



Réseau  
Cancérologie Gériatrie Soins Palliatifs



# Rapport d'activité 2011



**Réseau Osmose**

**20/22, avenue Edouard Herriot - Bât. Le Carnot - Hall 9**

**92350 - Le Plessis Robinson**

**Tél : 01 46 30 18 14 ou 0820 20 00 65 / Fax : 01 46 30 46 71**

**[info@reseau-osmose.fr](mailto:info@reseau-osmose.fr) / [www.reseau-osmose.fr](http://www.reseau-osmose.fr)**

# Rapport des activités 2011

## Sommaire

### L'association gestionnaire du réseau Osmose

<i>Présentation générale</i>	<i>page 7</i>
<i>Population concernée</i>	<i>page 8</i>
<i>Territoire d'intervention</i>	<i>page 8</i>
<i>Principes éthiques</i>	<i>page 9</i>
<i>Objectifs</i>	<i>page 9</i>
<i>Missions</i>	<i>page 9</i>
<i>Autorisation de fonctionnement - financement</i>	<i>page 10</i>
<i>Adhérents</i>	<i>page 11</i>
<i>Signataires Convention Constitutive</i>	<i>page 12</i>
<i>Signataires Charte de fonctionnement</i>	<i>page 14</i>
<i>Conseil d'Administration</i>	<i>page 15</i>
<i>Equipe de coordination</i>	<i>page 16</i>
<i>Groupes de travail</i>	<i>page 17</i>

### Les actions en direction des patients

<i>La coordination médico-psycho-sociale</i>	<i>page 19</i>
<i>Modalités générales de prise en charge des patients</i>	<i>page 20</i>
<i>Les patients pris en charge</i>	<i>page 24</i>
<i>Nouveaux patients de 2011</i>	<i>page 25</i>
<i>Patients enregistrés / patients inclus</i>	<i>page 25</i>
<i>Domiciliation des patients</i>	<i>page 26</i>
<i>Orientation des patients</i>	<i>page 27</i>
<i>Age des patients</i>	<i>page 27</i>
<i>Patients sortis du réseau</i>	<i>page 27</i>
<i>Coordination téléphonique</i>	<i>page 28</i>
<i>Sollicitations et actions du réseau - Définition du niveau de complexité des patients</i>	<i>page 29</i>
<i>Patients pris en charge par niveaux de complexité</i>	<i>page 32</i>
<i>Nombre et répartition des actes de coordination</i>	<i>page 37</i>
<i>Degrés de complexité et thématiques</i>	<i>page 38</i>
<i>Degrés de complexité et missions du réseau</i>	<i>page 38</i>
<i>Degrés de complexité et missions du réseau par thématiques</i>	<i>page 39</i>
<i>Les missions du réseau par patient</i>	<i>page 40</i>
<i>Rendez-vous et visites d'évaluation</i>	<i>page 42</i>
<i>Soutien et accompagnement psychologique</i>	<i>page 43</i>
<i>Ateliers de réflexion et d'échanges</i>	<i>page 44</i>
<i>Ateliers de relaxation</i>	<i>page 45</i>
<i>Consultations de diététique</i>	<i>page 47</i>
<i>Consultations de socio-esthétique</i>	<i>page 48</i>
<i>Plate-forme séjours temporaires en EHPAD</i>	<i>page 49</i>
<i>Expertise médicale pour protection juridique</i>	<i>page 49</i>
<i>Astreinte téléphonique mutualisée avec SCOP</i>	<i>page 50</i>
<i>Démarches après un décès</i>	<i>page 51</i>

<i>Bladder Scan</i>	<i>page 52</i>
<i>Accompagnement par les bénévoles d'ASP</i>	<i>page 52</i>
<i>Projection-Débat 'La guerre est déclarée'</i>	<i>page 53</i>
<i>Exemples de prise en charge</i>	<i>page 54</i>

### Les actions en direction des professionnels

<i>Professionnels en lien avec le réseau</i>	<i>page 65</i>
<i>Groupes de travail</i>	<i>page 66</i>
<i>Formations - Conférences</i>	<i>page 67</i>
<i>Rencontres thématiques</i>	<i>page 69</i>
<i>Formations aux soins palliatifs en EHPAD</i>	<i>page 70</i>
<i>Formations aux internes</i>	<i>page 71</i>
<i>Déjeuners-rencontre pour les médecins</i>	<i>page 72</i>
<i>Oncodocs</i>	<i>page 72</i>
<i>Guide 'Douleur en ville'</i>	<i>page 73</i>
<i>Édition et diffusion du guide 'Prescription non médicamenteuse pour les patients âgés à domicile</i>	<i>page 74</i>
<i>Etude : les médecins généralistes face aux réseaux de cancérologie</i>	<i>page 76</i>
<i>Etude : les médecins généralistes face aux réseaux de soins palliatifs</i>	<i>page 79</i>
<i>Réunions et rencontres</i>	<i>page 80</i>

### Les actions transversales patients-professionnels

<i>Dossier informatisé sécurisé</i>	<i>page 83</i>
<i>Surveillance des cancers du sein (Osmose-Gynécomed)</i>	<i>page 88</i>
<i>Dispositif d'annonce - Enquête de satisfaction auprès des patients</i>	<i>page 90</i>
<i>Projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer</i>	<i>page 97</i>
<i>Relations avec les EHPAD</i>	<i>page 99</i>
<i>Diffusion des dates et lieux de RCP</i>	<i>page 100</i>
<i>Site internet</i>	<i>page 101</i>

### Le réseau et ses partenaires

<i>Réunions des réseaux de cancérologie</i>	<i>page 103</i>
<i>Fédérations régionales</i>	<i>page 103</i>
<i>Liaisons avec les autres réseaux</i>	<i>page 104</i>

### Réunions institutionnelles et internes

<i>Réunions institutionnelles</i>	<i>page 106</i>
<i>Staffs hebdomadaires</i>	<i>page 106</i>
<i>Réunions de coordination d'équipe</i>	<i>page 106</i>

## Présentation générale du réseau

## Présentation générale

Osmose est une plate-forme réseau de 3 pôles :

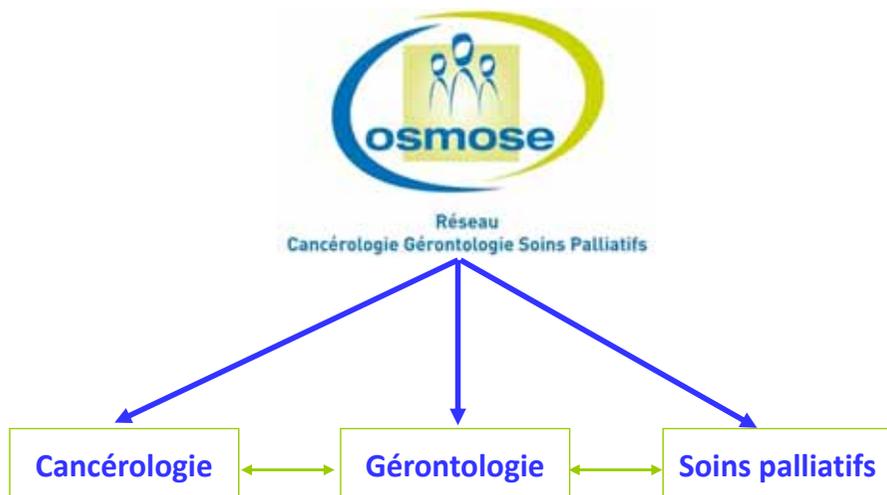
- cancérologie,
- gérontologie,
- soins palliatifs.

Osmose a été créé le 8 avril 2008, par la fusion de deux réseaux préexistants :

- le réseau de gérontologie BV8 (créé en 2003)
- le réseau de cancérologie Onco 92 sud (créé en 2005)

A l'origine de cette mutualisation :

- des partenariats qui se sont institués entre les réseaux BV8 et Onco 92 sud pour la prise en charge commune de patients âgés atteints de cancer, dont une grande majorité nécessitaient des soins palliatifs,
- l'absence de réseau de soins palliatifs sur le territoire.



## Population concernée

Osmose s'adresse :

- aux patients,
- à leur entourage,
- aux professionnels de santé,
- aux institutions de santé.

La population concernée par son action est :

- tout habitant adulte ou résident momentanément du territoire de santé 92-1 et toute personne adulte atteinte de cancer prise en charge par l'une des structures de soins et/ou un professionnel de soins de ce territoire de santé,

et/ou

- tout habitant de plus de 60 ans du territoire de santé 92-1 en situation de dépendance médico-psycho-sociale, vivant à domicile et nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique et sociale) coordonnée,

et/ou

- tout habitant adulte du territoire de santé 92-1 atteint d'une maladie grave, évolutive ou terminale nécessitant une prise en charge palliative au domicile dans une approche globale et interdisciplinaire, dans le respect des choix du patient.



## Territoire d'intervention

La zone d'intervention du réseau Osmose est le territoire de santé 92-1.

Sur le volet cancérologique, Osmose peut également participer à la prise en charge de patients résidant dans des communes limitrophes des départements 91, 78, 94 et 75, si ces patients se font soigner sur le territoire de santé 92-1 et ce, en concertation avec les réseaux de cancérologie de ces territoires.

## Principes éthiques

Les principes suivants guident l'action du réseau :

- permettre l'accès de la personne à des soins de qualité et aux droits sociaux dans une perspective de prise en charge globale ;
- respecter et accompagner le projet de vie du patient dans sa dignité ;
- mettre en œuvre les moyens permettant la coordination des soins dans le respect du secret professionnel et de la confidentialité des informations concernant les patients pris en charge ;
- prendre en considération l'entourage de la personne (famille, professionnels, bénévoles, ...)
- respecter le libre choix de la personne en véhiculant une information claire et exhaustive ;
- favoriser la pluridisciplinarité de la prise en charge et la coordination des pratiques et des interventions ;
- respecter le libre choix des patients concernant les professionnels libéraux et hospitaliers qui les suivent.

## Objectifs

<p>L'objectif général de ce réseau est d'optimiser le suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de malades atteints de cancer et/ou</li> <li>- de malades âgés en situation de dépendance et/ou</li> <li>- de malades nécessitant des soins palliatifs</li> </ul>	<p>Le réseau Osmose participe à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et des services rendus aux patients et aux familles en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promouvant la continuité des soins ;</li> <li>- permettant une prise en compte globale des besoins des patients ;</li> <li>- favorisant une prise en charge de proximité ;</li> <li>- soutenant la coordination des interventions ;</li> <li>- incitant au respect des règles de bonne pratique ;</li> <li>- développant l'accès à l'information et sa circulation.</li> </ul>
--	---

Le réseau Osmose propose un guichet unique dans le cadre d'un réseau comportant trois pôles permettant aux patients et aux professionnels d'avoir un seul interlocuteur pour la gestion des trois problématiques citées ci-dessus.

## Missions

Les principales missions du réseau sont les suivantes :

- organiser et coordonner la prise en charge à domicile ;
- réaliser des évaluations en concertation avec les professionnels qui entourent le patient ;
- élaborer des projets de soins globaux ;
- proposer un accompagnement psychologique ;
- proposer une évaluation de la situation sociale et orienter la personne ;
- assurer la circulation de l'information auprès des professionnels de santé, notamment auprès du médecin traitant ;
- mettre en place un dossier informatisé partagé sécurisé et un cahier de suivi à domicile ;
- fédérer les établissements et structures sanitaires et sociales du territoire ;
- participer à l'harmonisation des pratiques ;
- mettre en œuvre les soins de support ;
- organiser des réunions d'information pour les patients et leur entourage ;
- assurer la formation pluridisciplinaire des professionnels.

## Autorisation de fonctionnement et financement

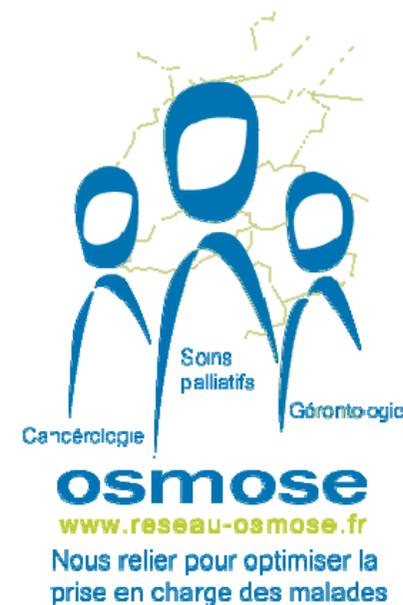
Osmose a obtenu en octobre 2011 le renouvellement de son autorisation de fonctionnement et de financement pour 3 ans, soit jusqu'au 31 décembre 2014, dans le cadre du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS - Agence Régionale de Santé).

En 2011, le réseau Osmose est financé à :

- 97 % par le FIQCS,
- 2,5 % pour le financement de soins de support au titre du Programme 'Prévention et Promotion de la Santé' (PPS-ARS) et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine,
- 0,5 % par les cotisations de ses membres et de sa gestion propre.

Pour l'année 2011, les montants des financements étaient les suivants :

- FIQCS : 584 800 €uros (soit, comme pour l'ensemble des réseaux d'Ile-de-France, une baisse de 13 % de son budget FIQCS par rapport à l'année 2010),
- PPS-ARS : 10 000 €uros,
- CPAM : 5 000 €uros.



## Adhérents

Le réseau Osmose est géré par une association de loi de 1901.

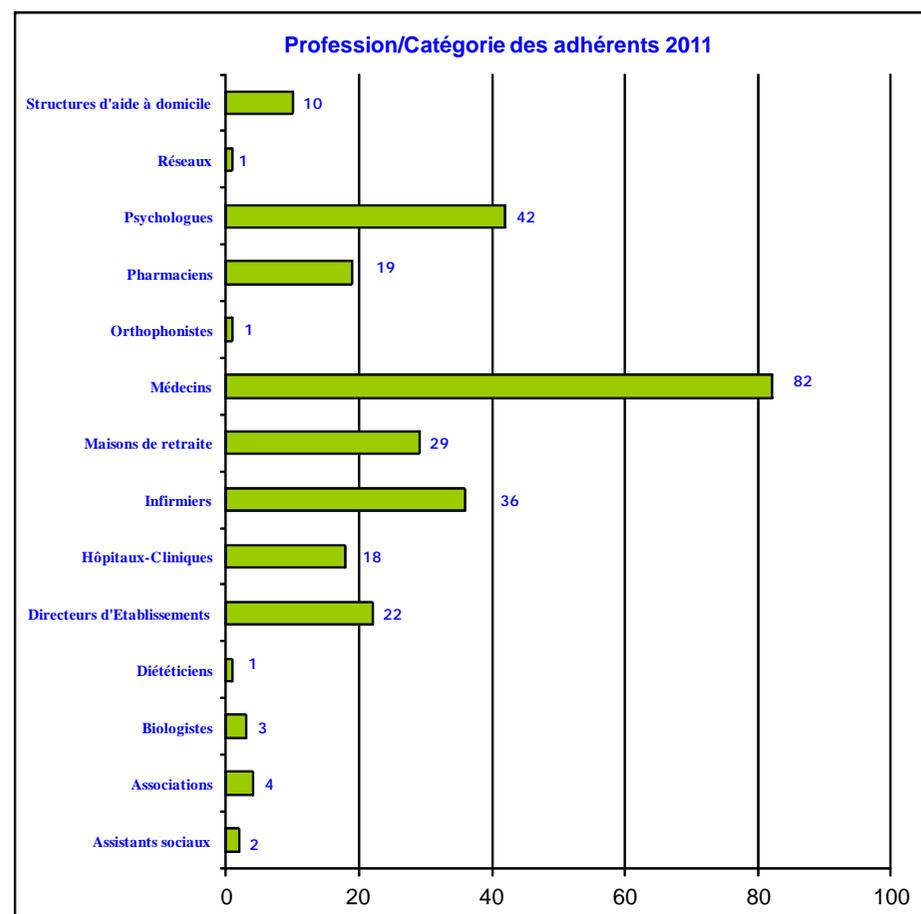
Au 31 décembre 2011, Osmose comptait 270 adhérents (- 3,9 % / 2010), dont 220 'membres actifs' à jour de leur cotisation et 50 'membres de droit'.

Les 'membres actifs' sont des personnes physiques ou morales qui choisissent de régler une cotisation annuelle à l'association. Ceci leur permet d'avoir une voix délibérative aux instances de décision.

Les 'membres de droit' sont des personnes morales, publiques ou privées, qui, du fait de leur activité auprès des patients, peuvent être dispensées du paiement d'une cotisation annuelle. Ces 'membres de droit' ont une voix consultative aux instances de décision.

Les 'membres actifs' et 'membres de droit' se déclarent tous en accord avec les statuts de l'association, la Convention Constitutive et la Charte de Fonctionnement du réseau Osmose.

Ils sont agréés par le Conseil d'Administration.



## Signataires de la Convention Constitutive

La Convention Constitutive du réseau Osmose décrit l'organisation, le fonctionnement et la démarche d'évaluation du réseau Osmose conformément au décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L6321-1 du Code de la santé publique.

La Convention Constitutive est signée entre le réseau Osmose et des personnes morales (établissements hospitaliers de soins, structures médico-psycho-sociales et associations du secteur géographique couvert par le réseau Osmose).

Au 31 décembre 2011, Osmose comptait 58 signataires de la convention constitutive (+ 5 % / 2010) :

Nbre	Etablissement, structure, association	Adresse	CP	Ville
1	Assad 14	12, rue Boyer-Barret	75014	Paris
2	Centre Chirurgical Marie Lannelongue	133, av. de la Résistance	92350	Le Plessis Robinson
3	Centre Communal d'Action Sociale	122, rue Houdan	92330	Sceaux
4	CLIC Sud-de-Seine	28, rue de la Redoute	92260	Fontenay aux Roses
5	Centre de Radiologie et de Traitement des Tumeurs	5/7, av. de Villacoublay	92360	Meudon la Forêt
6	Clinique Alleray Labrouste	64, rue Labrouste	75015	Paris
7	Clinique Ambroise Paré	2, rue Léon Bloy	92340	Bourg la Reine
8	Clinique Clinalliance Repotel	19, rue du Maréchal Gallieni	92260	Fontenay aux Roses
9	Clinique de la Porte de Saint-Cloud	30, rue de Paris	92100	Boulogne Billancourt
10	Clinique de Meudon	3/5, av. de Villacoublay	92360	Meudon la Forêt
11	Clinique du Parc de Vanves	60, avenue du Général de Gaulle	92130	Issy les Moulineaux
12	Clinique du Plateau	3/9, rue des Carnets	92140	Clamart
13	Clinique l'Amandier	57, av. de la Division Leclerc	92290	Chatenay Malabry
14	Clinique l'Ermitage	1, rue de l'Est	92140	Clamart
15	Clinique Les Tournelles	15, rue des Tournelles	94240	L'Hay les Roses
16	Espérance Univers Plus	6, rue Guillaume Apollinaire	93140	Bondy
17	HAD Croix Saint-Simon	6, av. du Pr Lemierre	75020	Paris
18	HAD AP-HP	14, rue Vésale	75005	Paris
19	Hôpital Antoine Bécclère	157, rue de la Porte de Trivaux	92140	Clamart
20	Hôpital Cognacq-Jay	15, rue Eugène Million	75015	Paris
21	Hôpital Corentin Celton	4, parvis Corentin Celton	92130	Issy les Moulineaux
22	Hôpital d'Instruction des Armées Percy	101, av. Henri Barbusse	92141	Clamart Cedex
23	Hôpital Privé d'Antony	1, rue Velpeau	92160	Antony
24	Hôpital Suisse	10, rue Minard	92130	Issy les Moulineaux
25	Ligue Contre le Cancer - Comité 92	16, av. du Gal Galliéni	92000	Nanterre
26	Maison de retraite Arcade	128, rue Boucicaut	92260	Fontenay aux Roses
27	Maison de retraite Arpage-Lannelongue	31, rue Diderot	92170	Vanves

## Signataires de la Convention Constitutive (suite)

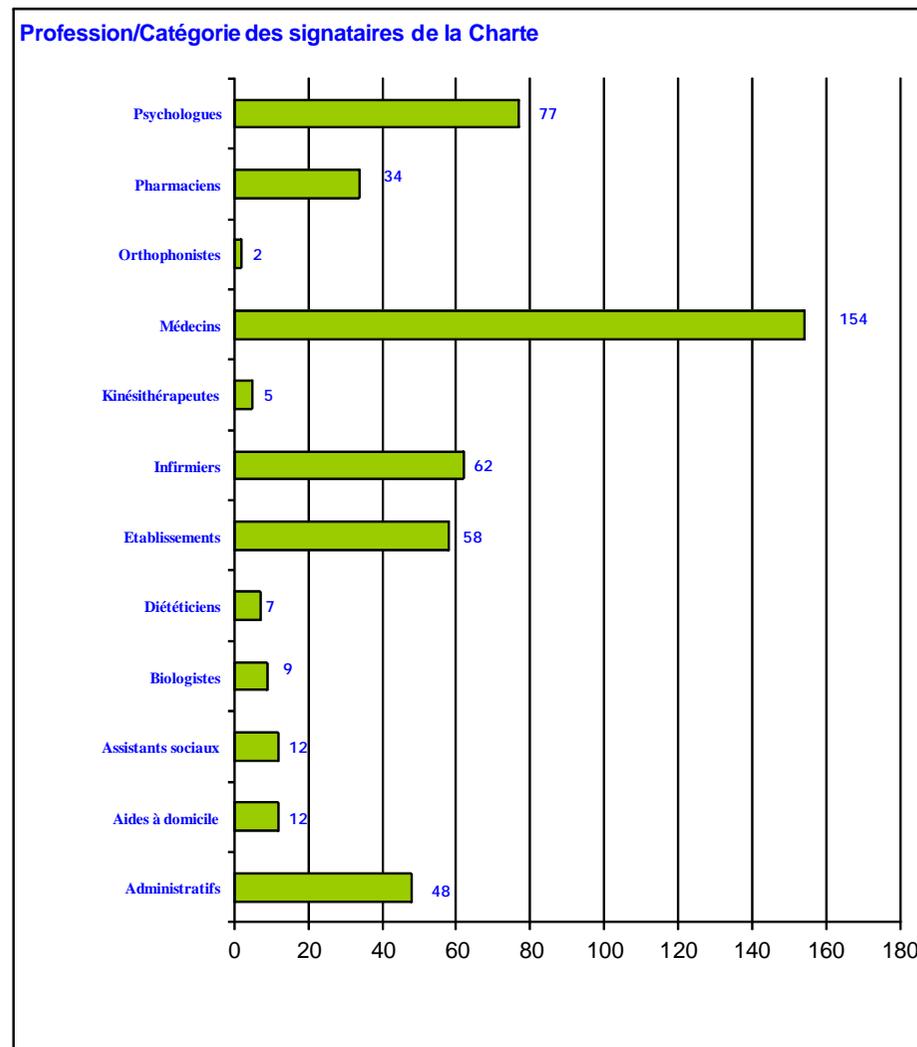
Nbre	Etablissement, structure, association	Adresse	CP	Ville
28	Maison de retraite Bel Air	104, av. Henri Barbusse	92140	Clamart
29	Maison de retraite Castel Regina	10-16, Bd du Maréchal Joffre	92340	Bourg La Reine
30	Maison de retraite Chantereine	2, rue de l'Île Bouchard	92140	Clamart
31	Maison de retraite Ferrari	1, place Ferrari	92140	Clamart
32	Maison de retraite Florian Carnot	100/108, avenue Aristide Briand	92160	Antony
33	Maison de retraite Hippocrate	21, chemin de la Croix Blanche	92290	Chatenay Malabry
34	Maison de retraite La Chartraine	14, rue de l'Espérance	92160	Antony
35	Maison de retraite La Faïencerie	4, rue Paul Couderc	92330	Sceaux
36	Maison de retraite La Maison des Poètes	73-77, rue Louis Girard	92240	Malakoff
37	Maison de retraite Lasserre	4, rue Séverine	92130	Issy les Moulineaux
38	Maison de retraite Le Chatelet	3 bis, rue du Bel Air	92190	Meudon
39	Maison de retraite Le Clos des Meuniers	38, rue des Meuniers	92220	Bagneux
40	Maison de retraite Les Parentèles	2, rue des Mathurins	92220	Bagneux
41	Maison de Retraite Le Séquoia	110, av. de la Division Leclerc	92290	Chatenay Malabry
42	Maison de retraite Les Terrasses	37, av. du Général Galliéni	92190	Meudon
43	Maison de retraite Les Tybilles	1, sentier des Tybilles	92190	Meudon
44	Maison de retraite Marguerite Renaudin	4, rue Tenaudin	92330	Sceaux
45	Maison de retraite Molière	26, boulevard Carnot	92340	Bourg La Reine
46	Maison de retraite Résidence du Parc	121, av. de Verdun	92320	Chatillon
47	Maison de retraite Saint-Charles	99, rue Houdan	92330	Sceaux
48	Maison de retraite Sainte-Anne d'Auray	5, rue de Fontenay	92320	Chatillon
49	Maison de retraite Sainte-Emilie	81, avenue Schneider	92140	Clamart
50	Maison de retraite Suisse Repotel	23, avenue Jean Jaurès	92130	Issy les Moulineaux
51	Maison de retraite Thémis Jean Rostand	6/8, avenue du Bois	92290	Chatenay Malabry
52	Maison de retraite Villa Beausoleil	64, rue Gabriel Péri	92120	Montrouge
53	Maison de retraite Villa Garlande	14/16, av. Garlande	92220	Bagneux
54	Maison de retraite Villa Médicis	60, allée de la Forêt	92360	Meudon la Forêt
55	Maison de retraite Villa Médicis	26, rue Diderot	92170	Vanves
56	Réseau Aloïs	75, rue de Lourmel	75015	Paris
57	SSIAD Odilon Lannelongue	29, rue Diderot	92170	Vanves
58	Yzseo	15, av. Descartes	92350	Le Plessis Robinson

## 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 du réseau.

Elle décrit les modalités d'entrée et de sortie du réseau, les rôles et les devoirs de chacun et les moyens mis en œuvre pour assurer le fonctionnement du réseau.

Au 31 décembre 2011, Osmose comptait 480 signataires de la Charte de fonctionnement (+ 17 % par rapport à 2010)



## Conseil d'Administration

Osmose est géré par un Conseil d'Administration dont le rôle consiste à définir et suivre la politique générale du réseau. Ce Conseil d'Administration a été élu lors de l'Assemblée Générale Ordinaire du 7 avril 2011.

Nom - Prénom	Profession	Lieu d'exercice	Fonction au Bureau
<b>Pierre-André Bécherel</b>	Dermatologue	HPA - Antony	
<b>Jean-Pierre Belin</b>	Directeur	MDR Chartraine - Antony	
<b>François Boué</b>	Oncologue	Béclère - Clamart	<b>Président</b>
<b>Rose-Marie Briand</b>	Assistante Sociale	Béclère - Clamart	
<b>Erick Chirat</b>	Radiothérapeute	CRTT - Meudon la Forêt	
<b>Catherine Debelmas</b>	Pharmacien	Clamart	
<b>Grégory Frankel</b>	Psychologue	Béclère - Clamart	
<b>Marion Lagneau</b>	Gastro-entérologue	HPA - Antony	
<b>Alain Le Bourdon</b>	Médecin Généraliste	Fontenay aux Roses	
<b>Pierre Loué</b>	Médecin Généraliste	Fontenay aux Roses	
<b>Carole Maurice</b>	Infirmière Libérale	Clamart	
<b>Véronique Morize</b>	Médecin EMSP	C.Celton - Issy les Mlx	<b>Vice-Présidente</b>
<b>Rissane Ourabah</b>	Médecin Généraliste	Châtillon	<b>Vice-Président</b>
<b>André Rieutord</b>	Pharmacien	Béclère - Clamart	<b>Secrétaire</b>
<b>Anne Thiellet</b>	Radiothérapeute	CRTT - Meudon La Forêt	<b>Vice - Présidente</b>
<b>Isabelle Triol</b>	Médecin EMSP	Béclère - Clamart	
<b>Patrick Tubiana</b>	Chirurgien gynécologue-obstétricien	HPA - Antony	
<b>Olivier Vallet</b>	Médecin DIM	CCML - Plessis Robinson	<b>Trésorier</b>

## Equipe de coordination

L'équipe de coordination du réseau Osmose en 2011 est composée de 9 membres, pour 6,6 Equivalents Temps Plein.

Pôle Cancérologie	Pôle Gérontologie	Pôle Soins Palliatifs
<b>Stéphane Lévêque - Directeur - 1 ETP</b>		
<b>Gaëlle-Anne Estocq - Médecin Coordinateur - 0,5 ETP</b>	<b>Giorgio Messina, puis Sidonie Nahum - Médecins Coordinateurs - 0,5 ETP</b>	<b>Carole Raso - Médecin Coordinateur - 1 ETP</b>
<b>Nicole Corre - Infirmière coordinatrice - 1 ETP</b>		<b>Pascale Robillard - Infirmière coordinatrice 0,5 ETP</b> <b>François Hennequin - Infirmier coordinateur 0,5 ETP</b>
<b>Cécilia Foreau - Assistante sociale - 1 ETP</b>		
<b>Cathy Michaud - Secrétaire - 0,6 ETP</b>		

En 2011, l'équipe de coordination du réseau a connu plusieurs changements :

- Giorgio Messina a quitté ses fonctions de médecin coordinateur du pôle gérontologie en juin,
- il a été remplacé par Sidonie Nahum en septembre, laquelle a quitté ses fonctions en janvier 2012,
- elle a été remplacée par Arielle Attal en mars 2012,

- Cécilia Foreau a quitté ses fonctions d'assistante sociale en décembre,
- elle a été remplacée par Lise Allainguillaume qui a pris ses fonctions en janvier 2012,

- Nicole Corre a pris sa retraite en décembre,

- compte tenu des réductions budgétaires pour les réseaux d'Ile-de-France, elle n'a pas été remplacée sur ce poste. En janvier 2012, le réseau Osmose a donc perdu un poste temps plein de coordination infirmière sur les pôles cancérologie et gérontologie.

### Projet PPAC :

Par ailleurs, pour la mise en œuvre du projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer :

- Damia Meddour a été recrutée en tant que référente du projet PPAC (temps plein - CDD de 12 mois),
- Gaëlle-Anne Estocq a augmenté son temps de travail de 50 % en tant que chargée de mission sur le projet PPAC (pour une période de 12 mois).

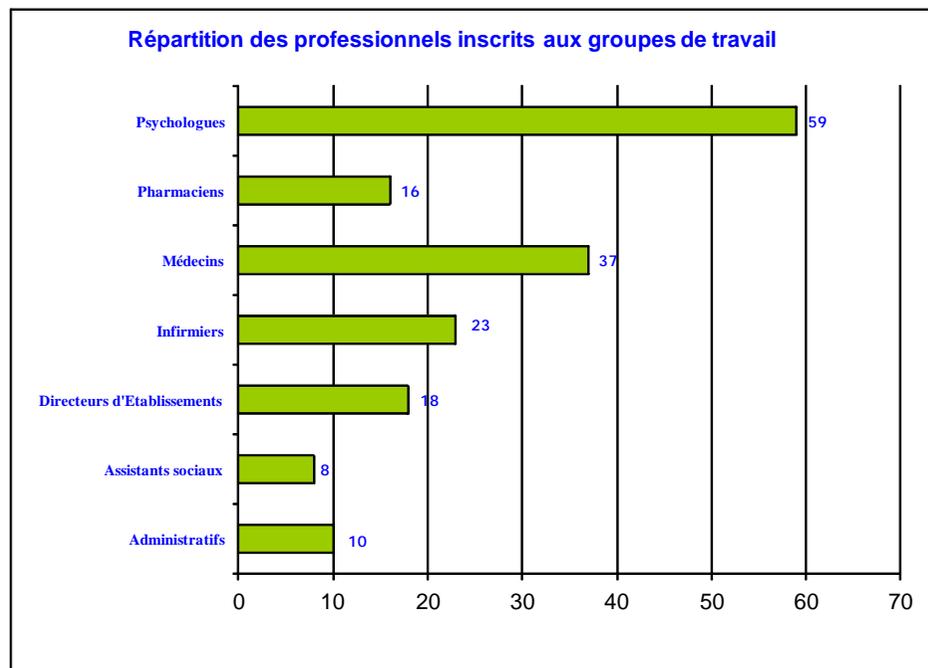
## Groupes de travail

Pour mettre en œuvre ses projets, Osmose repose également sur l'engagement des professionnels de santé du territoire dans des groupes de travail et de réflexion.

En 2011, **11 groupes de travail** différents ont été réunis (voir plus loin dans ce rapport, les dates et nombre de réunions, nombre de participants, réalisations des groupes,...) :

- Astreinte téléphonique
- Dispositif d'annonce
- Coordinateurs de 3 C
- Filière CHIP
- Formations
- Guide ordonnances
- Onco\_Gynéco\_Sein
- Programme personnalisé de l'après cancer
- Psychologues
- Relations avec les EHPAD
- Relations avec les personnes malades et leur entourage

Au total, **171 professionnels** différents sont inscrits à un ou plusieurs de ces groupes de travail.



## Les actions en direction des patients

## La coordination médico-psycho-sociale

La coordination médico-psycho-sociale est opérée soit :

- par téléphone,
- au domicile du patient,
- lors de rendez-vous dans les locaux du réseau avec les patients, leur entourage ou les professionnels qui assurent leur prise en charge,
- lors de réunions de concertation professionnelle, dans les locaux du réseau ou les locaux des professionnels partenaires.

Pour assurer cette coordination globale, le réseau Osmose disposait, en 2011, d'une équipe constituée de 2 ETP médecin, 2 ETP infirmier et 1 ETP assistant social. Pour mémoire, le réseau n'a pas vocation à se substituer aux professionnels qui prennent habituellement en charge les patients. La coordination assurée par l'équipe du réseau consiste à :

- évaluer les besoins du patient, notamment à son domicile,
- élaborer les propositions d'un programme d'aide personnalisé et actualisé,
- 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,
- mettre en œuvre la prise en charge financière par le réseau d'entretiens du patient et de son entourage avec des psychologues,
- permettre la prise en charge sociale du patient,
- assurer la mise en place de bénévoles d'accompagnement auprès du patient,
- participer/mettre en œuvre des réunions de concertation professionnelle sur la situation du patient.

Au sein du réseau, la coordination est organisée selon 3 pôles (cancérologie, gérontologie et soins palliatifs) avec une équipe médecin-infirmier spécifique, référente et experte.

Lorsqu'un patient est concerné exclusivement par l'une des 3 problématiques, c'est le pôle de référence qui assure son suivi.

Lorsque le patient est concerné par 2, voire 3 des pôles du réseau (ce qui arrive plus d'une fois sur deux), il est orienté vers le pôle de référence correspondant à sa problématique principale.

En interne, des réunions hebdomadaires et des échanges réguliers entre les équipes permettent de construire une complémentarité d'expertise, au bénéfice du patient, afin de répondre au mieux et d'une manière globale à ses besoins.

La coordination sociale est, quant à elle, transversale aux 3 pôles du réseau. Elle est systématiquement assurée en concertation avec les équipes médecin-infirmier du patient.

## Modalités générales de prise en charge des patients

### Sollicitation du réseau – signalement

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

Pour faciliter l'accès au réseau, il n'existe pas de procédure-type de signalement : celui-ci peut être effectué par téléphone, par mail, courrier postal, fax, à l'aide de dossiers-type existants (tel que celui édité par la Respalif pour les soins palliatifs).

Une première évaluation, effectuée par le membre de l'équipe du réseau qui reçoit la demande, consiste à vérifier que le patient correspond bien aux critères de prise en charge au sein du réseau :

- Patient adulte,
- et
- Habitant le territoire d'intervention du réseau (territoire de santé 92-1) pour les patients nécessitant l'intervention au domicile de professionnels médico-psycho-sociaux.
- ou
- Se faisant suivre par un professionnel ou un établissement du territoire d'intervention du réseau pour les patients ne nécessitant pas d'intervention au domicile.

Si le patient ne correspond pas à ces critères, sa demande est orientée, lorsque cela est possible, vers un autre réseau, un service, une structure correspondant à son besoin.

### Orientation du patient au sein du réseau

S'il répond aux critères, le patient est orienté vers un pôle de référence.

Au sein du réseau, la coordination est organisée selon 3 pôles (cancérologie – gérontologie – soins palliatifs), avec une équipe médecin-infirmier-assistant social spécifique, référente et experte.

Intentionnellement, afin de donner une réponse la plus rapide possible, il n'existe pas de procédure ni de temps spécifique (comme un staff hebdomadaire, par exemple) pour décider ou non de la prise en charge du patient par le réseau et son orientation vers un pôle de référence. Cette décision est certes toujours concertée au sein de l'équipe de coordination, mais elle est prise, autant que faire se peut, dans les instants où la sollicitation arrive au réseau.

Lorsqu'un patient est concerné exclusivement par l'une des 3 problématiques, c'est le pôle de référence qui assure son suivi. Lorsqu'il est concerné par 2, voire 3 pôles du réseau (ce qui arrive plus d'une fois sur deux), le patient est orienté vers le pôle de référence correspondant à sa problématique principale.

### Constitution d'un dossier médical informatisé sécurisé (DMIS)

L'équipe du pôle de référence constitue alors le dossier du patient dans le Dossier Médical Informatisé Sécurisé (DMIS) du réseau : recueil et saisie des informations administratives et médicales, récupération de compte-rendu d'hospitalisation et compilation dans le dossier, contacts avec les intervenants habituels du patient,...

Tout au long de la prise en charge du patient par le réseau, ce DMIS est régulièrement renseigné et actualisé par l'équipe de coordination. Il est également accessible, à distance, via mot de passe sécurisé, à l'ensemble des professionnels assurant la prise en charge du patient, après que celui-ci en ait donné l'accord au réseau par sa signature du 'Consentement à la prise en charge' (voir chapitre Inclusion).

Ce DMIS rassemble l'ensemble des interventions réalisées par le réseau pour le patient : compte-rendu des appels téléphoniques, compte-rendu des visites à domicile, Programme Personnalisé de Soins, compte-rendu des réunions de synthèse ou réunions post-décès,... Ces informations peuvent être adressées par mail sécurisé aux différents intervenants du patient.

## Modalités générales de prise en charge des patients

### Recueil de l'accord du patient et, au besoin, de son médecin traitant

L'équipe de coordination vérifie ensuite auprès du patient s'il est d'accord pour l'intervention du réseau.

Si cela n'est pas le cas, celui-ci peut-être conseillé et orienté avant que son dossier ne soit archivé et qu'il soit enregistré en tant que patient sorti du réseau pour refus de prise en charge.

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, ...). En fonction des besoins, l'équipe de coordination requiert donc l'accord du médecin traitant pour l'intervention du réseau. Si le médecin traitant refuse l'intervention du réseau, le patient est informé de l'impossibilité de son intervention. Le dossier du patient est alors archivé et il est enregistré en tant que patient sorti du réseau pour refus de prise en charge par le médecin traitant.

### Inclusion

Tous les patients pris en charge dans le cadre d'Osiose sont informés des services rendus par le réseau, des modalités de partage d'information au sein du réseau, ainsi que de leurs droits, notamment en matière de confidentialité des informations les concernant et de consultation de leur dossier médical réseau, au travers du 'Document d'Information des Patients'. Tous les patients sont invités alors à signer le 'Consentement à la prise en charge', attestant de leur accord de prise en charge et de leur inclusion dans le réseau. Tout professionnel de santé ou tout membre de l'équipe du réseau est habilité à faire signer ce document aux patients. Cette signature représente une démarche administrative supplémentaire pouvant freiner autant les professionnels que les patients ; elle représente également une démarche psychologique qui peut prendre du temps à aboutir. C'est pourquoi, si un patient n'est pas (encore) signataire de ce document, le réseau Osiose 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, ainsi que son médecin traitant, le cas échéant, pour l'intervention du réseau.

### Prise en charge

Après accord(s), l'équipe de coordination assure la prise en charge du patient, graduée en fonction de ses besoins :

- Conseils et information,
- Ecoute et soutien,
- Orientation ou recherche d'intervenants,
- Aide à l'expression de la demande et à la détermination des besoins,
- Réassurance,
- Approche globale et transversale,
- Repérage des manques et suggestions de réponses adaptées,
- Prise en charge psychologique,
- Consultations de diététique,
- Consultations de socio-esthétique,
- Atelier de relaxation,
- Atelier de réflexion et d'échanges,
- Sollicitation des acteurs sociaux,
- Fluidification de la transmission des informations entre les professionnels,
- Aide à la gestion de conflits, soutien à la restauration de la confiance et du lien (patient – entourage – professionnel),
- Lutte contre l'isolement,
- Analyse de situations en tant que tiers extérieur,
- Visite d'évaluation au domicile,
- Elaboration d'un programme personnalisé de soins,

## Modalités générales de prise en charge des patients

- Réévaluation régulière et réajustements du plan d'aide mis en place,
- Remise d'un cahier de suivi au domicile,
- Proposition de l'astreinte téléphonique (pour les patients relevant d'une prise en charge palliative),
- Demande d'aide financière spécifique,
- Mise en place d'aides au domicile,
- Veille renforcée face aux situations fragiles ou d'équilibre précaire,
- Accompagnement de fin de vie,
- Prise en charge de la douleur,
- Prise en compte des problématiques psychiatriques associées,
- Organisation d'hospitalisations de répit ou d'hospitalisations directes pour évitement de passages aux Urgences,
- Organisation d'institutionnalisations,
- Réajustement de parcours de soins en rupture ou chaotiques,
- Anticipation, prévention,
- Education thérapeutique,
- Soutien face à l'épuisement des aidants,
- Soutien face à l'épuisement des professionnels,
- Accompagnement des patients dans leurs choix,
- Médiation lors de divergences concernant la prise en charge, aide à l'adhésion à une décision de soins,
- Aide à la gestion de situations de maltraitance,
- Conseils et accompagnement des professionnels dans la prise en charge,
- Organisation de réunions de synthèse ou de réunions post-décès pour les professionnels,
- ...

Ces services rendus ne sont ni linéaires ni systématiques, ils s'adaptent aux besoins et à la situation du patient, ils sont proposés par l'équipe de coordination et négociés avec le patient, son entourage et ses intervenants habituels.

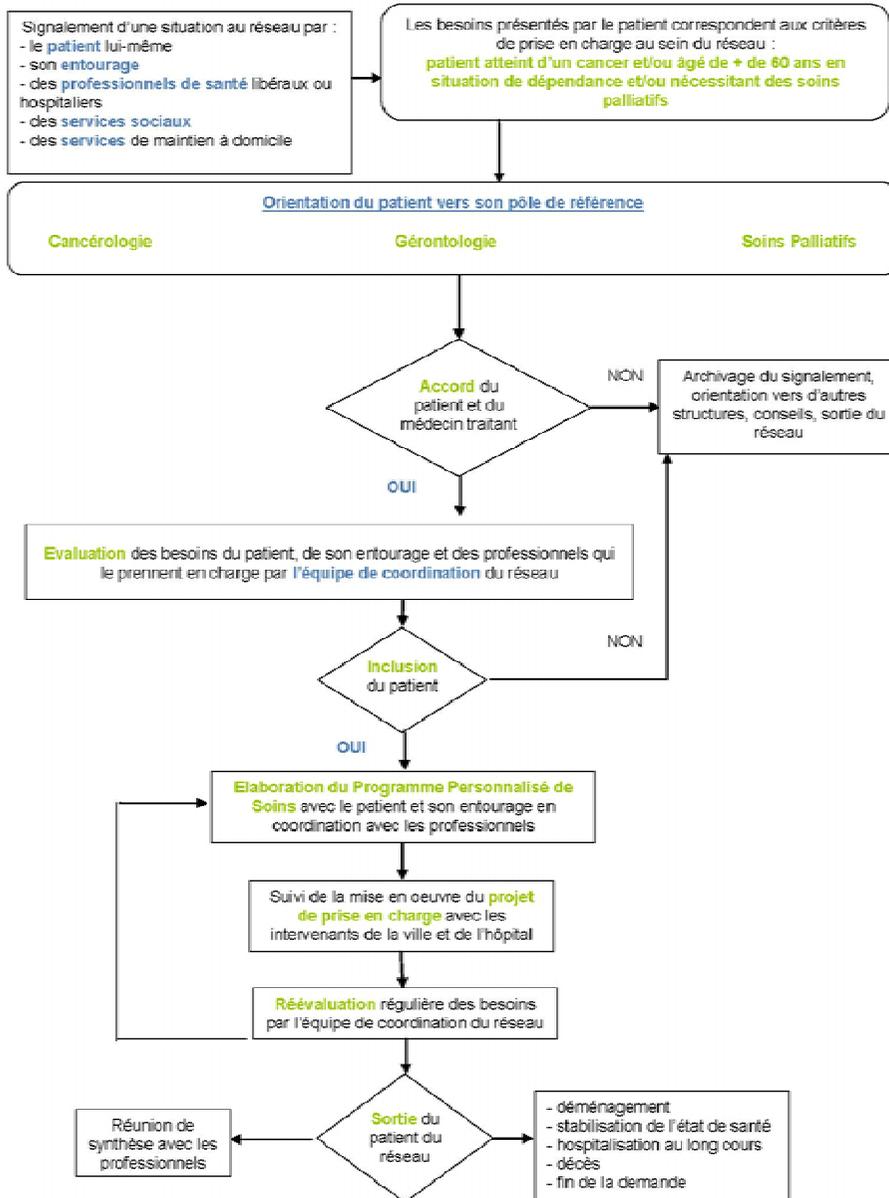
Tout au long de la prise en charge, l'équipe de coordination se concerta régulièrement sur les meilleures propositions à faire au patient et à ses professionnels, lors de staffs hebdomadaires et, au besoin, lors d'échanges informels en interne et/ou avec les intervenants habituels du patient.

### Sortie du réseau

Le patient peut sortir du réseau à tout moment, sur simple demande de sa part.

Les autres motifs de sortie sont le décès, le signalement sans suite, le déménagement ou les patients 'perdus de vue'.

**Le parcours du patient au sein du réseau Osmose**



**Les patients pris en charge**

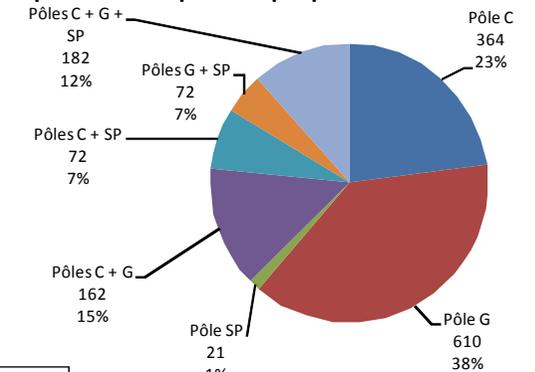
Au total, sur l'année 2011, le réseau Osmose a été sollicité pour 1 588 patients, soit une augmentation de 50 % par rapport à 2010 (1 060 patients) et une augmentation de 94 % par rapport à 2009 (818 patients).

Sur ces 1 588 patients :

- 880 étaient atteints d'un cancer, soit plus de 1 patient sur 2 (55 %).
- 1 092 étaient âgés de plus de 60 ans et en situation de dépendance, soit plus de 2 patients sur 3 (69 %).
- 391 nécessitaient des soins palliatifs, soit 1 patient sur 4 (25 %).

Près de la moitié des 1 588 patients pris en charge en 2011 étaient concernés par 2, voire par les 3 pôles du réseau.

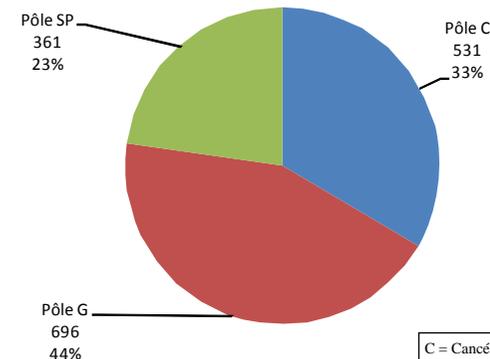
**Répartition des patients par pôles**



C = Cancérologie / G = Gérontologie / SP = Soins Palliatifs

En fonction de leur problématique principale, les patients sont pris en charge par l'un des 3 pôles du réseau qui devient leur **pôle de référence**.

**Répartition des patients par pôles de référence**

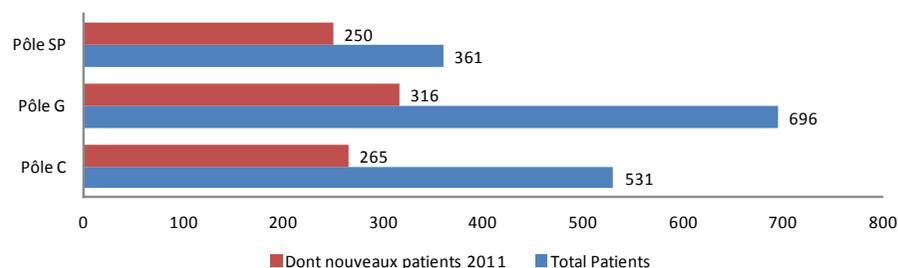


C = Cancérologie / G = Gérontologie / SP = Soins Palliatifs

## Nouveaux patients de 2011

Sur les 1 588 patients pris en charge, 831 (52 %) sont des nouveaux patients de l'année 2011 (soit une augmentation de 11 % de nouveaux patients / 2010) :

- pour le pôle de référence cancérologie, 50 % des patients pris en charge en 2011 sont des nouveaux patients de 2011 (soit une augmentation de 11 % de nouveaux patients par rapport à 2010),
- pour le pôle de référence gérontologie, 45 % des patients pris en charge en 2011 sont des nouveaux patients de 2011 (soit une baisse de 8 % de nouveaux patients par rapport à 2010),
- pour le pôle de référence soins palliatifs, 69 % des patients pris en charge en 2011 sont des nouveaux patients de 2011 (soit une augmentation de 10 % de nouveaux patients par rapport à 2010).



## Patients enregistrés / patients inclus

Au sein du réseau, les patients ont deux statuts distincts :

- patients enregistrés
- patients inclus.

Les **patients enregistrés** sont ceux pour lesquels une demande d'intervention est parvenue au réseau : information, orientation, recherche d'intervenants et de structures de prise en charge, participation à une réunion d'information, coordination de prise en charge, soutien psychologique, aide sociale, évaluation au domicile,...

Les **patients inclus** sont des patients enregistrés qui, en plus, ont signé le 'Document d'Information des Patients' qui les informe des modalités d'échanges d'information au sein du réseau ainsi que de leurs droits en matière de confidentialité, notamment. Par cette signature, ils valident leur autorisation d'intervention du réseau dans leur prise en charge.

Sur les 1 588 patients pour lesquels le réseau Osmose a été sollicité en 2011, **607 étaient inclus dans le réseau** (soit 38 %). En 2011, **317 patients ont signé ce 'Document d'Information des Patients'**.

Tout professionnel de santé ou tout membre de l'équipe du réseau est habilité à faire signer ce document aux patients. Cette signature représente une démarche administrative supplémentaire freinant autant les professionnels que les patients ; elle représente également une démarche psychologique qui peut prendre du temps à aboutir.

Si un patient n'est pas (encore) signataire de ce document, le réseau Osmose peut intervenir pour lui, si tant est que celui-ci ait été informé des modalités d'action du réseau et qu'il soit d'accord, ainsi que son médecin traitant, pour l'intervention du réseau.

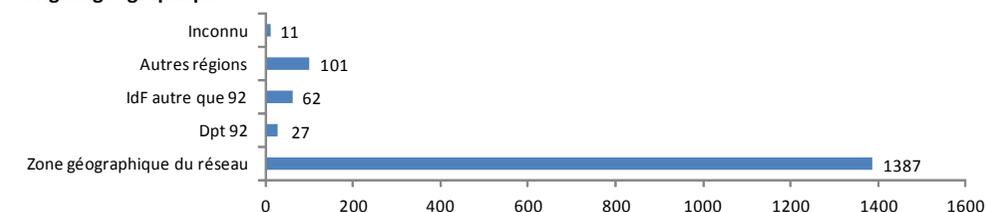
## Domiciliation des patients

1 387 patients (soit 87 %) pour lesquels le réseau a été sollicité étaient domiciliés dans une ville du territoire d'intervention du réseau.

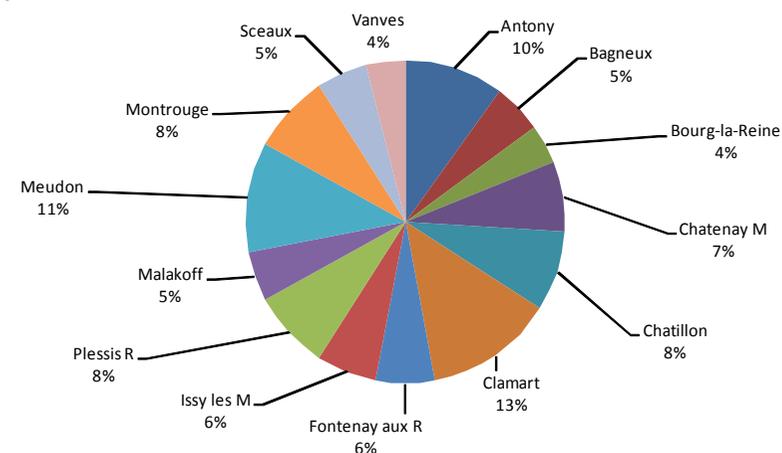
Tous les autres patients non domiciliés dans le territoire de santé 92-1 sont néanmoins pris en charge au sein d'un établissement de ce territoire ou par un professionnel exerçant sur ce territoire. C'est à ce titre qu'ils sont en lien avec le réseau :

- 27 patients (soit 2 %) étaient domiciliés dans une ville des Hauts-de-Seine ne faisant pas partie du territoire de santé du réseau.
- 62 patients (soit 4 %) sont domiciliés dans un département de l'Ile-de-France autre que les Hauts-de-Seine. Sont majoritairement représentés les départements des Yvelines et de l'Essonne pour lesquels les établissements de santé du sud des Hauts-de-Seine constituent un bassin d'attraction fréquent.
- 101 patients (soit 6 %) sont domiciliés dans une autre région que l'Ile-de-France
- pour 11 patients (soit 1 %), l'adresse de domiciliation est inconnue du réseau.

### Origine géographique



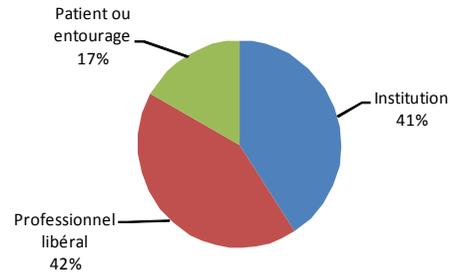
### Répartition par villes du territoire d'intervention du réseau



## Orientation des patients

La part des orientations de patients vers le réseau par des professionnels de ville est en progression constante depuis 2008, passant de 18 à 42 %.

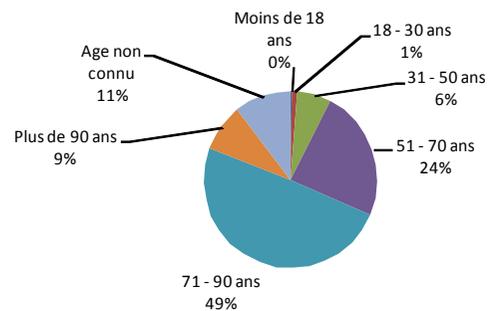
Origine des demandes



## Age des patients

La moyenne d'âge des patients suivis par le réseau en 2011 est de 75 ans.

Age



## Patients sortis du réseau

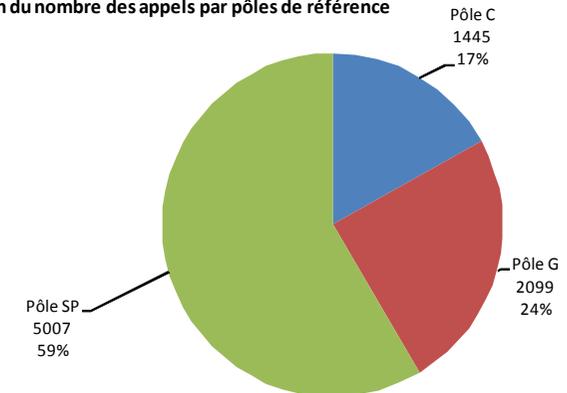
Au cours de l'année 2011, 966 patients sont sortis du réseau, soit 61 % des patients pour lesquels le réseau a été sollicité. La fin de prise en charge (pour 34 % des patients sortis) et le décès (pour 30 % des patients sortis) constituent la majorité des motifs de sortie du réseau. Les autres causes de sortie du réseau sont, par ordre de survenue :

- signalement sans suite,
- patient perdu de vue (les patients perdus de vue sont les patients pour lesquels le réseau n'a pas été sollicité depuis 12 mois)
- patient ne répondant pas aux critères d'intervention du réseau (hors pôles d'activité et/ou hors zone géographique. Dans ces cas, le patient est réorienté vers le réseau compétent, s'il en existe un),
- déménagement du patient,
- refus du médecin traitant,
- refus du patient.

## Coordination téléphonique

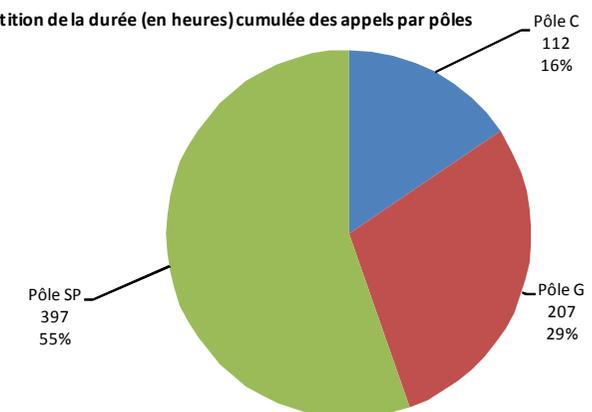
En 2011, le réseau a enregistré 8 551 appels téléphoniques (entrants et sortants) concernant des patients (qu'il s'agisse d'appels de patients eux-mêmes, de leur entourage ou des professionnels les prenant en charge).

Répartition du nombre des appels par pôles de référence



Au total, 716 heures de communication ont été enregistrées en 2011, soit une moyenne mensuelle de 60 h 00.

Répartition de la durée (en heures) cumulée des appels par pôles



## Sollicitations et actions du réseau

### Définition du niveau de complexité des patients

L'action d'un réseau étant dans sa grande majorité immatérielle (puisque'un réseau coordonne les soins mais ne les dispense pas), il est par nature complexe de donner à voir la nature de la coordination mise en œuvre et sa plus-value. Durant l'année 2010, l'équipe de coordination du réseau a mené une réflexion collective dans le but de mieux rendre compte de son action auprès des patients et de leur entourage, aussi bien quantitativement que qualitativement.

Pour ce faire, l'équipe de coordination s'est appuyée sur l'accompagnement externe et le soutien technique de Raymonde Samuel, consultante à 'Formations et Développements'.

Au total, 15 séances de travail ont été organisées en 2010 et ont permis de revisiter les indicateurs d'intervention du réseau auprès des patients afin de rendre plus lisible ce qui constitue la coordination médico-psycho-sociale proposée par le réseau.

Au cours de ce travail, il est apparu indispensable de **catégoriser les actions de coordination** menées en direction des patients, afin de quantifier et qualifier réellement l'intervention du réseau.

Parmi plusieurs possibilités de classement repérées (par thématique d'entrée, par problématiques repérées à l'entrée, par niveau de priorité, par type de prise en charge,...), le choix s'est porté sur une catégorisation basée sur la complexité de la prise en charge.

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

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

Ce travail de catégorisation a permis de décliner la coordination médicale, psychologique et sociale proposée aux patients au sein du réseau Osmose.

#### Préalables : les motifs d'entrée dans le réseau :

L'entrée d'un patient dans le réseau correspond à un moment d'instabilité, généralement un tournant ou un facteur de dégradation suscitant un déséquilibre de la prise en charge.

L'équipe de coordination du réseau est donc le plus souvent sollicitée dans un temps de fragilité ou du vulnérabilité accrue, d'amplitude et de nature variable : psychique, sociale, économique et, bien sûr, somatique, touchant soit le patient soit son entourage.

L'intervention de l'équipe de coordination vise donc :

- à proposer une offre complémentaire de soins ou de réponses à celles existantes et/ou
- à réduire un écart entre la capacité d'adaptation du patient et/ou de son entourage et la capacité d'adaptation de l'environnement et/ou du processus de soin (rupture, impasse,...)

La réponse de l'équipe de coordination du réseau comprend aussi bien des actes techniques que des actes immatériels (écoute et décryptage de la demande, du besoin, du désir réel, médiation,...).

Les degrés de complexité des patients répondent justement à ce besoin de rendre visibles ces actes immatériels, tout en donnant à voir également dans sa diversité et sa complexité ce qu'est une action globale de coordination médico-psycho-sociale et ce que sont, plus spécifiquement, les réponses propres au réseau Osmose.

## Sollicitations et actions du réseau

### Définition du niveau de complexité des patients

Les patients pris en charge au sein du réseau sont répartis selon 3 niveaux de complexité.

#### **Rappel : Ces 3 niveaux sont justifiés par :**

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

La catégorisation des patients pris en charge au sein du réseau est annualisée. Elle correspond à l'ensemble des patients pris en charge au cours de l'année N, avec remise à 0 de la catégorisation au 1er janvier de l'année N+1.

Le calcul de cette complexité est automatisé par le biais du Dossier Médical Informatisé Sécurisé du réseau qui a été adapté en 2010 à la saisie des critères de catégorisation : lors de chaque appel de coordination téléphonique et à la saisie d'un compte-rendu de visite à domicile, rendez-vous du patient au réseau ou réunion de concertation relative au patient.

#### **Exemple d'une fiche de saisie d'un appel téléphonique permettant le calcul automatisé du niveau de complexité des actes effectués lors de cet appel**

The screenshot shows the 'Appels et mails' form in the Osmose software. The form is titled 'Appels et mails' and has a 'Complexité 0' indicator. The form is divided into several sections: Evaluation, Partage de l'information, Soins de support, Médiation, Services spécifiques, and Autre. Each section contains a list of checkboxes for various actions performed during the call. The 'Complexité' level is determined by the selection of these actions. The interface also includes a navigation menu on the left and buttons for 'Annuler' and 'Enregistrer' at the bottom right.

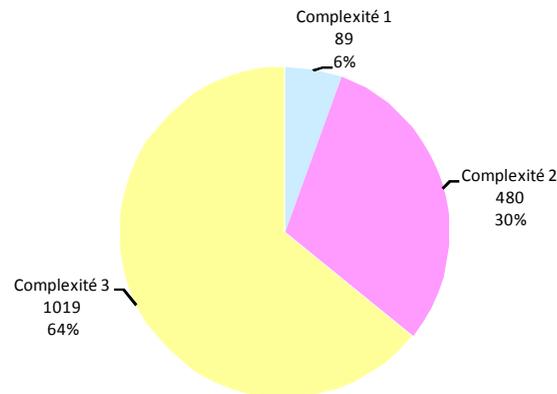
Les critères définissant chaque niveau de complexité sont les suivants :

Patients relevant de la complexité 1	Patients relevant de la complexité 2	Patients relevant de la complexité 3
<b>Actes de coordination médico-psycho-sociale effectués - services rendus</b>		
Ouverture d'un dossier médical informatisé sécurisé (données administratives + quelques éléments médicaux simples)	Repérage des manques, analyse des besoins et suggestion de réponses adaptées	Patient pour lequel un rendez-vous au réseau et/ou une visite initiale d'évaluation au domicile et/ou une visite de suivi et/ou une réunion de synthèse et/ou une réunion post-décès,... a eu lieu
Recueil et analyse de la demande	Transmission des informations aux intervenants	Patient à qui un cahier de liaison a été remis
Conseils et informations personnalisés (médicale, sociale,...)	Recherche et recueil d'information	Réajustement d'un parcours de soins chaotique, en rupture
Participation aux réunions d'information organisées par le réseau	Concertation interprofessionnelle sur la situation du patient	Aide à l'adhésion à une décision de soins
Présentation du réseau et de ses actions	Participation aux groupes de réflexion et d'échanges organisés par le réseau	Conseil thérapeutique
Envoi de documentation sur le réseau	Bénéficiaire d'un accompagnement psychologique (dérogation tarifaire)	Education thérapeutique
Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	Bénéficiaire de consultations diététique par les diététiciens du réseau	Anticipation - prévention
Conseil aux professionnels dans la prise en charge	Bénéficiaire de consultations de socio-esthétique par la socio-esthéticienne du réseau	Recherche de structures de prise en charge
	Bénéficiaire des ateliers de relaxation organisés par le réseau	Accompagnement du patient dans ses choix
	Mise en place de bénévoles d'accompagnement	Mobilisation des liens familiaux
	Aide à la gestion de conflits ou d'incompréhension dans la prise en charge, médiation	Aide à l'analyse de situations complexes
	Inclusion dans le réseau	Bénéficiaire de l'astreinte téléphonique
	Ecoute et soutien - réassurance	Bénéficiaire de la plate-forme 'séjour temporaire'
	Recherche d'intervenants pour le patient	Gestion de problématiques psychiatriques associées
	Sollicitation des intervenants référents du patient	Signalement ou gestion de maltraitance, abus patient
	Question/réponse sociale	Protection juridique
	Accompagnement et soutien des professionnels	Expertise médicale auprès du Tribunal pour la protection juridique
		Coordination avec intervenants sociaux
		Mise en place et suivi d'aides spécifiques (fonds FNASS, Ligue, APA, fonds de secours du réseau)
		Suivi
		Médiation et rôle de tiers extérieur pour les professionnels
	Aide des professionnels à l'analyse de situations complexes	
<b>Nombre d'actes de coordination inférieurs à 5</b>	<b>Nombre d'actes de coordination inférieurs à 20</b>	<b>Nombre d'actes de coordination supérieurs à 20</b>
<b>Nombre d'appels inférieurs à 5 et dont la durée cumulée n'excède pas 30 minutes</b>	<b>Nombre d'appels inférieurs à 20 et dont la durée cumulée n'excède pas 2 heures</b>	<b>Nombre d'appels supérieurs à 20 et dont la durée cumulée excède 2 heures</b>

## Patients pris en charge en 2011 par niveaux de complexité

La répartition des 1 588 patients pris en charge en 2011 par degrés de complexité est la suivante :

Répartition des patients selon le degré de complexité de leur prise en charge



Seuls 6 % des patients pris en charge en 2011 (soit 89 patients) représentent un faible niveau de complexité de réponse du réseau et de service rendu : présentation du réseau et de ses actions, envoi de documentation sur le réseau, conseils et informations spécialisés, transmission de coordonnées d'intervenants, orientation vers les services compétents, conseils aux professionnels dans la prise en charge.

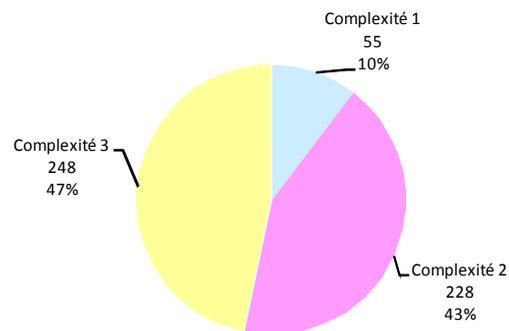
480 patients pris en charge en 2011 (soit 30 % de l'effectif) relèvent d'une complexité 2. En plus des actes effectués pour des patients relevant d'une complexité 1, la réponse du réseau pour ces patients a été la suivante : repérage des manques et analyse des besoins, transmission des informations aux intervenants, concertation inter-professionnelle sur la situation du patient, patients bénéficiaires des soins de support du réseau (prise en charge psychologique, consultations de diététique, consultations de socio-esthétique, ateliers de relaxation), inclusion dans le réseau, écoute et soutien, réassurance, recherche d'intervenants pour le patient, sollicitation des intervenants référents du patient, réponse à des questions sociales.

1 019 patients pris en charge en 2011 (soit 64 % du total des patients de 2011) relèvent d'une complexité 3. Outre les actes effectués pour des patients relevant d'une complexité 1 ou 2, l'équipe de coordination a effectué les actes suivants pour ces patients : rendez-vous au réseau, visite d'évaluation initiale ou de suivi au domicile, anticipation et prévention, recherche de structures (hospitalisation de répit, hospitalisation directe, unité de soins palliatifs, EHPAD,...), mobilisation de liens familiaux, patients bénéficiaires de l'astreinte téléphonique du réseau, utilisateurs de la plate-forme « séjour temporaire » du réseau, gestion de problématique psychiatrique associée, signalement et gestion de maltraitance ou d'abus, expertise médicale pour protection juridique, coordination avec les intervenants sociaux, instruction et suivi de dossiers sociaux spécifiques, participation à des réunions de concertation, de synthèse, de bilan, évocation de la situation du patient en staff interne, organisation d'une réunion post-décès, médiation - tiers extérieur.

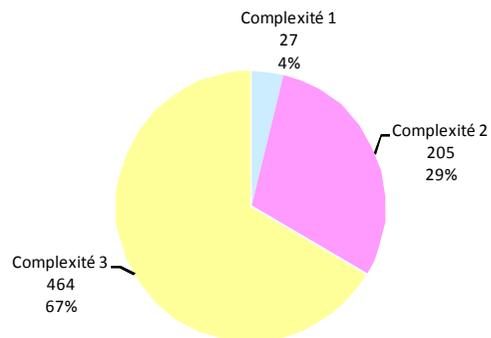
## Patients pris en charge en 2011 par niveaux de complexité

La répartition par pôles des degrés de complexité des patients est la suivante :

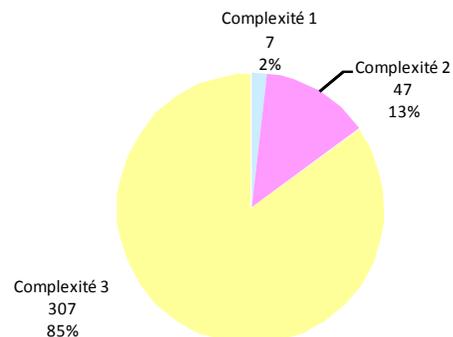
**Pôle cancérologie** : Répartition des patients selon le degré de complexité de leur prise en charge



**Pôle gérontologie** : Répartition des patients selon le degré de complexité de leur prise en charge



**Pôle soins palliatifs** : Répartition des patients selon le degré de complexité de leur prise en charge



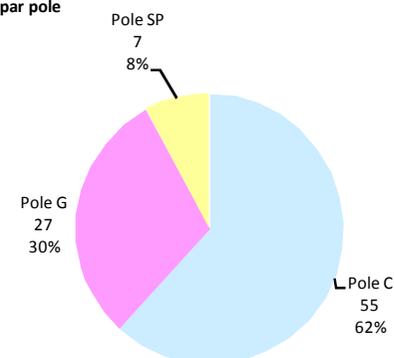
## Patients pris en charge en 2011 par niveaux de complexité

### Complexité 1

**Actes ou services rendus** :

- recueil et analyse de la demande
- enregistrement du patient dans le Dossier Médical Informatisé Sécurisé du réseau
- participation du patient à une réunion d'information organisée par le réseau
- présentation du réseau et de ses actions
- envoi de documentation sur le réseau
- conseils et informations personnalisés
- orientation (transmission de coordonnées de professionnels ou de structures)
- conseils aux professionnels dans la prise en charge
- **nombre d'actes par patient inférieurs à 5 (moyenne)**
- **nombre d'appels inférieurs à 5 et d'une durée cumulée inférieure à 30 minutes (moyenne)**

**Complexité 1** : Répartition des patients par pôle



Les 89 patients pris en charge en 2011 et relevant d'une complexité 1 sont, pour près des 2/3 des patients du pôle de référence Cancérologie. Seuls 8 % des patients du pôle de référence Soins palliatifs sont des patients de complexité 1.

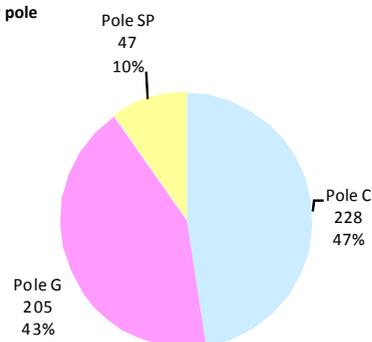
## Patients pris en charge en 2011 par niveaux de complexité

### Complexité 2

#### Actes ou services rendus :

- repérage des manques et analyse des besoins
- transmission des informations aux intervenants
- concertation inter-professionnelle sur la situation du patient
- bénéficiaires de consultation psychologique (dérogation tarifaire)
- bénéficiaires de consultation de diététique proposée par le réseau
- bénéficiaires de consultation de socio-esthétique proposée par le réseau
- bénéficiaires d'atelier de relaxation proposé par le réseau
- bénéficiaires d'atelier de réflexion et d'échanges proposé par le réseau
- inclusion dans le réseau (signature du Document d'information des patients)
- écoute et soutien, réassurance
- recherche d'intervenants pour le patient
- sollicitation des intervenants référents du patient
- question/réponse sociale
- **nombre d'actes par patient inférieurs à 20 (moyenne)**
- **nombre d'appels inférieurs à 20 et d'une durée cumulée inférieure à 2 heures (moyenne)**

#### Complexité 2 : Répartition des patients par pôle



Les 480 patients pris en charge en 2011 et relevant d'une complexité 2 sont répartis à 90 % et quasi équitablement entre les pôles Cancérologie et Gériatrie du réseau.

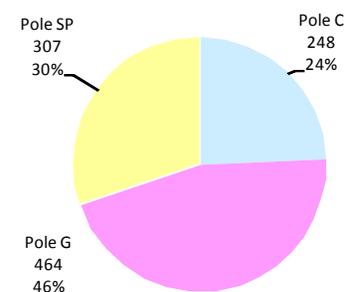
## Patients pris en charge en 2011 par niveaux de complexité

### Complexité 3

#### Actes ou services rendus :

- rendez-vous du patient ou de son entourage au réseau
- visite d'évaluation au domicile (visite initiale ou visite de suivi)
- anticipation - prévention
- recherche de structure (hospitalisation de répit, hospitalisation directe, USP, EHPAD,...)
- accompagnement des patients dans leurs choix
- mobilisation des liens familiaux
- bénéficiaires de l'astreinte téléphonique du réseau
- utilisateurs de la plate-forme 'séjour temporaire'
- gestion de problématique psychiatrique associée
- signalement/gestion de maltraitance, abus
- expertise médicale en vue de protection juridique
- coordination avec les intervenants sociaux des patients
- instruction de dossiers sociaux spécifiques (FNASS, Ligue contre le cancer, fonds de secours du réseau)
- réunion de concertation, de synthèse, de staff, de bilan
- réunion post-décès
- rôle de médiation - tiers extérieur
- **nombre d'actes par patient supérieurs à 20 (moyenne)**
- **nombre d'appels supérieurs à 20 et d'une durée cumulée supérieure à 2 heures (moyenne)**

#### Complexité 3 : Répartition des patients par pôle



Les 1 019 patients pris en charge en 2011 et relevant d'une complexité 3 sont, pour près de la moitié des patients du pôle de référence Gériatrie.

## Nombre et répartition des actes de coordination réalisés en 2011

Au total, **44 327 actes de coordination** médico-psycho-sociale ont été réalisés en 2011 pour les 1588 patients, soit une **moyenne de 28 actes effectué par patient**.

Au total, **7 806 heures** ont été consacrées par l'équipe de coordination du réseau à la prise en charge des patients, soit une moyenne de **4 heures et 54 minutes d'intervention par patient**. Cette durée cumulée de prise en charge représente **85 % du temps** de l'équipe de coordination du réseau, le reste étant consacré à la réalisation des projets, au temps de rencontres avec les partenaires, la gestion des groupes de travail, les formations,...

### Actes de coordination medico-psycho-sociale par complexité

Légende :

Complexité 1

Complexité 2

Complexité 3

### Actes effectués ou services rendus

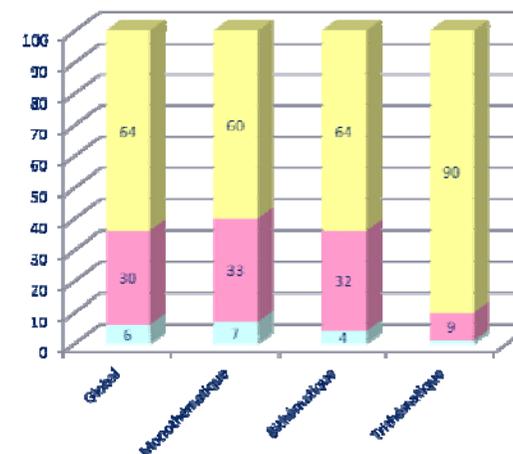
Evaluation	Services spécifiques
Recueil et analyse de la demande	Présentation du réseau et de ses actions
Repérage des manques et analyse des besoins	Envoi de documentation sur le réseau
Visite au domicile : demande et organisation	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge
Visite au domicile initiale	Orientations (transmission de coordonnées d'intervenants)
Visite au domicile de suivi	Inclusion
Rendez-vous au réseau (patient, entourage / équipe de coordination)	Accompagnement, écoute et soutien, réassurance
Partage de l'information	Recherche d'intervenants pour le patient
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	Sollicitation des intervenants référents du patient
Demande de rappel (sur répondant, à un autre interlocuteur)	Question/Réponse sociale
Contenu du message laissé (sur répondant, à un autre interlocuteur)	Conseil thérapeutique
Interlocuteur absent	Education thérapeutique
Cahier de liaison remis au patient	Anticipation – prévention
Transmission d'informations vers l'extérieur	Recherche de structure (H <sup>i</sup> répit, directe, EHPAD, USP)
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	Accompagnement dans les choix effectués
Recueil d'information (échanges)/recherche d'infos, demande de Cls...	Mobilisation de liens familiaux
Soins de support	Plate-forme séjour temporaire
Réunion d'information	Astreinte téléphonique
Autres soins de support	Gestion de problématiques psychiatriques associées
Groupe de réflexion et échanges	Signalement/gestion de maltraitance, abus
Accompagnement psychologique	Protection juridique
Dietétique	Expertise Médicale Tribunal / protection juridique
Socio-esthétique	Fonds FNAAS
Relaxation	Fonds Ligue Contre le Cancer
Bénévoles	Fonds de secours du réseau
Médiation	Aide Personnalisée à l'Autonomie
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...	Autres aides (soit/cifiques ou non)
Concertation sur la situation du patient	Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)
Réunion post-décès	
Réunion de concertation, synthèse, coordination, bilan	
Réajustement d'un parcours de soins chaotique	
Aide à l'adhésion à une décision de soins	
Tiers extérieur – Aide à l'analyse de situation complexe	

\* Nombre d'actes réalisés

## Degrés de complexité et thématiques

La relation entre le degré de complexité des patients et la ou les thématique(s) par lesquelles ils sont concernés indique clairement une corrélation entre le nombre de thématiques et la multiplicité et la complexité des besoins des patients.

Ces chiffres montrent donc la pertinence d'un réseau mutualisé sur ces thématiques par le besoin de réponses complémentaires et interconnectées qu'elles entraînent.



## Degrés de complexité et missions du réseau

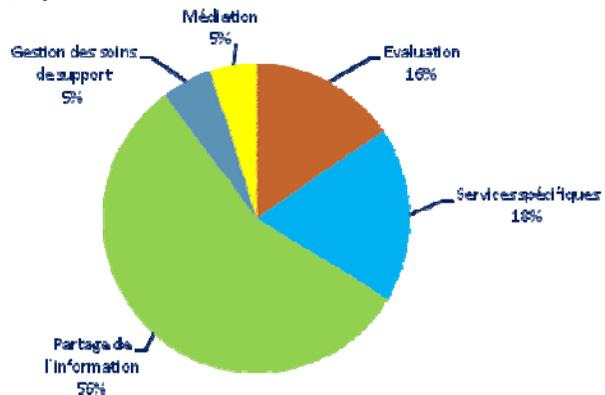
Les actions de coordination médico-psycho-sociale ont été répertoriées en cinq grandes missions. Concernant la prise en charge des patients en 2011, on observe la prépondérance de **3 missions essentielles** : le **partage de l'information** (56 %), les **services spécifiques** (18 %) et l'**évaluation** (16 %). Les 2 autres missions du réseau sont assurées moins fréquemment, dans 10 % des situations au total.

La mission de **Partage de l'information** représente plus de la moitié des actes, montrant que le réseau remplit pleinement sa mission de diffusion de l'information, véritable enjeu de la continuité des soins, d'autant que cette action de partage de l'information se réalise dans 79 % des situations à l'attention des professionnels extérieurs à l'équipe de coordination du réseau et assurant la prise en charge des patients. Au total, sur l'année 2011, 14 317 actes de transmission d'information à destination des professionnels partenaires intervenant dans la prise en charge ont été réalisés.

Du fait de son automatiser, le partage de l'information, dans les actes qu'il représente, ne comporte qu'une durée d'exécution réduite par rapport à tous les autres actes. En conséquence, le **nombre très important d'actes de Partage de l'information n'est pas corrélé au temps nécessaire à leur exécution, ni au degré de complexité de l'exécution de ces actes**. Dans cette optique, c'est l'enjeu de ces actes qui importe, c'est-à-dire la circulation et le partage de l'information entre partenaires.

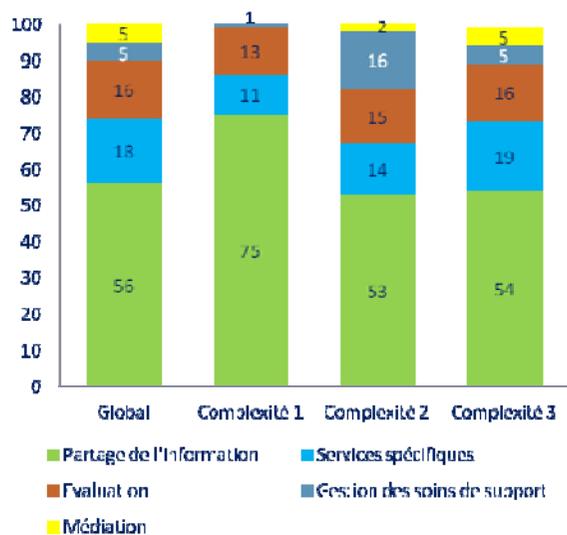
## Degrés de complexité et missions du réseau (suite)

Actes de coordination par missions



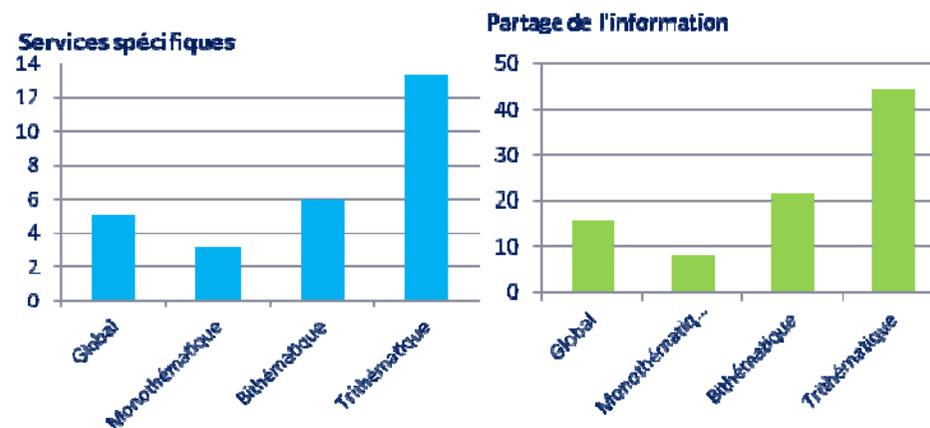
## Degrés de complexité et missions du réseau par thématiques

La répartition de ces actes par patients en fonction de leur complexité montre d'ailleurs que plus les patients sont dans un fort besoin de réponse complexe, plus la part des 5 grandes missions du réseau tend vers la diversification et augmentent au détriment de la part des actes de partage de l'information qui reste cependant prééminente, avec plus de la moitié des actes.

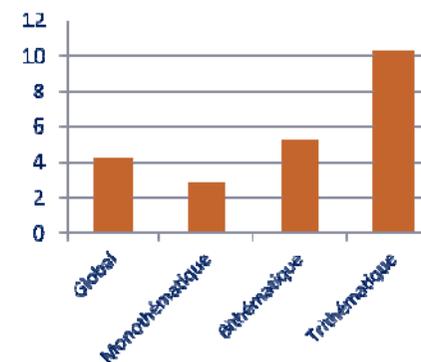


## Les missions du réseau par patient

Les missions réalisées par l'équipe de coordination ramenées au nombre de patients pris en charge en fonction de leur appartenance à 1, 2 ou 3 thématiques du réseau montrent la pertinence d'un réseau mutualisé sur ces 3 thématiques. En effet, sauf pour la gestion des soins de support qui ne suit pas cette courbe, plus les patients sont concernés par des thématiques du réseau, plus ils nécessitent des actes d'évaluation, de partage de l'information, de services spécifiques et de médiation. Chacune de ces grandes missions est quasi multipliée par 3 si le patient est concerné par une seule thématique ou s'il est concerné par 3 thématiques.

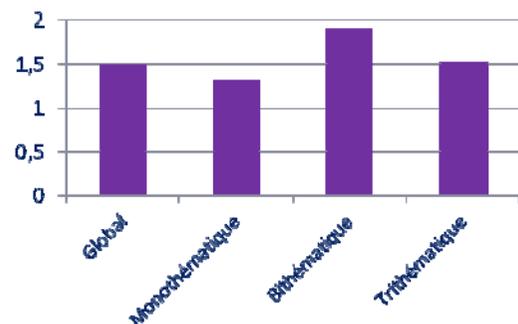


Evaluation

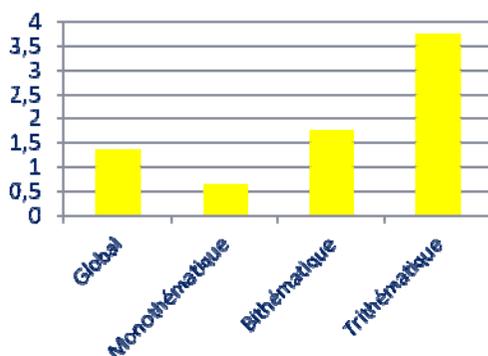


## Les missions du réseau par patient (suite)

### Soins de support



### Médiation



Ces données d'activité du réseau Osmose indiquent pour plus de 1 500 patients pris en charge en 2011 :

- des besoins multiples, une exigence d'expertise et un degré élevé de complexité de réponse,
- la prédominance du partage et de la circulation de l'information comme mission spécifique du réseau,
- des réponses spécifiques développées par le réseau en fonction des thématiques et des besoins particuliers des patients,
- une complémentarité de réponses coopératives, non concurrentielles, intégratives et interconnectées,
- un niveau de réponse qui se complexifie dès lors que les patients sont concernés par deux ou par les trois thématiques du réseau,
- **la pertinence d'un réseau mutualisé sur les thématiques Cancer, Gériatrie et Soins Palliatifs.**

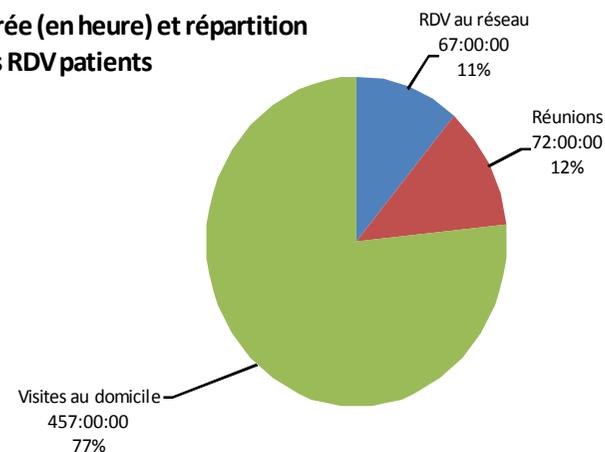
## Rendez-vous au réseau Visites d'évaluation et de suivi au domicile Réunions de concertation

Au cours de l'année 2011, les équipes de coordination du réseau ont participé à 477 rendez-vous concernant 373 patients :

- 46 rendez-vous de patient ou de leur entourage dans les locaux du réseau,
- 376 visites d'évaluation au domicile des patients,
- 55 réunions de synthèse, de concertation, de coordination, de bilan, post-décès

Au total, ces temps de rencontre relatifs à la prise en charge des patients représentent 596 heures de coordination, soit une durée moyenne de rendez-vous patient de 1 heure et 15 minutes.

### Durée (en heure) et répartition des RDV patients



Un compte-rendu de ces rendez-vous, réunions ou visites au domicile est systématiquement rédigé dans la base de données informatisée sécurisée du réseau.

Ce compte-rendu est adressé au médecin traitant et aux autres médecins du patient et, en fonction de la situation, à d'autres intervenants du réseau.

Ce compte-rendu contient notamment les propositions de l'équipe du réseau :

- aménagements de traitement,
- mise en place d'aides spécifiques,
- proposition de consultation psychologique,
- mise en place de bénévoles d'accompagnement,
- recherche d'auxiliaires de vie,...

## Soutien et accompagnement psychologique

Grâce à un budget spécifique accordé dans le cadre de la cancérologie et/ou des soins palliatifs, le réseau Osmose a mis en œuvre le financement de consultations auprès de psychologues libéraux associés au réseau.

Ces consultations sont à destination des patients et/ou de leurs proches.

Ces rémunérations spécifiques sont inscrites au code de la Santé Publique (art. L 162-45). Elles sont financées à titre expérimental pour la rémunération de soins spécifiques de professionnels exerçant en réseau.

A l'initial, ce dispositif permettait le financement d'un soutien psychologique sur une durée d'un an, éventuellement renouvelable une fois.

Au cours de l'année 2008 et 2009, le dispositif tel qu'il avait été conçu a été revu, par deux fois, à la baisse, du fait :

- du nombre important d'entretiens réalisés,
- et
- de la diminution des budgets.

Depuis juin 2009, le nombre maximum d'entretiens financés par Osmose est de **10** par patient et/ou pour chaque personne de son entourage.

En 2011, **504 entretiens** ont été réalisés pour **83 personnes** : **49 patients et 34 membres de l'entourage**.

Au total, **308 entretiens** ont été réalisés pour des patients et **196** pour leur entourage.

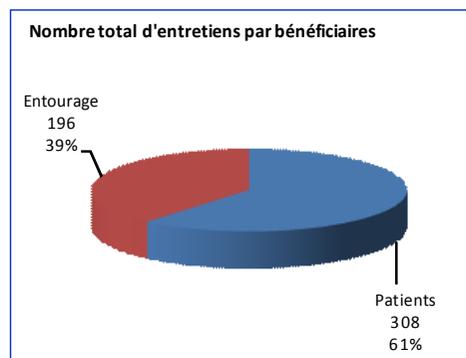
En 2011, **60 personnes** étaient de nouveaux bénéficiaires du dispositif, soit **72 %** de l'effectif des bénéficiaires de 2011.

82 % des bénéficiaires étaient des femmes.

La moyenne des entretiens par patient ou pour leur entourage est de **6** entretiens par bénéficiaire.

Les entretiens ont eu lieu :

- au cabinet du psychologue à **72%**
- au domicile du patient à **28%**



## Ateliers de réflexion et d'échanges

Pour répondre à la demande des patients de bénéficier d'un espace d'expression et d'échanges, le réseau a mis en place un atelier de réflexion et d'échanges entre patients et/ou entourage de patients.

L'objectif des ces ateliers est de :

- rompre l'isolement,
- permettre la clarification et la compréhension de ce que vivent et ressentent les personnes,
- favoriser l'échange entre participants pour bénéficier de l'expérience des autres et de leur éclairage,
- permettre d'être entendu et compris,
- être informé.

Chaque séance porte sur un thème en particulier. Elle dure 1 h 30. Un animateur d'atelier fait un exposé de 15 minutes sur le thème de la séance, puis chaque participant est invité à prendre la parole sur ce thème, s'il le souhaite, pour parler de son vécu, de ses difficultés, de ses questions,... Chaque participant peut réagir aux propos tenus par les autres, pour les compléter, apporter un autre éclairage,...

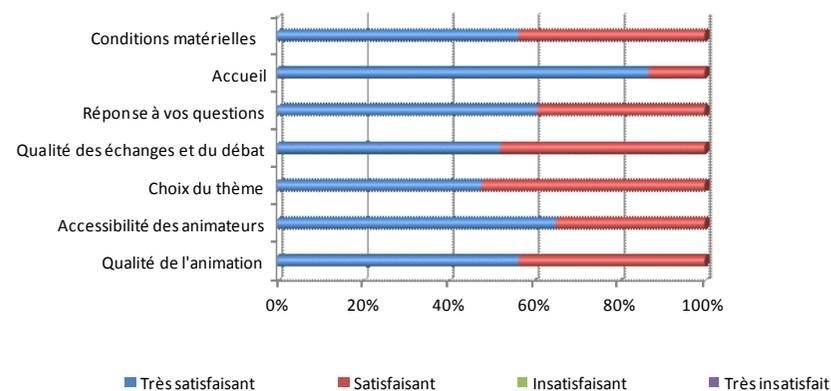
Chaque atelier répond aux règles de fonctionnement définies au sein des groupes de ce type : non jugement, confidentialité des propos tenus, liberté de silence et de parole, écoute réciproque, respect mutuel.

3 ateliers ont été organisés en 2011 :

- 10 mars ; thème : **'Cancer : comment gérer le stress ?'** ; 5 participants.
- 22 septembre ; thème : **'Cancer : les relations avec la famille'** ; 4 participants.
- 8 décembre ; thème **'Cancer : les soins de support'** ; 8 participants.

A l'issue de l'atelier, une évaluation de la satisfaction des participants a été réalisée.

### Résultats des questionnaires d'évaluation



## Ateliers de relaxation

Depuis septembre 2009, le réseau Osmose propose des ateliers de relaxation aux patients atteints de cancer, grâce à un financement spécifique Prévention et Promotion de la Santé - ARS.

Ces ateliers répondent à la demande des patients qui sollicitaient le réseau à ce sujet.

Ces ateliers ont pour but de :

- permettre à des personnes atteintes de cancer de bénéficier d'un temps pour se relaxer,
- transmettre aux participants des techniques leur permettant de se relaxer pendant leurs soins,
- améliorer le confort de vie des malades.

Ces ateliers sont animés par Valérie Bost, sophrologue. Ils ont lieu dans les locaux du réseau. Ils peuvent accueillir jusqu'à 10 participants sur des créneaux horaires différents. En cours d'année, ces ateliers ont été ouverts aux accompagnants de patients, mais cette proposition a été suspendue en cours d'année 2011 faute d'inscrits suffisants.

En 2011, **33 ateliers** ont été organisés et ont accueilli **31 patients** différents pour un total de **155 participations**. (Voir en page suivante le programme de ces ateliers et le nombre de participants)

### Evaluation

Au cours de l'année 2010, l'évaluation de la satisfaction des patients ayant bénéficié de ces ateliers a été réalisée par questionnaire. 40 % des patients bénéficiaires de ces ateliers y ont répondu.

Pour 75 % des répondants, ils ont eu connaissance de l'existence de ces ateliers par le réseau lui-même ; 17 % ont été informés de ces ateliers par un professionnel de santé et 8 % par le biais d'un journal municipal.

91 % des répondants avaient assisté à plus de 2 séances .

100 % des répondants estimaient que les explications et techniques de relaxation leur étaient suffisamment et clairement expliquées. De même, 100 % des répondants trouvaient une écoute attentive de la part de l'animatrice lors et à l'issue des séances.

83 % des patients estimaient être plus détendus à l'issue des séances.

92 % des patients réutilisaient les techniques proposées en ateliers dans leur quotidien (au moment du coucher, pendant ou après les soins, dans les transports,...)

75 % des patients jugeaient le rythme des séances satisfaisant.

La moitié des patients estimaient les conditions matérielles des séances peu satisfaisantes (chaises peu confortables. Depuis, des tapis de sol ont été achetés pour permettre aux patients qui le souhaitent de s'allonger)

### Quelques témoignages :

- *'J'apprécie ce moment de détente uniquement pour moi. C'est agréable d'être guidé et encadré'*
- *'Les séances permettent une détente complète et un bien-être. J'apprécie aussi la gentillesse et l'écoute de l'animatrice'*
- *'Ces séances m'apportent des techniques de relaxation qui m'aident à faire la part des choses, à positiver, à me reconstruire en prenant ma vie en main'*
- *'La relaxation donne du temps à des exercices simples mais qui font beaucoup de bien'*
- *'J'apprécie ces séances de relaxation car je suis plus détendue en sortant et cela m'aide dans ma vie quotidienne. J'aime aussi rencontrer ou retrouver des personnes avec qui je peux partager mon expérience sans jugement.'*

Une nouvelle évaluation de la satisfaction des patients sur ces ateliers sera réalisée en 2012.

## Ateliers de relaxation (suite)

Date	Horaires	Thème	Nombre d'inscrits	Nombre de participants
12 janvier	15 h 30 - 16 h 45	Améliorer son sommeil	11	10
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	7	6
	19 h 30 - 20 h 45	Améliorer son sommeil	3	3
9 février	15 h 30 - 16 h 45	Etre dans l'instant présent	10	7
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	3	2
	19 h 30 - 20 h 45	Etre dans l'instant présent	7	3
9 mars	15 h 30 - 16 h 45	Savoir se poser dans la détente musculaire	11	5
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	3	1
	19 h 30 - 20 h 45	Savoir se poser dans la détente musculaire	11	8
6 avril	15 h 30 - 16 h 45	Utiliser ses 5 sens	11	7
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	1	1
	19 h 30 - 20 h 45	Utiliser ses 5 sens	6	6
11 mai	15 h 30 - 16 h 45	Repandre de l'énergie	11	7
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	2	2
	19 h 30 - 20 h 45	Repandre de l'énergie	8	5
8 juin	15 h 30 - 16 h 45	Renforcer la confiance en soi	11	5
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	1	1
	19 h 30 - 20 h 45	Renforcer la confiance en soi	5	4
6 juillet	15 h 30 - 16 h 45	Retrouver un calme intérieur	9	4
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	2	2
	19 h 30 - 20 h 45	Retrouver un calme intérieur	7	4
14 septembre	15 h 30 - 16 h 45	S'apaiser par la respiration	8	7
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	5	4
	19 h 30 - 20 h 45	S'apaiser par la respiration	5	4
12 octobre	15 h 30 - 16 h 45	Retrouver une harmonie corps-mental	10	8
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	10	6
	19 h 30 - 20 h 45	Retrouver une harmonie corps-mental	9	5
9 novembre	15 h 30 - 16 h 45	Repandre de l'autonomie dans son quotidien	9	6
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	7	6
	19 h 30 - 20 h 45	Repandre de l'autonomie dans son quotidien	9	4
7 décembre	15 h 30 - 16 h 45	Pratiquer la pensée positive	11	9
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	4	1
	19 h 30 - 20 h 45	Pratiquer la pensée positive	6	2
<b>Total</b>	<b>42 heures</b>	<b>33 ateliers</b>	<b>233 inscriptions 44 patients</b>	<b>155 participations 31 patients</b>

## Consultations de diététique

Depuis septembre 2009, le réseau Osmose propose des consultations individuelles de diététique aux patients atteints de cancer et/ou à leur entourage, grâce à un financement spécifique Prévention et Promotion de la Santé - ARS.

Ces consultations répondent à la demande des patients qui sollicitaient le réseau à ce sujet.

Fin 2011, ces consultations ont été ouvertes à tous les patients pris en charge au sein du réseau Osmose, grâce à l'extension de ce financement PRSP à toute personne atteinte d'une pathologie chronique invalidante.

Ces consultations ont pour but de :

- proposer aux patients de bénéficier de conseils et de consultations diététique, afin de lutter plus efficacement contre les effets de la maladie et/ou des traitements,
- donner des conseils pratiques et personnalisés, adaptés aux conditions de vie des malades,
- prendre en compte l'alimentation dans la prise en charge globale de la maladie,
- améliorer le confort de vie des malades.

Deux diététiciens assurent ces consultations : Virginie Simeone et Emmanuel Heuze.

Ces consultations peuvent être proposées :

- soit au domicile des patients
- soit au CRTT de Meudon.

Ces consultations permettent aux patients de faire le point sur leur alimentation : perte de poids et perte d'appétit, rééquilibrage du diabète, prise de poids due à l'hormonothérapie, adaptation de la texture des aliments lors des problèmes de déglutition...

Les consultations au domicile sont généralement proposées par l'équipe de coordination du réseau, en fonction des besoins des patients, lors ou à l'issue de leur visite d'évaluation au domicile. Les diététiciens procèdent à une enquête alimentaire pour faire le point sur l'état nutritionnel du patient et pour mieux cerner le problème à traiter. Ensuite, des conseils nutritionnels sont remis au patient avec des explications détaillées. Des échantillons de compléments alimentaires, distribués par divers laboratoires, peuvent être proposés aux patients afin qu'ils puissent goûter différentes textures et saveurs. Une prescription médicale pourra être demandée au médecin traitant. Un compte-rendu de consultation est rédigé par les diététiciens et est disponible dans le dossier médical informatisé sécurisé du réseau.

Généralement une deuxième consultation est proposée 1 ou 2 mois après pour contrôler et refaire un point avec le patient.

Les consultations au CRTT de Meudon ont lieu un mercredi matin sur deux et un mercredi soir sur deux. Ces consultations sont destinées aux patients pris en charge par le CRTT de Meudon et habitant le sud des Hauts-de-Seine ou le sud des Yvelines. Le CRTT drainant des patients pour la plupart résidant dans les départements des Hauts-de-Seine et des Yvelines, un partenariat avec le Réseau Yvelines Sud Cancérologie (RYSC) a été institué en 2009 permettant un partage de l'organisation en soins de support : pour les patients suivis au CRTT, le réseau RYSC met à disposition sa socio-esthéticienne à destination des patients relevant du territoire de compétence du réseau Osmose et, en contre-partie, le réseau Osmose met à disposition sa diététicienne pour les patients pris en charge au CRTT et habitant les Yvelines.

En 2011, **187 consultations** ont été effectuées au bénéfice de **139 patients**, soit à leur domicile soit au CRTT de Meudon.

## Consultations de socio-esthétique

En 2009, le réseau Osmose a travaillé à la mise en place de consultations et d'ateliers de socio-esthétique pour les patients atteints de cancer, grâce à un financement spécifique Prévention et Promotion de la Santé - ARS.

Fin 2011, ces consultations ont été ouvertes à tous les patients pris en charge au sein du réseau Osmose, grâce à l'extension de ce financement PRSP à toute personne atteinte d'une pathologie chronique invalidante.

Ces consultations et ateliers ont pour but de :

- permettre aux personnes suivies par le réseau de bénéficier de conseils et de consultations individualisées de socio-esthétique,
- permettre aux personnes de compenser les effets des traitements sur l'apparence physique (cheveux, sourcils, ongles, peau,...),
- améliorer le confort de vie des malades.

La socio-esthétique permet :

- un accompagnement corporel de la souffrance et de la douleur par l'écoute et le toucher pour un mieux-être,
- la reconstitution de l'image de soi,
- la resocialisation des personnes.

Ces consultations sont animées par Chantal Noguero, socio-esthéticienne.

Ces consultations de socio-esthétique sont organisées à raison de :

- 4 consultations mensuelles pour 4 patients à l'hôpital Antoine Bécère,
- 4 consultations mensuelles pour 4 patients à l'hôpital d'Instruction des Armées Percy,
- 4 consultations mensuelles pour 4 patients à la Clinique du Plateau,
- 8 consultations mensuelles au domicile pour 8 patients.

En 2011, **189 consultations** ont été effectuées au bénéfice de **147 patients**, soit à leur domicile soit à l'hôpital Antoine Bécère, l'hôpital Percy ou la Clinique du Plateau.

---

## Plate-forme séjours temporaires en EHPAD

Les séjours temporaires en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont destinés à l'accueil pour 30 jours maximum d'une personne âgée dépendante pour hospitalisation programmée de l'aidant, répit programmé, épuisement de l'aidant, perte d'autonomie réversible ou préparation d'un futur long séjour. Ce dispositif est peu utilisé par manque de visibilité.

Le réseau Osmose a travaillé avec des EHPAD partenaires et le Conseil Général afin de proposer une plate-forme de recueil de places disponibles en séjours temporaires dans le sud des Hauts-de-Seine pour :

- favoriser l'orientation des personnes,
- faciliter les recherches de places disponibles pour les professionnels devant effectuer ces orientations,
- faire circuler l'information sur les disponibilités de places,
- permettre aux EHPAD de remplir leurs objectifs de séjours temporaires contractualisés,
- favoriser les séjours temporaires de proximité,
- réduire les délais de réponse aux demandes.

Un dossier-type de demande d'admission en séjour temporaire, utilisable dans toutes les EHPAD partenaires du dispositif a été élaboré, ainsi qu'une procédure de mise en œuvre et d'utilisation du dispositif :

- Osmose centralise les places disponibles en séjours temporaires. Cette centralisation et sa mise à jour sont réalisées par l'information transmise par les EHPAD au réseau Osmose lorsqu'une place se libère (ou est en voie de se libérer) dans leur établissement,
- Osmose transmet aux professionnels la demande-type d'admission en séjour temporaire. Ces professionnels adressent le formulaire complété au réseau Osmose,
- Osmose fait une pré-instruction des demandes d'admission (éligibilité du dossier / critères de prise en charge définis par les établissements partenaires). Compte-tenu de sa connaissance des disponibilités de places en séjour temporaire dans les EHPAD, Osmose adresse les demandes reçues aux EHPAD ayant des places disponibles et correspondant aux besoins des personnes.

En 2011, ce dispositif a été utilisé pour **51 patients**.

---

## Expertise médicale pour protection juridique

Afin de faciliter l'accès des personnes âgées à un médecin expert à domicile dans le cadre de l'évaluation pour protection juridique, le réseau a sollicité auprès du Tribunal de Grande Instance de Nanterre la reconnaissance du statut de médecin expert par le médecin coordinateur du pôle gérontologie du réseau.

Ce dispositif est utilisé par le réseau lorsque les patients sont dans l'incapacité de payer l'expertise médicale et que le Procureur de la République requiert l'expertise du réseau pour assurer cette évaluation.

Cette expertise a été utilisée en 2011 pour **38 patients**.

---

## Astreinte téléphonique mutualisée avec Scop

Depuis 2009, les réseaux Osmose et Scop (réseau de cancérologie et de soins palliatifs du Nord des Hauts-de-Seine) ont mutualisé leurs moyens pour l'organisation d'une astreinte commune.

Le choix réalisé a été la mise en place d'une astreinte téléphonique médicale de sécurité sans déplacement du médecin d'astreinte au domicile. Elle fonctionne 24h/24 7j/7. L'astreinte médicale dans un réseau de soins palliatifs permet la continuité des soins, une adaptation de la réponse médicale aux symptômes aigus, tient compte du projet de vie du patient et de sa famille, favorise la réassurance du patient et de ses proches, 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'urgences,...

Cette astreinte est disponible pour les patients, leurs proches et les professionnels les prenant en charge. L'équipe de coordination du réseau transmet le numéro d'astreinte aux patients lors de la première visite à domicile en fonction des critères d'inclusion : patients relevant du pôle soins palliatifs, inclus dans le réseau et pour lesquels une visite d'évaluation au domicile a été réalisée.

Une fiche individuelle de synthèse est réalisée à l'issue de chaque visite au domicile. Elle comporte les informations suivantes : données administratives, coordonnées des intervenants du patient, antécédents, histoire de la maladie, dernier examen clinique, traitements en cours et traitements anticipés, projet thérapeutique, coordonnées de l'entourage, directives anticipées, demandes anticipées en unité de soins palliatifs. Les fiches sont identiques pour les réseaux Scop et Osmose. Pour Osmose, ces fiches sont mises à jour quotidiennement et générées automatiquement via le dossier médical informatisé sécurisé vers un mail sécurisé, consultable par I-phone par le médecin d'astreinte. Celui-ci a accès facilement et rapidement aux données essentielles relatives au patient.

Les lignes téléphoniques et les fiches d'astreinte sont basculées tous les soirs vers un numéro unique, permettant au médecin d'astreinte de répondre aux patients pris en charge par les deux réseaux. En cas d'appels pendant l'astreinte, le médecin de garde transmet au médecin coordinateur de chaque réseau les informations relatives à leurs patients le lendemain matin, pour la mise à jour des dossiers et le suivi des situations.

Au total, 10 médecins (3 médecins de Scop et 7 médecins d'Osmose) assurent une semaine d'astreinte à tour de rôle, permettant de répartir la charge et de réduire la contrainte d'astreinte.

Une rencontre trimestrielle des médecins d'astreinte des deux réseaux permet de dresser la liste de garde pour le trimestre à venir et de revenir sur d'éventuelles difficultés rencontrées au cours du trimestre précédent et d'apporter des améliorations sur le fonctionnement de l'astreinte au bénéfice du patient.

## Astreinte téléphonique mutualisée avec Scop (suite)

Chaque nuit et week-end d'astreinte, un total de **90 patients** en moyenne sont intégrés à la file active des patients bénéficiaires de cette astreinte (50 patients pour Scop et 40 patients pour Osmose).

Pour les patients du réseau Osmose, **211 appels** ont été traités en 2011 pour une durée totale de **20 h 35 minutes**, soit une moyenne de 6 minutes de communication par appel, avec des écarts de 1 minute à 40 minutes de communication par appel.

Ces 211 appels ont concerné **62 patients** suivis par Osmose, soit une moyenne de 3,4 appels par patient, avec des écarts allant de 1 appel pour 1 patient à 14 appels pour 1 patient.

61 % des 211 appels ont eu lieu pendant le **week-end et les jours fériés** (63 en journée et 66 la nuit) ; 82 appels ont eu lieu une nuit de semaine.

Les motifs des appels concernent pour 1/3 d'entre-eux la gestion des symptômes, pour 1/3 la gestion de l'anxiété des familles et pour 1/3 le soutien aux soignants.

## Démarches après un décès

Afin d'apporter des réponses concrètes aux demandes des familles, Osmose a édité et diffuse depuis 2009 une plaquette d'information sur les différentes démarches à effectuer après un décès et a mis en ligne sur son site Internet des lettres-type de correspondance post-décès auprès de divers organismes.



## Bladder scan

Le Bladder Scan est utilisé pour l'évaluation de la douleur liée à un globe vésical. Il permet :

- d'améliorer de confort de vie des patients,
- d'obtenir un diagnostic plus sûr et rapide du globe vésical, source de douleurs et de confusion au domicile,
- de mettre en place des mesures correctrices plus rapides,
- de réduire le coût et le temps des soins.



Pendant 3 mois au cours de l'année 2010, ce matériel a pu être utilisé par l'équipe de coordination du réseau au bénéfice de plusieurs patients, grâce à un prêt de Bladder Scan par la société distributrice.

Au cours de l'année 2010, Osmose a déposé un projet auprès de la Fondation de France et auprès de la Fondation Apicil pour :

- l'achat d'un Bladder Scan,
- l'utilisation diagnostique du Bladder Scan pour les patients suivis par le réseau,
- la diffusion de cette technique aux professionnels de ville grâce à des mesures réalisées par compagnonnage,
- une étude d'impact de l'utilisation du Bladder Scan pour des patients à domicile.

La Fondation de France n'a pas donné suite à la demande de financement, mais, en septembre 2010, la Fondation Apicil a accordé un financement pour l'achat du Bladder Scan.



Depuis son acquisition en septembre 2010, le Bladder Scan est utilisé pour 2 patients par semaine en moyenne.

## Accompagnement par les bénévoles d'ASP Présence

Depuis 2008, le réseau a conclu une convention avec l'association 'ASP Présence' pour l'accompagnement des patients en fin de vie et leur entourage par des bénévoles.

En 2011, 6 demandes d'accompagnement ont été faites par l'équipe de coordination du réseau auprès des bénévoles d'ASP Présence. La difficulté à trouver des bénévoles motorisés pouvant se rendre au domicile des patients difficiles d'accès par les transports en commun n'a permis l'accompagnement effectif que de 4 patients.

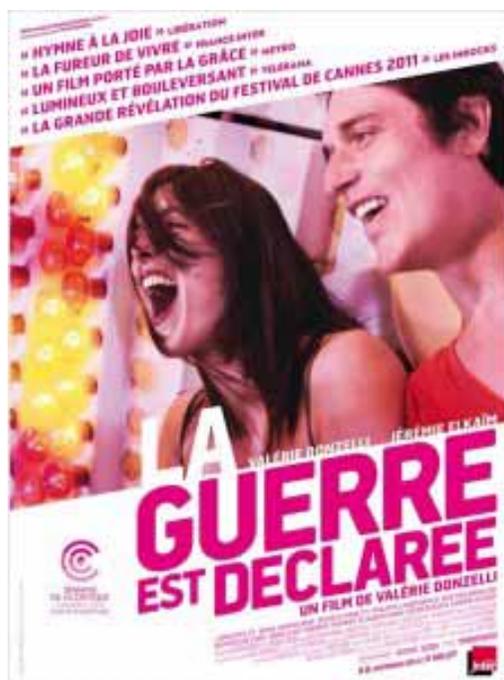
Pour ceux-ci, **17 visites d'accompagnement** des bénévoles d'ASP Présence ont eu lieu et ont représenté **39 heures** d'accompagnement en 2011.

## Projection-Débat 'La guerre est déclarée'

Le réseau a été sollicité par le Cinéma Gérard Philippe du Plessis-Robinson pour participer à un débat faisant suite à la projection du film 'La guerre est déclarée'.

Cette rencontre a été organisée le 16 septembre à 20 h 30, quelques jours après la sortie du film.

La projection était ouverte au grand-public et a regroupé 120 spectateurs qui ont assisté ensuite au débat en présence du Docteur Gaëlle-Anne Estocq au nom du réseau Osmose.



## Exemples de prise en charge

### Cas clinique n° 1 - pôle Cancérologie

Madame B. Sylvie - Châtenay-Malabry

#### Contexte :

Le réseau est sollicité par Mme D., une amie de Mme B., qui a trouvé nos coordonnées dans l'établissement de suivi de cette dernière.

Mme D. accompagne Mme B. à laquelle on vient de diagnostiquer un lymphome gastrique, mais elle se sent épuisée car elle a l'impression que son amie se repose entièrement sur elle, qu'elle n'écoute pas les médecins et ne veut pas voir la gravité de la situation. Différentes démarches sociales sont à faire ; Mme B. avait une profession indépendante et les documents administratifs ne sont pas à jour.

Au décours de la conversation, on découvre que le mari de Mme D. est décédé d'un cancer ORL, ce qui explique la difficulté dans laquelle elle se trouve et sa demande d'intervention pour la relayer auprès de Mme B.

On lui propose de demander à Mme B. de contacter l'équipe de coordination afin qu'elle explique elle-même ses problèmes et ce dont elle a besoin. Elle prend rendez-vous dès le jour suivant cet entretien.

#### Premier rendez-vous avec la patiente :

Une première rencontre a lieu dans les locaux du réseau avec l'assistante sociale coordinatrice.

Le parcours professionnel de Mme B. est atypique : elle était consultante indépendante puis a souhaité quitter son statut d'indépendante pour redevenir salariée. Après un CDD de 4 mois dans la gestion d'une épicerie solidaire, l'employeur lui proposait un poste en CDI à partir de septembre, ce qui pose un problème compte-tenu du traitement de chimiothérapie en cours.

Elle vit seule avec ses deux fils de 14 et 16 ans, étant séparée du père des enfants depuis la naissance du second ; les relations avec son ex-mari sont particulièrement compliquées.

L'AS coordinatrice aborde donc les sujets suivants :

- ressources, car elle est sans travail,
- absence de remboursement de soins lorsqu'elle était indépendante,
- paiement des écoles privées des enfants ; le second fils est handicapé et nécessite une scolarisation particulière,
- dangerosité de son logement car il n'y a pas de rambarde de sécurité dans l'escalier. De plus, il existe une dette de loyer.

Elle orientera Mme B. vers les personnes compétentes pour réaliser l'inscription aux ASSEDIC, pour les démarches auprès de l'organisme gestionnaire de sa profession indépendante, pour la rectification des anomalies de versements des IJ, pour l'ouverture d'un dossier d'aide au logement et d'aides pour le paiement des écoles.

#### Eléments chiffrés de l'année 2011 :

Début de prise en charge : **25/07/2011**

Durée de prise en charge : **211 jours (au 20/02/2012) - pas de sortie prévue à ce jour**

Nombre de rencontre du patient avec le médecin coordinateur du réseau et/ou l'assistante sociale : **2**

Durée cumulée des rendez-vous au réseau : **3 h 15**

Nombre de visite du médecin coordinateur au domicile : **1**

Durée visite à domicile : **2 heures**

Nombre d'entretiens avec un psychologue (dérogations tarifaires) : **9**

Durée cumulée des entretiens avec le psychologue : **6 heures et 45 minutes**

Nombre de consultation de diététique au domicile : **1**

Durée consultation de diététique : **1 heure**

Nombre de consultation de socio-esthétique au domicile : **1**

Durée consultation de socio-esthétique : **1 heure**

Nombre d'appels téléphoniques : **24**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **2 heures et 28 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **5** (médecin, assistante sociale, diététicien, psychologue, socio-esthéticienne)

## Exemples de prise en charge (suite)

Alors qu'elle a débuté les différentes démarches sociales, Mme B. contacte le médecin coordinateur. Elle vient de recevoir une chimiothérapie et aimerait se rendre chez des amis, mais l'une des invitées a une bronchite. Elle ne se souvient plus des explications qui lui ont été données. En fait, suite à une orientation récente vers les urgences de l'établissement pour un symptôme anodin, elle vient seulement de réaliser qu'elle avait un cancer et se sent perdue. Elle a aussi contacté l'association « France, Lymphome, Espoir ». En plus des explications concernant les risques d'aplasie et de conseils de prévention, un rendez-vous de visite au domicile est pris.

### Visite au domicile :

Au cours de ce long entretien, l'histoire de la maladie est revue, les traitements et les effets secondaires sont réexpliqués, ainsi que la gestion de ces derniers. On lui remet des documents d'information : fiches Oncodocs et protocole RCHOP (fiches d'information des effets secondaires Oncofif/Oncauvergne).

A la demande de la patiente, elle est orientée vers un psychologue partenaire du réseau.

Elle souhaite aussi bénéficier d'une consultation de diététique car elle a perdu du poids, éprouve des dégoûts alimentaires et essaie d'utiliser des "vitamines" et compléments alimentaires pour y pallier.

Elle demande l'organisation d'une rencontre avec ses fils, pour leur expliquer la maladie.

Mme B. débute donc un suivi avec le psychologue.

### Second rendez-vous :

Un second entretien avec le médecin coordinateur est réalisé pour expliquer la pathologie à ses fils, les traitements et les effets secondaires, ainsi que l'impact possible sur leur vie quotidienne, surtout en période d'adolescence et compte-tenu des relations conflictuelles entre leurs parents.

Un soutien psychologique pourra aussi être mis en place pour eux si nécessaire.

### Suivi :

Mme B. bénéficie aussi d'une consultation de socio esthétique.

Elle sollicite le médecin coordinateur du réseau de temps en temps pour des questions « techniques », afin de vérifier sa compréhension, de trouver du soutien et de faire le point.

Elle demande une orientation vers un gynécologue libéral en proximité de chez elle car elle présente des bouffées de chaleur et semble en aménorrhée depuis quelques cycles.

### Apports du réseau :

- Informations personnalisées, explications, reformulation
- Temps d'écoute et de soutien
- Orientation en proximité
- Soins de support (diététique, socio esthétique)
- Réponse sociale
- Soutien psychologique

## Exemples de prise en charge (suite)

### Table de recueil de données

#### Complexité des patients

Madame B. Sylvie

Patiente de complexité 3

Légende :

	Complexité 1
	Complexité 2
	Complexité 3

Actes effectués ou services rendus	
Evaluation	Services spécifiques
Recueil et analyse de la demande	Présentation du réseau et de ses actions
Repérage des manques et analyse des besoins	Envoi de documentation sur le réseau
Visite au domicile : demande et organisation	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge
Visite au domicile initiale	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)
Visite au domicile de suivi	Inclusion
Rendez-vous au réseau (patient, entourage / équipe de coordination)	Accompagnement, écoute et soutien, réassurance
Partage de l'information	Recherche d'intervenants pour le patient
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	Sollicitation des intervenants référents du patient
Demande de rappel (sur répondant, à un autre interlocuteur)	Question/Réponse sociale
Contenu du message laissé (sur répondant, à un autre interlocuteur)	Conseil thérapeutique
Interlocuteur absent	Education thérapeutique
Cahier de liaison remis au patient	Anticipation – prévention
Transmission d'informations vers l'extérieur	Recherche de structure (H <sup>+</sup> népi, directe, EHFAD, USP)
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	Accompagnement dans les choix effectués
Recueil d'information (prospéctif/recherche d'infos, demande de CBIS...)	Mobilisation de liens familiaux
Soins de support	Plate-forme séjour temporaire
Réunion d'information	Astreinte téléphonique
Autres soins de support	Gestion de problématiques psychiatriques associées
Groupe de réflexion et échanges	Signalement/gestion de maltraitance, abus
Accompagnement psychologique	Protection juridique
Diététique	Expertise Médicale Tribunal / protection juridique
Socio-esthétique	Fonds FNASS
Relaxation	Fonds Ligue Contre le Cancer
Bénévoles	Fonds de secours du réseau
Médiation	Aide Personnalisée à l'Autonomie
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...	Autres aides (spécifiques ou non)
Concertation sur la situation du patient	Suivi (patient en attente, fragilité ou perda de vue)
Réunion post-décès	
Réunion de concertation, synthèse, coordination, bilan	
Réajustement d'un parcours de soins chaotique	
Aide à l'adhésion à une décision de soins	
Tiers extérieur – Aide à l'analyse de situation complexe	

\* Nombre d'actes réalisés

## Exemples de prise en charge (suite)

### Cas clinique n° 2 - pôle Soins palliatifs

Madame M.Svetlana - Antony

#### Éléments chiffrés :

Début de prise en charge : **17/08/2011**

Durée de prise en charge : **29 jours**

Nombre de visite à domicile : **3**

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

Nombre d'appels téléphoniques : **21**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **1 heure et 21 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **5** (médecin, infirmiers, assistante sociale)

#### Contexte :

Mme M., âgée de 91 ans, habite une EHPAD partenaire du réseau. La demande d'intervention émane de l'infirmière coordinatrice de la maison de retraite qui nous appelle initialement pour une aide dans la prise en charge de Mme M. qui présente une ischémie aigue du membre inférieur, diagnostiquée le 10/08/2011, récusée pour une amputation à cause de sa pathologie démentielle évoluée.

Le projet de la famille et de l'EHPAD est de pouvoir accompagner Mme M. jusqu'à son décès au sein de l'établissement et avec les équipes qui la connaissent.

Le médecin traitant est d'accord pour notre intervention mais il ne pourra pas se libérer à la première visite.

#### Demande et besoin :

Soutien à l'accompagnement de fin de vie au sein d'une EHPAD.

#### 1ère visite au sein de l'EHPAD le 17/08/2011 :

La première visite a surtout permis une prise de contact avec Mme M et son fils (habitant aux Etats-Unis). La rencontre avec le fils a permis d'aborder l'évolution très péjorative dans le temps d'une ischémie aigue non opérée et de pouvoir prévenir certaines difficultés liées à cette pathologie (douleur, odeur). Il a réexprimé le fait qu'il désirait que sa mère puisse, dans la mesure du possible et de son confort, rester à l'EHPAD qui est son domicile depuis 2008. Cependant, afin de rassurer les équipes et le fils, des demandes anticipées en Unités de Soins Palliatifs ont été faites.

Au niveau médical, elle n'est algique qu'au moment du pansement. Adaptation du traitement avec le médecin traitant. Conseils prodigués pour la réfection des pansements et pour limiter les désagréments olfactifs liés à une gangrène.

Inclusion au sein de l'astreinte téléphonique du réseau.

## Exemples de prise en charge (suite)

### Cas clinique n° 2 - pôle Soins palliatifs (suite)

#### 2nde visite au sein de l'EHPAD le 25/08/2011 :

Demande de réévaluation par rapport à la douleur et aux pansements. Mme M. s'est beaucoup dégradée au niveau de l'état général. Les plaies se sont beaucoup étendues, entraînant des temps de pansement très longs.

Face à l'altération rapide de l'état général, nous proposons la mise en place, en concertation avec le médecin traitant et l'établissement, un certain nombre de mesures pour anticiper la dégradation : prescriptions anticipées d'augmentation des morphiniques, de mise en place de scopolamine en cas d'encombrement terminal, et d'une prise en charge HAD pour les pansements.

L'HAD se mettra en place dans les jours suivants notre passage.

Cette visite a également permis de rencontrer sa fille (habitant également aux Etats-Unis) qui a pris le relai après son frère.

#### 3ème visite au sein de l'EHPAD le 13/09/2011 :

Réévaluation de la douleur de Mme M. à la demande de l'équipe de l'EHPAD. Mise en place avec l'HAD d'une PCA de morphine pour soulager la douleur car elle n'arrivait plus à avaler les traitements.

Mme M. décèdera dans les heures qui ont suivi notre dernier passage. Elle est décédée soulagée, au sein de l'établissement, entourée des soignants qui la connaissaient depuis de nombreuses années. Ses enfants ont été ravis qu'elle puisse rester au sein de l'EHPAD.

Un contact par mail avait été mis en place pour permettre aux enfants d'avoir des nouvelles régulières de l'état de santé de leur mère.

## Table de recueil de données

## Complexité des patients

Madame M.Svetlana

## Patiente de complexité 3

## Légende :

	Complexité 1
	Complexité 2
	Complexité 3

Actes effectués ou services rendus	
Evaluation	Services spécifiques
Recueil et analyse de la demande	Présentation du réseau et de ses actions
Repérage des manques et analyse des besoins	Envoi de documentation sur le réseau
Visite au domicile : demande et organisation	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge
Visite au domicile initiale	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)
Visite au domicile de suivi	Inclusion
Rendez-vous au réseau (patient, entourage / équipe de coordination)	Accompagnement, écoute et soutien, réassurance
Partage de l'information	Recherche d'intervenants pour le patient
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	Sollicitation des intervenants référents du patient
Demande de rappel (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	Question/Réponse sociale
Contenu du message laissé (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	Conseil thérapeutique
Interlocuteur absent	Education thérapeutique
Cahier de liaison remis au patient	Anticipation – prévention
Transmission d'informations vers l'extérieur	Recherche de structure (H <sup>+</sup> répit, directe, EHPAD, USP)
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	Accompagnement dans les choix effectués
Recueil d'information (récupération/recherche d'infos, demande de CHU...)	Mobilisation de liens familiaux
Soins de support	Plate-forme séjour temporaire
Réunion d'information	Astreinte téléphonique
Autres soins de support	Gestion de problématiques psychiatriques associées
Groupe de réflexion et échanges	Signalement/gestion de maltraitance, abus
Accompagnement psychologique	Protection juridique
Diététique	Expertise Médicale Tribunal / protection juridique
Socio-esthétique	Fonds FNASS
Relaxation	Fonds Ligue Contre le Cancer
Bénévoles	Fonds de secours du réseau
Médiation	Aide Personnalisée à l'Autonomie
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...	Autres aides (spécifiques ou non)
Concertation sur la situation du patient	Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)
Réunion post-décès	
Réunion de concertation, synthèse, coordination, bilan	
Réajustement d'un parcours de soins chaotique	
Aide à l'adhésion à une décision de soins	
Tiers extérieur – Aide à l'analyse de situation complexe	

\* Nombre d'actes réalisés

## Exemples de prise en charge (suite)

## Cas clinique n° 3 - prise en charge sociale

Monsieur et Madame F. - Sceaux

## Contexte :

Mr et Mme F. sont âgés de 82 ans et vivent dans un appartement situé au deuxième étage sans ascenseur.

Ils ont un fils qui habite aux Etats Unis et qui vient en France visiter ses parents quand il le peut.

Mr F. présente un problème de surdité depuis sa naissance. Il est autonome dans les gestes de vie quotidienne. Il présente quelques troubles cognitifs depuis environ un an. Il présente des difficultés à se repérer dans le temps et dans l'espace.

Mme F. est l'aïdante principale au domicile. Elle était autonome. Cependant elle a du se faire amputer de deux orteils. Elle présente donc des difficultés à la marche. Elle ne peut plus poser son pied par terre. Elle est suivie par une infirmière libérale pour les pansements. Elle craint de se faire amputer du pied. Elle est également suivie à l'hôpital Saint Joseph pour une expérimentation médicamenteuse. Elle est régulièrement hospitalisée pour sa prise en charge médicale.

Le couple a également une aide ménagère qu'il finance en chèque emploi service, qui vient 5 heures par semaine pour de l'aide au ménage et aux courses.

Le réseau a été interpellé par le fils, car celui-ci s'inquiète pour ses parents. Selon lui, la situation s'est détériorée au domicile. Il nous informe que sa mère est en perte d'autonomie et que son père présente une démence de type Alzheimer. Il souhaiterait que nous fassions une évaluation sociale auprès de ses parents et ainsi leur proposer une association d'aide à domicile, afin de majorer les heures.

## Demande - Besoin :

Evaluation du maintien à domicile et augmentation du nombre d'heure d'aide à domicile.

## Visite au domicile :

La demande explicite du couple lors de la visite à domicile a été de trouver une solution pour Mr F. lorsque son épouse est hospitalisée. En effet, Monsieur n'est pas en capacité de rester seul au domicile. Le peu de fois où il est resté seul au domicile, son épouse l'appelait matin, midi, après-midi et soir pour l'orienter dans la journée, lui donner l'heure, l'informer quand manger,... Monsieur n'est pas en capacité de faire les courses car il ne se repère plus dans son quartier et éprouve des difficultés à retrouver son appartement.

En ce qui concerne son problème de surdité, le couple a mis en place un dispositif lumineux, qui permet, quand le téléphone ou l'interphone sonnent, que l'appartement s'illumine à plusieurs reprises pour le prévenir.

Cependant, lors des hospitalisations de Madame, Monsieur est perdu sans son épouse et Mme F. a peur qu'il lui arrive quelque chose, notamment s'il est amené à sortir seul ou tout simplement à faire à manger, car il oublie les aliments sur le feu.

## Eléments chiffrés :

Début de prise en charge : 01/12/2011

Durée de prise en charge : **92 jours** - prise en charge toujours en cours.

Nombre de visite à domicile : **1**

Durée de la visite à domicile : **1 heure et 10 minutes**

Nombre d'appels téléphoniques : **14**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **2 heure et 10 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **3** (médecin, infirmier, assistante sociale)

## Exemples de prise en charge (suite)

### Cas clinique n° 3 - prise en charge sociale (suite)

#### Actions du réseau :

- Proposition d'une demande d'accueil en séjour temporaire le temps de l'hospitalisation de son épouse. Nous les avons informé qu'il y avait un hébergement temporaire qui existait juste à côté du lieu d'hospitalisation de son épouse.
- Proposition de majorer les aides à domicile lorsque Mme est hospitalisée. Possibilité d'une instruction d'un dossier d'APA (Allocation Personnalisée Autonomie). Le couple ne souhaite pas pour l'instant et pense qu'avec leur pension, il n'aura pas le droit.
- Les hospitalisations de Mme étant anticipées, il est plus facile de programmer un maintien à domicile adapté pour Monsieur avec l'augmentation des passages d'auxiliaires de vie pour l'aider dans son quotidien. Si tel est leur choix, proposition également de mettre en place un taxi qui pourrait venir chercher Monsieur et le raccompagner pour aller visiter son épouse hospitalisée. Le couple nous a confié que financièrement, cela serait possible.
- Proposition d'un suivi de la situation régulier, notamment un appel du réseau une fois par semaine, pour surveiller la situation. En effet, si le traitement ne fonctionne pas, Mme F. devra se faire amputer le pied. Il se posera donc le problème de l'accessibilité au logement (le couple est propriétaire de son logement et souhaite y rester).

#### Suivi :

Deux semaines après la visite à domicile, le fils de Mr et Mme F. nous a recontacté pour nous informer que sa mère avait été hospitalisée pour une amputation de sa jambe à mi-cuisse. Il informe également que son père va séjourner avec sa mère le temps de l'hospitalisation et de la convalescence. Le retour à domicile est prévu après la rééducation de sa mère et la pose d'une prothèse (si cela est possible), soit environ 2 mois et demi de convalescence.

Nous informons donc le fils que comme ses parents sont hospitalisés, nous allons passer le relais à l'assistante sociale de l'hôpital. Nous allons la contacter pour l'informer que nous connaissons le couple et les souhaits du fils. En effet, celui-ci souhaiterait que ses parents puissent bénéficier de l'aide aux repas et de l'aide aux courses en plus d'une aide ménagère.

Après contact avec l'assistante sociale de l'hôpital pour passer le relais, nous avons informé le fils que cela avait été fait et donné les coordonnées de l'assistante sociale de l'hôpital qui suivra le dossier. Il nous informe qu'il viendra en France pour aider à la constitution des dossiers d'aide au maintien à domicile.

#### Actions du réseau :

- Travail en collaboration avec les partenaires extérieurs pour passer le relais lors de l'hospitalisation.
- Accompagnement, écoute et soutien auprès du fils de Mr et Mme F.

## Exemples de prise en charge (suite)

### Table de recueil de données

#### Complexité des patients

#### Monsieur et Madame F. – Sceaux

#### Patients de complexité 3

#### Légende :

	Complexité 1
	Complexité 2
	Complexité 3

Actes effectués ou services rendus			
Evaluation	*	Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	1	Présentation du réseau et de ses actions	1
Repérage des manques et analyse des besoins	3	Envoi de documentation sur le réseau	
Visite au domicile : demande et organisation	1	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	1
Visite au domicile initiale	1	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	1
Visite au domicile de suivi		Inclusion	2
Rendez-vous au réseau (suivi, entourage / équipe de coordination)		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	3
<b>Partage de l'information</b>		Recherche d'intervenants pour le patient	1
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	2	Sollicitation des intervenants référents du patient	
Demande de rappel (sur répondeur, à un autre interlocuteur)		Question/Réponse sociale	1
Contenu du message laissé (sur répondeur, à un autre interlocuteur)		Conseil thérapeutique	
Interlocuteur absent		Education thérapeutique	
Cahier de liaison remis au patient		Anticipation – prévention	
Transmission d'informations vers l'extérieur	24	Recherche de structure (H <sup>o</sup> répit, directe, EHPAD, USP)	1
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	7	Accompagnement dans les choix effectués	
Recueil d'information (réception/recherche d'infos, demande de CBCL...)	7	Mobilisation de liens familiaux	
<b>Soins de support</b>		Plate-forme séjour temporaire	
Réunion d'information		Astreinte téléphonique	
Autres soins de support		Gestion de problématiques psychiatriques associées	
Groupe de réflexion et échanges		Signalement/gestion de maltraitance, abus	
Accompagnement psychologique		Protection juridique	
Diététique		Expertise Médicale Tribunal / protection juridique	
Socio-esthétique		Fonds FNASS	
Relaxation		Fonds Ligue Contre le Cancer	
Bénévoles		Fonds de secours du réseau	
<b>Médiation</b>		Aide Personnalisée à l'Autonomie	4
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...		Autres aides (spécifiques ou non)	1
Concertation sur la situation du patient		Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	
Réunion post-décès			
Réunion de concertation, synthèse, coordination, bilan			
Réajustement d'un parcours de soins chaotique			
Aide à l'adhésion à une décision de soins			
Tiers extérieur – Aide à l'analyse de situation complexe			

\* Nombre d'actes réalisés

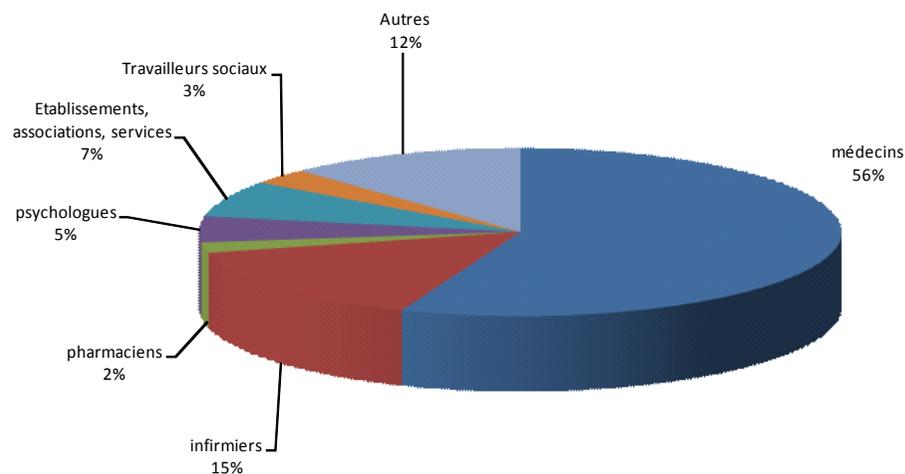
---

## **Les actions en direction des professionnels**

## Professionnels en lien avec le réseau

Les professionnels en lien avec le réseau sont les 1405 intervenants qui, au cours de l'année 2011, ont été en contact, au moins une fois, avec Osmose (ayant participé à des réunions, aux groupes de travail, aux formations ou ayant fait appel au réseau ou ayant été sollicité par le réseau pour la prise en charge de patients).

Ces 1405 professionnels se répartissent de la façon suivante :



## Groupes de travail

Pour mettre en œuvre ses projets, Osmose repose sur l'engagement de professionnels de santé du territoire qui ont participé aux **11 groupes de travail** qui se sont réunis en 2011.

Groupe de travail	Pôle de référence	Objectifs	Réunions en 2011	Participations enregistrées en 2011	Durée cumulée des réunions
<b>Astreinte téléphonique</b>	Soins palliatifs	Assurer le suivi et la gestion de l'astreinte téléphonique mutualisée avec le réseau Scop	2	13	4 h 00
<b>Coordinateurs de 3 C</b>	Cancérologie	Aider les établissements dans la mise en œuvre de leur 3 C	3	10	6 h 00
<b>Dispositif d'annonce</b>	Cancérologie	Aider les établissements dans la mise en œuvre de leur dispositif d'annonce	1	5	1 h 30
<b>Filière CHIP</b>	Cancérologie		1	4	2 h 00
<b>Formations</b>	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs	Organiser les formations proposées par le réseau	1	8	1 h 30
<b>Guide Ordonnances</b>	Gérontologie	Edition d'un guide de prescription non médicamenteuse pour les patients âgés au domicile	3	21	6 h 00
<b>Onco Gyneco Sein</b>	Cancérologie	Echanger sur la surveillance du cancer du sein sur le territoire et organiser le partenariat avec Gynecomed	1	23	2 h 00
<b>Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)</b>	Cancérologie	Organiser et suivre le projet PPAC	1	13	2 h 00
<b>Psychologues</b>	Cancérologie Soins palliatifs	Mettre en œuvre et suivre les consultations des psychologues	6	81	9 h 00
<b>Relations avec les EHPAD</b>	Gérontologie	Mettre en place des circuits optimaux de prise en charge entre les EHPAD et l'hôpital Béclère	2	42	5 h 00
<b>Relations avec les personnes malades et leur entourage</b>	Cancérologie	Organiser des réunions d'information, des ateliers de réflexion et d'échanges et le forum d'information	1	8	2 h 00
<b>Total général</b>			<b>22</b>	<b>228</b>	<b>41 h 00</b>

## Groupes de travail (suite)

Ces groupes de travail rythment le vie du réseau, élaborent des documents et procédures, proposent des orientations de travail,...

Pour la plupart, leur animation est assurée par les permanents du réseau.

Aussi, à ce total de **228 participations** enregistrées en 2011, faut-il ajouter 44 participations supplémentaires (2 permanents du réseau en moyenne x 22 réunions). Soit un total de participations s'élevant à 272.

Tous les professionnels participant à ces groupes de travail le font à titre bénévole. Leur présence totale représente plus de 342 heures de travail (228 participations x 1 h 30 de réunion = 342 h). Sur la base d'une éventuelle rémunération de 25 €uros pour 1 h 00 de réunion, leur participation à ces groupes de travail représenterait un coût global de 8 550 €uros.

## Formations-Conférences pluridisciplinaires

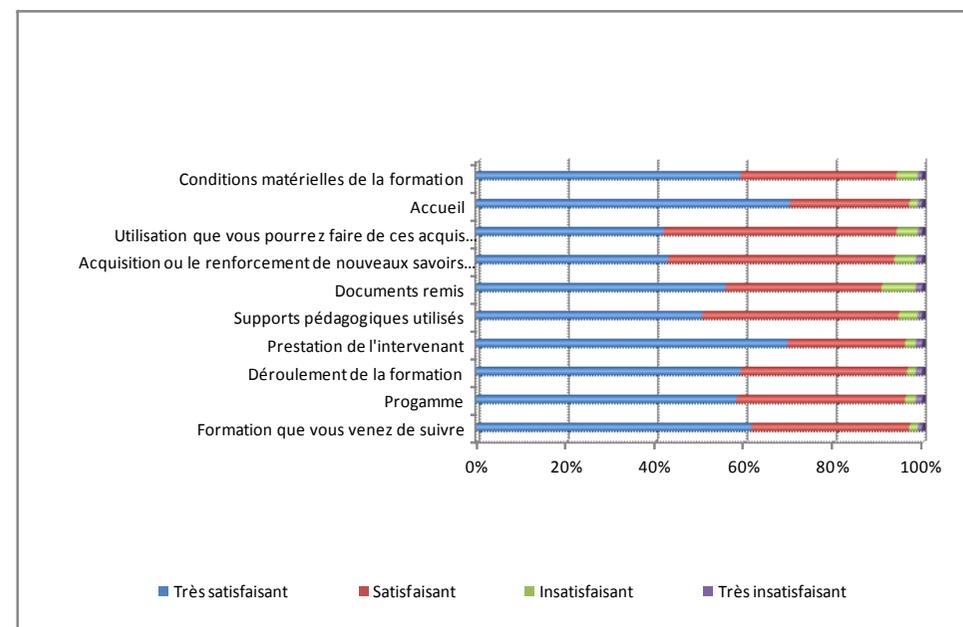
En 2011, Osmose a proposé **11 formations-conférences pluridisciplinaires**. Les formations ont lieu dans les locaux du réseau, généralement le mardi soir, de 20 h 30 à 22 h 30.

Formations	Pôle	Dates	Participants
Communiquer avec un patient dément	G	18 janvier	<b>29</b>
Cancer de la prostate : actualités	C	10 février	<b>23</b>
Coordination de la prise en charge : pourquoi et comment mieux communiquer ?	C - G - SP	8 mars	<b>34</b>
Suivi d'un patient porteur d'une poche de colostomie	C	17 mars	<b>18</b>
Que faire en cas de décès ?	SP	29 mars	<b>21</b>
Place du pharmacien dans la prise en charge coordonnée	C - G - SP	10 mai	<b>18</b>
Le deuil	SP	7 juin	<b>34</b>
Peau et cancer (session n° 1)	C	27 septembre	<b>27</b>
Douleur et démence	G	15 novembre	<b>30</b>
Rites religieux et culturels de la mort	SP	29 novembre	<b>37</b>
La protection juridique des personnes	G	13 décembre	<b>24</b>
<b>Total</b>			<b>295</b>

## Formations (suite)

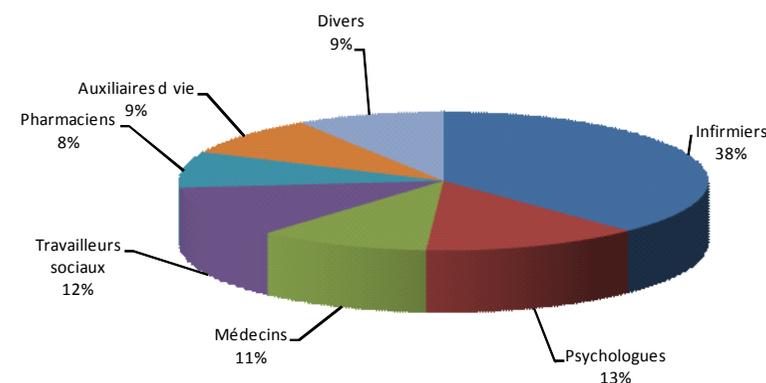
L'évaluation des formations est réalisée au sortir de chaque séance, par le biais d'un questionnaire anonymisé.

### Résultats de l'ensemble des évaluations des 11 formations



### Profil des 143 professionnels participants des formations

**143 professionnels différents** ont participé à l'une ou plusieurs des 11 formations de 2011, qui ont enregistré **295 participations**. Un même professionnel a donc participé en moyenne à 2 formations en 2011.



## Rencontres thématiques

Depuis septembre 2009, Osmose propose des rencontres thématiques sur le thème des soins palliatifs, espace de parole, de réflexions et d'échanges entre professionnels médico-psycho-sociaux impliqués dans des situations de soins palliatifs et/ou d'accompagnement de fin de vie de patients et de leur entourage. Il s'agit d'échanger sur des situations cliniques et d'offrir à chacun un lieu pour exprimer son ressenti de situations, permettant de fixer certains enjeux tant personnels que professionnels. C'est un espace de parole proposé par Osmose afin de soutenir chaque professionnel dans sa fonction et son identité professionnelle.

### Objectifs :

- transmettre des connaissances théoriques
- rompre l'isolement des professionnels
- permettre la clarification et la compréhension des vécus professionnels
- favoriser l'échange entre professionnels pour bénéficier de l'expérience des autres et de leur éclairage
- améliorer les pratiques professionnelles

### Nombre de rencontres annuelles et fréquences :

- 5 rencontres par an (Février – Avril – Juin – Septembre – Décembre)

### Date et horaires :

- mardi de 13 h 30 à 15 h 00

### Déroulement :

- la séance dure 1 heure 30.
- l'intervenant-animateur fait un exposé sur le thème de la séance. Les thèmes sont déterminés pour l'année.
- chaque participant est invité à prendre la parole sur ce thème pour parler de son vécu, de ses difficultés, de ses questions, et de situations cliniques dans lesquelles il est impliqué.
- chaque participant est invité à réagir aux propos tenus par les autres, pour les compléter, apporter un autre éclairage,...

### Nombre de participants :

- de 8 à 10

### Animatrice :

- Madame Martine Nectoux - Infirmière - Formatrice
- Centre de Ressources National Soins Palliatifs
- François Xavier Bagnoud – Paris

### Règles de fonctionnement :

- arriver à l'heure
- groupe non-fermé
- participation sur inscription
- non jugement
- respecter la confidentialité des propos entendus
- liberté de silence et de parole
- écoute réciproque, respect de la parole de chacun.

### Participation

- Gratuit.

### Lieu

- Locaux du réseau.

En 2011, 6 rencontres thématiques ont été organisées :

- le 1er février - thème : '**La fin de vie à domicile / la fin de vie à l'hôpital**'
- le 5 avril - thème : '**Alimentation et fin de vie : arrêter-continuer ? Questions éthiques**' (session 1)
- le 17 mai - thème : '**Alimentation et fin de vie : arrêter-continuer ? Questions éthiques**' (session 2)
- le 14 juin - thème : '**Dire la vérité au patient. Pourquoi ? Comment ?**'
- le 11 octobre - thème : '**Faire face aux demandes d'euthanasie. Quelles réponses ? Quelles attitudes ?**'
- le 6 décembre - thème : '**Se positionner dans l'accompagnement de fin de vie**'

Au total, ces rencontres thématiques ont enregistré **86 participations**.

## Formations aux soins palliatifs en EHPAD

Depuis 2010, Osmose propose des formations aux soins palliatifs spécifiquement destinées aux personnels des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), à la demande des professionnels des EHPAD eux-même. Suite à plusieurs situations de fin de vie au sein des EHPAD, les équipes paramédicales ont ressenti des difficultés concernant la prise en charge de la douleur, autour des gestes à réaliser et lors du soutien aux familles.

### Objectifs de la formation :

- Sensibiliser les personnels de l'EHPAD aux soins palliatifs,
- Permettre l'acquisition de connaissances communes sur l'approche de la personne en fin de vie,
- Proposer une base de réflexion pluridisciplinaire sur la prise en charge des résidents,
- Offrir un lieu d'expression sur les difficultés de prise en charge.

### Public concerné :

Tout le personnel paramédical, médical et administratif de l'EHPAD.

### Organisation :

6 modules de 2 h 30 répartis sur 9 mois.  
Groupe de 15 personnes maximum.

### Intervenants :

Dr Carole Raso, médecin coordinateur, Mme Pascale Robillard, infirmière coordinatrice et Mr François Hennequin, infirmier coordinateur – pôle soins palliatifs – réseau Osmose.

### Formations réalisées :

Au cours de l'année 2011, 2 EHPAD (La Résidence Carnot à Antony et La Chartraine à Antony) ont bénéficié de cette formation.

Au total, **10 séances** de formation ont été organisées.

Sur ces 10 séances, **127 participations** ont été enregistrées.

## Formations aux soins palliatifs en EHPAD (suite)

Séquences	Titre	Contenu
Séquence 1	Les concepts des soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>réflexion sur les acquis et les savoirs à acquérir</li> <li>présentation des objectifs de la formation</li> <li>définitions des concepts</li> <li>les ressources en soins palliatifs</li> </ul>
Séquence 2	La douleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>la définir</li> <li>la reconnaître, l'évaluer</li> <li>la soulager</li> <li>prévenir les douleurs induites</li> </ul>
Séquence 3	Les symptômes inconfortables autres que la douleur	<i>dyspnée, encombrement, escarres, anxiété/dépression, agitation/confusion, constipation, nausées/vomissements, bouche (sèche, douloureuse, malodorante, mycoses...)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>les repérer, les évaluer</li> <li>les prévenir, les anticiper</li> <li>les soulager</li> </ul>
Séquence 4	L'accompagnement des patients et des familles	<ul style="list-style-type: none"> <li>souffrance morale des patients</li> <li>les processus de deuil</li> <li>facteurs influençant le deuil des proches</li> <li>recommandations pour un accompagnement institutionnel</li> <li>situations cliniques vécues</li> </ul>
Séquence 5	Le décès	<ul style="list-style-type: none"> <li>respect des rites avant et après</li> <li>la toilette mortuaire</li> <li>étude de situations cliniques</li> </ul>
Séquence 6	Questions éthiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>alimentation</li> <li>hydratation</li> <li>traitements curatifs/palliatifs</li> <li>le respect des volontés du patient</li> </ul>

## Formations aux internes

Le réseau Osmose a été sollicité en 2011 par les services des Hôpitaux Antoine Bécclère et Corentin Celton pour proposer une intervention auprès des internes de médecine sur l'organisation du retour à domicile et/ou la prise en charge des personnes âgées à domicile. L'objectif de ces formations était également de sensibiliser ces professionnels à la prise en charge en réseau

Au total, **6 séances** de formation ont été organisées en 2011. D'une durée de 2 h 00 chacune, elle ont accueilli **31 participants** au total.

## Déjeuner-rencontre pour les médecins

Osmose propose à tous les médecins traitants des patients ayant sollicité le réseau, un temps de rencontre et d'échanges lors d'un déjeuner-rencontre.

Au cours de ces déjeuners, il s'agit de :

- présenter la situation des patients suivis par les médecins présents et vus par le réseau,
- faire le point des actions menées dans le trimestre,
- proposer aux médecins qui le souhaitent de présenter des situations de patients posant difficultés et/ou questions, en vue d'un soutien par les pairs.

En 2011, 2 déjeuner-rencontre a été organisés en janvier et en octobre et ont accueilli **26 médecins** traitants.

## Oncodocs

En 2009, les réseaux EssonOnco, Onco 94 Ouest, Oncosud, Oncoval et Osmose ont ouvert le site [oncodocs.fr](http://oncodocs.fr), recensant 42 fiches de médicaments utilisés dans le traitement des affections cancéreuses, écrites et validées par des médecins, pharmaciens et membres des équipes de coordination de ces 5 réseaux.

Ces fiches, à destination principale des professionnels de ville, notamment des médecins, ont pour objectifs de :

- informer les professionnels de santé,
- faciliter la gestion des effets secondaires des molécules anti-cancéreuses,
- assurer la continuité des soins.

En 2011, les travaux de ce groupe se sont poursuivis au cours de 6 réunions de travail :

- écriture, relecture et validation de nouvelles fiches
- harmonisation de l'ensemble des fiches



[www.oncodocs.fr](http://www.oncodocs.fr)



## Diffusion du Guide 'Douleur en ville'

Depuis 2004, le réseau de soins palliatifs Ensemble développe une démarche d'accompagnement des professionnels dans la prise en charge de la douleur, notamment au travers de l'édition d'un livret d'aide à l'évaluation et à la prescription.

En 2009, Osmose a obtenu l'accord du réseau Ensemble pour l'édition de ce livret à destination des professionnels partenaires du réseau.

300 exemplaires de ce guide ont été édités et celui-ci a continué d'être distribué en 2011 à tous les professionnels partenaires du réseau.

Par ailleurs, en 2010, un groupe de travail a été mis en place par la Respalif pour la réactualisation de ce guide, en vue d'une édition régionale en 2012. Le réseau Osmose était représenté lors de six réunions de ce groupe de travail en 2011.

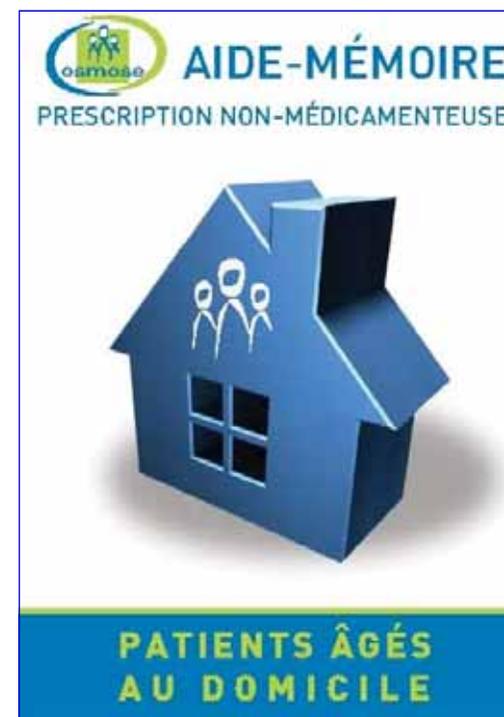


## Edition et diffusion du Guide 'Prescription non médicamenteuse pour les patients âgés à domicile'

En 2011, le réseau Osmose a élaboré un 'Aide-mémoire de prescription non médicamenteuse pour les patients âgés à domicile'.

L'expérience du Réseau Osmose a permis d'être confronté à domicile à différentes prescriptions destinées aux personnes âgées, réalisées par de nombreux praticiens de ville ou hospitaliers. Or, la rédaction de certaines de ces ordonnances ne permettait pas la réalisation de soins dans de bonnes conditions (absence d'informations nécessaires à la délivrance des traitements ou à leur remboursement, par exemple). C'est pourquoi le réseau Osmose a proposé un aide mémoire afin d'optimiser la prise en charge des personnes âgées à domicile.

Limité à la prescription de soins ou de matériel, sans aborder la prescription médicamenteuse ou paraclinique, pour laquelle d'autres guides existent déjà, ce guide a pour objectif de favoriser la pratique quotidienne des prescripteurs et des professionnels intervenant dans ces soins.



Réalisé par l'équipe de coordination du réseau en collaboration avec des médecins généralistes, des pharmaciens et des infirmiers, ce guide a été édité en 2011 à 500 exemplaires, distribués aux professionnels partenaires du réseau.

**2-2 Ordonnance pour réfection de pansement destinée à l'infirmier**

Identification du Prescripteur + N°RPPS ou ADELI ou N°FINESS de l'établissement	Identification du Patient N° de Sécurité Sociale
---	---

Le xx/xx/xxxx

ALD30 / HORS ALD 30

**Faire réaliser par un infirmier, à domicile, la réfection de pansement selon le protocole de soins suivants :**

- Rythme journalier :**  
une fois par jour  
deux fois par jour (si souillure)
- Rythme hebdomadaire**  
.....jours par semaine  
ou 7 jours par semaine, week end et férié inclus .
- Durée prévisible des soins :**  
.....
- Pansement complexe**
- Localisation de la lésion :** .....
- Rédiger le protocole de soins souhaité :**  
Lavage à l'eau et au savon ou au sérum physiologique  
ou antiseptique dilué  
Puis détersion mécanique si nécrose ou fibrine  
Puis application d'un pansement primaire  
Puis mise en place d'un pansement secondaire

Signature

- Si les soins doivent être réalisés à domicile, il faut le mentionner.
- Il est possible de laisser l'initiative du rythme de changement du pansement à l'infirmier.
- Le rythme des soins est fonction du stade de la plaie. Fréquent au stade de détersion (tous les jours), il est plus espacé quand la plaie est au stade de bourgeonnement (3 fois par semaine) ou d'épithélialisation (1 à 2 fois par semaine).
- Si le pansement doit être refait les dimanches et jours fériés, il faut le préciser sur l'ordonnance.
- La prescription sera établie pour un temps limité, variant d'une semaine à un mois. Mais la durée peut être indéfinie, jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, si cette mention est précisée sur l'ordonnance.
- A préciser quand il s'agit d'un pansement qui nécessitera du temps de soins, pour que l'infirmier puisse appliquer le tam' en lien avec l'acte et le temps passé pour le réaliser.

6

## Etude relative aux médecins généralistes face aux réseaux de cancérologie

En 2011, le réseau Osmose a participé, avec le réseau Onco 94 Ouest, à une étude sur les logiques de participation ou de non-participation des médecins généralistes au sein des réseaux de cancérologie.

Cette étude a été menée par Lucile Hervouet, doctorante en sociologie à l'Université Paris Descartes auprès des médecins généralistes, dont ceux membres du réseau Osmose.

Les données ci-après reprennent l'abstract et le poster réalisés par Lucile Hervouet pour le Congrès National des réseaux de cancérologie de novembre 2011 à Rouen.

### Introduction :

Majoritairement nés d'initiatives hospitalières, les réseaux territoriaux de cancérologie s'ouvrent désormais largement vers la médecine de ville. Nombre d'entre eux connaissent des difficultés à mobiliser les médecins généralistes autour des actions mises en place.

Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une thèse de sociologie portant sur les relations entre médecine de ville et hôpital face au cancer. L'enquête répond également à la demande de réseaux franciliens, faisant face à une double injonction d'évaluation et de mobilisation des médecins généralistes de la part des tutelles. Elle répond enfin à une volonté de connaissance du public vers lequel les réseaux travaillent et à un enjeu d'évaluation de leurs propres pratiques.

### Matériel et méthodes :

L'enquête est fondée sur deux volets méthodologiques : des entretiens qualitatifs exploratoires auprès de 14 médecins généralistes et une enquête quantitative avec une base de 280 médecins généralistes libéraux répondants. Le recueil de données a été effectué sur la base d'un questionnaire unique diffusé par téléphone, par fax, par courrier et par internet.

Le questionnaire décrit : le profil socioprofessionnel, les pratiques de prise en charge des patients atteints de cancer et les relations avec les professionnels hospitaliers spécialisés en cancérologie, la participation aux réseaux ville-hôpital, les freins et motivations pour participer à un réseau de cancérologie ; et, pour les généralistes participant, l'ancienneté de la participation, la fréquence du recours aux prestations du réseau, la satisfaction relative et l'évaluation subjective de l'impact de la participation.

1022 médecins généralistes ont été contactés à partir des fichiers de quatre réseaux de cancérologie territoriaux franciliens, avec un taux de réponse de 27,4 %.

Notre échantillon est majoritairement constitué de médecins généralistes exerçant en Ile-de-France. La collecte a principalement eu lieu dans trois départements français : les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne et le Val d'Oise. Ces départements ne sauraient être représentatifs de l'ensemble du territoire français. Des écarts de pratiques entre régions s'expliquent tant par des différences des caractéristiques démographiques de la population, des professions de santé et d'organisation des soins.

## Etude relative aux médecins généralistes face aux réseaux de cancérologie (suite)

### Résultats :

Les réseaux de cancérologie sont visibles auprès des généralistes. Plus des trois-quarts (77,9 %) des médecins interrogés sont informés de l'existence d'un réseau de cancérologie sur leur zone d'exercice.

84 % des médecins informés sur l'existence d'un réseau de cancérologie sur leur zone d'exercice l'ont été directement par le réseau lui-même. La cellule de coordination exerce une fonction active de « recrutement » des médecins. Les confrères et les patients apparaissent comme des vecteurs d'information secondaires

42 % des médecins interrogés déclarent participer à un réseau de cancérologie. Ces derniers y participent majoritairement depuis moins de 5 ans (55,6 %).

En terme de profil, on note une présence significativement moindre des « jeunes » médecins (exerçant depuis moins de 11 ans) et des remplaçants dans les réseaux. On remarque une présence sensiblement supérieure des médecins exerçant en cabinet de groupe, peut-être plus enclins à développer des approches collectives telles que celle qu'implique la participation à un réseau de santé formalisé.

La participation à un réseau de cancérologie renvoie également à une logique de carrière. Deux variables illustrent cette hypothèse : la participation à un réseau est corrélée avec l'ancienneté de l'exercice de la médecine générale et avec la pratique hospitalière (consultations ou participation à des staffs) dans une logique de poly-exercice.

La participation à un réseau renvoie aussi à une logique de compensation.

Les médecins ne s'estimant pas assez informés par les établissements hospitaliers dans le cadre du traitement de leurs patients ont plus souvent tendance à recourir à un réseau de cancérologie.

### Conclusion :

La non-participation aux réseaux de cancérologie relève majoritairement d'une stratégie attentiste plus que d'une opposition de principe. Les médecins souhaitent éviter les coûts de l'engagement dans un mode d'exercice innovant dont l'intérêt n'a pas été établi, pour eux.

Face à cette stratégie attentiste de la majorité des médecins généralistes, l'enjeu de la communication externe et de l'évaluation des réseaux de santé apparaît clairement.

La participation au réseau, qui reste quantitativement minoritaire, prend sens dans une stratégie de compensation face à l'organisation des soins et d'une construction de carrière. Le réseau de santé ne remet pas en question la hiérarchie traditionnelle du travail médical ni le partage peu formalisé des tâches. En revanche, les médecins généralistes perçoivent un impact positif sur leur charge de travail et sur leur marge de manœuvre. La participation au réseau donne au médecin les moyens d'assurer le rôle qu'il s'octroie ou qu'il se voit octroyé par son patient face au cancer.

# Les médecins généralistes face aux réseaux territoriaux de cancérologie :

## Étude quantitative des logiques de participation et de non-participation.

### Contexte

POUR LES RÉSEAUX : UN DOUBLE ENJEU DE CONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS ET D'ÉVALUATION DES PRATIQUES.

Participants	Informés
42%	78%

### Matériels et méthodes

Une enquête auprès des médecins généralistes franciliens :

- 14 entretiens qualitatifs exploratoires
- Une enquête quantitative (base de 280 médecins généralistes libéraux répondants)

### Résultats

Les réseaux de cancérologie sont visibles auprès des généralistes.

- Plus des trois-quarts des médecins interrogés (77,9%) sont informés de l'existence d'un réseau de cancérologie sur leur zone d'exercice.
- Une fonction active de recrutement par la cellule de coordination du réseau (84% des médecins informés l'ont été directement par le réseau lui-même).
- Les confrères et les patients apparaissent comme des vecteurs d'information secondaires.
- 42% des médecins interrogés déclarent participer à un réseau de cancérologie.
- Une présence moindre des « jeunes » médecins (24% exerçant depuis moins de 11 ans) et des remplaçants (16%) dans les réseaux.

### Conclusion

La participation au réseau, quantitativement minoritaire, prend sens dans des stratégies de compensation face à l'organisation des soins et/ou de construction de carrière.

- Le réseau de santé ne remet pas en question la hiérarchie traditionnelle du travail médical.
- La non-participation relève majoritairement d'une stratégie attentiste plus que d'une opposition de principe. Les médecins souhaitent éviter les coûts de l'engagement dans un mode d'exercice innovant dont l'intérêt n'a pas été établi.
- En revanche, les médecins généralistes perçoivent un impact positif sur leur charge de travail et sur leur marge de manœuvre.
- Participer à un réseau donne au médecin les moyens d'assurer le rôle qu'il s'octroie ou qu'il se voit octroyé par son patient.

Un fort enjeu de communication externe et d'évaluation des réseaux.

**FAREDCAPITES**  
Léa de Brezouat  
Directrice de service  
Nouveaux Praticiens  
10 rue des Saints-Pères  
75006 Paris  
l.debrezouat@gmail.com

**UNICANCER**  
Lauriant Cottard  
Oncologue  
UMR 218 - Institut Curie  
11 Rue de la Saunerie  
75014 Paris Cedex 14  
l.cottard@curie.fr

**INCA**  
S. Bichard L. Béranger  
10222, avenue Edmond Héron  
92700 La Courneuve  
92700 La Courneuve  
sbichard@inca-cancer.fr

## Etude relative aux médecins généralistes face aux réseaux de soins palliatifs

En 2011, le réseau Osmose a participé à une thèse de médecine générale sur l'apport d'un réseau de soins palliatifs aux médecins généralistes.

Cette thèse a été menée par Sophie Tournillon, sous la direction de Carole Raso, médecin coordinateur du pôle soins palliatifs du réseau, auprès des médecins généralistes membres du réseau Osmose.

Les données ci-après reprennent l'abstract réalisé par Sophie Tournillon pour le Congrès de la SFAP 2011.

### Évaluation de l'apport au médecin généraliste d'un réseau de soins palliatifs dans la prise en charge de la fin de vie à domicile. Exemple du réseau Osmose dans les Hauts-de-Seine.

Les soins palliatifs de qualité doivent se développer à domicile(1) mais sont pour le médecin traitant très consommateurs de temps. Des réseaux spécialisés en soins palliatifs sont créés pour les aider dans leur pratique et améliorer le confort de fin de vie des patients(2), mais qu'en est-il vraiment ?

En 2009, lors de la création du pôle soins palliatifs du réseau Osmose, 417 médecins généralistes du sud des Hauts-de-Seine ont été interrogés sur leur expérience des soins palliatifs et sur leurs attentes vis-à-vis de ce nouveau réseau. Fin 2010, un deuxième questionnaire évaluait leur collaboration au réseau (participation, satisfaction). Nous avons également cherché quels facteurs étaient liés à l'intention de collaborer avec le réseau, ceux liés à une forte demande d'aide et ceux liés à une plus grande satisfaction vis-à-vis du réseau.

En 2009, 23,5 % des médecins ont répondu au questionnaire. 86,4 % ont l'intention de collaborer avec le réseau. Leurs principales attentes sont la demande de conseils thérapeutiques (71,2 %), l'aide à la recherche d'USP (66,7 %) et un soutien psychologique pour le patient (66,7 %) et sa famille (72,2 %). L'attente de conseils thérapeutiques était liée à : un plus faible nombre de patients suivis pour des soins palliatifs à domicile ( $p=0.03$ ), des difficultés régulières sur le plan thérapeutique ( $p=0.01$ ), la méconnaissance du réseau ( $p=0.05$ ). La demande d'aide à la recherche d'USP était liée à : avoir rarement un dossier médicosocial sur place ( $p=0.02$ ), des difficultés régulières pour l'admission en USP ( $p=0.01$ ). La demande d'aide psychologique était liée : au sexe féminin ( $p=0.02$ ), être installé en cabinet seul ( $p=0.05$ ), moins de patients suivis ( $p<0.01$ ) ou décédés à domicile ( $p=0.02$ ), des difficultés sur le plan thérapeutique ( $p<0.01$ ) ou dans la communication entre professionnels de santé ( $p<0.01$ ).

En 2010, 20,3 % des médecins généralistes ont répondu au questionnaire. 58,7 % ont effectivement collaboré avec le réseau. 91,7 % sont globalement satisfaits. La collaboration a apporté : un gain de temps (77,8 %), une amélioration du confort des patients (88,9 %), un meilleur soutien de l'entourage (92,3 %) et a permis une alternative au passage par le SAU (66,7 %). La satisfaction apportée par l'aide technique, administrative et psychologique est liée à un plus faible nombre de patients suivis ou décédés à domicile ( $p<0.05$ ). 97,8 % des médecins généralistes répondant prévoient de collaborer dans le futur.

Les médecins généralistes les plus intéressés par l'aide pouvant être apportée par un réseau de soins palliatifs sont ceux qui sont sensibilisés à ce problème mais qui sont moins expérimentés. Des améliorations sont à apporter au niveau de la communication avec les médecins traitants et d'autres types de formations seraient à envisager pour les rendre plus accessibles.

1. Aubry R. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Comité national de suivi du développement des soins palliatifs; 2011.
2. Circulaire n°2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n°99-477. Ministère de l'emploi et de la solidarité. 2002.

## Réunions et rencontres de présentation du réseau

Tout au long de l'année 2011, **43 réunions et rendez-vous** de présentation du réseau Osmose ont été organisés, à la demande des partenaires ou sur proposition du réseau.

Interlocuteurs	Dates	Durée	Participants
Hôpital Privé d'Antony	6 janvier	<b>2 h 00</b>	<b>5</b>
ADK 92	13 janvier	<b>2 h 00</b>	<b>2</b>
ARS Délégation territoriale 92	21 janvier	<b>3 h 00</b>	<b>6</b>
Coordination gérontologique de Vanves	24 janvier	<b>2 h 00</b>	<b>8</b>
ASP Présence	2 février	<b>2 h 00</b>	<b>5</b>
HAD Santé Service	10 février	<b>2 h 00</b>	<b>8</b>
EHPAD Villa Beausoleil	11 février	<b>2 h 00</b>	<b>4</b>
Service social CRAMIF	14 février	<b>1 h 00</b>	<b>3</b>
Europe Assistance	24 février	<b>2 h 00</b>	<b>4</b>
Cap Retraite	3 mars	<b>2 h 00</b>	<b>4</b>
Hôpital Percy	8 mars	<b>2 h 00</b>	<b>6</b>
Hôpital Privé d'Antony	22 mars	<b>2 h 00</b>	<b>10</b>
Institut Gustave Roussy	29 mars	<b>2 h 00</b>	<b>15</b>
Hôpital européen Georges Pompidou	1er avril	<b>3 h 00</b>	<b>20</b>
Ligue Contre le Cancer	1er avril	<b>2 h 00</b>	<b>3</b>
Espace Prévention Santé Châtenay-Malabry	2 avril	<b>3 h 00</b>	<b>6</b>
Coordination gérontologique Châtenay-Malabry	7 avril	<b>2 h 00</b>	<b>12</b>
CCAS Plessis-Robinson	15 avril	<b>1 h 00</b>	<b>4</b>
Respavie—Nantes	21 avril	<b>4 h 00</b>	<b>23</b>
CLIC Sud de Seine	10 mai	<b>2 h 00</b>	<b>7</b>
Michel Crémadéz	6 juin	<b>3 h 00</b>	<b>4</b>
Psychologues libéraux	10 juin	<b>2 h 00</b>	<b>15</b>
HAD Antoine Béclère	10 juin	<b>2 h 00</b>	<b>10</b>
Médecins coordinateurs EHPAD	17 juin	<b>3 h 00</b>	<b>25</b>
CVS de Bagneux	22 juin	<b>2 h 00</b>	<b>8</b>

## Réunions et rencontres de présentation du réseau (suite)

Interlocuteurs	Dates	Durée	Participants
EHPAD Maison Blanche	28 juin	<b>2 h 00</b>	<b>9</b>
Transiliennes de cancérologie	29 juin	<b>3 h 00</b>	<b>50</b>
Réseau Scop	2 septembre	<b>3 h 00</b>	<b>7</b>
Equipe Mobile Alzheimer	5 septembre	<b>2 h 00</b>	<b>6</b>
France Alzheimer	13 septembre	<b>2 h 00</b>	<b>4</b>
Projection-Débat 'La guerre est déclarée'	16 septembre	<b>3 h 00</b>	<b>120</b>
ARS Alsace	20 septembre	<b>8 h 00</b>	<b>50</b>
Réseau Oncoval	26 septembre	<b>2 h 00</b>	<b>4</b>
Service APA—Conseil Général	29 septembre	<b>2 h 00</b>	<b>6</b>
Hôpital Privé d'Antony	1er octobre	<b>8 h 00</b>	<b>50</b>
CLIC Sud de Seine	11 octobre	<b>2 h 00</b>	<b>10</b>
SSIAD Fondation Sainte-Marie	13 octobre	<b>2 h 00</b>	<b>5</b>
Hervé Gauthier - Oncorif	21 octobre	<b>2 h 00</b>	<b>4</b>
Conseil de l'Ordre des Médecins—URPS Médecins 92	17 novembre	<b>4 h 00</b>	<b>30</b>
CMS de Montrouge	24 novembre	<b>2 h 00</b>	<b>4</b>
Assistantes sociales / PPAC	1er décembre	<b>2 h 00</b>	<b>12</b>
Le rosier Rouge	6 décembre	<b>2 h 00</b>	<b>4</b>
Médecins coordinateurs EHPAD	8 décembre	<b>2 h 00</b>	<b>18</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>108 h 00</b>	<b>610</b>

Les actions transversales patients - professionnels

## Dossier informatisé sécurisé

La base de données informatisée sécurisée constitue un élément essentiel de gestion de l'activité du réseau.

Elle est composée de trois ensembles distincts et complémentaires.

### une base de gestion informatisée

Il s'agit de l'informatisation de la gestion administrative et financière du réseau (gestion des adhésions, des formations, des rémunérations des professionnels libéraux, appels téléphoniques,...).

Cette informatisation permet une gestion et un suivi efficace de l'activité du réseau et est un outil d'évaluation de l'évolution de son activité.

Cette informatisation permet, en outre, d'évaluer le rapport coût par action et d'ajuster les projets du réseau à l'analyse des besoins et demandes.

### un annuaire

La base de données informatisée intègre l'ensemble des professionnels et institutions de santé en lien avec le réseau.

Elle permet l'orientation des patients vers les ressources locales.

Cet annuaire est accessible via le site Internet du réseau ce qui permet sa mise à jour régulière.

### un dossier médical informatisé

Ce dossier est constitué des éléments essentiels au suivi des patients. Sur le plan technique, ce dossier est totalement adaptable aux futures recommandations concernant le Dossier Communiquant en Cancérologie.

Ce dossier est ouvert par le médecin coordinateur du réseau à réception du 'Document d'Information Patient' signé du patient. Il intègre toutes les décisions prises en RCP et des compléments

assurant le suivi du patient et la coordination de sa prise en charge par les professionnels du réseau.

Grâce à un accès distant sécurisé (via le site internet du réseau, par login et mot de passe personnels), ce dossier est accessible à tous les professionnels référencés par le patient comme le prenant en charge.

**Osmose**  
Identifiez-vous et saisissez votre mot de passe

Utilisateur :

Password :

Ce dossier permet la saisie à distance des données de RCP. A ce jour, deux établissements (l'Hôpital Bécclère et le CRTT de Meudon la Forêt) l'utilisent pour cette saisie. Au 31 décembre 2011, **3 007 patients** ont bénéficié de cette saisie informatisée de leur RCP, dont le compte-rendu est adressé au médecin traitant.

De plus, grâce à la saisie dans la base de données de tous les patients vus en RCP, ce dossier médical informatisé permet de visualiser l'épidémiologie du cancer sur le territoire.

Ce logiciel génère automatiquement les fiches RCP que les établissements peuvent directement adresser aux médecins traitants des patients. De même, ce dossier alimente le Programme Personnalisé de Soins qui peut, dès lors, être imprimé et donné aux patients.

## Dossier informatisé sécurisé (suite)

### Exemple d'une fiche du répertoire des professionnels en lien avec le réseau

The screenshot shows the 'Osmose' software interface. The main window is titled 'Répertoire général' and contains a form for entering professional details. The form includes fields for 'Nom', 'Prénom', 'Sexe', 'Catégorie', 'Profession', 'Etablissement / société', 'Service', 'N° de Siret', and 'Fiche à compléter'. There are also checkboxes for 'Professionnel de santé (nécessaire aux statistiques URICAM)'. The 'COORDONNÉES' section includes 'Adresse', 'CP, Commune', 'Email', and 'Site Web'. Below the form, there are tabs for 'Réseau', 'Don et cotisations', 'Actes spécifiques', 'Formations', 'RCPs', 'Règlements', 'Appels', 'Courriers', 'Agenda', 'Liens patients', and 'Doc. liés'. The 'Réseau' tab is active, showing a table for 'Participation aux REUNIONS du réseau' with columns for 'Appeler', 'Des', 'Raison', 'Date', 'Statut', and 'Date fin'. The table is currently empty.

## Dossier informatisé sécurisé (suite)

Exemple d'une fiche de saisie des appels téléphoniques

**OSMOSE**  
LEVEQUE Stéphanie

**Appels**  
Saisie / Modification d'une complexité  
Enregistrement n° 96 348

**Evaluation :**

- Recueil et analyse de la demande
- Recueil des menues et analyse besoins
- YAD demande, organisation
- RVV au réseau
- RVV réseau

**Médiation :**

- Aide à la gestion des conflits
- Réajustement parcours de soin (troubé)
- Aide à la relation à une décision de soins

**Autre :**

- Personne de confiance
- Directives anticipées
- Extraitiers sur motifs de refus de PEC
- Demande d'information sur matériel médical
- Autisme
- Autre

**Partage de l'information :**

- Cahier de liaison remis au patient
- Transmission des informations aux intervenants
- Recueil d'information
- Concertation interprofessionnelle sur situation

**Coordination médicale, para-médicale et sociale :**

- Présentation du réseau et de ses actions
- Envoi de documentation sur le réseau
- Conseil et information personnalisée
- Orientation (transmissions coord. inter.)
- Nidécide
- Escorte et soutien - Réassurance
- Recherche d'intervenants pour le patient
- Sollicitation des interven. référents du patient
- Questions / Réponses sociales
- Conseil thérapeutique
- Éducation thérapeutique
- Anticoagés - prévention
- Recherche de structure
- Accompagnement des patients dans leurs choix
- Mobilisation soins familiaux
- Aide à l'analyse de situation complexe
- Assistance téléphonique
- Plan-forme éducatif temporaire
- Demes problèmes psychosociaux associés
- Signalement / gestion de maltraitance, abus
- Protection juridique
- Expertise médicale TGI / protection juridique
- Coordination avec intervenants sociaux
- Fonda FINASS
- Fonda Liqueur
- Fonda de secours réseaux
- APA
- Autres aides sociales ou non
- Sursi

**Soins de support :**

- Recueil d'information
- Soutien technique et technique
- Accompagnement psychologique
- Diététique
- Soins-esthétique
- Relaxation
- Biétiologie
- Autres soins de support

**Réponses apportées aux professionnels :**

- Direct dans le cadre de charge
- Accompagnement et soutien
- Médiation - tiers extérieur
- Aide à l'analyse de situation complexe

Buttons: Quitter, Annuler, Enregistrer

## Dossier informatisé sécurisé (suite)

Exemple d'une fiche de renseignements administratifs des patients

**OSMOSE**  
LEVEQUE Stéphanie

**Patients**  
Saisie / Modification d'un enregistrement  
Enregistrement n° 841

**Informations générales :**

- N° Patient: AAAPATIENT TEST 1 Edmonde
- Sexe: Femme
- Prénoms: Edmonde
- Date de naissance: 15/02/1954
- Age: 55 ans
- Adresse: 18 av. de Gaule, N2 220 BADRUEUX

**COORDONNÉES :**

- Adresse légitime: Autre (proposer)
- Code insee: 53
- Code insee 2: 220
- Code insee 3: BADRUEUX

**ORIGINE DU CONTACT ET DEMANDES :**

Date	Demande	Actes réalisés
17/11/2006	Suite d'hospitalisation	Réponse inter-départ

Buttons: Quitter, Annuler, Enregistrer

## Dossier informatisé sécurisé (suite)

### Exemple d'une fiche de renseignements médicaux des patients

Navigation Patients : AAAPATIENT TEST 1 Edmonde

Osmose LEVYQUE Stéphane

Patients

Saisie / Modification d'un enregistrement Enregistrement n° 841

Pathologies tumorales

Pathologie	Hémogramme	Historique
Ovaire, Gauche T0 pT1 (a) cM0 Diagnosé : 21/02/2008	Cytadénome séreux	Docteur abdomino-pelvienne depuis 6 semaines. Echographie : kyste de l'ovaire droit hétérogène Chirurgie (Ovariectomie, annexectomie)
Col utérin, métastase vaginale T1a II+ Diagnosé : 21/12/2004		
Diagnosé :		

MARQUEURS TUMORAUX

Date	Marqueur	Valeur
21/02/2008	CA 125	512

RAPPEL Pathologie identifiée lors du 1er contact

Localisation : Ovaire

Précaution :

Pathologie, non complet : Ovaire, Gauche

Commentaire :

Lieu de suivi : Hôpital Antoine Béclère

## Surveillance des cancers du sein Partenariat Osmose - Gynecoméd

Durant l'année 2010, le réseau Osmose a travaillé en collaboration avec le réseau Gynecoméd (réseau régional de surveillance des cancers du sein en ville) à la mise en œuvre d'un projet de surveillance des cancers du sein délégué en ville.

L'objectif de la surveillance des cancers du sein est de :

- dépister précocement une rechute locale,
- dépister une rechute métastatique,
- rechercher un cancer controlatéral ou un second cancer,
- diagnostiquer des effets secondaires ou des séquelles,
- réaliser un accompagnement psycho-social des patientes.

Cependant, certains indicateurs de la surveillance des cancers du sein montrent des doublons d'examen, la réalisations d'examen inutiles, des protocoles de suivi différents selon les établissements, des interruptions de prise en charge, des patientes perdues de vue et, en conclusion, un flou organisationnel.

C'est pourquoi le réseau Osmose s'est associé au réseau Gynecoméd pour améliorer l'organisation de cette surveillance sur le territoire. Ce projet commun permet à Osmose de bénéficier de l'expertise du réseau Gynecoméd en matière de surveillance déléguée, de profiter du système de veille et de relance mis en place par le réseau Gynecoméd et d'utiliser les outils de Gynecoméd permettant la compilation et le traitement de données épidémiologiques.

Ce dispositif conjoint permet à des patientes domiciliées dans le sud des Hauts-de-Seine de bénéficier d'un protocole de surveillance :

- soit **dès la fin de leur traitement** (selon les recommandations en vigueur : stade précoce, cancer canalaire in situ et micro infiltrant ; pronostic favorable ; chirurgie seule ou traitement conservateur associant chirurgie et radiothérapie ; avec ou sans hormonothérapie adjuvante),
- soit **après 5 ans de surveillance** (suivi régulier par l'une des équipes du territoire ; absence d'évènement (cancer controlatéral, récurrence, métastase).

Outre les intérêts de la surveillance des cancers décrits plus haut, les objectifs de ce dispositif visent à :

- organiser et formaliser des modalités de surveillance sur le territoire,
- contractualiser des partenariats entre les établissements et les intervenants de ville,
- bénéficier du système de veille et de relance du réseau Gynecoméd,
- obtenir un retour d'information de la part du réseau Gynecoméd (épidémiologie),
- proposer aux patientes l'offre du réseau Osmose en matière de soins de support,
- former et informer les professionnels du territoire,
- offrir aux professionnels le support logistique et technique du réseau.

De plus, ce dispositif permet d'offrir :

- aux **patientes** : un suivi global et de proximité et un accès aux soins de support,
- aux **praticiens de ville** : une reconnaissance de leur participation à la prise en charge en cancérologie,
- aux **praticiens d'établissements** : de libérer du temps de soins et d'être assurés de retours d'informations sur le suivi réalisé en ville.

## Surveillance des cancers du sein Partenariat Osmose - Gynecoméd (suite)

Le travail de mise en place de ce projet en 2010 a abouti en janvier 2011 au lancement officiel du dispositif, pour lequel 64 professionnels partenaires se sont engagés : médecins généralistes, gynécologues, oncologues, chirurgiens et radiothérapeutes ; de ville ou d'établissements.

### INFORMATION DES PATIENTES (1)

**Dispositif conjoint « Osmose - Gynecoméd » de surveillance des cancers du sein**  
Livret d'information des patientes

A l'issue de votre traitement, ou après quelques années de surveillance dans le centre hospitalier, votre cancérologue, votre radiothérapeute ou votre chirurgien gynécologue vous a proposé d'être suivie par votre gynécologue de ville ou par votre médecin généraliste, membre du réseau Osmose et participant au dispositif conjoint « Osmose - Gynecoméd » de surveillance des cancers du sein.  
A ce moment-là, vous avez confirmé votre accord par la signature d'un consentement.

**Ce dispositif a pour objectif d'organiser la continuité de votre suivi en ville**

**En quoi consiste la surveillance dans le Dispositif conjoint « Osmose - Gynecoméd » de surveillance des cancers du sein ?**

Vous consultez le gynécologue ou le médecin traitant qui assurera votre surveillance, dans les 3 mois qui suivent la proposition du cancérologue.

Ulérieurement, vous consultez votre médecin tous les 6 mois, pendant les 5 premières années après le traitement, puis tous les ans, à vie.  
Ainsi, cinq années après le traitement initial, le rythme de suivi change, passant à une consultation annuelle.

Une mammographie est également pratiquée chaque année pendant toute la durée de la surveillance. Elle peut être complétée par une échographie.  
D'autres examens peuvent éventuellement être prescrits par votre médecin.

Vous êtes libre d'arrêter à tout moment votre suivi dans le cadre du dispositif et de le reprendre à l'hôpital. Merci de nous prévenir dans ce cas par courrier.

**Pourquoi se faire surveiller dans le cadre du Dispositif conjoint « Osmose - Gynecoméd » ?**

Vous êtes suivie selon un protocole qui applique les recommandations nationales et internationales, et que tous les médecins du réseau se sont engagés à suivre.

Les informations concernant votre suivi sont transmises à tous les correspondants qui vous ont pris en charge pendant la maladie.

Le dispositif fait en sorte que le rythme de votre suivi soit respecté : si nous ne recevons pas de vos nouvelles dans les délais prévus, nous en avisons votre médecin pour en connaître la raison.

Vous pouvez, à tout moment quitter le dispositif, il suffit de nous en informer.

Osmose, réseau de Cancérologie, Génomologie et Soins Palliatifs du sud des Hauts-de-Seine, Parcours de Soins de l'Hôpital A. Béclère du C.R.T.T. de Meudon, de l'Hôpital Privé d'Antony et du Pôle Meudon-Plaisan (et d'autres établissements non concernés par la gynécologie), il assure la coordination de la prise en charge des patientes qui lui sont orientées, l'accès à des soins de support en complément de ce que les équipes proposent, il organise des projets de travail entre les équipes du territoire.

Gynecoméd, réseau monothématique de surveillance des cancers du sein en ville qui travaille avec des professionnels de santé de France à l'organisation de ce suivi en ville, selon des critères éthiques et de qualité.



**Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter :**

Dr Gaëlle-Anne Estève - Réseau Osmose - Pôle Cancérologie  
30 22 avenue Edouard Herriot - Bât. Carnot - Hall 9 - 92350 Le Plessis Robinson  
Téléphone 01 46 30 18 14 - Fax : 01 46 30 46 71  
[osmose@osmosa.com](mailto:osmose@osmosa.com) - [www.osmosa.com](http://www.osmosa.com)

Dr Sophie Houzard - Réseau Gynecoméd  
313 rue Legendre 75017 Paris  
Téléphone : 01 42 63 39 03 - Fax 01 45 84 68 30

### INFORMATION DES PATIENTES (2)

**Pourquoi une consultation de surveillance ?**

Dépister précocement une rechute ou une récurrence  
Un suivi régulier, cherchant à détecter des récurrences les plus petites possibles, est nécessaire. Le diagnostic de récurrence locale repose sur l'examen clinique des seins par votre médecin, et la mammographie, qui aide à repérer des cancers non palpables, éventuellement complétée par une échographie.

Prévenir et prendre en charge les effets secondaires des traitements  
Lors des consultations, vous pouvez signaler à votre médecin tout ce qui vous préoccupe, comme :

- L'état de votre sein, un gonflement du sein (œdème), une perte de souplesse de la peau sous la cicatrice, une déformation du sein, un aspect de croûte de la peau.
- Une modification de la sensibilité du bras, des douleurs ou une raideur de l'épaule, un gonflement de la main ou du bras (lymphoedème) : votre médecin pourra alors vous prescrire des soins de kinésithérapie (rééducation et/ou massages) adaptés.
- Des séquelles esthétiques (modification du sein, cicatrice disgracieuse), pour lesquelles l'avis d'un chirurgien plasticien peut être demandé.
- Des bouffées de chaleur, des pertes vaginales, des saignements anormaux, une prise de poids. Il peut s'agir d'effets secondaires liés à la prise de Tamoxifène ou des troubles habituels de la ménopause. Un traitement peut être proposé pour soulager les symptômes.
- des douleurs musculaires et articulaires. Il peut s'agir d'effets secondaires des inhibiteurs de l'aromatase.
- Evouer avec vous la prévention de l'ostéoporose, basée sur l'alimentation, l'exercice physique. En fonction de vos antécédents et des traitements suivis, on vous proposera éventuellement une mesure de la densité osseuse. Dans certains cas, un traitement peut être prescrit.

Vous accompagner dans la reprise du quotidien, du travail ...

Si vous découvrez une boule dans le sein, si vous avez des saignements gynécologiques anormaux, ou si votre bras reste douloureux, gonflé, raide,  
**N'attendez pas la prochaine consultation de surveillance et contactez rapidement votre médecin**

**Vous avez besoin de soutien,**

**Le réseau Osmose peut vous aider**  
et vous proposer :

- un soutien psychologique (10 séances prises en charge financièrement) en proximité de chez vous,
- une rencontre avec l'assistante sociale coordinatrice qui peut vous conseiller et vous orienter,
- une consultation avec la diététicienne,
- une consultation de socio-esthétique,
- des ateliers de relaxation,
- des ateliers d'échanges avec d'autres patientes et/ou proches de patient(e)s,
- des adresses d'associations de patientes,
- des informations selon vos besoins.

Toutes les prestations proposées par le réseau sont gratuites.

Cette plaquette a été élaborée par les professionnels membres des réseaux Osmose et Gynecoméd.  
Vous pouvez aussi trouver des compléments d'informations :

- Dans le guide Savoir patient « Comprendre le cancer du sein » édité par la FNCLCC ou sur leur site Internet : <http://www.fnclcc.fr/>
- Sur le site de la Ligue contre le Cancer : <http://www.ligue-cancer.net/>
- Sur le site Internet de l'Association Europa Donna : <http://www.europadonna.fr/>
- Sur le site Internet de l'Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr/>

## Dispositif d'annonce - enquête de satisfaction des patients

Le réseau Osmose a réuni dès 2006 un groupe de travail pluri professionnel autour de la mise en place du dispositif d'annonce, pour accompagner les établissements du sud des Hauts-de-Seine dans leur démarche d'organisation.

Ce Groupe « Dispositif d'Annonce » est composé de représentants de chaque établissement du territoire et de différents types d'acteurs (médecins, IDE, cadre infirmier, assistante sociale, psychologues) concernés par l'annonce et son organisation pratique. Un outil commun a été réalisé, le document « DA Osmose » : unique pour tous les établissements, son utilisation pragmatique s'adapte à la pathologie et aux habitudes des oncologues ; il sert à la transmission des informations du médecin au soignant, de guide d'entretien avec le soignant, à une évaluation première des besoins en matière de soins de support, à la traçabilité de l'orientation réalisée ainsi que des documents remis, et en interne, au suivi de l'ensemble du dispositif.

Le groupe a continué se rencontrer pour des temps d'échanges de pratique qui nous ont amené à nous questionner sur la satisfaction des patients bénéficiaires. Connaître leurs avis a paru essentiel pour faire évoluer l'organisation, et/ou les pratiques.

Des questionnaires de satisfaction existants ont été retravaillés, dans le but d'évaluer deux axes, organisation interne et « compétences », au cours des différents temps du dispositif, ainsi que le ressenti du patient.

La méthodologie de l'enquête était la suivante : auto questionnaire anonyme, remis aux patients entre 3 et 6 semaines après le diagnostic et les consultations d'annonce, dans les services ou HDJ, rendu aux soignants sous enveloppe à l'adresse du réseau, avec tampon du service d'origine. Chaque établissement disposait d'un « référent enquête » membre du groupe de travail.

Le nombre de questionnaires distribués et le nombre de retours dans chaque service devait être tracé pour afin d'évaluer la perte d'information ; mais en définitif, cet objectif n'a été que partiellement réalisé car trop complexe (nombreux intervenants d'implication et de rigueur inégaux).

Les réponses des patients ont été saisies et analysées au sein du réseau Osmose qui avait conçu l'outil de recueil et d'analyse.

L'enquête a démarré en septembre 2009 et s'est prolongée jusqu'en février 2011.

Le groupe s'est réuni en mai 2011 pour discuter les résultats et décider de la suite à donner à ce travail.

### Résultats

#### Informations générales

Nombres de questionnaires retournés et analysés : **55**

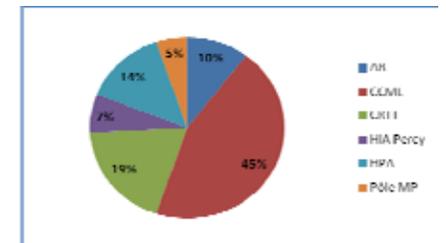
Profil des patients :

Age moyen : **59 ans** ; [20 - 84] ; médiane = **61**

Homme : **27** ; Femme : **27** ; 1 questionnaire sans précision

Taux de participation des établissements :

Moyenne	<b>17%</b>
Ecart type	<b>[5% - 45%]</b>
Médiane	<b>12%</b>



## Dispositif d'annonce - enquête de satisfaction des patients

La contribution des établissements est inégale en raison d'une difficulté de mobilisation des acteurs, même ceux membres du groupe.  
 Le nombre de questionnaires récupérés est peu important, même si l'enquête a duré au-delà des six mois prévus initialement. Les résultats sont donc à analyser avec prudence.  
 Le CCML a utilisé cette enquête dans le cadre d'une EPP autour de l'annonce du diagnostic de cancer et s'est donc particulièrement mobilisé, ce qui explique le nombre de retours en provenance de cet établissement. Compte tenu de son activité centrée sur la chirurgie thoracique, la méthodologie était modifiée : envoi du questionnaire un mois après l'intervention, avec une lettre d'accompagnement spécifique et une enveloppe timbrée à l'adresse du réseau pour le retour par courrier. Un appel téléphonique préalable était réalisé en interne lors de l'envoi du questionnaire.

### Temps médical d'annonce

Nombre d'intervenant(s) rencontré(s) pour l'annonce du diagnostic avant la mise en route du traitement :

Un seul médecin, en une consultation : **24%**

Un seul médecin, sur plusieurs consultations : **16%**

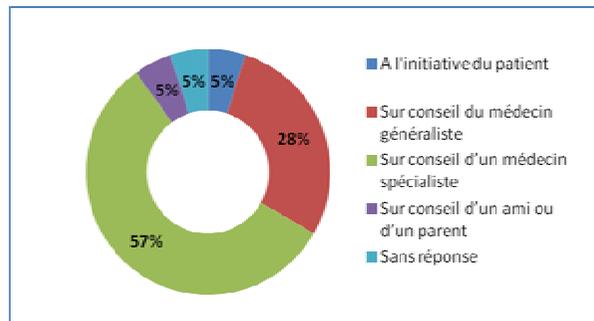
Plusieurs médecins de spécialités différentes : **60%**

**Moyenne de 3 médecins différents; [2 - 7] ; médiane 3**

Spécialités de ces médecins : oncologues, MT, radiologues, pneumologues, chirurgien digestif, gastroentérologue, gynécologues, urologue, ORL, hématologue

L'annonce du diagnostic semble donc plutôt se faire soit en une seule consultation avec un seul médecin, soit à l'occasion de consultations successives de différents spécialistes.

### Origine de l'orientation du patient pour le traitement du cancer



Les patients sont orientés majoritairement sur conseil médical.  
 Certains patients ont donné 2 réponses :  
 ✓ 3/5 = orientation par le médecin généraliste + le médecin spécialiste  
 ✓ 1/5 = orientation par le médecin généraliste + conseils de proches  
 ✓ 1/5 = orientation par le médecin généraliste + son initiative

## Dispositif d'annonce - enquête de satisfaction des patients

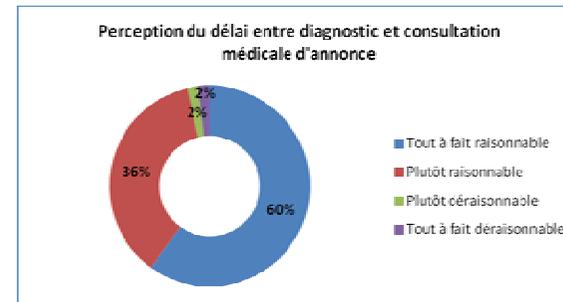
### Délai entre le diagnostic et la consultation médicale d'annonce :

Moyenne : **15 jours**

Ecart type : **[0 - 60]**

Médiane : **12 jours**

Sans réponse : **2 questionnaires**

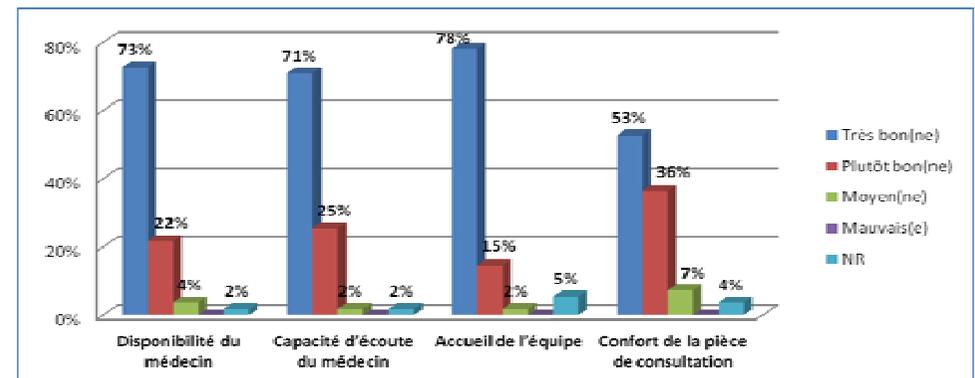


Les délais considérés comme « déraisonnables » sont de 21 et 30 jours ; le délai de 60 jours est considéré comme « plutôt raisonnable ».

Un ensemble de paramètres concernant l'organisation des consultations médicales d'annonce ont été étudiés :

- Nombre d'intervenants présents : le médecin est seul dans **58%** des cas.
- La notion d'interruption au cours de la consultation médicale d'annonce : à aucun moment pour **85%** des patients, une fois pour **13%** d'entre eux, mais jamais plusieurs fois.
- **85%** des patients déclarent pouvoir poser toutes leurs questions, **7%** n'en posent qu'une partie et **4%** déclarent ne pas avoir pu en poser.
- **85%** des patients ont obtenu une réponse à la totalité des questions, **7%** à une partie et **2%** disent ne pas avoir eu de réponse.

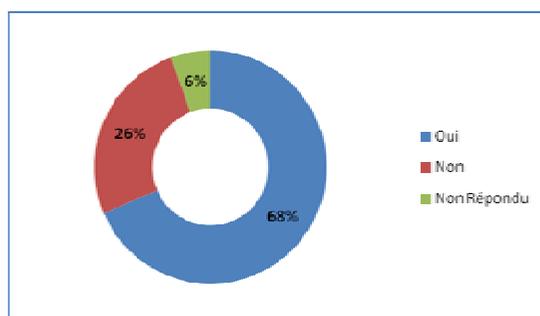
### Appréciation du patient concernant :



## Dispositif d'annonce - enquête de satisfaction des patients

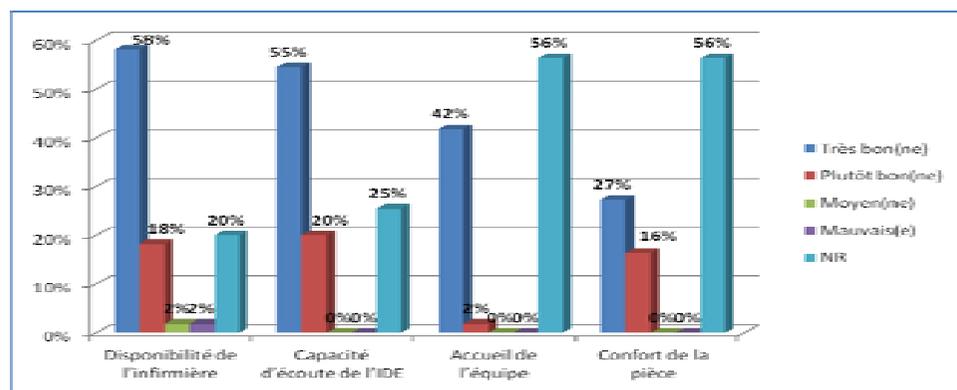
### Temps Infirmier d'annonce

Existence d'une consultation avec l'IDE d'annonce après le temps médical :



Les patients n'ayant pas répondu à cette question ont ensuite répondu à des items concernant la consultation IDE ; en ont-ils compris la finalité, à savoir la lisibilité de la consultation infirmière ?

### Appréciation du patient concernant :

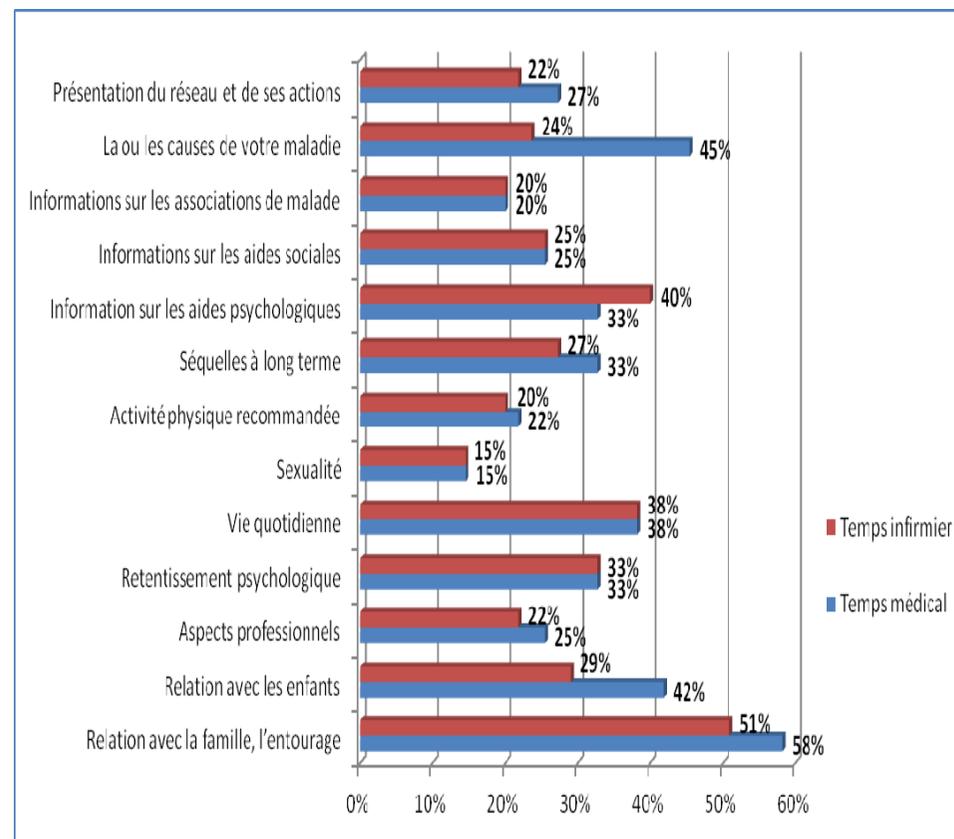


On note moins de réponses des patients par rapport au chapitre concernant la consultation médicale.  
Plusieurs hypothèses se posent donc :

- ✓ Est-ce lié à la longueur du questionnaire ?
- ✓ S'agit-il d'un biais car un établissement a supprimé les questions 18 à 25 ?
- ✓ La consultation avec l'IDE serait-elle investie par patient ?

## Dispositif d'annonce - enquête de satisfaction des patients

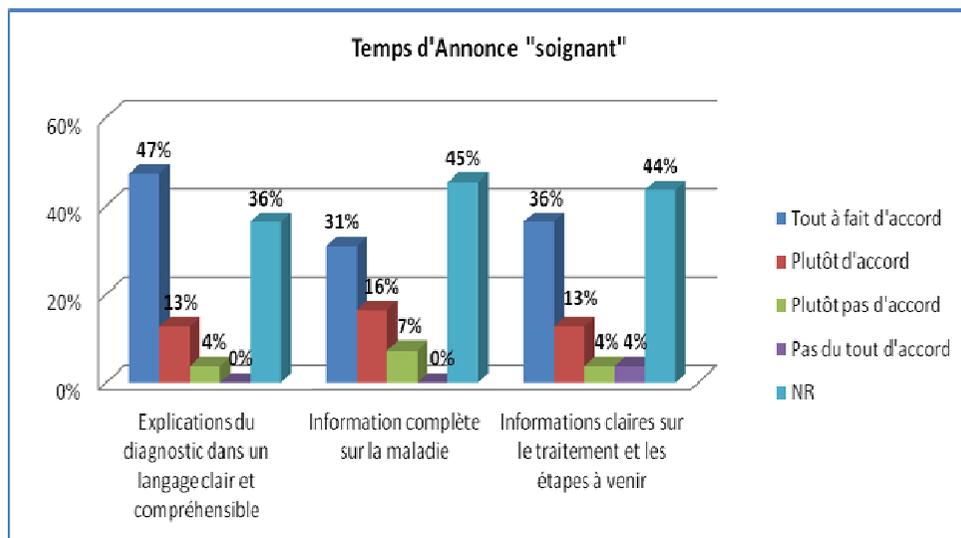
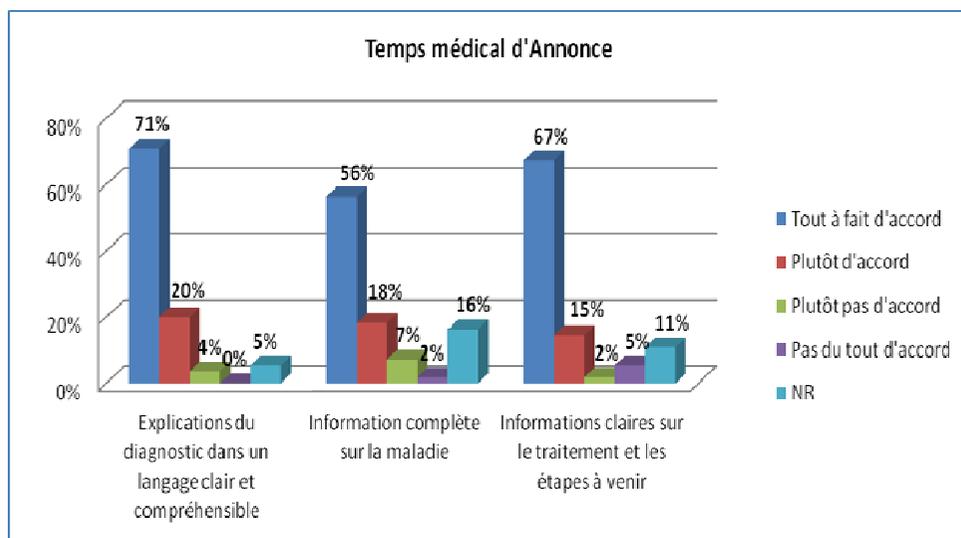
### Aspects de la prise en charge, abordés lors de l'annonce :



Contrairement aux idées reçues, les médecins ont la capacité à aborder d'autres sujets que les seules problématiques médicales. Le retentissement sur la sexualité ne semble pas une priorité dans les informations à donner. L'information concernant le réseau et ses actions est peu donnée.

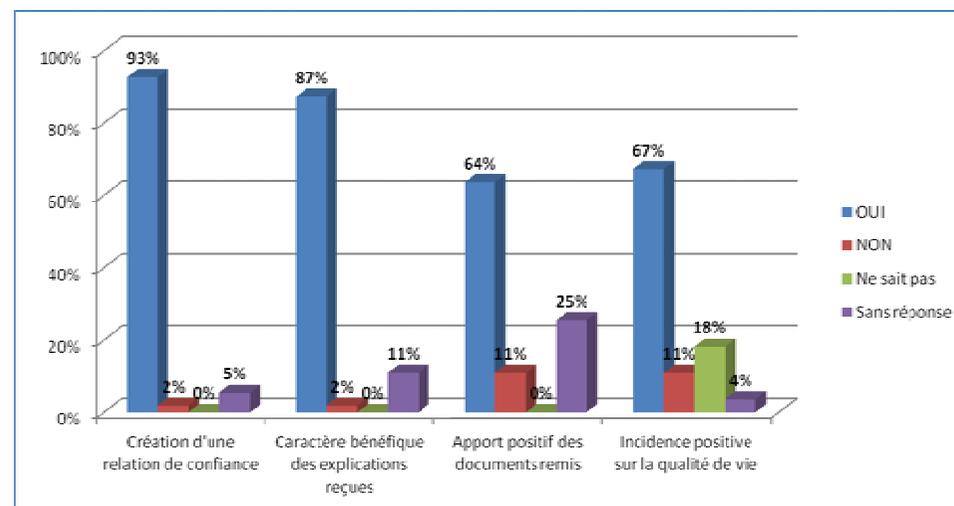
## Dispositif d'annonce - enquête de satisfaction des patients

Opinions du patient concernant :



## Dispositif d'annonce - enquête de satisfaction des patients

Conclusion :



Au regard des éléments objectifs (délai de rendez-vous, durée de consultation, intervalles entre les temps de l'annonce), les établissements peuvent avoir un retour sur leur pratique et leur organisation. Décrypter les fonctionnements internes

L'analyse est aussi une occasion de relire le questionnaire et de constater : sa trop grande longueur, le caractère ininterprétable de certains items, la non pertinence de certaines questions, l'impossibilité d'analyse objective du ressenti du patient.

Certaines réponses auraient besoin d'être corrélées à des éléments objectifs : le temps ressenti par le patient ne correspond pas forcément au temps objectif consacré par les soignants aux consultations d'annonce.

L'apport bénéfique de ces consultations est indéniable, notamment en termes de confiance en l'équipe et de possibilité de dialogue. Les conditions d'organisation sont satisfaisantes.

Par contre, un ensemble de réponses laisse penser qu'il n'y a pas d'impact sur la qualité de vie du patient au cours du traitement

Cet avis positif donne aux soignants l'envie de continuer à réfléchir autour de l'annonce du cancer et de son organisation, d'affiner l'outil de recueil et la méthodologie et de lancer une deuxième vague d'enquête. La mise en commun dans le cadre du réseau permet de fédérer les établissements, de gagner du temps, d'initier des comparaisons et des échanges pertinents pour l'évolution des pratiques, au bénéfice des patients et des professionnels impliqués.

## Projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)

Le projet « Programme Personnalisé de l'Après Cancer » (PPAC) a été proposé en 2010 en réponse à un appel d'offre de l'INCa sur ce thème.

Le réseau Osmose proposait la mise à disposition d'un infirmier coordonnateur de soins, partagé entre les 7 établissements du territoire de santé 92-1 habilités à assurer la prise en charge des patients atteints de cancer. Le projet, initialement refusé par l'INCa, a finalement été accepté et financé par l'ARS sur des fonds MIGAC en 2011.

Les éléments essentiels et innovants proposés concernaient :

- l'expérimentation d'une mutualisation des compétences de l'infirmier coordinateur entre plusieurs établissements de statuts et de fonctionnements différents,
- le renforcement des liens hôpital-ville-hôpital en raison du pilotage par un réseau de santé de cancérologie territorial ayant la particularité d'être pluri-thématique, ce qui assure la continuité et la globalité de la prise en charge des besoins des patients. L'expertise acquise par le réseau Osmose en matière de coordination de la prise en charge des patients, de support du suivi en ville, de partage d'information via un dossier médical informatisé et sécurisé accessible à tous les acteurs de la prise en charge autorisés par le patient, sa connaissance des potentialités du territoire de santé et ses relations partenariales nouées avec les professionnels tant libéraux qu'hospitaliers,... apportent un complément indiscutable à cette expérience.

Les phases de prise en charge des patients concernées par cette expérimentation sont celle du traitement spécifique et celle de l'après traitement. La phase d'après traitement comporte un volet médical et un volet social.

Il s'agissait donc avec ce projet, d'impulser et de coordonner la mise en œuvre d'un temps d'infirmier coordonnateur des parcours de soins au sein de 7 établissements du territoire de santé 92-1. Ce dernier pouvant proposer aux patients l'organisation d'un suivi personnalisé et rapproché au cours des différentes phases de la prise en charge (mesure 18 du Plan Cancer).

Le financement de ce projet comportait 1 ETP d'Infirmier coordinateur et ½ ETP de chargé de mission, pour une période non renouvelable de 12 mois.

Un groupe de travail composé de représentants de chaque établissement a été réuni pour piloter le projet.

Compte tenu des moyens alloués à l'expérimentation, il était nécessaire de cibler le travail sur deux axes principaux :

- l'interview des médecins généralistes pour évaluer leurs besoins et attentes à propos du parcours de soins et de l'après cancer,
- la formalisation (après un test au cours d'une enquête menée dans chaque établissement auprès de quelques patients) d'un outil commun de détection des patients vulnérables pour optimiser le suivi pendant et après les traitements.

Une difficulté de mise en œuvre principale de ce projet a été le recrutement d'un infirmier, par manque de candidat. Finalement, le profil de poste a été modifié et une attachée de recherche clinique a pu se joindre au chargé de mission. Néanmoins, le démarrage du projet a été plus tardif que souhaité et un temps de formation spécifique de l'ARC a été nécessaire à sa prise de fonctions.

L'équipe interne se réunit une fois par semaine et organise, une fois par mois, un temps de synthèse des avancées du projet avec le directeur du réseau.

Des contacts ont été pris avec les équipes franciliennes financées par l'INCa sur ce même type de projet afin de partager des informations, des méthodes de travail et des outils. Un outil de repérage des patients potentiellement vulnérables a été créé en utilisant le questionnaire « Vulnérabilité » de l'INCa, un questionnaire créé par le réseau Essononco, le score « Epice ». Cet outil est en phase de test auprès des établissements actuellement.

## Projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer (suite)

L'approche des médecins généralistes s'est faite en deux temps :

- construction d'un questionnaire après de longs échanges avec de deux médecins « test »,
- interviews téléphoniques de 31 médecins généralistes du territoire du sud des Hauts-de-Seine. (A titre informatif, la durée totale de ces entretiens se chiffre à plus de 6 heures).

L'analyse des réponses met en évidence la difficulté pour les médecins libéraux à avoir une vision globale de leur patientèle. Ils agissent essentiellement dans la réponse à une problématique ponctuelle du patient, et dans le moment présent, sans restreindre leur temps.

Il n'y a pas, pour eux, de différence dans le suivi du patient, qu'il soit en cours de traitement d'un cancer ou dans la phase de surveillance. La gestion de cette phase se fait principalement par les oncologues et la problématique principale des médecins généralistes semble concerner les toxicités à moyen-long terme.

Ils attendent du réseau aide et soutien, notamment des procédures d'aide à la gestion des effets secondaires ou des consultations intermédiaires. Ils sont aussi en attente de soutien lors des phases avancées de la maladie, en fin de vie notamment.

Dans le cadre du volet social de ce projet, les assistantes sociales des établissements, de la CRAMIF et des communes ont été invitées à se rencontrer pour échanger sur les difficultés liées à l'après cancer. Au cours de cette rencontre, les champs d'intervention de chacune ont pu être revus et une procédure de transmission des informations, qui existait, a été mise à jour, afin de faire le lien lors d'interventions successives.

En dehors et en parallèle de ce projet doté d'un budget et d'une équipe dédiés, le réseau avait déjà développé d'autres axes de travail sur les thèmes du parcours de soins et de l'après cancer, qu'il continue de faire évoluer :

- **Dispositif conjoint de surveillance Osmose-Gynécomed** : il s'agissait de déléguer à des médecins de ville, médecins généralistes ou gynécologues, la surveillance de certains cancers du sein dans des conditions de suivi définies, en lien avec le réseau, en instaurant une veille sur la réalisation effective et en organisant une circulation des informations. Ce projet est en cours d'évolution aujourd'hui vers une surveillance alternée organisée, avec proposition à la patiente du choix entre délégation totale et alternance.

- **Participation à un projet en lien avec l'OMEDIT**, dans le cadre du réseau régional de cancérologie Oncorif qui concerne l'évaluation de l'impact d'une organisation régionale coordonnée pour sécuriser la prise en charge des patients traités par des anticancéreux par voie orale.

- **Onco\_Comm** : le groupe de travail se propose de faire l'inventaire des ressources territoriales et circuits de prise en charge par thématique et par établissement. Une mise à disposition des informations obtenues est prévue afin que les professionnels de santé du territoire puissent orienter leurs patients en proximité de leur domicile.

- **Filière CHIP** : cette ressource spécifique se pratique dans un seul établissement du territoire. Le groupe de travail a mis en place une procédure de partenariat entre les équipes afin que les patients puissent en bénéficier en proximité du domicile et dans un cadre qui assure le respect mutuel entre l'équipe qui adresse et l'équipe qui effectue puis réadresse le patient.

- **Onco\_Dermato** : la prise en charge des cancers cutanés, dont les mélanomes, et des effets secondaires cutanés des chimiothérapies n'est réalisée qu'au sein d'une équipe. Là encore, il s'agit de promouvoir des prises en charge de proximité et de partager des procédures de gestion des effets secondaires entre les praticiens.

- **Filière Thyroïde** : plusieurs équipes interviennent de façon ponctuelle dans le traitement de ce cancer, puis travaillent avec des partenaires bien définis. Il s'agit donc de connaître ces équipes, leurs partenaires et d'informer les professionnels de ville, notamment au cours de la semaine du dépistage des cancers thyroïdiens, des possibilités de soins sur le territoire.

Le projet PPAC et les projets internes qui s'y rapportent demandent du temps de rencontre des partenaires, du temps de structuration des informations recueillies et de production de documents informatifs qui seront ensuite à diffuser.

## Site Internet



[www.reseau-osmose.fr](http://www.reseau-osmose.fr)

En 2011 :

12 758 visiteurs

33 274 pages vues

## Diffusion des dates et lieux de RCP

Pour permettre la meilleure orientation possible des patients et favoriser le diagnostic de cancer le plus rapide possible, le réseau a recensé l'ensemble des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire du territoire de santé et a largement diffusé cette liste auprès de ses adhérents, partenaires et professionnels de ville du territoire.

Etablissement	Type de RCP	Date	Heure
A. Béclère	DIGESTIF	Mercredi	13 h 30 - 15 h 30
	GYNECOLOGIE	Mercredi	15 h 30 - 17 h 00
	HEMATOLOGIE	Mercredi	14 h 30 - 15 h 30
	PNEUMOLOGIE	Mercredi	17 h 00 - 18 h 30
	SENOLOGIE	Jedi	13 h 30 - 14 h 30
C.C.M.L.	PNEUMOLOGIE	Mardi	15 h 00 - 17 h 00
CRTT / Clinique de Meudon	POLYVALENTE	3ème mercredi du mois Au CRTT	20 h 00 - 23 h 00
H.I.A. Percy	DIGESTIF	Mardi	17 h 00 - 19 h 00
	HEMATOLOGIE	Mercredi	14 h 30 - 17 h 00
	O.R.L.	Mercredi (1er du mois)	17 h 00 - 19 h 00
	PNEUMOLOGIE	Mardi	15 h 00 - 18 h 00
H.P.A.	GYNECOLOGIE	Mardi (semaine paire)	13 h 00 - 14 h 00
	DIGESTIF	Mardi (semaine impaire) Vendredi (semaine paire)	12 h 30 - 13 h 30 12 h 30 - 13 h 30
	SENOLOGIE	Mardi (semaine impaire)	13 h 30 - 14 h 30
	PNEUMOLOGIE	Jedi (semaine paire) Vendredi (semaine impaire)	12 h 30 - 13 h 30 12 h 30 - 14 h 00
	UROLOGIE	1er lundi du mois	19 h 30
	Pôle Meudon/Plateau	DIGESTIF / GYNECOLOGIE / O.R.L.	2ème mardi du mois
UROLOGIE		3ème mardi du mois A la Clinique de la Porte de Saint-Cloud	20 h 00 - 22 h 00

## Le réseau et ses partenaires

## Réunions des réseaux et des coordinateurs de réseaux de cancérologie

Les réunions des réseaux regroupent les présidents et/ou les équipes techniques (coordinations médicale et administrative).

Impulsées et co-animées par ONCORIF et l'Agence Régionale de Santé, ces réunions des réseaux ont lieu le samedi matin, une fois par trimestre. Elles permettent de faire le point sur les dernières informations concernant la prise en charge du cancer et la situation administrative et financière des réseaux. En outre, elles favorisent une meilleure connaissance réciproque des réseaux.

Ces réunions ayant lieu dans des lieux différents à chaque fois, les établissements des réseaux accueillant ces réunions se présentent et présentent leur environnement de travail.

Les réunions de coordinateurs de réseaux sont destinées aux coordinateurs de réseaux (coordination médicale et administrative). Plus techniques que les précédentes, elles permettent aux réseaux d'échanger sur leur pratique et leur activité.

Plusieurs réunions de travail de groupes techniques ont également été organisées en 2011 : soins de support, évaluation des réseaux, préparation des Transiliennes de cancérologie, groupe spécifique infirmiers, groupe spécifique assistants sociaux, DESC option Réseaux, groupe Service Rendu, Essai anti cancéreux oraux,....).

Au total, pendant l'année 2011, le réseau Osmose a été représenté à 12 de ces réunions.

## ONCORIF - FREGIF - RESPALIF - UNRSanté - CORPALIF - SFAP

De part ses domaines d'activité, le réseau Osmose est adhérent aux trois fédérations régionales de réseaux :

- **ONCORIF** - réseau régional de cancérologie
- **FREGIF** - fédération régionale des réseaux de gérontologie
- **RESPALIF** - fédération régionale des réseaux de soins palliatifs

Les administrateurs et/ou salariés du réseau participent régulièrement aux rencontres de travail et réunions institutionnelles de ces 3 instances.

Au cours de l'année 2011, Osmose a été représenté à 12 de ces rencontres.

Osmose est aussi adhérent de l'**UNRSanté**, Union Nationale des Réseaux de Santé, organisation nationale de défense des intérêts des réseaux et de la prise en charge réseau.

Par ailleurs, dans le cadre des soins palliatifs, Osmose est adhérent de la **CORPALIF**, association régionale des acteurs de la prise en charge palliative.

De même, Osmose est adhérent de la **SFAP**, société française d'accompagnement et de soins palliatifs, dont il a adopté la définition des soins palliatifs comme base de référence de son action.

## Liaisons avec les autres réseaux

Osmose entretient des relations de partenariat avec l'ensemble des réseaux d'Ile-de-France, en cancérologie, gérontologie et soins palliatifs.

Ces relations sont motivées par des échanges d'outils, de réflexions, des orientations de patients ou la présentation de la base de données informatisée sécurisée du réseau. Du fait de la proximité géographique avec certains réseaux, des relations plus formelles se sont mises en place, notamment pour ce qui concerne des prises en charge communes de patients ou du fait de patients résidant dans un autre territoire mais étant pris en charge au sein du territoire de santé d'Osmose (et inversement).

### Réseaux du département des Hauts-de-Seine :

#### **Réseau Scoop (cancérologie et soins palliatifs)**

- orientation de patients,
- partenariat formalisé par convention pour la mutualisation de l'astreinte téléphonique,
- élaboration de projets et demandes de financement communs (annuaire départemental en cancérologie)

#### **Réseau Ressource (précarité – accès aux droits)**

- prise en charge conjointe de patients atteints de cancer en situation de précarité sociale,
- animation de formations en commun,
- prêt de salles de réunion,
- adhésion réciproque,
- élaboration de projets partenariaux

#### **Réseau Asdes (précarité – accès aux droits)**

- animation conjointe de réunions d'information pour les patients et leurs proches,
- élaboration de projets partenariaux

#### **Réseau Agekanonix (handicap et dépendance)**

- échanges d'informations,
- participation commune à des réunions départementales en gérontologie
- projet MAIA

#### **Réseau Périnat 92 (périnatalité)**

- échanges d'informations,
- prêt de salles de réunion

### Réseaux d'autres départements d'Ile-de-France :

#### **Réseau Onco 94 Ouest (cancérologie et soins palliatifs)**

- échanges d'informations,
- participation au projet émanant d'Onco 94 Ouest sur la création des fiches Oncodocs (avec les réseaux Esso-nco, Oncoval et Onco Sud),
- réunions et rencontres d'échanges et de confrontation des pratiques entre équipes,
- orientation de patients,
- étude conjointe sur la place des médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints de cancer

#### **Réseau Essononco (cancérologie)**

- échanges d'informations,
- réunions et rencontres d'échanges et de confrontation des pratiques entre équipes,
- orientation de patients

#### **Réseau RYSC (cancérologie)**

- échanges d'informations,
- partenariat formalisé par convention pour la mise à disposition de la diététicienne du réseau Osmose pour les patients suivis au CRTT de Meudon et habitant le territoire de santé du réseau RYSC et, en échange, mise à disposition de la socio-esthéticienne du réseau RYSC pour les patients suivis au CRTT de Meudon et habitant le territoire d'intervention du réseau Osmose.

#### **Réseau Aloïs (mémoire)**

- partenariat formalisé par convention pour le signalement et l'orientation de patients entre les deux réseaux.

#### **Réseau Gynécomed (cancérologie)**

- partenariat formalisé par convention sur le développement d'une action commune de surveillance des cancers du sein

#### **Réseau Le Pallium (soins palliatifs)**

- échanges d'informations,
- partage d'expériences sur la mutualisation,
- échanges sur le dispositif du réseau Le Pallium de formation de référents en soins palliatifs en EHPAD

#### **Réseau Epsilon (soins palliatifs)**

- échanges d'informations,
- adhésion réciproque,
- prise en charge commune de patients,
- orientations de patients,
- partage d'expériences sur la mutualisation.

#### **Réseau RocEst 94 (cancérologie)**

- échanges d'informations,
- mission d'accompagnement à la pérennisation du réseau Roc'Est 94,
- échanges d'expériences sur la mutualisation

#### **Réseau Ensemble (soins palliatifs)**

- échanges d'informations,
- accord d'utilisation et de diffusion par le réseau Osmose du guide de prise en charge de la douleur en ville créé par le réseau Ensemble,
- présentation du dossier médical informatisé sécurisé d'Osmose,
- échanges d'expériences sur la mutualisation

#### **Réseau Opera (cancérologie-soins palliatifs)**

- échanges d'expériences sur la mutualisation,
- présentation du dossier médical informatisé sécurisé d'Osmose

## Réunions institutionnelles et internes

### Réunions institutionnelles

#### Réunions : Assemblée Générale, Conseil d'Administration et Bureau

En 2011, 9 réunions institutionnelles ont été organisées :

Dénomination	Dates	Participations
Conseil d'Administration	20 janvier	<b>17</b>
Bureau	8 février	<b>7</b>
Conseil d'Administration	24 mars	<b>18</b>
Assemblée Générale	7 avril	<b>28</b>
Conseil d'Administration	7 avril	<b>18</b>
Conseil d'Administration	16 juin	<b>12</b>
Bureau	9 septembre	<b>6</b>
Conseil d'Administration	3 novembre	<b>16</b>
Bureau	20 décembre	<b>6</b>
<b>Total</b>		<b>128</b>

L'équipe de coordination organise des staffs le mardi de 14 h 30 à 16 h 00 pour échanger sur les situations de patients pris en charge au sein du réseau, faire le point sur les actions de la semaine passée et préparer les actions à de la semaine à venir.

L'ensemble de l'équipe assiste à ces réunions de staff.

En 2011, 27 réunions de staff ont été organisés.

### Réunions de coordination d'équipe

Toutes les 4 à 6 semaines, une réunion de coordination d'équipe est organisée, le mardi de 16 h 00 à 17 h 00.

Destinée à l'ensemble de l'équipe, ces réunions ont pour but de :

- aborder les sujets d'ordre organisationnel,
- mener des réflexions communes,
- contractualiser des procédures,
- échanger sur le projets et groupes de travail du réseau,
- faire le point sur les agendas,
- poser des règles de fonctionnement d'équipe.

Au cours de l'année 2011, 7 réunions de coordination d'équipe ont eu lieu.



## Osmose \_ Rapport d'activité 2011 \_ Résumé

Créé en avril 2008, Osmose est un réseau de **cancérologie**, de **gérontologie** et de **soins palliatifs** 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 pour la Qualité et la Coordination des Soins** (FIQCS— Agence Régionale de Santé), les interventions du réseau auprès des patients ne sont pas payantes. Osmose est constitué d'une **équipe de coordination** (médecins, infirmiers, assistante sociale et administratifs) de 9 personnes pour 6,6 Equivalent Temps Plein en 2011.

En 2011, le réseau Osmose a été sollicité pour **1 588 patients** dont **880** étaient atteints de cancer, **1 092** étaient âgés de plus de 60 ans et en situation de dépendance et **391** nécessitaient des soins palliatifs. L'équipe du réseau a effectué **8 551 actes de coordination téléphonique** et a participé à **477 'rendez-vous patient'** (rendez-vous au réseau, visites au domicile et réunions de concertation avec des partenaires), au bénéfice de **373 patients**. Le réseau Osmose a assuré la gestion et la coordination de **33 ateliers de relaxation** pour 31 patients, **187 consultations de diététique** pour 139 patients, **189 consultations de socio-esthétique** pour 147 patients et **504 entretiens d'accompagnement psychologique** pour 83 patients

En 2011, **1 405 professionnels** médico-psycho-sociaux ont été en lien avec Osmose, dont **480 étaient signataires de la Charte de fonctionnement** du réseau. Au total, le réseau a organisé **131 réunions, groupes de travail et formations** qui ont enregistré **1 632 participations**.