-vous avec le médecin coordinateur est fixé.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Cancérologie

Entretien de fin de traitement

Tout d'abord, la patiente et le médecin précisent son cadre et son objectif, se présentent rapidement, ainsi que le réseau et ses missions.

Mme B. exerce comme responsable administrative des ventes dans une petite entreprise au Plessis Robinson.

Elle est célibataire ; ses parents et sa sœur vivent en Province ; elle a des neveux et nièces.

Elle est installée en région parisienne depuis 15 ans et apprécie de faire des voyages.

Ses antécédents et comorbidités sont marqués par :

- des épisodes de migraine traités par Zomig,
- une fracture du pied droit,
- Mme ne fume pas,
- sa mère a été traitée pour un cancer du sein.

Son parcours de diagnostic et de soins est ensuite relu.

Elle avait découvert, par autopalpation, une « grosseur » dans le creux axillaire droit en novembre 2016. En raison de difficultés d'ordre professionnel lors de son arrêt de travail pour fracture du pied, elle a donné priorité à son travail et n'a réalisé les examens qu'en janvier 2017 : le bilan avait alors mis en évidence un carcinome intracanalair.

L'annonce du diagnostic, au moment des examens morphologiques, lui a paru extrêmement brutal. Elle explique qu'elle ne se sentait pas malade, même si elle savait devoir réaliser des examens pour explorer cette masse du sein droit.

Lors de la tumorectomie, le 2/03/2017, l'examen anatomopathologique révèle la présence de carcinome canalaire infiltrant nécessitant une reprise chirurgicale. Le ganglion sentinelle revient négatif.

Une chimiothérapie adjuvante par 3 EC et 11 Taxol hebdo (annulation de la 12^e cure en raison d'une neuropathie) est alors réalisée.

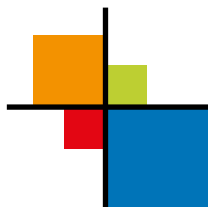
Elle s'est sentie « déstabilisée » par la nécessité de recevoir de la chimio et n'a pu prononcer le mot « cancer » que depuis la fin des perfusions.

La radiothérapie s'est terminée en novembre 2017. Elle prend maintenant une hormonothérapie par Tamoxifène. Elle ressent des bouffées de chaleur intermittentes pour lesquelles on lui conseille d'essayer l'homéopathie.

Un bilan de fin de traitement est normal.

Ses connaissances du protocole de surveillance sont explorées ; elle en a bien compris le rythme et les modalités. Elle exprime le besoin d'obtenir des informations sur les effets secondaires du Tamoxifène et les différences avec ceux de l'Arimidex que prenait sa mère.

Il lui est aussi rappelé l'importance de faire pratiquer le frottis du col utérin et de demander à son chirurgien s'il pratique aussi des suivis de gynécologie médicale. On informe Mme B. sur l'intérêt d'une supplémentation hivernale en vitamine D.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Cancérologie

La reprise du travail est un élément très important pour elle. Elle a eu lieu mi-janvier, en mi-temps thérapeutique, avec possibilité d'aménagement si nécessaire, pour tenir compte de l'évolution de sa fatigue, mais aussi des obligations professionnelles. Néanmoins, Mme B. exprime la prise de conscience de ne pas tout devoir sacrifier à son travail et de préserver du temps pour elle.

Durant son arrêt de travail, Mme B. avait gardé un contact régulier avec son supérieur hiérarchique qu'elle a revu la semaine dernière : les missions proposées pour cette reprise lui conviennent.

Par ailleurs, elle prévoit de débiter un bilan de compétences et souhaite bénéficier de formations pour être plus à l'aise dans le management de son équipe.

L'incertitude qui plane sur le renouvellement de son mi-temps thérapeutique, mois par mois, reste une source de grand stress. De fait, elle n'a pas de visibilité sur le nombre de prolongations que son médecin lui prescrira et son entreprise ne peut s'organiser pour son remplacement partiel.

Sa vie familiale et relationnelle sont ensuite abordées. Ses parents sont agriculteurs ; leur relation est empreinte de réserves et parfois maladroite : « ils ont posé peu de questions sur ce qu'elle vivait et elle s'est sentie blessée par cette attitude ». Ses relations amicales sont satisfaisantes.

Il s'en suit un échange sur diverses techniques de communication : analyse transactionnelle, triangle de Karpman et sur la notion d'assertivité.

Une évaluation des besoins en soins de support, post traitements en établissement, est réalisée :

- Activité physique adaptée : Mme B. participe à l'APA proposée par l'hôpital et aussi au niveau du réseau Osmose. Elle a aussi repris la fréquentation de la salle de sports.
- Nutrition : Mme B. apprécie de cuisiner ses repas. Elle avait déjà consulté le diététicien ; il lui est conseillé de reprendre RDV d'ici quelques semaines puisqu'elle craint de prendre du poids avec le Tamoxifène. D'ici là, il serait opportun de noter quelques points de repère associant dates et poids pour en objectiver l'évolution au cours de cette période et de noter ses apports alimentaires sur plusieurs jours (type et quantité).
- Socio esthétique : ses cheveux repoussent, mais sont encore trop courts pour demander une coupe avec un effet « fun » ; ils ont beaucoup blanchi, mais elle ne souhaite plus faire de coloration. Il lui est encore nécessaire de porter turban et bonnet la nuit car elle dit être frileuse. Elle a rencontré la socio esthéticienne du réseau à deux reprises.
- Sommeil : de base, Mme B. présente des difficultés d'endormissement. Actuellement, son sommeil est médiocre : « je pense trop », explique-t-elle. Des conseils lui sont donnés pour favoriser l'endormissement, en diminuant progressivement intensité lumineuse et activité cérébrale. Elle pourrait aussi utiliser une lampe de luminothérapie pour stimuler le démarrage du matin (et aussi le moral), afin de dépenser son énergie tout au long de la journée et qu'une « saine » fatigue participe à son endormissement. Il existe une sensation de fatigue et crainte d'un renforcement en lien avec la reprise du travail.



E

xemples d'accompagnement

Thématique principale : Cancérologie

- Soutien psychologique : Mme B. ne se sent pas démoralisée et aurait impressionné ses amis par son mental résistant durant la phase de traitement. Elle dit avoir vécu cette période comme « spectatrice d'elle-même et des événements qui s'y produisaient ». Fin décembre, alors qu'elle avait moins de rendez-vous et qu'il y avait peu de propositions d'activité à cause des congés de Noël, elle a ressenti « un grand vide ». Il lui a servi de déclic et de motivation pour reprendre son travail. Il lui est rappelé que l'accompagnement par un psychologue est important pour élaborer dans d'autres champs que les problématiques professionnelles.
- Activités artistiques : Mme B. pratique l'aquarelle et a pu bénéficier de séances d'art thérapie.

Au terme de ce long entretien, des documents d'informations lui sont remis, les inscriptions aux ateliers de relaxation de janvier et de février sont validées.

Quelques temps plus tard, le médecin coordinateur reprend contact avec la patiente pour l'informer de l'échec de la recherche d'un formulaire officiel qui guiderait le médecin traitant dans la mise en œuvre du mi-temps thérapeutique, afin que ce dernier soit prescrit pour au moins trois mois, éventuellement renouvelables.

L'assistante sociale coordinatrice s'était aussi renseignée auprès d'un centre de sécurité sociale : en cas de questions, il fallait contacter la plateforme pour les professionnels ou consulter l'espace professionnel du site « ameli.fr ».

Ne se sentant pas écoutée par son médecin, Mme B. en sollicite un autre. Mais, ce dernier lui aurait dit qu'elle n'avait pas de raison d'être fatiguée et voulait lui faire reprendre le travail à 100% dès la mi-avril. Comme elle ne se sentait pas plus entendue et craignait l'augmentation brutale de ses horaires de travail, (il existe une forte pression au sein de son entreprise), elle a donc prévu un rendez-vous avec son médecin du travail pour discuter de l'augmentation de ses horaires de travail par paliers et de la mise en pratique.

Les symptômes résiduels possibles après traitement du cancer lui sont ré expliqués. On la rassure sur le fait qu'elle n'abuse pas en sollicitant cette augmentation progressive de son temps de travail, puisque la radiothérapie est terminée depuis moins de 6 mois.

Il lui est proposé de contacter un assistant de service social de la CRAMIF pour évoquer l'indication du mi-temps thérapeutique.

En accord avec la patiente, le compte-rendu de l'entretien est envoyé à son nouveau médecin traitant, en insistant sur l'asthénie résiduelle, renforcée par la crainte de la reprise du travail, sur les effets secondaires de l'hormonothérapie qui venait de démarrer et la proposition de soutien psychologique.

Mi-avril, la patiente informait le réseau Osmose de la prolongation, par le nouveau médecin traitant, de son temps partiel thérapeutique jusqu'au 8 juin, avec un palier à 80% dès le 1er mai.



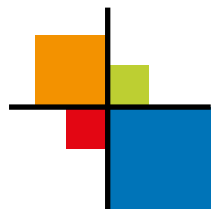
E xemples d'accompagnement

Thématique principale : Cancérologie

Apports du réseau

- ◇ Entretien fin de traitement
- ◇ Temps d'écoute, de reformulation et de soutien de la patiente
- ◇ Informations personnalisées
- ◇ Evaluation des besoins en soins de support
- ◇ Coordination sociale
- ◇ Orientations





Services rendus aux professionnels et aux structures

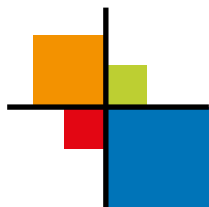
Le réseau Osmose est missionné pour soutenir les professionnels et structures médico-psycho-sociales travaillant dans le sud du département des Hauts-de-Seine et/ou accompagnant des personnes habitant ce territoire et concernées par l'une des thématiques d'intervention du réseau Osmose :

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



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

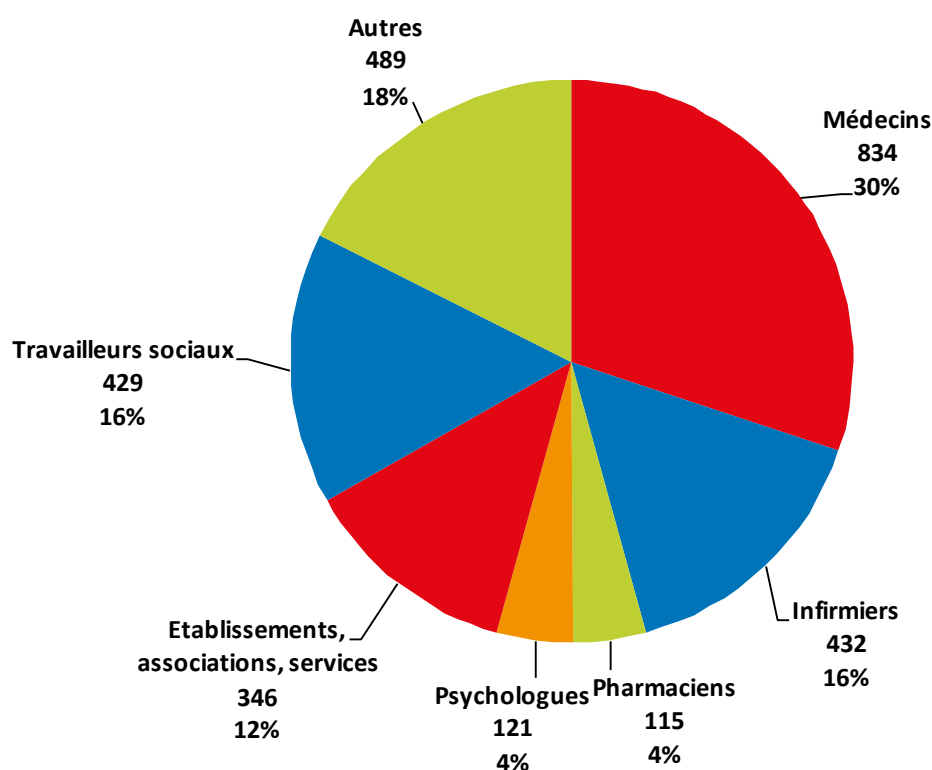
- favoriser la **circulation de l'information** entre les différents intervenants (fluidification de la communication, coordination des interventions, réduction des risques de ruptures de prise en charge),
- aider en tant que **tiers extérieur** (assurer la médiation avec le patient, si nécessaire, se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

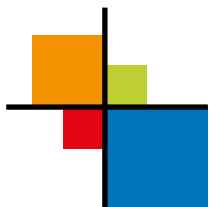


P professionnels en lien avec le réseau

Les professionnels en lien avec le réseau sont les **2 766 intervenants ou structures** qui, au cours de l'année 2018, 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 2 766 professionnels ou structures se répartissent de la manière suivante :





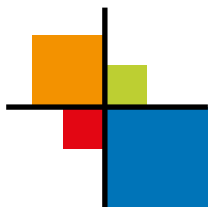
Réunions, rencontres et groupes de travail

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 2018, le réseau Osmose a participé à **241 rencontres interprofessionnelles**.

Types	Nombre	Nombre de participants ou partenaires rencontrés	Durée cumulée des réunions
Groupes de travail et réunions organisés par le réseau Osmose (Astreinte téléphonique, activité physique adaptée, AIDA, mise en œuvre des actions avec les Restos du cœur, Psychologues,...)	36	579	78 heures
Groupes de travail et réunions organisés par les partenaires (Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris, Agence Régionale de Santé, Congrès des réseaux, ACORESCA, EHPAD, HAD,...)	110	723	339 heures
Rendez-vous avec les partenaires (présentations mutuelles, organisation des partenariats, mise en place de procédures, signature de	95	210	118 heures
TOTAL	241	1 512	535 heures



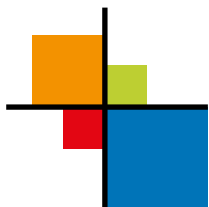


Formations

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

Au total **1 560 heures** de formation ont été dispensées en 2018, au décours de **48 interventions**.

Types	Nombre	Nombre de participations enregistrées	Durée cumulée des formations
Formations organisées par le réseau Osmose (Conférence-débat pluridisciplinaire, Rencontre thématique, Déjeuner-rencontre des médecins traitants, Sensibilisation aux soins palliatifs en institutions,...)	26	338	58 heures
Formations et Colloques organisés par des partenaires (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...)	14	155	36 heures
Accueil de stagiaires (internes SASPAS, internes DESC Cancérologie, stagiaires de D.U. de coordination,...)	8	8	1 466 heures
TOTAL	48	501	1 560 heures



T ables-rondes

« Les 10 ans d'Osmose »

A l'occasion de ses 10 ans, le réseau Osmose a organisé une rencontre pluri partenariale autour de la place de chacun dans la coordination des parcours de santé qui a accueilli **280 participants (patients, entourages et intervenants professionnels)**.

2008 - 2018 LE RESEAU OSMOSE A 10 ANS !



A cette occasion, nous avons le plaisir de vous convier
à une après-midi d'échanges sur le thème

***Parcours coordonnés de santé.
Quelle est ma place ?***

Du professionnel de santé au travailleur social ;
des établissements et intervenants médico-psycho-sociaux
aux patients et à leur entourage ; des décideurs politiques aux financeurs.

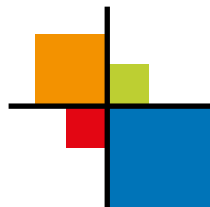
Quel est le rôle de chacun ?

Le jeudi 14 juin 2018 de 13 h 00 à 17 h 30
à La Maison des Arts – Salon Andréa Palladio

1, place Jane Rhodes
92350 – Le Plessis-Robinson



Cancérologie, Gériatrie, Soins palliatifs, Accès aux soins



T ables-rondes

« Les 10 ans d'Osmose »

Programme

13 h 00 – 13 h 30 : Accueil des participants

Animation des échanges : Mme Hélène Delmotte – Journaliste – Groupe Profession Santé

13 h 30 – 14 h 15 : Introductions

Pr François BOUE – Président du réseau Osmose

M. Gabriel ATTAL – Député de la 10ème circonscription des Hauts-de-Seine

Mme Annie ROUX-CATALANO – Chef du Service Territorial Autonomie – Conseil Départemental des Hauts-de-Seine

M. Bernard FOISY – Maire Adjoint – Vice-Président du CCAS – Le Plessis-Robinson

M. Yannick LE GUEN – Directeur de la stratégie – Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

14 h 15 – 15 h 30 : « Parcours coordonnés de santé : approches stratégiques »

Comment l'organisation des parcours de santé se pense-t-elle au sein de notre territoire ? Quel support pouvons-nous attendre des politiques publiques pour nous accompagner vers des parcours de santé plus et mieux coordonnés ? Quelle éthique pour des soins coordonnés de qualité ? Quelle est la vision stratégique à court-moyen et long terme pour le sud des Hauts-de-Seine ? Comment les patients et leurs proches ressentent-ils les changements induits par ces nouvelles politiques publiques et organisations des soins ?

Pr François BOUE – Président du réseau Osmose

Dr Francis BRUNELLE – Président du Conseil Territorial de Santé des Hauts-de-Seine

M. Walter HESBEEN – Responsable pédagogique du Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin (GEFERS)

M. Yannick LE GUEN – Directeur de la stratégie – Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

Mme Annie ROUX-CATALANO – Chef du Service Territorial Autonomie – Conseil Départemental des Hauts-de-Seine

Mme Ulrike STEINHORST – Conjointe d'un patient accompagné par le réseau Osmose

15 h 30 – 16 h 00 : Pause

16 h 00 – 17 h 15 : « Parcours coordonnés de santé : approches opérationnelles »

Comment articuler efficacement et optimiser nos ressources médico-psycho-sociales de prévention, d'accompagnement et de soins ? Quelle pratique coordonnée en cabinet de ville ? MSP, ESP, CPTS, PTA, PS, MAIA, PAERPA, Equipes Mobiles, Réseaux,...: quelles sont les approches émergentes pour favoriser la coordination des parcours, mieux réussir le maintien au domicile des personnes malades et/ou fragiles, améliorer la transition ville-hôpital-ville (l'hospitalisation et le retour au domicile) ? Quelle organisation de la concertation et de la coordination au sein de l'hôpital ?

Dr Christelle BEY – Médecin généraliste – Chatenay-Malabry

Dr Cédric CHEYMOL – Directeur – Centre Municipal de Santé – Bagneux

Mme Valérie CORNU – Directrice Réseau de santé Odyssée, porteur d'une Plateforme Territoriale d'Appui (département 78) et Administratrice de l'Union Nationale des Réseaux de Santé

Dr Delphine MOUCHEL – Médecin généraliste – Maison de Santé Pluridisciplinaire – Meudon-la-Forêt

Mme Anaëlle PERON – Ergothérapeute coordinatrice – Equipe Mobile Réadaptation sud parisien – l'ADAPT – Châtillon

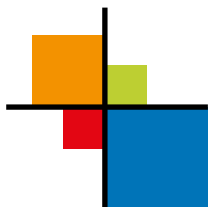
M. Gilles POUTOUT – Secrétaire Général – Association de Santé Mentale – Paris 13

Dr Isabelle TRIOL – Médecin coordinateur Douleur-Soins palliatifs – Groupement Hospitalier Bécélère-Bicêtre-Paul Brousse

17 h 15 – 17 h 30 : Conclusions et perspectives : regards croisés

Pr François BOUE – Président du réseau Osmose

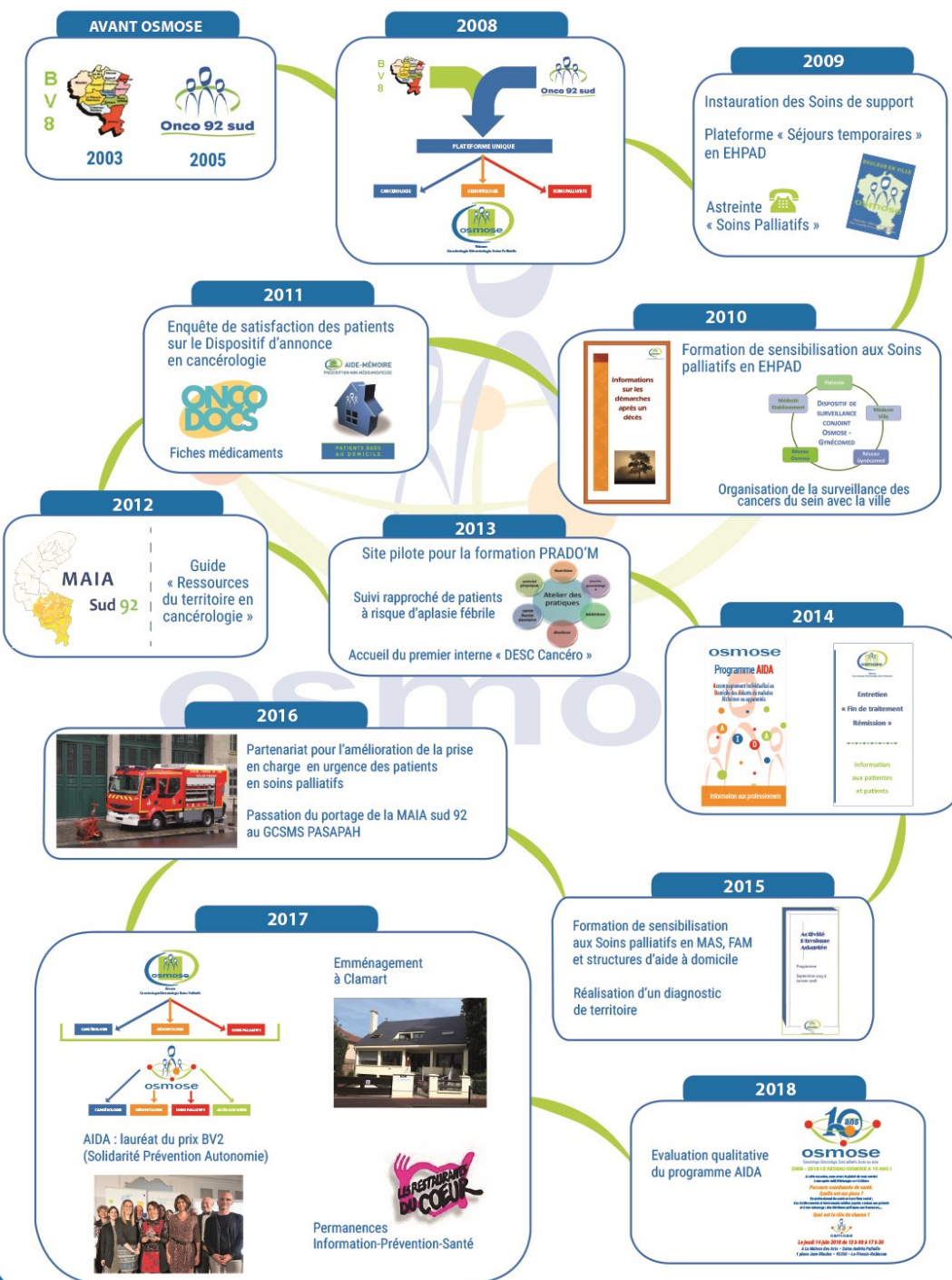
Mme Hélène DELMOTTE – Journaliste – Groupe Profession Santé

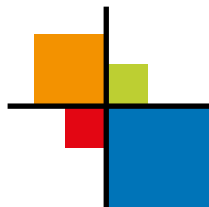


T ables-rondes

« Les 10 ans d'Osmose »

En 2018, le Réseau de santé Osmose a 10 ans
Retours sur les évènements marquants





Tables-rondes

« Les 10 ans d'Osmose »

En 2018, le Réseau de santé Osmose a 10 ans



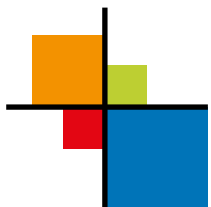
Pendant ces dix années, le Réseau de santé Osmose a :



Les projets à venir

Extension des Permanences d'Information Prévention Santé à d'autres associations solidaires ; Soutien au déploiement d'une Plateforme Numérique territoriale support au Parcours patient (projet Terr_eSanté 92 sud – Territoire de santé numérique) ; Mise en œuvre d'ateliers d'activité physique adaptée préventive à destination des personnes de plus de 60 ans ; Intégration des « Entretiens de fin de traitement en cancérologie » en programme d'Education Thérapeutique du Patient.

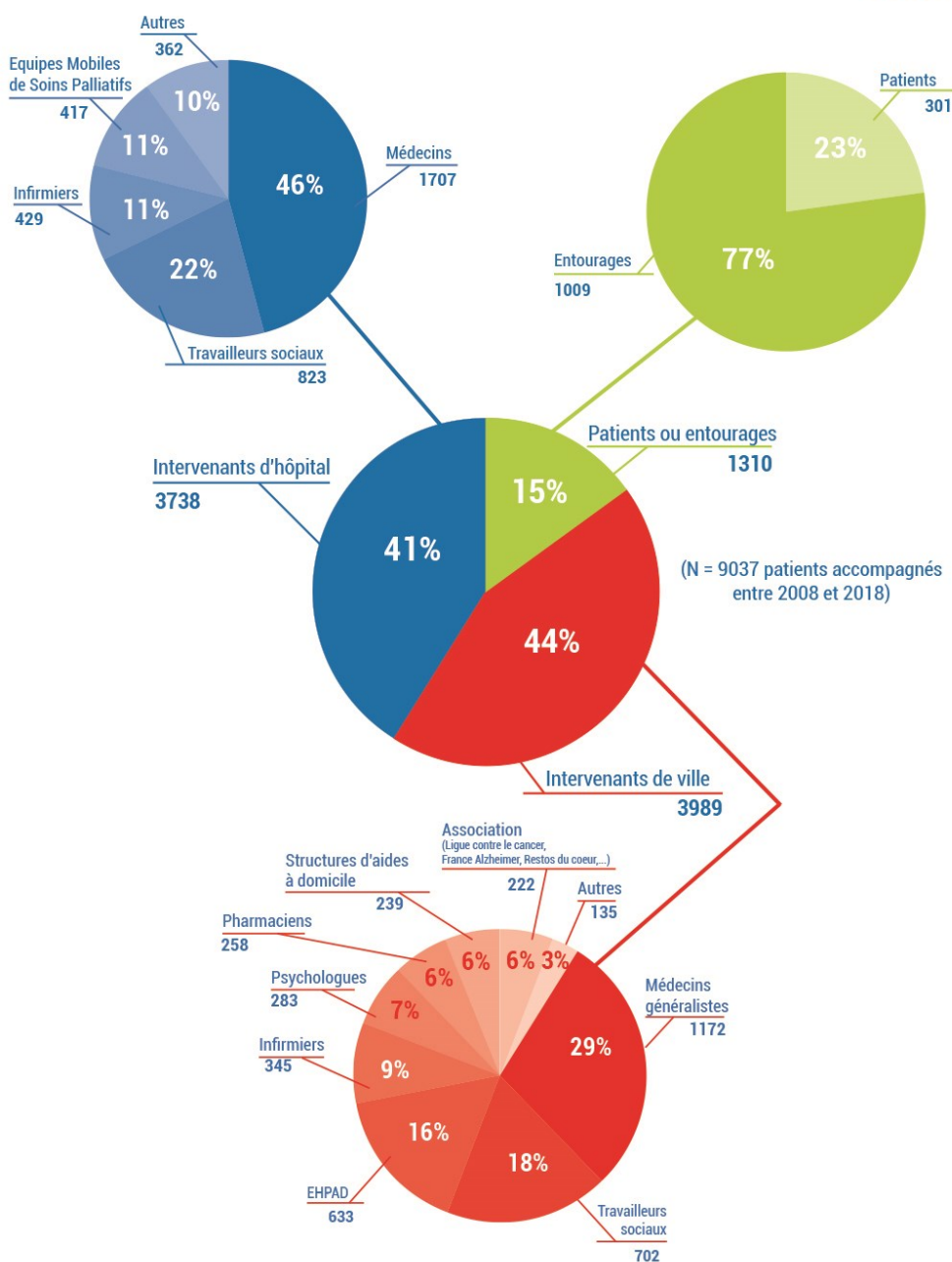
L'aventure continue...



Tables-rondes

« Les 10 ans d'Osmose »

Qui sollicite le réseau Osmose pour accompagner les patients ?



Focus : Quels sont les professionnels qui sollicitent majoritairement le réseau Osmose ?

Dans la catégorie des professions orientant vers le réseau, ce sont les **médecins** qui orientent le plus de patients : 2879 orientations proviennent de médecins, soit 32 % du total des orientations. Parmi les médecins, 41 % sont des médecins généralistes de ville et 59 % de médecins spécialistes d'hôpital. En seconde position, viennent les orientations réalisées par les **travailleurs sociaux**, qui représentent 17 % des orientations, avec 1525 orientations réalisées. Parmi les travailleurs sociaux, 46 % interviennent en ville et 54 % interviennent à l'hôpital.



T ables-rondes

« Les 10 ans d'Osmose »

Enquête de satisfaction auprès des patients et leur entourage - Année 2017 Résultats



164 réponses (49 % provenant de patients et 51 % provenant d'entourages).
96 % des répondants se déclarent satisfaits de l'action globale du réseau Osmose.
92 % estiment que le réseau Osmose contribue à l'amélioration de leur prise en charge.

Selon les répondants, les bénéfices du réseau Osmose dans leur parcours de santé sont principalement :

Optimisation de la prise en charge
Conseils et informations Soins de support **Accompagnement social**
Coordination Concertation familiale
Disponibilité **Soutien** **Ecoute**
RECHERCHE DE SOLUTIONS Aide au maintien à domicile
Visites au domicile

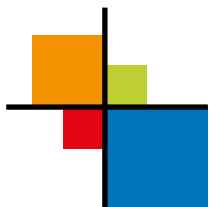
Enquête de satisfaction et de notoriété auprès des professionnels partenaires - Année 2017 Résultats

267 réponses.
Parmi les répondants, 22 professions représentées, dont médecins : 34 % ; infirmiers : 22 % ;
travailleurs sociaux : 17 % ; psychologues : 11 %.

95 % des répondants se déclarent satisfaits de leur collaboration avec l'équipe de coordination du réseau.
91 % estiment que le réseau Osmose est facilement accessible pour eux et pour leurs patients/usagers/bénéficiaires.

Selon les répondants, les bénéfices du réseau Osmose dans l'appui aux professionnels sont principalement :

Réactivité
Confiance mutuelle **Ecoute** Approche globale
Coordination
Accessibilité
Disponibilité **Lien de proximité** Médiation **Expertises**
Concertation pluridisciplinaire **Soutien**



Tables-rondes

« Les 10 ans d'Osmose »





Osmose_Rapport d'activité 2018_Résumé

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

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

En 2018, le réseau Osmose a été en contact avec **4 134 usagers** et a accompagné **2 116 patients**, dont **1 132** étaient des nouveaux patients de l'année, orientés majoritairement par des **professionnels de ville**. Agés en moyenne de **78 ans**, les patients accompagnés en 2018 étaient concernés par **au moins deux thématiques** d'intervention du réseau Osmose pour **43 %** d'entre-eux. Agissant sur la coordination des parcours de santé des patients complexes, le réseau Osmose a géré **22 723 échanges (appels, mails, SMS, fax) de concertation et coordination** ; a effectué **1 109 '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 **1 385 actes de soins de support**.

En 2018, **2 766 professionnels** médico-psycho-sociaux ont été en lien avec Osmose, dont **653** étaient signataires de la **Charte de fonctionnement** du réseau. Au total, le réseau a organisé ou participé à **241 rencontres, réunions, groupes de travail et formations** qui ont enregistré **1 512 participations**.

