



Réseau
Cancérologie Gériatrie Soins Palliatifs



Rapport d'activité 2013



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 2013

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 2013</i>	page 25
<i>Patients enregistrés / patients inclus</i>	page 25
<i>Domiciliation des patients</i>	page 26
<i>Age des patients</i>	page 27
<i>File active quotidienne moyenne</i>	page 27
<i>Orientation des patients</i>	page 28
<i>Patients sortis du réseau</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 73
<i>Groupes de travail</i>	page 74
<i>Formations - Conférences</i>	page 75
<i>Rencontres thématiques</i>	page 77
<i>Formations aux soins palliatifs en EHPAD</i>	page 78
<i>Formations aux internes et D.U.</i>	page 79
<i>Formation PRADO'M</i>	page 80
<i>Déjeuners-rencontre pour les médecins</i>	page 81
<i>Oncodocs</i>	page 83
<i>Guide 'Douleur en ville'</i>	page 82
<i>Edition et diffusion du guide 'Prescription non médicamenteuse pour les patients âgés à domicile</i>	page 83
<i>Réunions et rencontres</i>	page 85

Les actions transversales patients-professionnels

<i>Dossier informatisé sécurisé</i>	page 89
<i>Surveillance des cancers du sein (Osmose-Gynécomed)</i>	page 92
<i>Projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer</i>	page 93
<i>Site internet</i>	page 95
<i>MAIA</i>	page 96
<i>Réunions des réseaux de cancérologie</i>	page 97
<i>Fédérations régionales</i>	page 97
<i>Réunions institutionnelles</i>	page 98
<i>Staffs hebdomadaires</i>	page 98
<i>Réunions de coordination d'équipe</i>	page 98

Présentation générale du réseau

Présentation générale

Osmose est une plate-forme réseau de 3 pôles :

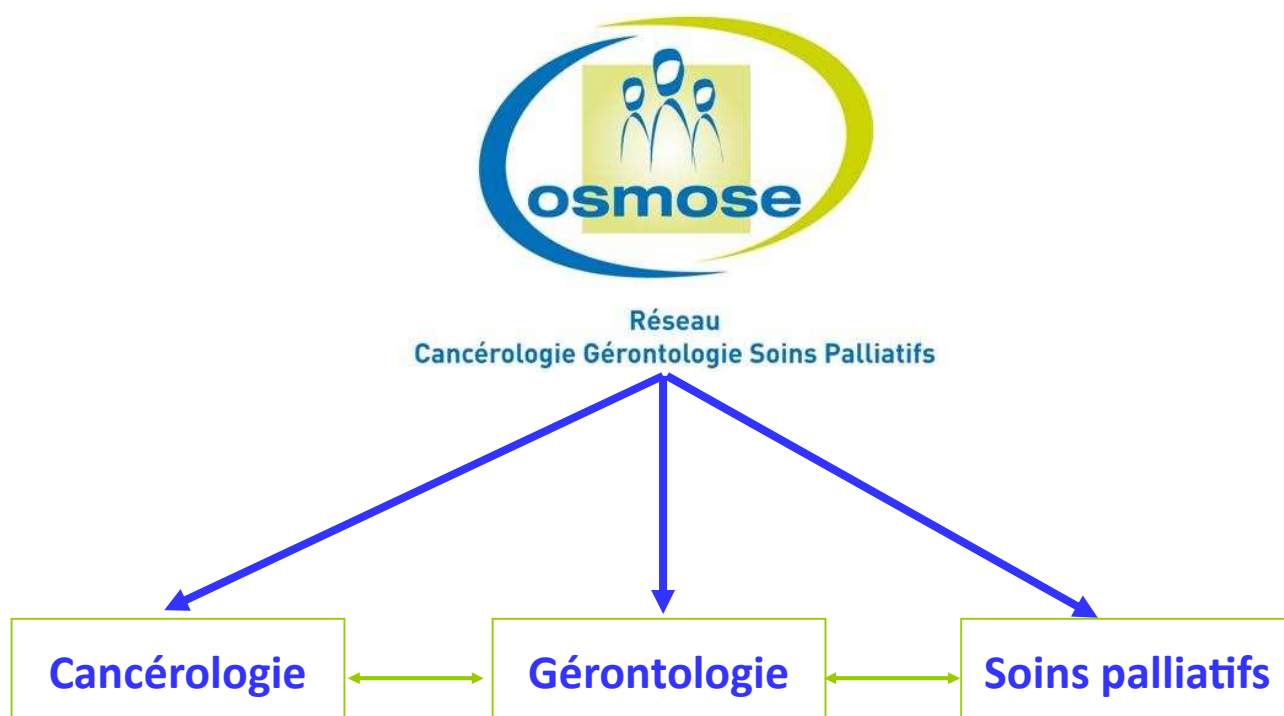
- oncologie,
- gérontologie,
- soins palliatifs.

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.



Population concernée

Osmose s'adresse :

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

La population concernée par son action est :

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

et/ou

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

et/ou

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



Territoire d'intervention

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

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

Principes éthiques

Les principes suivants guident l'action du réseau :

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

Objectifs

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).

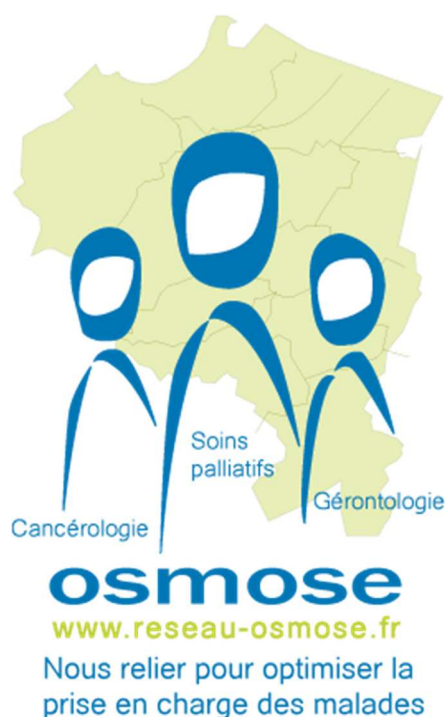
En 2013, le réseau Osmose est financé à :

- 87 % par l'Agence Régionale de Santé,
- 7 % par la CPAM 92,
- 2 % par La Ligue Contre le Cancer des Hauts-de-Seine,
- 4 % par le Crédit Agricole Assurances.

Pour l'année 2013, les subventions du réseau s'élèvent à 759 297 € :

- ARS - FIR : 631 250 €,
- ARS - Article 70 : 5 000 €,
- ARS - DESC Cancérologie : 28 047 €,
- CPAM 92 - Article 70 : 50 000 €,
- Ligue Contre le Cancer : 15 000 €,
- Crédit Agricole Assurances : 30 000 €.

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 280 000 € en 2013.



Adhérents

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

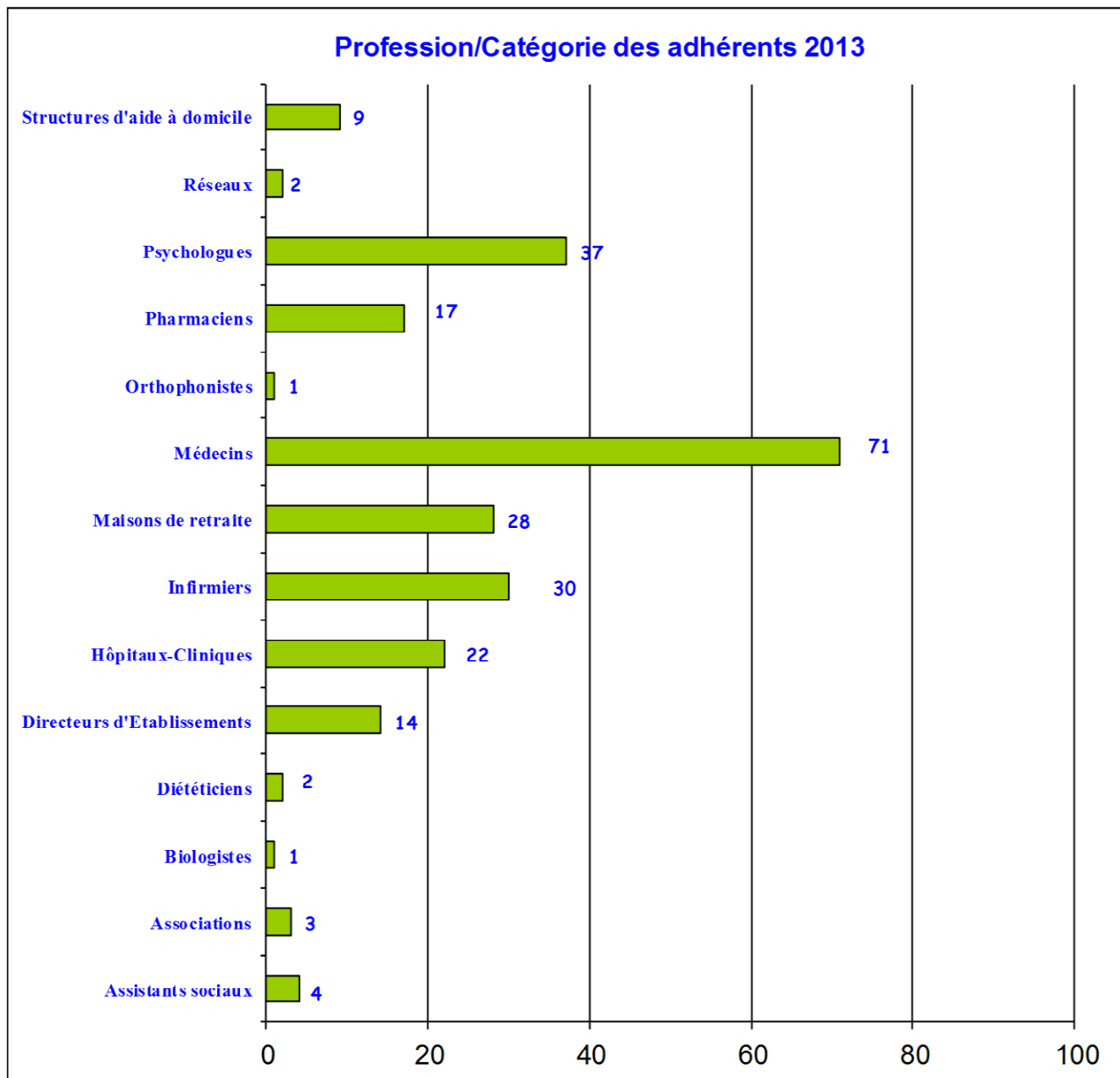
Au 31 décembre 2013, Osmose comptait 241 adhérents (+ 11 % / 2012), dont 211 'membres actifs' à jour de leur cotisation et 30 'membres de droit'.

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 des réseaux de santé. La Convention Constitutive est signée entre le réseau Osmose et des personnes morales (établissements hospitaliers de soins, structures médico-psycho-sociales et associations).

Au 31 décembre 2013, Osmose comptait 67 signataires de la convention constitutive (+ 8 % / 2012) :

Nbre	Etablissement, structure, association	Adresse	CP	Ville
1	Assad 14	12, rue Boyer-Barret	75014	Paris
2	Association Psychisme et cancer	80, rue de al Colonie	75013	Paris
3	Centre Chirurgical Marie Lannelongue	133, av. de la Résistance	92350	Le Plessis Robinson
4	Centre Communal d'Action Sociale	122, rue Houdan	92330	Sceaux
5	Centre de Médecine Physique et de Réadaptation l'ADAPT	25, avenue de la Paix	92320	Châtillon
6	CLIC Sud-de-Seine	28, rue de la Redoute	92260	Fontenay aux Roses
7	Centre de Radiologie et de Traitement des Tumeurs	5/7, av. de Villacoublay	92360	Meudon la Forêt
8	Clinique Alleray Labrouste	64, rue Labrouste	75015	Paris
9	Clinique Ambroise Paré	2, rue Léon Bloy	92340	Bourg la Reine
10	Clinique Clinalliance Repotel	19, rue du Maréchal Gallieni	92260	Fontenay aux Roses
11	Clinique de Châtillon	17 ter, rue des Fauvettes	92320	Châtillon
12	Clinique de la Porte de Saint-Cloud	30, rue de Paris	92100	Boulogne Billancourt
13	Clinique de Meudon	3/5, av. de Villacoublay	92360	Meudon la Forêt
14	Clinique du Parc de Vanves	60, avenue du Général de Gaulle	92130	Issy les Moulineaux
15	Clinique du Plateau	3/9, rue des Carnets	92140	Clamart
16	Clinique l'Amandier	57, av. de la Division Leclerc	92290	Chatenay Malabry
17	Clinique l'Ermitage	1, rue de l'Est	92140	Clamart
18	Clinique Les Tournelles	15, rue des Tournelles	94240	L'Hay les Roses
19	Clinique Marcel Sembat	105/107, avenue Victor Hugo	92100	Boulogne Billancourt
20	Espérance Univers Plus	6, rue Guillaume Apollinaire	93140	Bondy
21	Foyer d'Accueil Médicalisé APEI sud 92	42, rue d'Estienne d'Orves	92260	Fontenay aux Roses
22	HAD Croix Saint-Simon	6, av. du Pr Lemierre	75020	Paris
23	HAD AP-HP	14, rue Vésale	75005	Paris
24	Hôpital Antoine Bécclère	157, rue de la Porte de Trivaux	92140	Clamart
25	Hôpital Cognacq-Jay	15, rue Eugène Million	75015	Paris
26	Hôpital Corentin Celton	4, parvis Corentin Celton	92130	Issy les Moulineaux
27	Hôpital d'Instruction des Armées Percy	101, av. Henri Barbusse	92141	Clamart Cedex
28	Hôpital Privé d'Antony	1, rue Velpeau	92160	Antony
29	Hôpital Suisse	10, rue Minard	92130	Issy les Moulineaux
30	Ligue Contre le Cancer – Comité 92	16, av. du Gal Galliéni	92000	Nanterre
31	Maison d'Accueil Spécialisée La Fontaine	51, rue Louveau	92320	Châtillon
32	Maison de retraite Arcade	128, rue Boucicaud	92260	Fontenay aux Roses
33	Maison de retraite Arpage-Lannelongue	31, rue Diderot	92170	Vanves
34	Maison de retraite Bel Air	104, av. Henri Barbusse	92140	Clamart
35	Maison de retraite Castel Regina	10-16, Bd du Maréchal Joffre	92340	Bourg La Reine

Signataires de la Convention Constitutive (suite)

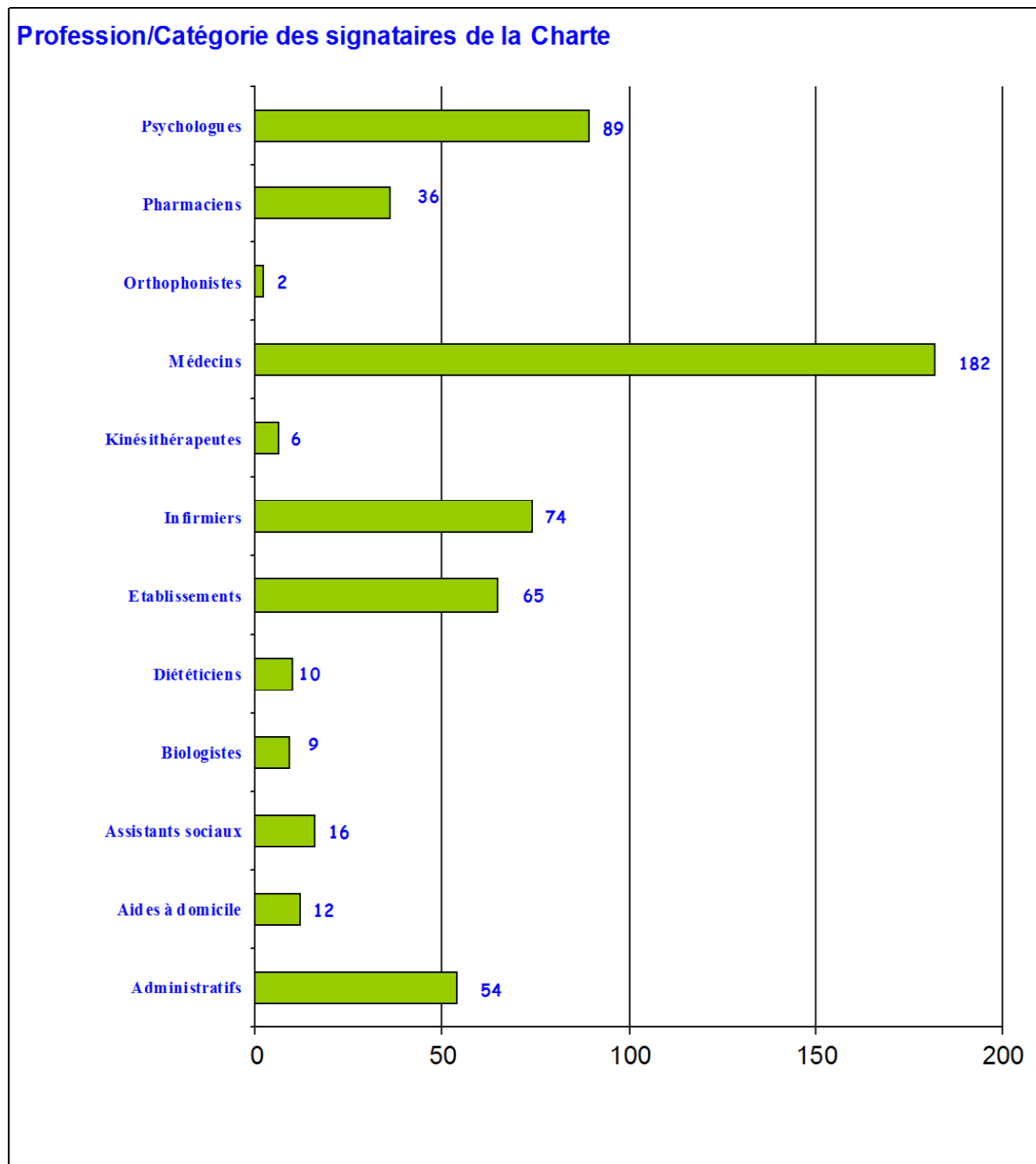
Nbre	Etablissement, structure, association	Adresse	CP	Ville
36	Maison de retraite Chantereine Maison Blanche	2, rue de l'Île Bouchard	92140	Clamart
37	Maison de retraite Ferrari	1, place Ferrari	92140	Clamart
38	Maison de retraite Florian Carnot	100/108, avenue Aristide Briand	92160	Antony
39	Maison de retraite Hippocrate	21, chemin de la Croix Blanche	92290	Chatenay Malabry
40	Maison de retraite La Chartraine	14, rue de l'Espérance	92160	Antony
41	Maison de retraite l'Erable Argenté	362, avenue du Gal de Gaulle	92140	Clamart
42	Maison de retraite La Faïencerie	4, rue Paul Couderc	92330	Sceaux
43	Maison de retraite La Maison des Poètes	73-77, rue Louis Girad	92240	Malakoff
44	Maison de retraite Lasserre	4, rue Séverine	92130	Issy les Moulineaux
45	Maison de retraite Le Chatelet	3 bis, rue du Bel Air	92190	Meudon
46	Maison de retraite Le Clos des Meuniers	38, rue des Meuniers	92220	Bagneux
47	Maison de retraite Les Parentèles	2, rue des Mathurins	92220	Bagneux
48	Maison de retraite Les Quatre Saisons	9, avenue de la Libération	92350	Le Plessis Robinson
49	Maison de retraite Le Séquoia	110, av. de la Division Leclerc	92290	Chatenay Malabry
50	Maison de retraite Les Terrasses	37, av. du Général Galliéni	92190	Meudon
51	Maison de retraite Les Tybilles	1, sentier des Tybilles	92190	Meudon
52	Maison de retraite Marguerite Renaudin	4, rue Tenaudin	92330	Sceaux
53	Maison de retraite Molière	26, boulevard Carnot	92340	Bourg La Reine
54	Maison de retraite Résidence du Parc	121, av. de Verdun	92320	Chatillon
55	Maison de retraite Saint-Charles	99, rue Houdan	92330	Sceaux
56	Maison de retraite Sainte-Anne d'Auray	5, rue de Fontenay	92320	Chatillon
57	Maison de retraite Sainte-Emilie	81, avenue Schneider	92140	Clamart
58	Maison de retraite Suisse Repotel	23, avenue Jean Jaurès	92130	Issy les Moulineaux
59	Maison de retraite Thémis Jean Rostand	6/8, avenue du Bois	92290	Chatenay Malabry
60	Maison de retraite Villa Beausoleil	64, rue Gabriel Péri	92120	Montrouge
61	Maison de retraite Villa Garlande	14/16, av. Garlande	92220	Bagneux
62	Maison de retraite Villa Médicis	60, allée de la Forêt	92360	Meudon la Forêt
63	Maison de retraite Villa Médicis	26, rue Diderot	92170	Vanves
64	Maison de retraite Villa Médicis	6, route du Pavé des Gardes	92310	Sèvres
65	Réseau Aloïs	75, rue de Lourmel	75015	Paris
66	SSIAD Odilon Lannelongue	29, rue Diderot	92170	Vanves
67	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 2013, Osmose comptait 555 signataires de la Charte de fonctionnement (+ 7,5 % par rapport à 2012)



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 23 avril 2013.

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	
Thierry Hanneesse	Directeur	MDR - Les Terrasses - Meudon	
Pierre Leroux	Médecin Généraliste	Bagneux	
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	
Olivier Vallet	Médecin DIM	CCML - Plessis Robinson	Trésorier

Equipe de coordination

L'équipe de coordination du réseau Osmose en 2013 est composée de 8 membres permanents, pour 6 Equivalents Temps Plein au 31/12/2013.

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		

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 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,
- Gaëlle-Anne Estocq a augmenté son temps de travail en tant que chargée de mission sur le projet PPAC,
- Caroline Martin-Bouyer (jusqu'en avril 2013) puis Xavière Pincemin (de mai 2013 à avril 2014) ont été recrutées en tant que médecins stagiaires DESC Cancérologie (1 ETP).

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. L'équipe MAIA est constituée de :

- Olivier Fetisson, en tant que Pilote MAIA (1 ETP - CDI), qui a quitté ses fonctions le 30 octobre 2013. Il sera remplacé à partir du 3 février 2014 par Florence Pougnet,
- Christelle Akourtam (prise de fonctions en janvier 2013), en tant que Gestionnaire de cas MAIA (1 ETP - CDI),
- Clémence Legrand (prise de fonctions en mars 2013), en tant que Gestionnaire de cas MAIA (1 ETP - CDI).

Au total, au 31/12/2013, le réseau Osmose gère une équipe de 14 personnes pour 11,5 ETP (8,5 ETP pour le réseau et 3 ETP pour la MAIA).

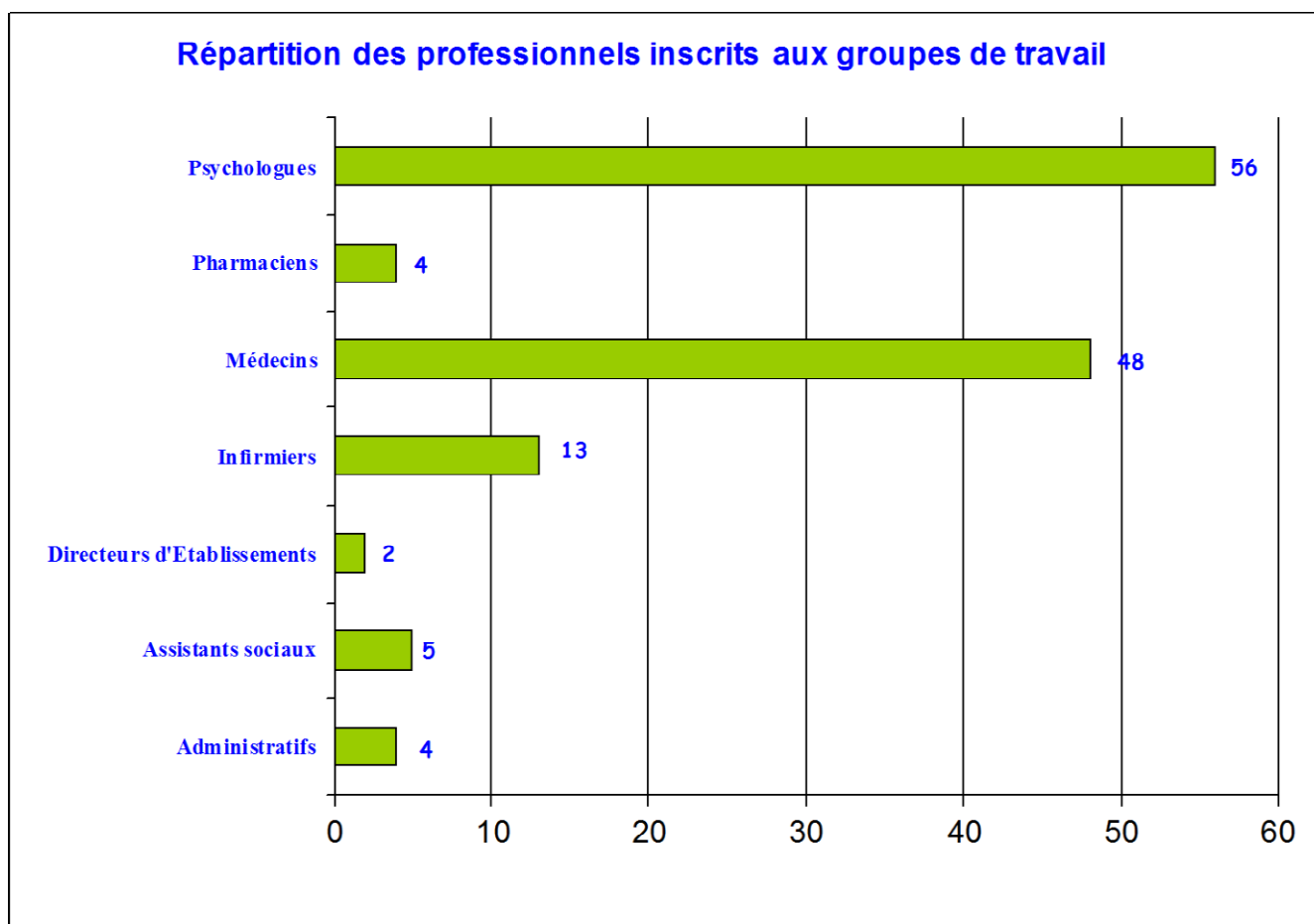
Groupes de travail

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 2013, **5 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
- Expérimentation Article 70 - Education Thérapeutique - Projet POPS
- Formations
- Onco-gériatrie
- Psychologues

Au total, **132 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 2013, 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, gériatrie 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'Osмосe 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 Osмосe 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.

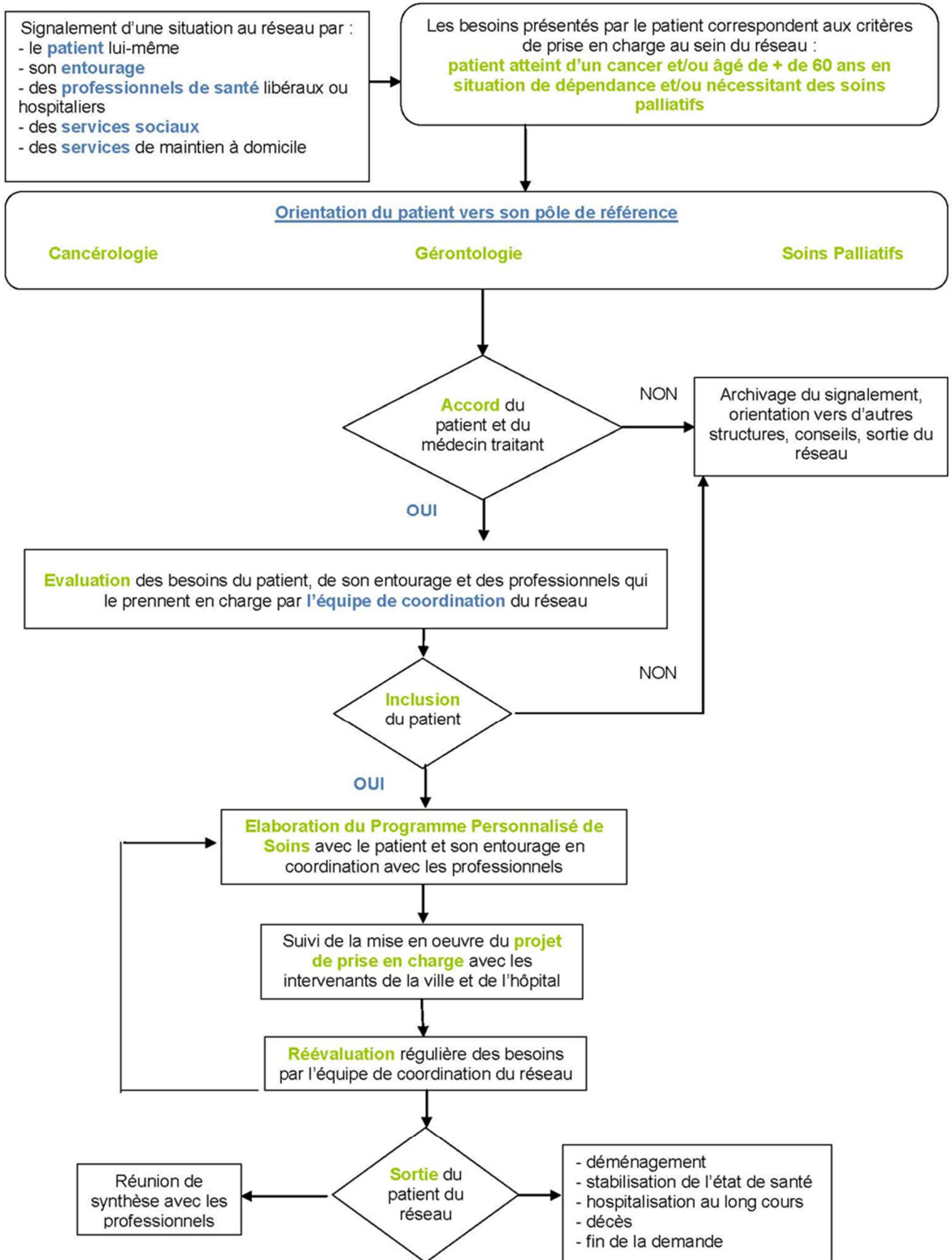
Tout au long de la prise en charge, l'équipe de coordination se concerta régulièrement sur les meilleures propositions à faire au patient et à ses professionnels, lors de staffs hebdomadaires et, au besoin, lors d'échanges informels en interne et/ou avec les intervenants habituels du patient.

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

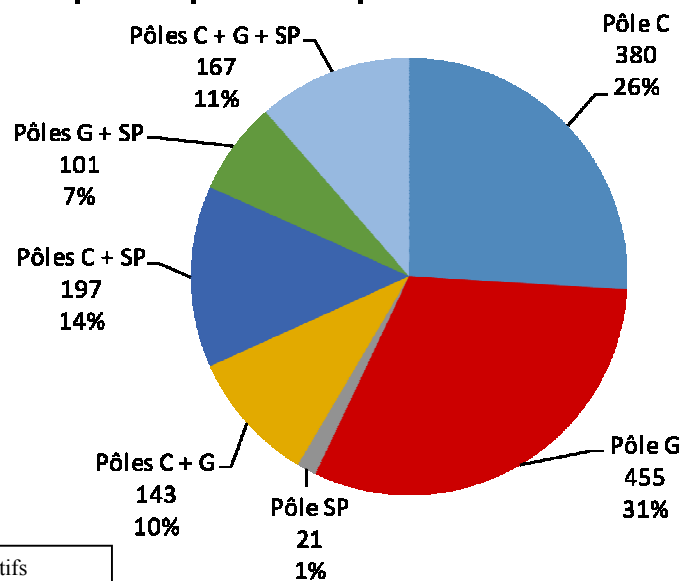
Au total, sur l'année 2013, le réseau Osmose a été sollicité pour 1 464 patients (+ 9 % / 2012).

Sur ces 1 464 patients :

- 887 étaient atteints d'un cancer, soit près de 2 patients sur 3 (61 %).
- 866 étaient âgés de plus de 60 ans et en situation de dépendance, soit près de 1 patient sur 3 (59 %).
- 486 nécessitaient des soins palliatifs, soit 1 patient sur 3 (33 %).

Près de la moitié des 1 464 patients pris en charge en 2013 étaient concernés par 2, voire par les 3 pôles du réseau.

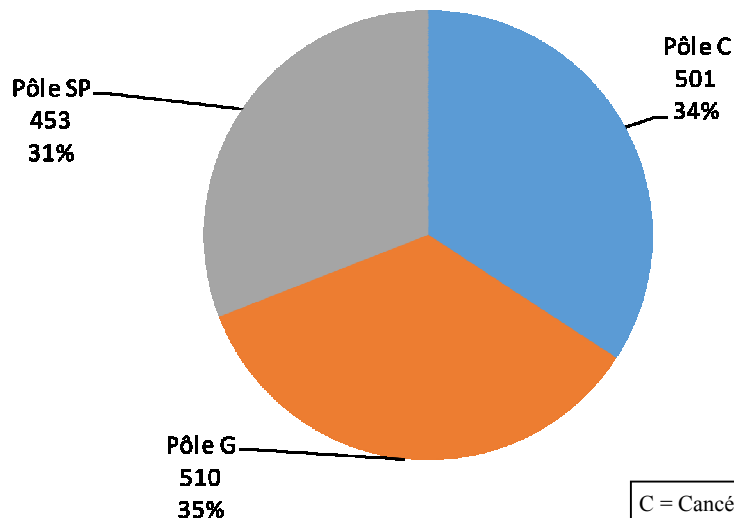
Répartition des patients par thématiques



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

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

Répartition des patients par pôles de référence

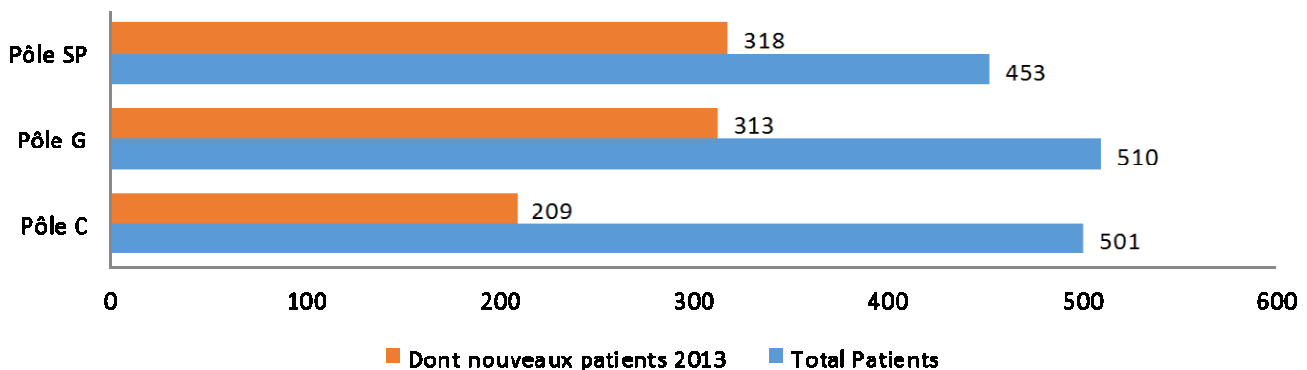


C = Cancérologie / G = Gériatrie / SP = Soins Palliatifs

Nouveaux patients de 2013

Sur les 1 464 patients pris en charge, 840 (57 %) sont des nouveaux patients de l'année 2013 :

- pour le pôle de référence oncologie, 42 % des patients pris en charge en 2013 sont des nouveaux patients de 2013,
- pour le pôle de référence gériatrie, 61 % des patients pris en charge en 2013 sont des nouveaux patients de 2013,
- pour le pôle de référence soins palliatifs, 70 % des patients pris en charge en 2013 sont des nouveaux patients de 2013.



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 1 464 patients pour lesquels le réseau Osmose a été sollicité en 2013, **683 étaient inclus dans le réseau** (soit 47 %). En 2013, **383 patients ont signé ce 'Document d'Information des Patients'** (+ 23 % / 2012).

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

1 308 patients (soit 89 %) 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 :

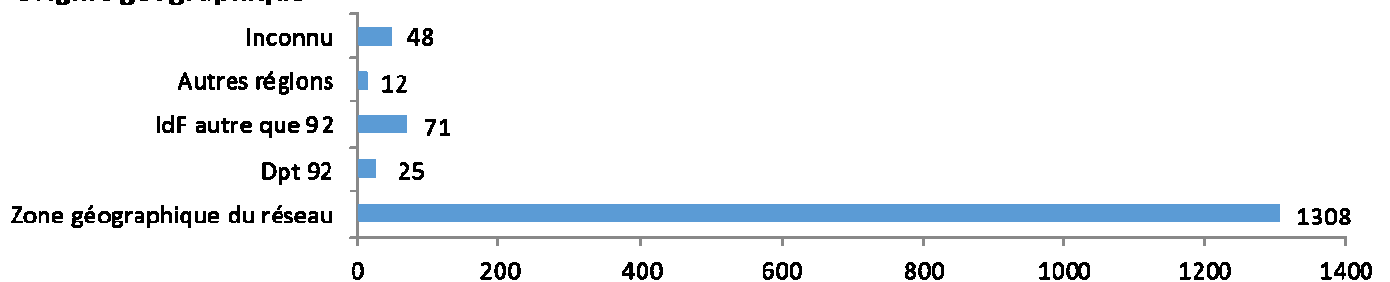
- 25 patients (soit 2 %) étaient domiciliés dans une ville des Hauts-de-Seine ne faisant pas partie du territoire de santé du réseau.

- 71 patients (soit 5 %) 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.

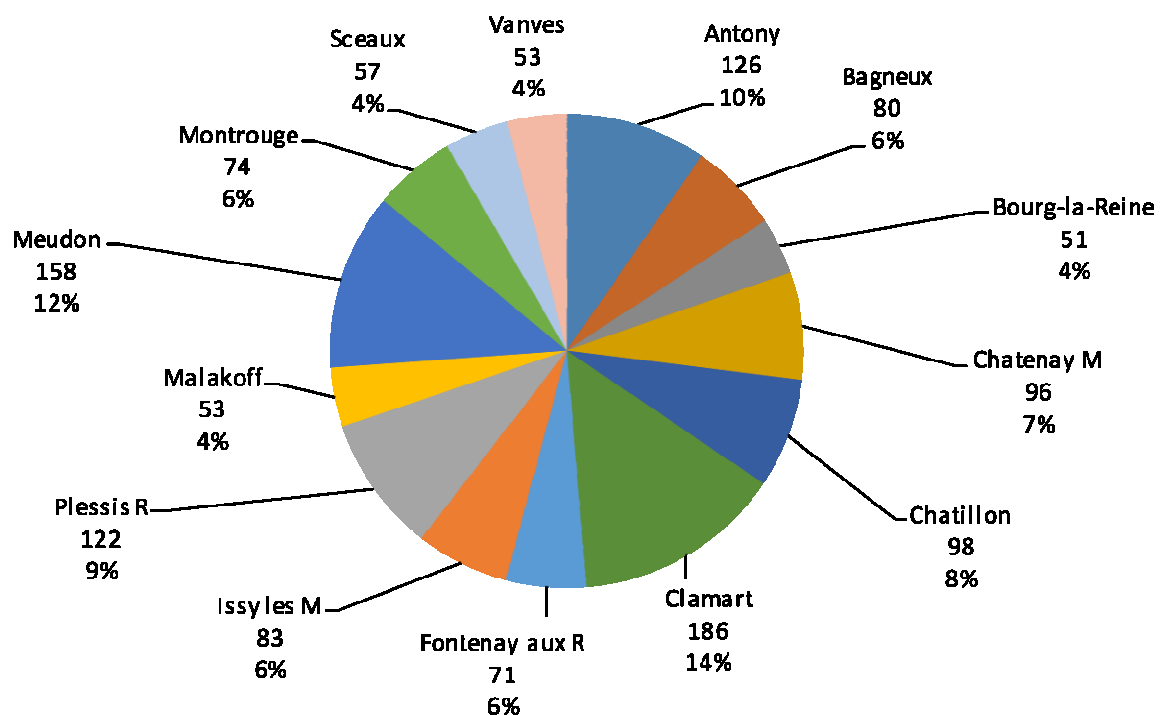
- 12 patients (soit 1 %) sont domiciliés dans une autre région que l'Ile-de-France

- pour 48 patients (soit 3 %), l'adresse de domiciliation est inconnue du réseau.

Origine géographique



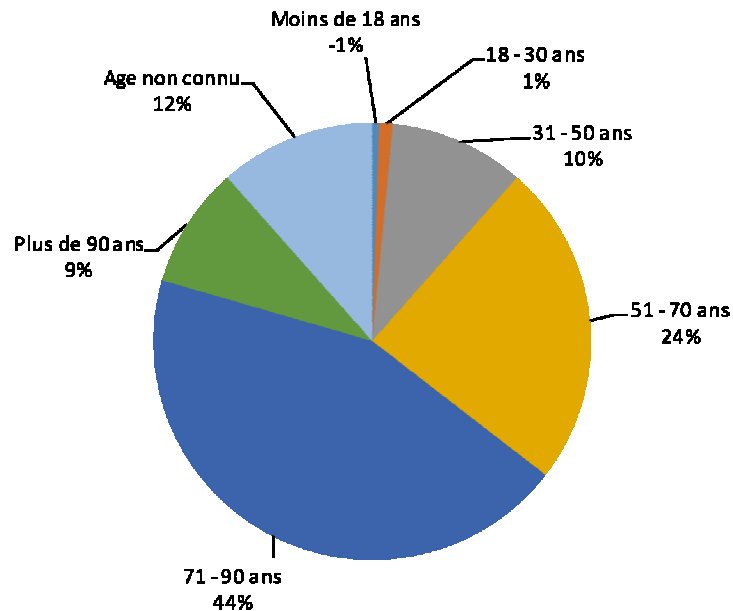
Répartition par villes du territoire d'intervention du réseau



Age des patients

La moyenne d'âge des patients suivis par le réseau en 2013 est de 72 ans.

Age des patients

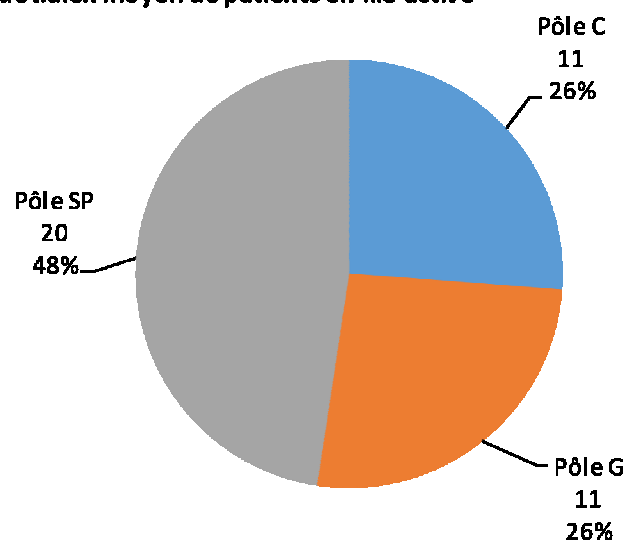


File active quotidienne moyenne

Le nombre moyen de patients dans la file active quotidienne s'élève à 42 patients par jour (36 en 2012) 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.

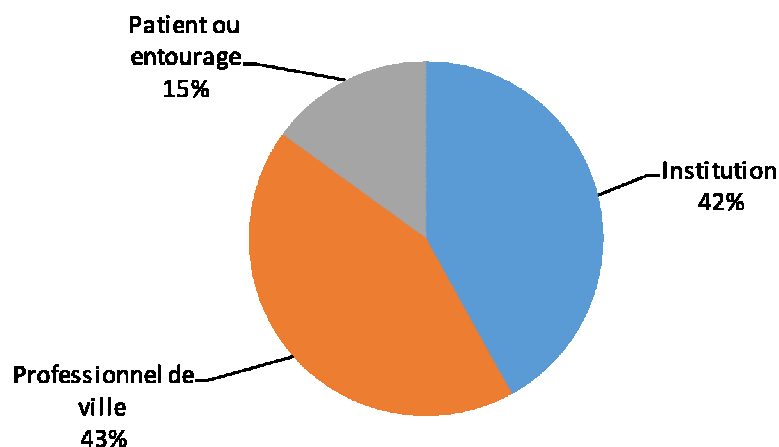
Nombre quotidien moyen de patients en file active



Orientation des patients

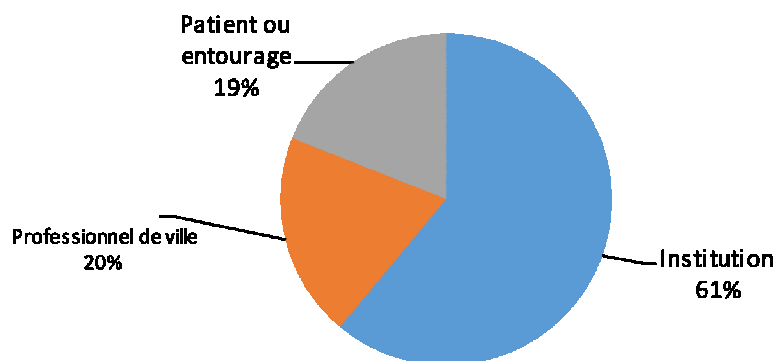
La part des orientations de patients vers le réseau par des professionnels de ville est en augmentation en 2013 par rapport à 2012 (43 % en 2013 contre 36 % en 2012).

Origine des demandes



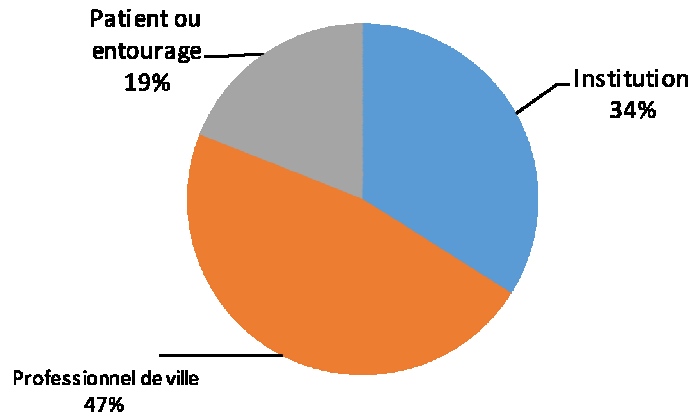
Ces orientations sont toutefois différentes en fonction du pôle de référence dans lequel le patient est pris en charge :

Origine des demandes : Pôle Cancérologie

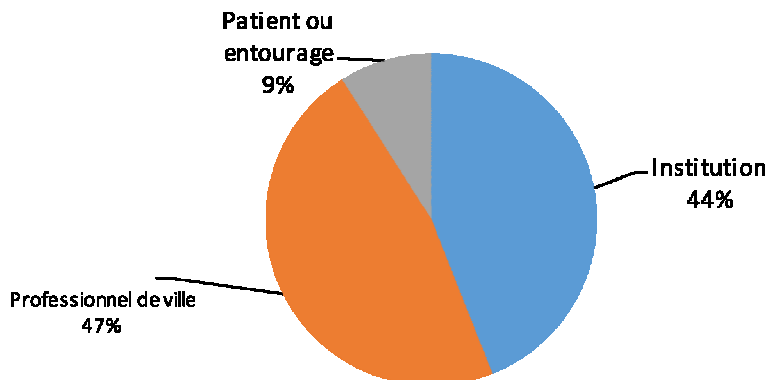


Orientation des patients (suite)

Origine des demandes : Pôle Gériatrie



Origine des demandes : Pôle Soins Palliatifs



Patients sortis du réseau

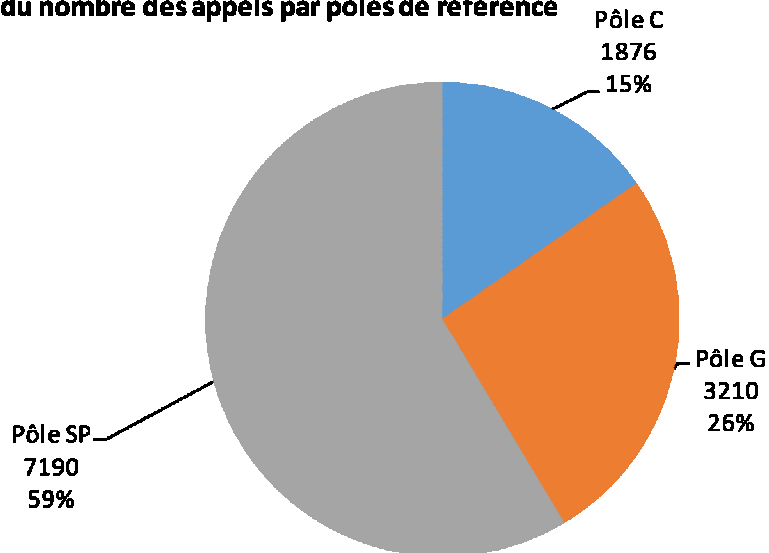
Au cours de l'année 2013, 852 patients sont sortis du réseau, soit 58 % des patients pour lesquels le réseau a été sollicité. La fin de prise en charge (pour 34 % des patients sortis) et le décès (pour 31 % des patients sortis) constituent la majorité des motifs de sortie du réseau. Les autres causes de sortie du réseau sont, par ordre de survenue :

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

Coordination téléphonique

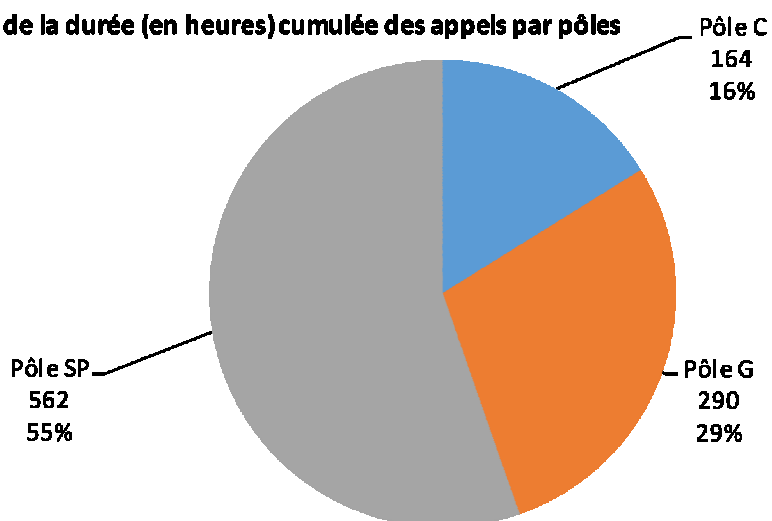
En 2013, le réseau a enregistré 12 276 (+ 24 % / 2012) appels téléphoniques (entrants et sortants) concernant des patients (qu'il s'agisse d'appels de patients eux-mêmes, de leur entourage ou des professionnels les prenant en charge).

Répartition du nombre des appels par pôles de référence



Au total, 1 016 heures (+ 29 % / 2012) de communication ont été enregistrées en 2013, soit une moyenne mensuelle de 85 h 00.

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



Sollicitations et actions du réseau

Définition du niveau de complexité des patients

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

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

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

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

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

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

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

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

Préalables : les motifs d'entrée dans le réseau :

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

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

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

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

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

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

Sollicitations et actions du réseau

Définition du niveau de complexité des patients

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

Rappel : Ces 3 niveaux sont justifiés par :

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

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

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

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

The screenshot shows a software window titled "Appels et mails : Liste" with a menu bar (Fichier, Édition, Gestion, Paramètres, Statistiques, Aide) and a navigation pane on the left. The main area is titled "Appels et mails" and "Complexité 0". It contains a legend for complexity levels: Complexité 1 (blue), Complexité 2 (pink), and Complexité 3 (yellow). Below the legend are several categories of actions, each with a checkbox:

- 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
- Mediation :**
 - 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
 - Tiers extérieur - 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
 - Education thérapeutique
 - Anticipation - prévention
 - Recherche de structure (H*égit, direct, EHPAD, USP)
- Autre :**
 - Personne de confiance
 - Directives anticipées
 - Explications sur motifs de refus de PEC
 - Demande d'information sur matériel médical
 - Administratif
 - Autre :
 - Accompagnement dans les choix effectués
 - Mobilisation liens familiaux
 - Plate-forme séjour temporaire
 - Astreinte téléphonique
 - Gestion problématiques psychiatriques associées
 - Signalement / gestion de maltraitance, abus
 - Protection juridique
 - Expertise médicale TGI / protection juridique
 - Fonds FNAASS
 - Fonds Ligue Contre le Cancer
 - Fonds de secours réseau
 - Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)
 - Autres aides spécifiques ou non
 - Suivi

At the bottom, there are buttons for "Annuler" and "Enregistrer".

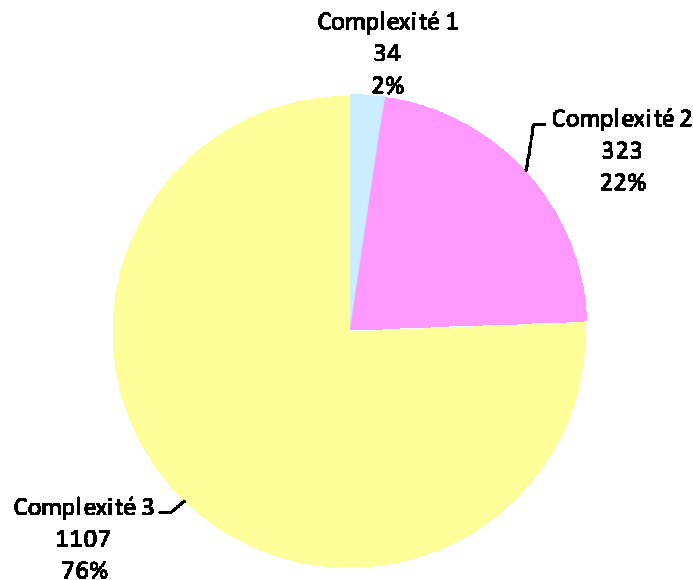
Les critères définissant chaque niveau de complexité sont les suivants :

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 2013 par niveaux de complexité

La répartition des 1 464 patients pris en charge en 2013 par degrés de complexité est la suivante :

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



Seuls 2 % des patients pris en charge en 2013 (soit 34 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.

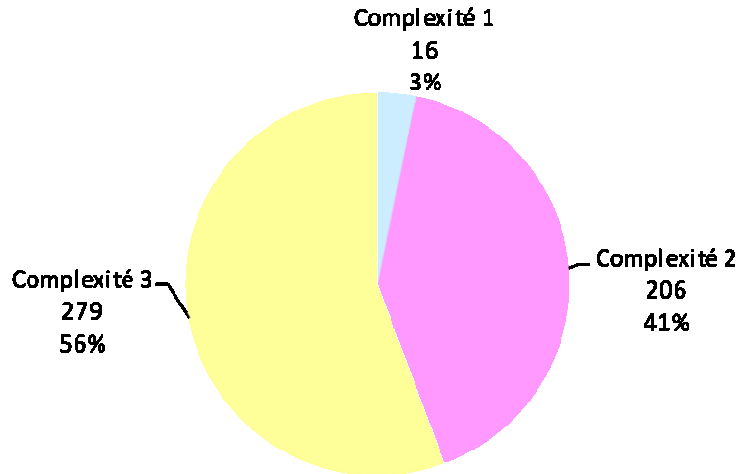
323 patients pris en charge en 2013 (soit 22 % de l'effectif) relèvent d'une complexité 2. En plus des actes effectués pour des patients relevant d'une complexité 1, la réponse du réseau pour ces patients a été la suivante : repérage des manques et analyse des besoins, transmission des informations aux intervenants, concertation inter-professionnelle sur la situation du patient, patients bénéficiaires des soins de support du réseau (prise en charge psychologique, consultations de diététique, consultations de socio-esthétique, ateliers de relaxation), inclusion dans le réseau, écoute et soutien, réassurance, recherche d'intervenants pour le patient, sollicitation des intervenants référents du patient, réponse à des questions sociales.

1 107 patients pris en charge en 2013 (soit 76 % du total des patients de 2013) 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.

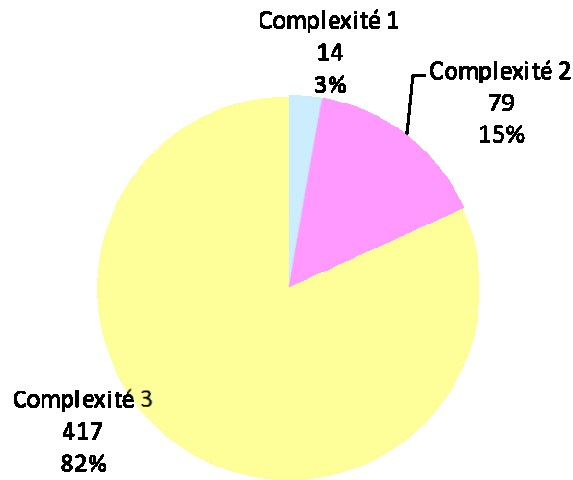
Patients pris en charge en 2013 par niveaux de complexité

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

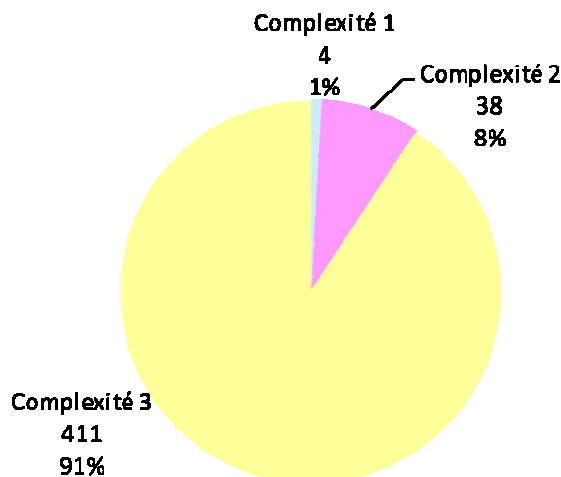
Pôle cancérologie : Répartition des patients selon le degré de complexité de leur prise en charge



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



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



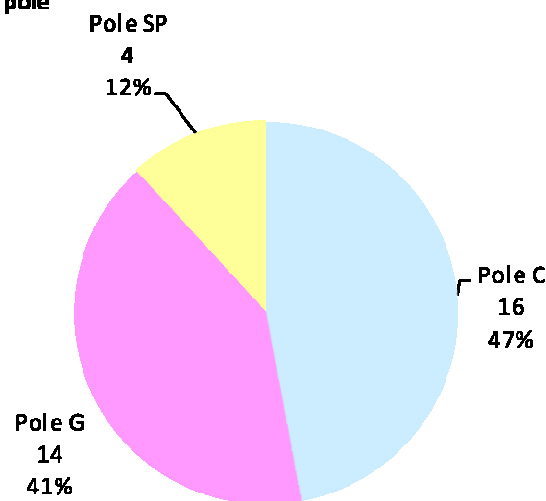
Patients pris en charge en 2013 par niveaux de complexité

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 34 patients pris en charge en 2013 et relevant d'une complexité 1 sont, pour près de 90 % des patients du pôle de référence Cancérologie ou Gériatrie. Seuls 12 % des patients de complexité 1 sont des patients relevant du pôle Soins Palliatifs du réseau.

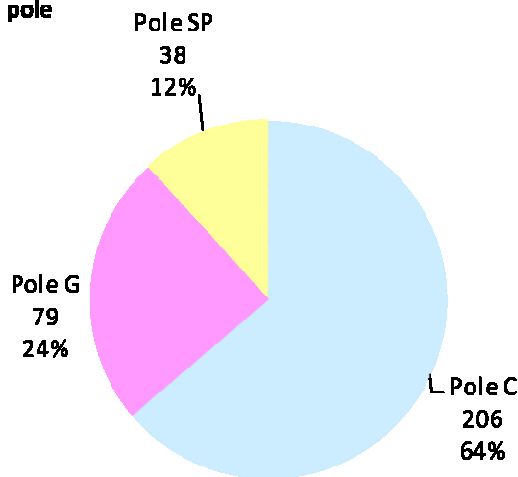
Patients pris en charge en 2013 par niveaux de complexité

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 323 patients pris en charge en 2013 et relevant d'une complexité 2 sont pour les 2/3 des patients du pôle de référence Cancérologie.

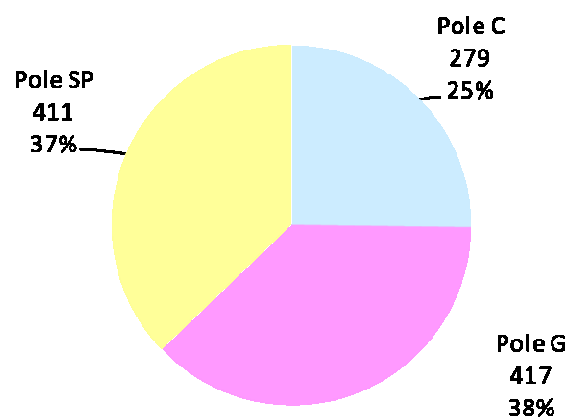
Patients pris en charge en 2013 par niveaux de complexité

Complexité 3

Actes ou services rendus :

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

Complexité 3 : Répartition des patients par pôle



Les 1 107 patients pris en charge en 2013 et relevant d'une complexité 3 sont répartis à 75 % et quasi équitablement entre les patients des pôles Gériatrie et Soins palliatifs.

Nombre et répartition des actes de coordination réalisés en 2013

Au total, **72 769** (+ 44 % / 2012) **actes de coordination** médico-psycho-sociale ont été réalisés en 2013 pour les 1 464 patients, soit une **moyenne de 50 actes effectués par patient** (+35 % / 2012).

Au total, **9 910 heures** (+ 18 %) ont été consacrées par l'équipe de coordination du réseau à la prise en charge des patients, soit une moyenne de **6 heures et 48 minutes d'intervention par patient**. Cette durée cumulée de prise en charge représente **90 % 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,...

Légende	Complexité 1	Complexité 2	Complexité 3
Evaluation	*	Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	4 409	Présentation du réseau et de ses actions	503
Repérage des manques et analyse des besoins	1 263	Envoi de documentation sur le réseau	134
Visite au domicile : demande et organisation	1 689	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	697
Visite au domicile (initiale ou de suivi)	532	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	412
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)	82	Inclusion	988
Partage de l'information		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	1 373
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1 464	Recherche d'intervenants pour le patient	247
Interlocuteur absent, message laissé, demande de rappel	5 491	Sollicitation des intervenants référents du patient	394
Cahier de liaison remis au patient	59	Question/Réponse sociale	784
Transmission d'information vers l'extérieur	26 642	Conseil thérapeutique	523
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	8 696	Education thérapeutique	42
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	7 741	Anticipation-Prévention	312
Soins de support		Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP,...)	255
Réunion d'information	6	Accompagnement dans les choix effectués	61
Autres soins de support	46	Mobilisation de liens familiaux	18
Groupe de réflexion et d'échanges	53	Plate-forme séjour temporaire	104
Accompagnement psychologique	1 361	Astreinte téléphonique	329
Diététique	402	Signalement/gestion de maltraitance, abus	50
Socio-esthétique	738	Protection juridique, expertise TGI	142
Relaxation	443	Fonds FNASS	245
Bénévoles	73	Fonds ligue Contre le Cancer	106
Médiation		Fonds de secours du réseau	10
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...	23	Aide Personnalisée à l'Autonomie	336
Concertation sur la situation du patient	1 977	Autres aides	511
Réunion post-décès, concertation, synthèse, coordination, bilan	92	Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	524
Réajustement parcours de soins chaotique	6		
Aide à l'adhésion à une décision de soins	54		
Tiers extérieur—aide à l'analyse de situations complexes	59		

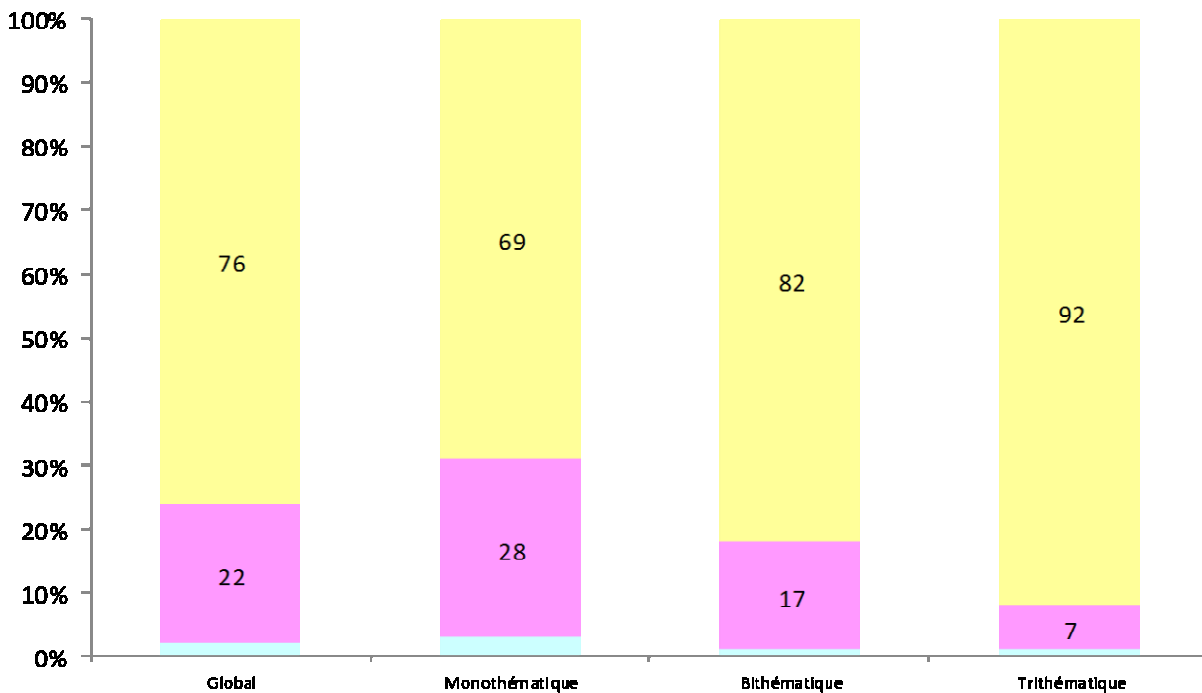
* Nombre d'actes réalisés pour la totalité des 1 464 patients de 2013

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.

Degré de complexité et thématiques



Degrés de complexité et missions du réseau

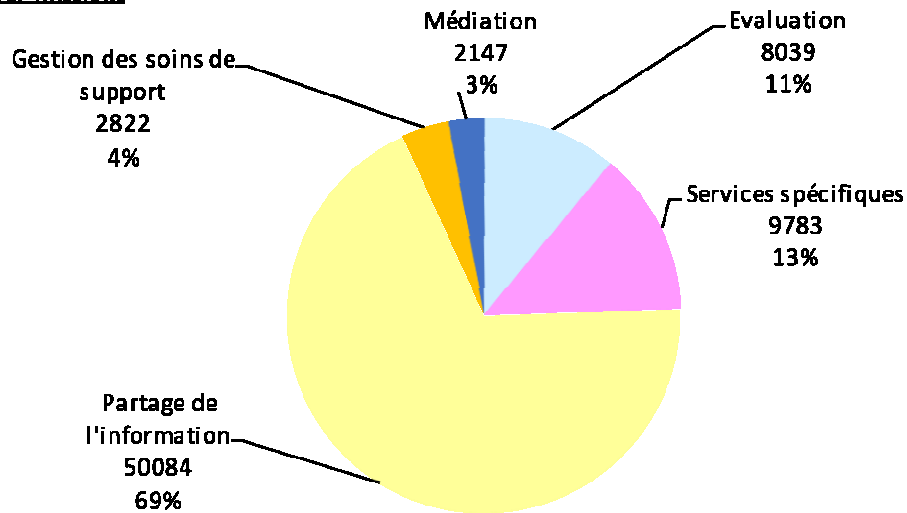
Les actions de coordination médico-psychosociale ont été répertoriées en cinq grandes missions. Concernant la prise en charge des patients en 2013, on observe la prépondérance de **3 missions essentielles** : le **partage de l'information** (69 %), les **services spécifiques** (13 %) et l'**évaluation** (11 %). Les 2 autres missions du réseau sont assurées moins fréquemment, dans 3 ou 4 % des situations au total.

La mission de **Partage de l'information représente plus des deux-tiers des actes**, montrant que le réseau remplit pleinement sa mission de diffusion de l'information, véritable enjeu de la continuité des soins, d'autant que cette action de partage de l'information se réalise dans 53 % 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 2013, 26 642 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.

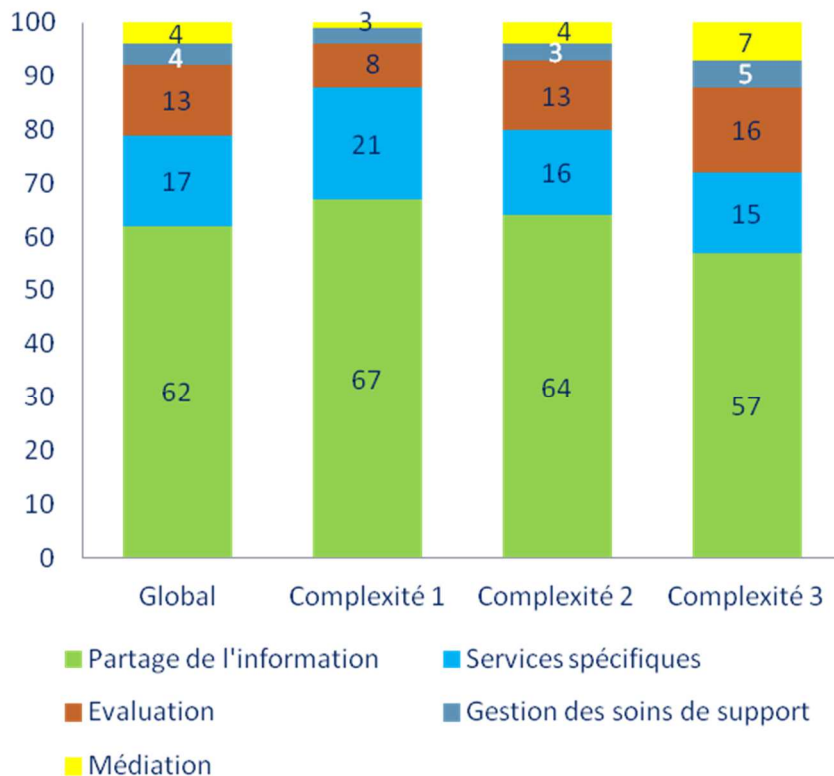
Degrés de complexité et missions du réseau (suite)

Actes de coordination par missions



Degrés de complexité et missions du réseau par thématiques

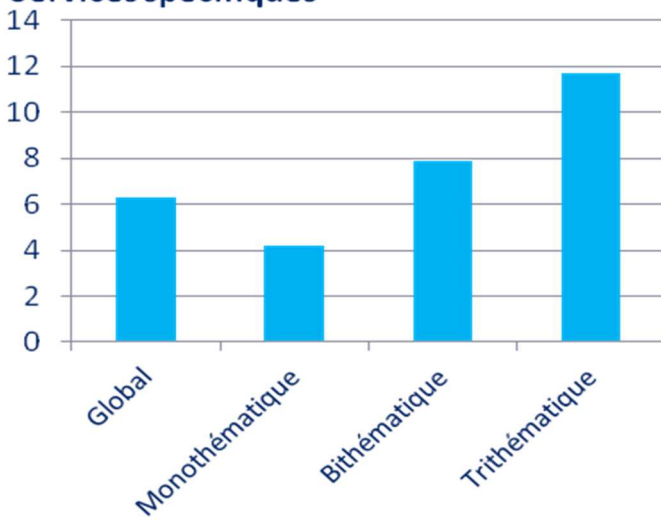
La répartition de ces actes par patients en fonction de leur complexité montre d'ailleurs que plus les patients sont dans un fort besoin de réponse complexe, plus la part des 5 grandes missions du réseau tend vers la diversification et augmentent au détriment de la part des actes de partage de l'information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



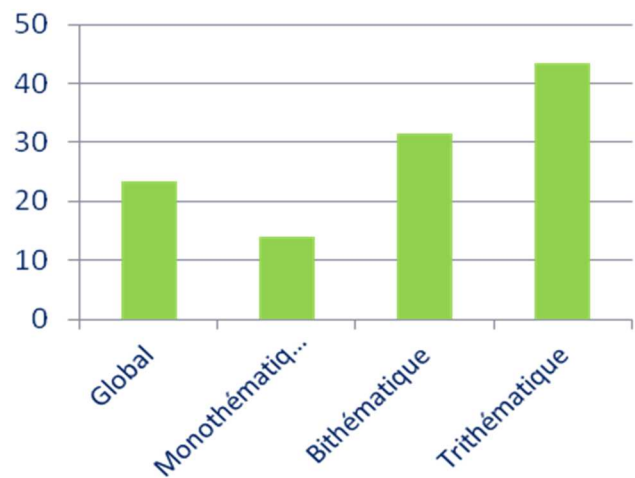
Les missions du réseau par patient

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.

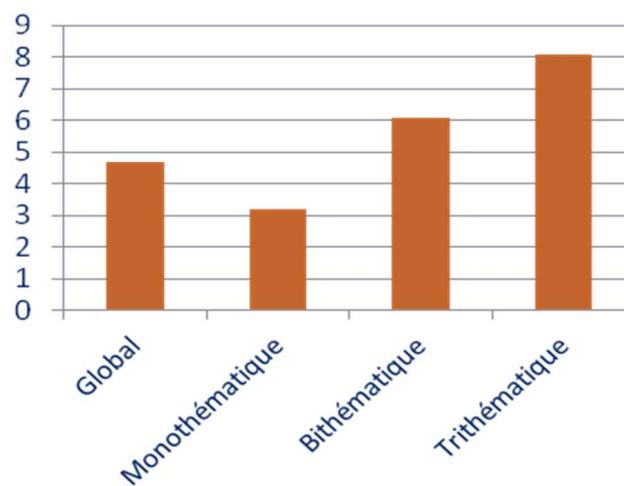
Services spécifiques



Partage de l'information

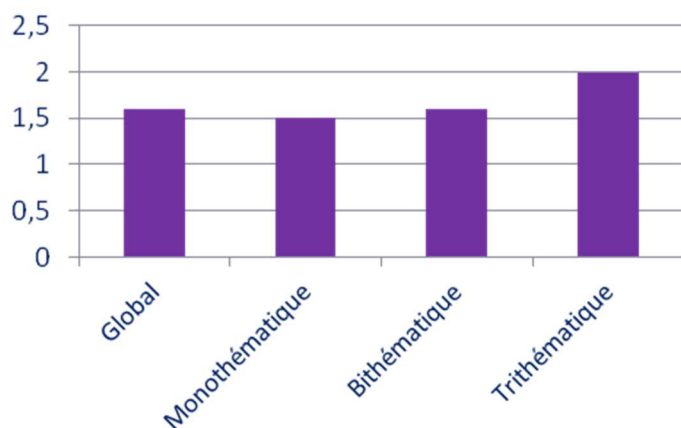


Evaluation

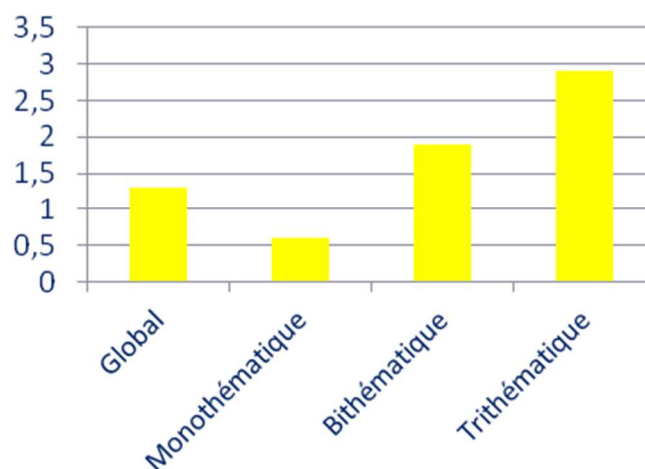


Les missions du réseau par patient (suite)

Soins de support



Médiation



Ces données d'activité du réseau Osmose indiquent pour plus de 1 450 patients pris en charge en 2013 :

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

Rendez-vous au réseau

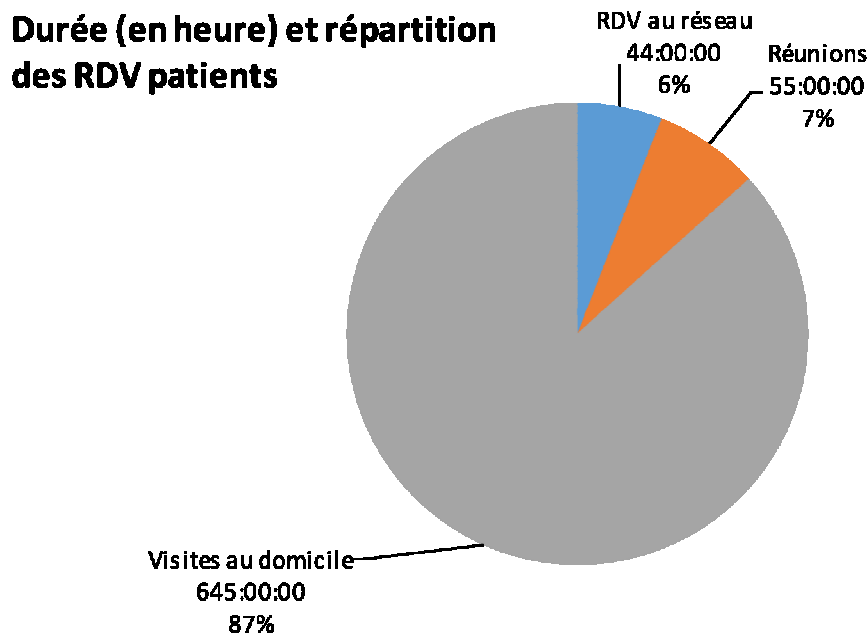
Visites d'évaluation et de suivi au domicile

Réunions de concertation

Au cours de l'année 2013, les équipes de coordination du réseau ont participé à 558 rendez-vous (+ 16 % / 2012) concernant 506 patients :

- 53 rendez-vous de patient ou de leur entourage dans les locaux du réseau,
- 452 visites d'évaluation au domicile des patients,
- 53 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 744 heures de coordination, soit une durée moyenne de rendez-vous patient de 1 heure et 20 minutes.



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 2013, **640 entretiens** ont été réalisés pour **132 personnes** : **64 patients** et **68 membres de l'entourage**.

En 2013, **102** personnes étaient de nouveaux bénéficiaires du dispositif, soit **77 %** de l'effectif des bénéficiaires de 2013.

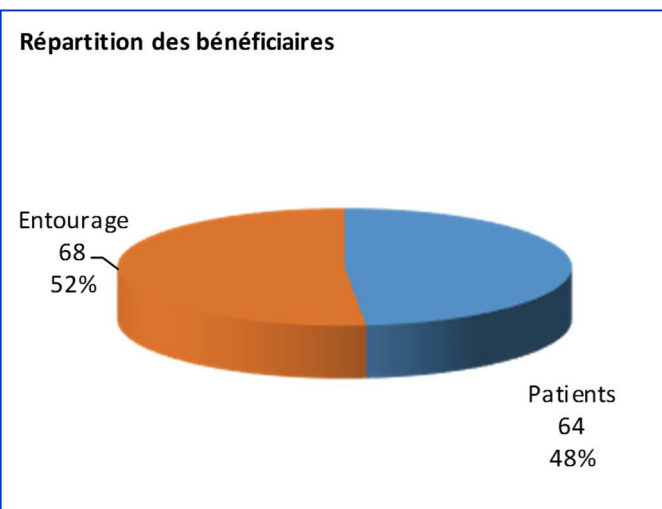
77 % des bénéficiaires étaient des femmes.

La moyenne des entretiens par patient ou pour leur entourage est de **5** entretiens par bénéficiaire.

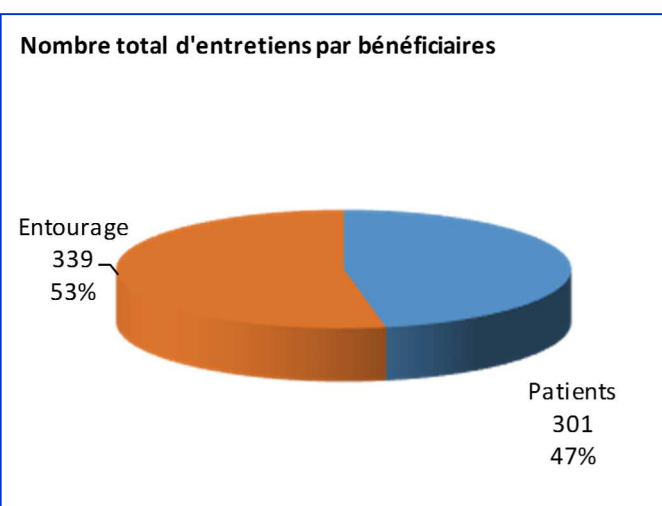
Les entretiens ont eu lieu :

- au cabinet du psychologue à **74 %**
- au domicile du patient à **26 %**

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 640 entretiens réalisés, **301 entretiens** ont été réalisés pour des patients et **339** 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,...

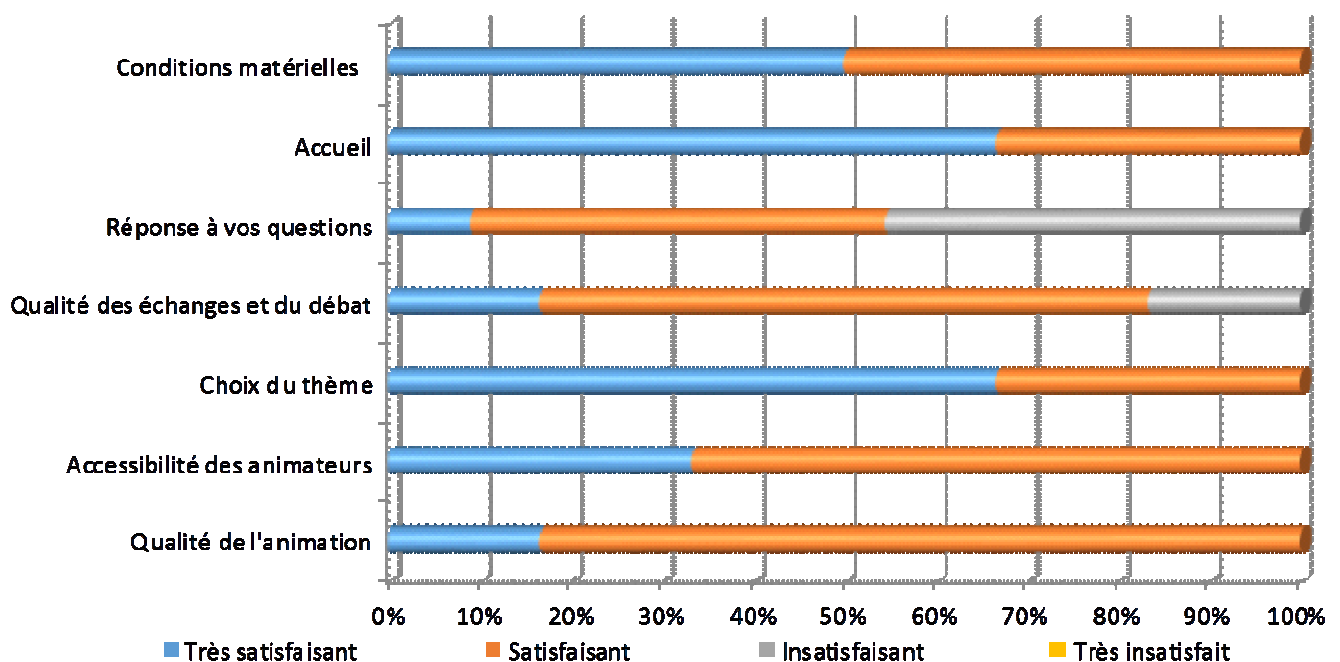
Chaque atelier répond aux règles de fonctionnement définies au sein des groupes de ce type : non jugement, confidentialité des propos tenus, liberté de silence et de parole, écoute réciproque, respect mutuel.

1 atelier a été organisé en 2013 :

- 4 octobre 2013 ; thème : *'Cancer et relation avec l'entourage'* ; 9 participants (16 inscrits)

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

Résultats des questionnaires d'évaluation



Ateliers de relaxation

Depuis septembre 2009, le réseau Osmose propose des ateliers de relaxation aux patients atteints de cancer grâce à un financement du 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 2013, **35 ateliers** ont été organisés et ont accueilli **45 patients** différents (35 en 2012) pour un total de **215 participations** (167 en 2012).

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.

Voir en page suivante le programme de ces ateliers et le nombre de participants.

Ateliers de relaxation (suite)

Date	Horaires	Thème	Nombre d'inscrits	Nombre de participants
16 janvier	14 h 00 - 15 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	6	3
	15 h 30 - 16 h 45	L'acceptation du changement	12	7
	17 h 15 - 18 h 30		8	6
	19 h 30 - 20 h 45		6	5
20 février	15 h 30 - 16 h 45	Ecouter son corps	12	9
	17 h 15 - 18 h 30		9	5
	19 h 30 - 20 h 45		7	6
20 mars	14 h 00 - 15 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	7	5
	15 h 30 - 16 h 45	L'estime de soi	13	11
	17 h 15 - 18 h 30		9	2
	19 h 30 - 20 h 45		7	5
24 avril	15 h 30 - 16 h 45	Etre acteur de sa vie	12	9
	17 h 15 - 18 h 30		11	8
	19 h 30 - 20 h 45		10	8
22 mai	14 h 00 - 15 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	5	5
	15 h 30 - 16 h 45	Ralentir pour mieux profiter de son quotidien	12	8
	17 h 15 - 18 h 30		12	5
	19 h 30 - 20 h 45		9	5
26 juin	15 h 30 - 16 h 45	Gérer la fatigue et remobiliser son énergie	13	6
	17 h 15 - 18 h 30		13	3
	19 h 30 - 20 h 45		11	5
18 septembre	14 h 00 - 15 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	9	2
	15 h 30 - 16 h 45	Ralentir pour préserver l'harmonie corps-mental	10	10
	17 h 15 - 18 h 30		8	6
	19 h 30 - 20 h 45		7	5
16 octobre	15 h 30 - 16 h 45	Respirer pour lâcher prise	10	9
	17 h 15 - 18 h 30		7	4
	19 h 30 - 20 h 45		12	3
13 novembre	14 h 00 - 15 h 15	Séance de découverte : qu'est-ce que la relaxation ?	8	6
	15 h 30 - 16 h 45	Se faire confiance en s'écoutant	13	11
	17 h 15 - 18 h 30		7	3
	19 h 30 - 20 h 45		9	6
11 décembre	15 h 30 - 16 h 45	Cultiver l'instant présent	13	8
	17 h 15 - 18 h 30		9	8
	19 h 30 - 20 h 45		12	8
Total	43 heures	35 ateliers	329 inscriptions 61 patients	215 participations 45 patients

Consultations de diététique

Depuis septembre 2009, le réseau Osmose propose des consultations individuelles de diététique, grâce à un financement spécifique du Comité des Hauts-de-Seine de La Ligue Contre le Cancer.

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.

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 2013, **54 consultations** ont été effectuées au bénéfice de **52 patients**.

Consultations de socio-esthétique

Depuis septembre 2009, le réseau Osmose propose des consultations individuelles de socio-esthétique, grâce à un financement spécifique du 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 2013, **218 consultations** ont été effectuées au bénéfice de **172 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 2013, ce dispositif a été sollicité pour **67 patients**. Ce chiffre ne reflète que les demandes qui ont été adressées au réseau Osmose ; certains partenaires utilisent le formulaire unique de demande d'hébergement en EHPAD (onglet hébergement temporaire). Pour ces 67 patients :

- 16 propositions d'accueil en séjour temporaire ont été réalisées, sans suite de la personne et/ou de son entourage,
- 5 hors secteur géographique (personnes d'autres départements qui ont appelé),
- 17 demandes d'information sur les hébergements temporaires (les familles ou professionnels n'ont pas donné suite car pas de place à l'aide sociale).

29 demandes en séjours temporaires ont été instruites. Sur ces 29 demandes, 6 dossiers ont abouti à un accueil en séjour temporaire à titre payant et 0 au titre de l'aide sociale.

23 demandes n'ont pas abouti :

- 7 patients ont été hospitalisés (car pas de possibilité de trouver une place en aide sociale et pas de possibilité de rester au domicile),
- 2 patients sont décédés,
- 14 patients pour lesquels le maintien à domicile a été renforcé (par le réseau ou les professionnels qui connaissaient les situations) via les associations d'aide à domicile.

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

Astreinte téléphonique mutualisée avec Scop (suite)

Chaque nuit et week-end d'astreinte, un total de **100 patients** en moyenne sont intégrés à la file active des patients bénéficiaires de cette astreinte (50 patients pour Scop et 50 patients pour Osmose).

Pour les patients du réseau Osmose, **267 appels** ont été traités en 2013 pour une durée totale de **33 h 35 minutes**, soit une moyenne de 7 minutes 30 de communication par appel, avec des écarts de 1 minute à 56 minutes de communication par appel.

Ces 267 appels ont concerné **83 patients** suivis par Osmose, soit une moyenne de 3 appels par patient, avec des écarts allant de 1 appel pour 1 patient à 20 appels pour 1 patient.

66 % des 267 appels ont eu lieu pendant le **week-end et les jours fériés** (126 en journée et 49 la nuit) ; 92 appels ont eu lieu une nuit de semaine.

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

Démarches après un décès

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

QUELQUES CONSEILS EN ATTENDANT L'INTERVENTION DES POMPES FUNÈBRES

- Étendre le chauffage dans la pièce où se trouve le corps du défunt et éviter d'allumer trop de lumières.
- Fermer volets et rideaux.
- Les **PROCESSEURS** (volets volets et fenêtres et autres) si vous en avez la possibilité, une climatisation.
- Enlever les volets et laisser la fenêtre ouverte pour que le froid passe plus vite dans la pièce.
- La préviene toilette mortuaire peut être effectuée par l'infirmière intervenant au domicile.
- Documents à préparer pour l'opérateur funéraire :
 - Carte de famille
 - Certificat de décès
 - Titre de concession au cimetière
 - Contrat de prévoyance funéraire

Informations sur les démarches après un décès

Démarches à effectuer dans les 30 jours :

- Informez le centre des impôts
- Trouver un notaire pour organiser la succession (La CPAM ou un autre régime La CAF)
- Prévenir les organismes payeurs (électricité, eau...)
- Interrompre la redevance audiovisuelle et les autres contrats
- Engagement et reversement à des associations (sport et formation)

Démarches à effectuer dans les 6 mois :

- Préparer la déclaration de succession sur le revenu, la taxe foncière et d'habitation
- Transformer le compte joint en compte personnel
- Demande une immatriculation personnelle auprès de la Sécurité Sociale
- Faire modifier la carte grise de la voiture

Démarches à effectuer dans les 48h :

- Prévenir l'employeur
- Prévenir les ASSÉDIC

Démarches à effectuer dans les 7 jours :

- Banque, caisse d'épargne ou comptes chèques postaux
- Société d'assurance mutuelle complémentaire
- CRAM ou MSA
- Aide sociale aux personnes âgées
- Le bailleur
- Le ou les locataires
- Le syndicat de copropriété
- Le juge des tutelles du tribunal d'instance.

Démarches à effectuer dans les 15 jours :

- Prévenir le centre des impôts
- Trouver un notaire pour organiser la succession (La CPAM ou un autre régime La CAF)
- Prévenir les organismes payeurs (électricité, eau...)
- Interrompre la redevance audiovisuelle et les autres contrats
- Engagement et reversement à des associations (sport et formation)

LES DÉMARCHES À ACCOMPLIR LORS D'UN DÉCÈS À DOMICILE

Constat de décès :

Faire constater le décès par le médecin traitant avant tout soin apporté au corps du défunt.

Si vous n'avez pas la possibilité de joindre votre médecin traitant, appeler « SOS Médecins » au 01-47-07-7777 ou « SOS 92 » au 01-46-03-77-44 ou le médecin de garde de votre ville.

N.B. : le certificat médical peut attendre le lendemain si le décès survient dans la nuit.

Appeler les intervenants habituels (Infirmiers libéraux, HAD, auxiliaire de vie...)

Appeler l'organisme de Pompes Funèbres choisi.

Acte de décès et autorisations

Le décès doit être déclaré dans un délai de 24 heures, au service de l'état civil de la mairie du lieu de décès.

Les autres documents à demander sont :

- L'autorisation de fermeture du cercueil (par le maire)
- Les autorisations particulières pour :
 - Le transport du corps avant la mise en bière (par le maire)
 - Les soins de conservation (par le maire)
 - Le transport du corps après mise en bière (par le maire)
 - L'inhumation dans un cimetière communal (par le maire)
 - La crémation (par le maire)
 - Les extraits d'acte de décès (par le maire)

Vous pourrez trouver sur le site internet d'Osmose tous les exemples de courriers à envoyer aux différents organismes : www.reseau-osmose.fr

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 4 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 2013, 11 demandes d'accompagnement ont été faites par l'équipe de coordination du réseau auprès des bénévoles d'ASP Présence et ont permis l'accompagnement effectif que de 7 patients.

Pour ceux-ci, **71 visites d'accompagnement** des bénévoles d'ASP Présence ont eu lieu et ont représenté **162 heures** d'accompagnement en 2013.

Des temps d'échanges entre l'équipe de coordination et les bénévoles d'accompagnement ou leur équipe d'encadrement sont organisées régulièrement au décours des prises en charge.

Projet POPS - 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 (**O**ptimisation des **M**édicaments chez les sujets **AGE**s). 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 Béclère 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 POPS - Parcours de santé - Article 70

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 Béchère 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 Béchère 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).

Résultats

La complexité de mise en œuvre de ce programme n'a permis en 2013 que le repérage de 61 patients dont 23 ont pu être inclus dans le dispositif.

Au total, 83 séquences d'éducation thérapeutique ont été réalisées, dont 66 % à l'hôpital et 34 % au domicile.

Sur l'année 2013, 21 des 23 patients inclus ont bénéficié du suivi à domicile inscrit au projet, pour un total de 73 visites au domicile.

Perspectives

Ce projet se poursuivra en 2014 avec une mobilisation accrue des équipes hospitalières ; une adaptation des critères trop sélectifs d'inclusion des patients ; une implantation du projet au sein de la Clinique l'Amandier de Châtillon.

Exemples de prise en charge

Cas clinique n° 1 - pôle Cancérologie

Madame L. - Antony

Contexte :

Mme L. est âgée de 30 ans lorsqu'elle se découvre, à l'autopalpation, un nodule du sein droit qui s'avère être un cancer, en mars 2013.

Son père est décédé en 2010 d'un cancer du poumon dû au tabac et à l'amiante. Elle ne comprend pas pourquoi elle est atteinte de cette maladie qu'elle qualifie de « maladie de la personne âgée », ou, en tout cas, plus âgée qu'elle. Elle fait « bonne figure » durant les cures de chimiothérapie, mais l'oncologue la perçoit de plus en plus fragile au fur et à mesure des séances et des effets secondaires. Elle insiste donc auprès de la patiente pour qu'elle contacte le réseau.

Mme L. contacte le réseau en septembre, alors qu'elle est en cours de radiothérapie.

Elle a bénéficié d'une tumorectomie avec ganglion sentinelle en avril et d'une chimiothérapie complémentaire par 3 FEC - 3 Taxotère pour un carcinome médullaire de 14 mm, de grade SBR III, en résection complète, Ki 67 à 70%, CerB2 négatif, récepteurs hormonaux négatifs, 4 ganglions sentinelles prélevés et indemnes. Le bilan d'extension est négatif.

Elle est à la recherche d'un sport « doux » dans une association qui connaît bien le cancer. Deux associations existent sur le territoire du réseau, partenaires du réseau, dont les coordonnées lui sont remises. Mais, elle n'a pas de moyen de transport pour s'y rendre.

Elle explique alors à l'assistante sociale coordinatrice qu'elle a rencontré le médecin du travail qui veut lui faire reprendre son travail en janvier 2014 car « c'était un petit cancer et que, dans un an, elle ne s'en souviendrait plus. » Cela l'a fortement affectée.

Elle est professeur des écoles, actuellement en arrêt maladie et elle perçoit son salaire à demi-traitement.

Elle est angoissée car elle ne se sent pas en capacité de reprendre le travail en janvier, d'affronter une classe de 30 enfants de maternelle, et leur regard, ainsi que celui de leurs parents, sur ses cheveux qui n'ont pas encore repoussé. L'assistante sociale coordinatrice lui explique qu'elle peut demander un nouveau rendez-vous avec le médecin du travail pour prolonger l'arrêt maladie ou via le médecin traitant également. Elle peut aussi reprendre son activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique.

Un rendez-vous avec la socio-esthéticienne du réseau lui est proposé ce qu'elle accepte car son état physique la gêne beaucoup (perte des cheveux, des cils et des sourcils).

Un suivi psychologique lui est aussi proposé, ainsi qu'une consultation de diététique, mais elle ne le souhaite pas pour l'instant.

Elle aimerait également pouvoir échanger avec des jeunes de son âge sur la maladie et le vécu des autres.

Eléments chiffrés de l'année 2013 :

Début de prise en charge : **27/09/2013**

Durée de prise en charge : **135 jours (au 08/02/2014) - prise en charge toujours en cours**

Durée cumulée des rendez-vous au réseau : **2 h 30**

Nombre d'entretiens avec un psychologue (dérogations tarifaires) : **3**

Durée cumulée des entretiens avec le psychologue : **2 heures et 15 minutes**

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

Durée cumulée des ateliers de relaxation : **1 heures et 15 minutes**

Nombre de participation aux ateliers de relaxation : **1**

Durée cumulée des ateliers de relaxation : **1 heures et 15 minutes**

Nombre d'appels téléphoniques : **13**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **2 heures et 02 minutes**

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

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 1 - pôle Cancérologie (suite)

Le médecin coordinateur informe l'oncologue de la problématique liée à la reprise du travail. Cette dernière propose que la patiente la contacte par mail pour bien lui expliquer la situation et elle rédigera un courrier pour le médecin du travail afin de négocier la reprise en mi-temps thérapeutique.

En octobre, la patiente démarre un suivi avec une psychologue partenaire.

En novembre, elle rencontre la socio-esthéticienne.

En décembre, elle prend rendez-vous avec le médecin coordinateur du pôle cancérologie pour un « entretien rémission », à la demande de son oncologue.

Rendez-vous au réseau :

Au cours de cet entretien, plusieurs facettes de la pathologie sont abordées.

Tout d'abord, un point sur l'histoire de sa maladie, ce qu'elle a compris et retenu : elle explique que son cancer l'expose à risque de récurrence plutôt précoce. Il lui est rappelé qu'elle doit prendre un rendez-vous d'oncogénétique à l'Institut Curie. Le protocole de surveillance est réexpliqué.

Des symptômes sont discutés et des explications et conseils lui sont donnés :

- Elle se plaint de fourmillements et/ou de gonflements des doigts depuis qu'elle a vu l'oncologue, en novembre. A l'interrogatoire, il s'agit de phénomène type Raynaud, apparemment déclenchés par les changements de température, sans gravité et à surveiller discrètement. Aucune anomalie clinique n'est retrouvée.
- Raideur des épaules : rappel de l'importance de l'activité physique adaptée et de la kinésithérapie. Des coordonnées d'associations et de professionnels formés lui sont données, en lui suggérant de pratiquer l'activité physique adaptée avec les amies rencontrées en cours des chimiothérapies.
- Elle se sent irritable, angoissée, d'où intérêt du soutien psychologique démarré.
- Elle décrit des difficultés de concentration et troubles du sommeil à type d'endormissements et/ou de réveils nocturnes. Elle semble avoir un déficit d'attention secondaire : des conseils pour mobiliser son attention lui sont donnés ainsi que pour gérer l'insomnie (diminuer progressivement l'intensité lumineuse, concentrer ses pensées,...) car elle ne souhaite pas prendre de l'Atarax, prescrit par son médecin, en premier recours.
- Elle relate des difficultés relationnelles et de fonctionnement avec autrui (mère, conjoint, amies, collègues), engendrées par la maladie. Le médecin coordinateur lui propose de lire les écrits du Dr Fauré.
- Elle raconte la maladie de son père, son décès et l'énervement généré par le comportement de son frère qui fume énormément et pour lequel elle craint le développement d'un cancer.
- Elle s'inquiète sur ses capacités à gérer une classe dans son état actuel de fatigabilité.
- Un nouveau rendez-vous avec le médecin expert est prévu deux jours plus tard. La patiente souhaite rester en arrêt de travail jusqu'à avril 2014, afin de reprendre dans de bonnes conditions physiques et psychologiques. Cette consultation est alors préparée avec le médecin coordinateur, en mettant en exergue des éléments objectifs (temps de transport, fatigue résiduelle, fatigabilité, difficultés de concentration,...) afin que Mme L. puisse s'affirmer face à un médecin expert avec lequel la première rencontre avait été difficile. Il lui est proposé de réfléchir aux modalités de reprise en mi-temps thérapeutique jusqu'en juin 2014.
- Conseils concernant le type de soutien-gorge à porter et les précautions à prendre pour s'exposer au soleil, l'été prochain.

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 1 - pôle Cancérologie (suite)

Quelques semaines plus tard, la patiente participe à un atelier de relaxation dans les locaux du réseau.

Elle recontactera le médecin coordinateur après les fêtes pour donner des nouvelles de son rendez-vous qui s'est finalement très bien passé : elle a obtenu un accord pour les 3 mois supplémentaires d'arrêt de travail, sa demande de mi-temps thérapeutique du 24 mars au 24 juin a été acceptée et elle reprendra à temps plein pour les quelques jours qui restent avant les congés scolaires, pour ne pas épuiser le « capital de temps partiel thérapeutique ».

Elle a l'air plutôt en forme, mais est au fond inquiète car elle a trouvé un petit nodule dans son sein opéré, le soir de Noël, et cela lui a gâché les fêtes. Elle veut savoir ce que c'est (bénin ou malin), mais craint que ce soit un nouveau cancer, donc ne veut pas faire la démarche d'en parler à un médecin.

Elle convient avec le médecin coordinateur qu'elle informe l'oncologue par mail, qu'elle fait confiance à sa kinésithérapeute qui a constaté un caractère liquidien du nodule, et qu'elle le montre à sa gynécologue qu'elle doit voir début janvier. Une fois toutes ces démarches réalisées, il lui est enjoint de ne plus y toucher.

Elle se culpabilise de n'avoir pas d'envie pour occuper ses journées, alors qu'elle a fait une longue liste de tâches à effectuer. Il lui est conseillé de réduire ses ambitions, d'en réaliser deux par jour, en se "forçant" pour avoir la satisfaction d'avoir accompli quelque chose et d'oublier la trop longue liste.

Une nouvelle consultation de socio-esthétique lui est proposée car elle ne se reconnaît toujours pas, même si ses cheveux repoussent.

Il lui est conseillé de noter les sujets qui la tracassent, afin de les aborder avec la psychologue qui la suit.

Apports du réseau :

- Informations personnalisées
- Temps d'écoute et de soutien de la patiente
- Atelier de relaxation
- Réponse sociale
- Consultation de socio-esthétique
- Orientations
- Soutien psychologique
- Entretien rémission / Parcours Personnalisé de l'Après Cancer

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 1 - pôle Cancérologie (suite)

Table de recueil de données - Complexité de la situation des patients

Madame L. Antony - Patiente de complexité 3

Légende	Complexité 1	Complexité 2	Complexité 3
Evaluation		* Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	6	Présentation du réseau et de ses actions	1
Repérage des manques et analyse des besoins	3	Envoi de documentation sur le réseau	2
Visite au domicile : demande et organisation		Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	2
Visite au domicile (initiale ou de suivi)		Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	3
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)	1	Inclusion	2
Partage de l'information		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	4
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1	Recherche d'intervenants pour le patient	1
Interlocuteur absent, message laissé, demande de rappel	5	Sollicitation des intervenants référents du patient	1
Cahier de liaison remis au patient		Question/Réponse sociale	4
Transmission d'information vers l'extérieur	49	Conseil thérapeutique	1
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	8	Education thérapeutique	1
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	10	Anticipation-Prévention	1
Soins de support		Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP,...)	
Réunion d'information		Accompagnement dans les choix effectués	
Autres soins de support		Mobilisation de liens familiaux	
Groupe de réflexion et d'échanges	1	Plate-forme séjour temporaire	
Accompagnement psychologique	7	Astreinte téléphonique	
Diététique	1	Signalement/gestion de maltraitance, abus	
Socio-esthétique	8	Protection juridique, expertise TGI	
Relaxation	3	Fonds FNASS	
Bénévoles		Fonds ligue Contre le Cancer	
Médiation		Fonds de secours du réseau	
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...		Aide Personnalisée à l'Autonomie	
Concertation sur la situation du patient	1	Autres aides	2
Réunion post-décès, concertation, synthèse, coordination, bilan		Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	1
Réajustement parcours de soins chaotique			
Aide à l'adhésion à une décision de soins			
Tiers extérieur—aide à l'analyse de situations complexes			

* Nombre d'actes réalisés

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 2 - pôle Gériatrie

Monsieur L. – Bagneux

Eléments chiffrés :

Début de prise en charge : **15/04/2013**

Durée de prise en charge : **234 jours**

Nombre de visite à domicile : **2**

Durée totale des visites à domicile : **2 heures**

Nombre d'appels téléphoniques : **20**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **1 heure et 45 minutes**

Nombre de discussions en staff d'équipe de la situation de Mr L. : **2**

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

Contexte :

C'est la responsable d'un service d'aide à domicile qui a sollicité le réseau pour Mr L. qui vit à domicile avec son épouse.

Mr L. est également connu du CLIC.

Monsieur L. est âgé de 82 ans. Il présente une démence, responsable d'une perte d'autonomie très importante. Il est grabataire au lit (GIR1). Il bénéficie d'un plan d'aide financé par l'APA : une aide à la toilette, à l'habillage, aux changes et une distribution des médicaments 7j/7 par le service d'aide à domicile.

C'est son épouse, Mme L., âgée de 77 ans, qui tente d'assurer l'entretien du logement, les courses et les repas. Cependant, elle semble de plus en plus en difficulté pour assurer ces tâches ce qui a des répercussions sur la prise en charge de son époux.

Néanmoins, elle refuse obstinément un complément d'aide.

Le couple a un fils de 52 ans qui est très peu présent.

Le médecin traitant du couple se dit « dépassé par la situation ».

Une visite à domicile a donc été effectuée par le gériatre et l'assistante sociale du réseau.

Visite au domicile :

Mme L. nous accueille chaleureusement en pensant nous avoir déjà rencontrés. Ce qui est marquant au premier abord c'est que l'appartement est mal entretenu et malodorant (forte odeur d'urine).

Mme L. a une présentation négligée, les cheveux, les vêtements et les ongles sont sales. Nous constatons que la douche est inaccessible. Elle marche avec difficulté en se tenant aux murs.

C'est Mme L. qui est sensée préparer le repas et qui le donne à son époux. Toutefois, elle n'est pas en mesure de nous dire ce qu'elle a prévu de préparer pour le repas du midi. Elle fait les courses tant bien que mal accompagnée par une personne, qu'elle ne sait pas identifier. Elle nous dit qu'elle va retirer de l'argent à la poste avec l'aide à domicile. Elle n'a pas de carte bleue.

Mme L. reconnaît qu'elle ne s'occupe pas des tâches administratives et qu'elle ne sait pas comment faire. Elle paie son loyer chaque mois par chèque. Elle ne retrouve pas la carte vitale, les ordonnances, la déclaration d'impôt que nous demandons. Elle refuse néanmoins toutes aides extérieures.

Ce sont les auxiliaires de vie qui donnent et/ou préparent les médicaments pour le couple.

Mme L. nous confie que son moral a parfois « des hauts et des bas ».

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 2 - pôle Gériatologie

Mr L. quant à lui est alité dans un lit médicalisé. Il ne marche plus. D'après son épouse, il n'est pas installé au fauteuil dans la journée. Mr L. est propre, mais nécessiterait des soins de pédicure. Nous avons pu échanger avec Mr L. des formules de politesse, mais son discours n'est pas cohérent.

Malgré les difficultés de Mme L. à gérer le quotidien, elle souhaite le maintien au domicile de son mari.

Suivi :

Pour Mr L., nous recommandons le passage d'un pédicure et d'un kinésithérapeute pour limiter les complications du décubitus et tenter une installation au fauteuil. Mais il semble que Mme L. ne soit pas en capacité d'organiser leur intervention au domicile.

Mme L. refuse les propositions de soutien psychologique et d'aides pour le ménage et la confection du repas. Elle décline également la proposition d'un accompagnement pour la gestion administrative.

En revanche, elle nous invite à repasser la voir et nous remercie chaleureusement de notre passage, ce qui nous laisse entrevoir la possibilité de travailler l'acceptation des aides et d'un suivi rapproché du couple.

Après concertation avec tous les partenaires, nous avons décidé d'orienter cette situation vers la gestion de cas de la MAIA afin d'assurer le suivi intensif du couple.

Une fois cette demande acceptée par le service gestion de cas de la MAIA, une visite conjointe a été organisée avec l'auxiliaire de vie du service d'aide à domicile, qui a la confiance de Mme L. et la gestionnaire de cas.

Par la suite, le gériatre du réseau a été sollicité à deux reprises par la gestionnaire de cas. Une première fois pour un soutien au médecin traitant afin d'organiser l'hospitalisation de Mr L. dans un service de gériatrie sans passage par les urgences. Puis une seconde fois, pour évaluation de l'état de santé de Mme L. pour aider à une décision d'hospitalisation.

Apports du réseau :

- Soutien des professionnels en charge du couple
- Rôle d'anticipation et de prévention
- Orientation vers la gestion de cas
- Réajustement du parcours de soins
- Aide à la décision
- Soutien au service gestion de cas dans son action
- Aide à l'hospitalisation sans passage par les urgences

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 2 - pôle Gériatrie (suite)

Table de recueil de données - Complexité de la situation des patients

Monsieur L. Bagneux - Patient de complexité 3

Légende	Complexité 1	Complexité 2	Complexité 3
Evaluation	*	Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	9	Présentation du réseau et de ses actions	1
Repérage des manques et analyse des besoins	2	Envoi de documentation sur le réseau	
Visite au domicile : demande et organisation	2	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	
Visite au domicile (initiale ou de suivi)	2	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	2
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)		Inclusion	2
Partage de l'information		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	1
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1	Recherche d'intervenants pour le patient	
Interlocuteur absent, message laissé, demande de rappel	1	Sollicitation des intervenants référents du patient	
Cahier de liaison remis au patient		Question/Réponse sociale	1
Transmission d'information vers l'extérieur	52	Conseil thérapeutique	
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	12	Education thérapeutique	
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	12	Anticipation-Prévention	1
Soins de support		Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP,...)	
Réunion d'information		Accompagnement dans les choix effectués	
Autres soins de support		Mobilisation de liens familiaux	
Groupe de réflexion et d'échanges		Plate-forme séjour temporaire	
Accompagnement psychologique	1	Astreinte téléphonique	
Diététique		Signalement/gestion de maltraitance, abus	
Socio-esthétique		Protection juridique, expertise TGI	
Relaxation		Fonds FNASS	
Bénévoles		Fonds ligue Contre le Cancer	
Médiation		Fonds de secours du réseau	
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...		Aide Personnalisée à l'Autonomie	1
Concertation sur la situation du patient	2	Autres aides	1
Réunion post-décès, concertation, synthèse, coordination, bilan		Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	
Réajustement parcours de soins chaotique			
Aide à l'adhésion à une décision de soins			
Tiers extérieur—aide à l'analyse de situations complexes			

* Nombre d'actes réalisés

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 3 - pôle Soins palliatifs

Monsieur L. – Clamart

Contexte :

Mr L. est atteint d'un cancer pulmonaire depuis 2010, suivi par un oncologue de notre territoire. Il a eu 3 lignes de chimiothérapie et lors de l'inclusion au sein du réseau Osmose, en juillet 2013, Mr L. est métastatique au niveau hépatique et surrénalien. Il n'a plus de traitement spécifique depuis janvier 2013. L'orientation vers le réseau est faite par le oncologue qui s'inquiète des conditions du maintien à domicile. En effet, il ne se présente pas à tous les rendez-vous et pas de manière adaptée.

Eléments chiffrés :

Début de prise en charge : **18/07/2013**

Durée de prise en charge : **117 jours**

Nombre de visites à domicile : **2**

Durée totale des visites à domicile : **2 heures et 15 minutes**

Nombre d'appels téléphoniques : **61**

- dont nombre d'appels pendant l'astreinte de nuit et/ou de week-end : **4**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **4 heures et 18 minutes**

- dont durée des appels pendant l'astreinte de nuit et/ou de week-end : **28 minutes**

Nombre de discussions en staff d'équipe de la situation de Monsieur L. : **2**

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

Demandes et besoins :

- Evaluation des besoins au domicile,
- Anticipation de la dégradation de son état général.

Visites au domicile :

Lors de l'appel au médecin traitant (qui ne peut pas venir pour une visite conjointe), il nous explique que les relations avec ce patient sont difficiles et parfois conflictuelles et qu'il est content d'avoir une possibilité de médiation par l'intermédiaire du réseau.

Il n'a pas vu Mr L. depuis longtemps (à part le croiser dans la rue où il a constaté un amaigrissement et une affaiblissement progressif), mais il est prêt à retourner le voir si Mr est d'accord. Il précise que Mr L. a des troubles mnésiques mais qui ne sont pas explorés et qui n'ont jamais pu l'être.

Mr L. habite un pavillon ancien avec sa chambre à l'étage et un escalier étroit, sans aide à domicile au moment de notre venue.

Il est divorcé, a une fille dont les relations avec son père sont assez distantes du fait d'histoire familiale.

Lors de notre évaluation, nous constatons effectivement une désorientation temporelle, mais non spatiale, une cachexie importante avec une incapacité de se préparer les repas, une asthénie marquée avec un OMS à 2.

Mr L. arrive encore à monter les escaliers mais avec difficulté. Il sait qu'il a un cancer, pour autant il n'élabore pas le pronostic péjoratif. La visite a lieu en présence de sa fille car jusqu'à présent il refusait la mise en place d'aide à domicile. Celle-ci a commencé à faire le ménage au domicile de son père car celui-ci est sale.

Après négociation avec Monsieur, il finit par accepter de reprendre contact avec son médecin traitant, d'avoir une aide à la toilette et une surveillance des traitements par des infirmiers, d'avoir une aide-ménagère dans la journée, la mise en place de la téléalarme et la mise en place d'un lit médicalisé.

Proposition de voir avec l'assistante sociale du réseau pour la mise en place d'aide financière pour les aides à domicile.

Exemples de prise en charge (suite)

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

Nous revoyons Mr L. un mois plus tard, à la demande du médecin traitant et de sa fille. Son état général se dégrade lentement. Peu symptomatique à part la majoration de l'asthénie.

Nous parlons surtout lors de cette visite de l'anticipation de la dégradation de son état, pour le moment où il n'arriverait plus à se déplacer dans sa maison. Il est clairement exprimé que le décès ne se fera pas à la maison. Nous discutons de la possibilité d'admission en EHPAD, en particulier près du domicile de sa fille qui ne conduit pas. Si dégradation rapide de l'état général, sa fille préférerait que son père soit hospitalisé à la clinique de Meudon-la-Forêt.

15 jours après cette seconde visite au domicile, Mr L. présente une dégradation brusque de son état général sur une hypercalcémie. Il sera pris en charge en urgence à la clinique où il décèdera quelques jours plus tard.

Actions du réseau :

- Médiation et remise en lien entre le patient et son médecin traitant.
- Mise en place d'aides à domicile.
- Mise en place d'aide financière avec le soutien de l'assistante sociale du réseau.
- Soutien téléphonique régulier à la fille.
- Utilisation à plusieurs reprises de l'astreinte téléphonique le week-end par la fille pour une réassurance.
- Réflexion sur l'anticipation de la dégradation de l'état général du patient.
- Partage de l'information entre le médecin traitant et le cancérologue.

Apports du réseau :

- Médiation familiale et réajustement parcours de soins.
- Maintien à domicile dans un cadre satisfaisant et rassurant pour la fille du patient chez une personne plutôt opposante jusqu'à présent
- Facilitation de l'hospitalisation en direct sans passage par les urgences lors de la dégradation de l'état général.
- Transmissions des informations vers le cancérologue qui ne l'a pas revu par la suite.

Exemples de prise en charge (suite)

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

Table de recueil de données - Complexité de la situation des patients

Monsieur L. Clamart - Patient de complexité 3

Légende	Complexité 1	Complexité 2	Complexité 3
Evaluation	*	Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	12	Présentation du réseau et de ses actions	3
Repérage des manques et analyse des besoins	3	Envoi de documentation sur le réseau	
Visite au domicile : demande et organisation	4	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	6
Visite au domicile (initiale ou de suivi)	2	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)		Inclusion	3
Partage de l'information		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	8
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1	Recherche d'intervenants pour le patient	2
Interlocuteur absent, message laissé, demande de rappel	23	Sollicitation des intervenants référents du patient	3
Cahier de liaison remis au patient	1	Question/Réponse sociale	3
Transmission d'information vers l'extérieur	164	Conseil thérapeutique	0
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	38	Education thérapeutique	
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	28	Anticipation-Prévention	2
Soins de support		Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP,...)	1
Réunion d'information		Accompagnement dans les choix effectués	
Autres soins de support		Mobilisation de liens familiaux	
Groupe de réflexion et d'échanges		Plate-forme séjour temporaire	
Accompagnement psychologique		Astreinte téléphonique	4
Diététique		Signalement/gestion de maltraitance, abus	
Socio-esthétique		Protection juridique, expertise TGI	
Relaxation		Fonds FNASS	4
Bénévoles		Fonds ligue Contre le Cancer	
Médiation		Fonds de secours du réseau	
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...		Aide Personnalisée à l'Autonomie	3
Concertation sur la situation du patient	18	Autres aides	1
Réunion post-décès, concertation, synthèse, coordination, bilan		Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	3
Réajustement parcours de soins chaotique			
Aide à l'adhésion à une décision de soins			
Tiers extérieur—aide à l'analyse de situations complexes			

* Nombre d'actes réalisés

Exemples de prise en charge (suite)

Cas clinique n° 4 - prise en charge sociale

Monsieur et Madame G. - Sceaux

Contexte :

Mr et Mme G. sont âgés de 73 ans. Ils sont mariés et ont deux fils. L'un habite dans le sud des Hauts-de-Seine, l'autre dans le sud de la France.

Leur résidence principale est située dans le Lot-et-Garonne. Ils vivent actuellement dans leur résidence secondaire située dans le sud des Hauts-de-Seine. C'est une maison avec étage. Les chambres, les toilettes et la salle de bains sont à l'étage.

Ils sont propriétaires de 6 maisons. Le couple ne rencontre pas de problème financier.

Pour la gestion de leur compte et patrimoine, le couple est aidé d'un expert comptable.

Mme est atteinte d'un cancer. Elle est peu autonome et reste alitée une grande partie de la journée. Elle se nourrit peu et est très douloureuse à la mobilisation. Elle fait des crises d'angoisse nocturne, car elle a peur d'avoir un problème médical la nuit.

Mme était pharmacienne. Elle craint de prendre des morphiniques de peur de devenir dépendante.

Mr semble présenter une démence, non diagnostiquée. Le médecin traitant de Mr a demandé à plusieurs reprises un bilan cognitif. Cependant, Mr n'a jamais voulu y aller.

Mr dit se désintéresser de l'état de santé de son épouse. Il ne comprend pas pourquoi elle n'est plus comme avant. Il souhaiterait qu'elle continue à faire à manger, le ménage et les courses comme par le passé.

Les enfants du couple nous informent que leur père a toujours eu un caractère particulier. Les deux enfants sont proches de leurs parents. Le fils qui habite dans les Hauts-de-Seine fait les courses de ses parents. Le couple bénéficie également d'une grande solidarité familiale et amicale. Il a de la visite tous les jours et est épaulé.

Le médecin traitant est un ami de la famille. Il est très présent.

Le couple a une aide ménagère chaque jour depuis plusieurs années pour l'entretien du logement. Il la finance en Chèque emploi service.

Il n'y a aucun matériel paramédical type lit médicalisé ou fauteuil de confort au domicile.

Eléments chiffrés :

Début de prise en charge : 31/05/2013

Durée de prise en charge : **106 jours**

Nombre de visites à domicile : **3**

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

Nombre d'appels téléphoniques : **72**

Durée cumulée des appels téléphoniques : **4 heure et 32 minutes**

Nombre d'intervenants du réseau intervenus pour ces patients : **4** (médecins, assistante sociale)

Exemples de prise en charge (suite)

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

Motif de l'intervention du réseau :

Le réseau Osmose a été sollicité par le médecin traitant du couple et le médecin de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs de l'Institut Gustave Roussy pour une évaluation du maintien à domicile avec mise en place d'aide et une évaluation de la douleur.

Le médecin du pôle soins palliatifs du réseau a du intervenir en urgence avant notre date de rendez-vous initialement prévue pour des problèmes de douleur aiguë.

L'assistante sociale du réseau a effectué deux visites à domicile : la première seule, la deuxième accompagnée de la coordinatrice de la coordination gérontologique de la ville.

Visite au domicile :

Mme ne marche presque plus car elle dit être épuisée. Elle reste toute la journée alitée. Elle n'a pas de lit médicalisé. Elle est mal positionnée dans son lit ce qui entraîne un mal de dos.

Propositions du réseau :

- Proposition de mise en place d'un lit médicalisé. Mme refuse car elle dit ne pas en avoir besoin.
- Le médecin traitant a informé l'assistante sociale de début d'escarre : fort conseil de la mise en place d'un lit médicalisé.

Pour l'aide à la toilette et l'habillage, Mme bénéficie d'une aide par ses infirmières libérales. Cependant, ses infirmières libérales ne peuvent plus assurer ce suivi car elles sont débordées.

Propositions du réseau :

- Proposition de contacter le Service de Soins Infirmiers A Domicile de la ville pour voir s'il a de la place. (Aucune place disponible lors de ce contact).
- Proposition de voir avec une auxiliaire de vie d'une association de maintien à domicile : devis fait. Une association est venue évaluer les besoins le lendemain de notre rencontre.

Concernant les repas, Mme ne cuisine plus et mange très peu. Son mari ne cuisine pas. Il sort faire des courses lorsque sa femme lui fait une liste. Cependant, il oublie souvent des choses.

Propositions du réseau :

- La coordinatrice de la coordination gérontologique et moi-même avons proposé la mise en place d'un portage de repas. Cela avait déjà été essayé il y a deux semaines. Mr l'avait fait arrêter prétextant qu'il n'était pas handicapé pour recevoir des repas. Nous expliquons alors l'utilité de cette livraison pour que le couple mange.
- Si refus des portage de repas par Mr : proposition de mettre en place des auxiliaires de vie pour aider lors de la préparation des repas et des courses.
- Proposition de rencontrer le diététicien du réseau : Mme accepte.

Exemples de prise en charge (suite)

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

Mise en place d'aide financière pour aider le couple au financement des auxiliaires de vie :

- Il n'y avait pas de possibilité de mettre en place le fonds spécifiques des gardes malades à domicile pour les soins palliatifs. Le couple dépasse le revenu fiscal de référence.
- Nous avons rencontré des difficultés pour la mise en place de l'Allocation Personnalisée Autonomie : tous les papiers du couple sont dans le Lot et personne ne peut aller les chercher. Leur comptable ne les possède pas.

Suite à ses angoisses nocturnes, Mme G. souhaitait mettre en place une garde de nuit.

Propositions du Réseau :

- Nous avons fait plusieurs devis : coût entre 3500€ et 5500€ pour les gardes de nuit du lundi au vendredi. Mme n'a pas donné suite.
- Je l'ai donc ré-informée sur l'existence de l'astreinte téléphonique du réseau. Elle est capable d'alerter en cas de problème. Nous lui avons collé le numéro de l'astreinte sur son téléphone et sur sa table de nuit.
- Nous en avons informé le médecin du réseau. Il a pris contact avec le médecin traitant pour mettre un traitement adapté afin d'atténuer les angoisses de Mme la nuit. Cela l'a bien soulagée.
- Mme a refusé la mise en place d'une téléalarme.
- Proposition de rencontrer le psychologue : refus pour le moment.

Mme dit être fatiguée au domicile et épuisée du comportement de son époux (qui peut être violent verbalement).

Propositions du Réseau :

- Information sur la possibilité d'un séjour de répit en Unité de Soins Palliatifs.
- Information sur les demandes anticipées en Unité de Soins Palliatifs.
- Concertation téléphonique avec les fils sur l'état de santé de leurs parents.

Suite à cette première visite à domicile et après concertation en équipe, nous avons convenu qu'il était également essentiel d'anticiper le devenir du mari de Mme. En effet, face à ses troubles cognitifs, il nous paraissait important de mettre en place des aides au maintien à domicile progressives.

Deux jours après nos visites à domicile :

Les douleurs de Mme n'étaient pas gérées au domicile. Elle avait du mal à prendre ses morphiniques. De nouveaux escarres se sont créés. Le médecin traitant a demandé une hospitalisation après concertation avec Mme et ses deux fils. Mme est arrivée à l'Institut Gustave Roussy et a été transférée en Unité de Soins Palliatifs deux jours après son hospitalisation.

- Transmissions faites de la situation à l'assistante sociale de l'Unité de Soins Palliatifs par mail et par téléphone.
- Information de l'hospitalisation auprès des différents professionnels.
- Mme est décédée à l'USP.
- Continuité du réseau à travailler auprès de son époux.

Exemples de prise en charge (suite)

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

Table de recueil de données - Complexité de la situation des patients

Monsieur et Madame G. Sceaux - Patients de complexité 3

Légende	Complexité 1	Complexité 2	Complexité 3
Evaluation		* Services spécifiques	*
Recueil et analyse de la demande	25	Présentation du réseau et de ses actions	4
Repérage des manques et analyse des besoins	4	Envoi de documentation sur le réseau	1
Visite au domicile : demande et organisation	11	Conseils et informations personnalisés, conseils dans la prise en charge	
Visite au domicile (initiale ou de suivi)	3	Orientation (transmission de coordonnées d'intervenants)	
Rendez-vous au réseau (patient_entourage / équipe de coordination)		Inclusion	2
Partage de l'information		Accompagnement, écoute et soutien, réassurance	6
Ouverture du Dossier Médical Informatisé Sécurisé	1	Recherche d'intervenants pour le patient	2
Interlocuteur absent, message laissé, demande de rappel	30	Sollicitation des intervenants référents du patient	1
Cahier de liaison remis au patient	1	Question/Réponse sociale	13
Transmission d'information vers l'extérieur	197	Conseil thérapeutique	2
Partage de l'information au sein de l'équipe de coordination	45	Education thérapeutique	
Recueil d'information (réception/recherche d'info, demande de CRH,...)	40	Anticipation-Prévention	
Soins de support		Recherche de structure (H° répit, directe, EHPAD, USP,...)	1
Réunion d'information		Accompagnement dans les choix effectués	
Autres soins de support		Mobilisation de liens familiaux	
Groupe de réflexion et d'échanges		Plate-forme séjour temporaire	
Accompagnement psychologique		Astreinte téléphonique	5
Diététique	2	Signalement/gestion de maltraitance, abus	
Socio-esthétique	1	Protection juridique, expertise TGI	
Relaxation		Fonds FNASS	1
Bénévoles		Fonds ligue Contre le Cancer	
Médiation		Fonds de secours du réseau	
Aide à la gestion de conflits, d'incompréhensions,...		Aide Personnalisée à l'Autonomie	3
Concertation sur la situation du patient	9	Autres aides	13
Réunion post-décès, concertation, synthèse, coordination, bilan		Suivi (patient en attente, fragile ou perdu de vue)	
Réajustement parcours de soins chaotique			
Aide à l'adhésion à une décision de soins			
Tiers extérieur—aide à l'analyse de situations complexes			

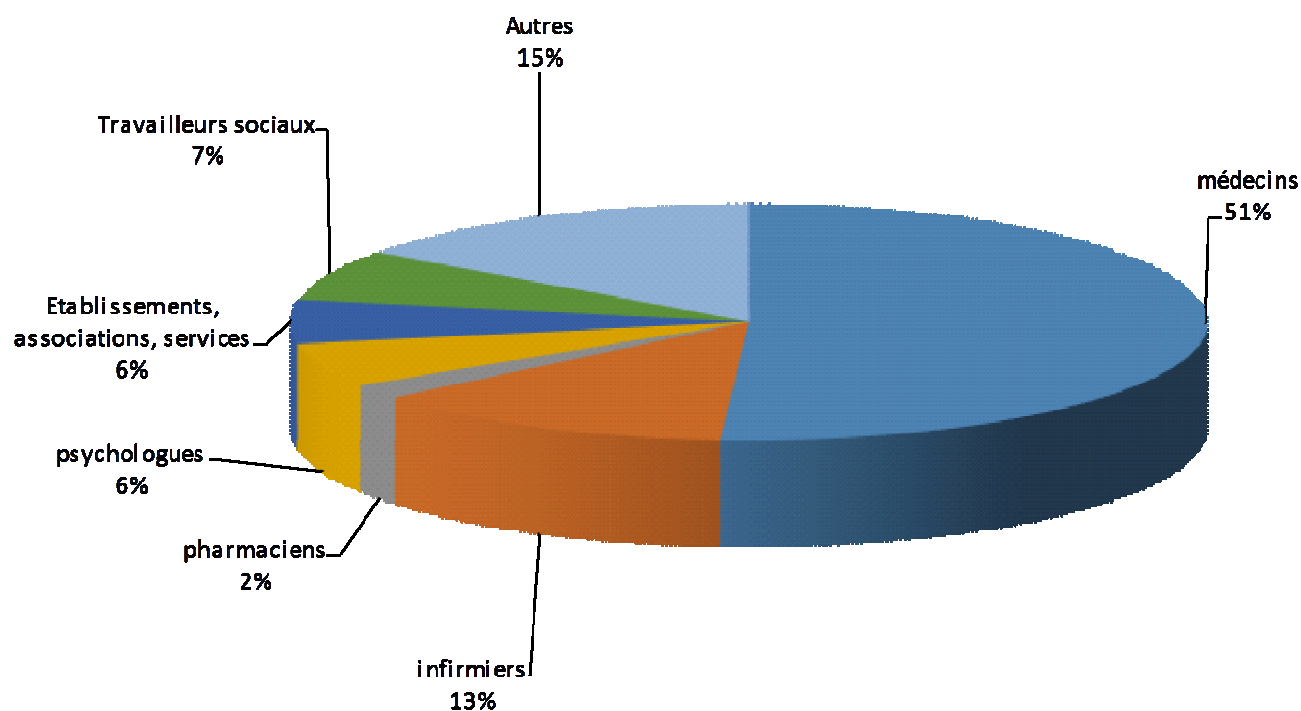
* Nombre d'actes réalisés

Les actions en direction des professionnels

Professionnels en lien avec le réseau

Les professionnels en lien avec le réseau sont les 1 422 intervenants qui, au cours de l'année 2013, 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 1 422 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 **5 groupes de travail** qui se sont réunis en 2013.

Groupe de travail	Pôle de référence	Objectifs	Réunions en 2013	Participations enregistrées en 2013	Durée cumulée des réunions
Astreinte téléphonique	Soins palliatifs	Assurer le suivi et la gestion de l'astreinte téléphonique mutualisée avec le réseau Scop	2	12	4 h 00
Formations	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs	Organiser les formations proposées par le réseau	1	8	1 h 30
Onco-gériatrie	Cancérologie Gérontologie	Sensibiliser les acteurs à l'onco-gériatrie Faire l'état des lieux de l'existant Organiser les circuits locaux de prise en charge	1	18	2 h 00
Parcours de santé des personnes âgées—Projet 'Article 70'	Gérontologie	Mettre en œuvre le projet POPS Article 70	8	53	18 h 00
Psychologues	Cancérologie Gérontologie Soins palliatifs	Mettre en œuvre et suivre les consultations des psychologues	5	69	7 h 30
Total général			17	160	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.

Formations-Conférences pluridisciplinaires

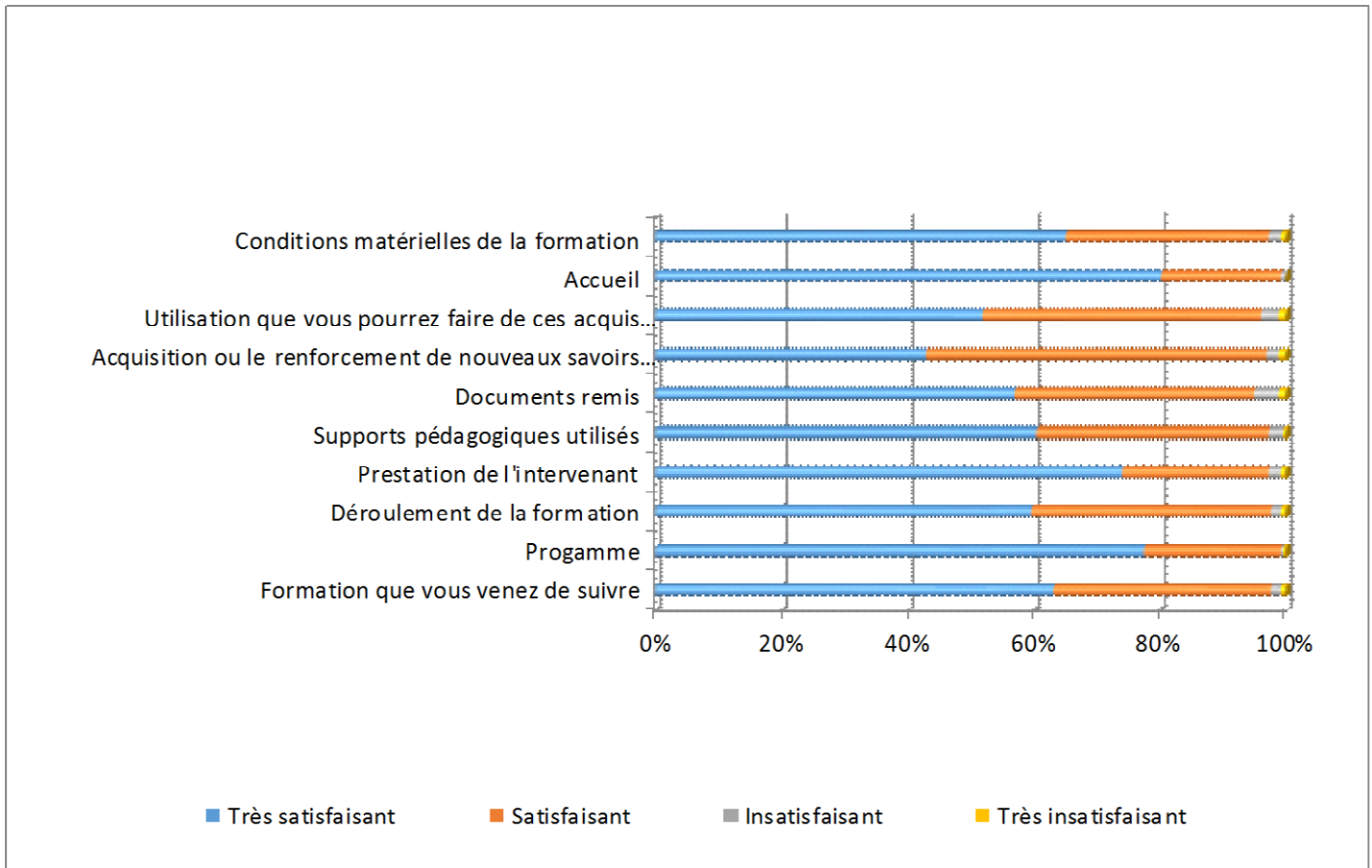
En 2013, Osmose a proposé **10 formations-conférences pluridisciplinaires**. Les formations ont lieu dans les locaux du réseau, généralement le mardi soir, de 20 h 30 à 22 h 30. En 2013, un cycle de formation a été ouvert l'après-midi afin d'élargir les possibilités de participations du plus grand nombre. Ces horaires ont été maintenus en 2014 face à la forte mobilisation des professionnels sur ce créneau.

Formations	Pôle	Dates	Participants
Le rôle des associations de patients et/ou de bénévoles dans l'accompagnement	C - G - SP	22 janvier	0 <small>(formation annulée / intempéries)</small>
Les spécificités gériatriques des soins palliatifs	G - SP	26 février	16
Les troubles du sommeil de la personne âgée	G	26 mars	24
Les demandes d'aide à la fin de vie : législation et pratiques professionnelles	SP	28 mai	16
La Sclérose Latérale Amyotrophique	SP	25 juin	17
La protection juridique des personnes âgées	G	24 septembre	26
L'annonce des mauvaises nouvelles en cancérologie	C	1er octobre	24
Le syndrome de Diogène	G	5 novembre	72
Les aidants maltraitants malgré eux. Comment les accompagner ?	G	12 novembre	29
L'agonie	SP	3 décembre	21
Total			245

Formations (suite)

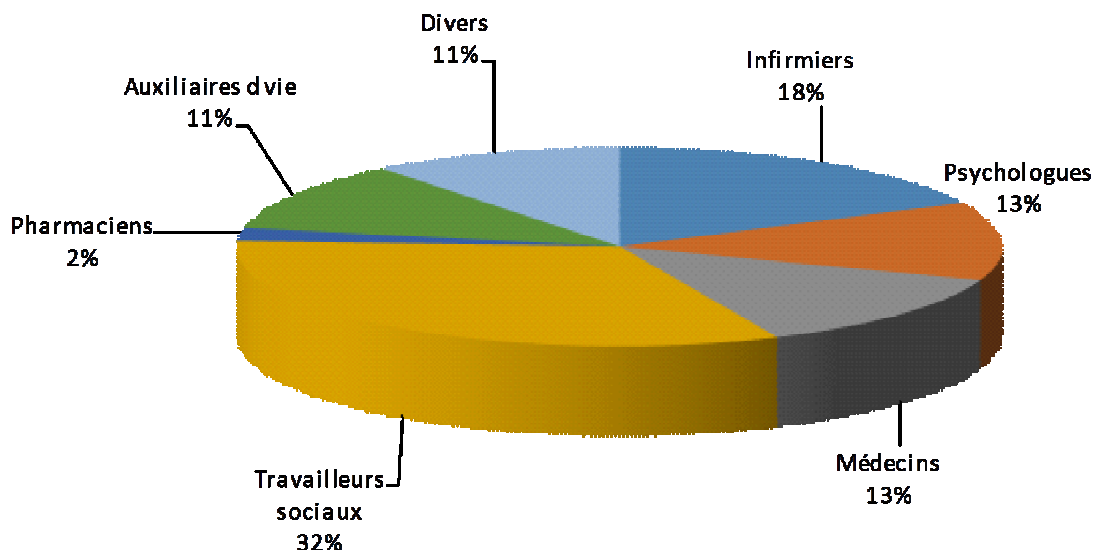
L'évaluation des formations est réalisée au sortir de chaque séance, par le biais d'un questionnaire anonymisé.

Résultats de l'ensemble des évaluations des 9 formations réalisées



Profil des 141 professionnels participants des formations

141 professionnels différents ont participé à l'une ou plusieurs des 9 formations de 2013, qui ont enregistré 245 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.

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 2013, 5 rencontres thématiques ont été organisées :

- le 29 janvier - thème : '**Les directives anticipées**'
- le 9 avril - thème : '**La personne de confiance**'
- le 4 juin - thème : '**Les procédures collégiales de décision**'
- le 17 septembre - thème : '**Les procédures collégiales de décision**' (2^{de} séquence)
- le 10 décembre - thème : '**Faire face au refus du patient**'

Au total, ces rencontres thématiques ont enregistré **44 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.

Formations réalisées :

Au cours de l'année 2013, 8 EHPAD (Carnot et La Chartraine à Antony, Sainte-Emilie à Clamart, Les 9 Muses et La Fondation Lasserre à Issy-les-Moulineaux, Les Mathurins à Bagneux, Résidence du Parc et Résidence Arcade de Fontenay-aux-Roses) ont bénéficié de cette formation.

Au total, **30 séances** de formation ont été organisées.

Sur ces 30 séances, **310 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 internes - Formations D.U.

Le réseau Osmose a été sollicité en 2013 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, la prise en charge des personnes âgées à domicile et les soins palliatifs au domicile. L'objectif de ces formations était également de sensibiliser ces professionnels à la prise en charge en réseau

De même, le réseau intervient dans le cadre du Diplôme Universitaire Soins de support à l'Hôpital Européen Georges Pompidou.

Au total, **4 séances** de formation ont été organisées en 2013. D'une durée de 2 h 00 chacune, elle ont accueilli **40 participants** au total.

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 par le CID (Collectif d'Ingenierie de Développement) 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 ont été 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

La suite de cette formation a été initiée en 2013 par l'organisation d'une formation à destination des managers des structures engagées dans cette formation, afin de favoriser les relais au sein des structures.

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 2013, 2 déjeuners-rencontre a été organisés en février et décembre et a accueilli **26 médecins** traitants.

Oncodocs

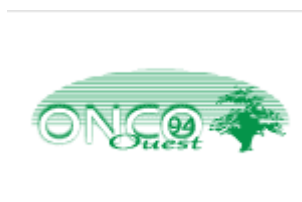
En 2009, les réseaux EssonOnco, Onco 94 Ouest, Oncosud, Oncoval et Osmose ont ouvert le site oncodocs.fr, recensant 42 fiches de médicaments utilisés dans le traitement des affections cancéreuses, écrites et validées par des médecins, pharmaciens et membres des équipes de coordination de ces 5 réseaux.

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 2013, les travaux de ce groupe se sont poursuivis au cours de 4 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'

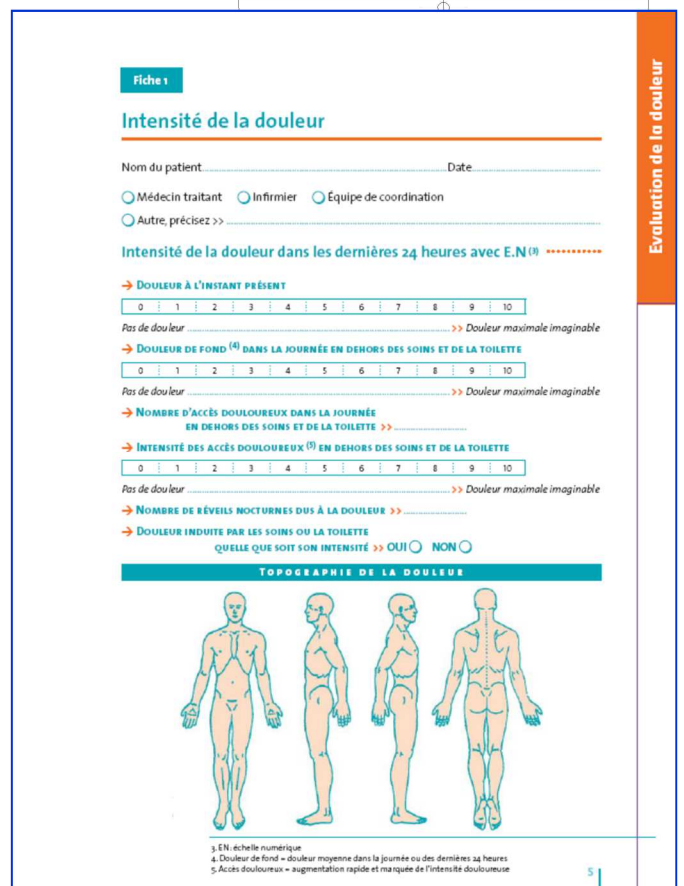
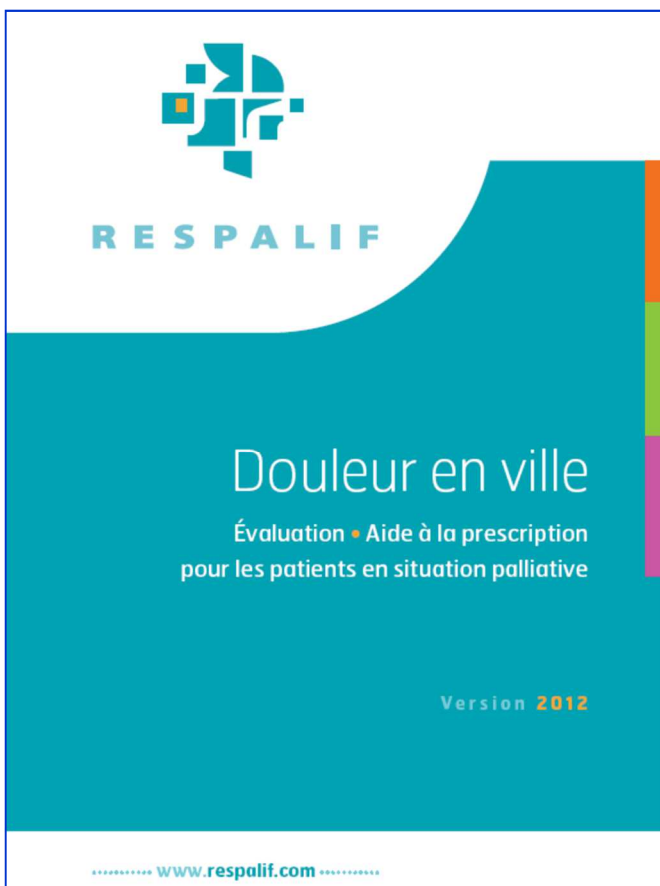
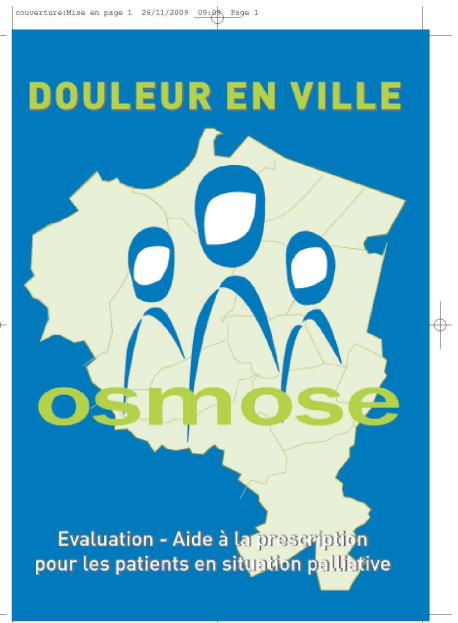
Depuis 2004, le réseau de soins palliatifs Ensemble développe une démarche d'accompagnement des professionnels dans la prise en charge de la douleur, notamment au travers de l'édition d'un livret d'aide à l'évaluation et à la prescription.

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.

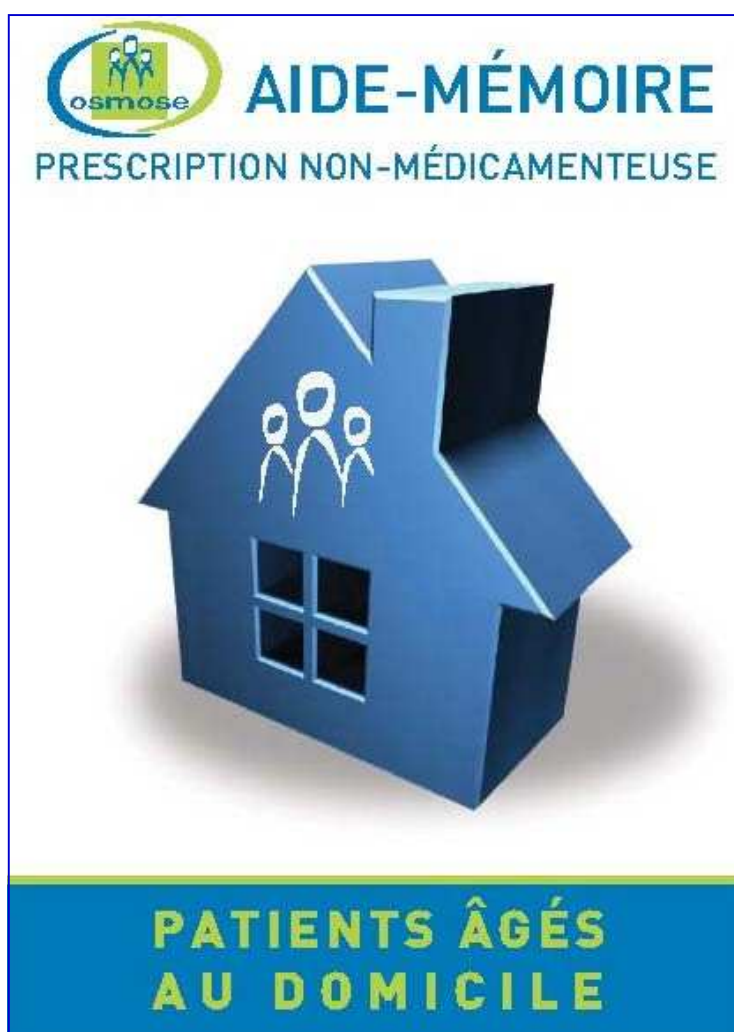


Edition et diffusion du Guide 'Prescription non médicamenteuse pour les patients âgés à domicile'

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 et continue d'être distribué en 2013 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.

Réunions et rencontres de présentation du réseau

Tout au long de l'année 2013, **47 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
Cabinet ENEIS Conseil	8 janvier	2 h 00	3
Soldalys Maintien à domicile	8 janvier	1 h 00	2
CLIC de Sèvres	10 janvier	3 h 00	5
HAD Santé Service	22 janvier	2 h 00	4
CIF - Bilan formation PRADO'M	30 janvier	2 h 00	10
Ligue Contre le Cancer 92	1er février	3 h 00	5
Magali Eymery - ARS IdF	6 février	8 h 00	12
CLIC d'Antony	7 février	2 h 00	6
Groupe Béclère-EHPAD	14 février	3 h 00	15
Domidom	19 février	2 h 00	3
Plenetys	28 février	1 h 00	2
CRAMIF - Antenne de Sceaux	15 mars	2 h 00	3
Espace Seniors - Châtenay-Malabry	21 mars	3 h 00	12
CLIC - Antenne de Bagneux	26 mars	2 h 00	4
CLIC - Antenne de Fontenay-aux-Roses	27 mars	2 h 00	10
Pro Seniors	28 mars	1 h 00	2
Amelys	28 mars	2 h 00	2
Bien être à la maison	29 mars	2 h 00	3
Hôpital Privé d'Antony (Direction)	5 avril	2 h 00	2
Alliance Vie	17 avril	1 h 00	3
Dr Chauvin - Réseau Onco 94 Ouest	18 avril	1 h 00	2
CPAM 92	7 mai	2 h 00	2
CLIC - Antenne de Fontenay-aux-Roses	16 mai	2 h 00	15
PARA Vanves	3 juin	2 h 00	7

Réunions et rencontres de présentation du réseau (suite)

Interlocuteurs	Dates	Durée	Participants
Coordination gérontologique de Sceaux	4 juin	3 h 00	18
Croff Consultants	5 juin	3 h 00	3
CLIC - Antenne de Clamart	6 juin	2 h 00	4
Maison des patients - René Huguenin	11 juin	2 h 00	8
Réseau Diabète 92 Nord	11 juin	3 h 00	20
Dr Cléry-Merlin	12 juin	2 h 00	5
Réseau Agekanonix	18 juin	2 h 00	14
Comité Régional Cancer ARS	19 juin	3 h 00	15
HDJ Soins de support - René Huguenin	22 août	2 h 00	5
Alliance Vie	26 août	2 h 00	2
SAMU 92	18 septembre	3 h 00	10
Réseau RevesDiab	17 octobre	3 h 00	4
CID - Bilan formation PRADO'M	18 octobre	2 h 00	10
Réseau Onconord	22 octobre	1 h 00	2
Réseau Odysée	25 octobre	3 h 00	4
Adipah	4 novembre	1 h 00	6
Réseau RevesDiab	6 novembre	3 h 00	4
Réseau Ressource	7 novembre	2 h 00	5
Ligue Contre le Cancer 92	12 novembre	3 h 00	8
ASP Présence	3 décembre	2 h 00	5
MAS La Fontaine - Châtillon	5 décembre	2 h 00	4
Retraite Plus	9 décembre	1 h 00	3
Ligue Contre le Cancer 92	17 décembre	2 h 00	6
Total	47	105 h 00	299

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 Meudon-Plateau) l'utilisent pour cette saisie. Au 31 décembre 2013, **4 132 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 **85 utilisateurs** en 2013 (16 utilisateurs internes-équipes de coordination du réseau + 69 utilisateurs externes-professionnels partenaires du réseau).

Sur l'année 2013, un total de **1 127 323 actes** ont été enregistrés sur ce dossier (1 046 852 réalisés par l'équipe de coordination du réseau (soit 93 %) et 80 471 actes réalisés par les professionnels partenaires du réseau en accès distant, soit 7 %)

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
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	<input type="checkbox"/>
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

Quitter Historique Annuler Enregistrer

En 2013, le réseau Osmose et le réseau Onco 94 Ouest ont été choisis par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France pour la réalisation d'une étude de faisabilité menée par le GCS D-SISIF (Groupement de Coopération Sanitaire pour le Développement des Systèmes d'Information de Santé en Ile-de-France) pour le portage de ces dossiers informatisés de ces deux réseaux de santé sur une plate-forme régionale d'accès aux services de l'Espace Régional de Santé d'Ile-de-France, permettant une meilleure sécurisation des données (sur un serveur informatique externalisé) et un accès à des services complémentaires liés à la plate-forme, lors de toute connexion des professionnels au dossier informatisé.

Les études techniques ont été finalisées en 2013 et ont confirmé la possibilité technique de la portabilité du dossier médical informatisé sécurisé d'Osmose. Le déploiement et la concrétisation de ce projet sont aujourd'hui en cours de finalisation.

Surveillance des cancers du sein Partenariat Osmose - Gynecomed

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

Lancé en 2011, ce projet de surveillance déléguée n'a permis l'inclusion d'aucune patiente dans le dispositif. De nombreux freins ont été identifiés, et, en 2012, le groupe de travail porteur du projet a décidé de proposer l'organisation d'une **surveillance alternée organisée**, à destination de toutes les patientes démarrant une surveillance.

Plusieurs mois de travail ont été nécessaires pour adapter les documents initialement réalisés pour le projet de surveillance déléguée, et les faire valider par les membres du groupe de travail.

La concrétisation de ce projet a été finalisée en 2013 et la mise en œuvre de cette surveillance alternée organisée a donc démarré en 2013.

Extraits du mode d'emploi à destination des professionnels :

↳ Les **critères d'inclusion** sont identifiés :

1. La patiente est domiciliée dans le sud des Hauts de Seine
2. Critères médicaux
 - 2a. Inclusion dans le dispositif dès la fin du traitement :
Cancers du sein ne nécessitant pas de chimiothérapie.
 - 2b. Inclusion après plus de 5 ans de recul :
Cancers du sein traités aussi par chimiothérapie, sans rechute
3. Le médecin de ville (Gynéco ou MG) accepte de participer au dispositif

↳ Le professionnel d'établissement établit la séquence :

Absence de chimiothérapie

Début du dispositif dès la fin des traitements spécifiques

Séquence au choix :

- ⇒ **Surveillance par le médecin de ville 1 rendez-vous sur 2**
(exemple : Chirurgien-Ville -Radiothérapeute-Ville-Chirurgien...)
- ⇒ **Surveillance par le médecin de ville 1 rendez-vous sur 3**
(exemple : Chirurgien-Radiothérapeute-Ville- ...)

Avec chimiothérapie

Début du dispositif après 5 ans de recul sans évènement

Séquence au choix :

- ⇒ **Surveillance par le médecin de ville 1 rendez-vous sur 2**
(Chirurgien-Ville-Radiothérapeute-Ville-Chimiothérapeute-Ville-Chirurgien...)
- ⇒ **Surveillance par le médecin de ville 1 rendez-vous sur 4**
(Chirurgien-Radiothérapeute-Chimiothérapeute-Ville- ...)

Surveillance des cancers du sein Partenariat Osmose - Gynecomed (suite)

↳ Modalités de suivi :

- ⇒ Première consultation dans les 3 mois suivant l'inclusion
- ⇒ Examen clinique, dont la palpation des seins et des aires ganglionnaires, tous les 6 mois pendant 5 ans, puis tous les ans, à vie
- ⇒ Mammographies bilatérales annuelles
- ⇒ Examens radiologiques et biologiques en fonction de la symptomatologie clinique uniquement
- ⇒ Suivi assuré en alternance par les médecins hospitaliers et le médecin de ville choisi par la patiente
- ⇒ **A chaque visite, à l'hôpital comme en ville, le médecin envoie la fiche de suivi au réseau Osmose**
 - ✓ par Internet sécurisé (gaestocq@reseau-osmose.fr), ou
 - ✓ par fax (01 46 30 46 71), ou
 - ✓ par courrier (Dr GA Estocq - Réseau Osmose - 20 22 avenue Edouard Herriot - Bât. Carnot - Hall 9 - 92350 Le Plessis Robinson)
- ⇒ La fiche de suivi est intégrée dans le dossier informatisé sécurisé d'Osmose, puis transmise aux autres **médecins** impliqués dans la surveillance et à Gynecomed

Quelques mois après l'information des professionnels partenaires de l'évolution du dispositif de la surveillance déléguée vers la formule « alternée organisée », une patiente a été incluse par son médecin traitant.

Les inclusions de nouvelles patientes sont donc en cours.

Projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC) - Phase 2

Pour la phase II du projet PPAC, démarrée en janvier 2013, il avait été décidé d'effectuer de façon expérimentale un suivi rapproché de patients à risque d'aplasie fébrile.

Le but était de diminuer des hospitalisations liées aux aplasies en améliorant la gestion de cet effet secondaire en amont, grâce à la présence d'un infirmier coordinateur. Il s'agissait d'inclure peu de patients mais de montrer des effets bénéfiques en termes de transferts effectifs d'informations et de fluidification du parcours.

Deux inclusions ont pu être effectuées sur les 15 patients pressentis.

Un certain nombre de freins n'ont pas permis à cette expérimentation de faire ses preuves :

- le recrutement de l'infirmier a été long et difficile, faute de candidats,
- 3 établissements ont finalement participé sur les 5 potentiels prévus, pour des raisons d'organisation interne et de manque de personnels,
- une disponibilité limitée des professionnels hospitaliers malgré leur bonne volonté,
- une difficulté de compréhension de l'intérêt du projet et son appropriation par les équipes,
- le caractère restreint des critères d'inclusion, malgré une ouverture, dans un second temps, à des patients « vulnérables », a limité les inclusions,
- la réticence de certains patients : sentiment d'effet redondant, des patients se disant 'déjà bien entourés' (famille, équipe oncologie), ignorance de l'existence du réseau Osmose, méconnaissance et crainte du terme 'réseau', souhait 'd'oublier' l'hôpital une fois au domicile, refus de contacts réguliers avec l'infirmier,...

Projet Programme Personnalisé de l'Après Cancer - Phase 2 (suite)

Ce projet était fondé sur l'idée constructive de pouvoir répondre à un besoin, tant pour les patients que pour les soignants de ville. Mais sa mise en œuvre a montré une réalité inverse : il semble qu'à l'heure actuelle et à court terme, cette démarche ne corresponde pas à un réel besoin, au regard du mode de fonctionnement des principaux acteurs.

Portant sur un échantillon de très petite taille, elle a néanmoins permis de souligner la difficulté à mobiliser conjointement des équipes soignantes, des professionnels de ville et des patients sur un sujet précis. Elle éclaire également sur l'existence d'un lien très fort dans la relation équipes hospitalières – patients, lien qui vise à rassurer les patients, mais pêche à inclure les professionnels de ville.

Comme suites de ce projet et afin de ne pas rester sur une note négative, il a été proposé de développer un « entretien rémission » dans les locaux du réseau, en ciblant l'expérimentation sur une population spécifique : les patientes atteintes de cancer du sein, dont les phases hospitalières de traitement se terminent.

Cet entretien sera proposé à la patiente par l'oncologue, ou le radiothérapeute. Il peut avoir lieu dans les mois suivant la fin de la chimiothérapie ou de la radiothérapie, indépendamment de la prise d'hormonothérapie.

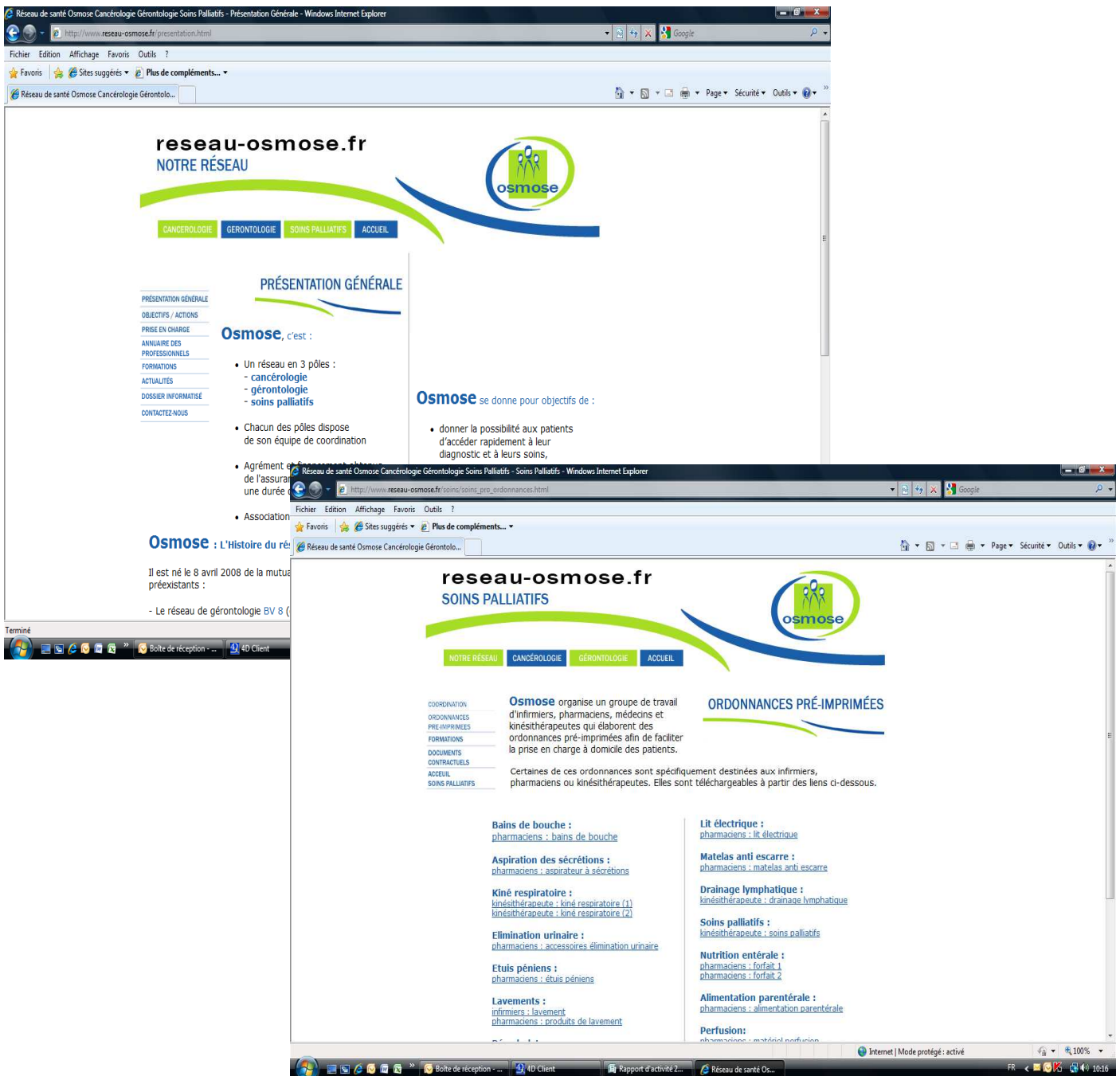
L'entretien consistera en :

- une relecture de l'histoire de la maladie,
- une évaluation des séquelles,
- une évaluation globale, médico-psycho-sociale, et du quotidien,
- une ré-explication de la surveillance,
- l'organisation formalisée de la surveillance entre ville et hôpital (Dispositif de surveillance alternée organisée) : définition des examens nécessaires à la surveillance ; répartition / définition des interventions de chaque acteur ; partage des informations concernant le suivi,
- une orientation vers les soins de support, dont un bilan social pour la reprise du travail.

L'entretien sera préparé avec l'oncologue et les conclusions seront adressées aux différents intervenants de la patiente.

Ce projet d'entretien-rémission sera concrétisé en 2014.

Site Internet



www.reseau-osmose.fr

En 2013 :

14 117 visiteurs

45 458 pages vues

Portage de la MAIA sud 92

Le réseau Osmose est l'un des 3 porteurs départementaux* d'une MAIA.

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, organisée et orchestrée par le Gestionnaire de Cas, 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) pour :

- **renforcer la complémentarité et mieux articuler les 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 les territoires,
- bénéficier des compétences de **Gestionnaires de cas**, permettant le suivi intensif individualisé et rapproché de certaines situations complexes.

La MAIA 92 sud a été créée en 2012, avec une prise de fonction du Pilote, Monsieur Olivier Fetisson, en octobre 2012, suivie du recrutement de Christelle Akourtam en janvier 2013 et de Clémence Legrand en mars 2013, en tant que gestionnaires de cas. Monsieur Fetisson ayant quitté ses fonctions en novembre 2013, a été remplacé par Madame Florence Pougnet en février 2014 en tant que Pilote MAIA.

En tant que porteur MAIA, le réseau Osmose a participé en 2013, comme prévu par le Cahier des Charges, au soutien du Pilote et des gestionnaires de cas à la mise en œuvre du dispositif sur le terrain : concertation stratégique avec le Pilote, mise à disposition de l'infrastructure d'Osmose et de son réseau de partenaires, organisation de staffs communs entre le service gestion de cas de la MAIA et l'équipe du pôle gériatrie du réseau,...

En tant que partenaire MAIA, le réseau Osmose a participé aux tables de concertation tactique et aux groupes de travail organisés par la MAIA en 2013, ainsi qu'aux orientations et/ou aux prises en charge communes de certains patients avec le service gestion de cas de la MAIA.

**Pour des informations complémentaires sur la MAIA sud 92, contacter
Florence Pougnet, Pilote MAIA,
au 01 46 30 44 55 ou à fpougnet@maia.reseau-osmose.fr**

(* Il existe également une MAIA dans le nord du département, portée par le réseau de santé Agekanonix (Handicaps et Dépendances) et une MAIA dans le centre du département, portée par une association Inter-CLIC (CLIC Gerico et CLIC Entour'âge)

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 2013 : 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 2013, le réseau Osmose a été représenté à 8 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 2013, Osmose a été représenté à 5 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.

Réunions institutionnelles

Réunions : Assemblée Générale, Conseil d'Administration et Bureau

En 2013, 8 réunions institutionnelles ont été organisées :

Dénomination	Dates	Participations
Bureau	22 janvier	6
Conseil d'Administration	21 février	26
Conseil d'Administration	5 avril	11
Assemblée Générale	23 avril	37
Conseil d'Administration	23 avril	12
Bureau	18 juin	5
Conseil d'Administration	3 novembre	16
Bureau	20 décembre	6
Total		119

Staffs patients

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 2013, 25 réunions de staff ont été organisés.

De même, dans le cadre du soutien à la mise en œuvre du service gestion de cas de la MAIA, les équipes du pôle gérontologie du réseau et du service gestion de cas de la MAIA organisent régulièrement des staffs communs.

Réunions de coordination et de régulation 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 d'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 2013, 8 réunions de coordination d'équipe ont eu lieu.

Par ailleurs, l'équipe de coordination est soutenue dans sa réflexion et dans son action par l'intervention d'un intervenant extérieur dans le cadre de groupes d'analyse de la pratique.

6 réunions d'analyse de la pratique ont été organisées en 2013.

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 2013 _ Résumé _ Evolution

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. 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 et 2 ETP, Gestionnaires de cas) au 31/12/2013.

En 2013, le réseau Osmose a été sollicité pour **1 464 patients** dont **887** étaient atteints de cancer, **866** étaient âgés de plus de 60 ans et en situation de dépendance et **486** nécessitaient des soins palliatifs. L'équipe du réseau a effectué **72 769 actes de coordination médico-psycho-sociale** et a participé à **558 'rendez-vous patient'** (rendez-vous au réseau, visites au domicile et réunions de concertation avec des partenaires), au bénéfice de **506 patients**. Le réseau Osmose a assuré la gestion et la coordination de **35 ateliers de relaxation** pour 45 patients, **54 consultations de diététique** pour 52 patients, **218 consultations de socio-esthétique** pour 172 patients et **640 entretiens d'accompagnement psychologique** pour 132 patients

En 2013, **1 422 professionnels** médico-psycho-sociaux ont été en lien avec Osmose, dont **555 étaient signataires de la Charte de fonctionnement** du réseau. Au total, le réseau a organisé **139 réunions, groupes de travail et formations** qui ont enregistré **1 273 participations**.

Rubriques	Année 2012	Année 2013	Evolution 2012-2013
Activité en direction des patients			
Patients pris en charge	1 347	1 464	+ 9 %
Inclusion de patients	311	383	+ 23 %
Nouveaux patients	848	840	- 1 %
Patients atteints de cancer	910	887	- 3 %
Patients âgés de + de 60 ans dépendants	731	866	+ 18 %
Patients nécessitant des soins palliatifs	464	486	+ 5 %
Patients concernés par 2 voire 3 pôles du réseau	585	608	+ 4 %
Actes de coordination effectués par téléphone	9 922	12 276	+ 24 %
Actes de coordination effectués en face à face ¹	480	558	+ 16 %
Consultations de soutien psychologique	572	640	+ 12 %
Nombre de bénéficiaires	90	132	+ 47 %
Consultations de diététique	35	54	+ 54 %
Nombre de bénéficiaires	29	52	+ 79 %
Consultations de socio-esthétique	210	218	+ 4 %
Nombre de bénéficiaires	163	173	+ 6 %
Participations aux ateliers de relaxation	167	215	+ 29 %
Nombre de bénéficiaires	35	45	+ 29 %
Activité en direction des professionnels			
Adhérents	218	241	+ 11 %
Signataires de la Charte de fonctionnement	516	555	+ 8 %
Signataires de la Convention constitutive	62	67	+ 8 %
Groupes de travail	9	5	- 44 %
Professionnels inscrits aux groupes de travail	145	132	- 9 %
Réunions des groupes de travail	19	17	- 11 %
Participations enregistrées aux groupes de travail	205	160	- 22 %
Séances de formations	38	55	+ 45 %
Participations enregistrées aux formations	549	685	+ 25 %
Réunions et rencontres	95	47	- 51 %
Participations enregistrées aux réunions	530	428	- 19 %
Connexions au site Internet	15 345	14 117	- 8 %

¹ : rendez-vous au réseau, visite au domicile, réunion de coordination,...