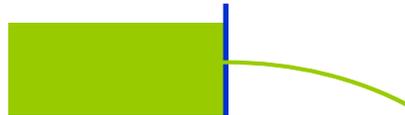
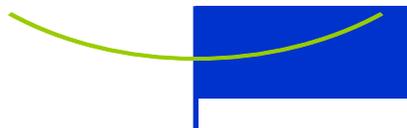




Réseau
Cancérologie Gériatrie Soins Palliatifs



Rapport d'activité 2012



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 / www.reseau-osmose.fr

Rapport des activités 2012

Sommaire

L'association gestionnaire du réseau Osmose

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

Les actions en direction des patients

<i>La coordination médico-psycho-sociale</i>	page 19
<i>Modalités générales de prise en charge des patients</i>	page 20
<i>Les patients pris en charge</i>	page 24
<i>Nouveaux patients de 2011</i>	page 25
<i>Patients enregistrés / patients inclus</i>	page 25
<i>Domiciliation des patients</i>	page 26
<i>Orientation des patients</i>	page 27
<i>Age des patients</i>	page 28
<i>Patients sortis du réseau</i>	page 28
<i>File active quotidienne moyenne</i>	page 29
<i>Nombre de journées de prise en charge</i>	page 29
<i>Coordination téléphonique</i>	page 30
<i>Sollicitations et actions du réseau - Définition du niveau de complexité des patients</i>	page 31
<i>Patients pris en charge par niveaux de complexité</i>	page 34
<i>Nombre et répartition des actes de coordination</i>	page 39
<i>Degrés de complexité et thématiques</i>	page 40
<i>Degrés de complexité et missions du réseau</i>	page 40
<i>Degrés de complexité et missions du réseau par thématiques</i>	page 41
<i>Les missions du réseau par patient</i>	page 42
<i>Rendez-vous et visites d'évaluation</i>	page 44
<i>Soutien et accompagnement psychologique</i>	page 45
<i>Ateliers de réflexion et d'échanges</i>	page 46
<i>Ateliers de relaxation</i>	page 47
<i>Consultations de diététique</i>	page 49
<i>Consultations de socio-esthétique</i>	page 50
<i>Plate-forme séjours temporaires en EHPAD</i>	page 51
<i>Astreinte téléphonique mutualisée avec SCOP</i>	page 52

<i>Démarches après un décès</i>	page 53
<i>Bladder Scan</i>	page 54
<i>Accompagnement par les bénévoles d'ASP</i>	page 54
<i>Projet 'Parcours de santé - Article 70'</i>	page 55
<i>Exemples de prise en charge</i>	page 57

Les actions en direction des professionnels

<i>Professionnels en lien avec le réseau</i>	page 75
<i>Groupes de travail</i>	page 76
<i>Formations - Conférences</i>	page 77
<i>Rencontres thématiques</i>	page 79
<i>Formations aux soins palliatifs en EHPAD</i>	page 80
<i>Formations aux médecins et aux infirmiers</i>	page 81
<i>Formation PRADO'M</i>	page 82
<i>Déjeuners-rencontre pour les médecins</i>	page 83
<i>Oncodocs</i>	page 83
<i>Guide 'Douleur en ville'</i>	page 84
<i>Edition et diffusion du guide 'Prescription non médicamenteuse pour les patients âgés à domicile</i>	page 85
<i>Enquête de satisfaction auprès des patients et des professionnels</i>	page 87
<i>Fiche de liaison EHPAD-Etablissements de santé</i>	page 90
<i>Réunions et rencontres</i>	page 93

Les actions transversales patients-professionnels

<i>Dossier informatisé sécurisé</i>	page 97
<i>Surveillance des cancers du sein (Osmose-Gynécomed)</i>	page 100
<i>Projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer</i>	page 101
<i>Identification des ressources en cancérologie</i>	page 103
<i>Diffusion des dates et lieux de RCP</i>	page 106
<i>Site internet</i>	page 107
<i>MAIA</i>	page 108

Le réseau et ses partenaires

<i>Réunions des réseaux de cancérologie</i>	page 111
<i>Fédérations régionales</i>	page 111
<i>Liaisons avec les autres réseaux</i>	page 112

Réunions institutionnelles et internes

<i>Réunions institutionnelles</i>	page 114
<i>Staffs hebdomadaires</i>	page 114
<i>Réunions de coordination d'équipe</i>	page 114

Présentation générale du réseau

Présentation générale

Osmose est une plate-forme réseau de 3 pôles :

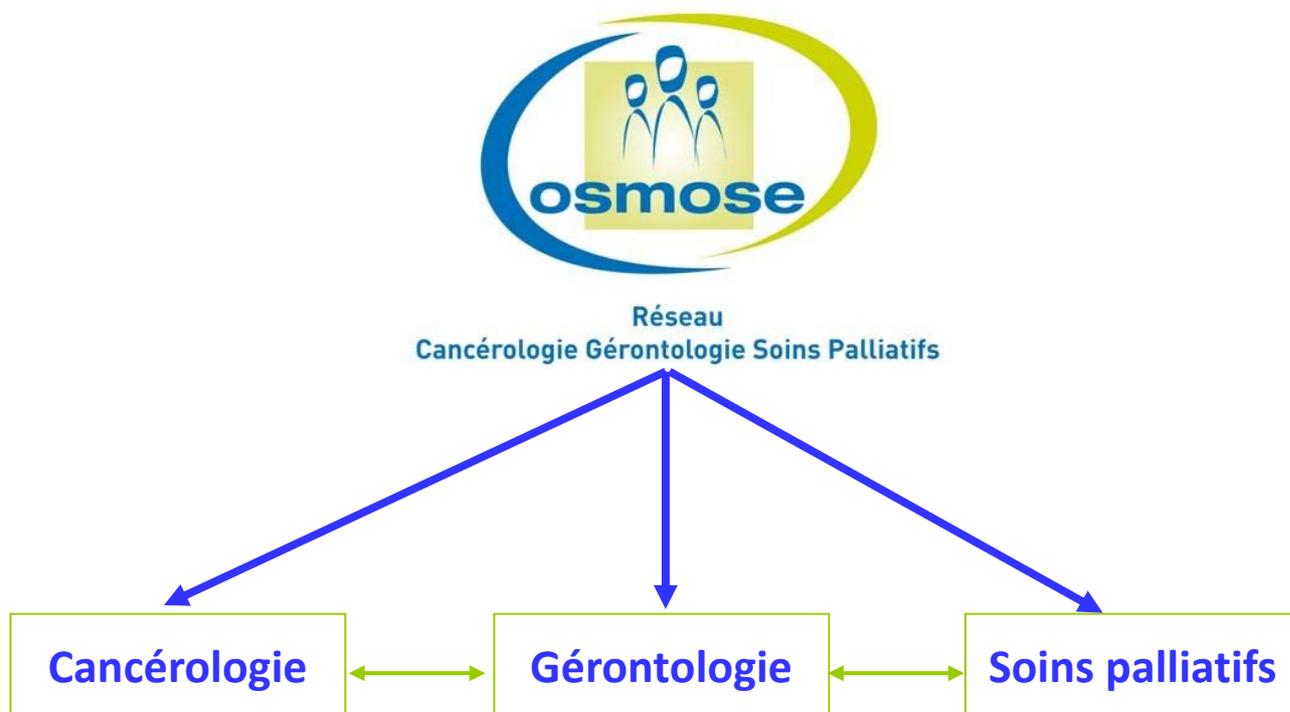
- oncologie,
- gérontologie,
- soins palliatifs.

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.



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

L'objectif général de ce réseau est d'optimiser le suivi :

- de malades atteints de cancer
et/ou
- de malades âgés en situation de dépendance
et/ou
- de malades nécessitant des soins palliatifs

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.

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 :

- promouvant la continuité des soins ;
- permettant une prise en compte globale des besoins des patients ;
- favorisant une prise en charge de proximité ;
- soutenant la coordination des interventions ;
- incitant au respect des règles de bonne pratique ;
- développant l'accès à l'information et sa circulation.

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 Régional (FIR - Agence Régionale de Santé).

En 2012, le réseau Osmose est financé à :

- 94 % par l'Agence Régionale de Santé,
- 2,5 % par les cotisations de ses membres et de sa gestion propre,
- 2 % par La Ligue Contre le Cancer des Hauts-de-Seine,
- 1 % par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine
- 0,5 % par la Fondation de France.

Pour l'année 2012, le budget global du réseau s'élève à 757 807 €uros, dont :

- ARS - FIR : 610 000 €uros,
- ARS - PPAC : 55 850 €uros,
- ARS - Article 70 : 12 500 €uros,
- ARS - DESC Cancérologie : 28 047 €uros,
- Ligue Contre le Cancer : 15 000 €uros,
- CPAM : 8 600 €uros,
- Fondation de France : 5 000 €uros.

En plus de ce budget de fonctionnement pour le réseau, Osmose gère également le budget de la MAIA du sud des Hauts-de-Seine, dont il est la structure porteuse, pour un montant de 110 000 €uros en 2012.



Adhérents

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

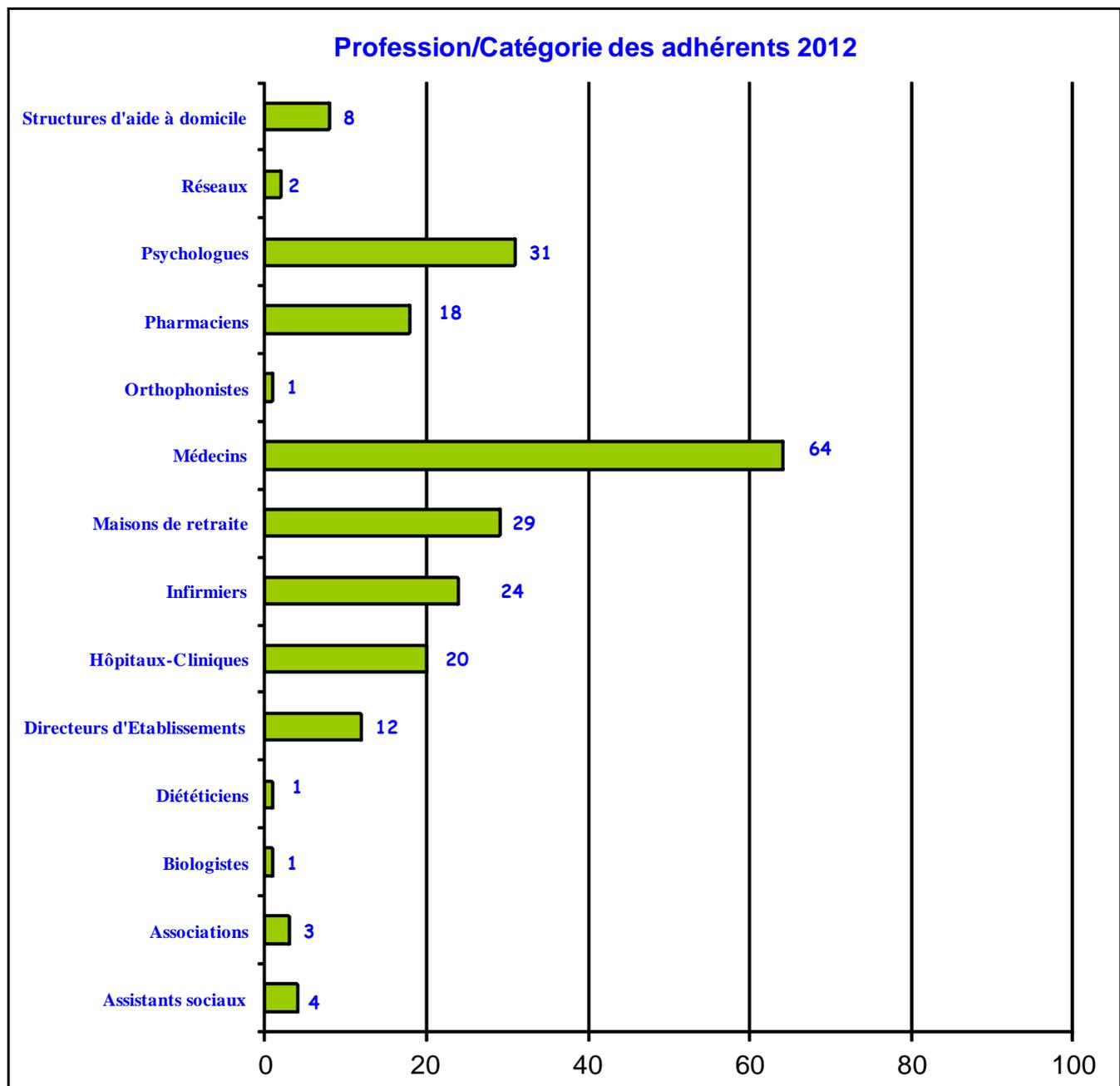
Au 31 décembre 2012, Osmose comptait 218 adhérents, dont 194 'membres actifs' à jour de leur cotisation et 24 'membres de droit'.

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 2012, Osmose comptait 62 signataires de la convention constitutive (+ 7 % / 2011) :

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	Centre de Médecine Physique et de Réadaptation l'ADAPT	25, avenue de la Paix	92320	Châtillon
5	CLIC Sud-de-Seine	28, rue de la Redoute	92260	Fontenay aux Roses
6	Centre de Radiologie et de Traitement des Tumeurs	5/7, av. de Villacoublay	92360	Meudon la Forêt
7	Clinique Alleray Labrouste	64, rue Labrouste	75015	Paris
8	Clinique Ambroise Paré	2, rue Léon Bloy	92340	Bourg la Reine
9	Clinique Clinalliance Repotel	19, rue du Maréchal Gallieni	92260	Fontenay aux Roses
10	Clinique de la Porte de Saint-Cloud	30, rue de Paris	92100	Boulogne Billancourt
11	Clinique de Meudon	3/5, av. de Villacoublay	92360	Meudon la Forêt
12	Clinique du Parc de Vanves	60, avenue du Général de Gaulle	92130	Issy les Moulineaux
13	Clinique du Plateau	3/9, rue des Carnets	92140	Clamart
14	Clinique l'Amandier	57, av. de la Division Leclerc	92290	Chatenay Malabry
15	Clinique l'Ermitage	1, rue de l'Est	92140	Clamart
16	Clinique Les Tournelles	15, rue des Tournelles	94240	L'Hay les Roses
17	Espérance Univers Plus	6, rue Guillaume Apollinaire	93140	Bondy
18	HAD Croix Saint-Simon	6, av. du Pr Lemierre	75020	Paris
19	HAD AP-HP	14, rue Vésale	75005	Paris
20	Hôpital Antoine Bécère	157, rue de la Porte de Trivaux	92140	Clamart
21	Hôpital Cognacq-Jay	15, rue Eugène Million	75015	Paris
22	Hôpital Corentin Celton	4, parvis Corentin Celton	92130	Issy les Moulineaux
23	Hôpital d'Instruction des Armées Percy	101, av. Henri Barbusse	92141	Clamart Cedex
24	Hôpital Privé d'Antony	1, rue Velpeau	92160	Antony
25	Hôpital Suisse	10, rue Minard	92130	Issy les Moulineaux
26	Ligue Contre le Cancer – Comité 92	16, av. du Gal Galliéni	92000	Nanterre
27	Maison d'Accueil Spécialisée La Fontaine	51, rue Louveau	92320	Châtillon
28	Maison de retraite Arcade	128, rue Boucicaut	92260	Fontenay aux Roses
29	Maison de retraite Arpage-Lannelongue	31, rue Diderot	92170	Vanves
30	Maison de retraite Bel Air	104, av. Henri Barbusse	92140	Clamart
31	Maison de retraite Castel Regina	10-16, Bd du Maréchal Joffre	92340	Bourg La Reine

Signataires de la Convention Constitutive (suite)

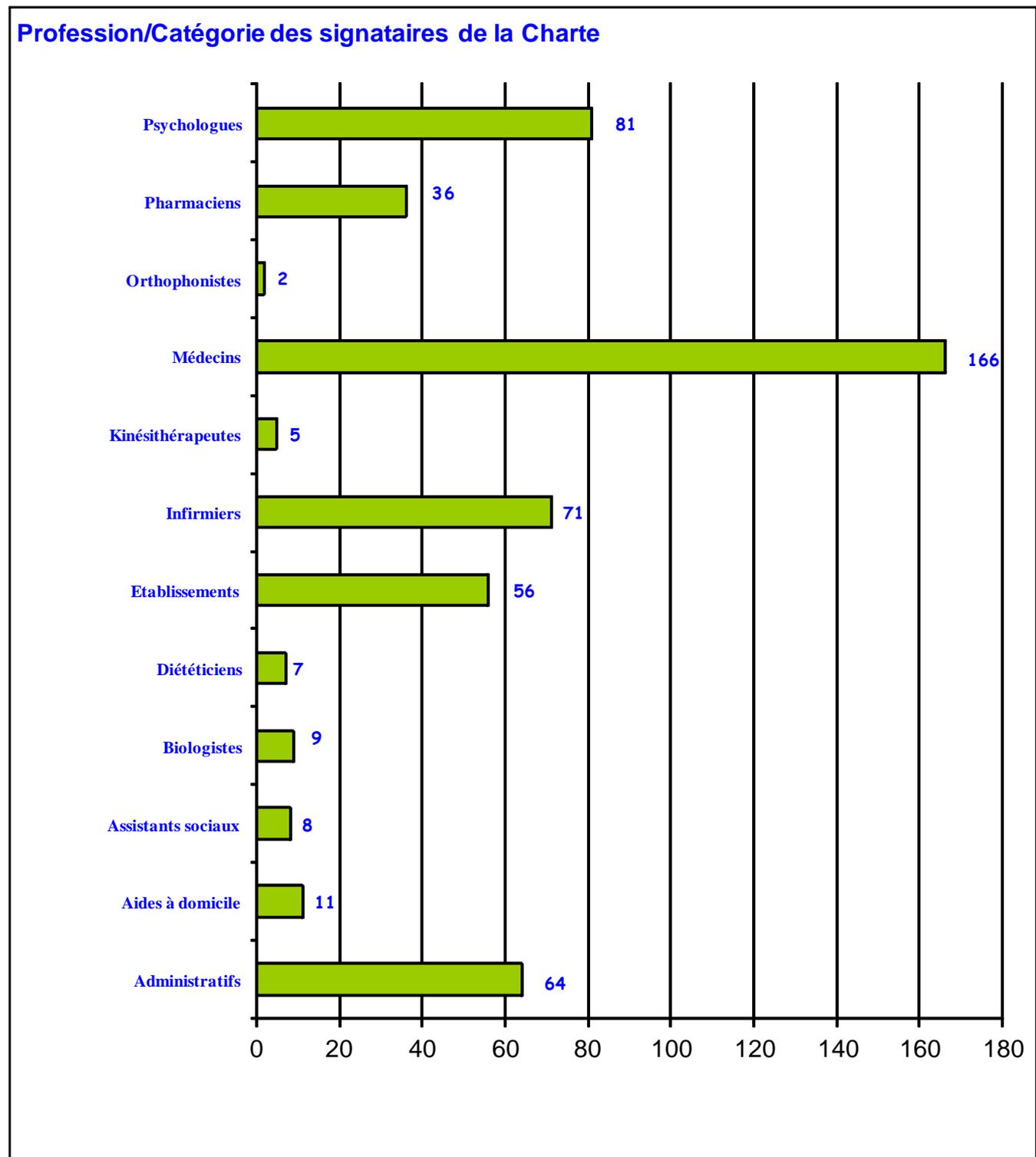
Nbre	Etablissement, structure, association	Adresse	CP	Ville
32	Maison de retraite Chantereine	2, rue de l'Île Bouchard	92140	Clamart
33	Maison de retraite Ferrari	1, place Ferrari	92140	Clamart
34	Maison de retraite Florian Carnot	100/108, avenue Aristide Briand	92160	Antony
35	Maison de retraite Hippocrate	21, chemin de la Croix Blanche	92290	Chatenay Malabry
36	Maison de retraite La Chartraine	14, rue de l'Espérance	92160	Antony
37	Maison de retraite La Faïencerie	4, rue Paul Couderc	92330	Sceaux
38	Maison de retraite La Maison des Poètes	73-77, rue Louis Girad	92240	Malakoff
39	Maison de retraite Lasserre	4, rue Séverine	92130	Issy les Moulineaux
40	Maison de retraite Le Chatelet	3 bis, rue du Bel Air	92190	Meudon
41	Maison de retraite Le Clos des Meuniers	38, rue des Meuniers	92220	Bagneux
42	Maison de retraite Les Parentèles	2, rue des Mathurins	92220	Bagneux
43	Maison de retraite Les Quatre Saisons	9, avenue de la Libération	92350	Le Plessis Robinson
44	Maison de Retraite Le Séquoia	110, av. de la Division Leclerc	92290	Chatenay Malabry
45	Maison de retraite Les Terrasses	37, av. du Général Galliéni	92190	Meudon
46	Maison de retraite Les Tybilles	1, sentier des Tybilles	92190	Meudon
47	Maison de retraite Marguerite Renaudin	4, rue Tenaudin	92330	Sceaux
48	Maison de retraite Molière	26, boulevard Carnot	92340	Bourg La Reine
49	Maison de retraite Résidence du Parc	121, av. de Verdun	92320	Chatillon
50	Maison de retraite Saint-Charles	99, rue Houdan	92330	Sceaux
51	Maison de retraite Sainte-Anne d'Auray	5, rue de Fontenay	92320	Chatillon
52	Maison de retraite Sainte-Emilie	81, avenue Schneider	92140	Clamart
53	Maison de retraite Suisse Repotel	23, avenue Jean Jaurès	92130	Issy les Moulineaux
54	Maison de retraite Thémis Jean Rostand	6/8, avenue du Bois	92290	Chatenay Malabry
55	Maison de retraite Villa Beausoleil	64, rue Gabriel Péri	92120	Montrouge
56	Maison de retraite Villa Garlande	14/16, av. Garlande	92220	Bagneux
57	Maison de retraite Villa Médicis	60, allée de la Forêt	92360	Meudon la Forêt
58	Maison de retraite Villa Médicis	26, rue Diderot	92170	Vanves
59	Maison de retraite Villa Médicis	6, route du Pavé des Gardes	92310	Sèvres
60	Réseau Aloïs	75, rue de Lourmel	75015	Paris
61	SSIAD Odilon Lannelongue	29, rue Diderot	92170	Vanves
62	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 2012, Osmose comptait 516 signataires de la Charte de fonctionnement (+ 7,5 % par rapport à 2011)



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 5 avril 2012.

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

Equipe de coordination

L'équipe de coordination du réseau Osmose en 2012 est composée de 8 membres permanents, pour 6 Equivalents Temps Plein au 31/12/2012.

Pôle Cancérologie	Pôle Gériatrie	Pôle Soins Palliatifs
Stéphane Lévêque - Directeur - 1 ETP		
Gaëlle-Anne Estocq - Médecin Coordinateur - 0,5 ETP	Arielle Attal - Médecin Coordinateur - 0,5 ETP	Carole Raso - Médecin Coordinateur - 1 ETP
Pascale Robillard - Infirmière coordinatrice - 0,3 ETP		Pascale Robillard - Infirmière coordinatrice - 0,5 ETP François Hennequin - Infirmier coordinateur - 0,5 ETP
Lise Allainguillaume - Assistante sociale - 1 ETP		
Cathy Michaud - Secrétaire - 0,7 ETP		

En 2012, l'équipe de coordination du réseau a connu plusieurs changements :

- prise de fonctions d'Arielle Attal en mars 2012, au poste de médecin coordinateur du pôle Gériatrie
- prise de fonctions de Lise Allainguillaume en janvier 2012, au poste d'assistante sociale coordinatrice,
- le départ en retraite de Nicole Corre, infirmière coordinatrice des pôles cancérologie et gériatrie, en décembre 2011, n'a pas été remplacé compte-tenu des réductions budgétaires en cours pour les réseaux d'Ile-de-France. En janvier 2012, le réseau Osmose a donc perdu un poste temps plein de coordination infirmière sur les pôles cancérologie et gériatrie. Une revalorisation budgétaire, connue du réseau en juin 2012, a toutefois permis d'ouvrir un nouveau poste de coordination infirmière sur les pôles cancérologie et gériatrie à hauteur de 0,5 ETP. Le recrutement sur ce poste a été ouvert en juin 2012, mais il n'a pas permis de trouver de candidat pour ce poste. En décembre 2012, Pascale Robillard, infirmière coordinatrice du pôle soins palliatifs à 0,5 ETP a été recrutée à 0,3 ETP pour ce poste.

Autres personnels de l'équipe de coordination du réseau :

Sur des actions et des financements spécifiques, l'équipe de coordination du réseau a également été complétée de :

- Charles-Peter Cock a été recruté en novembre 2012 en tant qu'infirmier d'éducation thérapeutique pour le projet 'Article 70' (0,75 ETP - CDI)
- Caroline Mariotti a été recrutée en janvier 2013 (0,5 ETP - CDD de 12 mois) en tant que référente du projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer, en remplacement de Damia Meddour (1 ETP - CDD de 12 mois jusqu'à août 2012)
- Gaëlle-Anne Estocq a augmenté son temps de travail en tant que chargée de mission sur le projet PPAC
- Caroline Martin-Bouyer a été recrutée en tant que médecin stagiaire DESC Cancérologie en novembre 2012 (1 ETP - CDD de 6 mois)

MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer) :

Suite à sa candidature, le réseau Osmose a été désigné par l'ARS en juin 2012, pour être la structure porteuse de la MAIA du sud des Hauts-de-Seine. Pour ce nouveau dispositif et afin de répondre aux cahiers des charges MAIA, le réseau Osmose a recruté :

- Olivier Fetisson en octobre 2012, en tant que Pilote MAIA (1 ETP - CDI),
- Christelle Akourtam (prise de fonctions en janvier 2013), en tant que Gestionnaire de cas MAIA (1 ETP - CDI).

Au total, au 31/12/2012, le réseau Osmose gère une équipe de 12 personnes pour 9,25 ETP (8,25 ETP pour le réseau et 1 ETP pour la MAIA).

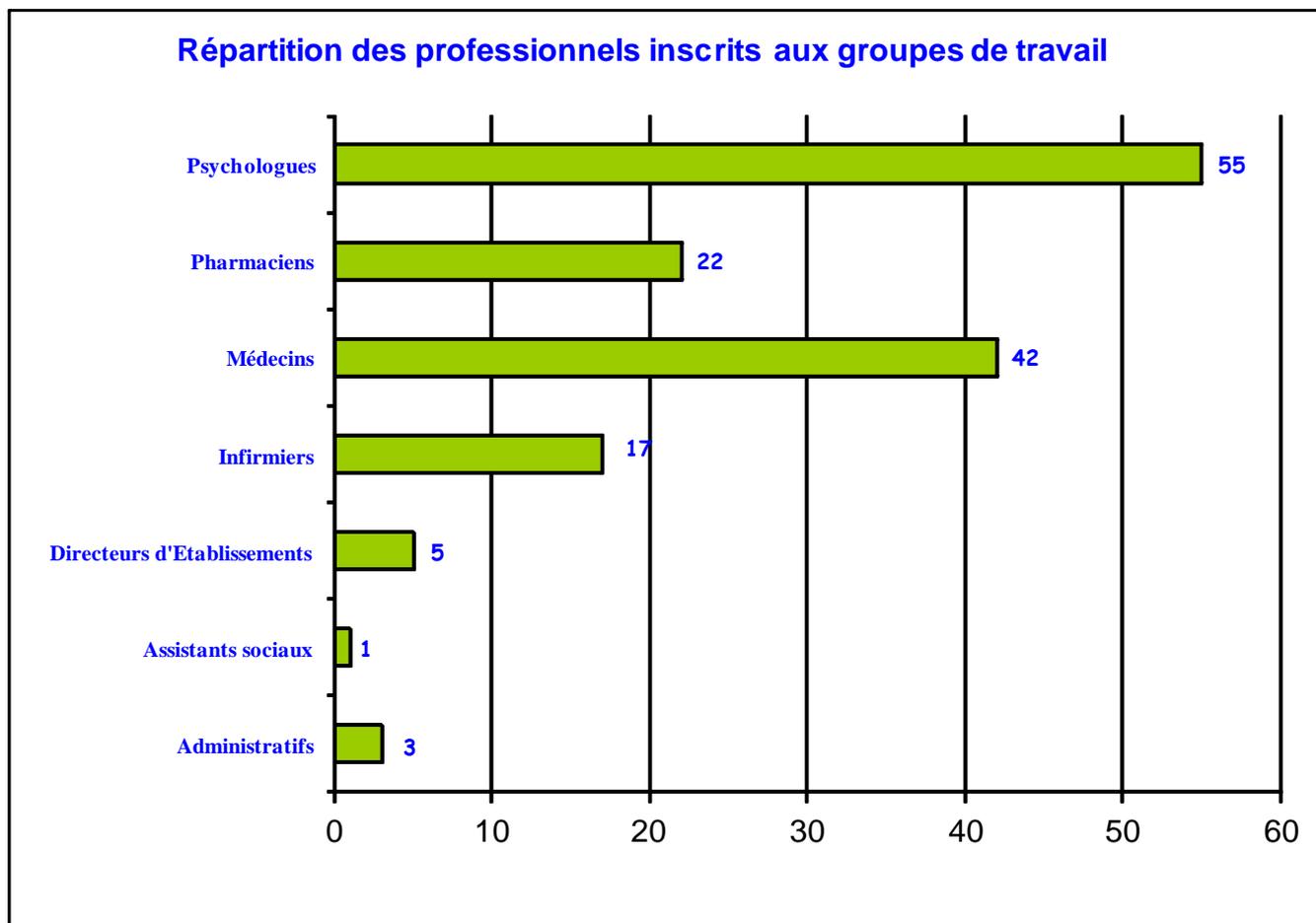
Groupes de travail

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 2012, **9 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
- Diabétologie
- Education thérapeutique
- Formations
- Onco_Communication
- Onco_Gynéco_Sein
- Parcours de santé des personnes âgées - projet 'Article 70'
- Programme personnalisé de l'après cancer
- Psychologues

Au total, **145 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 2012, d'une équipe constituée de 2 ETP médecin, 1,3 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'Osmose 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 Osmose peut intervenir pour lui, si tant est que celui-ci ait été informé des modalités d'actions du réseau et qu'il soit d'accord, 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.

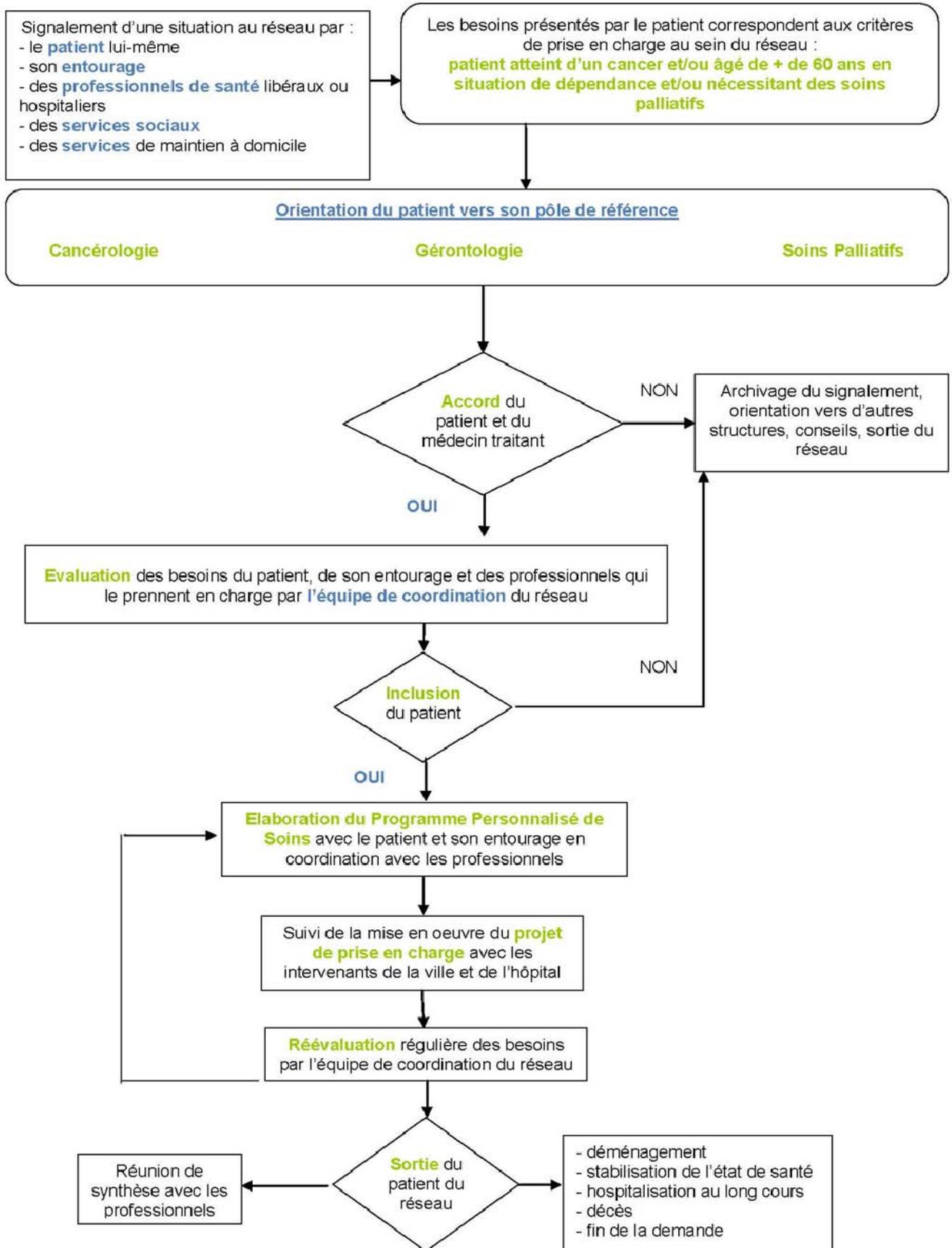
Tout au long de la prise en charge, l'équipe de coordination se concerta régulièrement sur les meilleures propositions à faire au patient et à ses professionnels, lors de staffs hebdomadaires et, au besoin, lors d'échanges informels en interne et/ou avec les intervenants habituels du patient.

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

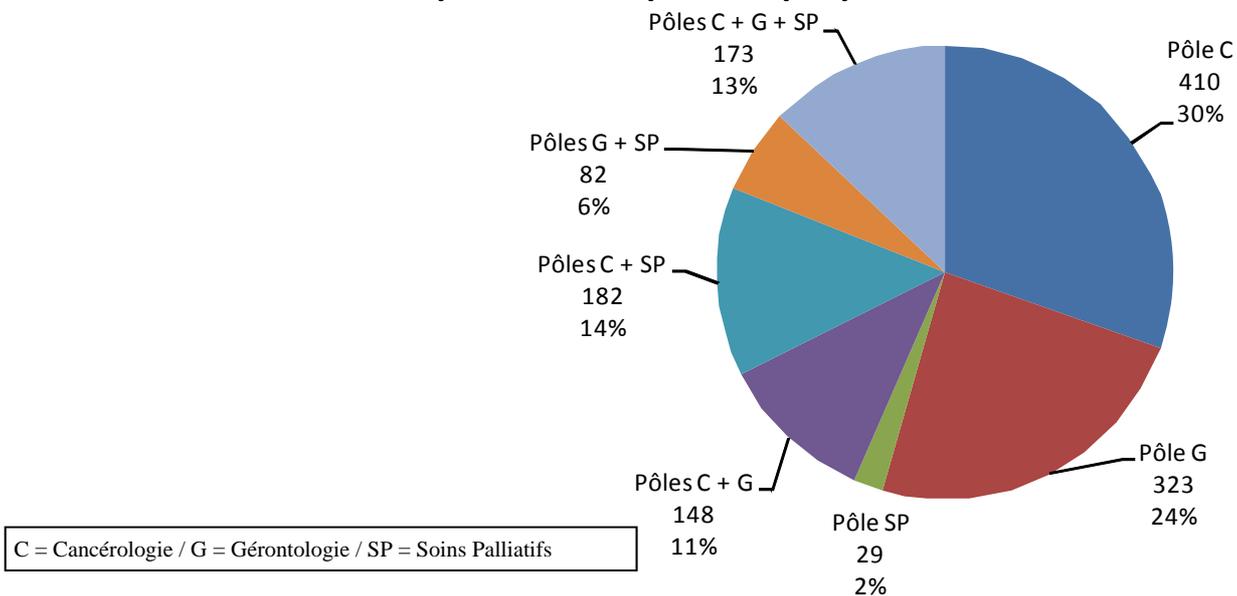
Au total, sur l'année 2012, le réseau Osmose a été sollicité pour 1 347 patients.

Sur ces 1 347 patients :

- 910 étaient atteints d'un cancer, soit plus de 2 patients sur 3 (68 %).
- 731 étaient âgés de plus de 60 ans et en situation de dépendance, soit plus de 1 patient sur 2 (54 %).
- 464 nécessitaient des soins palliatifs, soit plus de 1 patient sur 3 (34 %).

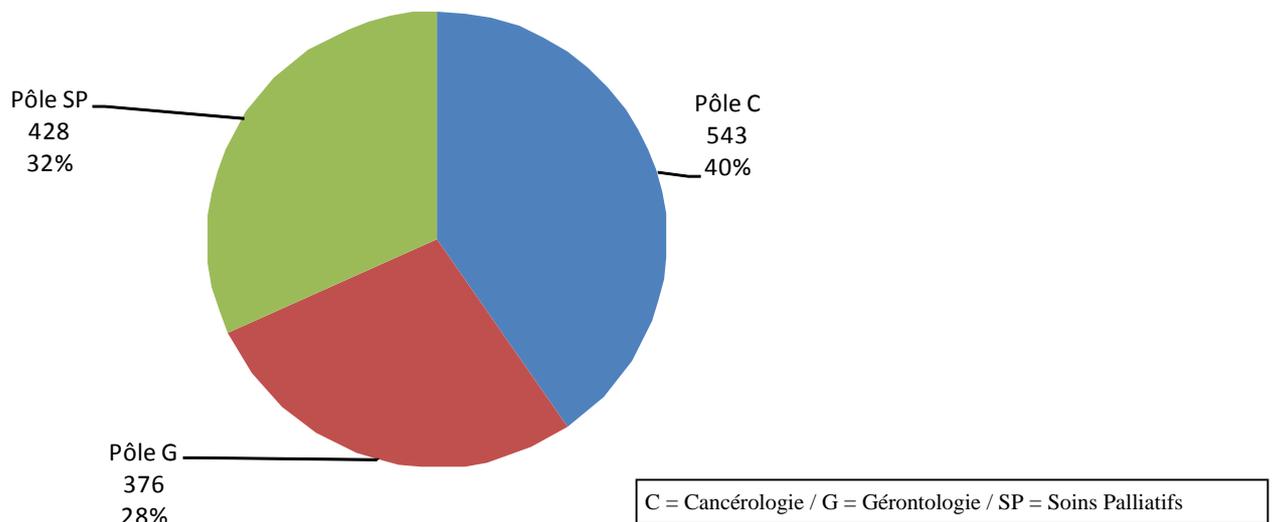
Près de la moitié des 1 347 patients pris en charge en 2012 étaient concernés par 2, voire par les 3 pôles du réseau.

Répartition des patients par pôles de référence



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**.

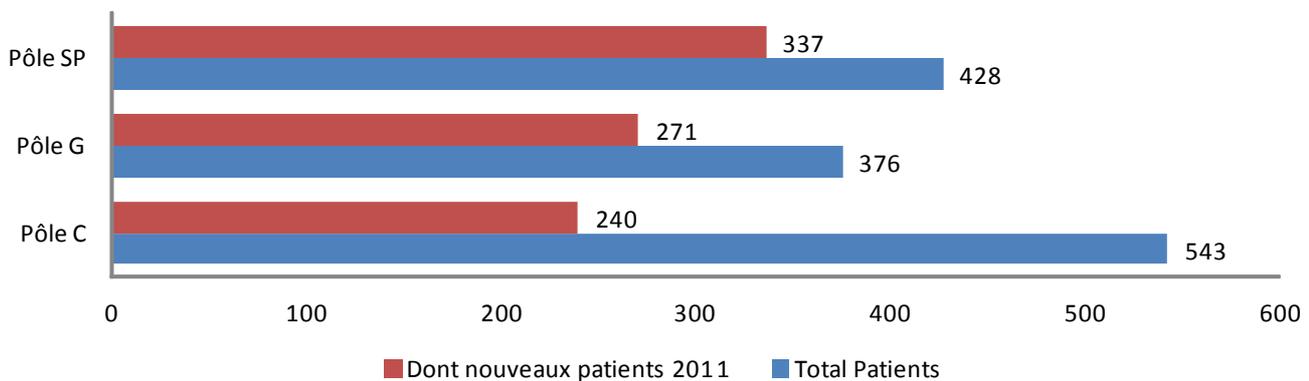
Répartition des patients par pôles de référence



Nouveaux patients de 2012

Sur les 1 347 patients pris en charge, 848 (63 %) sont des nouveaux patients de l'année 2012 :

- pour le pôle de référence cancérologie, 44 % des patients pris en charge en 2012 sont des nouveaux patients de 2012,
- pour le pôle de référence gérontologie, 72 % des patients pris en charge en 2012 sont des nouveaux patients de 2012,
- pour le pôle de référence soins palliatifs, 79 % des patients pris en charge en 2012 sont des nouveaux patients de 2012.



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 1 347 patients pour lesquels le réseau Osmose a été sollicité en 2012, **558 étaient inclus dans le réseau** (soit 41 %). En 2012, **311 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

1 145 patients (soit 85 %) 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 :

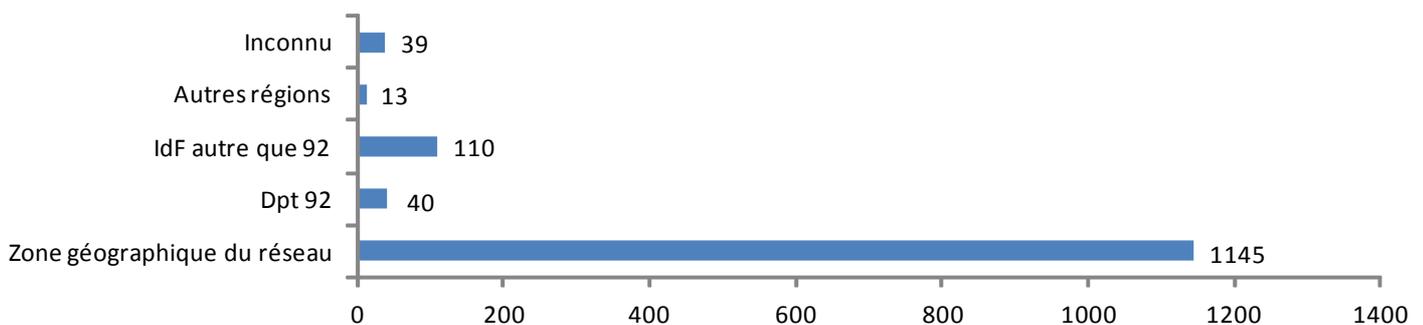
- 40 patients (soit 3 %) étaient domiciliés dans une ville des Hauts-de-Seine ne faisant pas partie du territoire de santé du réseau.

- 110 patients (soit 8 %) 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.

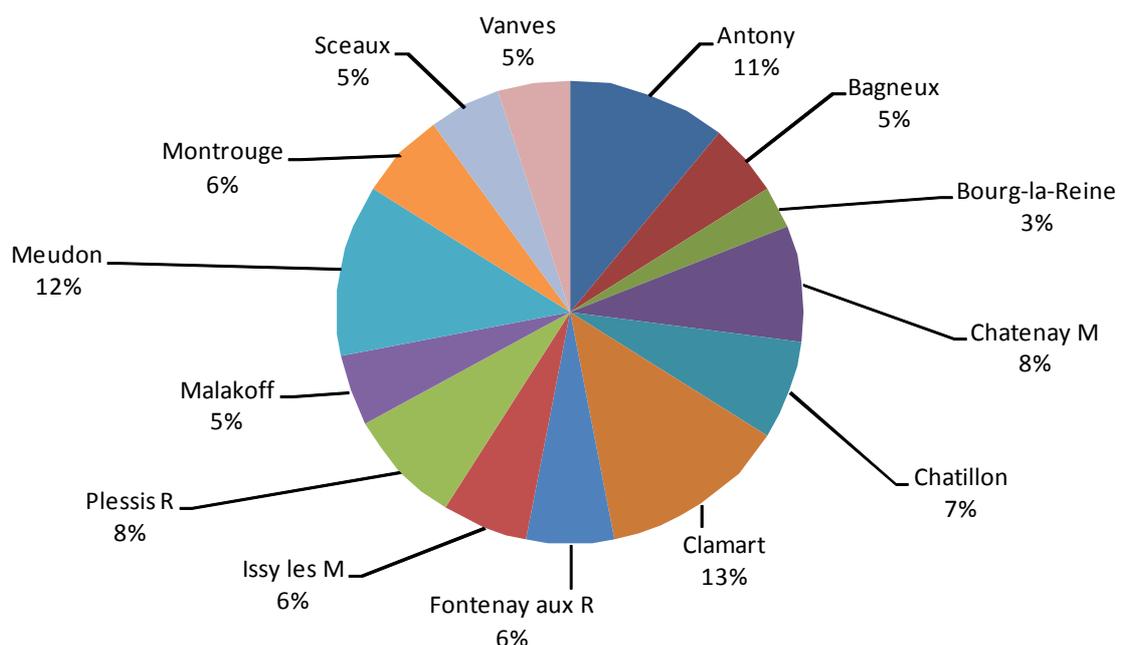
- 13 patients (soit 1 %) sont domiciliés dans une autre région que l'Ile-de-France

- pour 39 patients (soit 3 %), l'adresse de domiciliation est inconnue du réseau.

Origine géographique



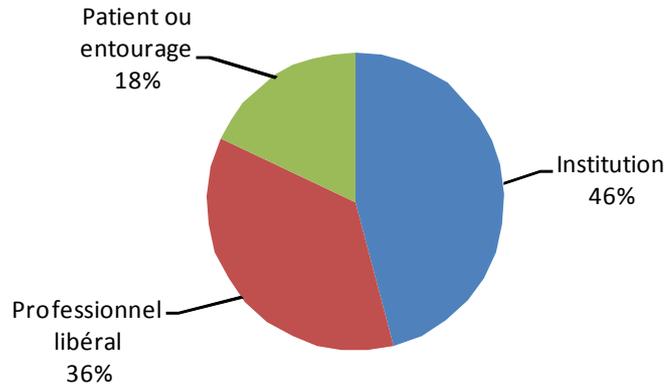
Répartition par villes du territoire d'intervention du réseau



Orientation des patients

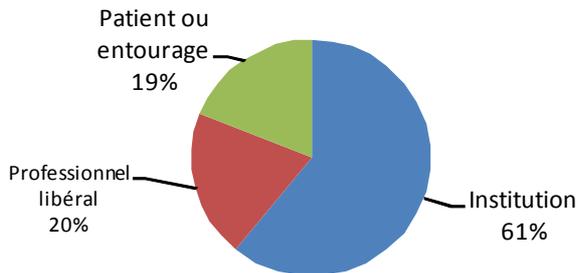
La part des orientations de patients vers le réseau par des professionnels de ville est en diminution en 2012 par rapport à 2011 (36 % en 2012 contre 42 % en 2011).

Origine des demandes

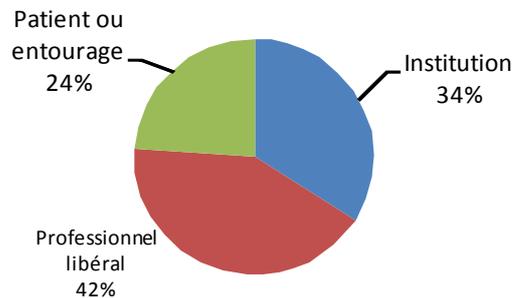


Ces orientations sont toutefois différentes en fonction du pôle de référence dans lequel le patient est pris en charge :

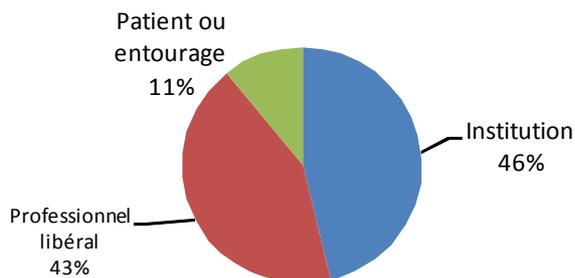
Origine des demandes : Pôle Cancérologie



Origine des demandes : Pôle Gériatrie



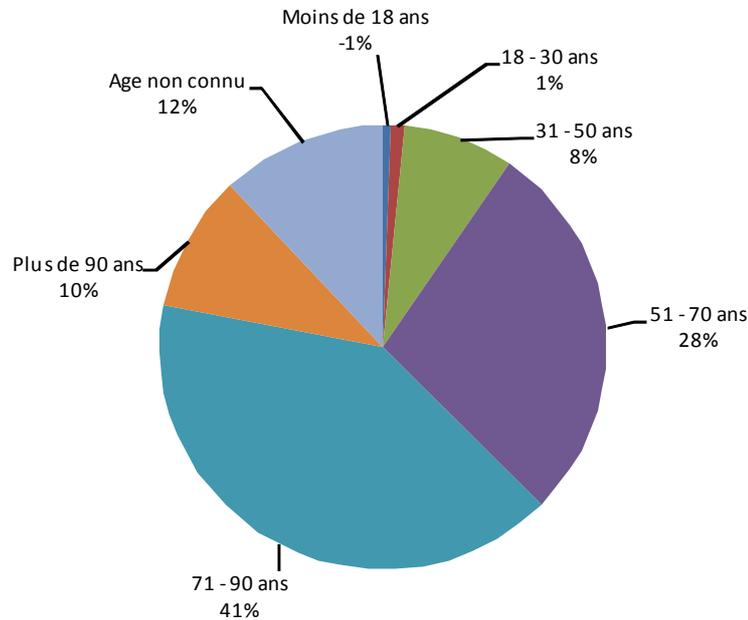
Origine des demandes : Pôle Soins Palliatifs



Age des patients

La moyenne d'âge des patients suivis par le réseau en 2012 est de 72 ans.

Age des patients



Patients sortis du réseau

Au cours de l'année 2012, 799 patients sont sortis du réseau, soit 59 % des patients pour lesquels le réseau a été sollicité. La fin de prise en charge (pour 42 % des patients sortis) et le décès (pour 34 % des patients sortis) constituent la majorité des motifs de sortie du réseau. Les autres causes de sortie du réseau sont, par ordre de survenue :

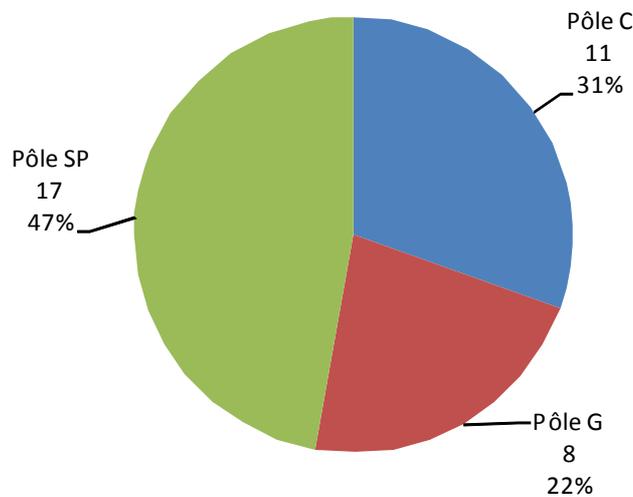
- signalement sans suite,
- patient perdu de vue (les patients perdus de vue sont les patients pour lesquels le réseau n'a pas été sollicité depuis 12 mois)
- patient ne répondant pas aux critères d'intervention du réseau (hors pôles d'activité et/ou hors zone géographique. Dans ces cas, le patient est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

File active quotidienne moyenne

Le nombre moyen de patients dans la file active quotidienne s'élève à 36 patients par jour avec des disparités en fonction des pôles de référence dans lesquels les patients sont intégrés.

Les patients relevant du pôle de référence Soins Palliatifs nécessitent un accompagnement intensif et rapproché : près de la moitié des patients de la file active moyenne quotidienne sont des patients du pôle Soins Palliatifs.

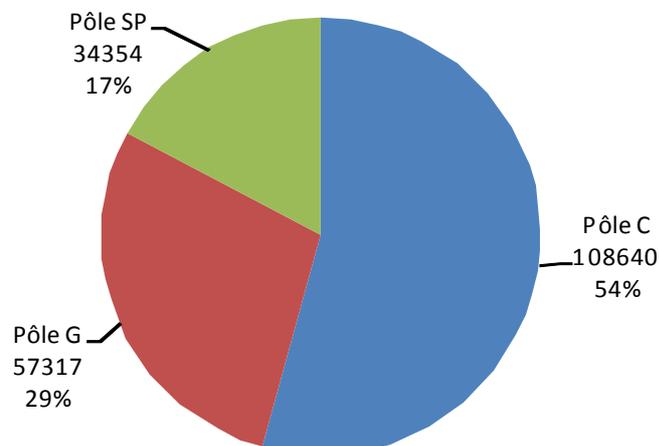
Nombre quotidien moyen de patients en file active



Nombre de journées de prise en charge

En 2012, pour les 1 347 patients, **200 311 journées** de prise en charge ont été réalisées. Plus de la moitié du nombre de journées de prise en charge ont été réalisées pour des patients relevant du pôle de référence Cancérologie.

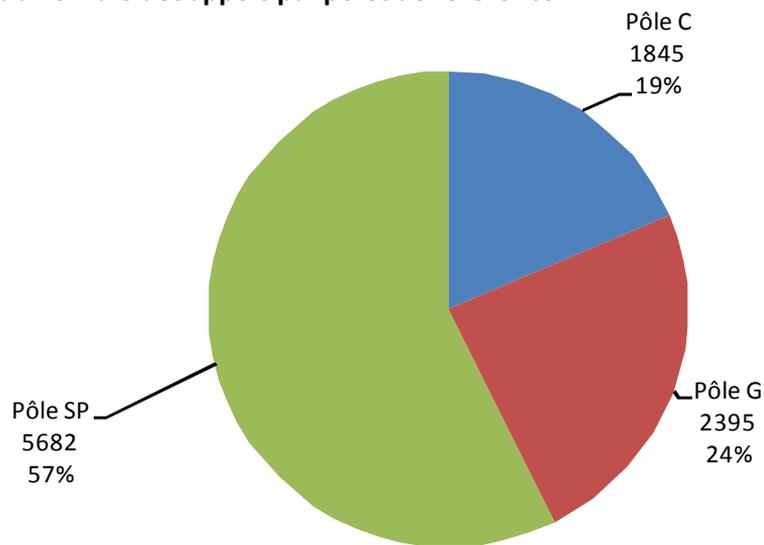
Nombre de journées de prise en charge



Coordination téléphonique

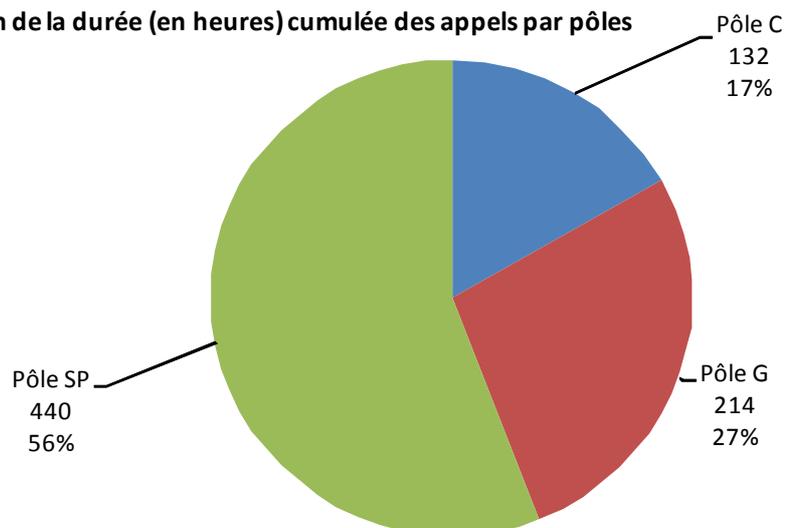
En 2012, le réseau a enregistré 9 922 appels téléphoniques (entrants et sortants) concernant des patients (qu'il s'agisse d'appels de patients eux-mêmes, de leur entourage ou des professionnels les prenant en charge).

Répartition du nombre des appels par pôles de référence



Au total, 786 heures de communication ont été enregistrées en 2012, soit une moyenne mensuelle de 65 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 de 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' section of the OSMOSE software. The main area is divided into several columns of checkboxes for recording actions:

- Évaluation :**
 - Recueil et analyse de la demande
 - Repérage des manques et analyse besoins
 - VAD demande, organisation
 - RdV au réseau
 - RdV réunion
- Partage de l'information :**
 - Interlocuteur absent
 - Demande de rappel
 - Contenu du message laissé
 - Partage des infos au sein de l'équipe
 - Infos transmises par le réseau vers l'extérieur
 - Informations recueillies par le réseau
 - Cahier de liaison remis au patient
- Soins de support :**
 - Réunion d'information
 - Autres soins de support
 - Groupe réflexion et échanges
 - Accompagnement psychologique
 - Diététique
 - Socio-esthétique
 - Relaxation
 - Bénévoles
- Médiation :**
 - Aide à la gestion des conflits
 - Concertation sur la situation du patient
 - Réunion post-décès
 - Réunion concertation, synthèse, coordination, bilan
 - Réajustement parcours de soin chaotique
 - Aide à la décision à une décision de soins
 - Ten antérieur - Aide à l'analyse de situation complexe
- Services spécifiques :**
 - Présentation du réseau et de ses actions
 - Envoi de documentation sur le réseau
 - Conseils et infos personnalisés, conseils dans la PEC
 - Orientation (transmissions coord. interv.)
 - Inclusion
 - Accompagnement - Ecoute et soutien - Réassurance
 - Recherche d'intervenants pour le patient
 - Sollicitation des interv. référents du patient
 - Question / Réponse sociale
 - Conseil thérapeutique
 - Éducation thérapeutique
 - Anticipation - prévention
 - Recherche de structure (Hérit, direct, EHPAD, USP)
- Autre :**
 - Personne de confiance
 - Directives anticipées
 - Explications sur motifs de refus de PEC
 - Demande d'information sur matériel médical
 - Administratif
 - Aide :
 - Accompagnement dans les choix effectués
 - Mobilisation liens familiaux
 - Plate-forme séjour temporaire
 - Absente téléphonique
 - Gestion problématiques psychiatriques associées
 - Signalement / gestion de maltraitance, abus
 - Protection juridique
 - Expertise médicale TGI / protection juridique
 - Fonds FNASS
 - Fonds Ligue Contre le Cancer
 - Fonds de secours réseau
 - Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)
 - Autres aides spécifiques ou non
 - Suivi

The legend indicates three complexity levels: Complexité 1 (blue), Complexité 2 (pink), and Complexité 3 (yellow). The current selection is 'Complexité 0' (green). Buttons for 'Annuler' and 'Enregistrer' are at the bottom right.

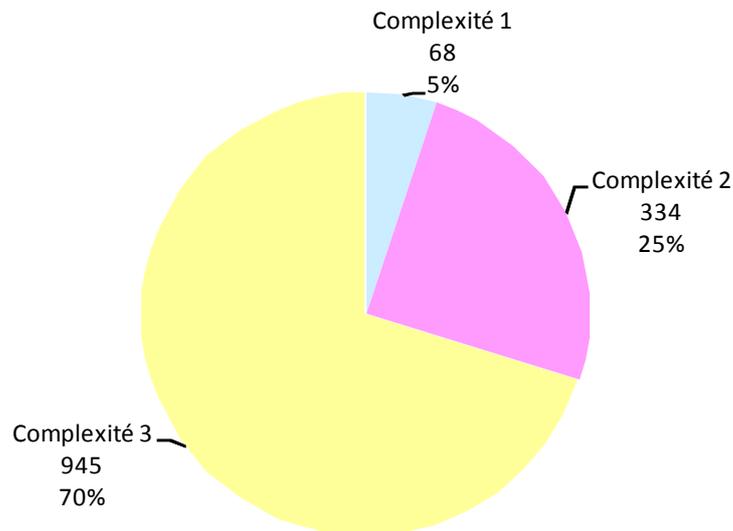
Les critères définissant chaque niveau de complexité sont les suivants :

Patients relevant de la complexité 1	Patients relevant de la complexité 2	Patients relevant de la complexité 3
Actes de coordination médico-psycho-sociale effectués - services rendus		
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
	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
Nombre d'actes de coordination inférieurs à 5	Nombre d'actes de coordination inférieurs à 20	Nombre d'actes de coordination supérieurs à 20
Nombre d'appels inférieurs à 5 et dont la durée cumulée n'excède pas 30 minutes	Nombre d'appels inférieurs à 20 et dont la durée cumulée n'excède pas 2 heures	Nombre d'appels supérieurs à 20 et dont la durée cumulée excède 2 heures

Patients pris en charge en 2012 par niveaux de complexité

La répartition des 1 347 patients pris en charge en 2012 par degrés de complexité est la suivante :

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



Seuls 5 % des patients pris en charge en 2012 (soit 68 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.

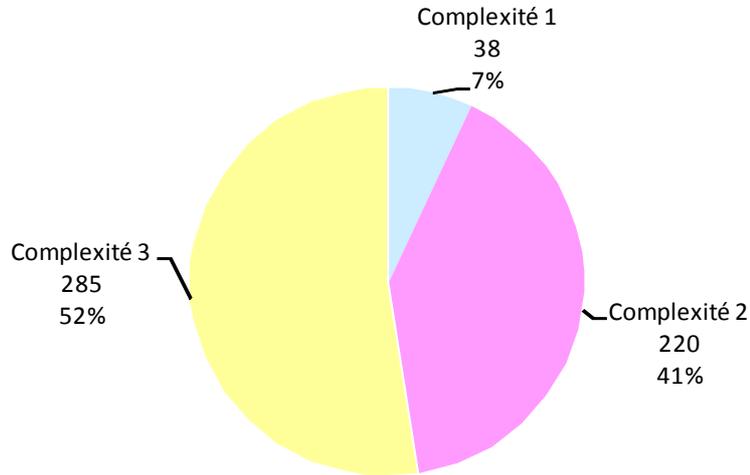
334 patients pris en charge en 2012 (soit 25 % de l'effectif) relèvent d'une complexité 2. En plus des actes effectués pour des patients relevant d'une complexité 1, la réponse du réseau pour ces patients a été la suivante : repérage des manques et analyse des besoins, transmission des informations aux 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.

945 patients pris en charge en 2012 (soit 70 % du total des patients de 2012) 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.

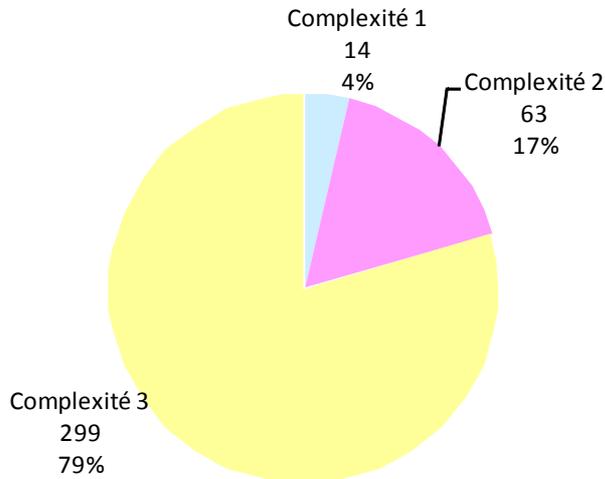
Patients pris en charge en 2012 par niveaux de complexité

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

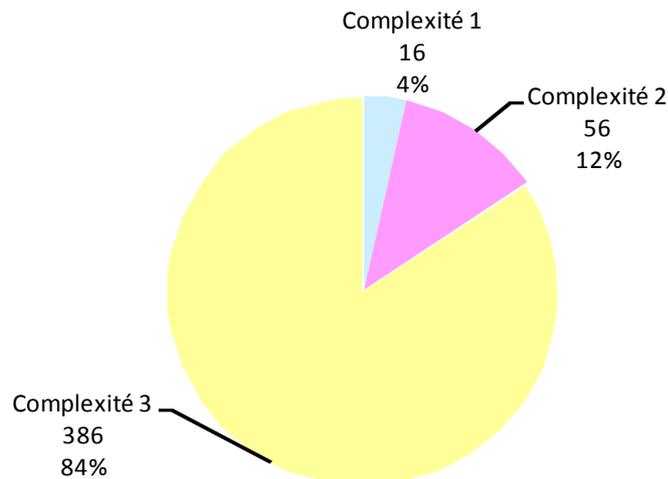
Pole oncologie : Répartition des patients selon le degré de complexité de leur prise en charge



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



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



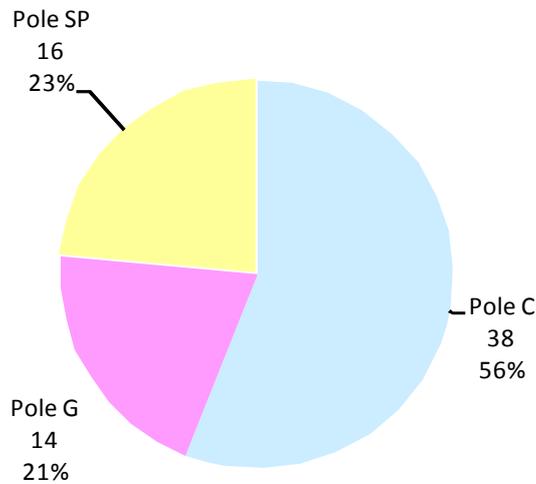
Patients pris en charge en 2012 par niveaux de complexité

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 patients pris en charge en 2012 et relevant d'une complexité 1 sont, pour plus de la moitié, des patients du pôle de référence Cancérologie. Les autres patients de complexité 1 sont répartis à 44 % et quasi équitablement entre les pôles Gérontologie et Soins Palliatifs du réseau.

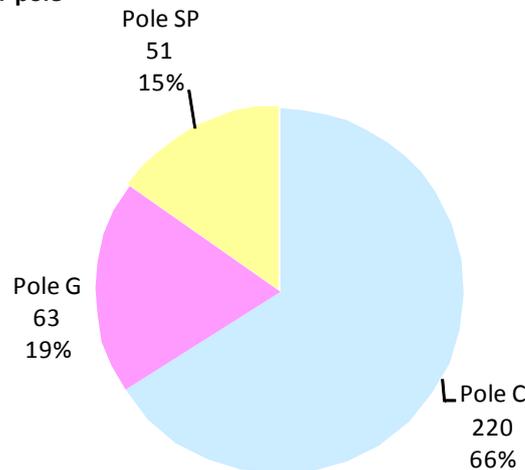
Patients pris en charge en 2012 par niveaux de complexité

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 334 patients pris en charge en 2012 et relevant d'une complexité 2 sont pour les 2/3 des patients du pôle de référence Cancérologie.

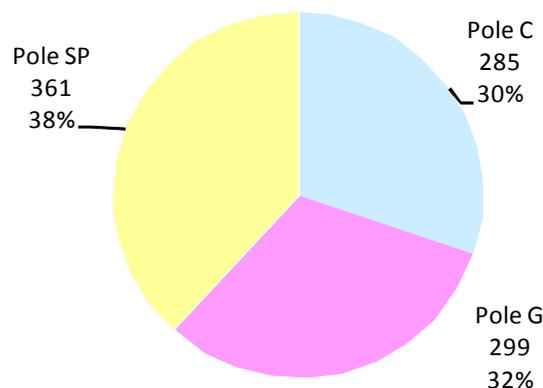
Patients pris en charge en 2012 par niveaux de complexité

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 945 patients pris en charge en 2012 et relevant d'une complexité 3 sont répartis quasi équitablement entre les 3 pôles, avec une légère prédominance des patients relevant du pôle Soins Palliatifs.

Nombre et répartition des actes de coordination réalisés en 2012

Au total, **50 381 actes de coordination** médico-psycho-sociale ont été réalisés en 2012 pour les 1 347 patients, soit une **moyenne de 37 actes effectués par patient**.

Au total, **8 385 heures** ont été consacrées par l'équipe de coordination du réseau à la prise en charge des patients, soit une moyenne de **6 heures et 13 minutes d'intervention par patient**. Cette durée cumulée de prise en charge représente **91 % 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

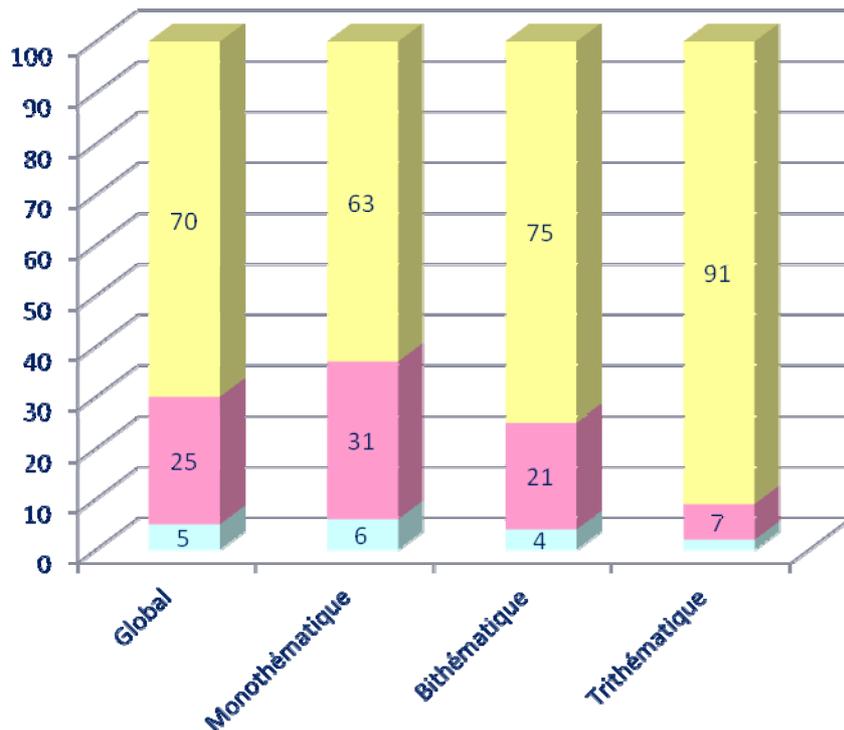
Actes effectués ou services rendus			
Evaluation	*	Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	3728	Présentation du réseau et de ses actions	520
Repérage des manques et analyse des besoins	790	Envoi de documentation sur le réseau	96
Visite au domicile : demande et organisation	1432	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	543
Visite au domicile initiale	268	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	505
Visite au domicile de suivi	102	Inclusion	769
Rendez-vous au réseau (patient, entourage / équipe de coordination)	110	Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	1087
Partage de l'information		Recherche d'intervenants pour le patient	273
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1347	Sollicitation des intervenants référents du patient	141
Demande de rappel (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	1323	Question/Réponse sociale	645
Contenu du message laissé (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	807	Conseil thérapeutique	421
Interlocuteur absent	1501	Education thérapeutique	41
Cahier de liaison remis au patient	140	Anticipation – prévention	220
Transmission d'informations vers l'extérieur	1408	Recherche de structure (H ^o répit, directe, EHPAD, USP)	445
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	6269	Accompagnement dans les choix effectués	64
Recueil d'information (réception/recherche d'Info, demande de CRH,...)	5752	Mobilisation de liens familiaux	12
Soins de support		Plate-forme séjour temporaire	44
Réunion d'information		Astreinte téléphonique	376
Autres soins de support	16	Gestion de problématiques psychiatriques associées	1
Groupe de réflexion et échanges	38	Signalement/gestion de maltraitance, abus	112
Accompagnement psychologique	1136	Protection juridique	118
Diététique	260	Expertise Médicale Tribunal / protection juridique	73
Socio-esthétique	438	Fonds FNASS	349
Relaxation	342	Fonds Ligue Contre le Cancer	141
Bénévoles	42	Fonds de secours du réseau	17
Médiation		Aide Personnalisée à l'Autonomie	464
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...	21	Autres aides (spécifiques ou non)	596
Concertation sur la situation du patient	1856	Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	467
Réunion post-décès	1		
Réunion de concertation, synthèse, coordination, bilan	16		
Réajustement d'un parcours de soins chaotique	7		
Aide à l'adhésion à une décision de soins	46		
Tiers extérieur - Aide à l'analyse de situation complexe	44		

* Nombre d'actes réalisés pour la totalité des 1 347 patients de 2012

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

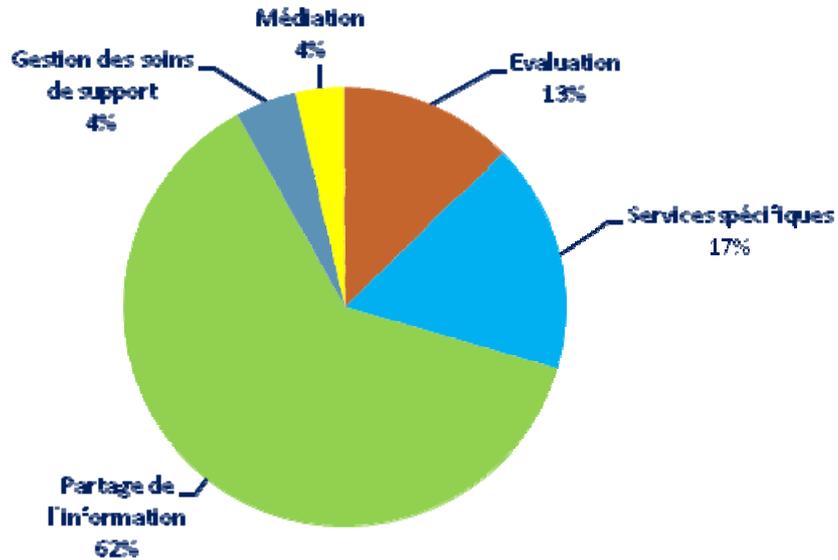
Les actions de coordination médico-psychosociale ont été répertoriées en cinq grandes missions. Concernant la prise en charge des patients en 2012, on observe la prépondérance de **3 missions essentielles** : le **partage de l'information** (62 %), les **services spécifiques** (17 %) et l'**évaluation** (13 %). Les 2 autres missions du réseau sont assurées moins fréquemment, dans 8 % des situations au total.

La mission de **Partage de l'information représente près de deux-tiers 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 70 % 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 2012, 14 406 actes de transmission d'information à destination des professionnels partenaires intervenant dans la prise en charge ont été réalisés.

Du fait de son automatisation, 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.

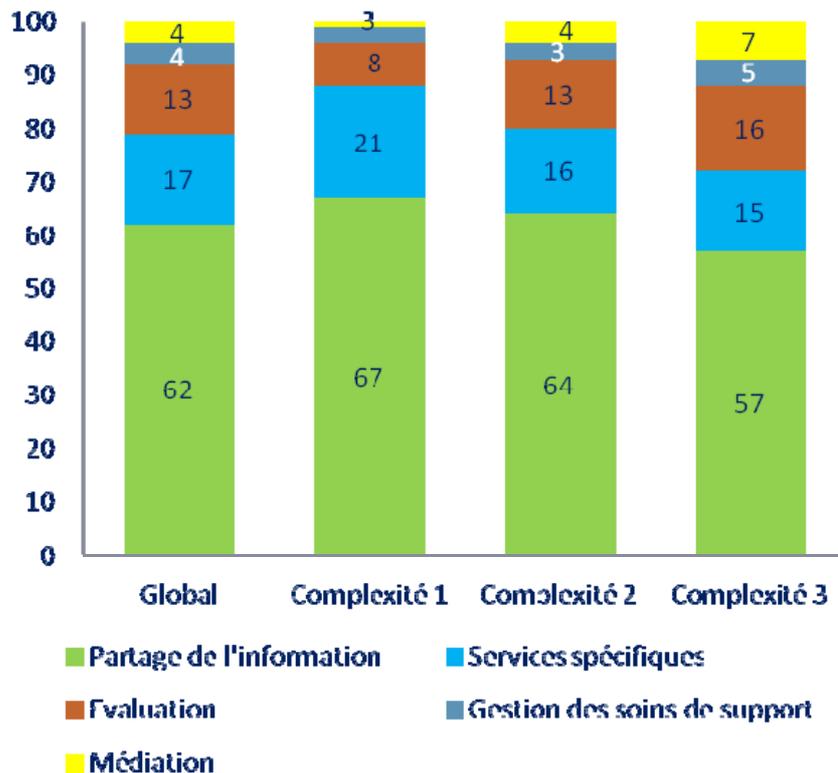
Degrés de complexité et missions du réseau (suite)

Actes de coordination par missions



Degrés de complexité et missions du réseau par thématiques

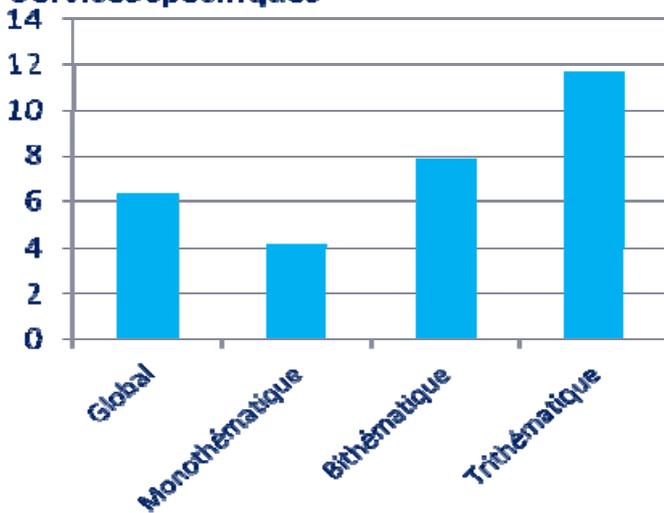
La répartition de ces actes par patients en fonction de leur complexité montre d'ailleurs que plus les patients sont dans un fort besoin de réponse complexe, plus la part des 5 grandes missions du réseau tend vers la diversification et augmentent au détriment de la part des actes de partage de l'information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



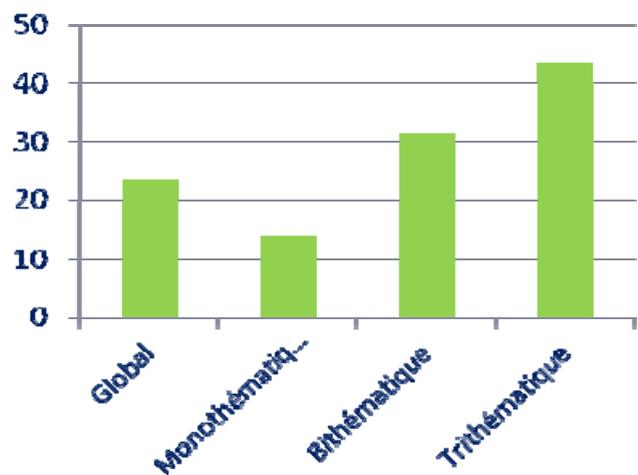
Les missions du réseau par patient

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, 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.

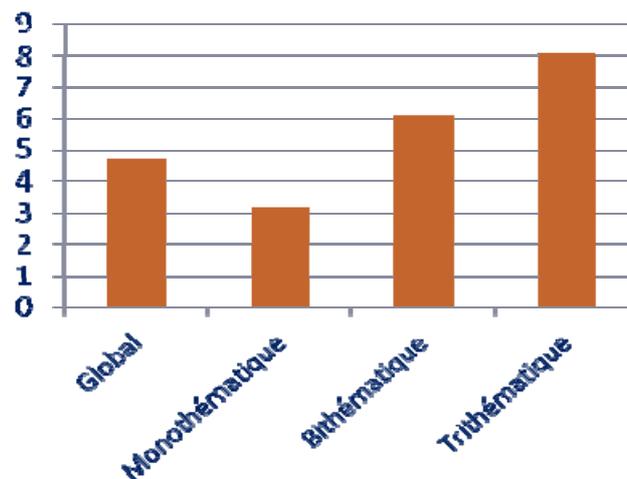
Services spécifiques



Partage de l'information

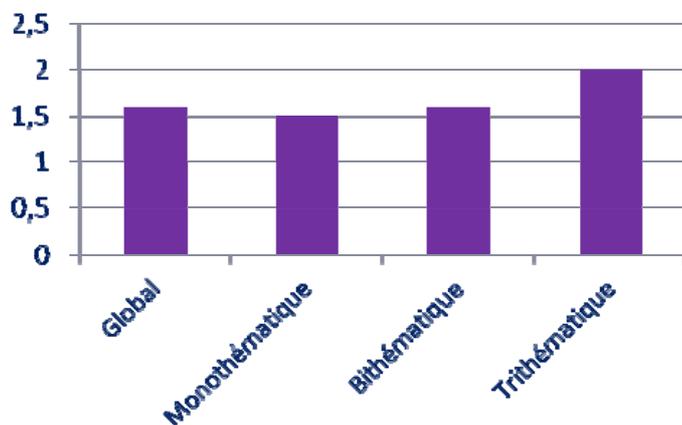


Evaluation

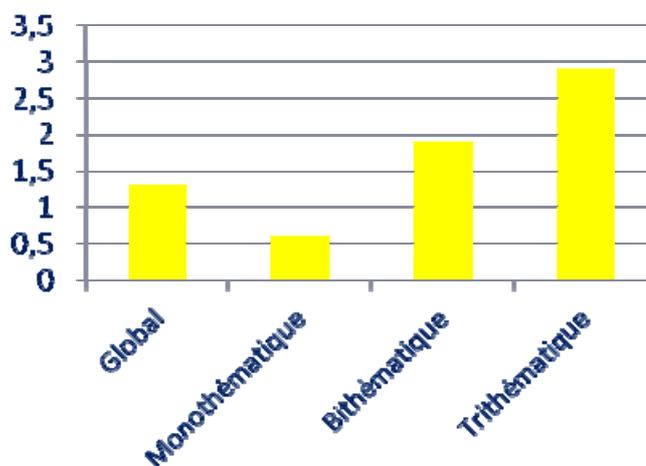


Les missions du réseau par patient (suite)

Soins de support



Médiation



Ces données d'activité du réseau Osmose indiquent pour plus de 1 300 patients pris en charge en 2012 :

- 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, Gérontologie et Soins Palliatifs.**

Rendez-vous au réseau

Visites d'évaluation et de suivi au domicile

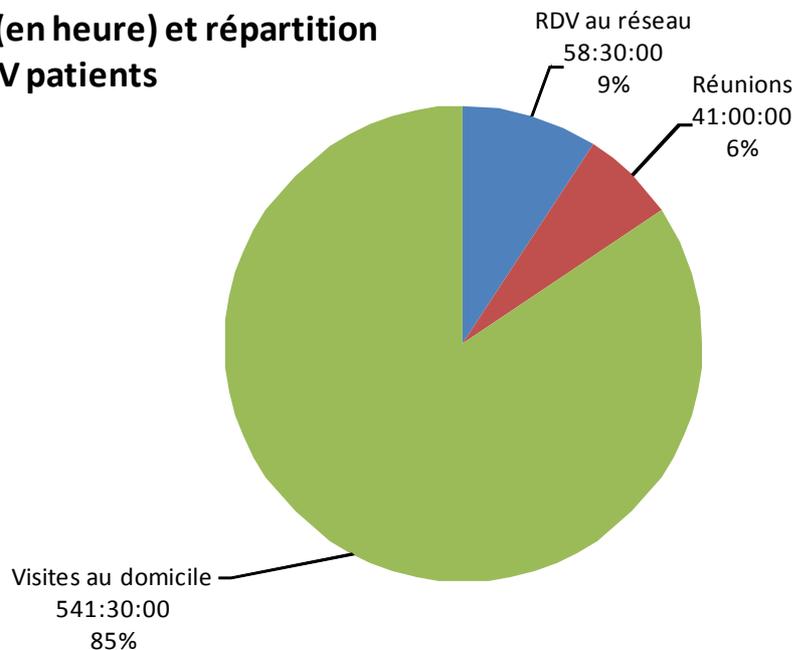
Réunions de concertation

Au cours de l'année 2012, les équipes de coordination du réseau ont participé à 480 rendez-vous concernant 367 patients :

- 44 rendez-vous de patient ou de leur entourage dans les locaux du réseau,
- 370 visites d'évaluation au domicile des patients,
- 66 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 640 heures de coordination, soit une durée moyenne de rendez-vous patient de 1 heure et 20 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 patient.

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 par l'ARS et dans le cadre de la gérontologie par la CPAM 92), le réseau Osmose a mis en œuvre une prise en charge financière de consultations auprès de psychologues libéraux partenaires du réseau.

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

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 2012, **572 entretiens** ont été réalisés pour **90 personnes** : **54 patients** et **36 membres de l'entourage**.

En 2012, **68** personnes étaient de nouveaux bénéficiaires du dispositif, soit 76 % de l'effectif des bénéficiaires de 2012.

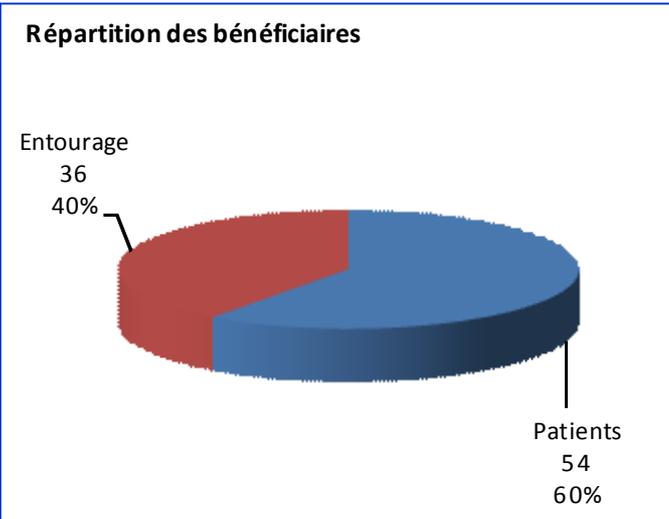
78 % des bénéficiaires étaient des femmes.

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

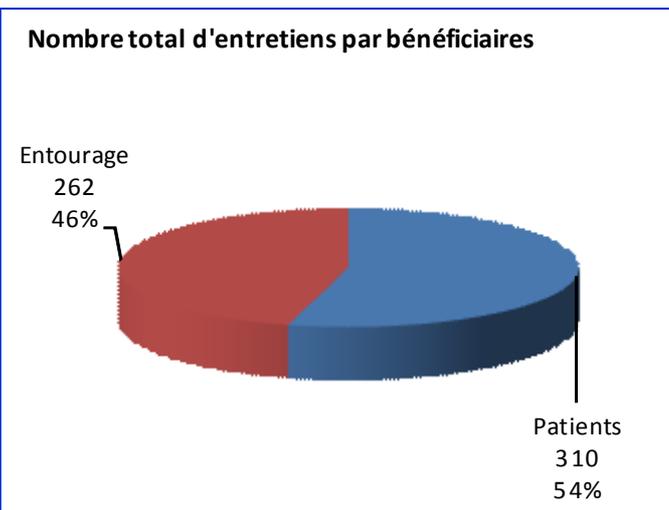
Les entretiens ont eu lieu :

- au cabinet du psychologue à **76 %**
- au domicile du patient à **24 %**

Régulièrement, les psychologues partenaires du réseau se réunissent au sein d'un groupe de travail spécifique. Instance de régulation et de réflexion sur les situations de patients orientés par le réseau vers ce dispositif, ce groupe de travail est également un temps de rencontre et d'échanges entre psychologues libéraux installés sur le territoire.



Sur les 572 entretiens réalisés, **310 entretiens** ont été réalisés pour des patients et **262** pour leur entourage.



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,...

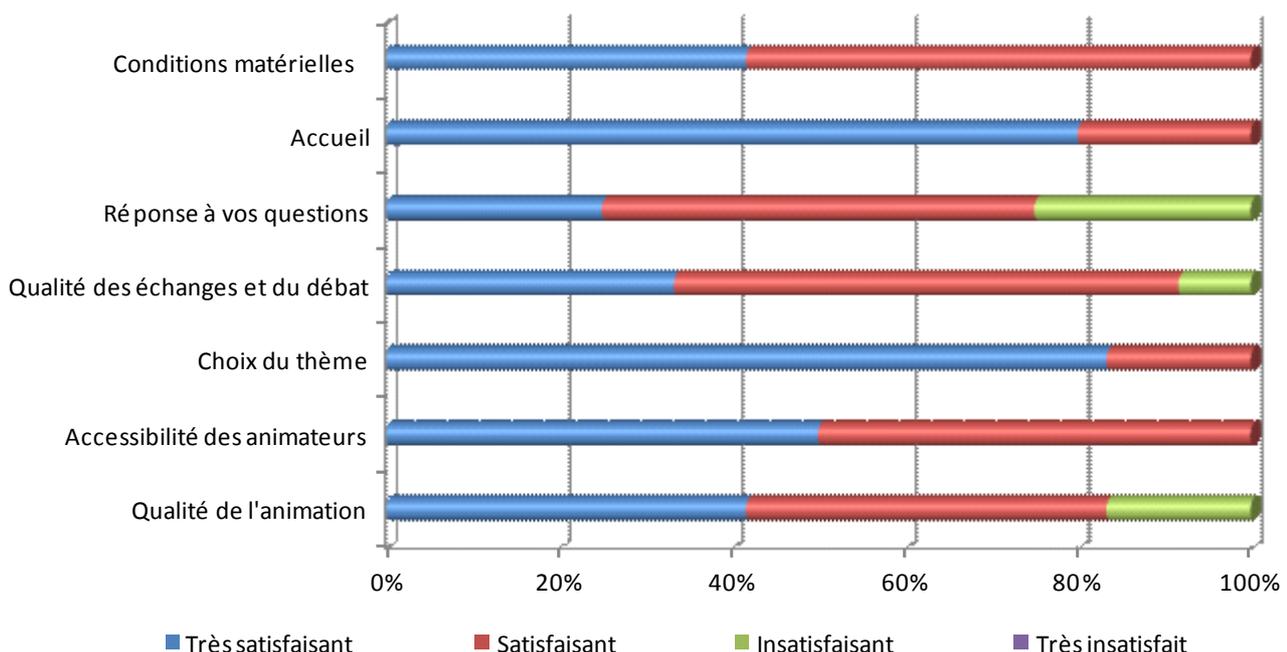
Chaque atelier répond aux règles de fonctionnement définies au sein des groupes de ce type : non jugement, confidentialité des propos tenus, liberté de silence et de parole, écoute réciproque, respect mutuel.

1 atelier a été organisé en 2012 :

- 29 mars ; thème : '*Cancer et troubles du sommeil*' » ; 12 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. Ces ateliers étaient financés jusqu'en 2011 par l'Agence Régionale de Santé sur des fonds de Prévention et de Promotion de la Santé, ainsi que par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine.

Malgré l'intérêt des patients pour ces ateliers et les bénéfices qu'ils en retirent, l'ARS n'a pas renouvelé ce financement des soins de support en 2012. Pour poursuivre cette activité, il a été nécessaire au réseau de chercher d'autres financeurs.

En 2012, ces ateliers ont été financés par le Comité des Hauts-de-Seine de La Ligue Contre le Cancer.

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 2012, **30 ateliers** ont été organisés et ont accueilli **35 patients** différents pour un total de **167 participations**. (Voir en page suivante le programme de ces ateliers et le nombre de participants).

Une fois par mois, 3 ateliers sont organisés sur une thématique particulière.

Tous les deux mois, en plus des 3 ateliers thématiques, une 'séance de découverte' est proposée aux patients n'ayant jamais participé à des ateliers de ce type afin de leur mieux appréhender ce qu'est la relaxation, la sophrologie, les techniques proposées,... Une mise en situation leur est également proposée à l'occasion de cette séance de découverte.

Ateliers de relaxation (suite)

Date	Horaires	Thème	Nombre d'inscrits	Nombre de participants
11 janvier	15 h 30 - 16 h 45	Reprendre de la confiance en soi	10	8
	17 h 00 - 18 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	6	4
	19 h 30 - 20 h 45	Reprendre de la confiance en soi	7	5
8 février	15 h 30 - 16 h 45	Améliorer son sommeil	11	5
	17 h 00 - 18 h 15	Améliorer son sommeil	5	5
	19 h 30 - 20 h 45	Améliorer son sommeil	6	4
7 mars	14 h 00 - 15 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	2	1
	15 h 30 - 16 h 45	Respirer dans son quotidien	12	10
	19 h 30 - 20 h 45	Respirer dans son quotidien	6	5
11 avril	15 h 30 - 16 h 45	Lâcher prise sur le mental	11	8
	17 h 00 - 18 h 15	Lâcher prise sur le mental	4	1
	19 h 30 - 20 h 45	Lâcher prise sur le mental	7	4
6 juin	15 h 30 - 16 h 45	Etre dans la pensée positive	11	9
	19 h 30 - 20 h 45	Etre dans la pensée positive	6	5
4 juillet	15 h 30 - 16 h 45	Apprendre à se détendre dans son quotidien	7	6
	19 h 30 - 20 h 45	Apprendre à se détendre dans son quotidien	6	5
19 septembre	14 h 00 - 15 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	5	4
	15 h 30 - 16 h 45	Bien reprendre son quotidien	11	10
	17 h 15 - 18 h 30	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	4	3
	19 h 30 - 20 h 45	Bien reprendre son quotidien	5	4
17 octobre	15 h 30 - 16 h 45	Profiter de l'instant présent	11	10
	17 h 15 - 18 h 30	Profiter de l'instant présent	7	5
	19 h 30 - 20 h 45	Profiter de l'instant présent	6	2
14 novembre	14 h 00 - 15 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	6	5
	15 h 30 - 16 h 45	Etre dans le plaisir	11	11
	17 h 15 - 18 h 30	Etre dans le plaisir	7	4
	19 h 30 - 20 h 45	Etre dans le plaisir	6	6
12 décembre	15 h 30 - 16 h 45	S'apporter de l'attention	11	10
	17 h 15 - 18 h 30	S'apporter de l'attention	11	4
	19 h 30 - 20 h 45	S'apporter de l'attention	6	4
Total	37 heures	30 ateliers	224 inscriptions 48 patients	167 participations 35 patients

Consultations de diététique

Depuis septembre 2009, le réseau Osmose propose des consultations individuelles de diététique, grâce à un financement spécifique de l'ARS (Prévention et Promotion de la Santé) et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine. En 2012, l'ARS s'est désengagée de ce financement des soins de support et le réseau a cherché d'autres sources de financement.

En 2012, ces consultations ont été financées par le Comité des Hauts-de-Seine de La Ligue Contre le Cancer et par la CPAM 92.

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

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.

Jusqu'ici, deux diététiciens assuraient ces consultations : Virginie Simeone et Emmanuel Heuze. Depuis septembre 2012, ces consultations sont assurées par des diététiciens libéraux partenaires du réseau : Clémentine Aladenise, Sandrine Ansart, Laurent Buhler et Virginie Zakowic.

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...

Ces consultations sont organisées au domicile des patients. Elles 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 peut 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.

En 2012, **35 consultations** ont été effectuées au bénéfice de **29 patients**.

Consultations de socio-esthétique

Depuis septembre 2009, le réseau Osmose propose des consultations individuelles de socio-esthétique, grâce à un financement spécifique de l'ARS (Prévention et Promotion de la Santé) et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine. En 2012, l'ARS s'est désengagée de ce financement des soins de support et le réseau a cherché d'autres sources de financement.

En 2012, ces consultations ont été financées par le Comité des Hauts-de-Seine de La Ligue Contre le Cancer.

Ces consultations 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 Bécclère,
- 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 2012, **210 consultations** ont été effectuées au bénéfice de **163 patients**, soit à leur domicile soit à l'hôpital Antoine Bécclère, 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 d'une personne âgée dépendante pour une hospitalisation programmée de l'aidant, un répit programmé, un épuisement de l'aidant, une perte d'autonomie réversible ou une préparation d'un futur long séjour.

Selon les EHPAD, la durée du séjour temporaire peut varier entre 15 jours et 2 mois.

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,
- favoriser l'hébergement temporaire plutôt que l'hospitalisation lorsque celle-ci n'est pas nécessaire.

Chaque fin de mois, l'assistante sociale du Réseau Osmose transmet par mail ou par fax un document aux EHPAD partenaires demandant le nombre de places disponibles en séjour temporaire pour le mois suivant.

Une fois les informations reçues, l'assistante sociale du réseau retranscrit les réponses dans un tableau. Ce tableau est ensuite envoyé par mail à tous les travailleurs sociaux du territoire pour information. Cela permet une meilleure connaissance du dispositif et une information actualisée pour les partenaires.

Qui peut faire la demande en séjour temporaire ?

Les professionnels de ville ou de milieu hospitalier, les familles – l'entourage, la personne elle-même.

Comment faire la demande ?

Contactez le Réseau Osmose qui fournira un dossier-type de demande d'admission en séjour temporaire. Le dossier d'admission est à faire remplir par le médecin traitant ou le médecin hospitalier si la personne est hospitalisée. Ce dossier est utilisable dans toutes les EHPAD partenaires du dispositif.

Procédure

Une fois le dossier d'admission rempli, le Réseau 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, le Réseau Osmose transmet le dossier d'admission aux EHPAD sélectionnées par la famille-entourage et/ou la personne âgée.

L'EHPAD qui accepte le dossier, prend directement contact avec la famille pour une visite de pré-admission.

En 2012, ce dispositif a été sollicité pour **59 patients**. Ce chiffre ne reflète que les demandes qui ont été adressées au réseau Osmose ; certains partenaires utilisant dorénavant directement de formulaire-type et l'adressent eux-même aux EHPAD, reflet d'une appropriation de cet outil par les intervenants.

Sur ces 59 patients :

- 6 propositions d'accueil en séjour temporaire ont été proposées, sans suite de la personne et/ou de son entourage.
- 53 demandes en séjours temporaires ont été instruites.

Sur ces **53 demandes** :

31 demandes ont abouti à un accueil en séjour temporaire.

22 demandes n'ont pas abouti :

- 8 patients ont été hospitalisés
- 9 patients sont décédés
- 5 patients ou familles-entourages n'ont pas donné suite

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.

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 e 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 mesure 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 2012, **5** 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 **3** patients.

Pour ceux-ci, **34 visites d'accompagnement** des bénévoles d'ASP Présence ont eu lieu et ont représenté **69 heures** d'accompagnement en 2012.

Projet 'Parcours de santé - Article 70'

Contexte

Le réseau Osmose est l'un des 11 porteurs nationaux retenus pour mener une expérimentation sur les nouveaux modes d'organisation et d'optimisation des parcours de santé des personnes âgées poly-pathologiques en risque de perte d'autonomie (Article 70 de la Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2012 ; reconduit dans la LFSS 2013 avec l'article 48).

L'objet de cette expérimentation vise une meilleure organisation du parcours de santé par une approche populationnelle des personnes âgées. Cette expérimentation s'inscrit dans le cadre du rapport « assurance maladie et perte d'autonomie » rendu par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) en juin 2011, qui a défini des pistes d'optimisation de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Il propose, au travers de projets-pilotes, d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation dans une approche transversale et continue de parcours. Les expérimentations prévues par l'Article 70 de la LFSS 2012 portent sur les segments précis parcours de soin : l'amont et l'aval de l'hospitalisation qui représentent des points critiques de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées.

L'objectif final de ces expérimentations est de favoriser la continuité du parcours de santé par :

- une meilleure organisation des soins permettant d'éviter, quand cela est possible, l'hospitalisation des personnes âgées et de prévenir leurs réhospitalisations,
- une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun, notamment au moment sensible d'une hospitalisation,
- un véritable partage de l'information entre les professionnels.

Le projet

Le projet d'Osmose porte sur l'aval de l'hospitalisation, module 2 de l'appel à projet de l'Article 70 de la LFSS 2012. Ce projet s'intègre aux mesures déjà existantes. Il se centre sur la préparation et le suivi de la sortie d'hôpital. Il utilise le nouveau soin transitionnel d'éducation thérapeutique OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs). qui a montré son efficacité sur 3 points :

- la réduction des hospitalisations évitables, par...
- ... la prévention de la iatrogénie, conduisant à...
- ...l'amélioration de la qualité de vie des patients,

Programme d'éducation thérapeutique de malades polypathologiques, mis en œuvre pendant le séjour hospitalier par des médecins et infirmiers hospitaliers formés au protocole OMAGE, ce dispositif est complété par un suivi éducatif des patients à leur retour au domicile. Dans un contexte de forte implication des professionnels de santé libéraux, ce suivi à domicile est assuré par un infirmier spécifiquement recruté et formé au protocole OMAGE, s'inscrivant en complémentarité et s'intégrant aux fonctionnements existants. Ses missions consistent, en relais de l'intervention d'éducation thérapeutique hospitalière, à assurer un suivi éducatif des patients à domicile, jusqu'à 1 an après l'hospitalisation ayant déclenché leur inscription dans le protocole de suivi.

Ce projet associe systématiquement le médecin traitant et les intervenants référents du patient (infirmiers libéraux, pharmaciens, services de soins et d'aides à domicile,...), ainsi que les personnes ressource du patient, pour préparer de façon optimale la sortie de l'hôpital et le suivi du retour à domicile.

Le projet est porté par le réseau Osmose et il est réalisé :

- par des médecins gériatres et infirmiers d'éducation thérapeutique, pendant le séjour hospitalier des patients, au sein des Hôpitaux Antoine Bécclère et Corentin Celton,
- par un infirmier d'éducation thérapeutique, au domicile des patients, jusqu'à un an après leur sortie d'hôpital, et en coordination avec les intervenants habituels des patients.

Projet 'Parcours de santé - Article 70' (suite)

Objectifs

L'éducation thérapeutique est « *un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » (HAS – INPES).

Le projet porté par Osmose propose aux patients âgés polypathologiques et polymédicamentés un programme d'éducation thérapeutique pour :

- acquérir une meilleure connaissance de leurs pathologies, des symptômes et de leurs traitements,
- acquérir des compétences d'auto-soin (exemples : organiser sa prise médicamenteuse pour éviter les oublis ; adapter son régime alimentaire à la prise de diurétiques,...),
- acquérir des compétences de sécurité (exemples : savoir gérer des situations à risque de déstabilisation de la santé ; savoir repérer des signes d'alerte pour consulter à temps ; savoir identifier et interpeller des personnes ressources,...),
- poursuivre l'intervention d'éducation thérapeutique par un accompagnement au long cours (1 an) aux fins de suivi et d'évaluation.

Moyens spécifiques

- utilisation du soin transitionnel OMAGE
- création d'outils d'éducation thérapeutique et de suivi spécifiques,
- financement d'un poste d'Infirmier d'éducation thérapeutique (0,75 ETP).

Acteurs impliqués

Pour l'implantation du projet, son suivi et son évaluation :

- le réseau de santé Osmose, en tant que porteur du projet,
- l'Hôpital Antoine Béclère et l'Hôpital Corentin Celton,
- l'Agence Régionale de Santé (ARS Délégation Hauts-de-Seine et ARS Ile-de-France),
- la Direction de la Sécurité Sociale et Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine,
- la Haute Autorité de Santé.

Pour la mise en œuvre concrète du projet :

- l'infirmier d'Education Thérapeutique salarié du réseau Osmose,
- les gériatres et l'équipe de soins pluridisciplinaire de l'Hôpital Antoine Béclère et de l'Hôpital Corentin Celton,
- les intervenants habituels des patients, dont le médecin traitant en tant que partenaire privilégié,
- l'équipe de coordination du réseau Osmose (en relais de l'intervention de l'infirmier d'éducation thérapeutique, si besoin).

Evaluation

Une analyse *ex ante* de la situation est réalisée. Son objectif est de permettre une comparaison avant et après expérimentation, de mettre en place des indicateurs de pratiques cliniques pertinents et indispensables à l'évaluation du projet. Cette évaluation est accompagnée par la HAS et l'ARS.

Durée

La convention de financement du projet Osmose a été conclue pour une durée de 3 ans minimum (+ 2 ans maximum de reconduction possible), à compter du 1^{er} octobre 2012.

Exemples de prise en charge

Cas clinique n° 1 - pôle Cancérologie

Monsieur T. - Montrouge

Contexte :

L'épouse de Mr T. sollicite le réseau en octobre 2012 : son mari est atteint d'un glioblastome depuis février 2012.

Il souffre de pertes de mémoire, se déplace difficilement à l'extérieur du domicile et présente des difficultés pour parler. Il est seul toute la journée car sa femme travaille et il déprime « énormément ». Des adresses de psychologues partenaires, proches de leur domicile, sont alors données à l'épouse par la secrétaire, et les documents d'information du réseau sont envoyés par mail.

Madame souhaite également être rappelée par le médecin coordinateur pour obtenir des informations plus médicales concernant les troubles de mémoire.

Lorsque le médecin rappelle, Madame expose son projet : il faudrait lui trouver un neuro psychologue pour qu'il évalue et rééduque les troubles de mémoire de son mari. Elle refuse d'entendre que les neuro psychologues effectuent, certes, des évaluations mais ne rééduquent pas, qu'ils ne sont pas installés en libéral et que ceux qui travaillent sur le territoire du réseau exercent en gériatrie. Elle veut aussi qu'on lui trouve une structure qui accueille son mari dans la journée car il est isolé, ne peut plus ni lire ni écrire et s'ennuie. Elle aurait déjà mis en place le passage d'une auxiliaire de vie.

Elle trouve « lamentable » qu'il n'y ait rien d'organisé pour des « personnes si malades qui ont été opérées et qui sont ensuite abandonnées ». Alors qu'un contact avec les assistantes sociales de la CRAMIF lui est proposé, en vue d'une mise en mi-temps thérapeutique ou d'une réorientation professionnelle de son mari, elle dit « avoir été jetée » par ces mêmes assistantes sociales.

Au cours de cet entretien, elle veut "tout", et en même temps, semble mettre toute proposition en échec. Finalement, alors que la conversation s'envenime, la proposition d'une visite d'évaluation au domicile pour mieux comprendre la situation est acceptée et apaise instantanément sa colère, elle semble avoir surtout besoin d'être entendue, accompagnée car exaspérée et en souffrance.

Compte tenu de la particularité du réseau, tri thématique, une discussion préalable en staff d'équipe est nécessaire, afin de savoir quel pôle de référence prendra en charge ce patient : cancérologie ou soins palliatifs (optimisation de l'expertise par rapport à la situation et épargne de l'équipe en évitant des visites au domicile redondantes).

Eléments chiffrés de l'année 2011 :

Début de prise en charge : **25/10/2012**

Durée de prise en charge : **132 jours (au 05/03/2013) - prise en charge toujours en cours**

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

Nombre de visites à domicile : **2**

Durée totale des visites à domicile : **2 heures et 10 minutes**

Nombre d'entretiens avec un psychologue (dérogations tarifaires) : **8**

Durée cumulée des entretiens avec le psychologue : **5 heures et 15 minutes**

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

Durée consultation de diététique : **1 heure et 15 minutes**

Nombre de discussions en staff d'équipe de la situation : **5**

Nombre d'appels téléphoniques : **107**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **6 heures et 31 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **6** (médecins, assistante sociale, diététicien, psychologue)

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 1 - pôle Cancérologie (suite)

La prise en charge débute en amont du rendez-vous de visite à domicile par une recherche d'informations médicales auprès des intervenants que sa femme nous a indiqués.

Les oncologues du CLCC expliquent que le patient est en bon état général, mais présente des troubles cognitifs majeurs qui limitent ses actions et activités, dont il est conscient, et des céphalées très invalidantes. Le glioblastome est « contrôlé » avec un pronostic actuellement considéré comme "favorable".

Madame est le pilier de tout leur quotidien et est épuisée.

Toujours en amont de la visite à domicile, la recherche d'un neuropsychologue est effectuée, grâce aux connaissances des ressources et de l'organisation du territoire acquises par l'équipe de coordination. Dans un établissement proche du CLCC, il existe une unité de rééducation neurologique, initialement dédiée aux patients VIH, et ouverte aux problématiques post AVC, qui peut recevoir ce Monsieur pour une évaluation. Le rendez-vous est géré par l'équipe de coordination du réseau, pour soulager Madame.

Visite au domicile :

La visite au domicile est réalisée le 13/11/2012 par le médecin coordinateur du pôle cancérologie, l'assistante sociale et l'interne du réseau. A cette occasion, on découvre la complexité du circuit de prise en charge : le diagnostic a été porté dans un service de neurologie d'un premier établissement ; un service de neurochirurgie dans un autre établissement a été sollicité pour l'intervention ; une orientation en CLCC pour radiothérapie et chimiothérapie a ensuite été réalisée ; le patient a enfin séjourné plusieurs mois dans un SSR. Ce circuit correspond à 4 mois 1/2 d'hospitalisation ; le patient est revenu à son domicile depuis le 08/05/2012, où il vit avec sa femme et son fils de 5 ans.

Des professionnels interviennent au domicile : orthophoniste, plusieurs passages par semaine ; kinésithérapeute, deux fois par semaine, orthoptiste, deux fois par semaine.

Sur le plan médical, on retrouve des céphalées importantes quasi constantes, fronto-temporales gauches avec une composante neuropathique (décharges, hyperesthésie).

Monsieur T. a un discours redondant concernant cette douleur, les effets indésirables des antalgiques déjà testés (Oxycontin et Lyrica) qui l'endorment. Il préfère supporter une douleur modérée que d'être "cassé" et de ne pouvoir rien faire, notamment s'occuper de son fils. Depuis un épisode de somnolence majeur, Mr T. a peur de tester de nouveaux médicaments antalgiques. Il existe des épisodes paroxystiques douloureux, notamment le matin, mais Mr T. ne prend pas ses médicaments dès son lever, il préfère les prendre vers 11h pour être soulagé plus durablement au cours de la journée.

Il se plaint d'oublis, s'ennuie au domicile. Il sort peu, uniquement pour se rendre à ses rendez-vous d'orthoptie et chercher son fils à l'école. Sa femme demande s'il existe des associations qui proposeraient des activités adaptées au handicap de son mari. Monsieur a un rythme de vie "décalé" et mange peu.

Sur le plan social, le patient est en arrêt maladie et perçoit des indemnités journalières. Un dossier pour l'Allocation Adulte Handicapé a été fait. Un accord a été donné en mai mais Madame ne sait pas si les indemnités sont déjà versées.

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 1 - pôle Cancérologie (suite)

Lors de la visite au domicile, plusieurs propositions sont faites au couple :

- Pour la douleur, insistance sur l'utilisation de moyens éventuellement non médicamenteux (chaleur, hypnose, sophrologie) et sur l'utilisation de tout ce qui pourra être bénéfique à Monsieur : poursuite de l'orthoptie, aide d'un psychologue pour diminuer l'angoisse importante engendrée par cette douleur, évaluation de la douleur au domicile par le médecin coordinateur du pôle soins palliatifs du réseau car les évaluations en CLCC sont quasi impossibles si l'épouse ne l'accompagne pas en consultation.
- Pour les troubles cognitifs, prise d'un rendez-vous en consultation avec un neuropsychologue en USSR Neuro. Suite à cette évaluation, une éventuelle hospitalisation en USSR pourra être proposée pour aider Mr T. dans sa rééducation et offrir un temps de répit à la conjointe, s'ils en acceptent l'idée.
- Poursuite du travail avec l'orthophoniste.
- Proposition de séances d'ergothérapie.
- Proposition d'un passage d'une diététicienne au domicile pour évaluer les apports alimentaires et corriger d'éventuelles erreurs.
- Sur le plan social :
 - ⇒ Proposition de contacter la MDPH pour savoir où en est le dossier pour l'AAH. Notre assistante sociale apprendra qu'il est effectivement reconnu handicapé à 80 % et bénéficie d'une prestation compensation handicap à hauteur de 95 heures/mois.
 - ⇒ Information donnée sur les fonds de la Ligue contre le cancer en cas de soucis financier
- Recherche de bénévoles ou d'association pour faire participer Monsieur à des activités
- Proposition de soutien psychologique pour Madame et pour l'enfant : elle nous dit être déjà suivie.
- Accompagnement de cette famille selon les besoins au fur et à mesure de l'évolution.

Suivi :

Les contacts avec Madame sont réguliers, elle souffre des difficultés de communication avec son mari. Nous insistons sur le démarrage d'un soutien psychologique.

Elle aimerait pouvoir s'exprimer dans une association de personnes vivant une situation similaire, mais n'en trouve pas. Une recherche effectuée par l'équipe permet de lui donner des coordonnées de trois associations de patients atteints de troubles neurologiques.

L'équipe de coordination fait un lien régulièrement auprès des différents intervenants et entre-eux : les oncologues, le neuropsychologue, l'orthophoniste, le médecin traitant. Malgré de nombreuses tentatives, il a été impossible de contacter le neurologue ayant initialement pris en charge ce patient, et de lui obtenir un rendez-vous de consultation pour faire un point sur les problèmes spécifiquement neurologiques mis en évidence par l'évaluation neuro psy : troubles cognitifs dominés par une aphasie fluante et discrète logorrhée, ralentissement idéo moteur non facilitant.

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 1 - pôle Cancérologie (suite)

Au lendemain de la première rencontre avec le psychologue, il nous contacte en urgence pour faire remonter un élément important concernant l'épouse qu'il a trouvée très déprimée, ne prenant pas l'antidépresseur prescrit, et surtout, sombrant dans l'alcool. Il a trouvé Madame en très grande souffrance. L'équipe se charge alors de faire le lien avec le médecin traitant pour lui signaler la situation, et prendre de façon rapprochée des nouvelles de cette famille pendant les congés, car elle est isolée, ayant des contacts de plus en plus distants avec leurs parents et fratries.

2^{de} visite au domicile :

Une visite pour évaluation de la douleur est réalisée. La caractérisation de la douleur est rendue difficile par manque du mot. Il y aurait deux pics douloureux dans la journée : un le matin et un au milieu de l'après-midi, très intense et d'installation très rapide. Le rapport de Monsieur aux médicaments est particulier et l'observance thérapeutique n'est pas optimale. L'évocation d'introduction de morphinique est rejetée du fait d'expériences antérieures. Il dit ne pas avoir eu de Lyrica, mais il a très peur des effets indésirables.

Suivi :

Dans les suites de cette seconde visite à domicile, un passage de bénévoles de l'association « ASP Présence » sera mis en place, ce que Monsieur apprécie beaucoup. Cela lui permet d'être accompagné aux séances d'orthoptie, ou de sortir prendre un café, comme s'il n'était pas malade.

Une orientation du patient vers un médecin d'USP pratiquant l'hypnose apporte enfin une amélioration aux douleurs. La proposition d'hospitalisation de répit faite par l'équipe, relayée par le médecin traitant et par le médecin de l'USP, est pour l'instant non mise en œuvre.

Lors d'un point effectué avec le psychologue qui accompagne Madame, elle lui a confié son envie de partir quelques jours en province chez sa sœur, avec son mari et leur fils, à l'occasion des vacances scolaires.

Lors de la première visite à domicile, elle avait confié se sentir dans une impasse et nous avait remercié en disant que nos propositions lui avait rouvert des horizons, certes modestes, mais réels. Elle n'aurait pas pu se lancer dans ce projet sans le travail accompli depuis le début de la prise en charge par l'ensemble des acteurs et le lien établi entre eux par la réseau.

Apports du réseau :

- Informations personnalisées, explications, reformulation, soutien
- Recherche d'intervenants, orientations adaptées à la situation
- Temps d'écoute et de soutien
- Place de tiers, génération de liens
- Soins de support (diététique, passage de bénévoles)
- Réponse sociale
- Soutien psychologique

Exemples de prise en charge (suite)

Table de recueil de données

Actes de coordination medico-psycho-sociale

Monsieur T. – Montrouge

Patient de complexité 3

Légende :

Complexité 1
Complexité 2
Complexité 3

Actes effectués ou services rendus			
Evaluation	*	Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	13	Présentation du réseau et de ses actions	1
Repérage des manques et analyse des besoins	5	Envoi de documentation sur le réseau	1
Visite au domicile : demande et organisation	6	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	4
Visite au domicile initiale	1	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	2
Visite au domicile de suivi	1	Inclusion	3
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	6
Partage de l'information		Recherche d'intervenants pour le patient	4
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1	Sollicitation des intervenants référents du patient	2
Demande de rappel (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	16	Question/Réponse sociale	1
Contenu du message laissé (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	9	Conseil thérapeutique	1
Interlocuteur absent	21	Education thérapeutique	
Cahier de liaison remis au patient		Anticipation – prévention	
Transmission d'informations vers l'extérieur	263	Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP)	1
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	57	Accompagnement dans les choix effectués	
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	60	Mobilisation de liens familiaux	
Soins de support		Plate-forme séjour temporaire	
Réunion d'information		Astreinte téléphonique	
Autres soins de support	4	Gestion de problématiques psychiatriques associées	
Groupe de réflexion et échanges		Signalement/gestion de maltraitance, abus	
Accompagnement psychologique	15	Protection juridique	
Diététique	8	Expertise Médicale Tribunal / protection juridique	
Socio-esthétique	1	Fonds FNASS	
Relaxation	1	Fonds Ligue Contre le Cancer	1
Bénévoles	8	Fonds de secours du réseau	
Médiation		Aide Personnalisée à l'Autonomie	
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...	1	Autres aides (spécifiques ou non)	1
Concertation sur la situation du patient	16	Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	1
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 pour ce patient

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 2 - pôle Gériatrie

Madame X.- Le Plessis Robinson

Eléments chiffrés :

Début de prise en charge : **19/07/2012**

Durée de prise en charge : **224 jours**

Nombre de visite à domicile : **1**

Nombre de réunion de concertation avec les partenaires : **1**

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

Durée totale des visites à domicile, réunions de concertation et consultation et consultation de socio-esthétique : **3 heures et 20 minutes**

Nombre d'appels téléphoniques : **85**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **5 heures et 29 minutes**

Nombre de discussions en staff d'équipe de la situation de Mme X. : **5**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **4** (médecin, infirmière, assistante sociale et socio-esthéticienne)

Contexte :

C'est la coordination Gériatrie du Plessis Robinson qui a sollicité le réseau pour nous faire part de la situation complexe de Mme X.

Mme X vit au domicile avec son mari. Elle a une maladie orpheline depuis l'enfance pour laquelle elle ne bénéficie plus d'aucun suivi depuis 10 ans. Elle a une reconnaissance handicap auprès de la MDPH à 80 % et perçoit la PCH (prestation compensation handicap).

Mme X souffre de démangeaisons qui gênaient le bon déroulement de la toilette par les auxiliaires de vie.

L'époux de Mme X est épuisé par la prise en charge de Mme, il avoue aux intervenants du domicile qu'il lui arrive de secouer violemment son épouse et de la jeter sur le lit. Il a déjà quitté le domicile à 2 reprises.

Une réunion de concertation est alors organisée avec la coordination gériatrie et les intervenants du domicile. C'est à l'issue de cette concertation qu'une visite d'évaluation au domicile est fixée.

Visite au domicile :

Nous constatons que Mme X se laisse aller : elle fume 3 paquets de cigarettes par jour et boit 1 litre de vin par jour. Elle ne fait aucun effort pour sortir de son lit. Devant son mari, elle se dit incapable de bouger les jambes, puis, quand il quitte la chambre, elle mobilise ses 2 jambes sans difficultés. Par ailleurs, elle se tourne sur le côté dans son lit toute seule, alors que c'est l'auxiliaire de vie qui doit la mobiliser pour la toilette au lit.

Elle signale également que la relation avec son mari est difficile car il l'insulte quotidiennement mais ne la frappe plus. Par le passé, il lui aurait provoqué de multiples fractures. Monsieur confirme tous les dires de Mme X. Il exprime également le souhait de ne plus s'occuper d'elle et que d'ailleurs il souhaite qu'elle meurt. Il nous dit qu'il ne la change pas quand elle est souillée et qu'il la laisse dans son vomi ; qu'il se contente de lui préparer à manger.

Devant tous ces éléments, nous demandons en tête à tête à Madame si elle ne préférerait pas vivre ailleurs, en dehors de cette maltraitance. La réponse est clairement négative ; elle souhaite rester chez elle.

Elle présente des démangeaisons incessantes, sans lésions cutanées autres que celles habituellement présentes dans le cadre de sa maladie orpheline.

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 2 - pôle Gériatrie (suite)

Suivi :

Madame X ne souhaitant pas quitter le domicile, nous proposons de renforcer le passage d'intervenants extérieurs et soutenir Madame.

Nous contactons alors l'assistante sociale MDPH pour réévaluer la PCH au domicile et augmenter le nombre d'heures, notamment pour un change supplémentaire l'après-midi, ainsi qu'une aide au ménage.

Nous sollicitons également, en accord avec le couple, le passage au domicile d'une socio-esthéticienne et d'un psychologue.

Pour finir, nous demandons au médecin traitant de réévaluer la démangeaison de Madame X et nous lui faisons part de nos constatations.

Toutefois, cette situation nous inquiétant compte-tenu du contexte maltraitant du domicile, nous évoquons cette situation en staff d'équipe. Nous décidons de différer le signalement au Procureur de la République puisque Madame X y est opposée.

Trois semaines après la visite au domicile, le mari de Madame X nous envoie un appel à l'aide par mail. Il nous informe qu'il a été maltraitant physiquement vis-à-vis de son épouse et « qu'il faut faire quelque chose ». Nous le rappelons et il nous déclare qu'il ne souhaite plus garder son épouse au domicile.

Nous contactons alors le médecin traitant afin qu'il aille au domicile et qu'il organise l'hospitalisation en urgence de Madame afin de la protéger de son mari. En parallèle, une sauvegarde de justice et un signalement au Procureur de la République sont faits en urgence.

Madame X est alors hospitalisée à où elle est restée 3 semaines. Nous avons eu plusieurs contacts avec l'assistante sociale et les médecins du service afin de leur faire part de la situation du domicile. Le mari de Madame X, quant à lui, nous appelait régulièrement pour nous dire qu'il ne souhaitait pas que sa femme retourne au domicile et que si tel était le cas il ne s'en occuperait pas et qu'il pourrait même la tuer.

Finalement, Madame X retourne à son domicile, malgré les mises en garde du réseau. Entre temps, le Procureur de la République a saisi le Juge des tutelles que nous avons tenu informé.

Après discussion de cette situation en staff d'équipe, nous avons décidé de ne plus intervenir dans cette situation, puisque nous ne cautionnions pas ce retour à domicile.

Apports du réseau :

- Ecoute et soutien du couple
- Etablissement d'une relation de confiance avec le mari de Madame X, ce qui a permis à Monsieur de nous solliciter
- Rôle d'alerte auprès du médecin traitant, du Procureur de la République et du service hospitalier
- Réponse sociale
- Soins de support (socio esthétique et psychologue)

Exemples de prise en charge (suite)

Table de recueil de données
Actes de coordination medico-psycho-sociale
Madame X – Le Plessis Robinson
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	27	Présentation du réseau et de ses actions	1
Repérage des manques et analyse des besoins	15	Envoi de documentation sur le réseau	
Visite au domicile : demande et organisation	4	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	5
Visite au domicile initiale	1	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	4
Visite au domicile de suivi		Inclusion	1
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	9
Partage de l'information		Recherche d'intervenants pour le patient	
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1	Sollicitation des intervenants référents du patient	8
Demande de rappel (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	11	Question/Réponse sociale	4
Contenu du message laissé (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	6	Conseil thérapeutique	
Interlocuteur absent	9	Education thérapeutique	
Cahier de liaison remis au patient	0	Anticipation – prévention	
Transmission d'informations vers l'extérieur	161	Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP)	
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	44	Accompagnement dans les choix effectués	2
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	36	Mobilisation de liens familiaux	4
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	14
Accompagnement psychologique	3	Protection juridique	4
Diététique		Expertise Médicale Tribunal / protection juridique	2
Socio-esthétique	4	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,...	15	Autres aides (spécifiques ou non)	12
Concertation sur la situation du patient	14	Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	2
Réunion post-décès			
Réunion de concertation, synthèse, coordination, bilan	1		
Réajustement d'un parcours de soins chaotique	7		
Aide à l'adhésion à une décision de soins			
Tiers extérieur - Aide à l'analyse de situation complexe	12		

* Nombre d'actes réalisés pour ce patient

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 3 - pôle Soins palliatifs

Monsieur R. – Issy-Les-Moulineaux

Contexte :

Patient de 63 ans, atteint d'un cancer du pancréas avec métastases hépatiques diagnostiqué en septembre 2012. Il a eu deux lignes de chimiothérapie sans effet sur le cancer et qui ont été arrêtées face à l'altération de son état général. Son souhait, clairement exprimé à l'équipe hospitalière, aux soignants libéraux, puis au réseau, était de pouvoir décéder à son domicile entouré de sa famille. Nous sommes contactés par l'EMSP hospitalière pour faire le relai au domicile.

Monsieur R. vit dans un appartement au 11ème étage avec son épouse. Ils avaient deux fils, très proches et présents.

Il a des soins infirmiers réalisés par 3 infirmiers libéraux.

1ère visite au domicile :

Après contact avec son médecin traitant, qui est très engagé dans la prise en charge, nous rencontrons un homme très volontaire, sachant ce qu'il voulait : pouvoir rester à son domicile jusqu'au bout. Son épouse adhère totalement à son projet et le soutient dans cette démarche.

Au niveau thérapeutique : il était asthénique, douloureux au niveau abdominal, avait fait une chute suite à un malaise sur hypotension orthostatique, avait des escarres stade 1 au niveau des trochanters.

A notre passage, il n'y avait pas de matériel médical mis en place.

Propositions du réseau :

- Adaptation thérapeutique antalgique en collaboration avec le médecin traitant.
- Evaluation et proposition de matériel médical adapté à sa situation : lit médicalisé, fauteuil de transfert, pistolet, coussin anti-escarre.
- Proposition de prescriptions anticipées d'augmentation des antalgiques en cas de besoin, d'une sonde urinaire et du matériel de pose.
- Inclusion au sein de l'astreinte téléphonique du réseau.
- Proposition de la mise en place d'auxiliaire de vie pour soulager Madame R., refus de sa part.

Suivi :

Contacts réguliers entre l'épouse, le médecin traitant (ou sa remplaçante), les infirmiers libéraux et la pharmacienne pendant le mois de suivi.

Monsieur R. a fait une première décompensation douloureuse le week-end de Noël. Adaptation thérapeutique des doses par les infirmiers libéraux, grâce aux prescriptions anticipées et les conseils téléphoniques du médecin d'astreinte téléphonique du réseau.

Mise en place dans la journée du 24 décembre de morphine par voie injectable continue grâce à la mise en place d'un diffuseur par voie IV, en collaboration étroite entre le réseau, le médecin traitant qui est passé au domicile, les infirmiers et la pharmacienne.

Son épouse appellera régulièrement le réseau et le médecin d'astreinte pour se rassurer sur les traitements, le problème de la constipation liée à l'alitement et aux opioïdes.

La douleur se stabilise pendant une semaine.

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 3 - pôle Soins palliatifs (suite)

2^{de} visite au domicile :

Franche altération de l'état général ; patient peu communicant, grabataire dans son lit, douloureux à la moindre mobilisation et en particulier au niveau abdominal. Diagnostic d'un globe vésical clinique confirmé au Bladder Scan.

Propositions du réseau :

- Demande aux infirmiers de poser la sonde.
- Adaptation thérapeutique de la morphine, avec l'accord du médecin traitant.
- Soutien à son épouse et un de ses fils présents.
- Proposition d'un soutien psychologique qu'ils refusent.
- Renouvellement de la mise en place d'auxiliaire de vie qu'ils refusent également.

Suivi :

Les infirmiers n'ont pas réussi à poser la sonde urinaire.

Organisation dans la journée, avec l'accord de l'épouse du patient et du médecin traitant, d'un hôpital de jour dans le service de cancérologie de référence pour poser la sonde urinaire avant un retour à domicile le soir même.

Organisation en parallèle, dans la journée, de la mise en place d'une PCA de morphine avec le médecin traitant (conseil thérapeutique pour la rédaction des ordonnances et sur les doses nécessaires), la pharmacienne d'officine (révision avec elle sur les doses et les concentrations des ampoules de morphine nécessaire) et les infirmiers (soutien de l'infirmier du prestataire sur la mise en place technique de la pompe).

Monsieur R. nécessite une augmentation des doses d'antalgique environ une fois par semaine. Apparition de nausées nécessitant un traitement antinauséux associant Haldol et corticoïdes par voie IV.

Apparition d'une agitation dans la nuit de vendredi à samedi qui ne cèdera pas à l'augmentation de l'Haldol et du Lysanxia en gouttes. Face à cette agitation, le médecin d'astreinte du réseau s'est mis en lien avec la pharmacie hospitalière le samedi matin qui a accepté, suite à une prescription, de délivrer du Midazolam pour une sédation anxiolytique terminale. Les enfants sont allés chercher le médicament à la pharmacie hospitalière.

Monsieur R. décèdera 2 jours plus tard, soulagé, calme, entouré de son épouse et de ses enfants, à son domicile selon son souhait.

Apport du réseau :

- Support psychologique et coordination logistique pour Monsieur R. et son épouse afin qu'ils puissent aller ensemble au bout de son projet.
- Conseil thérapeutique des médecins du réseau (en journée et lors de l'astreinte téléphonique) au médecin traitant pour faire face à l'évolution symptomatique de Monsieur R.
- Conseil et soutien logistique aux infirmiers et au pharmacien de ville.

Eléments chiffrés :

Début de prise en charge : **19/12/2012**

Durée de prise en charge : **36 jours**

Nombre de visites à domicile : **2**

Durée totale des visites à domicile : **3 heures et 15 minutes**

Nombre d'appels téléphoniques : **94**

- dont nombre d'appels pendant l'astreinte de nuit et/ou de week-end : **11**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **8 heures et 14 minutes**

- dont durée des appels pendant l'astreinte de nuit et/ou de week-end : **1 heure et 3 minutes**

Nombre de discussions en staff d'équipe de la situation de Monsieur R. : **1**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ce patient : **6** (médecins, infirmiers, assistante sociale)

Exemples de prise en charge (suite)

Table de recueil de données

Actes de coordination medico-psycho-sociale

Monsieur R. – Issy-Les-Moulineaux

Patient de complexité 3

Légende :

	Complexité 1
	Complexité 2
	Complexité 3

Actes effectués ou services rendus			
Evaluation	*	Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	32	Présentation du réseau et de ses actions	2
Repérage des manques et analyse des besoins	7	Envoi de documentation sur le réseau	
Visite au domicile : demande et organisation	6	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	16
Visite au domicile initiale	1	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	3
Visite au domicile de suivi	1	Inclusion	2
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	19
Partage de l'information		Recherche d'intervenants pour le patient	
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1	Sollicitation des intervenants référents du patient	7
Demande de rappel (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	9	Question/Réponse sociale	2
Contenu du message laissé (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	7	Conseil thérapeutique	17
Interlocuteur absent	8	Education thérapeutique	
Cahier de liaison remis au patient		Anticipation – prévention	3
Transmission d'informations vers l'extérieur	200	Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP)	2
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	50	Accompagnement dans les choix effectués	1
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	62	Mobilisation de liens familiaux	1
Soins de support		Plate-forme séjour temporaire	
Réunion d'information		Astreinte téléphonique	13
Autres soins de support		Gestion de problématiques psychiatriques associées	
Groupe de réflexion et échanges		Signalement/gestion de maltraitance, abus	
Accompagnement psychologique	2	Protection juridique	
Diététique	4	Expertise Médicale Tribunal / protection juridique	
Socio-esthétique		Fonds FNASS	2
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)	3
Concertation sur la situation du patient	36	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	2		
Tiers extérieur - Aide à l'analyse de situation complexe			

* Nombre d'actes réalisés pour ce patient

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 4 - prise en charge sociale

Madame D. - Châtillon

Contexte :

Mme D., âgée de 49 ans, est divorcée. Elle habite dans un appartement situé au premier étage, sans ascenseur.

Elle a un fils qui est proche d'elle et un bon entourage familial.

Mme D. est suivie dans un hôpital à proximité, dans le cadre d'un cancer diagnostiqué en décembre 2011. Elle a bénéficié de chimiothérapie puis de radiothérapie. Mme D. semble épuisée.

En Janvier 2012, Mme D. nous a contacté afin de savoir ce que pouvait lui proposer le réseau. Elle nous a informé avoir trouvé notre plaque à l'hôpital.

Après une présentation du Réseau Osmose et des soins de support que l'on pouvait proposer, Mme D. a souhaité, dans un premier temps, avoir le passage de la socio-esthéticienne. Mme D. ne souhaitait pas bénéficier d'une aide au maintien à domicile et n'a pas fait part de problèmes sociaux ou financiers qui auraient pu être engendrés par sa maladie et son arrêt de travail.

En Mars 2012, Mme D. a repris contact avec le réseau pour nous informer de ses difficultés de logement. En effet, elle avait reçu un courrier en recommandé avec accusé de réception en Octobre 2011, l'informant que la propriétaire de la résidence était décédée et que les héritiers vendaient les logements. Cependant, elle n'avait pas donné suite à ce courrier.

Demande - Besoin :

Nous avons proposé une visite à domicile à Mme D. afin d'évaluer avec elle ses difficultés administratives et financières.

Visite au domicile :

Lors de la visite à domicile, Mme D. a exprimé qu'elle avait des difficultés financières. Elle nous a confié percevoir 747 € d'indemnités journalières. Lorsque nous avons fait le calcul de ses charges mensuelles, nous nous sommes aperçues que ce montant s'élevait à 995 € dont 850 € de loyer. Mme D. a fait une demande de logement social, mais le dossier est très récent.

Nous avons pu constater que Mme D. avait une dette de gaz d'un montant de 115 €.

L'entourage familial est très présent et l'aide financièrement pour son loyer, son téléphone et l'internet.

Éléments chiffrés :

Début de prise en charge : 15/03/2012

Durée de prise en charge : **380 jours** - prise en charge toujours en cours.

Nombre de visites à domicile : **3**

Durée des visites à domicile : **4 heures et 50 minutes**

Nombre de consultations au domicile de la psychologue : **5**

Durée cumulée des consultations au domicile de la psychologue : **5 heures**

Nombre de consultations au domicile de la socio-esthéticienne : **6**

Durée cumulée des consultations au domicile de la socio-esthéticienne : **5 heures et 15 minutes**

Nombre d'appels téléphoniques : **74**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **5 heures et 53 minutes**

Nombre de discussions en staff d'équipe de la situation de Mme D. : **3**

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

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 4 - prise en charge sociale (suite)

Mme D. nous a informé être suivie par une assistante sociale de Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF) qui gère ses dossiers d'indemnités journalières et de déblocage d'une prévoyance. L'assistante sociale de la CRAMIF a également instruit une demande d'aide au maintien à domicile auprès de la Ligue contre le Cancer pour soulager Mme D. des tâches ménagères.

Mme D. affirme ne pas être suivie par une autre assistante sociale et ne pas être suivie non plus par Mme B., assistante sociale de l'hôpital de jour de l'hôpital où elle est prise en charge.

D'après Mme D. il n'y aurait aucune autre dette ou d'impayé.

Propositions du réseau :

- Proposition d'instruire une demande d'aide financière exceptionnelle pour aider Mme D. à financer sa facture de gaz. Elle accepte.
- Concernant le logement : proposition à Mme D. de faire une demande d'allocation logement. Elle accepte également. Elle souhaite que nous lui envoyions la demande par courrier. Nous lui conseillons également de faire un courrier à la commission de médiation (DALO) pour informer de sa situation et de l'urgence de celle-ci. Avec l'accord de Madame, nous faisons ce courrier.
- Proposition à Mme de finir de faire ses changements d'adresse.
- Nous proposons à Mme l'intervention de la socio-esthéticienne dans le cadre des soins de support. Elle accepte.
- Nous informons également Mme qu'elle peut bénéficier d'un accompagnement psychologique. Mme D. nous informe qu'elle nous appellera quand elle en ressentira le besoin.

Quelques jours après la visite, Mme D. recontacte l'assistante sociale du réseau, afin que celle-ci l'aide à instruire la demande d'aide au logement. Une deuxième visite à domicile est alors programmée.

2nde visite au domicile :

Lors de cette visite à domicile pour l'instruction de la demande d'aide au logement, l'assistante sociale a pu constater que Mme D. avait une dette de loyer de 5 500 €uros de son ancien logement. Elle l'explique par le fait qu'elle ne recevait plus de quittance de loyer et pensait, comme le logement était en vente, qu'elle ne devait plus payer. Cependant, Mme avait reçu plusieurs lettres de mise en demeure de payer, lettres auxquelles elle n'a pas donné suite. Le dossier a donc été transmis à un huissier de justice.

Mme nous informe par ailleurs qu'elle n'a toujours pas de nouvelle de l'aide au maintien à domicile de la Ligue contre le cancer.

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 4 - prise en charge sociale (suite)

Propositions du réseau :

- Instruction du dossier d'aide au logement
- Proposition de contacter l'huissier pour l'informer de la situation et trouver un arrangement.
- Proposition de contacter la Circonscription à la Vie Sociale (CVS) pour voir si Mme pourrait bénéficier d'un Fonds Social Logement pour l'aider à régulariser la dette de son ancien logement. Nous avons contacté la CVS lors de la visite à domicile. Cela n'est pas possible car Mme D. n'est plus dans le logement.
- Proposition de contacter la Ligue contre le Cancer pour voir où en est le dossier.
- Nous re-proposons un accompagnement psychologique. Mme D. accepte.

Suivi :

Nous avons contacté l'huissier qui gérait la situation de Mme D. Il nous informe, contrairement à ce qu'a pu dire Mme D., qu'il a eu plusieurs échanges de courrier avec celle-ci. Elle l'aurait informé de son état de santé mais pas qu'elle aurait des difficultés à payer. Nous avons proposé à l'huissier un plan d'apurement de la dette à 20 €uros par mois. Il accepte. Je l'informe, en accord avec Mme D. que ce montant pourra être revu à la reprise de travail de Mme. Nous informons l'huissier que nous allons tenter de demander une aide financière pour aider Mme à résorber cette dette.

La Ligue contre le Cancer nous informe que l'association d'aide à domicile va prendre contact avec Mme pour la mise en place d'un plan d'aide au domicile.

3ème visite au domicile :

Mme accepte le plan d'apurement de sa dette locative de l'ancien logement. Elle s'est engagée par écrit auprès de l'huissier à lui verser la somme de 20 €uros chaque mois, jusqu'à épuisement de la dette.

Au regard de ses ressources (747 €uros / mois) et de ses charges (995 €uros / mois) nous suggérons à Mme de trouver un logement plus petit le temps que la ville lui trouve un logement social. Elle refuse cette proposition. Nous voyons avec elle si un membre de sa famille peut l'héberger en attendant. Cela ne paraît pas possible pour elle.

Mme va manger tous les midis chez sa mère pour réduire les frais de nourriture. L'entourage familial continue à financer le téléphone, l'internet, la nourriture, les assurances.

Proposition du réseau :

- Proposition de solliciter une aide financière de 500 €uros auprès de la Ligue contre le Cancer pour accompagner Mme D. dans le remboursement de la dette de son ancien logement. Nous avons obtenu une aide financière exceptionnelle de 400 €uros en Septembre 2012.

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 4 - prise en charge sociale (suite)

Suivi :

Nous avons continué le suivi auprès de Mme D. avec l'assistante sociale de la CRAMIF. Il s'est avéré par la suite, que Mme D. était également suivie par l'assistante sociale de l'hôpital de jour. Nous avons donc fait un point ensemble sur la situation, afin de ne pas faire de demandes en doublon et de faire un suivi cohérent de la situation.

Nous avons toutes les trois conseillé à Mme D. de déposer un dossier de surendettement à la Banque de France pour la soulager financièrement. Elle a accepté cette demande.

Les demandes d'aides instruites auprès du Conseil Général par l'assistante sociale de la CVS pour accompagner Mme dans les frais d'ouverture de compteur EDF/GDF de son nouveau logement ont été refusées.

Actions du réseau :

- Travail en collaboration avec les partenaires extérieurs
- Suivi social, accompagnement administratif et financier
- Soins de support
- Accompagnement, soutien et écoute auprès de Mme D.

Exemples de prise en charge (suite)

Table de recueil de données

Actes de coordination medico-psycho-sociale

Madame D. – Châtillon

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	19	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	10	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	1
Visite au domicile initiale	1	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	3
Visite au domicile de suivi	2	Inclusion	1
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	5
Partage de l'information		Recherche d'intervenants pour le patient	3
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1	Sollicitation des intervenants référents du patient	1
Demande de rappel (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	12	Question/Réponse sociale	15
Contenu du message laissé (sur répondeur, à un autre interlocuteur)	8	Conseil thérapeutique	
Interlocuteur absent	16	Education thérapeutique	
Cahier de liaison remis au patient		Anticipation – prévention	
Transmission d'informations vers l'extérieur	77	Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP)	
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	21	Accompagnement dans les choix effectués	
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	39	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	9	Protection juridique	
Diététique		Expertise Médicale Tribunal / protection juridique	
Socio-esthétique	17	Fonds FNASS	
Relaxation	1	Fonds Ligue Contre le Cancer	9
Bénévoles		Fonds de secours du réseau	2
Médiation		Aide Personnalisée à l'Autonomie	
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...		Autres aides (spécifiques ou non)	16
Concertation sur la situation du patient	9	Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	6
Réunion post-décès			
Réunion de concertation, synthèse, coordination, bilan	3		
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			

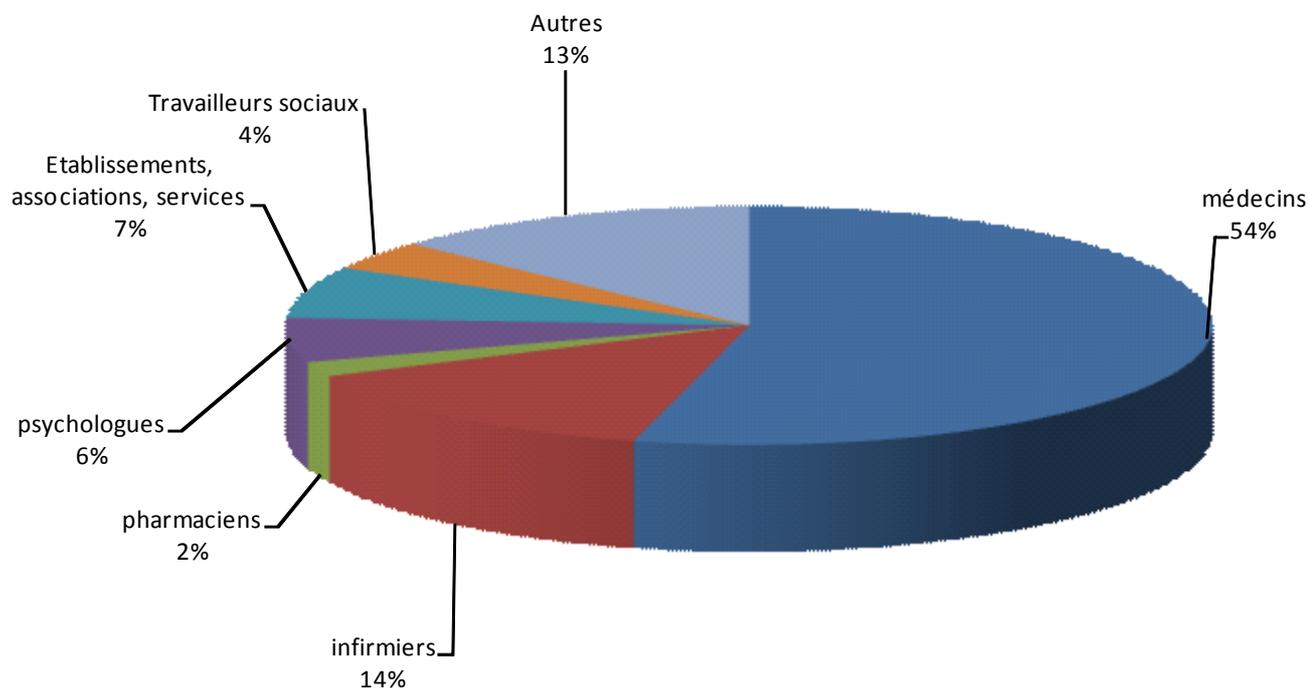
* Nombre d'actes réalisés pour ce patient

Les actions en direction des professionnels

Professionnels en lien avec le réseau

Les professionnels en lien avec le réseau sont les 1513 intervenants qui, au cours de l'année 2012, 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 1513 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 **9 groupes de travail** qui se sont réunis en 2012.

Groupe de travail	Pôle de référence	Objectifs	Réunions en 2012	Participations enregistrées en 2012	Durée cumulée des réunions
Astreinte téléphonique	Soins palliatifs	Assurer le suivi et la gestion de l'astreinte téléphonique mutualisée avec le réseau Scop	2	10	4 h 00
Diabétologie		Etudier la faisabilité de l'ouverture du réseau à la diabétologie	2	23	4 h 00
Formations	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs	Organiser les formations proposées par le réseau	1	8	1 h 30
Onco Communication	Cancérologie	Diffuser l'information sur la prise en charge cancérologique sur le territoire	1	8	2 h 00
Onco Gyneco Sein	Cancérologie	Echanger sur la surveillance du cancer du sein sur le territoire et organiser le partenariat avec Gynecomed	1	11	2 h 00
Parcours de santé des personnes âgées—Projet 'Article 70'	Gérontologie	Mettre en œuvre le projet 'Article 70'	3	32	5 h 00
Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)	Cancérologie	Organiser et suivre le projet PPAC	2	12	3 h 30
Psychologues	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs	Mettre en œuvre et suivre les consultations des psychologues	6	80	9 h 00
Relations avec les EHPAD	Gérontologie	Mettre en place des circuits optimaux de prise en charge entre les EHPAD et l'hôpital Béclère	1	21	2 h 00
Total général			19	205	33 h 00

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 **205 participations** enregistrées en 2012, faut-il ajouter 38 participations supplémentaires (2 permanents du réseau en moyenne x 19 réunions). Soit un total de participations s'élevant à 243.

Formations-Conférences pluridisciplinaires

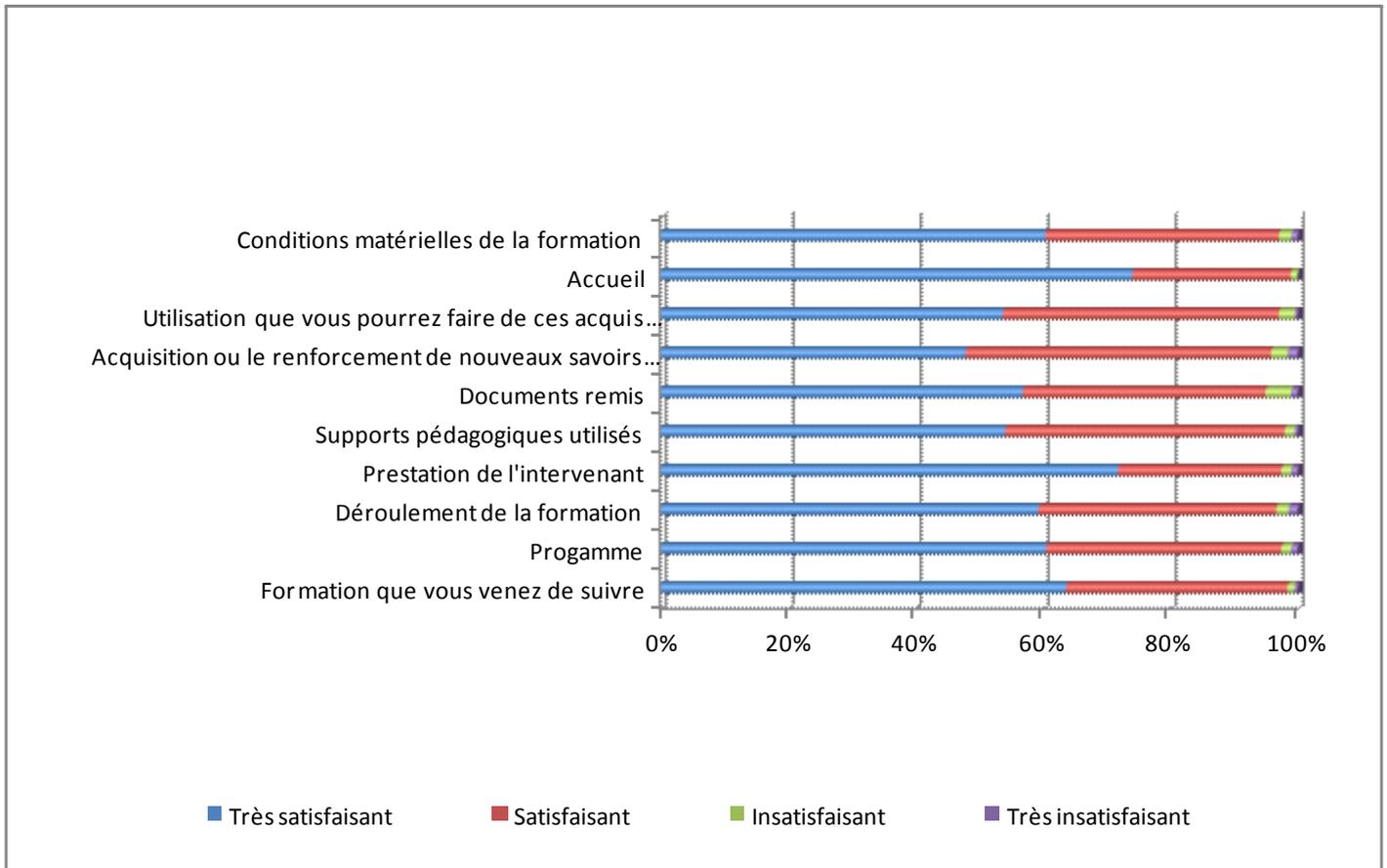
En 2012, Osmose a proposé **10 formations-conférences pluridisciplinaires**. Les formations ont lieu dans les locaux du réseau, généralement le mardi soir, de 20 h 30 à 22 h 30.

Formations	Pôle	Dates	Participants
Chimiothérapies et fin de vie : quelles indications ?	C - SP	17 janvier	21
Peau et cancers (session n° 2)	C	14 février	23
La fin de vie au domicile	SP	13 mars	29
Dénutrition de la personne âgée	G	10 avril	24
Traitements morphiniques : actualités	SP	15 mai	15
Orienter un patient vers un psychologue. Pourquoi ? Comment ?	C - G - SP	12 juin	8
La prévention des chutes	G	9 octobre	27
Les nouveaux traitements de chimiothérapie	C	13 novembre	20
La prise en charge des escarres	C - G - SP	29 novembre	14
La prise en charge du cancer du pancréas	C - SP	4 décembre	23
Total			204

Formations (suite)

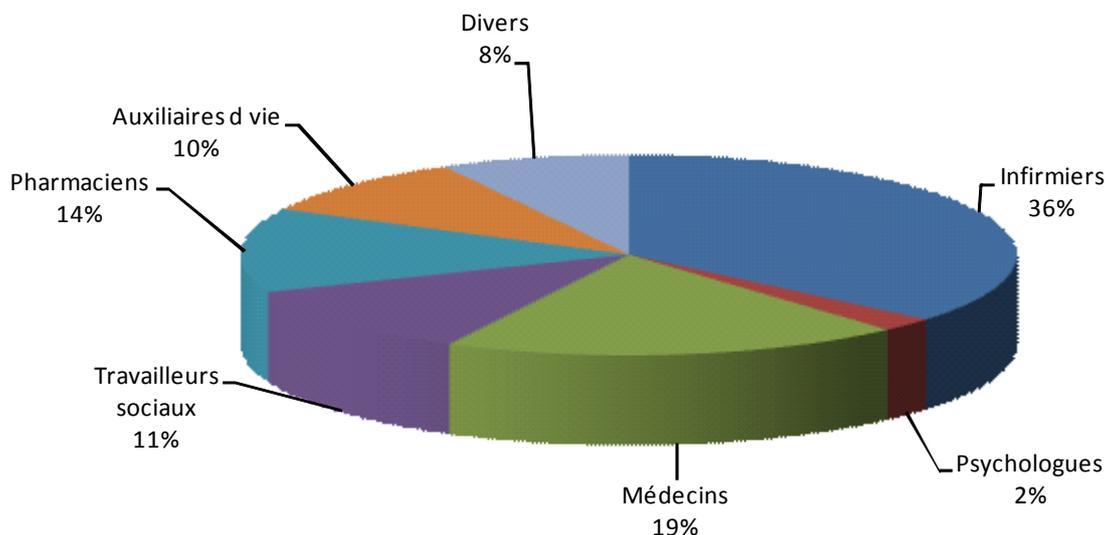
L'évaluation des formations est réalisée au sortir de chaque séance, par le biais d'un questionnaire anonymisé.

Résultats de l'ensemble des évaluations des 10 formations



Profil des 177 professionnels participants des formations

177 professionnels différents ont participé à l'une ou plusieurs des 10 formations de 2012, qui ont enregistré **204 participations**.



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 2012, 5 rencontres thématiques ont été organisées :

- le 31 janvier - thème : **'Répondre aux questions des enfants malades et/ou en fin de vie'**
- le 27 mars - thème : **'La juste distance professionnelle dans l'accompagnement de la fin de vie'**
- le 5 juin - thème : **'Dire la vérité au patient. Pourquoi ? Comment ?'**
- le 18 septembre - thème : **'Le risque d'épuisement chez les proches'**
- le 11 décembre - thème : **'Corps malade, corps souffrant'**

Au total, ces rencontres thématiques ont enregistré **51 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.

Des intervenants extérieurs à l'équipe de coordination du réseau assurent également certaines séances de formation en complément des membres de l'équipe.

Partenaire :

En 2012, le réseau Osmose a obtenu un financement de la Fondation de France pour participer à la mise en œuvre de ces formations.

Formations réalisées :

Au cours de l'année 2012, 5 EHPAD (Carnot à Antony, La Chartraine à Antony, Sainte-Emilie à Clamart, Les 9 Muses à Issy-les-Moulineaux et La Fondation Lasserre à Issy-les-Moulineaux) ont bénéficié de cette formation.

Au total, **15 séances** de formation ont été organisées.

Sur ces 15 séances, **162 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"> • réflexion sur les acquis et les savoirs à acquérir • présentation des objectifs de la formation • définitions des concepts • les ressources en soins palliatifs
Séquence 2	La douleur	<ul style="list-style-type: none"> • la définir • la reconnaître, l'évaluer • la soulager • prévenir les douleurs induites
Séquence 3	Les symptômes inconfortables autres que la douleur	<p><i>dyspnée, encombrement, escarres, anxiété/dépression, agitation/confusion, constipation, nausées/vomissements, bouche (sèche, douloureuse, malodorante, mycoses...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les repérer, les évaluer • les prévenir, les anticiper • les soulager
Séquence 4	L'accompagnement des patients et des familles	<ul style="list-style-type: none"> • souffrance morale des patients • les processus de deuil • facteurs influençant le deuil des proches • recommandations pour un accompagnement institutionnel • situations cliniques vécues
Séquence 5	Le décès	<ul style="list-style-type: none"> • respect des rites avant et après • la toilette mortuaire • étude de situations cliniques
Séquence 6	Questions éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • alimentation • hydratation • traitements curatifs/palliatifs • le respect des volontés du patient

Formations aux médecins et aux infirmiers en formation

Le réseau Osmose a été sollicité en 2012 par les services des Hôpitaux Antoine Béclère 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, **4 séances** de formation ont été organisées en 2012. D'une durée de 2 h 00 chacune, elle ont accueilli **20 participants** au total.

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Clamart a également sollicité le réseau en janvier 2012 pour une intervention de 3 h 00 afin de présenter aux infirmiers étudiant le réseau Osmose et son action dans le cadre du maintien des patents au domicile.

Cette séquence de formation était suivie par près de **70 stagiaires**.

Formation PRADO'M

Action de formation soutenue par l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Régional d'Ile-de-France, la formation « **PRADO'M** » constitue une **expérience pilote** menée conjointement au nord de Paris et dans le sud des Hauts-de-Seine. Il s'agit d'une action de formation de professionnalisation pour la « **Prévention de la dénutrition et de la déshydratation des personnes âgées à domicile** ».

L'hôpital Antoine Béclère, l'hôpital Corentin Celton et le réseau Osmose ont été choisis comme sites d'expérimentation de cette formation proposée aux **équipes d'auxiliaires de vie, d'aides à domicile et d'aides soignants**.

Cette formation est gratuite pour les stagiaires et les structures employeurs ; elle donne lieu à une convention de formation pour la prise en charge 'Formation Continue'. Elle est constituée de **14 modules** de formation d'une journée à un mois d'intervalle se déroulant à l'hôpital Antoine Béclère, à l'hôpital Corentin Celton et au réseau Osmose.



Il s'agit d'une formation pratique, basée sur une approche globale et transversale des principaux facteurs générant des risques de dénutrition et de déshydratation pour les personnes âgées, articulée autour de six domaines de connaissance et de savoir-faire : nutrition, psycho-gerontologie, addiction, douleur, santé bucco-dentaire et activité physique.

Cette formation a été initiée en 2012, avec les 3 premiers modules organisés dans les locaux du réseau en octobre, novembre et décembre.

Les modules suivants seront organisés de janvier à avril 2013, à l'Hôpital Corentin Celton et à l'Hôpital Antoine Béclère.

Au total, 20 stagiaires participent à cette formation et sont salariés de structures d'aide à domicile ou de SSIAD intervenant dans le sud des Hauts-de-Seine et partenaires du réseau :

- CCAS de Sceaux
- Domusvi Domicile
- Famille Services
- Mozaïque
- SSIAD de Montrouge
- Synergie
- Yzzéo

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 2012, **1** déjeuner-rencontre a été organisé en mai et a accueilli **12 médecins** traitants.

Oncodocs

En 2009, les réseaux EssonOnco, Onco 94 Ouest, Oncosud, Oncoval et Osmose ont ouvert le site 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 2012, les travaux de ce groupe se sont poursuivis au cours de 9 réunions de travail :

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



www.oncodocs.fr



Diffusion du Guide 'Douleur en ville'

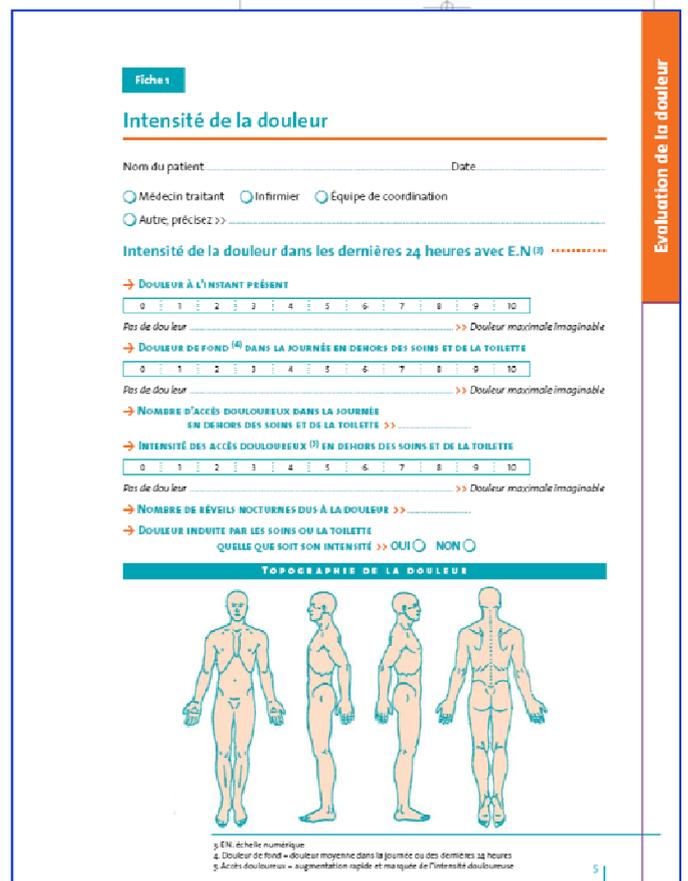
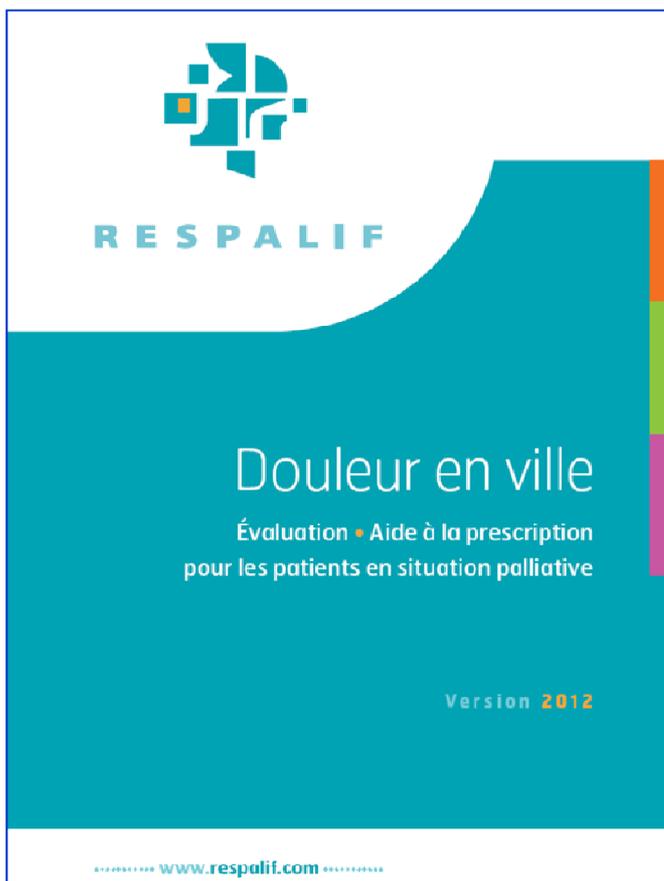
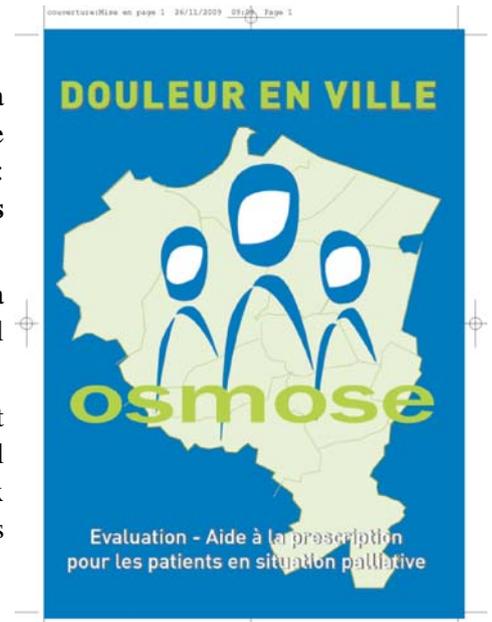
Depuis 2004, le réseau de soins palliatifs Ensemble développe une démarche d'accompagnement des professionnels dans la prise en charge de la douleur, notamment au travers de l'édition d'un livret d'aide à l'évaluation et à la prescription.

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.

En parallèle, 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 a participé à ces travaux qui ont permis d'éditionner le guide : "Douleur en ville : Evaluation et Aide à la prescription pour les patients en situation palliative".

Ce livret s'appuie sur des recommandations de bonne pratique, dont la majorité concerne la douleur cancéreuse et les pratiques hospitalières. Il propose une adaptation au contexte des soins palliatifs à domicile.

Les démarches et les modes de traitement présentés ne sont pas exclusifs et ne sont pas un référentiel. Le livret est informatif et constitue un outil d'aide à la prise en charge de la douleur. Il ne se substitue pas aux décisions cliniques des médecins qui demeurent responsables de leurs prescriptions.



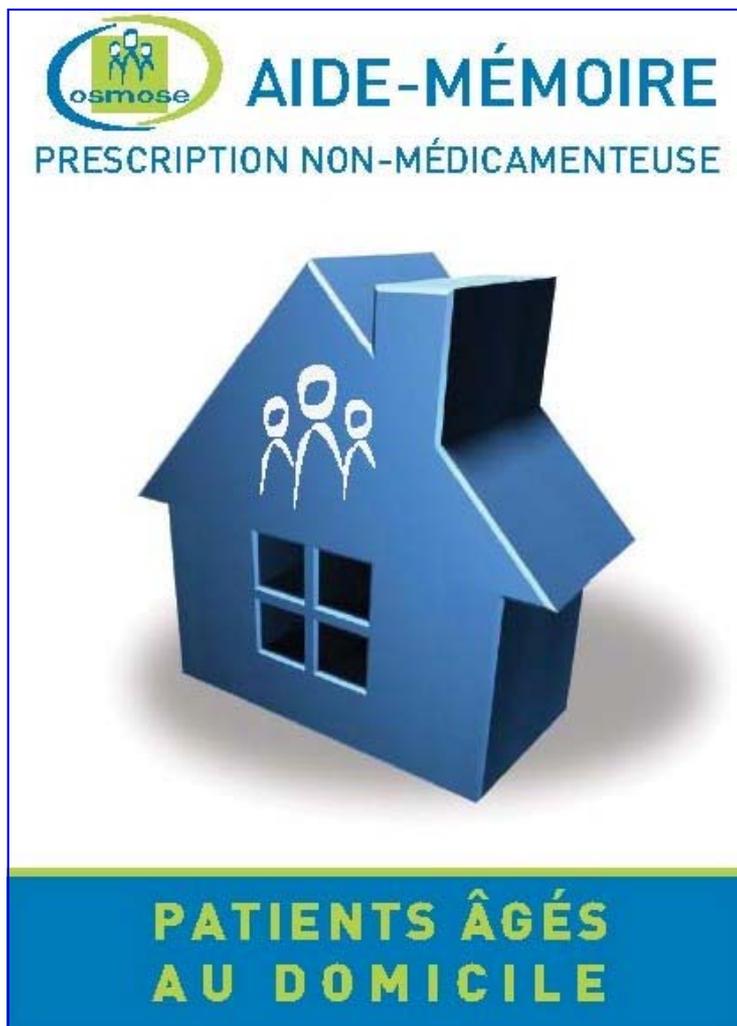
3. EN: échelle numérique
 4. Douleur de fond = douleur moyenne dans la journée ou des dernières 24 heures
 5. Accès douloureux = augmentation rapide et marquée de l'intensité douloureuse

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, et il a continué d'être distribué en 2012 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
---	---

2

Le xx/xx/xxxx

ALD30 / HORS ALD 30

1

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

1- Rythme journalier :

une fois par jour
deux fois par jour (si souillure)

2

2- Rythme hebdomadaire

.....jours par semaine
ou 7 jours par semaine, week end et férié inclus .

3

4

3- Durée prévisible des soins :

.....

4- Pansement complexe

6

5- Localisation de la lésion :

6- 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

- 1 Si les soins doivent être réalisés à domicile, il faut le mentionner.
- 2 Il est possible de laisser l'initiative du rythme de changement du pansement à l'infirmier.
- 3 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).
- 4 Si le pansement doit être refait les dimanches et jours fériés, il faut le préciser sur l'ordonnance.
- 5 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.
- 6 A préciser quand il s'agit d'un pansement qui nécessitera du temps de soins, pour que l'infirmier puisse appliquer le tarif en lien avec l'acte et le temps passé pour le réaliser.

Enquête de satisfaction auprès des patients et des professionnels

Le réseau Osmose a réalisé en 2012 une étude quantitative de satisfaction, auprès des patients, de leurs proches et des professionnels de santé partenaires.

L'enquête visait à évaluer quantitativement le niveau de satisfaction des bénéficiaires du réseau et à comprendre quantitativement et qualitativement leurs attentes et leur évaluation du service rendu.

Cette étude de la satisfaction et des attentes des bénéficiaires du réseau visait un objectif pragmatique d'amélioration des pratiques de l'équipe de coordination du réseau, notamment s'agissant du type de réponse proposée aux patients, à leur entourage et aux professionnels. Cette démarche témoignait également d'un enjeu de lisibilité du réseau, mais aussi d'optimisation, d'adaptation et d'exhaustivité des réponses proposées par l'équipe de coordination.

Le rapport détaillé et complet de cette enquête est disponible sur le site internet du réseau, dont voici ci-dessous une synthèse :

400 répondants

- 200 professionnels
- 200 patients ou proches

Les professionnels

- 98 % ont une vision globale positive du réseau,
- 94 % sont satisfaits de leur collaboration avec l'équipe de coordination du réseau,
- 86 % estiment que le réseau facilite la coordination des intervenants,
- 94 % pensent que le réseau améliore la prise en charge des patients.

Parmi les professionnels utilisateurs des services proposés par le réseau

- 100 % sont satisfaits par l'astreinte téléphonique,
- 98 % sont satisfaits :
 - de l'accompagnement global des patients,
 - de la coordination sociale,
 - de la recherche de solutions,
 - des expertises cancérologique et/ou gériatrique et/ou palliative,
- 97 % sont satisfaits :
 - des visites à domicile d'évaluation,
 - des connaissances du réseau sur les ressources du territoire,
- 96 % sont satisfaits de la transmission et du partage de l'information,
- 95 % sont satisfaits :
 - de la fonction « ressource » du réseau,
 - des formations,
- 91 % sont satisfaits des groupes de travail

Enquête de satisfaction auprès des patients et des professionnels (suite)

Dans leurs commentaires libres, les professionnels reconnaissent

- la pertinence et la fiabilité de l'information transmise,
- la qualité et l'intérêt de la coordination,
- la rupture d'isolement liée à l'intervention du réseau,
- le soutien, le renfort et l'appui apporté par le réseau (surtout de la part des professionnels libéraux),
- le rôle facilitateur du réseau dans le maintien à domicile,
- la qualité des expertises,
- le professionnalisme, la disponibilité et la réactivité de l'équipe de coordination,
- l'importance du rôle de tiers régulateur et médiateur,
- la pertinence du réseau dans les situations complexes,
- l'aide du réseau à la prise de décision,
- l'intégration adaptée et efficace du réseau dans le paysage médical territorial.

A noter également d'abondants remerciements en direction de l'équipe de coordination du réseau, inscrivant la relation des professionnels au réseau sur le plan humain et dans le cadre d'une implication émotionnelle forte.

Les professionnels insatisfaits de l'action du réseau sont une minorité de répondants : 5,6 %.

Les motifs d'insatisfaction concernent :

- la circulation et le partage de l'information,
- la demande de réunions d'échanges entre professionnels,
- le besoin de réunions de concertation et de synthèse sur des situations particulières de prise en charge de patients complexes.

N.B. : ces réponses et outils sont déjà proposés par le réseau. Pourquoi certains professionnels n'ont-ils pas identifié ces outils ? Qu'est-ce qui fait défaut à l'appropriation de ces outils par certains professionnels ?

Les patients et les proches

- 87 % sont satisfaits de l'action globale du réseau

Parmi les patients et/ou proches utilisateurs des services proposés par le réseau

- 94 % sont satisfaits par :
 - l'information et les conseils,
 - l'astreinte téléphonique,
- 93 % sont satisfaits des visites à domicile d'évaluation,
- 92 % sont satisfaits :
 - de la coordination,
 - de l'aide au maintien à domicile,
 - du soutien de la famille,
- 91 % sont satisfaits :
 - du rôle de médiateur et de tiers régulateur du réseau,
 - de l'aide à l'entrée en institution,
- 90 % sont satisfaits du soutien, de l'écoute et de la disponibilité de l'équipe de coordination,
- 86 % sont satisfaits :
 - de l'accompagnement social,
 - des orientations vers des psychologues libéraux partenaires du réseau,
- 82 % sont satisfaits des soins de support.

Enquête de satisfaction auprès des patients et des professionnels (suite)

Dans leurs commentaires libres, les patients et/ou les proches reconnaissent

- le soutien, le renfort et l'appui apporté par le réseau,
- la qualité et l'intérêt des soins de support,
- la transmission de l'information, son décodage et l'aide à l'appropriation de cette information,
- le temps consacré à l'écoute et sa qualité,
- l'aide à la prise en charge matérielle,
- la pertinence de la coordination de la prise en charge,
- la disponibilité d'un interlocuteur mobilisable et disponible en cas de besoin,
- les échanges entre patients,
- la régulation, le rôle de tiers aidant à prendre les décisions.

A noter également de très chaleureux remerciements en direction de l'équipe de coordination du réseau, inscrivant la relation des patients et/ou de leurs proches au réseau sur le plan humain et dans le cadre d'une grande proximité relationnelle.

Les patients et proches insatisfaits de l'action du réseau sont une minorité de répondants : 5,3 %.

Les motifs d'insatisfaction concernent :

- certains délais de réponse du réseau jugés trop longs,
- le nombre trop limité de soins de support proposés (pour l'accompagnement psychologique principalement),
- la difficulté du déplacement jusque dans les locaux du réseau,
- un déficit de connaissance sur l'existence du réseau,
- la prise en compte insuffisante de l'après-maladie.

Fiche de liaison EHPAD - Etablissements de Santé

Origine :

Dans le cadre des projets collaboratifs avec l'hôpital Bécclère, l'équipe de gériatrie du Dr Mion avait organisé plusieurs réunions de rencontre avec les responsables des EHPAD des 14 communes du sud des Hauts-de-Seine afin de mieux se connaître et d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées. Ces fiches de liaison ont été créées et validées en janvier 2012 par un groupe de travail issu de ces rencontres et constitué des membres de l'équipe de gériatrie du Dr Mion de l'Hôpital Antoine Bécclère, des médecins et directeurs d'EHPAD et de l'équipe de coordination du réseau Osmose.

Objectif :

Améliorer la communication entre les structures (EHPAD et établissements de santé) lors d'une hospitalisation et/ou à la sortie d'hôpital.

Ces documents sont à la disposition de nos partenaires, téléchargeables et modifiables en fonction des besoins.

Utilisation :

Enveloppe accompagnant le résident de son départ de l'EHPAD jusqu'à son retour, sur laquelle deux check-lists sont collées. Ces deux check-lists sont des fiches de liaison : l'une concerne le passage de la personne âgée de l'EHPAD vers l'hôpital et la deuxième de l'hôpital vers l'EHPAD.

Contenu des deux listes :

Pour une hospitalisation, la fiche de liaison permet de rappeler les données administratives de la personne et le contenu de l'enveloppe avec le dossier de liaison d'urgence, les traitements en cours, les derniers examens biologiques, les derniers comptes-rendus (hospitalisation, radiologique, ...), la fiche de liaison infirmière, les copies des attestations de carte vitale et de mutuelle, le bon de transport, si la personne référente a pu être prévenue ou pas, et des données relatives aux prothèses (auditives ou dentaires) ainsi que des données administratives de l'EHPAD.

Pour la sortie d'hospitalisation, les données relatives à l'EHPAD sont rappelées avec la liste des éléments à ne pas oublier : la lettre de sortie et/ou le compte-rendu d'hospitalisation, les ordonnances de sortie (traitement, pansement, dispositifs médicaux, ...), la dernière radiographie, le dernier examen biologique, la fiche de liaison infirmière, le fait de savoir si l'entourage a été prévenu de la sortie et les données relatives aux prothèses.

Fiche de liaison EHPAD - Etablissements de Santé

[Tampon de l'EHPAD]

A l'arrivée dans un service hospitalier

Dossier d'hospitalisation – Check List

Remis le : _____

Nom Prénom : _____

Date de naissance : _____

Médecin traitant : _____

**Cette enveloppe doit
suivre le patient au
cours de son
hospitalisation**

Cette pochette contient :

- Dossier de liaison d'urgence (renseignements médicaux)
- Traitement en cours
- Derniers examens biologiques
- Derniers comptes-rendus (hospitalisation, radiologique, ...)
- Fiche de liaison infirmière

- Carte vitale et mutuelle (copies des attestations)
- Bon de transport
- Personne à prévenir en urgence (coordonnées dans l'enveloppe) :

Prévenue du transfert Oui Non Si non, pourquoi :

- Le résident part de l'EHPAD avec :
- Appareil auditif Droite Gauche Géré par le résident oui non
 - Appareil dentaire Haut Bas Géré par le résident oui non
 - Lunettes Géré par le résident oui non
 - Bijoux personnels (alliance, collier,...)¹

¹ L'hôpital déconseille le transfert avec des objets de valeurs

Fiche de liaison EHPAD - Etablissements de Santé

[Tampon EHPAD]

La sortie d'un service hospitalier

Merci d'appeler l'EHPAD au numéro suivant :

Fax :

- **En cas de transfert** sur un autre établissement hospitalier, d'admission dans un autre service ou en cas de décès.
- **Si un retour à l'EHPAD est envisagé, merci de contacter le plus tôt possible l'infirmière coordinatrice ou le médecin coordinateur.**

De manière générale, il est préférable de faire des retours sur l'EHPAD en journée et uniquement dans le cadre de soins réalisables (par exemple : pas de perfusion IV, sonde d'alimentation).

Merci de faxer les ordonnances de sortie à l'EHPAD au plus tôt.

Lors du retour à l'EHPAD, merci de ne pas oublier :

- La lettre de sortie et/ou compte-rendu d'hospitalisation
- Les ordonnances de sortie (traitement, pansement, dispositifs médicaux, ...)
- Dernière radiographie
- Dernier examen biologique
- Fiche de liaison infirmière
- Entourage prévenu de la sortie Oui Non

- Le résident sort du service avec :
- Appareil auditif
 - Appareil dentaire
 - Lunettes
 - Bijoux personnels (alliance, collier,...)

Réunions et rencontres de présentation du réseau

Tout au long de l'année 2012, **51 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
Maison des patients - René Huguenin	10 janvier	2 h 00	6
EHPAD Saint-Charles	11 janvier	1 h 00	5
CLIC Sud de Seine	20 janvier	2 h 00	8
Coordination gérontologique de Clamart	25 janvier	1 h 00	4
Réseaux de l'Isère	26 janvier	5 h 00	5
Réseau RIFHOP	31 janvier	2 h 00	3
Coordination gérontologique de Châtenay-Malabry	1er février	2 h 00	12
HAD AP-HP	6 février	2 h 00	6
CLIC d'Antony	14 février	2 h 00	5
SOLRES 92	16 février	2 h 00	6
ARS - Délégation 92	17 février	3 h 00	4
Centre hospitalier Les Abondances	23 février	2 h 00	5
EHPAD Les Quatre Saisons	5 mars	1 h 30	7
Santé Service	7 mars	2 h 30	4
Coordination gérontologique de Meudon	7 mars	3 h 00	20
Partenaires - présentation projet MAIA	8 mars	3 h 00	52
CVS de Clamart	20 mars	2 h 00	6
Assistante sociale Clinique l'Amandier	22 mars	1 h 00	2
CVS de Bagneux	29 mars	2 h 00	7
Equipes médico-sociales APA Sud	2 avril	2 h 30	16
Hôpital Privé d'Antony	11 avril	2 h 00	30
Ligue Contre le Cancer - Délégation 92	15 mai	2 h 00	3
Foyer Logement Arepa Fontenay-aux-Roses	16 mai	1 h 00	2
Association Amelys	6 juin	1 h 30	2
Réunion des médecins coordinateurs d'EHPAD	12 juin	2 h 00	20

Réunions et rencontres de présentation du réseau (suite)

Interlocuteurs	Dates	Durée	Participants
CLIC Sud de Seine	14 juin	1 h 00	3
Coordination gérontologique de Châtenay-Malabry	15 juin	2 h 00	15
EHPAD Jean Rostand	21 juin	1 h 30	6
Hôpital Percy - Service hématologie	3 juillet	2 h 00	15
Coordination gérontologique du Plessis-Robinson	4 juillet	2 h 00	12
Réseau de santé du Douaisis	6 juillet	6 h 00	6
EHPAD L'Erable Argenté	9 juillet	1 h 30	5
Réseau Onco Est Parisien	25 juillet	2 h 00	3
CPAM 92	5 septembre	2 h 00	7
CLIC de Sèvres	14 septembre	2 h 00	6
Réseau Le Pallium	19 septembre	1 h 30	4
Structures d'aide à domicile	24 septembre	2 h 00	9
Association Aurore	25 septembre	1 h 00	3
Coordination gérontologique de Sceaux	29 septembre	2 h 00	18
Coordination gérontologique de Meudon	3 octobre	1 h 30	8
Ligue Contre le Cancer - Délégation 92	9 octobre	2 h 00	6
Coordination gérontologique de Malakoff	16 octobre	2 h 00	9
CVS de Clamart	24 octobre	1 h 00	4
Equipe Spécialisée Alzheimer	26 octobre	1 h 30	2
Conseil Général 92	5 novembre	2 h 30	4
Clinique l'Amandier	6 novembre	2 h 00	9
CVS de Vanves	7 novembre	2 h 00	6
Hôpital Bretonneau	8 novembre	2 h 00	3
EHPAD Sainte-Emilie	5 décembre	1 h 00	7
SAMU 92	11 décembre	2 h 00	10
Coordination gérontologique de Vanves	17 décembre	2 h 00	13
Total	51	102 h 00	433

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.

Ce dossier permet la saisie à distance des données de RCP. A ce jour, trois établissements (l'Hôpital Bécclère, le CRTT de Meudon la Forêt et la Clinique de Meudon6plateau) l'utilisent pour cette saisie. Au 31 décembre 2012, **3 708 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.

↳ connexions

Au total, ce dossier informatisé a été utilisé par **72 utilisateurs** en 2012 (13 utilisateurs internes-équipes de coordination du réseau + 59 utilisateurs externes-professionnels partenaires du réseau).

Sur l'année 2012, un total de **188 917 actes** ont été enregistrés sur ce dossier (139 205 réalisés par l'équipe de coordination du réseau + 49 712 actes réalisés par les professionnels partenaires du réseau en accès distant)

Dossier informatisé sécurisé (suite)

Exemple d'une fiche de renseignements administratifs des patients

4D Client
Fichier Edition Edition Gestion Paramètres Statistiques Aide

Navigation Patients : AAAPATIENT TEST 1 Edmonde

OSMOSE
LEVEQUE Stéphane

Patients

Répertoire général
Adhérents réseau
Entourage

Formations
Formations, participants

Réunions
Réunions, participants

Protocoles

Agenda

Appels

Mails et Courriers

Mails et Courriers type

Versements reçus

Actes spécifiques

Règlements effectués

Tableaux de bord

Quitter

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

Cancérologie Référence
 Gériatrie Référence
 Soins Palliatifs Référence

N° Patient : Inclusion le : 00/00/00
Nom : AAAPATIENT TEST 1 Edmonde Sortie : 00/00/00
Âge : 55 ans Durée PEC :

Identité Social Intervenants Médical Soutien psychologique Nutrition Appels Courriers, Doc. liés Mvmts, Sorties, Refus Agenda, Historique

INFORMATIONS GÉNÉRALES

N° Patient : File active
Civilité : Madame Homme Femme
Nom : AAAPATIENT TEST 1
Nom sur carte SS : AAAPATIENT TEST 1
Prénom(s) : Edmonde
Etat civil (popup) :
Date de naissance : 15/02/1954 2 1954 Imprécis
Lieu de naissance :
Date de décès : 00/00/00 0 0 55 ans
Lieu de décès :
Personne de confiance :
Médecin référent : BOUJENAH Jean-Louis Référent
 BV8 Patient OSMOSE
 Enregistré le : 23/07/2008 Inclusion le : 00/00/00
 Sortie temporaire le : 00/00/00 Sortie définitive le : 00/00/00
 Refus le : 00/00/00

COORDONNÉES

Adresse légale :
Catégorie résidence : Autre (préciser) Bât. :
Établissement (option) :
Code immeuble : Etage : 0 RdC Porte :
Adresse : 18 av. de Gaulle

CP, Commune : 92 220 BAGNEUX

Adresse de résidence : Identique à l'adresse principale
Catégorie résidence : Domicile Bât. :
Établissement (option) :
Code immeuble : Etage : 0 RdC Porte :
Adresse : 18 av. de Gaulle

CP, Commune : 92 220 BAGNEUX

Coordonnées téléphoniques et autres :

Type	Numéro ou coordonnées	Usuel		
+	Mail	aaapatienttest1@wanadoo.fr	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-				

Email :
Commentaire :

ORIGINE DU CONTACT et DEMANDES

Nom : Accès direct FERNANDEZ Hervé
Origine du contact : Médecin spécialiste

Date	Demande	Action du réseau
17/11/2006	Suite d'hospitalisation	Réponse immédiate

<< < > >> Historique

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.

Ce dispositif conjoint devait permettre à des patientes domiciliées dans le sud des Hauts-de-Seine de bénéficier d'un schéma 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, les objectifs de ce dispositif visaient 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 permettait 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.

Lancé en 2011, ce projet de surveillance déléguée n'a permis l'inclusion d'aucune patiente dans le dispositif. De nombreux freins semblent être à l'origine de cet échec : faible motivation des professionnels (malgré un affichage contraire), opposition à la délégation, double positionnement chirurgien-gynécologue et gynécologue médical ; crainte des patientes à déléguer cette surveillance à un autre médecin référent ; proximité des soins réalisés en intra-territorialité,...).

Après 18 mois d'expérimentation, le groupe de travail a décidé de réfléchir à l'organisation d'une **surveillance alternée organisée**, à destination de toutes les patientes démarrant une surveillance.

Les bénéfices attendus de cette surveillance alternée seraient :

- la création et/ou le renforcement des liens avec les médecins de ville participant à la surveillance,
- un gain de temps de soins pour les professionnels d'établissement ,
- la proposition aux patientes de soins de support hors période de traitement spécifique, via le réseau,
- la formalisation d'un mode de surveillance, évitant les doublons d'exams.

Les travaux de ce groupe se poursuivent actuellement en vue de la formalisation de ce projet.

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 coordonnateur 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 concernés 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 initial de ce projet comportait 1 ETP d'Infirmier coordonnateur et ½ ETP de chargé de mission, pour une période non renouvelable de 12 mois. En 2012, un financement complémentaire a été attribué au réseau, pour une période de 6 mois.

La 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.

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.

Projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer (suite)

Enquête auprès des médecins généralistes

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

- construction d'un questionnaire après de longs échanges tout venant avec deux médecins généralistes « cobayes »
- interviews téléphoniques de 31 médecins généralistes du territoire du sud des Hauts-de-Seine.

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.

Détection des patients vulnérables

A la demande des professionnels participant au groupe de travail, un outil de détection des patients à risque de vulnérabilité sociale a été créé, afin d'optimiser leur suivi pendant et après le traitement.

Cet outil est actuellement en phase de test auprès des établissements partenaires.

Accompagnement des patients à risque d'aplasie

La poursuite du financement sur ce projet en septembre 2012 a permis de redéfinir des objectifs plus opérationnels à ce projet, après la phase initiale précédente d'observation et d'analyse de l'existant.

Le groupe de travail a opté pour la nécessité d'identifier les patients à risque d'aplasie et de positionner un infirmier coordinateur auprès de ces patients pour identifier les référents de ville, assurer la transmission des informations, la transmission des outils, aider les intervenants à gérer leur suivi et fluidifier leur parcours de santé.

Un protocole de fonctionnement et des indicateurs de suivi sont en cours d'élaboration.

Identification des ressources du territoire en cancérologie

Le groupe de travail Onco_Communication a validé et publié en 2012 le résultat du recensement des ressources du territoire du sud des Hauts-de-Seine en matière de prise en charge cancérologique. Ces ressources sont diffusées sur le Site Internet du réseau.

Etablissement	Services d'urgences	Gériatrie	IRM	Médecine nucléaire	TEP Scan	Social	Psy	Diététique	Douleur	Stoma-thérapie	Socio esthétique
HOPITAL ANTOINE BECLERE	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
C.C.M.L.			X	X	X	X	X	X	X		
C.R.T.T.								X			X
H.I.A. PERCY	X		X			X	X	X	X		X
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
POLE MEUDON PLATEAU	X	X				X	X	X		X	X

Dermatologie	RCP	Chirurgie	Chimio	Chirurgie Réparatrice	Radiothérapie
HOPITAL ANTOINE BECLERE					
C.C.M.L.					
CLINIQUE A. PARE		X			
C.R.T.T.					
H.I.A. PERCY	Val de Grâce	X		X	C.R.T.T.-V. / Val de Grâce
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	I.G.R.	X	X	X	Thiais / Clinique Porte St Cloud
POLE MEUDON PLATEAU	Hôp. A. Paré	X		X	C.R.T.T.-V. / Clinique Porte St Cloud

Digestif	RCP	Chirurgie	Chimio	CHIP	Radiothérapie
HOPITAL ANTOINE BECLERE	X	X	X	X	C.R.T.T.-V.
C.C.M.L.					
C.R.T.T.	X		X		C.R.T.T.-V.
H.I.A. PERCY	X	X	X		C.R.T.T.-V. / Val de Grâce
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	X	X	X		Thiais / Clinique Porte St Cloud
POLE MEUDON PLATEAU	X	X	X		C.R.T.T.-V. / Clinique Porte St Cloud

Gynécologie	RCP	Chirurgie	Chimio	Radiothérapie
HOPITAL ANTOINE BECLERE	X	X	X	C.R.T.T.-V.
C.C.M.L.				
C.R.T.T.	X		X	C.R.T.T.-V.
H.I.A. PERCY				
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	X	X	X	Thiais / Clinique Porte St Cloud
POLE MEUDON PLATEAU	X	X	X	C.R.T.T.-V. / Clinique Porte St Cloud

Identification des ressources du territoire en oncologie (suite)

Hématologie	RCP	Chimio	Chimio des Leucémies aigües	Greffe	Radiothérapie
HOPITAL ANTOINE BECLERE	X	X		I.G.R.	C.R.T.T.-V.
C.C.M.L.					
C.R.T.T.					
H.I.A. PERCY	X	X	X	X	C.R.T.T.-V. / Val de Grâce
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	I.G.R.	X		I.G.R.	Thiais / Clinique Porte St Cloud
POLE MEUDON PLATEAU					

ORL (hors Thyroïde)	RCP	Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie
HOPITAL ANTOINE BECLERE				
C.C.M.L.				
C.R.T.T.	X		X	C.R.T.T.-V.
H.I.A. PERCY	X	X	X	C.R.T.T.-V. / Val de Grâce
HOPITAL PRIVE D'ANTONY				
POLE MEUDON PLATEAU	X	X	X	C.R.T.T.-V. / Clinique Porte St Cloud

Pneumologie	RCP	Chirurgie	Chimiothérapie	Radiothérapie
HOPITAL ANTOINE BECLERE				
C.C.M.L.	X	X		C.R.T.T.-V. / Autres
C.R.T.T.	X		X	C.R.T.T.-V.
H.I.A. PERCY	X	X	X	C.R.T.T.-V. / Val de Grâce
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	X	X	X	Thiais / Clinique Porte St Cloud
POLE MEUDON PLATEAU	H.I.A. Percy		X	C.R.T.T.-V. / Clinique Porte St Cloud

Sénologie	RCP	Chirurgie	Chimio	Chirurgie Réparatrice	Radiothérapie	Accueil Sein (Circuit diagnostic rapide)
HOPITAL ANTOINE BECLERE	X	X	X	X	C.R.T.T.-V.	X
C.C.M.L.						
CLINIQUE A. PARE				X		
C.R.T.T.	X		X		C.R.T.T.-V.	
H.I.A. PERCY	X		X		C.R.T.T.-V.	
HIA PERCY						
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	X	X	X	X	Thiais / Clinique Porte St Cloud	X
POLE MEUDON PLATEAU	X	X	X	X	C.R.T.T.-V. / Clinique Porte St Cloud	

Identification des ressources du territoire en cancérologie (suite)

Thyroïde	RCP	Chirurgie	Consultation d'endocrinologie	Irathérapie
HOPITAL ANTOINE BECLERE	Pitié-Salpêtrière	X	X (en médecine nucléaire)	Pitié-Salpêtrière
C.C.M.L.				
C.R.T.T.				
H.I.A. PERCY	Val de Grâce	X	X	Val de Grâce
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	Cochin / I.G.R.	X	X	Cochin / I.G.R.
POLE MEUDON PLATEAU		X		

Urologie	RCP	Chirurgie	Chimio	Chirurgie robotisée	Radiothérapie
HOPITAL ANTOINE BECLERE	Kremlin Bicêtre		X		C.R.T.T.-V.
C.C.M.L.					
C.R.T.T.	X		X		C.R.T.T.-V.
H.I.A. PERCY					
HOPITAL PRIVE D'ANTONY	X	X	X		Thiais / Clinique Porte St Cloud
POLE MEUDON PLATEAU	X	X	X	X	C.R.T.T.-V. / Clinique Porte St Cloud

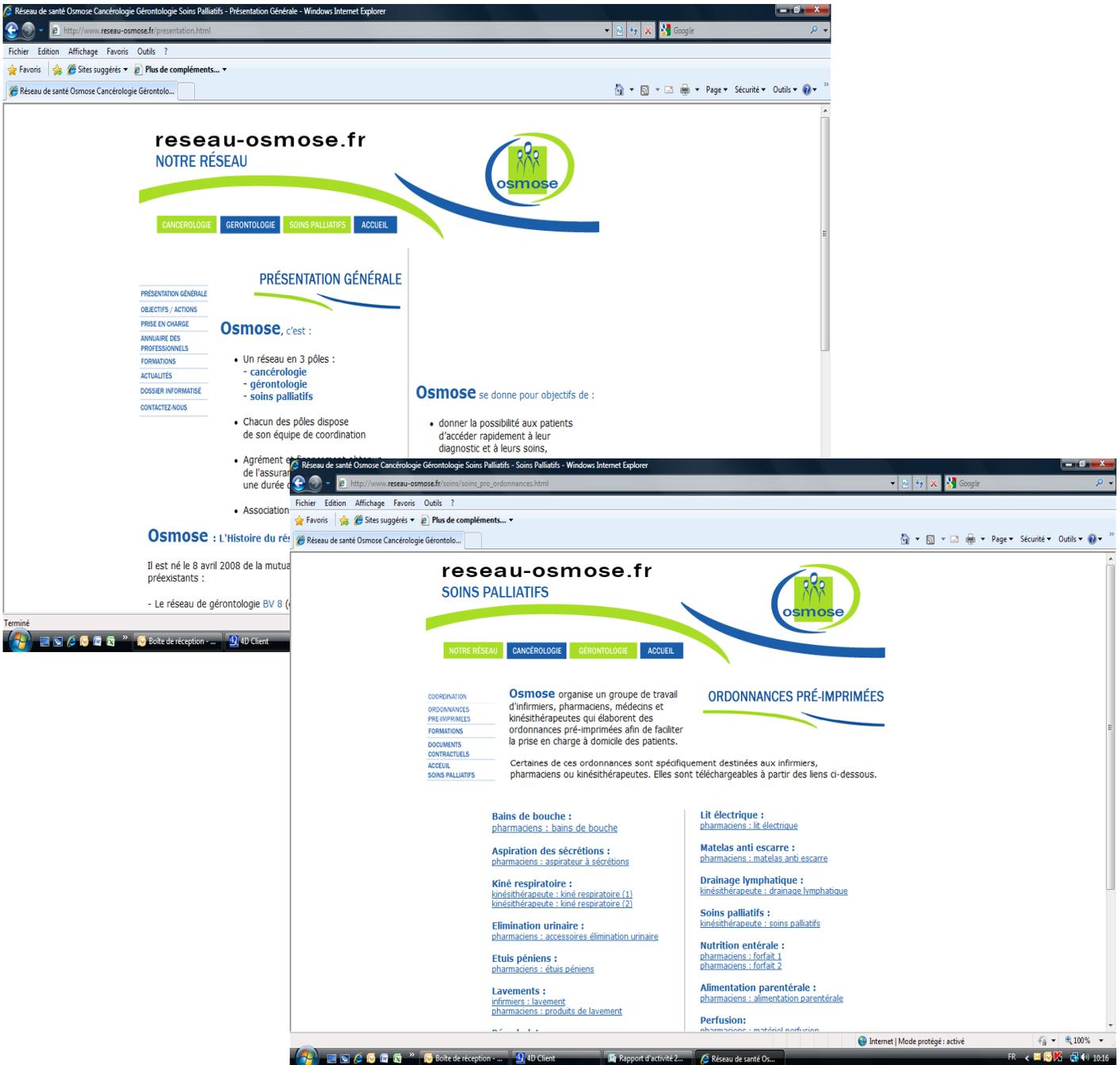
NB : C.R.T.T.-V. = CRTT de Versailles

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	17 h 00 - 18 h 00
	SENOLOGIE	Jeudi	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	20 h 00 - 23 h 00 Au CRTT
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	Jeudi (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	20 h 00 - 22 h 30
	UROLOGIE	3ème mardi du mois	20 h 00 - 22 h 00 A la Clinique de la Porte de Saint-Cloud

Site Internet



www.reseau-osmose.fr

En 2012 :

15 345 visiteurs

41 236 pages vues

MAIA

Les réseaux de santé Agekanonix (Handicaps et Dépendances - nord des Hauts-de-Seine) et Osmose (Cancérologie, Gériatrie et Soins Palliatifs - sud des Hauts-de-Seine) se sont associés en 2012 pour proposer leurs candidatures respectives à la **création de deux MAIA** (MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer et des malades souffrant d'une pathologie apparentée _ Mesure 4 du Plan Alzheimer 2008-2012), **sur les territoires respectifs des deux réseaux.**

Les MAIA visent à '*améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et des personnes âgées en perte d'autonomie*'. Offrant de nouveaux moyens aux acteurs de la prise en charge gériatrique, les MAIA permettent de valoriser et de consolider le travail commun déjà entrepris, de reconnaître les partenariats existants, de développer les liens entre les services, de promouvoir la forte mobilisation de tous les intervenants, de mutualiser des outils communs de prise en charge et de communication. C'est la mission du Pilote MAIA, en concertation avec les acteurs locaux et avec le soutien de l'ARS. La création de postes de Gestionnaires de cas intégrés à la MAIA, permet également de renforcer la qualité de la prise en charge et du suivi des patients relevant de situations complexes pour lesquelles la coopération de tous les intervenants est essentielle dans l'objectif de faciliter et de coordonner leur parcours de santé.

Les MAIA **ne sont pas de nouvelles structures de coordination, mais des dispositifs partenariaux territorialisés** pour simplifier et clarifier l'organisation des prises en charge. Les MAIA sont **des instances de concertation et de co-construction** entre tous les intervenants des niveaux stratégiques (décideurs et financeurs) et tactiques (opérateurs locaux).

La dossier de candidature pour le portage de cette MAIA par Osmose au nom et avec le soutien de 90 partenaires du sud des Hauts-de-Seine a été déposé à l'ARS en mars 2012 et la décision connue en juin 2012 : le projet porté par le réseau Osmose a été retenu (tout comme celui du réseau Agekanonix).

Gageons que la création de cette MAIA permettra à tous les acteurs impliqués de :

- **renforcer leur complémentarité et de mieux articuler leurs moyens** pour fluidifier le parcours de la personne malade et de ses aidants,
- **éviter les ruptures** de continuité de prise en charge et **améliorer la lisibilité de l'offre** de soins et d'accompagnement sur notre territoire,
- utiliser, sur nos territoires, les compétences de **Gestionnaires de cas**, permettant le suivi individualisé et rapproché de certaines situations complexes.

Le Pilote de la MAIA du sud des Hauts-de-Seine, Olivier Fetisson a pris ses fonctions en octobre 2012. Une première Gestionnaire de cas, Christelle Akourtam a pris son poste en janvier 2013.

Les travaux de la MAIA sont actuellement en cours : formation nationale MAIA du Pilote et du Porteur, installation des tables de concertation stratégique et tactique, finalisation du diagnostic organisationnel des ressources du territoire, élaboration des documents de présentation de la gestion de cas, orientation des premières situations prises en charge vers les Gestionnaires de cas.

Une première phase d'évaluation à 18 mois interviendra fin 2014, en vue d'une labellisation du processus collaboratif à 36 mois.

Note technique MAIA

Définition légale

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

La circulaire DGSC/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 ouvre le dispositif MAIA à toute personne atteinte de la **maladie d'Alzheimer** ou d'une **maladie apparentée** ou **âgée en perte d'autonomie**.

Objectif :

Réunir les compétences de l'ensemble des partenaires dans une instance de concertation multidisciplinaire pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge de malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou de personnes âgées en perte d'autonomie, présentant un cumul de difficultés.

Enjeu

*'Créer un **partenariat co-responsable** de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné pour construire collectivement des réponses harmonisées, complètes et adaptées aux besoins des personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins.'*

Partenaires impliqués

A titre individuel et/ou en tant que représentants d'instances représentatives : Agence Régionale de Santé – Conseil Général – Municipalités – CPAM – CLIC – Coordinations gérontologiques – Circonscriptions de la Vie Sociale – Services APA – Services sociaux hospitaliers – Services sociaux spécialisés CPAM – Médecins traitants et professionnels de santé libéraux, hospitaliers, associatifs, institutionnels – Equipes Mobiles Alzheimer – SSIAD – HAD – Accueils de jour – EHPAD – MDPH – Associations de malades – Associations d'usagers – Structures d'Aide à domicile – Hôpitaux et Cliniques – Réseaux de santé,...

Décisionnaires

Ensemble des partenaires associés à la MAIA

Moyens

Deux instances d'échanges et de décision, les 'tables de concertation' :

table de concertation stratégique, constituée des décideurs et financeurs (ARS, Conseil Général, Caisses de retraite, Représentants des professionnels de santé libéraux, représentants des associations d'usagers,...)

table de concertation tactique, composée des responsables et directeurs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que des professionnels médico-psycho-sociaux assurant la prise en charge des personnes

Un pilote, référent du dispositif MAIA pour tous les partenaires, anime les tables de concertation, assure leur articulation, supervise et anime l'équipe de gestionnaires de cas.

Deux ou trois gestionnaires de cas assurent le suivi, la coordination et l'accompagnement rapproché et individualisé des situations les plus complexes (cette notion de complexité étant partagée avec les partenaires).

Budget

220 000 €uros par an, pour un projet intégrant 2 gestionnaires de cas ; 280 000 €uros si 3 gestionnaires de cas.

Financement

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (88 % des financements 2012) et Agences Régionales de Santé (12 % des financements 2012)

Déploiement national

55 MAIA existantes en 2011 ; 100 MAIA créées en 2012, 50 nouvelles MAIA en 2013.

Textes de référence

Plan Alzheimer 2008 – 2012 – Mesure n° 4

Circulaire interministérielle DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012

Cahier des charges national des dispositifs MAIA

Articles L.113-3 et L.14-10-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Articles L.1431-2 et L.1432-6 du Code de la Santé Publique.

Référentiel métier et profil de poste des Gestionnaires de cas : Arrêté du 16 novembre 2012

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 2012 : soins de support, évaluation des réseaux, préparation des Transiliennes de cancérologie, DESC option Réseaux, groupe Service Rendu, Essai anti cancéreux oraux,...).

Au total, pendant l'année 2012, le réseau Osmose a été représenté à 7 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 2012, Osmose a été représenté à **17** 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 Essonnonco, 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 Essonnonco (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,

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 RocEst 94 (cancérologie)

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

Réseaux d'autres départements :

- démonstration du dossier médical informatisé sécurisé du réseau

Réunions institutionnelles et internes

Réunions institutionnelles

Réunions : Assemblée Générale, Conseil d'Administration et Bureau

En 2012, 6 réunions institutionnelles ont été organisées :

Dénomination	Dates	Participations
Conseil d'Administration	26 janvier	16
Conseil d'Administration	15 mars	12
Assemblée Générale	5 avril	30
Conseil d'Administration	5 avril	12
Bureau	27 juin	5
Conseil d'Administration	25 septembre	12
Total		87

Staffs hebdomadaires

L'équipe de coordination organise des staffs le lundi 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 2012, 35 réunions de staff ont été organisés.

Réunions de coordination d'équipe

Une réunion de coordination d'équipe est organisée, le lundi 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 les 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 2012, 4 réunions de coordination d'équipe ont eu lieu.

Coordination

Prise en charge globale

Réponses adaptées aux besoins

Dynamique partenariale

Union de compétences

Structuration

Partage

Connaissance mutuelle

Continuité

Evaluation des pratiques

Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

GÉRONTOLOGIE

Plan Cancer

Charte Patient

Qualité

Charte de fonctionnement

Evaluation

Base de données informatisée

Patients

Réunions d'information

Professionnels

Formations

GROUPES DE PAROLE

Guides de sortie d'hôpital

Annuaire

Cancer

Groupes de travail

Soins de support

Thésaurus

Soins Palliatifs

Osmose _ Rapport d'activité 2012 _ Résumé

Créé en avril 2008, Osmose est un réseau de **cancérologie**, de **gériatrie** 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 Régional** (FIR—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 8 personnes pour 6 Equivalent Temps Plein en 2012. Sur des actions et financements spécifiques (**Projet PPAC, Projet Article 70, Accueil d'un Interne**), l'équipe de coordination du réseau se complète de 3 personnes (infirmiers et médecin) pour 2,5 ETP. **Porteur de la MAIA du sud des Hauts-de-Seine**, le réseau Osmose accueille également les personnels de cette MAIA (1 ETP, Pilote MAIA au 31/12/2012).

En 2012, le réseau Osmose a été sollicité pour **1 347 patients** dont **910** étaient atteints de cancer, **731** étaient âgés de plus de 60 ans et en situation de dépendance et **464** nécessitaient des soins palliatifs. L'équipe du réseau a effectué **50 381 actes de coordination médico-psycho-sociale** et a participé à **480 'rendez-vous patient'** (rendez-vous au réseau, visites au domicile et réunions de concertation avec des partenaires), au bénéfice de **367 patients**. Le réseau Osmose a assuré la gestion et la coordination de **30 ateliers de relaxation** pour 35 patients, **35 consultations de diététique** pour 29 patients, **210 consultations de socio-esthétique** pour 163 patients et **572 entretiens d'accompagnement psychologique** pour 90 patients

En 2012, **1 513 professionnels** médico-psycho-sociaux ont été en lien avec Osmose, dont **516 étaient signataires de la Charte de fonctionnement** du réseau. Au total, le réseau a organisé **114 réunions, groupes de travail et formations** qui ont enregistré **1 284 participations**.