



avec le soutien



Rapport d'activité

Osmose

DAC - EMTSP

DAC _ Dispositif d'Appui à la Coordination
EMTSP _ Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs

sud des Hauts-de-Seine

DAC & EMTSP 92 sud Osmose
4, rue des Carnets - 92140 - Clamart
01 46 30 18 14 - accueil@dac92sud.fr - www.dac92sud.fr

2

0

2

4

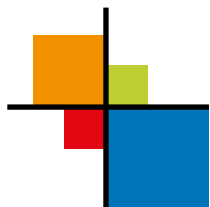


Sommaire

Présentation générale	Page 5
Cadre d'intervention	Page 6
Missions du DAC	Page 7
Missions de l'EMTSP	Page 8
Spécificités thématiques d'accompagnement	Page 9
Territoire d'intervention	Page 10
Autorisation et financement	Page 11
Conseil d'Administration	Page 12
Equipe de coordination	Page 13
Plaquettes DAC et EMTSP	Page 15
Services rendus aux patients et à leurs proches par le DAC	Page 17
Services rendus aux patients et à leurs proches par l'EMTSP	Page 18
Modalités d'accompagnement	Page 18
File active globale 2024	Page 20
Répartition par besoins d'intervention	Page 23
Domiciliation des patients accompagnés	Page 24
Moyenne d'âge	Page 24
Nouveaux patients de 2024	Page 25
Modalités d'arrivée des nouvelles demandes	Page 26
Profil des orienteurs	Page 27
Coordination téléphonique, mail, SMS et fax	Page 28
Coordination physique : rendez-vous, visites au domicile et réunions	Page 28
Astreinte téléphonique	Page 28
Accompagnements EMTSP	Page 29
Programme VISA	Page 33
Programme AIDA	Page 35
Soins de support	Page 37
Programme de soins de support collectifs en cancérologie	Page 40
Entretiens de fin de traitement	Page 42
Permanences et Ateliers d'information prévention santé	Page 44
PASS Ambulatoire	Page 48
Kit soins palliatifs	Page 50
Exemples d'Accompagnements	Page 52
Animation territoriale	Page 61
Réunions, rencontres, groupes de travail et formations	Page 66
Services rendus aux professionnels et aux structures	Page 67
Professionnels en lien avec le DAC	Page 68



**L' association OSMOSE
gestionnaire
du DAC et de l'EMTSP
du sud des Hauts-de-Seine**



P résentation générale

L'association **Osmose** porte le Dispositif d'Appui à la Coordination (**DAC**) du sud des Hauts-de-Seine, ainsi que l'Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs (**EMTSP**) du sud des Hauts-de-Seine.

Le DAC 92 sud Osmose :

Créé en **septembre 2020**, et labellisé par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France en octobre 2020, le DAC est issu de la fusion du **Réseau de santé Osmose** (réseau de Cancérologie, Gériatologie, Soins Palliatifs et Accès aux soins pour le sud des Hauts-de-Seine) avec la **MAIA sud 92** (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie).

Les DAC sont actés par l'article 23 de la loi n°2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, du 24 juillet 2019, qui organise la fusion des différents dispositifs territoriaux de coordination au sein d'une structure unifiée, dénommée Dispositif d'Appui à la Coordination.

Les DAC ont pour missions de :

- **Accompagner** des malades de tout âge en situation complexe
- **Soutenir** les professionnels médico-psycho-sociaux dans leurs accompagnements de patients
- **Animer** la concertation professionnelle territoriale

L'EMTSP 92 sud Osmose :

En complément de son activité de DAC, l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France a autorisé en **décembre 2023** l'association Osmose à déployer une Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs (EMTSP). Cette initiative prolonge et renforce ainsi la mission du DAC en matière de soins palliatifs.

Les EMTSP se réfèrent à l'instruction interministérielle n° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023, qui vise la structuration des filières territoriales de soins palliatifs. Cette instruction propose une organisation graduée des soins palliatifs, en identifiant et labellisant des équipes mobiles expertes intervenant à domicile pour des patients présentant une complexité élevée.

Elle accorde également à ces équipes des missions de prescription et de soins dans certaines conditions d'urgence et/ou en l'absence de référents.



Cadre d'intervention



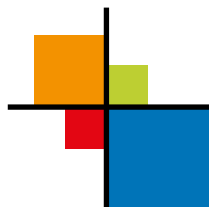
Le DAC 92 sud Osmose se réfère :

- à la **Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé** <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/>
- aux articles **L6327-1 à 6327-7 du Code la Santé Publique** <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000038886474/>
- au **Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux** qui précise les dispositions de l'article 23 de la loi OTSS <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043268528>
- au **Cadre national d'orientation des DAC** édité en juin 2020 par le Ministère de la Santé, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cno_dac_nov2020.pdf
- au **Référentiel de missions et d'organisation des DAC d'Ile-de-France** édité par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France en novembre 2019. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-11/referentiel-dac-ars-idf-2019.pdf>
- aux référentiels ANAP liés à la coordination, notamment au **Guide des Indicateurs d'activité et de pilotage des DAC**, édité en décembre 2020. <https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2780>



L'EMTSP s'appuie sur :

- l'**instruction interministérielle n° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023**, qui vise à poursuivre la structuration des filières territoriales de soins palliatifs. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_76.pdf
- le **cahier des charges régional des EMTSP** publié par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.



Missions du DAC

Le DAC 92 sud Osmose a pour missions de :

- **coordonner les parcours de santé des patients complexes, quel que soit leur âge et leur pathologie, soutenir leurs aidants et venir en appui à leurs intervenants référents :**

- ◇ orienter les patients vers les ressources adaptées de proximité,
- ◇ repérer/aider à repérer les patients complexes,
- ◇ participer à l'évaluation de la situation multidimensionnelle des patients,
- ◇ élaborer, en coopération avec les intervenants référents des patients, un programme personnalisé de santé ; le réviser régulièrement,
- ◇ promouvoir la continuité des soins tout au long du parcours de santé des patients,
- ◇ prévenir les risques d'épuisement et de maltraitance des aidants.

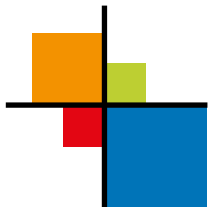
- **promouvoir l'animation et l'intégration au sein du territoire :**

- ◇ diffuser les référentiels de bonnes pratiques et les protocoles de soins validés,
- ◇ appuyer les initiatives ou proposer des actions innovantes d'amélioration des pratiques et des organisations territoriales,
- ◇ soutenir les actions ou proposer des actions de prévention et de promotion de la santé,
- ◇ aider à développer un guichet intégré réunissant les structures d'appui sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire,
- ◇ partager l'information entre les acteurs du territoire,
- ◇ effectuer des retours d'information à la gouvernance territoriale.

**Soutenir les
patients**

**Accompagner
leurs aidants**

**Relier les
soignants**



Missions de l'EMTSP

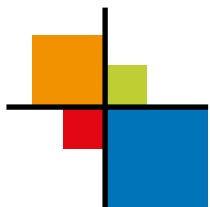
L'EMTSP 92 sud Osmose a pour missions de :

- **proposer une expertise en soins palliatifs aux professionnels de santé, aux patients et à leurs proches pour soutenir les situations complexes :**
 - ◇ évaluer les différentes composantes de la souffrance (somatique, sociale, psychologique),
 - ◇ proposer des aménagements et/ou mises en place de soins et de traitements,
 - ◇ soulager les symptômes physiques et psychiques,
 - ◇ réaliser ponctuellement des soins et/ou des prescriptions, si impossibilité d'intervention directe des référents,
 - ◇ informer, accompagner et soutenir le patient, son entourage et ses intervenants professionnels,
 - ◇ aider à la réflexion et à la prise de décision, notamment en fin de vie,
 - ◇ collaborer avec les équipes référentes pour le maintien ou le retour à domicile.

- **sensibiliser et former les professionnels à la prise en charge palliative :**
 - ◇ proposer des formations pratiques et théoriques,
 - ◇ diffuser les bonnes pratiques et des documents méthodologiques,
 - ◇ participer à l'offre de compagnonnage en soins palliatifs.

Pour ce qui concerne l'accompagnement de soins palliatifs, la mission d'une EMTSP prolonge et renforce celle du DAC.

Ainsi, pour assurer la continuité de parcours, le DAC et l'EMTSP sont organisés au sein d'une équipe unifiée coopérant au quotidien.



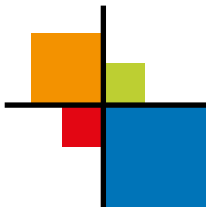
Spécificités thématiques d'accompagnement

Ce qui fonde la légitimité d'intervention de l'association Osmose, qu'il s'agisse du DAC ou de l'EMTSP, est un besoin de **coordination d'une problématique de santé**, quelle qu'elle soit et quel que soit l'âge du patient.

Compte-tenu de son **historique**, de ses **expertises** et des **besoins** de soutien des parcours complexes de santé, le DAC 92 sud Osmose est plus spécifiquement sollicité sur les thématiques suivantes :



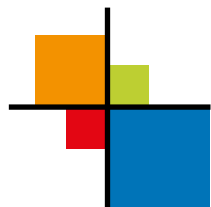
Quant à l'EMTSP, son intervention repose sur un projet de soins palliatifs acté par les équipes soignantes et auquel le patient adhère autant que possible.



Territoire d'intervention

Les deux services portés par l'association Osmose, DAC et EMTSP, sont habilités pour intervenir sur les **14 villes du sud des Hauts-de-Seine**, regroupant 545 666 habitants (Sources : INSEE 2020)





Autorisation et financement

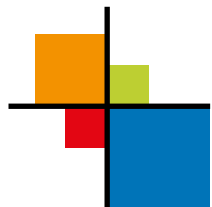
Le DAC 92 sud Osmose est labellisé par l'**Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France** depuis octobre 2020. Il est financé pour son fonctionnement global sur la ligne budgétaire du **Fonds d'Intervention Régional** (FIR - ARS). Sur d'autres actions ou projets, le DAC 92 sud Osmose peut percevoir des financements complémentaires émanant de l'ARS et/ou d'autres financeurs publics ou privés.

L'EMTSP 92 sud Osmose est agréée par l'**Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France** depuis décembre 2023 et financée également sur le FIR de l'ARS.

A ce titre, l'association Osmose a perçu en 2024 un total de **1 726 514 €uros** de financements de :

- l'**Agence Régionale de Santé** pour 1 701 634 €uros (DAC, EMTSP, interventions en prévention-santé, PASS Ambulatoire),
- la **Conférence des Financeurs** pour 24 880 €uros (projets « 3 en 1, ma santé enfin accessible » et « Actions en direction des aidants »),

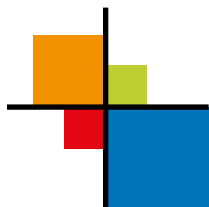




C Conseil d'Administration

L'association Osmose est gérée par une **association de loi de 1901**, dont le Conseil d'Administration détermine, gère et évalue la politique générale. Ce C.A. a été élu lors de l'Assemblée Générale du 20 juin 2024.

Nom-Prénom	Collège	Profession	Lieu d'exercice	Bureau
Eva ABE	Premier recours	Infirmière	Clamart	
Jean-Pierre BELIN	Usagers	Consultant	Issy-les-Moulineaux	
Francis BRUNELLE	Collectivité territoriale	Maire-adjoint santé	Hôtel de Ville - Sceaux	
Olivier CALON	Usagers	Président CORERPA IdF	Montrouge	
Elodie CATON	Etablissement et service social et médico-social	Directrice	Familles Services Fontenay-aux-Roses	
Laurent CENARD	Adhérents	Directeur Pôle Sud	HAD Santé Service Chevilly-Larue	Secrétaire général adjoint
Daniel CHICHE	Etablissement de santé	Directeur-adjoint	GHT Psy sud Erasme Antony	Secrétaire Général
Pascale COSIALLS	Etablissement de santé	Directrice	Hôpital Suisse Issy-les-Moulineaux	Trésorière adjointe
Audrey DECOTTIGNIES	Adhérents	Pharmacien	Hôpital Bécclère-Clamart	
Catherine DEBELMAS	Premier recours	Pharmacien	Clamart	
Renaud DULOU	Etablissement de santé	Directeur	Hôpital Instruction des Armées Percy - Clamart	
Linda GUIBERT WATWAT	Etablissement et service social et médico-social	Directrice	EHPAD Florian Carnot Antony	
Marie HOUSSEL	Etablissement de santé	Directrice	G.H. Paul Guiraud - Pôle Clamart	
Noëlle JOUADI	Premier recours	Psychologue	Fontenay-aux-Roses	
Karim KITOUNI	Premier recours	Médecin généraliste	Clamart	
Lise LE JEAN	Collectivité territoriale	Maire-adjoint santé	Hôtel de Ville - Bourg-la-Reine	
Frédéric LEROY	Etablissement de santé	Directeur	Hôpital Bécclère - Clamart	
Fabien LESPAGNOL	Etablissement et service social et médico-social	Directeur	Séniors Compagnie - Antony	
Louis MATIAS	Etablissement et service social et médico-social	Directeur	EHPAD Ferrari - Clamart	
Carole MAURICE	Premier recours	Infirmière	Clamart	
Eric MAY	Collectivité territoriale	Médecin - Directeur de la santé	Centre Municipal de Santé Malakoff	Président
Giorgio MESSINA	Etablissement de santé	Médecin gériatre	Clinique du Plateau - Clamart	
Evelyne NAYS	Adhérents	Psychologue	Issy-les-Moulineaux	
Laurence PARRAIN	Collectivité territoriale	Directrice de la santé	Centre Municipal de Santé Issy-les-Moulineaux	
Olivier VALLET	Collectivité territoriale	Médecin - Directeur de la santé	Centre Municipal de Santé Le-Plessis-Robinson	Trésorier



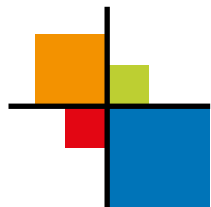
Equipe de coordination

Au 31 décembre 2024, l'équipe de coordination de l'association Osmose était composée de **17 salariés permanents**, pour **15,7** Equivalents Temps Plein. Des recrutements en cours permettront de constituer une équipe complète en avril 2025, composée de **19** salariés pour **17,2** ETP.

1 ETP Direction Stéphane Lévêque					
1,7 ETP Secrétariat - Accueil - Fonctions support Cathy Michaud (0,7 ETP) Lydia Zenouda (1 ETP)					
DAC					EMTSP
Accès aux Soins	Santé Mentale et autres	Gérontologie	Cancérologie	Soins Palliatifs	
3,5 ETP	2,5 ETP	1,75 ETP	1,25 ETP	1,75 ETP	
3,5 ETP Médecin	1 ETP Arielle Attal		0,5 ETP Gaëlle-Anne Estocq	1 ETP Jérôme Noirez	1 ETP Laura Piquion
1 ETP Chargé de prévention santé	1 ETP Catherine Thomas				
1,5 ETP Psychologue	1 ETP Christelle Akourtam				0,5 ETP (Recrutement en cours)
4,5 ETP Infirmier	1 ETP Floriane Rey		1 ETP Elise Sampagnay		1 ETP Assami Hagino
					1 ETP Pascale Robillard
					0,5 ETP François Hennequin
2 ETP Assistant de service social	1 ETP (Recrutement en cours)	1 ETP Aurélie Dognin			
1 ETP Conseiller en Economie Sociale et Familiale	1 ETP Julie Zenouda				
1 ETP Médiateur de santé	1 ETP Olivia Gervais				

Les fonctions support (direction, accueil, secrétariat, comptabilité, gestion financière, administration de l'activité, ressources humaines, gouvernance associative,...) sont partagées sur l'ensemble de la structure. Avec 2,7 ETP, elles représentent 16 % des ressources humaines.

Ainsi, 84 % des ressources humaines employées par la structure sont destinées à l'accompagnement direct des parcours de santé des patients, soit 14,5 ETP, partagées pour 74 % pour l'activité du DAC (10,75 ETP) et 26 % pour l'EMTSP (3,75 ETP).



E quipe de coordination

Organisation de l'équipe

Les intervenants du DAC 92 sud Osmose exercent une fonction de **coordinateurs de parcours de santé**. Ils viennent en aide, en support et en soutien des professionnels référents des patients pour compléter et optimiser leur parcours de santé. Chaque coordinateur de parcours a des compétences particulières en cancérologie, en gériatrie, en soins palliatifs, en accès aux soins, en santé mentale, en prévention,... L'accompagnement proposé par le DAC 92 sud Osmose se base sur un **principe de non-subsidiarité**, en ce sens que les intervenants de l'équipe de coordination du DAC ne font pas de soins, ne prescrivent pas de traitements et ne réalisent pas d'accompagnement social à la place des interlocuteurs référents des patients.

En complémentarité de leurs missions de coordination, dans les situations d'urgence clinique et/ou en l'absence de médecin traitant disponible et/ou d'équipe de soins en place (le temps d'organiser les relais nécessaires), les intervenants de l'EMTSP 92 sud Osmose sont habilités à réaliser des **prescriptions**, initier des **traitements** et effectuer des **soins**.

La collaboration des équipes entre-elles repose donc sur une répartition claire des rôles et une communication continue, permettant ainsi d'offrir un soutien complet et adapté aux patients tout au long de leur parcours de santé.

Des échanges réguliers et fluides entre les membres des équipes DAC et EMTSP permettent de construire une **complémentarité d'expertises, de compétences et de missions**, afin de répondre au mieux et de manière globale aux besoins des patients, de leur entourage, des professionnels et institutions de santé.

Mission d'Animation Territoriale

À la suite d'une vacance prolongée de poste en 2023-2024, la mission d'animation territoriale du DAC a été assurée par tous les membres de l'association Osmose, incluant les équipes du DAC et de l'EMTSP. Cette réorganisation a permis d'engager une réflexion stratégique et de réaliser une proposition structurée autour de la pertinence d'une mission d'animation territoriale directement menée par les intervenants confrontés aux problématiques de soins sur le territoire.

Cette adaptation a été proposée à l'Agence Régionale de Santé qui l'a validée pour expérimentation. Ainsi, chaque membre de l'équipe du DAC et/ou de l'EMTSP est aujourd'hui positionné sur des missions d'animation territoriale en référence à ses domaines d'expertise.

DAC 92 Sud OSMOSE

Accompagner les patients et leurs aidants
Soutenir les professionnels
Animer la concertation professionnelle territoriale



Services aux patients et à leur entourage

- Orientation vers les ressources médico-psycho-sociales locales
- Evaluation globale par téléphone ou au domicile pour recueillir les attentes et repérer les besoins
- Elaboration et suivi d'un programme d'aide personnalisé
- Coordination avec les professionnels impliqués dans les soins
- Information et prévention santé individuelle ou collective
- Astreinte téléphonique médicale de soins palliatifs 7/7

Services aux professionnels et institutions de santé

- Information et orientation vers les ressources médico-psycho-sociales territoriales
- Soutien à l'accompagnement des patients en situation complexe
- Expertises en cancérologie, gériatrie, soins palliatifs et vulnérabilités d'accès aux soins
- Médiation
- Formations
- Animation territoriale en santé

ection, la confidentialité et la sécurité des données personnelles
er vos droits : <http://www.dac92sud.fr/mentions-legales.html> ; ou
s carnets : 0981 10 41 00 ou par email à la protection des

01 46 30 18 14

EQUIPE MOBILE TERRITORIALE DE SOINS PALLIATIFS



E.M.T.S.P.



Où sommes-nous ?

Une équipe spécialisée de coordinateurs (2 Médecins, 3 Infirmiers, 1 Assistante sociale, 1 Psychologue) intégrée à un DAC. Dispositif d'Appui à la Coordination.

Nos Missions :

EVALUER le contexte socio-environnemental (implication des proches, prestations sociales, aides humaines)

AGIR sur l'adaptation des traitements selon les symptômes, soins techniques, prescriptions si besoin, organisation d'hospitalisation (USP, USP...)

COORDONNER la continuité de la prise en charge palliative au domicile en lien avec les acteurs de proximité

OPTIMISER les conditions de confort et la qualité de vie du patient

PREVENIR les besoins médicaux : prescriptions anticipées, décision collégiale

PROPOSER une réponse médicale continue via une astirte téléphonique (en dehors des heures ouvrées)

FORMER les équipes et l'encadrement

Nos Principes :

- INTEGRER le projet de vie du patient dans notre prise en charge
- ACCOMPAGNER le patient, son entourage et son équipe soignante
- IDENTIFIER les potentialités et les limites du maintien au domicile

Lieux d'intervention :

Au domicile du patient ou établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS, FAM, ...)



DAC 92 sud OSMOSE
4, rue des Carnets
92140 Clamart

01 46 30 18 14

accueil@dac92sud.fr
<https://www.dac92sud.fr/>

Accompagnement des malades
de tout âge en situation complexe

Gérontologie

Soins palliatifs

Santé mentale

Cancérologie

Pathologies chroniques

Difficultés d'accès aux soins

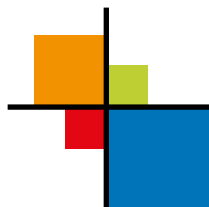


osmose
Nous relier pour optimiser l'accompagnement
des malades

DAC 92 sud Osmose
Dispositif d'Appui à la Coordination
du sud des Hauts-de-Seine



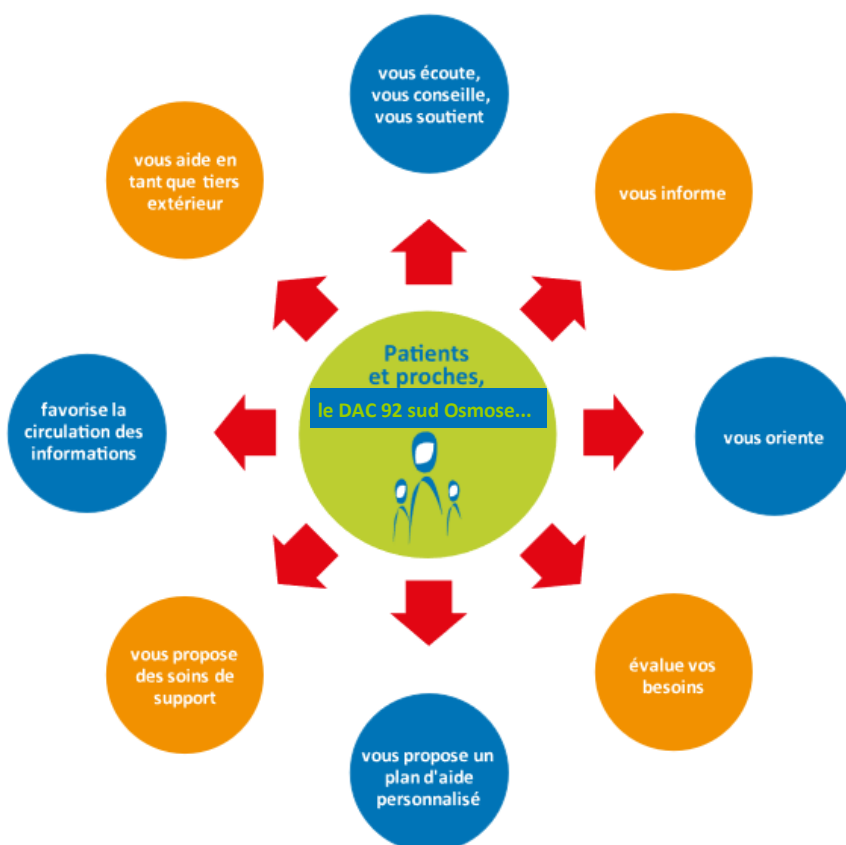
Les actions en direction
des patients, de leur entourage,
des professionnels et des institutions

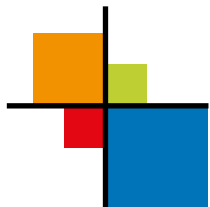


Services rendus aux patients et à leurs proches par le DAC

Le DAC 92 sud Osmose est missionné pour accompagner le parcours de santé complexe des personnes (et leurs proches), quelle que soit leur problématique de santé et quel que soit leur âge :

- **être à l'écoute, conseiller et soutenir**,
- **informer** (sur la maladie, sur les traitements contre la douleur, sur les aides sociales existantes...),
- **orienter** (vers les professionnels et les structures de proximité adaptés aux besoins),
- **évaluer** les besoins médico-psycho-sociaux (lors d'entretiens téléphoniques ou lors de rendez-vous à domicile, dans les locaux d'Osmose ou dans des lieux de proximité et d'accueil d'usagers),
- **déterminer un plan d'aide et de soutien adapté** aux demandes et aux besoins (mise en place d'aides à domicile pour les actes de la vie quotidienne, prise de contact avec le médecin traitant pour discuter avec lui d'une éventuelle adaptation de traitement, concertation avec les services permettant de bénéficier de droits sociaux pour accéder aux soins...),
- **proposer des soins de support** (consultations avec un psychologue, consultations avec un diététicien, consultations avec une socioesthéticienne, séances de relaxation sophrologie, coaching sportif d'activité physique adaptée, entretiens de fin de traitement),
- **favoriser la circulation de l'information** entre les différents intervenants de la prise en charge (fluidification de la communication, coordination des interventions, réduction des risques de ruptures dans la prise en charge),
- **aider en tant que tiers extérieur** (assurer la médiation avec les intervenants, si nécessaire, analyser les situations avec un regard neuf...).

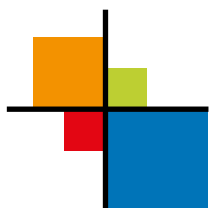




Services rendus aux patients et à leurs proches par l'EMTSP

Pour l'accompagnement des patients nécessitant une prise en charge palliative au domicile et présentant une complexité élevée, en complément et/ou en substitution des interventions du DAC, l'EMTSP :

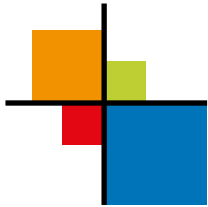
- **informe, accompagne et soutient** le patient et son entourage,
- **évalue** les besoins du patient
- **prend en charge** la douleur,
- **réalise des prescriptions** en urgence si les intervenants référents sont indisponibles,
- **aménage et/ou met en place** des soins et des traitements,
- **soulage** les symptômes,
- **réalise des soins** en urgence si les intervenants référents sont en incapacité de le faire ou si une équipe de soins n'a pas encore été mise en place,
- **aide à la réflexion et à la prise de décision**, notamment en fin de vie.



Modalités d'accompagnement

La coordination proposée par le DAC 92 sud Osmose et l'EMTSP 92 sud Osmose consiste à :

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



Modalités d'accompagnement

La coordination de parcours de santé réalisée par les équipes du DAC et de l'EMTSP se concrétise :

- par téléphone ou mails,
- au domicile du patient,
- par le biais de téléconsultations,
- lors de rendez-vous dans les locaux du DAC,
- lors de réunions de concertation professionnelle avec des partenaires ou en interne,
- dans des lieux de proximité et d'accueil du public.

Que se passe-t-il concrètement ? :

Le DAC et l'EMTSP peuvent être sollicités par tout professionnel médico-psycho-social, ainsi que par le patient lui-même ou son entourage. Pour faciliter l'accès au DAC ou à l'EMTSP, il n'existe pas de procédure-type de signalement : celui-ci peut être effectué par téléphone, mail, courrier postal, fax, lors de rencontres interprofessionnelles ou à l'occasion de permanences d'information-prévention santé.

Une première évaluation, effectuée par un membre de l'équipe, consiste à vérifier que la demande d'intervention pour le patient correspond bien aux missions du DAC ou de l'EMTSP et à ses critères d'intervention (problématique de santé complexe et attaches dans le sud du département des Hauts-de-Seine).

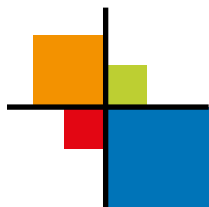
En fonction de cette analyse de la situation, une réponse d'information et/ou d'orientation vers des ressources appropriées aux besoins du patient et/ou d'accompagnement par le DAC ou l'EMTSP est proposée au patient et/ou à ses intervenants référents.

Si l'intervention d'accompagnement du parcours de santé par le DAC ou par l'EMTSP semble pertinente, celui-ci est orienté vers un référent de l'équipe de coordination qui deviendra son interlocuteur privilégié tout au long de son accompagnement.

Si nécessaire, l'équipe de coordination vérifie l'adhésion du patient et de son équipe de soins à l'accompagnement par le DAC ou l'EMTSP.

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

Le patient peut interrompre son accompagnement par le DAC ou l'EMTSP, sur simple demande de sa part.



F ile active globale 2024

Au total **6 693 usagers** ont bénéficié des services proposés par l'association Osmose en 2024 (6 481 en 2023), dont :

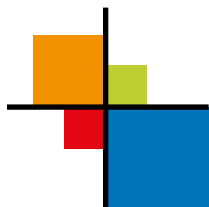
- **6 299 usagers bénéficiaires des services du DAC,**
- **394 usagers bénéficiaires des services de l'EMTSP.**

Au cours de l'année 2024, les équipes du pôle Accès aux soins du DAC ont sensibilisé **2 749 personnes** en situations de vulnérabilité, pour lesquelles **688 entretiens individuels ont été réalisés** à l'occasion de **79 permanences santé**. Elles ont également accompagné **283 personnes** qui ont participé à **33 ateliers collectifs** de sensibilisation, de réflexion et d'échanges.

Ces **3 032 personnes** (2 749 + 283) ont bénéficié d'actions d'information prévention santé et ont reçu des informations sur les services proposés par le DAC 92 sud Osmose et les professionnels et services socio-sanitaires du territoire, dans le cadre de la mission de sensibilisation et d'accompagnement d'éducation à la santé d'Osmose. Bien que ces personnes aient été informées par les équipes du DAC, elles n'ont pas été accompagnées dans leur parcours de santé comme le prévoit le référentiel des DAC. Par conséquent, elles ne sont pas intégrées à la file active des patients pris en charge par le DAC.

En effet, conformément au cadre national d'orientation des DAC et au référentiel DAC Ile-de-France, **l'intervention des DAC est graduée en 2 niveaux**, en fonction des besoins de la personne, de ses aidants et des intervenants professionnels l'accompagnant :

- **Un premier niveau** d'intervention d'**information** et d'**orientation** : informations sur les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales territoriales, les services proposés, les critères et modalités d'intervention ; conseils pour s'orienter au sein des différents dispositifs ; conseils et informations santé personnalisés ; informations sur les services proposés par le DAC ; transmission de coordonnées sur les ressources territoriales appropriées pour l'accompagnement du parcours de santé de la personne ; mise en relation avec les référents ; sollicitation des intervenants...
- **Un second niveau** d'intervention d'**accompagnement de parcours complexe de santé** : évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne, de ses risques et fragilités et des ressources internes et externes dont elle dispose pour le maintien d'un parcours de santé efficient ; élaboration et proposition d'un programme concerté et personnalisé de santé ; coordination avec les intervenants référents de la personne ; partage de l'information ; suivi et réajustements autant que de besoins. Ces interventions d'accompagnement par l'équipe du DAC 92 sud Osmose peuvent prendre différentes formes, notamment : organisation du parcours de soins, organisation de la concertation pluriprofessionnelle, mise en place d'aides à domicile et d'aménagements du logement, organisation de l'aide et du répit pour les aidants, accompagnement aux démarches sociales, à l'accès aux soins, aux aides financières et prestations sociales, soutien en cas d'hospitalisation ou de retour à domicile, mise en relation, accès aux ressources spécialisées, recherche d'intervenants et d'établissements adaptés, accès aux actions de prévention, planification, coordination et suivi des prises en charge / interventions, appui à une personne en refus d'aide et/ou de soins en travaillant à la réintégrer dans un parcours, soutien au repérage des situations à risque, appui à la recherche d'un établissement EHPAD, hébergement temporaire...



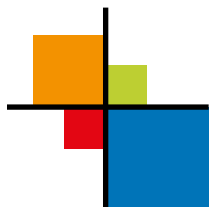
File active globale 2024

Les bénéficiaires de l'EMTSP, quant à eux, sont des patients en situation particulièrement complexe, nécessitant des soins palliatifs dont l'accompagnement requiert une expertise particulière, voire, en situation d'urgence, la réalisation de prescriptions et/ou de soins.

Ainsi, si le nombre d'utilisateurs pour lesquels l'association Osmose est intervenue en 2024 s'élève à **6 693 personnes**, la file active générale des **patients accompagnés dans leur parcours de santé** par le DAC ou l'EMTSP s'élève à **3 661 patients**.

Cette file active se décompose comme suit :

	DAC			EMTSP
Mission	Information-prévention-promotion santé	Coordination parcours de santé		
Degré d'intervention	Prévention Information Orientation	Information Orientation	Accompagnement	Prescription - Soins
Nombre de patients	3 032	1 148	2 119	394
Part globale	45 %	17 %	32 %	6 %
Total	6 693			
Part Mission Coordination parcours		31 %	58 %	11 %
Total		3 661		



File active globale 2024

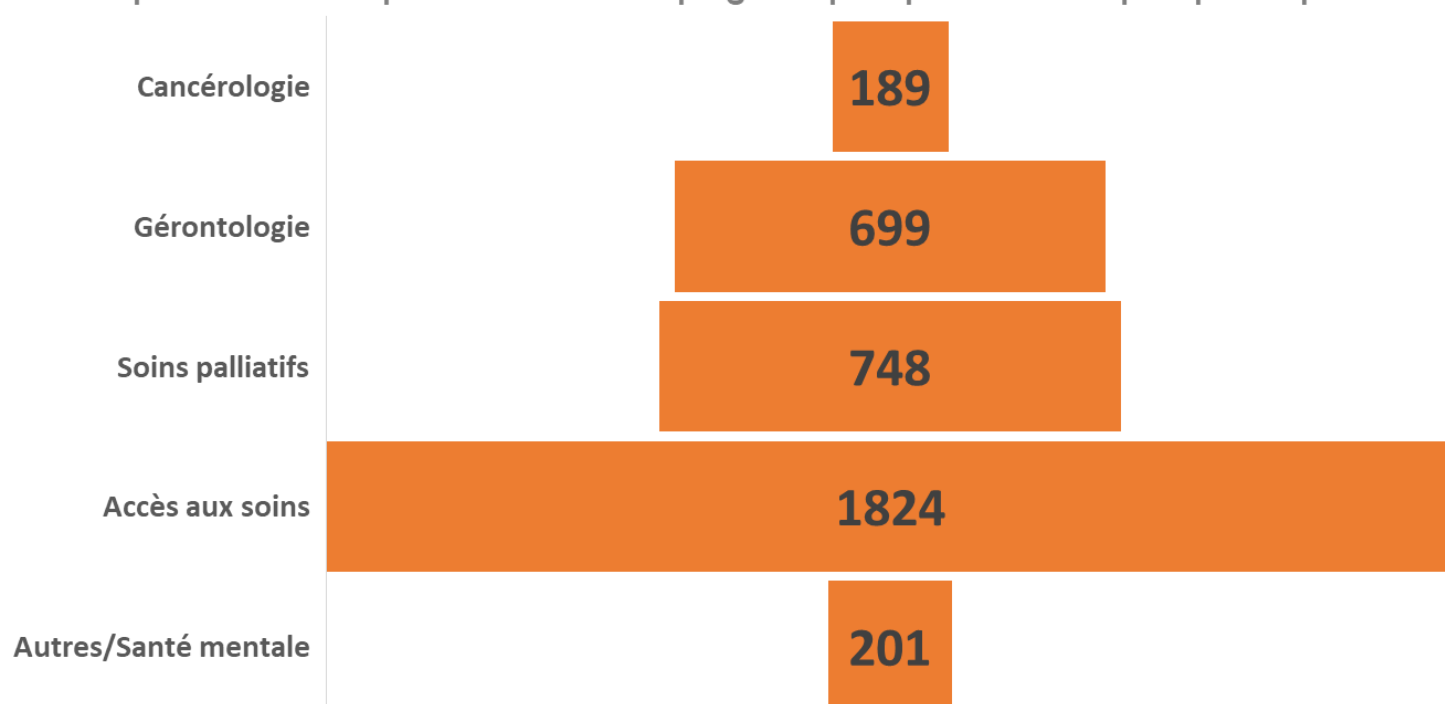
Pour les **3 661 personnes** pour lesquelles l'intervention d'Osmose (DAC et EMTSP) a été requise en 2024, les problématiques principales les plus fréquemment rencontrées étaient :

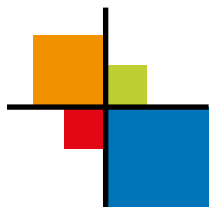
- une **vulnérabilité d'accès aux soins**, pour 1 824 patients, soit **50 %** des situations ;
- un besoin d'accompagnement en **soins palliatifs**, pour 748 patients, soit **20 %** des situations ; pour ces 748 patients, 354 ont été accompagnés par le DAC et 394 par l'EMTSP ;
- une situation de **polypathologie et de dépendance liée à l'âge**, pour 699 patients, soit dans **19 %** des situations ;
- une **situation autre**, le plus souvent une problématique de **santé mentale**, pour 201 patients, soit **5 %** des situations.
- un besoin de soutien lié à un **cancer**, pour 189 patients, soit dans **5 %** des situations ;

Répartition des problématiques principales rencontrées par les personnes accompagnées par le DAC ou l'EMTSP : Il s'agit ici de donner à voir le besoin principal actionnant l'intervention du DAC ou de l'EMTSP.

Toutefois, les problématiques des personnes accompagnées sont multiples. Par exemple, 78 % des personnes en besoin d'accompagnement palliatif sont atteintes d'un cancer et leur moyenne d'âge est de 83 ans.

Répartition des patients accompagnés par problématique principale



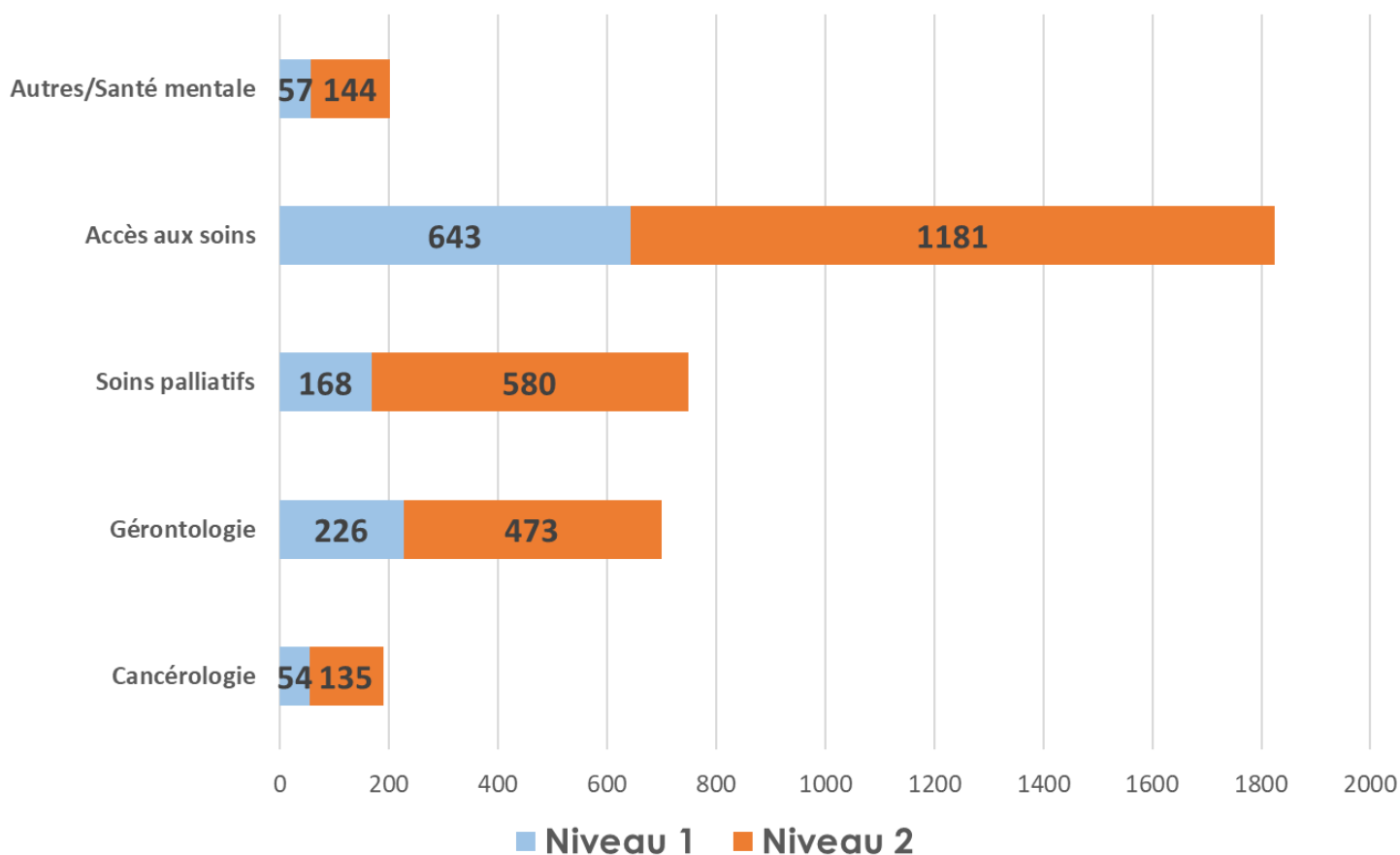


File active 2024

Répartition par besoins d'intervention

Si plus des 2/3 des situations (69 %) nécessitent une intervention du DAC de niveau 2 (coordination parcours complexe de santé) ou de l'EMTSP, ces degrés d'intervention diffèrent en fonction de la problématique principale des patients.

Degré de réponse du DAC en fonction de la problématique principale



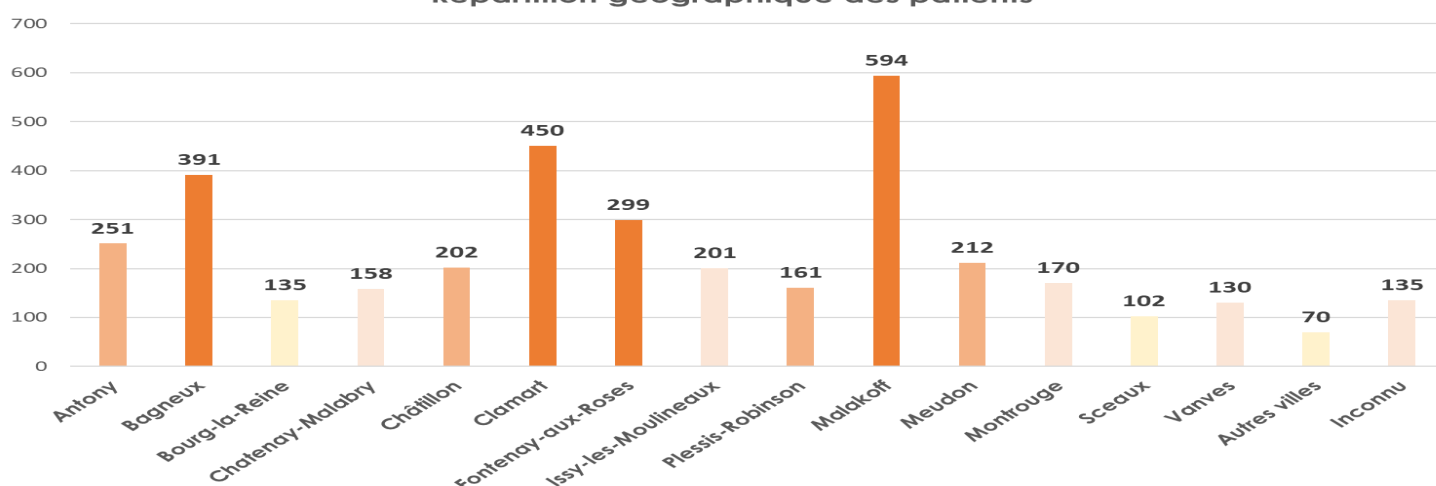
Niveau 1 = Information et/ou Orientation

Niveau 2 = Coordination parcours complexe de santé

Domicile des patients accompagnés

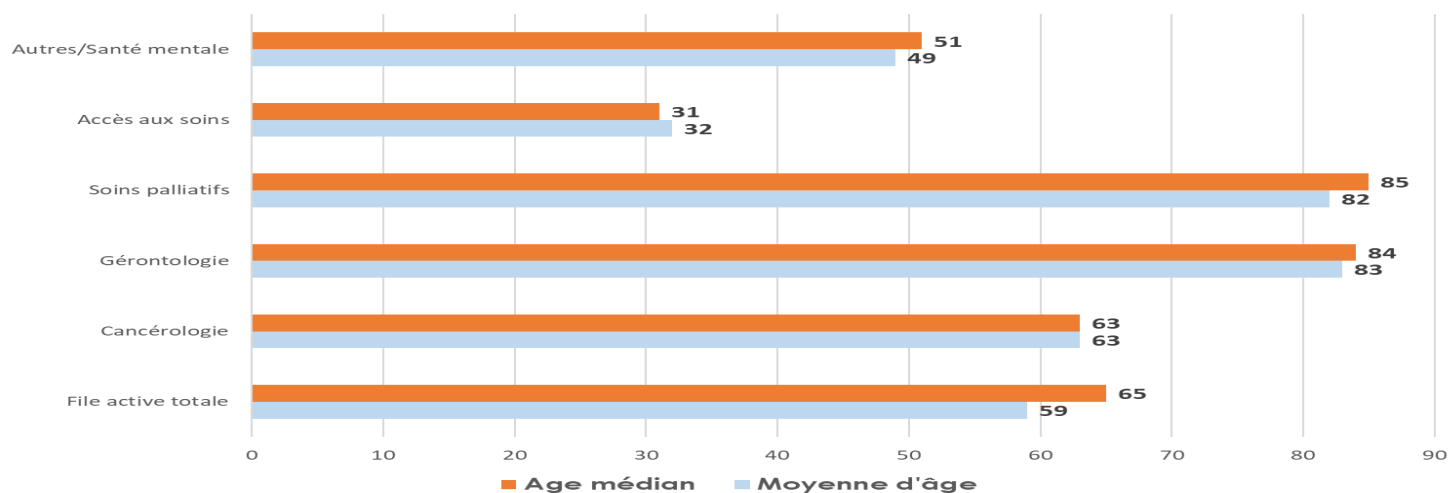
Le DAC et l'EMTSP sont sollicités principalement pour des personnes domiciliées dans le sud des Hauts-de-Seine. Toutes les villes de son territoire d'intervention sont couvertes. Pour les personnes domiciliées dans un autre territoire que le sud des Hauts-de-Seine ou celles dont la ville d'habitation est inconnue, la réponse apportée a été essentiellement une réponse de niveau 1 (Information et/ou Orientation).

Répartition géographique des patients



Moyenne d'âge

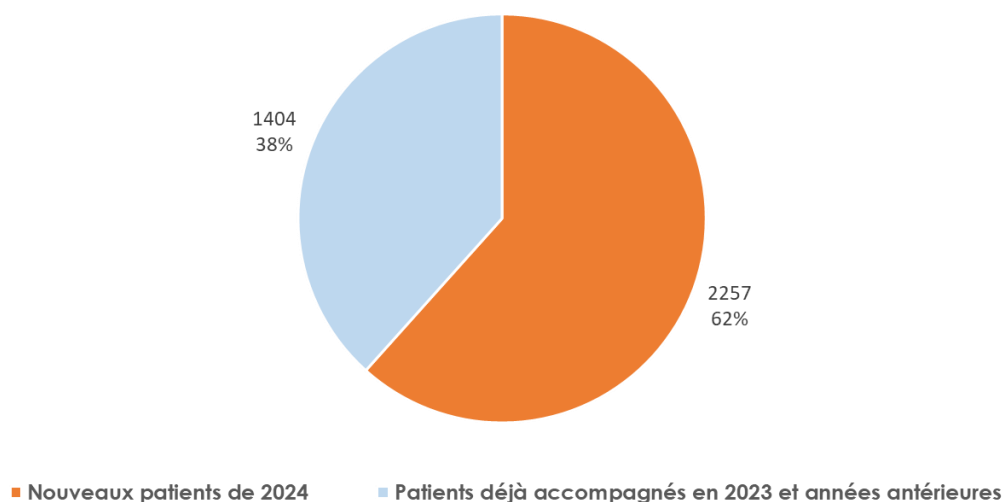
Pour l'ensemble de la file active de l'année 2024, l'âge médian est de 65 ans, avec des écarts d'âge importants en fonction de la problématique rencontrée par les bénéficiaires. Plus les personnes sont accompagnées pour leurs difficultés d'accès aux soins et/ou en raison d'une problématique de santé « Autres », plus elles sont jeunes.



Nouveaux patients de 2024

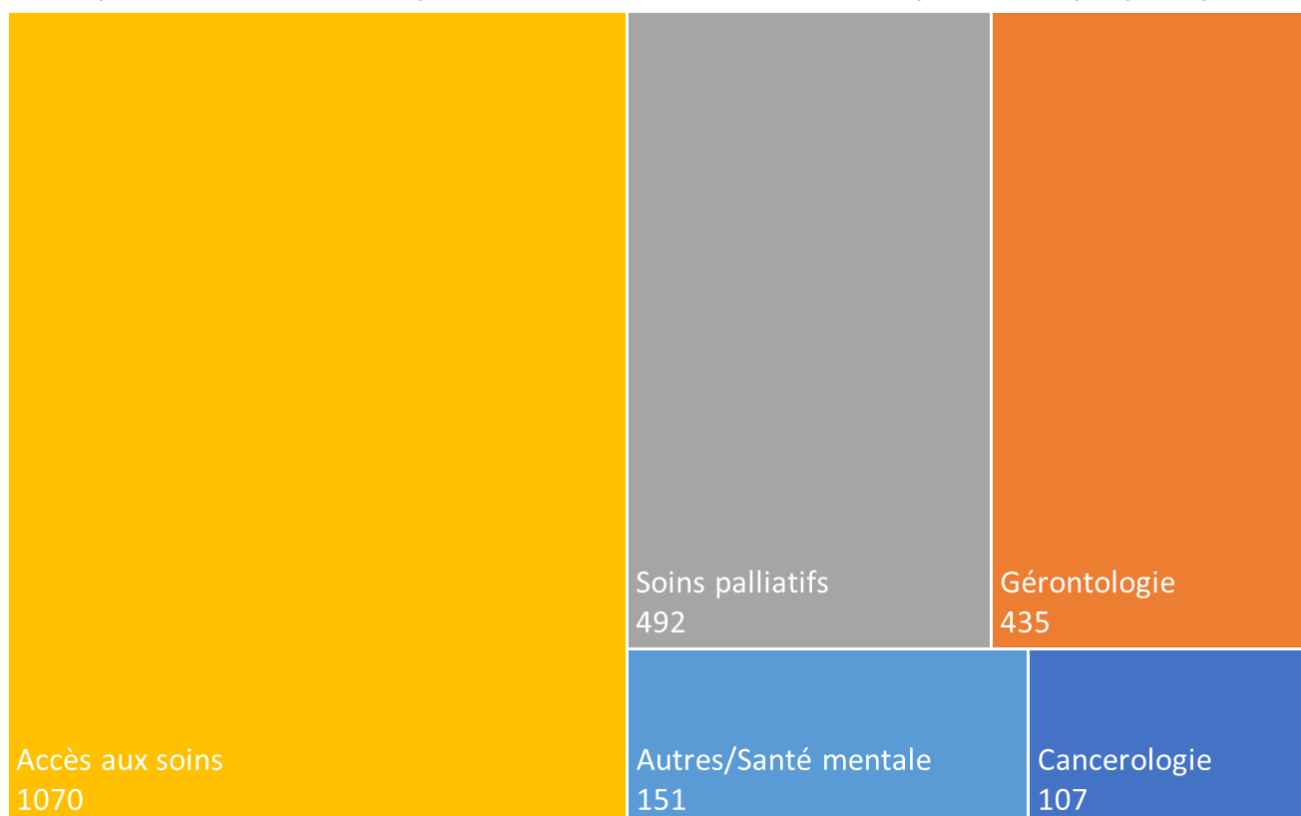
Sur 3 661 patients accompagnés, 2 257 étaient des nouveaux patients de l'année, ce qui représente 62 % du total des patients accompagnés en 2024.

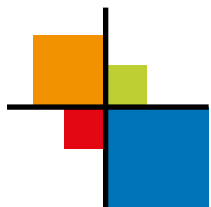
Part des nouveaux patients de l'année 2024 dans la file active



Ces 2 257 nouveaux patients en 2024 se répartissent ainsi au regard de leur problématique principale :

Répartition des nouveaux patients de 2024 en fonction de leur problématique principale

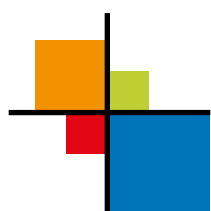
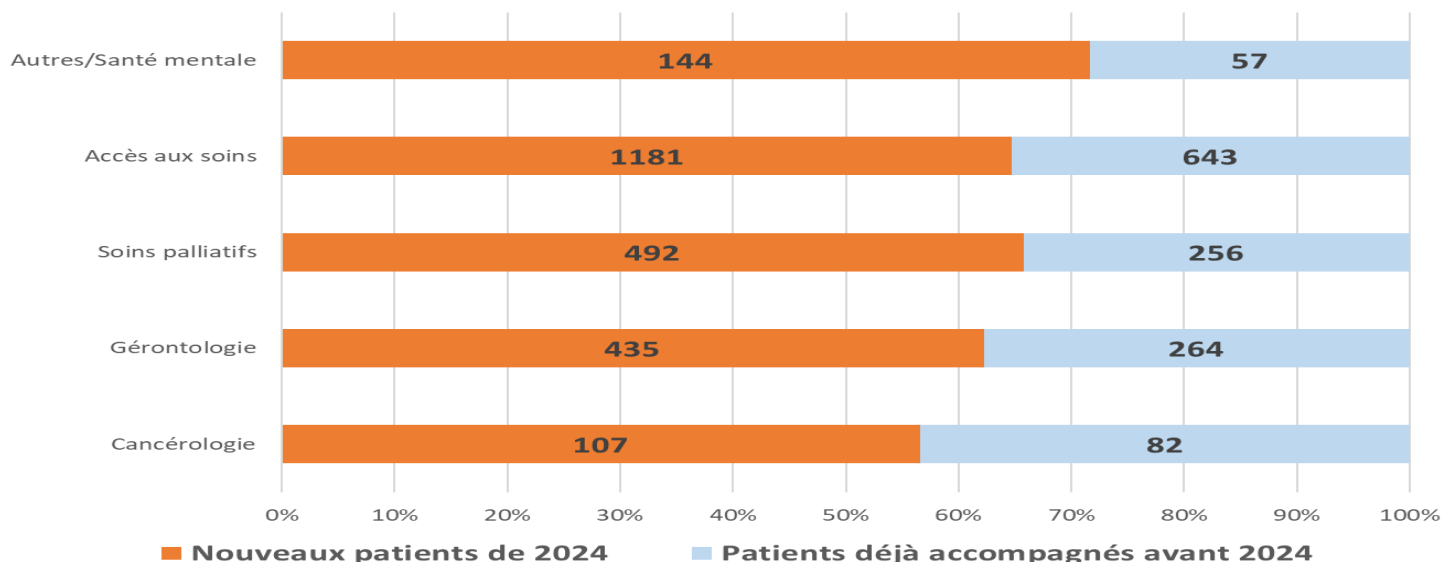




Nouveaux patients de 2024

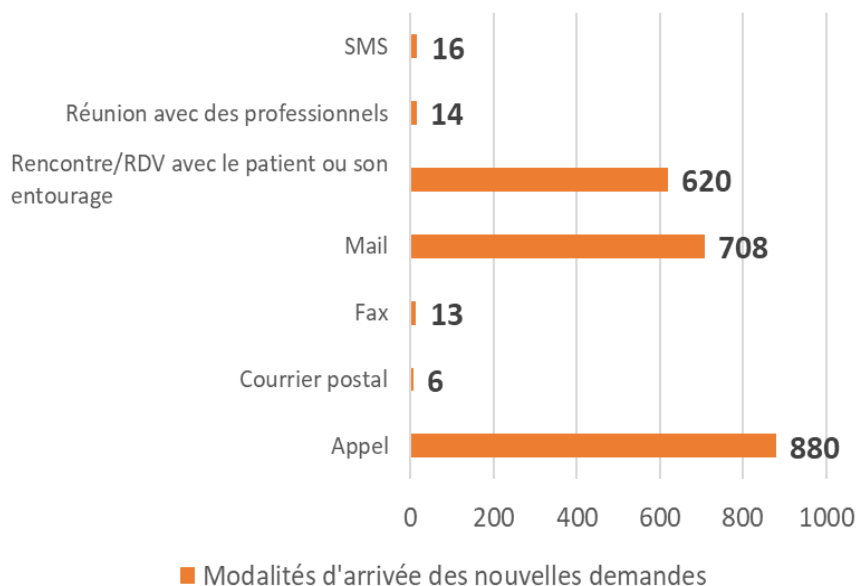
La part des nouveaux patients dans la file active est différente en fonction des spécialités.

Part des nouveaux patients de 2024 dans la file active

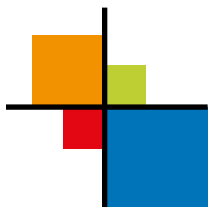


Modalités d'arrivée des nouvelles demandes

Modalités d'arrivée des nouvelles demandes



La majeure partie des nouvelles demandes d'intervention auprès d'Osmose arrivent par le biais de sollicitations téléphoniques et de mails. La messagerie représente une part de plus en plus importante de modalité de sollicitation (ces mails proviennent autant de professionnels que de patients ou d'entourages). Également, les rencontres directes avec les personnes au décours de permanences d'information-prévention santé, représentent une forte part des sollicitations.

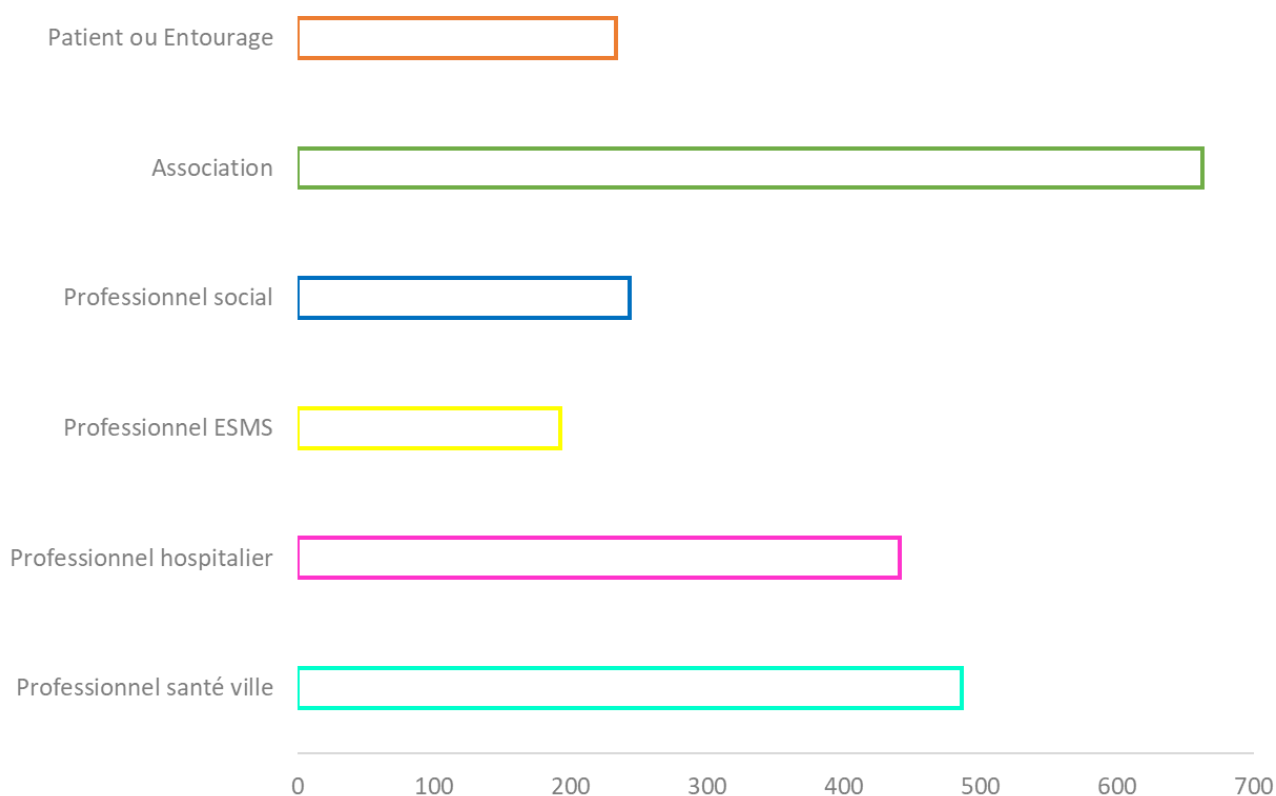


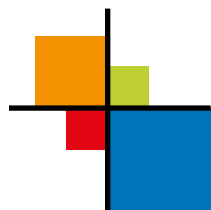
P

rofil des orienteurs

Pour les nouveaux patients accompagnés en 2024, le profil des orienteurs (la personne qui a invité le demandeur à solliciter le DAC-EMTSP et/ou qui est à l'origine de la rencontre entre le DAC-EMTSP et le bénéficiaire) est présenté ci-après.

En fonction de la problématique principale de la personne orientée, il existe des différences entre les orienteurs. Les professionnels de santé de ville orientent vers le DAC ou l'EMTSP quelle que soit la problématique du patient : la quasi-totalité des orientations réalisées par des associations le sont pour des personnes en difficulté d'accès aux soins ; les trois quart des orientations vers le DAC ou l'EMTSP effectuées par des professionnels d'Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) le sont pour des patients nécessitant des soins palliatifs ou en gériatrie ; les établissements de santé orientent vers le DAC ou l'EMTSP autant pour des besoins en cancérologie, en gériatrie ou en soins palliatifs ; les orientations réalisées par des professionnels sociaux sont majoritairement au bénéfice de patients polypathologiques âgés de plus de 60 ans et en perte d'autonomie.



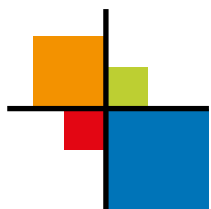


Coordination physique

Rendez-vous à Osmose - Visites d'évaluation au domicile

Au cours de l'année 2024, l'équipe de coordination du DAC et de l'EMTSP a organisé ou a participé à **1 678 rendez-vous** concernant **1 312 patients** :

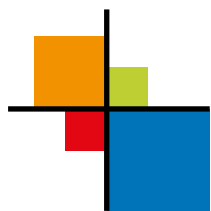
- 941 rendez-vous individuels avec un patient et/ou son entourage dans les locaux d'Osmose ou dans le cadre des permanences d'information-prévention santé,
- 492 visites d'évaluation au domicile des patients,
- 64 évaluations de la situation du patient à son domicile par téléconsultation,
- 119 rendez-vous au domicile ou dans les locaux d'Osmose dans le cadre du Programme AIDA,
- 62 réunions de synthèse, concertation, coordination, bilan, post-décès, avec des professionnels partenaires.



Coordination téléphonique, mail, SMS et fax

La coordination de l'équipe du DAC et de l'EMTSP s'exerce pour beaucoup par échanges téléphoniques et, de plus en plus par messageries, avec les correspondants référents des patients. Des comptes-rendus d'hospitalisation, ainsi que des orientations de patients par des professionnels, envoyés par fax, sont encore fréquents.

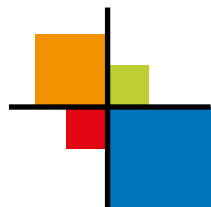
En 2024, Osmose a enregistré **20 006 appels téléphoniques, mails, SMS et fax** de concertation et de coordination, entrants et sortants concernant patients, qu'il s'agisse d'appels, de mails, SMS ou fax de patients eux-mêmes, de leur entourage ou de leurs professionnels référents.



Astreinte téléphonique

Les **DAC 92 nord Sémaphore**, en partenariat avec l'EMTSP portée par le Centre Hospitalier Rives de Seine (Puteaux) et **92 sud Osmose et son EMTSP intégrée**, mutualisent leurs moyens pour l'organisation d'une astreinte téléphonique de soins palliatifs. Il s'agit d'une astreinte téléphonique médicale de sécurité, sans déplacement du médecin d'astreinte au domicile. Elle fonctionne 24h/24 et 7j/7, de 18 h 00 à 9 h 00 le lendemain matin en semaine et 24h/24 le week-end et les jours fériés. Cette astreinte permet la continuité des soins, une adaptation de la réponse médicale aux symptômes aigus, favorise la réassurance du patient et de ses proches, tout en tenant compte de son projet de vie, garantit la transmission efficace des informations médicales aux différents intervenants du patient, propose un interlocuteur médical de référence, a pour but de réduire les orientations vers les services d'urgence...

9 médecins assurent une semaine d'astreinte à tour de rôle. Chaque nuit et week-end d'astreinte, un total de **100 à 150 patients**, accompagnés soit par Osmose soit par Sémaphore, sont intégrés à la file active des patients bénéficiaires de cette astreinte.



Accompagnements EMTSP

Modalités d'organisation et d'articulation entre DAC et EMTSP

Afin de gérer les demandes dans les meilleurs délais et réaliser leur orientation efficace et rapide en interne, lorsqu'elles arrivent par téléphone au standard ou par messagerie au mail générique d'Osmose, les demandes d'interventions en soins palliatifs sont toutes réceptionnées par l'une des deux secrétaires d'accueil du DAC qui les enregistrent et les adressent systématiquement aux interlocuteurs soins palliatifs d'Osmose (Pôle Soins Palliatifs du DAC + EMTSP). Les référents soins palliatifs disponibles au moment de la demande réalisent une première analyse sommaire de la situation présentée, et contactent, au besoin et si possible, le patient, son entourage et ses intervenants professionnels référents afin de comprendre la demande et le besoin et cerner la situation globale.

Cette première analyse permet d'orienter la demande vers l'équipe qui semble la plus appropriée à sa gestion : le pôle soins palliatifs du DAC et/ou l'EMTSP.

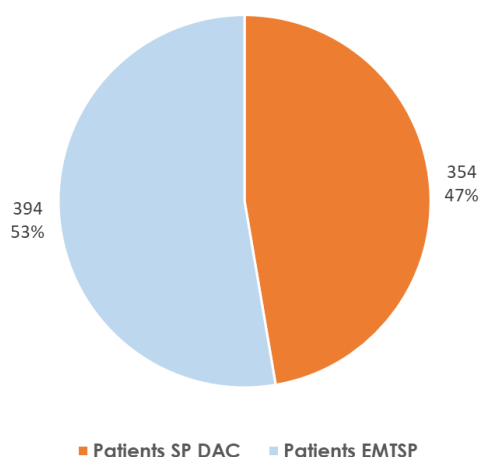
Parallèlement, d'autres demandes d'intervention peuvent arriver directement aux équipes référentes soins palliatifs d'Osmose (DAC et EMTSP), par téléphone sur la ligne de téléphone portable du référent et/ou sur sa messagerie individualisée. En ce cas, la demande suit le même processus, à ceci près que le contact direct permet une analyse plus rapide de la demande et du contexte, permettant ainsi une réponse et une orientation plus opérationnelle des demandes.

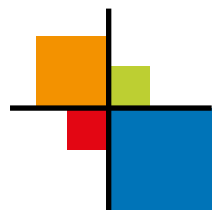
Des postes partagés entre le DAC et l'EMTSP, ainsi qu'un partage des bureaux entre le Pôle soins palliatifs du DAC et l'EMTSP permettent des échanges fréquents et directs entre les équipes pour ajuster très régulièrement les réponses graduées à apporter aux situations évolutives des patients et les ressources à leur affecter : DAC et/ou EMTSP.

Focus sur les patients accompagnés dans le cadre de l'EMTSP

Plus de la moitié des patients relevant de soins palliatifs accompagnés par Osmose en 2024 ont été pris en charge par l'EMTSP, soit avec un niveau élevé de complexité.

Part des patients EMTSP / patients SP DAC

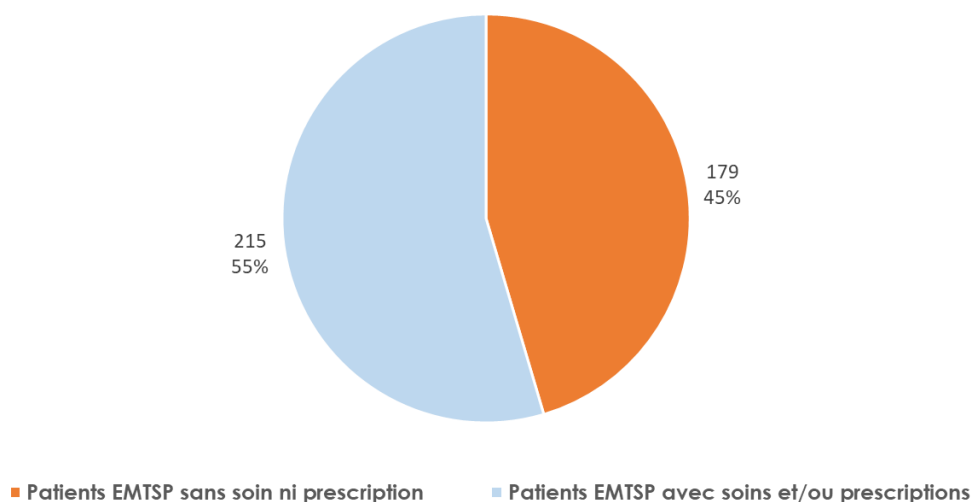




Accompagnements EMTSP

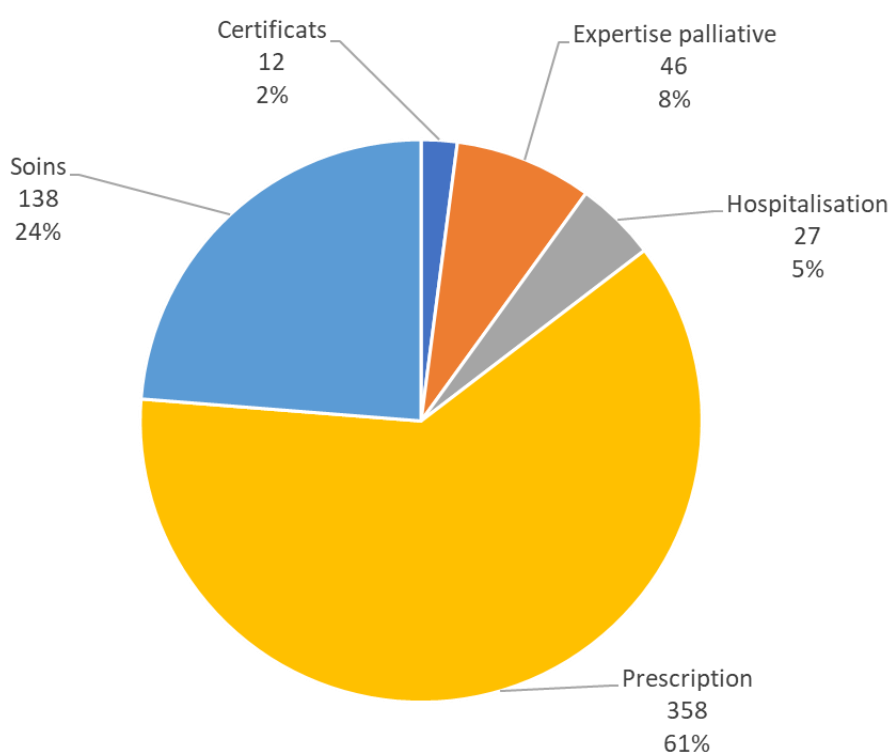
Pour les 394 patients accompagnés en 2024 par l'EMTSP, des prescriptions et/ou des soins ont été nécessaires chez 215 d'entre-eux, soit pour plus de la moitié de l'effectif.

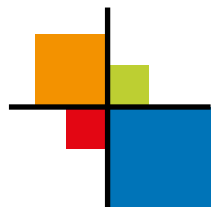
Part des soins et/ou prescriptions pour les patients EMTSP



Pour ces 215 patients, 581 actes spécifiques ont été réalisés par l'EMTSP au cours de l'année 2024, soit une moyenne de 2,7 actes par patient. Les prescriptions représentent près des 2/3 des actes spécifiques réalisés par l'EMTSP et la réalisation de soins 1/4 des actes effectués.

Actes spécifiques EMTSP



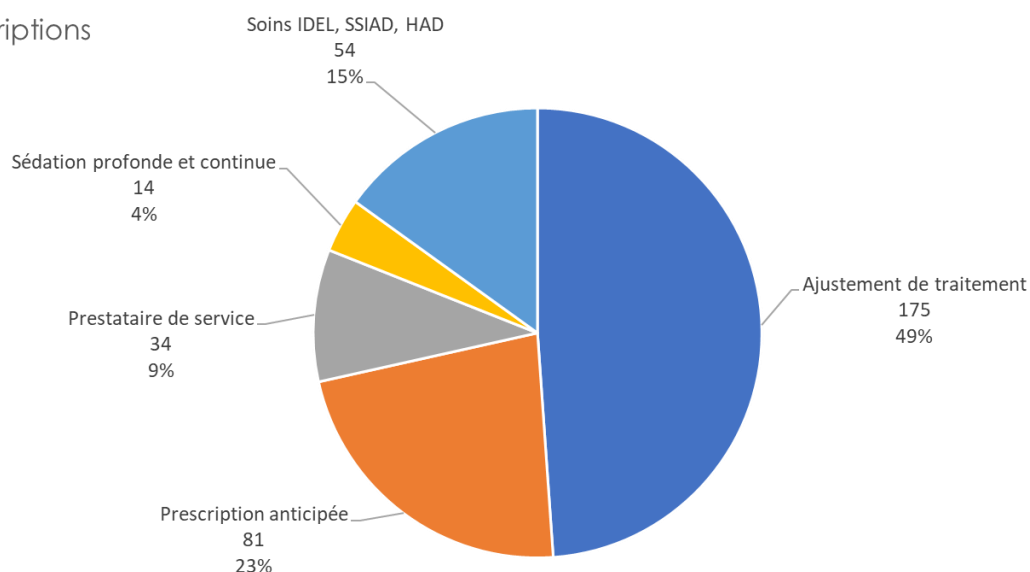


Accompagnements EMTSP

Des prescriptions, pour faire quoi ?

Les 358 prescriptions ont principalement été réalisées afin d'ajuster les traitements dans le cadre du suivi réalisé par l'EMTSP, et pour ordonnancer des prescriptions anticipées. L'organisation de la prise en charge du patient à son domicile constitue également un motif fréquent de prescriptions (soins infirmiers et prestataires).

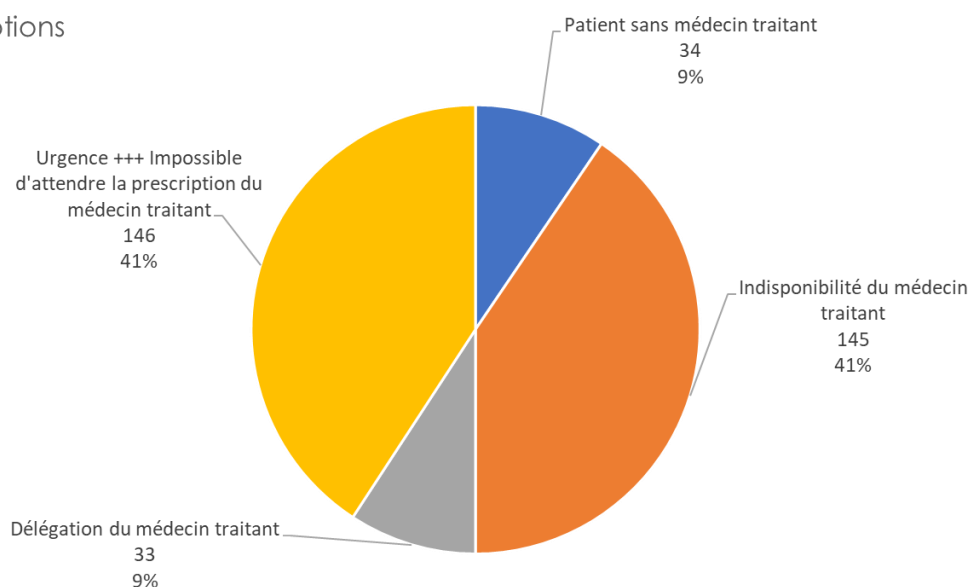
BUT des prescriptions

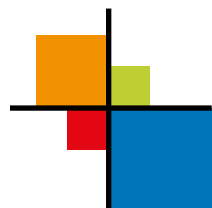


Des prescriptions, pour quel motif ?

Les 358 prescriptions ont essentiellement été réalisées car la situation médicale du patient empêchait le médecin traitant de réaliser sa mission : absence du médecin traitant à la visite au domicile, emploi du temps du médecin traitant l'empêchant de réaliser la prescription, médecin traitant en vacances, urgence médicale nécessitant une prescription sur le champ,...). Quelques médecins délèguent aussi leur mission de prescription à l'équipe EMTSP, soit parce qu'ils sont indisponibles, soit parce qu'ils font confiance à l'expertise de l'EMTSP ou alors parce qu'ils ne réalisent pas de visite au domicile. Dans 1 situation sur 10, les prescriptions ont été réalisées parce que le patient n'avait pas de médecin traitant.

MOTIF des prescriptions



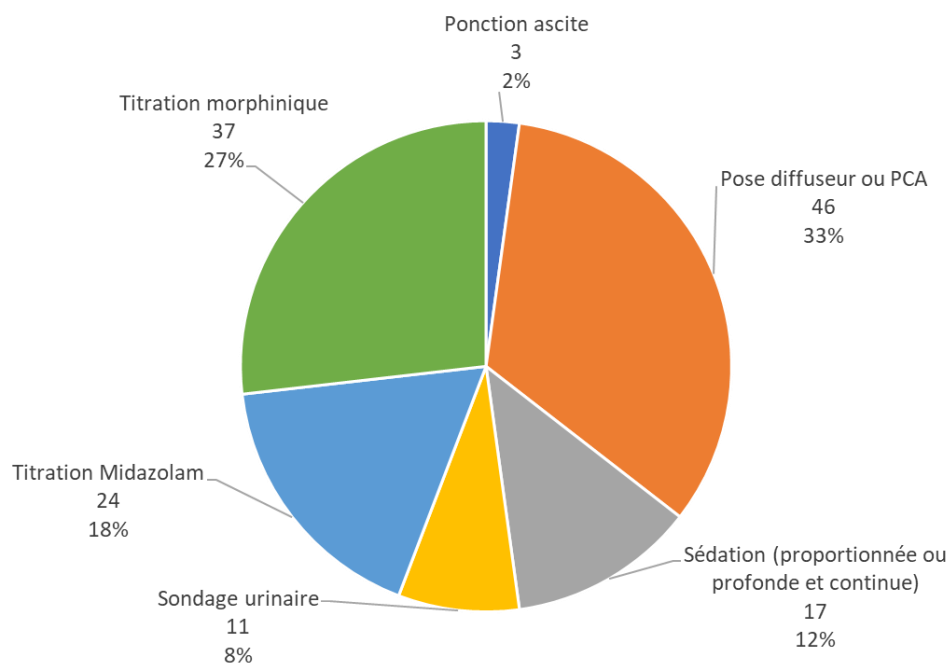


Accompagnements EMTSP

Des soins, pour faire quoi ?

Les 138 soins ont quasi exclusivement été réalisés pour l'administration de traitements pour la prise en charge de l'anxiété et de la douleur .

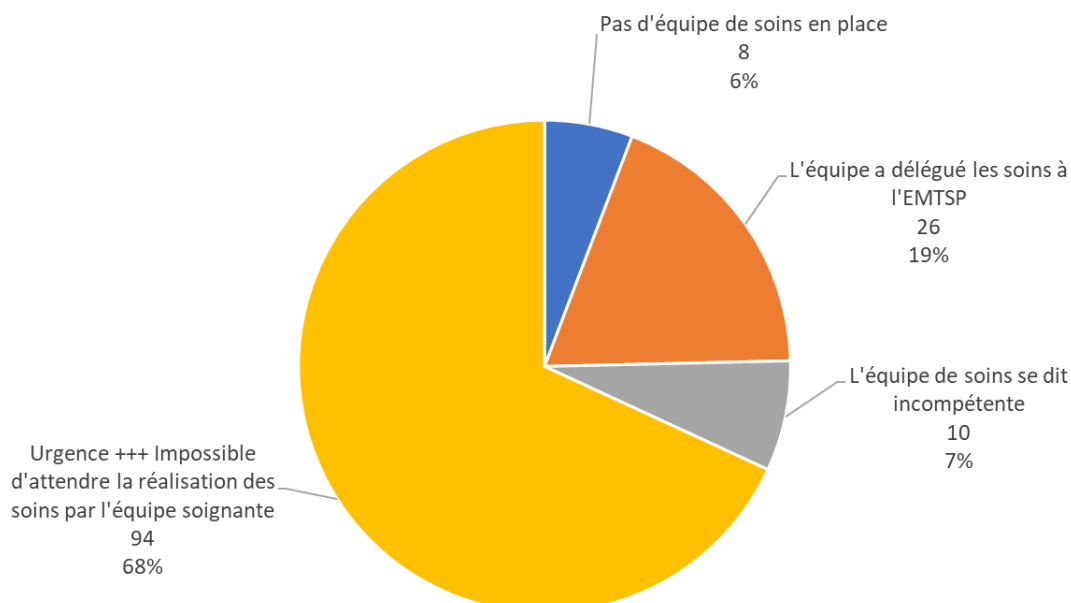
BUT des soins

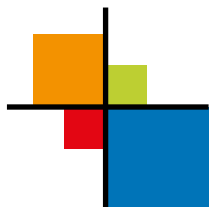


Des soins, pour quel motif ?

Les 138 soins ont été réalisés majoritairement car la situation exigeait une intervention rapide, voire urgente.

MOTIF des soins





P rogramme VISA



Le Programme VISA est porté par le DAC 92 sud Osmose et conçu en partenariat avec le CSAPA Liberté. Il se base sur plusieurs constats partagés entre les intervenants de ces deux structures au décours d'accompagnements conjoints de patients :

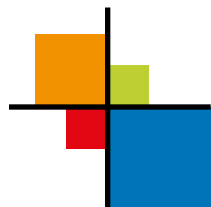
- Eloignement de certains publics des soins en addictologie,
- Offre de soin pour le sevrage sous dimensionnée (délai, modalités et qualité de prise en charge),
- Complexité d'accès aux soins de sevrage pour les personnes sans droits ouverts à l'assurance maladie.

Ces problématiques entraînent alors des retards dans la prise en charge de ces patients, qui peuvent les amener à abandonner leur projet de soins. Il apparaissait alors pertinent de proposer une alternative au sevrage hospitalier en organisant une offre ambulatoire adaptée aux besoins.

Le Programme VISA propose un accompagnement personnalisé et multidisciplinaire pour la réalisation d'un sevrage à l'alcool en ambulatoire.

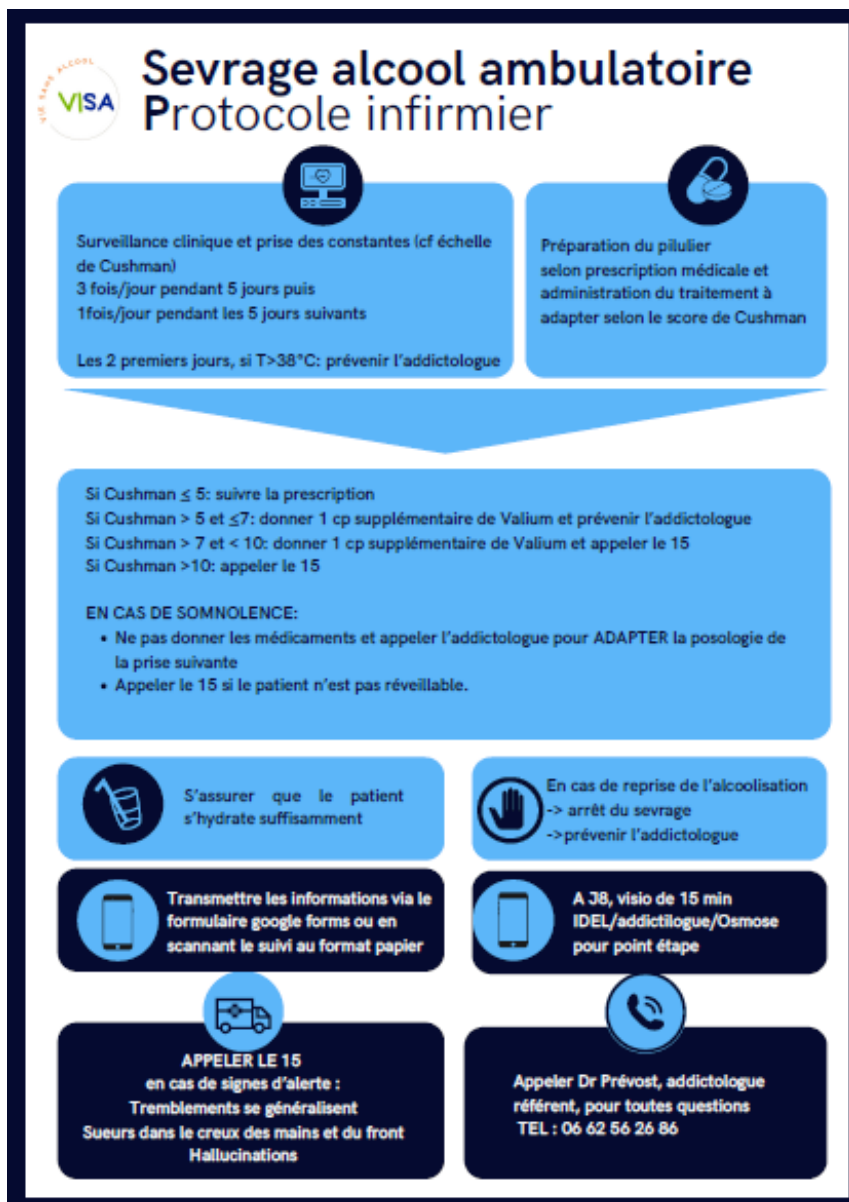
Ce Programme s'adresse :

- à toute personne, quel que soit son âge,
- désireuse d'un accompagnement pour un sevrage à l'alcool,
- orientée par le CSAPA Liberté après avoir bénéficié d'une évaluation médico-psycho-sociale par un addictologue,
- avec un état médical stable,
- sans maladie psychiatrique sous-jacente ni polyaddiction,
- à faible risque de développer des signes de manque
- avec un entourage fiable qui pourra rester auprès du patient 24h/24 pendant les 5 premiers jours de sevrage.



P rogramme VISA

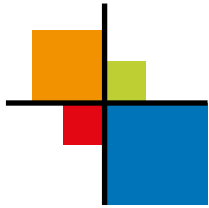
Ce Programme se compose de 4 étapes :



- 1/ L'inclusion du patient dans le Programme est réalisée par l'addictologue du CSAPA Liberté, qui réalise une évaluation médico-psychosociale du patient et sa motivation à bénéficier de ce Programme ; et par le DAC Osmose qui évalue la capacité de l'aidant à être soutenant pour le patient pendant la phase de sevrage.
- 2/ Une phase aigüe de sevrage au domicile pendant 5 jours, avec une surveillance infirmière 3 fois par jour, en lien avec l'addictologue (surveillance de l'état clinique à l'aide de la grille de Cushman, évaluation des risques de rechute, surveillance de l'hydratation, pilulier journalier et distribution des médicaments selon protocole, alerte selon les critères du protocole).
- 3/ Une phase d'accompagnement de 11 jours, avec un passage infirmier par jour, pour suivi et surveillance, une réunion de concertation Infirmier-addictologue-DAC, soutien de l'aidant par Osmose, réalisation d'un entretien motivationnel, proposition et mise en place de soins de support.

- 4/ Une phase de relais, après ces 16 jours d'accompagnement, avec une consultation de suivi avec l'addictologue du CSAPA et l'organisation des relais de pris en charge et de soutien.

Ce programme VISA constitue une expérimentation dont 15 patients pourront bénéficier, dans cette phase exploratoire. Compte-tenu de son effectivité en septembre 2024 et des critères très restrictifs d'inclusion des patients dans le Programme, seul un patient a pu être accompagné en 2024. Ce seul accompagnement a été un succès. Il reste dorénavant à poursuivre l'expérience et concrétiser des accompagnements réussis.



P programme AIDA

AIDA, **Accompagnement Individualisé au Domicile des Aidants** est un programme psycho-éducatif permettant :

- d'aller à la rencontre des aidants,
- au domicile,
- en individuel,
- au rythme des aidants,
- avec un accompagnement personnalisé,
- et un suivi pendant 1 an.

AIDA est destiné à améliorer la qualité de vie des aidants pour leur permettre de mieux accompagner leurs proches. Ce programme s'appuie sur une prise en charge individualisée au domicile pour accompagner l'aidant à faire face à son quotidien. Au total, 6 séquences d'1h30 sont réalisées ; personnalisées, elles répondent aux problématiques de l'aidant, ont pour objectif de faire émerger des stratégies d'amélioration de son quotidien et aboutissent à l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé avec un suivi régulier jusqu'à 1 an après la fin des séquences.

Le programme AIDA est réalisé en binôme par l'équipe pluridisciplinaire du DAC 92 sud Osmose (médecin, infirmières, assistante sociale) et avec des psychologues libéraux partenaires du DAC, au domicile ou, à la demande de l'aidant, dans les locaux d'Osmose ou au cabinet d'un psychologue.

En 2024 :

- **15 orientations** d'aidants vers le Programme AIDA ont été enregistrées,
- **12 aidants ont été inclus** dans le Programme,
- **49 aidants ont été accompagnés**,
- **119 rendez-vous AIDA** ont été réalisés (séquences au domicile, réunions de concertation, rendez-vous de suivi).

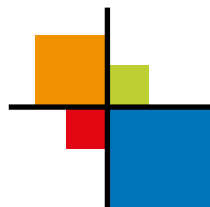
Ce Programme AIDA est soutenu par :



Pour plus d'information :

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





P rogramme AIDA

Apports du Programme AIDA aux bénéficiaires

- Programme non-payant ;
- Globalité de la prise en charge des aidants (prise en compte des aspects médicaux, sociaux, psychologiques, professionnels, financiers...) ;
- Amélioration des conditions de vie des aidants, et donc, des personnes malades : augmentation des compétences des personnes sur leur rôle d'aidant ; apprentissage par l'aidant à se préserver, à accepter de se faire aider afin d'anticiper le "burn-out" et à faire appel aux services et prestations existants ; efficacité évaluée et avérée du programme sur le sentiment de Fardeau de l'aidant (baisse de 41 % du ZARIT entre la 1ère séquence et la fin du suivi à 1 an) ; efficacité évaluée et avérée du programme sur l'anxiété et la dépression de l'aidant (baisse de 33 % de l'HAD (échelle de mesure d'anxiété et de dépression) entre la 1ère séquence et la fin du suivi à 1 an) ;
- Soins de support proposés en appui aux séquences, permettant aux aidants de prendre soin d'eux (sophrologie, socio-esthétique, diététique, soutien psychologique, ergothérapie) ;
- Réinscription et réintégration de l'aidant dans sa dimension environnementale et sociale (orientation vers les associations, services et structures favorisant ce lien social) ;
- Réduction des effets de l'épuisement des aidants et impact indirect sur les dépenses de santé (meilleure prise en compte par l'aidant de ses problématiques personnelles de santé, prévention, programmation d'hospitalisations au lieu d'hospitalisation en urgence) ;
- Indice élevé de satisfaction chez les bénéficiaires de ce programme (96 % de satisfaits et très satisfaits) ;
- Reconnaissance du caractère novateur de ce programme par les partenaires, les financeurs et mécènes : obtention du Prix B2V en 2017 (Prix Solidarité Prévention Autonomie du Groupe B2V) et, en 2019, de la Fondation NEHS ; financement de la CNAV, de l'ARS, de la Fondation de France, de Malakoff-Humanis.

Participation du Programme AIDA à l'animation territoriale

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



Soins de support

En 2024, le DAC 92 sud Osmose a proposé un large panel de soins de support à tous les patients accompagnés par le DAC, dans le cadre principalement de consultations ou d'entretiens individuels. En complément, le DAC a proposé un programme de soins de support en ateliers de groupe à destination spécifique de patients atteints de cancer, dans le cadre du déploiement d'un projet interne :

Objectifs généraux des soins de support

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

Soutien psychologique

- Permettre aux personnes d'initier un travail psychologique ;
- Prendre en compte les remaniements psychiques et les éventuels traumatismes causés par la maladie et ses conséquences ;
- Soutenir les patients et/ou leurs proches dans les différentes étapes de la maladie.

Relaxation

- Apprendre à ressentir son corps et se détendre ; récupérer une gestuelle ;
- Apprendre à retrouver ou augmenter la confiance en soi ;
- Apprendre à atténuer la douleur, gérer la fatigue et remobiliser son énergie ;
- Apprendre à sortir de l'enfermement dans lequel confine la maladie et parfois la douleur.

Socio-esthétique

- Proposer un accompagnement corporel de la souffrance et de la douleur par l'écoute et le toucher ;
- Aider à la reconstitution de l'image de soi et donc de l'estime de soi et la dignité. Reconstruction identitaire qui facilite la réinsertion sociale ;
- Re-sociabiliser par une écoute différente, non médicalisée. Lien avec le monde extérieur ;
- Retrouver l'envie de communiquer. Améliorer le moral.

Diététique

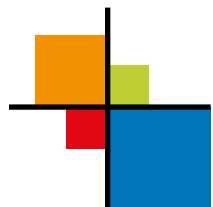
- Proposer des conseils et une prise en charge nutritionnelle pour lutter plus efficacement contre les effets de la maladie et/ou des traitements. (Perte ou prise de poids, perte d'appétit, problèmes de déglutition) ;
- Améliorer le confort de vie.

Activité Physique Adaptée

- Chasser la fatigue ;
- Se muscler ;
- Se réapproprier son corps et retrouver confiance en soi ;
- Supporter mieux les effets secondaires des traitements.

Musicothérapie, Danse-thérapie, Art-thérapie

- Favoriser la relaxation et le bien-être émotionnel, participer à la réduction du stress et de l'anxiété ;
- Proposer un support pour lutter contre l'isolement et renforcer les relations interpersonnelles ;
- Conforter la réhabilitation physique et cognitive ; stimuler la motricité et améliorer la coordination ; aider à la rééducation ; dynamiser la créativité, la mémoire et les fonctions cognitives.



Soins de support

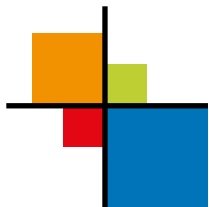
Le DAC 92 sud Osmose propose à l'ensemble des patients et à leurs proches divers soins de support

Soins de support	Présentation	Problématique concernée	Destinataires	Lieu	Organisation	Nombre maximum de séances
Activité Physique Adaptée	Atelier de gym douce	Toutes (Individuel) Cancérologie (Collectif)	Patients	Domicile ou Osmose	Individuel et Collectif	5
Art-thérapie	Peinture, dessin, modelage, danse.	Cancérologie	Patients	Osmose	Collectif	5
Diététique	Conseils nutritionnels	Toutes	Patients	Domicile Cabinet/Visio Osmose	Individuel	5
Entretien de fin de traitement	Point d'étape et bilan éducatif	Cancérologie	Patients	Osmose	Individuel	1
Musicothérapie	Médiation thérapeutique via la musique et le chant	Cancérologie	Patients	Osmose	Collectif	5
Relaxation	Sophrologie Relaxation	Toutes	Patients	Osmose Domicile	Individuel/ collectif	5
Socio-esthétique	Soins esthétiques	Toutes	Patients	Domicile Osmose	Individuel	5
Soutien psychologique	Accompagnement psychologique	Toutes	Patients Aidants	Domicile Cabinet Osmose	Individuel	5

Ces soins de support ont pour objectif de **soutenir le patient et ses proches** dans leur parcours de santé.

Ces soins de support sont **non payants** pour les bénéficiaires.



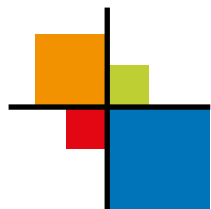


Soins de support

En 2024, **825 participations** ont été enregistrées pour **243 patients ou proches aidants** différents.

Soins de support	Nombre d'actes réalisés / de participations enregistrées	Nombre de bénéficiaires
Activité Physique Adaptée	181 séances individuelles + 17 participations à ateliers collectifs	51
Art-Thérapie	7 participations à ateliers collectifs	7
Diététique	31 consultations individuelles	31
Entretien de fin de traitement	4 entretiens individuels	4
Musico-Thérapie	3 participations à ateliers collectifs	3
Relaxation	127 séances individuelles + 51 participations à ateliers collectifs	57
Socio-esthétique	17 séances individuelles	17
Soutien psychologique	387 consultations individuelles	125
TOTAL	825 séances individuelles ou collectives	295 bénéficiaires, dont 243 personnes différentes (une même personne pouvant bénéficier de plusieurs types de soins de support)





Programme de soins de support collectifs en cancérologie

Dans le cadre du parcours de santé en cancérologie, et face à un besoin d'accompagnement soutenu de certains patients, le DAC 92 sud Osmose propose un suivi individualisé selon les principes de l'Education Thérapeutique du Patient. Ce coaching étayé est réalisé par une équipe pluridisciplinaire de quatre professionnels du DAC.

Quel que soit le temps thérapeutique, en cours ou en fin de traitements spécifiques, nous observons et entendons souvent une souffrance liée à une perte du lien social, à un décalage relationnel avec l'entourage (familial ou professionnel), générant un manque de compréhension mutuel et un sentiment d'isolement. Aussi, les équipes du DAC 92 sud Osmose ont proposé aux patients accompagnés au sein du pôle cancérologie des soins de support en ateliers collectifs afin d'apporter une possibilité de réponse à l'isolement, créer ou maintenir un lien social, renforcer la qualité de vie, proposer un accès de proximité à des groupes de pairs.

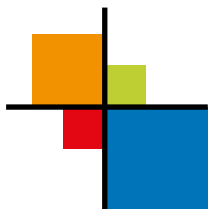
Par le biais de ces ateliers, le DAC souhaite proposer un environnement inclusif propice à l'interaction sociale, la créativité, le bien-être physique et émotionnel, le renforcement de l'estime de soi.

La variété des propositions permet de toucher les différentes sensibilités et appétences des patients.

- Ateliers axés sur la thérapie expressive, la gestion du stress (art-thérapie, danse-thérapie, musicothérapie). Ils offrent aux patients des moyens créatifs d'exprimer leurs émotions et de trouver des façons positives de faire face aux défis liés à leur maladie. La réalisation artistique permet de se concentrer sur des aspects positifs, favorisant ainsi un sentiment de réalisation et de bien-être.
- Activité physique adaptée. Séances collectives d'APA, dont les vertus sur la santé dans son ensemble, l'énergie, la mobilité et l'estime de soi ne sont plus à démontrer.
- Temps d'informations et d'échanges proposant un espace d'échanges : expériences, conseils pratiques,...

Ces moments de convivialité ambitionnent de renforcer un sentiment de communauté et offrir une pause agréable dans la routine médicale et quotidienne.

Ces ateliers ont été proposés à compter de septembre 2024 et se poursuivront jusqu'en novembre 2025. Leur mise en œuvre est en continuelle évaluation par l'équipe projet. Les chiffres de participation sont intégrés dans le présent rapport d'activité à l'ensemble des soins de support proposés par le DAC et présenté en pages précédentes (38-39).



Programme de soins de support collectifs en cancérologie



ATELIERS :		
Octobre à Décembre 2024		
ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)		
Jeudi 17/10/2024	15H30 – 16H45	
	OU	
Jeudi 14/11/2024	16H45 – 18H00	
	OU	
Jeudi 12/12/2024	15H30 – 16H45	
	OU	
LA MUSIQUE DANS TOUS SES ETATS		
Vendredi 22/11/2024	14H - 15H15	
	OU	
ATELIERS ARTISTIQUES		
Mardi 08/10/2024	14H-16H	
Atelier Modelage : « l'argile au service de mon expression »		
Mardi 05/11/2024	14H-16H	
Créer un « tableau de vision » grâce au collage.		
Mardi 03/12/2024	14H-16H	
« Libérer le corps, se mettre en mouvement. Danser sa vie ! »		

ATELIERS :		
Janvier à Mars 2025		
ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)		
Jeudi 09/01/2025	15H30 – 16H45	
	OU	
Jeudi 06/02/2025	16H45 – 18H00	
	OU	
Jeudi 06/03/2025	15H30 – 16H45	
	OU	
LA MUSIQUE DANS TOUS SES ETATS		
Vendredi 24/01/2025	14H - 15H15	
	OU	
Vendredi 28/03/2025	15H15 - 16H30	
	OU	
ATELIERS ARTISTIQUES		
Mardi 14/01/2025	14H-16H	
Atelier Modelage : « l'argile au service de mon expression »		
Mardi 11/02/2025	14H-16H	
Créer un « tableau de vision » grâce au collage.		
Mardi 11/03/2025	14H-16H	
« Libérer le corps, se mettre en mouvement. Danser sa vie ! »		

Comment vous inscrire ?

Vous trouvez à chaque trimestre un tableau par activité avec dates et horaires

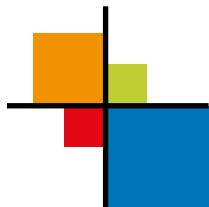
Messagerie de contact et inscription pour les ateliers :

ATC@dac92sud.fr

DAC 92 Sud Osmose
4, rue des Carnets
92140 CLAMART
Téléphone : 01 46 30 18 14

ATELIERS :		
Avril à Juin 2025		
ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)		
Jeudi 10/04/2025	15H30 – 16H45	
	OU	
Jeudi 05/06/2025	16H45 – 18H00	
	OU	
LA MUSIQUE DANS TOUS SES ETATS		
Vendredi 23/05/2025	14H - 15H15	
	OU	
ATELIERS ARTISTIQUES		
Vendredi 04/04/2025	14H-16H	
Atelier Modelage : « l'argile au service de mon expression »		
Vendredi 16/05/2025	14H-16H	
Créer un « tableau de vision » grâce au collage.		
Vendredi 13/06/2025	14H-16H	
« Libérer le corps, se mettre en mouvement. Danser sa vie ! »		

ATELIERS :		
Septembre à Novembre 2025		
ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (APA)		
Jeudi 25/09/2025	15H30 – 16H45	
	OU	
Jeudi 16/10/2025	16H45 – 18H00	
	OU	
ATELIERS ARTISTIQUES		
Vendredi 19/09/2025	14H-16H	
Des couleurs, des formes, de l'expression : <u>Peinture</u> et bien-être !		
Vendredi 10/10/2025	14H-16H	
« Ecriture : Jouer avec les mots ! »		
Vendredi 21/11/2025	14H-16H	
« Libérer le corps, se mettre en mouvement. Danser sa vie ! »		



Entretiens de fin de traitement

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

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

Structuration

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

Symptômes résiduels	Incontinence ; ménopause induite ; Lymphœdème ; Ostéoporose ; Douleurs ;
Vie professionnelle - Reprise	Format ; Etat des revenus ; Relations avec les collègues ; Projets professionnels ; ...
Vie relationnelle, familiale et sociale	Communication avec les proches ; Type de liens durant la phase des traitements ; Répercussion de la maladie ; Perception de la fin des traitements et attentes des proches ; ...
Vie quotidienne	Gestion des actes de la vie quotidienne avant le cancer ; besoin d'aides au maintien
Alimentation	Appétit ; Apports (qualité / quantité) ; Troubles de la déglutition ; ...
Etat psychique	Troubles de mémoire, concentration ; Troubles de l'humeur ; Spiritualité ;
Activité physique et sportive	Avant le cancer ; Compréhension de l'intérêt de l'APA ; Projet d'APA ; ...
Loisirs et culture	Avant le cancer ; Type
Sommeil	Troubles sommeil pré existants ; Depuis le cancer (qualité / quantité) ; Fatigue ; ...
Image de soi	Perte de l'image de soi ; Mutilations / stomies ; ...
Autres	



E ntretiens de fin de traitement

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

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

Bénéfices pour les patients

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

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

Concours de cette action à la coordination des parcours de santé

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

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

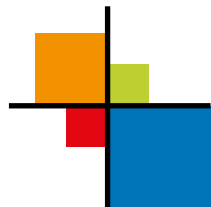
Ce dispositif s'inscrit aussi dans la mesure 25 du Plan Cancer II, axe « vivre pendant et après ».

Contribution de cette action à l'animation territoriale

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

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





Permanences et Ateliers d'information prévention santé

Permanences d'information prévention santé : 79 permanences, 688 rencontres auprès de 10 lieux.

- 38 permanences auprès des 5 antennes des Restos du Cœur
- 18 permanences auprès des 2 comités du Secours populaire de Malakoff (2 accueils)
- 9 permanences auprès du Secours catholique de Malakoff
- 7 permanences auprès du foyer Adoma de Clamart
- 7 permanences auprès du foyer Adoma de Bagneux

Suivis individuels (DAC Niveau 2 - coordination de parcours de santé) : 688

Ateliers collectifs : 33 ateliers, 283 rencontres auprès de 11 partenaires.

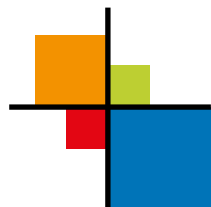
Rencontres partenariales et accompagnements méthodologiques : 54 rencontres auprès de 1 039 professionnels et bénévoles.

Concernant les permanences de sensibilisation, d'information et de prévention santé,

Nous sommes intervenus auprès des bénéficiaires des associations caritatives à l'occasion de 79 permanences. Les coordinatrices de parcours de santé référentes de l'accès aux soins du DAC ont ainsi pu effectuer 688 rencontres. Nous sommes présentes en binôme pour répondre aux questions des bénéficiaires, les écouter, les orienter, les informer, les sensibiliser sur des questions de santé précises, les accompagner dans leur parcours de soins de santé complexes. Nous intervenons auprès de 10 lieux : 5 antennes des restos du cœur, 2 lieux du secours populaire, une permanence au secours catholique de Malakoff ; les foyers Adoma de Clamart et de Bagneux.

De nouveau en 2024, les trois sujets majoritairement abordés avec les bénéficiaires de ces associations sont les droits en santé (AME, Complémentaire Santé Solidaire, Sécurité sociale, PASS, ...), le médecin traitant (et l'orientation vers les centres municipaux de santé de secteur 1) et la santé mentale (mal être, sentiment d'isolement, conséquences liées au climat économique et sanitaire de ces dernières années). Notre travail est d'accueillir leur parole et témoignage, de les informer sur les aides existantes, de les orienter vers les professionnels du droits communs et de les accompagner dans leur parcours de soin complexe.

Nous souhaitons également revenir sur les difficultés d'accès au numérique de nos publics et ce malgré l'existence d'associations locales qui permettent d'offrir aux personnes sans accès à Internet de bénéficier d'aide dans leur démarche. Ce qui amène une part importante d'entre eux à abandonner leurs démarches dès qu'une difficulté apparaît dans le processus d'accès aux soins (demande de documents déjà fournis ou non demandés préalablement ; délais allongés des réponses des institutions et d'envoi de courriers supplémentaires ce qui retarde l'obtention des droits ; Perte des mots de passe ; coupure des aides en absence de réponse...). En conséquence, nous observons une augmentation de personnes en besoin de soins alors qu'ils sont en attente du renouvellement de leurs droits et que nous orientons dans le cadre de notre PASS ambulatoire ou vers les PASS hospitalières aux budgets très limités.



Permanences et Ateliers d'information prévention santé

En 2024 les difficultés de certaines associations caritatives ont eu comme conséquence conserver la réduction du nombre de bénéficiaires dans l'accès aux aides alimentaires (notamment les Restos du cœur), laissant de nombreux foyers sans ce soutien précieux non seulement alimentaire mais également d'accès aux soins. Nous avons contacté une nouvelle association « le café solidaire » de Montrouge pour lequel nous avons animé un atelier d'information et prévention santé mais le cadre ne permet pas que nous organisions des permanences d'accès aux soins. Cependant cette rencontre nous a permis de mieux nous connaître et de s'orienter mutuellement des personnes.

Concernant les ateliers santé de groupe,

Nous avons réalisé 33 ateliers collectifs de prévention et d'information santé auprès de 11 structures du sud 92. Nous intervenons auprès des lieux de notre territoire qui accueillent des publics principalement en situation de vulnérabilité (centres socio-culturels, associations d'accueil et de médiation pour les habitants des quartiers, foyers d'hébergement, structures d'accompagnement vers l'insertion/réinsertion, accueil jeunes en déscolarisation, associations de soutien aux familles et à la parentalité...). Nous avons développé nos ateliers auprès de certaines structures pour un travail plus approfondi et suivi. Ainsi une série d'ateliers sur la gestion du stress, des émotions a été mise en place auprès du CSC Lamartine de la Cité jardin de la Butte Rouge à Chatenay-Malabry. Les participants étaient participatifs et sont revenus quasi à chaque séance. Ils ont exprimé leur gratitude à bénéficier de ce type de pratique. Nous souhaitons renouveler ce format auprès de l'Espace Femmes Gisèle Halimi de Chatillon en 2025.

OCTOBRE **Octobre Rose – Atelier auto palpation et prévention du cancer du sein**

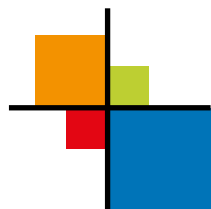
Un espace pour poser vos questions sur le cancer du sein, apprendre les gestes préventifs et connaître les lieux ressources où se faire accompagner en cas de diagnostic.

 **Jeudi 10 octobre**
 **14h - 16h | Espace Gisèle Halimi**
Gratuit sur inscription

Les autres thématiques santé des autres ateliers ont été diverses et dépendaient du besoin des usagers de chaque structure, des demandes des professionnels ou bénévoles encadrants mais également de l'actualité. Nous avons noté une augmentation des sollicitations des partenaires pour que nous intervenions sur des moments spécifiques et ponctuels liés à des journées nationales telles que Octobre rose contre le cancer du sein, mars bleu contre le cancer colo-rectal mais également à l'occasion de la journée des droits des femme en mars ou de lutte contre les violences faites aux femmes en novembre. Nos participations à des commissions et les structures qui nous orientent des patients nous connaissent mieux et viennent vers nous pour ce type de demande.

Nous intervenons donc soit directement soit en faisant appel à des professionnels expert, mais également en collaboration.





Permanences et Ateliers d'information prévention santé

Nous intervenons la plupart du temps sur 4 à 6 ateliers auprès de chaque structure afin de créer une dynamique de groupe, une alliance avec l'animatrice et de permettre à chaque participant de se sentir en confiance pour partager dans un cadre sécurisant et bienveillant.

Nous proposons souvent lors du 1er atelier une thématique que nous nommons « Ma santé au quotidien » qui permet d'identifier qu'à tout moment de la journée la santé est présente (le sommeil, l'alimentation, l'hygiène corporelle, l'hygiène de vie, les consommations, les activités physiques et culturelles, la gestion du stress, les addictions, le suivi santé...) et nous ciblons ensuite les thématiques qui préoccupent le plus le public présent. Nous revenons bien souvent sur la gestion du stress, le sommeil, la relaxation. Nous avons également développé des ateliers sur « comment communiquer avec ses proches » qui abordent la communication non-violente, la pédagogie positive ; mais également les cycles du changement dans différents moments de notre vie et la courbe du deuil. Nous avons à cœur d'instaurer un moment convivial permettant des échanges ouverts avec l'animateur et entre participants. Les différentes techniques d'animation et les outils pédagogiques sont un support afin de permettre l'expression.

Notre démarche « d'aller-vers » est fondamentale pour nous afin de faciliter l'accès à l'information et aux professionnels du soin les plus proches de leur lieu de vie et de rencontres sociales et culturelles.

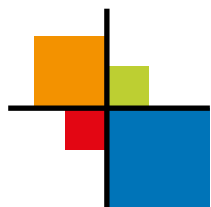
Focus ateliers « bien-être / estime de soi » espace famille du CSC Lamartine à Châtenay-Malabry :

**Octobre Rose
Châtenay-Malabry**



A la demande des participants des ateliers santé de 2023, le DAC 92 Sud Osmose a animé un cycle d'ateliers autour de la question du bien-être. Pour cela nous avons proposé 5 ateliers basés sur des techniques différentes de découvertes bien-être telles que : l'art thérapie (dessin et musique ; modelage, danse) ; relaxation psychosensorielle par les odeurs ; sommeil et gestion du stress ; prendre soin de soi en tant que femme aujourd'hui. Ces ateliers ont rassemblé un total de 45 participants. Ils ont permis des échanges sur des « trucs et astuces » entre les participants, des conseils également et d'expérimenter des techniques pour les pratiquer de nouveau chez eux.

Les ateliers de gestion du stress offrent bien plus qu'un simple moment de détente : ils permettent une pause pour s'occuper de soi pour les participants en quête d'apaisement et d'outils concrets pour mieux vivre leur quotidien. En proposant des techniques accessibles et adaptées à chacun, ces ateliers permettent non seulement de réduire les tensions physiques et émotionnelles, mais aussi d'ouvrir un espace d'écoute et de partage bienveillant.



Permanences et Ateliers d'information prévention santé



Face aux défis du quotidien, qu'ils soient liés à la santé, au travail ou aux responsabilités personnelles, il est essentiel d'apprendre à prendre soin de soi. Ces ateliers apportent des clés précieuses pour favoriser un mieux-être durable et cultiver une sérénité intérieure. L'engagement et les retours des participants montrent à quel point ces espaces de ressourcement sont nécessaires et impactants.

En poursuivant cette démarche, nous contribuons à diffuser des pratiques qui favorisent un équilibre de vie plus harmonieux et accessible à tous.

Atelier « stress et mise en mouvement » Châtenay-Malabry

Concernant les rencontres et soutiens des actions santé des partenaires du territoire :

Nous avons animé et participé à 54 événements dont 47 réunions au cours desquelles nous avons présenté le DAC, les actions de prévention dans le cadre de l'accès aux soins, préparé les ateliers avec les référents des structures, accompagné sur la mise en place d'actions de prévention santé...

Nous avons ainsi rencontré 1039 professionnels et bénévoles au cours de ces 54 événements.

Mercredi 15 mai

SANTÉ EMOTIONNELLE : ACCEPTER LES CHANGEMENTS

Notre vie est faite de cycles de changements (naissance, déménagement, boulot, séparation...): je m'outille pour mieux vivre ces étapes.

Mercredi 22 mai

LES BONS GESTES SANTÉ AU QUOTIDIEN

Comment puis-je prendre soin de moi, me sentir confiante et gérer mon stress pour réussir mon entretien mais aussi mon parcours pro ?



Café santé

Comment développer une meilleure estime de soi (image, confiance, fierté du parcours accompli...) ?

Participez à ce Café santé afin de trouver des outils pour prendre soin de vous et vous donner de l'élan pour agir.



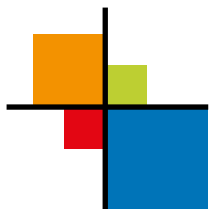
Mardi 10 décembre



14h - 16h | Espace Gisèle Halimi

Gratuit sur inscription, adhésion à l'Espace Gisèle Halimi non obligatoire





PASS Ambulatoire

Quand il s'agit de patients, désocialisés, en grande précarité, sans droit ouvert aux prestations sociales, le recours aux soins s'avère complexe, et la prise en charge doit aller au-delà des services habituels. Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, les permanences d'accès aux soins de santé sont principalement hospitalières. A l'heure du virage ambulatoire et d'une augmentation des besoins (aggravation de la pauvreté), il est apparu important de recourir à des structures PASS de ville, complémentaires des PASS hospitalières. Cette approche permet d'étendre le périmètre d'accessibilité de ces dispositifs passerelles. Elle favorise également un parcours de santé dans le système ambulatoire de droit commun. Les PASS Ambulatoires contribuent également à faire évoluer les regards sur les populations en grande précarité : « dépasser les gênes, les renoncements, sortir des préjugés ». En effet, ce dispositif ouvre la porte des possibles dans l'accès au système de droit commun des plus démunis.

En raison de sa mission d'appui aux professionnels de premier recours et sa fonction de coordination des parcours de santé complexes, le DAC 92 sud Osmose gère une PASS ambulatoire dans le sud du 92 depuis mai 2019.

Ses objectifs sont :

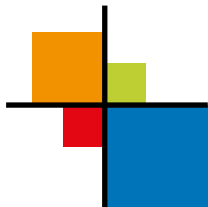
- de favoriser l'accès aux soins et d'accompagner la prise en charge des personnes qui n'ont pas ou plus leur autonomie d'usage du système de santé ;
- de renforcer les collaborations entre tous les intervenants concernés par ces publics.

La PASS Ambulatoire s'adresse aux personnes démunies en besoin de soin en situation de renoncement aux soins, notamment par absence de droits ouverts à l'assurance maladie ou avec des droits partiels.

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

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

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



PASS Ambulatoire

Ainsi, le dispositif PASS propose :

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

Pour l'animation territoriale, le dispositif PASS Ambulatoire :

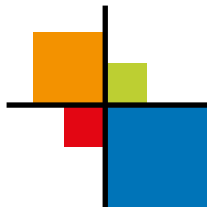
- mobilise principalement 4 Centres de Santé qui participent à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du projet ; réalisent les consultations et enclenchent les procédures d'ouverture de droits santé pour les bénéficiaires ;
- propose des formations/sensibilisations des opérateurs du territoire sur les questions d'accès aux soins, aux droits et aux problématiques du public démunis, en collaboration avec des partenaires spécifiques ;
- nécessite un partenariat opérationnel avec la CPAM ;
- mobilise les acteurs de soins locaux pour la délivrance médicamenteuse, l'accès aux actes de radiologie et de biologie médicale et l'accès aux consultations spécialisées, si besoin.

En 2024, 345 patients ont été accompagnés dans le cadre de la PASS Ambulatoire, dont 297 nouveaux patients de l'année.

En 2024, l'activité de la PASS Ambulatoire s'est déployée sur 1 805 actes :

- 424 consultations médicales ;
- 617 délivrances de traitements ;
- 231 actes de biologie ;
- 54 actes de radiologie ;
- 450 entretiens sociaux ;
- 18 accompagnements physiques ;
- 11 séances d'interprétariat médical.





Kit soins palliatifs



La création de ce kit de soins palliatifs a été pensée à l'issue du 1er séminaire annuel proposé conjointement par la Filière Gériatrique 92 sud et le DAC 92 sud Osmose. Organisée en décembre 2023, cette journée avait pour thématique les soins palliatifs en EHPAD.

Après la constitution d'un premier groupe de réflexion, trois groupes de travail ont été créés en 2024, intégrant les représentants de 13 EHPAD sur les quarante que compte le territoire : médecins coordonnateurs et prescripteurs, infirmiers et directeurs d'EHPAD, pharmaciens de ville, référents de la Filière Gériatrique, de l'Equipe Mobile de Gériatrie Externe, de l'Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs, de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs de l'Hôpital Béclère et de la CORPALIF.

Ces groupes de réflexion et d'échanges ont conduit à la création et à la diffusion d'un kit soins palliatifs à destination des EHPAD du territoire. Destiné aux médecins et aux équipes soignantes des EHPAD, ce kit a pour ambition de :

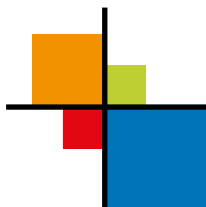
- Sensibiliser à la démarche palliative,
- Faciliter la gestion des urgences palliatives des résidents,
- Harmoniser les pratiques, sécuriser les soins et rassurer les professionnels de santé en EHPAD.

Ce kit est composé :

- d'une fiche de présentation qui comprend les différents numéros à contacter pour solliciter l'avis d'un médecin de soins palliatifs afin d'initier la prise en charge,
- de 5 documents pratiques et faciles à consulter : fiche sur les dotations médicamenteuses, sur les dispositifs médicaux, sur les protocoles thérapeutiques pour les événements urgents, sur la traçabilité de contrôle, sur la traçabilité des stupéfiants.

Ce kit a été diffusé à l'ensemble des EHPAD du territoire. Une première phase d'évaluation montre qu'il est utilisé avec un taux de satisfaction important. Cette diffusion s'est accompagnée de nombreuses présentations du kit lors de réunions, formations et webinaires, diffusion d'information sur les réseaux sociaux. Ainsi ce kit a aussi été diffusé à plus de 200 EHPAD et structures hors territoire 92 sud.

Un groupe de travail soins palliatifs en EHPAD initié par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, a complété le kit avant de le diffuser au niveau régional.



Kit soins palliatifs



LE KIT DE SOINS PALLIATIFS

Seulement après avis d'un médecin

CONTACTS

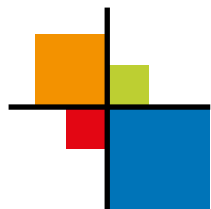
- **PALLIDOM** : 01 73 73 54 86
- **DAC 92 Sud Osmose** :
 - en semaine de 9h00 à 18h00 : 01 46 30 18 14 / 06 43 23 47 12
 - la nuit de 18h00 à 9h en semaine et 24h/24 les week-ends et jours fériés : 01 46 30 73 08
- **EMGE 92 Sud** : 06 79 77 44 57

5 FICHES

FICHE 1 Dotation médicamenteuse	FICHE 2 Dispositifs médicaux	FICHE 3 Protocoles thérapeutiques pour les événements urgents
FICHE 4 Traçabilité de contrôle	FICHE 5 Traçabilité des stupéfiants	FICHE 6 Rappel de la réglementation

Besoin d'informations ?
 Contactez : 01 45 37 47 64
filieregeriatrique.hautsdeiseinesud.abc@aphp.fr

Ce kit a été réalisé pour le réseau gériatrique 92 sud, l'EMGEP de l'Hôpital Antoine-Béclère 92 sud, l'EMGEP de l'Hôpital de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, le DAC 92 Sud Osmose, le Corpalif en collaboration avec des LAFD du territoire des Hauts de Seine sud. Conception : Communication Gériatrie AP-HP, Université Paris-Saclay | Adobe stock - Freepik | décembre 2024



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Oncogériatrie

Contexte

C'est un oncologue de l'IGR qui a sollicité le DAC Osmose pour Mme G âgée de 83 ans afin d'évaluer le maintien au domicile devant des éléments de fragilité. Mme G vient d'être opérée d'un cancer du sein et présente un nodule pulmonaire en cours d'exploration avec un début de troubles cognitifs. Elle est célibataire sans enfants.

Aides en place :

- Aide-ménagère : une fois par semaine
- Une voisine aide Mme G dans la gestion de ses RDV et l'accompagne parfois dans ses RDV médicaux.

Nous convenons avec Mme G, par l'intermédiaire de sa voisine, d'une première visite à domicile, en ayant informé au préalable le médecin traitant.

Visite d'évaluation au domicile

Mme G nous reçoit dans un appartement parfaitement entretenu.

Nous constatons qu'elle tient un discours cohérent mais pas toujours informatif compte tenu de troubles mnésiques.

Elle semble en difficulté pour planifier et gérer les tâches administratives. Elle nous montre une fiche récapitulative de tous ses RDV médicaux faite par sa voisine. Elle est autonome pour la toilette et l'habillage. Elle marche correctement dans son domicile. Pas de notion de chute.

Elle est capable d'alerter et de passer un appel téléphonique.

Nous ne notons pas d'éléments dépressifs même si elle s'interroge avec inquiétude sur son avenir et sur les traitements qui pourront lui être proposés. Mme nous dit qu'elle a bon appétit mais qu'elle a la «flemme» de cuisiner. Elle est demandeuse d'activités pour sortir de son isolement.

Propositions du DAC

- 5 séances d'activité physique adaptée au domicile, financées par Osmose
- Soutien psychologique, non souhaité pour le moment
- Mise en lien avec le CLIC afin que Mme puisse faire des activités, qu'elle soit identifiée comme personne vulnérable et qu'elle bénéficie des repas proposés par la ville
- Prise de nouvelles régulières et rappel des RDV médicaux

Suivi/évolution

Nous constatons que Mme est perdue dans ses RDV médicaux et qu'elle en a oublié certains. Nous décidons donc de positionner la médiatrice en santé d'Osmose pour aider Mme dans ses RDV et l'accompagner aux consultations.

2nde visite d'évaluation

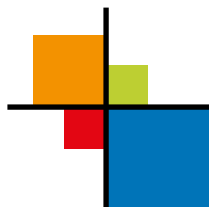
Nous organisons une nouvelle visite avec la médiatrice en santé pour l'introduire auprès de Mme.

Nous constatons que Mme est amaigrie et qu'elle ne prend plus ses médicaments car elle n'est pas retournée voir son MT. Mme présente des difficultés croissantes pour se souvenir de ses RDV médi-

caux même s'ils sont notés sur son agenda. Nous notons également une baisse de moral et une incapacité à alerter.

Propositions du DAC

- Supervision des RDV médicaux voir accompagnements physiques par la médiatrice
- Reprendre un suivi avec le médecin traitant avec appel d'Osmose pour programmer un nouveau RDV.
- Passages infirmiers libéraux pour la prise médicamenteuse (pilulier et surveillance), et des compléments alimentaires.
- Portage de repas et téléassistance par le biais du CLIC
- Aide administrative par le biais de l'association Just Marie Aides le temps de la mise en place d'une mesure de protection juridique
- Auxiliaires de vie pour accompagner Mme pour sortir. Mme est réticente à cette proposition.
- Lien avec la voisine qui accepte d'aider à l'introduction des aides à domicile auprès de Mme.
- Inscription au dispositif OYES : appels et visites de convivialité de juillet à octobre.



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Oncogériatrie

Evolution et suivi

Mme est tombée, ce qui a conduit à une hospitalisation.

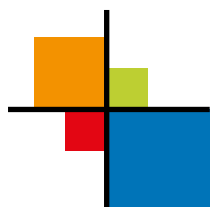
Devant les troubles cognitifs et l'isolement de Mme, force est de constater que le maintien au domicile n'est plus possible.

Le DAC Osmose a apporté un appui à la voisine dans l'organisation d'une entrée en EHPAD en lien avec l'équipe hospitalière.

Apport du DAC 92 sud Osmose

- ⇒ Remise dans un parcours de soin
- ⇒ Evaluation et réflexion pluridisciplinaire
- ⇒ Accompagnement aux RDV grâce à la médiatrice en santé d'Osmose

- ⇒ Mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordination des différents acteurs
- ⇒ Relais des besoins aux professionnels libéraux et hospitaliers
- ⇒ Soutien à l'aidante (la voisine)
- ⇒ Soins de support pour Mme : activité physique adaptée et possibilité d'un soutien psychologique



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Soins Palliatifs

Contexte

Mr P, 18 ans, est atteint d'une maladie génétique mitochondriale à l'origine de multiples défaillances organiques (cécité, surdité, dysarthrie, tétraplégie, troubles de déglutition...) + crises d'épilepsie importantes ayant amené les équipes pédiatriques qui le suivent depuis des années à acter une prise en charge palliative.

Les parents de Mr P sont divorcés et entretiennent des relations très conflictuelles compliquant sa prise en charge (problématique de rupture dans certains soins lui étant apportés selon qu'il se trouve chez sa mère ou chez son père).

Mr P en souffre et, ayant atteint la majorité, décide de rester domicilié définitivement chez son père.

Visite au domicile

La première sollicitation pour apporter une aide dans sa prise en charge palliative au domicile est effectuée auprès de l'équipe de soins palliatifs du DAC amenant à une première visite d'évaluation réalisée au domicile de la mère en novembre 2023. Cette visite aboutira à une actualisation des directives anticipées de Mr P, des préconisations thérapeutiques à visée antalgique laissées à la discrétion du médecin traitant (trouvé par la mère mais non reconnu par le père et ne pouvant pas intervenir au domicile du père domicilié dans une autre commune du territoire).

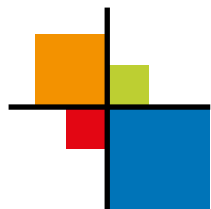
La prise en charge des douleurs essentiellement spastiques de Mr P amène l'équipe de soins palliatifs du DAC à intervenir dans le cadre de

l'équipe mobile territoriale de soins palliatifs, intégrée à Osmose.

Suivi et évolution de la situation

Entre temps, Mr P déménage définitivement chez son père où il est pris en charge par l'HAD APHP pédiatrique (mais qui envisage de se retirer au profit de l'HAD adultes pour la poursuite de la prise en charge).

Il en découle l'organisation d'une première réunion de concertation pluriprofessionnelle entre l'équipe référente de son suivi à Necker, l'HAD, Osmose (Equipe de soins palliatifs et Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs) et les bénévoles afin de discuter du projet de soins et de redéfinir le cercle soignant le plus adapté et pertinent pour poursuivre l'accompagnement.



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Soins palliatifs

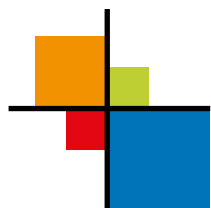
Il est décidé que l'EMTSP assure le suivi de proximité auprès de Mr P, que l'HAD pédiatrique se retire et qu'il soit fait appel, si besoin, à l'HAD Adultes ultérieurement.

L'EMTSP reprend donc le suivi qui sera réalisé désormais au domicile du père où vit Mr P. à partir de février 2024 jusqu'à son décès qui surviendra à domicile en avril 2024.

Lors des différentes visites ou téléconsultations de réévaluation (5 sur la période), il sera procédé à des ajustements des traitements de confort, à la réalisation de soins en urgence quelques fois (sondage urinaire, administration d'antibiotique parentéral pour un épisode septique puis relais avec IDEL pour poursuite des soins, pansements, administration d'antisécrotoire et d'IPP parentéral pour poussée de RGO et hyper-sécrétions bronchiques..).

Le père de Mr P n'étant pas parvenu à retrouver un médecin traitant susceptible d'assurer la prise en charge au domicile, c'est le médecin de l'EMTSP qui fera fonction de médecin prescripteur référent pour Mr P tout au long de la prise en charge.

Lien de confiance établi entre Mr P, son père et l'EMTSP, permettant un accompagnement rapproché et efficient jusqu'à son décès qui surviendra à domicile dans un environnement apaisé.



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Santé mentale

Contexte

C'est une assistante sociale du SST qui accompagne la mère de Mr X, dans le cadre d'une réinsertion professionnelle, qui sollicite le DAC à la suite d'un appel à l'aide de la mère.

En effet, Mr X âgé de 20 ans vit reclus dans sa chambre depuis 4 ans. Il est donc en rupture scolaire et le seul contact qu'il a avec l'extérieur se fait par le biais des réseaux sociaux et de jeux vidéo. D'autre

part, Mr X souffre également d'obésité morbide.

La mère de Mr X est en plein désarroi face à la situation de son fils. Elle se sent démunie et ne sait plus quoi faire pour le faire sortir. D'autre part, elle se heurte à l'impossibilité de mobiliser les psychiatres du CMP qui exigent que la demande provienne de Mr X pour intervenir.

Nous convenons donc avec la mère d'une première visite à domicile, en ayant informé au préalable le médecin traitant, avec un médecin

coordinateur et une psychologue de coordination du DAC.

Antécédents médicaux :

- Dépression dans un contexte de violence intra familiale ayant justifié d'un suivi par le CMPP dès l'âge de 14 ans et une hospitalisation en pédopsychiatrie
- Obésité morbide



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Santé mentale

1ère visite à domicile 1

MR X vit chez sa mère dans un appartement au 4ème étage sans ascenseur. Nous sommes accueillies par une de ses sœurs qui vit à proximité, la mère n'ayant pas pu se libérer de son travail.

Mr X n'a pas souhaité quitter sa chambre pour nous rencontrer.

En effet, il ne quitte sa chambre que s'il est seul avec sa mère dans le logement.

Nous allons alors à sa rencontre et lui parlons sur le pas de la porte.

Nous constatons que les volets de sa chambre sont fermés et que Mr X est allongé dans son lit face à un grand écran où il joue à des jeux vidéo. La chambre est éclairée uniquement par la lumière de l'écran.

Il nous dit qu'il ne quitte plus sa chambre depuis le premier confinement et qu'il n'aime pas parler ni qu'on lui parle.

Il nous confie qu'il n'a envie de rien et que son seul plaisir c'est de manger.

Il présente des troubles du sommeil : il ne peut dormir qu'avec un casque qui émet des sons de jeux vidéo.

Nous ne notons pas d'idées suicidaires. Il se dévalorise beaucoup.

Il nous signifie que nous le dérangeons et que nous perdons notre temps à vouloir l'aider.

La sœur nous fait part de sa difficulté à accepter la situation de son frère, ce qui est source de conflit avec lui.

Propositions du DAC

- 5 séances d'activité physique adaptée au domicile financées par Osmose pour Mr X qui refuse
- Reprendre contact avec Mr X afin de tisser un lien de confiance : Mr X accepte et nous donne même son numéro de téléphone portable
- Soutien psychologique financé par Osmose pour la sœur
- Demander un avis à un psychiatre spécialisé dans la thématique du repli social

Suivi /évolution

Après des recherches, nous avons contacté un psychiatre spécialiste du repli social qui nous a conseillé sur les stratégies à mettre en œuvre pour que Mr X sorte de sa chambre. Il accepte de rentrer en contact avec Mr X au moyen d'une téléconsultation.

Nous avons organisé alors une nouvelle VAD en présence de la mère afin de proposer une téléconsultation à Mr X avec le spécialiste.

2ème visite pour rencontrer la mère un mois plus tard

La mère s'épanche longuement sur son histoire de vie difficile et sur celle de son fils. Elle nous paraît lasse et très fatiguée.

La mère de Mr X est favorable à une téléconsultation pour son fils avec le spécialiste.

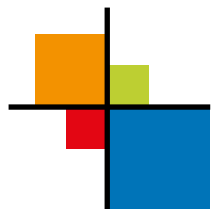
Nous l'aidons à ouvrir un compte sur une plateforme de téléconsultation.

Nous allons à la rencontre de Mr X, il nous laisse entrer dans la chambre et nous fait part de son goût pour les sports de combat mais nous précise qu'il ne veut rien et qu'il aimerait qu'on tienne compte de son avis.

Propositions du DAC

- Contacter le spécialiste afin qu'il propose un RDV rapide à Mr X et sa mère
- Consultation diététique avec la mère pour guidance
- 5 séances d'activités physique adaptée au domicile
- Mise en lien avec le MT afin qu'il fasse les bilans nécessaires à la rédaction d'un certificat d'aptitude à l'activité physique adaptée
- Soutien psychologique pour la mère financé par Osmose

A noter que Mr X refuse toutes les propositions mais nous faisons le choix, en concertation avec la psychiatre, de les mettre en place malgré tout afin de donner une chance aux intervenants de tisser un lien de confiance.



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Santé mentale

3ème VAD avec la médiatrice en santé d'Osmose

Deux semaines après la visite précédente, comme la mère de Mr X n'arrivait pas à prendre rendez-vous avec le spécialiste sur la plate-forme de téléconsultation, nous avons sollicité la médiatrice en santé afin qu'elle l'aide à le faire.

Finalement le spécialiste appelle directement Madame en présence de la médiatrice en santé car un problème technique est survenu.

Mr X a refusé de parler avec le spécialiste. C'est donc la mère qui a bénéficié de la consultation.

Nous convenons avec la mère de prendre de ses nouvelles régulièrement.

Evolution/suivi

L'activité physique adaptée a pu se mettre en place et le lien de confiance a pu se tisser avec le coach à partir de la médiation des jeux vidéo.

Mr X a accepté de sortir de sa chambre avec le coach pour faire des mouvements et même se rendre dans le hall de l'immeuble en descendant 4 étages.

L'intervention de la diététicienne a commencé.

4ème VAD avec la médiatrice en santé et le médecin coordinateur, devant les idées noires de la mère lors de la prise de nouvelles 8 jours après la visite précédente.

En fait, la mère a été licenciée ce qui la contrarie. D'autre part, elle est contente que son fils sorte jusque dans le hall de l'immeuble mais elle craint que son cœur ne tienne pas du fait de son obésité.

Nous lui proposons un soutien psychologique mais elle refuse car elle estime que c'est son fils qui a un problème et non elle.

Evolution/suivi

Mr X progresse de jour en jour. Puis nous apprenons par la mère, le décès du père de Mr X ce qui l'a poussé à se rendre à l'enterrement et chez sa sœur en province.

Mr X était bouleversé par la perte de son père ce qui lui a permis d'accepter un soutien psychologique et une prise en charge par le spécialiste.

Mr X a contracté une névrite optique qui a été responsable d'une perte temporaire de l'acuité visuelle d'un œil. La médiatrice en santé a accompagné physiquement Mr X à ses RDV médicaux en neurologie, le médecin coordinateur a fait le lien avec les neurologues et le MT en accord avec Mr X qui était très inquiet.

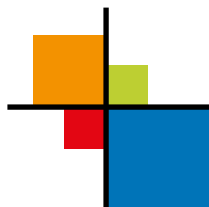
Une fois la situation médicale de Mr X stabilisée, Mr est sorti seul de chez lui pour se rendre régulièrement à la salle de sport. Il a même été demandeur de rencontre dans les locaux d'Osmose.

Il est à la recherche d'un projet professionnel avec le soutien de la mission locale.

Quant à la mère, elle n'hésite pas à solliciter la médiatrice en santé. Elle n'a pas encore accepté le soutien psychologique mais elle a accepté les séances de relaxation au sein des locaux d'Osmose.

Apport du DAC

- ⇒ Recherche et mise en place d'un partenariat avec un psychiatre spécialisé du repli social
- ⇒ Remise dans un parcours de soin psychique et somatique
- ⇒ Evaluation et réflexion pluridisciplinaire
- ⇒ Accompagnement aux RDV grâce à la médiatrice en santé d'Osmose
- ⇒ Mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordination des différents acteurs
- ⇒ Relais des besoins aux professionnels libéraux
- ⇒ Soutien à l'aidante
- ⇒ Soins de support pour Mr X et sa mère : consultation diététique au domicile, activité physique adaptée et possibilité d'un soutien psychologique



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Cancérologie - Entretien de fin de traitement

Contexte

Madame A., 70 ans

La patiente appelle sur conseil du DAC 92 centre ASDES qu'elle a sollicité dans le cadre du « parcours de soins après traitement d'un cancer ». Ayant des questions d'ordre médical, ASDES l'a réorientée vers Osmose, qui est le DAC correspondant à sa domiciliation.

L'entretien de fin de traitement est donc réalisé à sa demande.

Un adénocarcinome triple négatif du sein lui a été diagnostiqué en janvier 2023. Elle a bénéficié d'une mastectomie-ganglion sentinelle, d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie. Ces traitements sont terminés depuis un mois.

Mme vit seule depuis le décès de son conjoint, du covid, en novembre 2023.

Elle n'a pas eu d'enfant, mais ceux de son conjoint sont relativement présents.

Elle est professeur des écoles à la retraite.

Sa mère est décédée d'un cancer du sein métastatique à 73 ans, son père d'un cancer du poumon.

Elle est l'ainée d'une fratrie de quatre, mais n'a plus que sa jeune sœur, née après les décès en bas âge des deux autres.

Entretien de fin de traitement

L'entretien débute par une relecture de son parcours de soins et une évaluation multidimensionnelle.

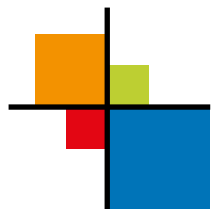
Mme est satisfaite de son suivi médical. Elle a ressenti peu d'effets secondaires durant la chimio, ce qu'elle attribue aux séances d'acupuncture et au magnétiseur dont elle a pu bénéficier.

Plusieurs points qui la questionnent sont abordés :

- A quoi tient le risque de récurrence ? Au décours, l'intérêt de la surveillance (objectif, rythme et examens prescrits) lui est réexpliqué.
- Quel est le rôle du psychologique et du somatique dans le dérèglement cellulaire à l'origine du cancer ?
- Quelle est la part de la génétique dans le développement de son cancer, compte tenu de ses antécédents familiaux ?
- A quand l'ablation de la chambre implantable, objet vécu comme un "corps étranger" et potentiel marqueur d'une récurrence annoncée ?
- Mme est très affectée par la perte de son conjoint qui a ébranlé leur projet de vie « après cancer ». Elle cherche un sens à ce décès prématuré : « pourquoi il est parti avant la fin de ses traitements à elle ? »

- Les démarches de succession la fragilisent vis-à-vis des enfants de Mr, car elle n'a aucun droit sur les biens de ce dernier, y compris sur la maison qu'elle occupe actuellement. Elle va devoir chercher un logement et déménager, ce qui est très énergivore alors qu'elle se sent encore fatiguée.
- Son histoire de vie est parsemée de pertes et traumatismes qu'elle a su affronter. Toutefois, ses frères et sœurs décédés dans l'enfance lui manquent encore.
- Comment trouver un gynécologue qui participerait à sa surveillance ?





E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Cancérologie - Entretien de fin de traitement

L'échange met en avant :

- Des ressources internes et externes qu'elle peut mobiliser :
 - Face à des angoisses importantes, elle a débuté un soutien psychologique.
 - Elle est déjà sensibilisée à la prévention secondaire et pratique plusieurs activités qui la ressource : yoga, qi gong, marche nordique, chant chorale, activité physique adaptée
 - Elle est attentive à avoir une alimentation saine.
 - Elle peut compter sur une amie, sa jeune sœur dont elle s'est rapprochée, un cousin.

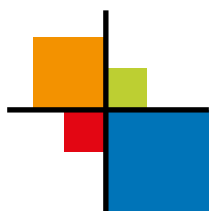
- des objectifs à moyens termes
 - Disperser les cendres de son compagnon, près de leur maison en province, avec les enfants de ce dernier.
 - Aider des enfants hospitalisés par l'expression artistique, en particulier le théâtre, les contes, ou autre

Le DAC lui propose alors :

- ⇒ de bénéficier des soins de support avec le projet « parcours de soins après traitement d'un cancer » : diététique et activité physique adaptée.
- ⇒ de poursuivre le soutien psychologique avec la psychologue

qu'elle déjà rencontrée et apprécie.

- ⇒ de participer aux ateliers collectifs APA et artistiques développés par Osmose, ce qu'elle fera dès leur démarrage et qui se poursuit à ce jour.
- ⇒ Plusieurs documents sur l'Après cancer lui sont envoyés, ainsi que des coordonnées de gynécologue



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Accès aux soins

Contexte

Mademoiselle B nous a été orientée au mois d'août 2024 par une assistante sociale, référente handicap dans un CCAS.

La demande de cette AS était de coordonner le parcours de santé de Mme B, sachant qu'elle est porteuse d'un handicap visuel et que chacune

de ses démarches, chacun de ses déplacements nécessitent une assistance. Le début de la prise en charge de cette patiente se devait rapide car des rendez-vous en ophtalmologie à l'hôpital du 15-20 étaient prévus quelques jours plus tard.

Nous nous sommes mobilisés au niveau du pôle Accès au soin, en

particulier l'infirmière coordinatrice, l'assistante sociale et la médiatrice en santé.

Pour mieux comprendre les enjeux de cette prise en charge, voici quelques éléments de son histoire de vie qu'il est important d'évoquer.



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Accès aux soins

Mlle B est née en Guinée Konakry où elle a grandi jusqu'à ses 12 ans. Elle y a été scolarisée et y a vécu une vie paisible au contact de ses parents. Ses troubles de la vision ont commencé à cet âge : une rétinite pigmentaire. Cette maladie génétique et dégénérative se caractérise par une perte progressive et graduelle de la vision, évoluant généralement vers la cécité.

Son parcours migratoire a été marqué par plusieurs exils, d'abord au Sénégal puis en Ukraine, et enfin en France, d'abord à Caen, puis à Clamart. Elle est partie seule de Guinée, pour fuir un mariage forcé.

A son arrivée en France, elle a fait une demande d'asile et elle a obtenu le statut de réfugié et un titre de séjour pluriannuel. Elle a des droits à la MDPH, notamment à l'AAH et à la PCH. Un suivi ophtalmologique à l'hôpital du 15-20 a pu démarrer, ce qui lui a valu de se rapprocher de Paris et de quitter Caen où elle était hébergée à son arrivée en France.

Elle n'avait bénéficié, jusqu'alors d'aucune prise en charge ophtalmologique. Elle a donc appris à se débrouiller par elle-même avec sa déficience visuelle, assistée par son entourage. Aussi, depuis qu'elle a quitté la Guinée, elle n'est plus retournée à l'école.

A Clamart, elle était hébergée par un compatriote avec qui les relations n'ont pas toujours été faciles : abus de faiblesse, maltraitance psychologique, pas de

lit pour dormir, non-assistance... Tout cela était son quotidien à partir du moment où elle a refusé d'être sa femme.

Nous avons donc commencé la prise en charge dans ce contexte.

En collaboration avec l'assistante sociale de l'hôpital du 15-20 et du CCAS, nous avons cherché une solution d'hébergement satisfaisante et compatible avec son handicap afin de permettre l'opération de la cataracte dans des conditions correctes d'hygiène et de repos.

Après de nombreuses recherches, une solution incomplète a été trouvée : la prise en charge en soins de suite à l'hôpital Ste-Marie pour de la rééducation pour améliorer sa vie quotidienne et permettre une plus grande autonomie, mais sans l'hébergement, rendu impossible par la précarité de sa situation.

L'opération s'est finalement déroulée avec une nuit d'hospitalisation afin qu'elle puisse bénéficier d'une surveillance médicale des 24 premières heures postopératoires.

Les suites postopératoires ont nécessité un suivi rapproché avec des rendez-vous au 15-20 avec prescriptions de collyres pour inflammation et tension oculaire.

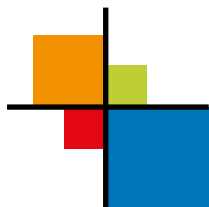
Sur le plan social, la pression financière et psychologique dans son hébergement de Clamart est devenue insoutenable, ce qui nous a amenés à chercher des solutions de mises à l'abri, dans un 1er temps par

les dispositifs nationaux, F.Tristan, 115, mais ils n'avaient pas de solution immédiate ni satisfaisante au regard du handicap. Finalement, c'est par le « bouche à oreille » qu'une colocation avec une place disponible temporaire a permis de l'accueillir pendant 2 mois et de lui permettre de vivre plus sereinement. Un relais dans un appart-hôtel a été nécessaire avant qu'un logement social lui soit finalement attribué. Logement dans lequel elle a emménagé au mois de mars 2025. Nous l'avons aidée à emménager cet appartement de manière ergonomique avec les conseils de son ergothérapeute de Sainte Marie.

Le rôle du DAC dans cette prise en charge a été multiple

Cette situation complexe a mobilisé l'ensemble de l'équipe du DAC, de manière transversale, à travers des échanges multiples et variés lors des réunions hebdomadaires qui ont débouché sur une prise en charge inédite.

- Sur le plan santé :
 - ⇒ Nous l'avons aidée à trouver un médecin traitant à proximité
 - ⇒ Nous l'accompagnons à différents rendez-vous au 15-20
 - ⇒ Nous l'aidons à comprendre et à mettre en place ses prescriptions médicales
 - ⇒ Nous organisons ses déplacements à l'hôpital et en rééducation, d'abord en taxi conventionné, puis avec la PAM.



E

xemples d'accompagnement

Problématique principale : Accès aux soins

- Sur le plan social

⇒ Nous coordonnons les différentes assistantes sociales positionnées sur la situation (CCAS, SST, hôpital du 15-20, Sainte Marie, bailleur social), une synthèse avec l'ensemble des partenaires est d'ailleurs prévue fin mars 2025

⇒ Nous avons sollicité le CCAS pour la mise en place d'un auxiliaire de vie, en parallèle du suivi de la PCH cécité

⇒ Nous avons cherché des solutions d'hébergement adaptées à son handicap

⇒ Nous sollicitons « les auxiliaires des aveugles » afin de l'assister dans certains déplacements, courses...

⇒ En coordination avec l'AS de Ste Marie, l'AS du CCAS, le médecin traitant et un des médecins du DAC nous avons refait un dossier MDPH.

⇒ Au regard de son handicap visuel qui la rend vulnérable, avec son accord, en coordination avec l'AS du CCAS et un des médecins du DAC, médecin expert au tribunal, une mesure de protection juridique a été constituée.

- Sur le plan psychologique

⇒ Nous l'avons écoutée pour mieux comprendre son parcours de vie et mieux appréhender ses troubles psychologiques éventuels

⇒ Nous avons créé, par nos échanges rapprochés, une relation de confiance et une alliance thérapeutique.

⇒ Nous avons reconnu sa détresse liée à ses conditions d'hébergement et nous l'avons aidée à s'en extraire.

Notre accompagnement rapproché actuel n'a pas vocation à perdurer, des relais sur le territoire sont travaillés.

La demande de mise sous protection juridique a été faite afin qu'elle puisse bénéficier d'une assistance dans ses démarches administratives et dans son parcours de santé.

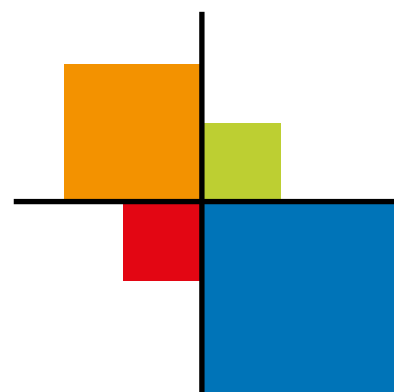
Elle a emménagé depuis peu dans un logement social en autonomie, des aides à domicile vont être positionnées afin de soutenir Mme B dans son quotidien et une mesure d'accompagnement social lié au logement est en cours afin d'aider Mme B dans la gestion de son logement.

Nous coordonnons les relais, en cours, entre Sainte Marie et le SIAM 92, afin de permettre à Mme B de s'inscrire dans un parcours de formation au mois de mai 2025.

La situation de Mlle B, du fait de son handicap visuel, de son parcours migratoire, de ses besoins en santé, de sa dépendance liée au déplacement et aux démarches, du fait qu'elle n'ait jamais eu d'éducation

liée à sa cécité et du fait de son isolement social, ont rendu la prise en charge de cette situation complexe, la mettant en marge des dispositifs classiques et nous obligeant à créer une prise en charge inédite et à mobiliser les partenaires.

Cette implication commune a abouti à un parcours de soin tracé, une prise en charge dans un centre de réadaptation, un logement stable et durable, et la perspective d'une insertion sociale et professionnelle.





A nimation territoriale

Les grands axes de l'animation territoriale déployés en 2024 :

- promotion de l'action du DAC sur le territoire auprès de l'ensemble des acteurs ;
- renforcement des partenariats existants et développement de nouveaux partenariats ;
- mise en place d'actions visant à favoriser la connaissance mutuelle entre les différents acteurs ;
- diagnostic des besoins en interne et en externe ;
- appui au déploiement des nouvelles organisations (CPTS et CRT, notamment) et aux porteurs de projets ;
- valorisation de l'existant et diffusion des bonnes pratiques ;
- déploiement de partenariats avec les acteurs du territoire.

De ces axes de travail ont émergé des actions d'animation territoriale diversifiées, telles que :

- **74 rendez-vous avec les partenaires** (présentations mutuelles, organisation de partenariats, déploiement de projets,...), tels que des CCAS, EDAS, CPAM 92, Clinique Bellevue, SAS Psy, Cité Caritas, EMPP, EMPSA, EHPAD, Porteurs de projets de CRT, EMSP Jeanne Garnier, Services hospitaliers divers pour présentation EMTSP, France Service, ELSA Béclère, MDPH, Merci Julie, PASS Corentin Celton, France Alzheimer, SSIAD, HAD, ACT Hors les murs,...) ;
- **58 réunions et groupes de travail organisés par Osmose** pour la gestion de ses projets ou des projets co-portés avec des partenaires (Programme VISA, Ateliers collectifs de soins de support en cancérologie, Kit soins palliatifs, préparation des événements proposés conjointement par la Filière Gériatrique et le DAC (après-midi thématiques, séminaire annuel), astreinte téléphonique, mise en œuvre des actions avec les Restos du Cœur, Projet 3en1, PASS Ambulatoire, groupe de travail avec les psychologues libéraux, groupe d'échanges des psychologues hospitaliers, mise en œuvre EMTSP, projet HDJ Soins palliatifs, sensibilisation de psychologues libéraux à travailler avec le DAC, réunions inter-CPTS,...) ;
- **32 réunions et groupes de travail organisés par les partenaires** (PTSM, CLSM de plusieurs villes, groupe de travail régional ARS soins palliatifs, Bureau du CTS, réunions et groupes de travail des CPTS, réunions de commissions gériatriques d'EHPAD, réunions des CLIC et coordinations gérontologiques, groupe de travail ARS des Equipes mobiles, groupe de travail certificat de décès par infirmiers, journée des PASS IdF, regroupement CORPALIF, groupe de travail onco ARS IdF,...) ;
- **15 actions de formations** (formations soins palliatifs en EHPAD, interventions lors de congrès, formation IFSI, formation DU Santé connectée, accueil de stagiaires et internes, webinaires, conférences-débat pluridisciplinaires, rencontres thématiques,...).

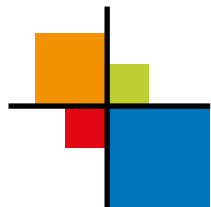


A nimation territoriale

Depuis 2024, suite à une vacance prolongée de poste, la mission d'animation territoriale est réalisée par l'équipe de coordination d'Osmose. Ainsi, tous les membres de l'équipe de coordination, direction et accueil-secrétariat compris, sont mobilisables sur des missions d'animation territoriale, au regard de leurs domaines d'expertises et de l'étendue de leur mission. Nous souhaitons poursuivre cette modalité d'exercice, car il nous semble que la réalisation de cette mission d'animation territoriale par l'équipe de coordination présente plusieurs avantages significatifs :

- **connaissance approfondie du terrain** : l'équipe de coordination a une connaissance étayée des réalités du terrain, des besoins spécifiques des patients et des défis rencontrés par les professionnels de santé locaux. Cette proximité permet de proposer des solutions adaptées et réalistes, en phase avec les attentes et les contraintes locales.
- **confiance et crédibilité** installée depuis de nombreuses années : l'équipe bénéficie d'une crédibilité auprès des partenaires, grâce à son expertise médico-psycho-sociale et à son expérience pratique. Cette crédibilité facilite la mise en place d'initiatives et renforce la confiance des partenaires dans les actions proposées.
- **réactivité et adaptabilité** : étant directement impliqués dans la prise en charge des patients, les membres de l'équipe de coordination peuvent rapidement identifier les besoins émergents et ajuster les actions d'animation territoriale en conséquence. Cette réactivité est essentielle pour répondre efficacement aux évolutions des situations de santé sur le territoire.
- **facilitation de la communication** : l'équipe de coordination est en contact permanent avec les autres professionnels de santé et les patients. Elle peut donc facilement faciliter la communication et la circulation de l'information entre les différents acteurs. Cette proximité favorise une meilleure coordination des soins et réduit les risques de ruptures dans la prise en charge.
- **approche globale et centrée sur le patient** : les coordinateurs de parcours de l'équipe de coordination ont une vision holistique de la santé des patients, prenant en compte non seulement les aspects médicaux, mais aussi les dimensions psychologiques, sociales et environnementales. Cette approche globale est essentielle pour proposer des actions, projets et axes de réflexion aux partenaires du territoire.
- **renforcement de la complémentarité des expertises** : en travaillant en étroite collaboration avec les intervenants du territoire, l'équipe de coordination peut mieux identifier les complémentarités d'expertises et les synergies possibles. Cela permet de construire des réponses plus complètes et plus efficaces aux besoins des patients et de leurs entourages.
- **engagement et motivation** : l'équipe est engagée dans sa mission de coordination. Cette motivation est un atout majeur pour l'animation territoriale, car elle garantit un investissement constant et une volonté de faire évoluer les pratiques pour améliorer la qualité des soins.
- **capacité à mobiliser** les ressources locales : grâce à leur connaissance du tissu local et des ressources disponibles, les membres de l'équipe de coordination peuvent mobiliser efficacement les acteurs de santé et les structures médico-sociales du territoire. Cette capacité à fédérer les énergies et les compétences est cruciale pour la réussite des actions d'animation territoriale.

La réalisation de la mission d'animation territoriale par les membres de l'équipe de coordination nous semble garantir une meilleure adéquation aux besoins locaux, une plus grande réactivité, une communication facilitée, une approche centrée sur les intervenants et sur les patients et une mobilisation efficace des ressources.



A nimation territoriale



Webinaire Connaissance des ressources du Territoire

Proposé par le DAC 92 sud Osmose

Présentation de l'Equipe Mobile Passerelle Fondation FALRET

Prendre en compte les problématiques liées
au logement et à la santé mentale



Intervenante :
Madame Hélène LEBRUN
Responsable des dispositifs 92

Jeudi 5 décembre
2024
12 h 30 - 13 h 30

Lien de connexion envoyé par mail
après inscription à :
accueil@dac92sud.fr

PROGRAMME DE LA 2ÈME JOURNÉE FILIÈRE GÉRIATRIQUE 92 SUD ET DU DAC 92 SUD OSMOSE

Troubles du comportement ou comportements troublés ?
Des collaborations nécessaires

9h30 Accueil des participants

10h00 Ouverture

Dr Mathieu MION, chef du service de gériatrie aiguë, hôpital Antoine-Béclère AP-HP,
médecin responsable de la filière gériatrique 92 Sud
Stéphane LÉVEQUE, directeur, DAC 92 sud Osmose
Eric MAY, président, DAC 92 sud Osmose

10h15

Table-ronde

> La clinique des troubles du comportement :

- Ce qui relève de la gériatrie

- Ce qui relève de la psychiatrie

> L'offre de soins :

- En psycho-gériatrie

- En gériatrie-psychiatrie

> La prise en charge des symptômes psycho-comportementaux en lien avec les troubles neuro-cognitifs

Intervenants

> Dr Arielle ATTAL, DAC 92 Sud Osmose, Clamart

> Dr Cécile HANON, CRPSA d'Île-de-France, hôpital Corentin-Celton AP-HP

> Dr Emmanuel LELEU, CRPSA d'Île-de-France, hôpital Corentin-Celton AP-HP

> Dr Véronique MANGIN D'QUINCE, EMGE 92 Sud, hôpital Corentin-Celton AP-HP

12h30 Déjeuner

14h00 Ateliers

> **La désorientation, une communication pleine de sens**

Vincent LANDREAU, psychologue titulaire

> **Les aidants**

Patricia BENTO, psychologue, EHPAD Ferrari, Clamart

Laure VEZIN, psychologue, Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants, Vanves

Elise SAMPAGNAY, infirmière coordinatrice, DAC 92 sud Osmose, Clamart

Pascal ROBILLOD, infirmière coordinatrice, DAC 92 sud Osmose, Clamart

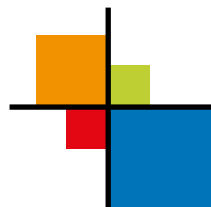
16h30 Clôture de la journée

Inscription gratuite
(en scannant le QR code)



MAISON DE LA
VIE ASSOCIATIVE
26 rue Victor Hugo
92240 MALAKOFF





A nimation territoriale



Laura PIQUION • 1er
Médecin cheffe Équipe mobile territoriale soi...
2 mois • Modifié •

Merci aux équipes de tournage du réalisateur [Géraud Burin des Roziers](#) pour C8 d'avoir choisi de venir tourner en immersion dans notre Équipe mobile territoriale de soins palliatifs [DAC 92 Sud Osmose](#) ainsi que dans d'autres structures d'USP, d'HAD pour mettre en lumière notre quotidien d'accompagnement des patients en soins palliatifs au domicile et en institution. Quelques soient nos lieux et modes d'exercice, nous sommes animés par cette même volonté de délivrer les meilleurs soins possibles et le meilleur accompagnement visant le confort et la qualité de vie aux patients que nous prenons en charge tous les jours pour leur permettre de vivre jusqu'au bout. Très beau documentaire à voir ou à revoir : À l'écoute des soins palliatifs

[DAC 92 Sud Osmose](#)

[Corpalif - Cellule d'animation régionale de soins palliatifs d'Île-de-France](#)



DAC 92 Sud Osmose

1377 abonnés
3 mois •

Troubles du Comportement ou comportements troublés ? Des collaborations nécessaires

Retours en images sur la 2ème Journée Filière

Gériatrique 92 sud et DAC 92 sud Osmose

Mardi 10 décembre 2024 - Malakoff

Merci aux intervenants pour la richesse et la qualité de leurs interventions, pour les opportunités de coopération envisagées, pour les contenus théoriques exposés, pour les actions concrètes présentées venant enrichir la pratique quotidienne.

Merci également à la centaine de partenaires du territoire ayant activement participé à cette journée, pour leur mobilisation, leur écoute et leurs interventions.

[DAC 92 Sud Osmose](#) ... plus

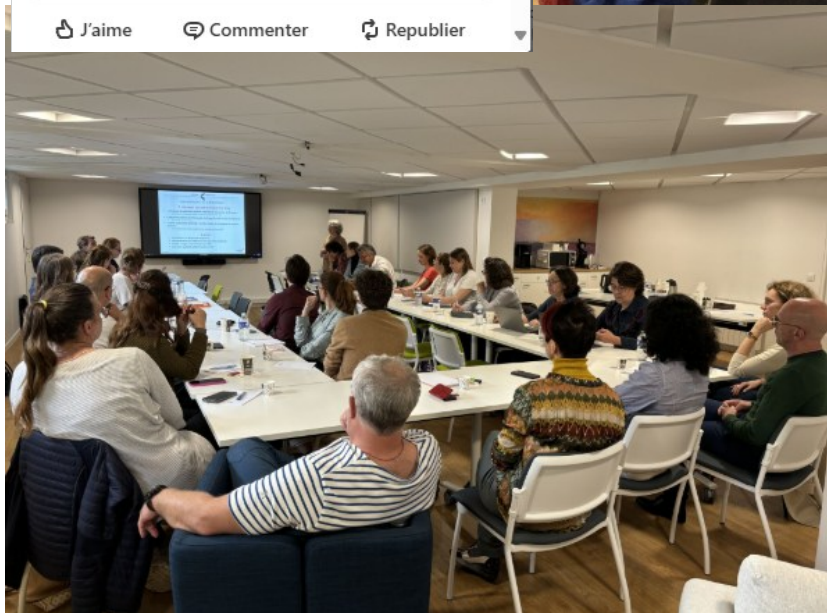
45

9 republications

J'aime

Commenter

Republier



Laura PIQUION • 1er
Médecin cheffe Équipe mobile territoriale soi...
10 mois •

Retour sur la réunion de l'antenne 92

[Corpalif - Cellule d'animation régionale de soins palliatifs d'Île-de-France](#) qui s'est tenue cette après-midi chez nous au [DAC 92 Sud Osmose](#) et qui fut riche d'échanges entre les différents acteurs des soins palliatifs des Hauts-de-Seine

[#EquipeMobileTerritorialeSoinsPalliatifs92SudOsmose](#)
[#EquipeMobileTerritorialeSoinsPalliatifsOctopus](#)
[#EquipeMobileTerritorialeSoinsPalliatifsNotreDameDul](#)
[#EMSP](#) (Bèclère, Corentin Celton, Beaujon, Curie-René Huguenin, Ambroise Paré, Louis Mourier)

[#HAD](#) (APHP, Santé Services, Croix Saint-Simon)

[#USP](#) (Puteaux, Notre-Dame du Lac)

[Agence Régionale de Santé \(ARS\) Île-de-France](#)

[#Pallidom](#) ... plus

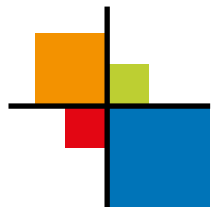
28

5 republications

J'aime

Commenter

Republier



A n i m a t i o n t e r r i t o r i a l e

Le DAC 92 Sud Osmose
vous propose le
Jeudi 30 mai 2024, de 12 h 30 à 13 h 30

un webinaire sur le thème :

SER Diabète
Structure Expertise et Ressources

Présentation de SER Diabète IdF

- Prévention - Dépistage - Parcours d'Education Thérapeutique du patient diabétique - Formation et accompagnement des professionnels
- Les missions et les interventions de SER Diabète IdF
- Les actions spécifiques déployées dans les sud des Hauts-de-Seine

Intervenante :
Séverine Coindre
SER Diabète IdF
Responsable Territoriale 92

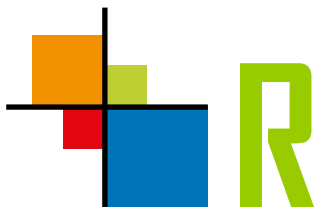
SER Diabète
IDF



DAC 92 Sud Osmose

1377 abonnés
5 mois • 5

Forte mobilisation des partenaires de la Filière Gériatrique 92 sud et du DAC 92 sud Osmose qui organisaient hier 8 octobre 2024 une après-midi de réflexion et d'échanges Ville-Hôpital sur l'organisation des sorties d'hôpital et des retours au domicile. Merci aux intervenants de l'Hôpital Antoine Bécère, de l'Hôpital Corentin Celton et de la Clinique du Plateau Clamart-Meudon, pour leurs présentations. Des constats partagés sur les conditions de réussite de l'organisation des sorties d'hôpital, ainsi que sur les multiples complexités et nombreux obstacles rencontrés tant par les professionnels de l'hôpital que la ville pour organiser la sortie hospitalière des patients et leur prise en charge au domicile après une hospitalisation. Des échanges qui permettent aussi de constater ensemble que des réponses concrètes venant appuyer la sortie d'hôpital et le retour au domicile existent déjà sur le territoire, ou sont en expérimentation ou en



Réunions, rencontres, groupes de travail et formations

Les partenariats d'Osmose se construisent lors de réunions de groupes de travail organisés par le DAC et/ ou l'EMTSP et/ou par les partenaires, ainsi que lors de rencontres d'échanges avec des partenaires en particulier.

Au total, en 2024, le Osmose a participé à **164 rencontres interprofessionnelles**.

Types	Nombre	Nombre de participants ou partenaires rencontrés	Durée cumulée des réunions
Groupes de travail et réunions internes et externes organisés par le DAC Osmose (Réunions de présentation du DAC, Astreinte téléphonique, Programme VISA, Ateliers collectifs onco, mise en œuvre des actions avec les Restos du cœur, Projet 3en1, Psychologues libéraux, Psychologues)	58	696	145 heures
Groupes de travail et réunions organisés par les partenaires (Agence Régionale de Santé, PTSM/CLSM, EHPAD, HAD, Corpalif, CLIC,...)	32	207	92 heures
Rendez-vous avec les partenaires (présentations mutuelles, organisation des partenariats, signature de conventions,...)	74	329	120 heures
TOTAL	164	1232	357 heures

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

Au total **589 heures** de formation ont été dispensées en 2024, au décours de **31 interventions**.

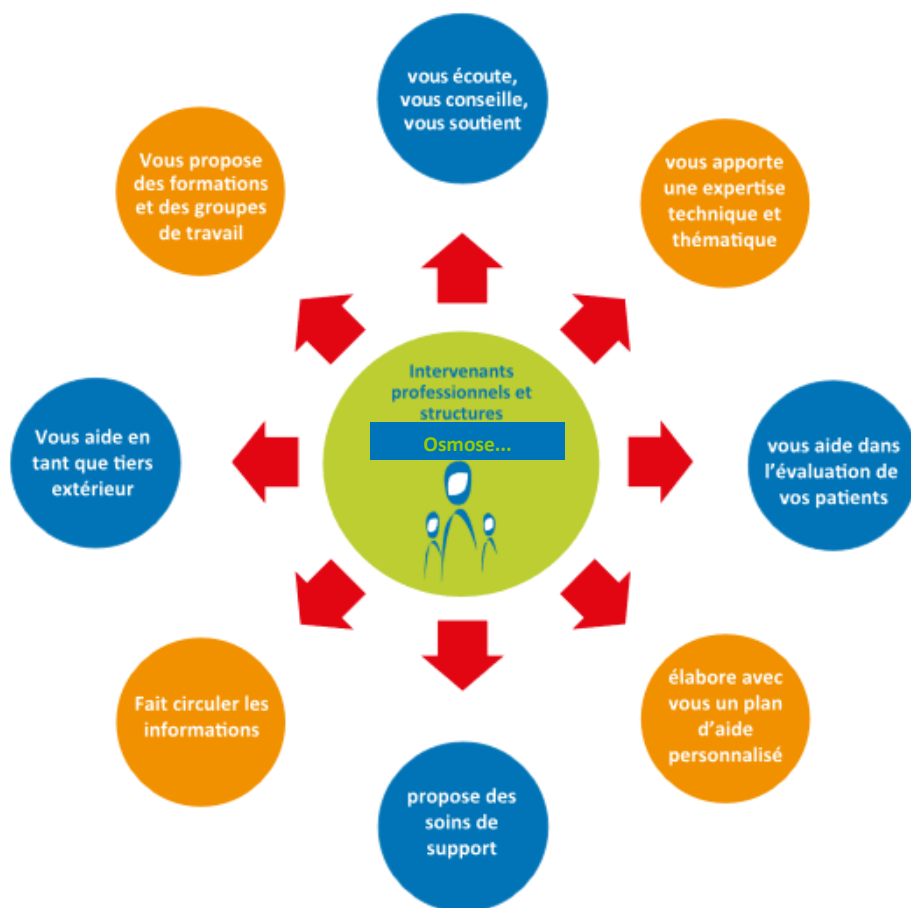
Types	Nombre	Nombre de participations enregistrées	Durée cumulée des formations
Formations organisées par le DAC Osmose (Conférence-débat pluridisciplinaire, Rencontre thématique, Webinaires, Sensibilisation aux soins palliatifs en institutions,...)	21	330	52 heures
Formations et Colloques organisés par des partenaires (D.U. coordination, D.U. soins de support, Etudiants d'IFSI)	5	115	16 heures
Accueil de stagiaires (internes SASPAS, stagiaires de D.U. de coordination, infirmiers et pharmaciens étudiants des services sanitaires, stagiaire assistant social,...)	5	5	521 heures
TOTAL	31	450	589 heures



Services rendus aux professionnels et aux structures

Le DAC et l'EMTSP 92 sud Osmose sont missionnés pour soutenir les professionnels et structures médico-psycho-sociales travaillant dans le sud du département des Hauts-de-Seine et/ou accompagnant des personnes habitant ce territoire :

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



protocoles et règles de bonnes pratiques, orienter vers les structures et acteurs adaptés aux besoins de vos patients,...),

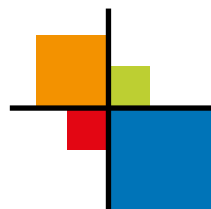
- aider dans l'**évaluation multidimensionnelle** des patients (lors d'entretiens téléphoniques ou lors de visites au domicile, de rendez-vous dans nos locaux ou auprès de structures d'accueil des personnes),

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

- proposer des **soins de support** aux patients et à leurs

proches (consultations avec un psychologue, avec un diététicien, avec une socio-esthéticienne, ateliers de relaxation-sophrologie, d'activité physique adaptée, entretiens de fin de traitement),

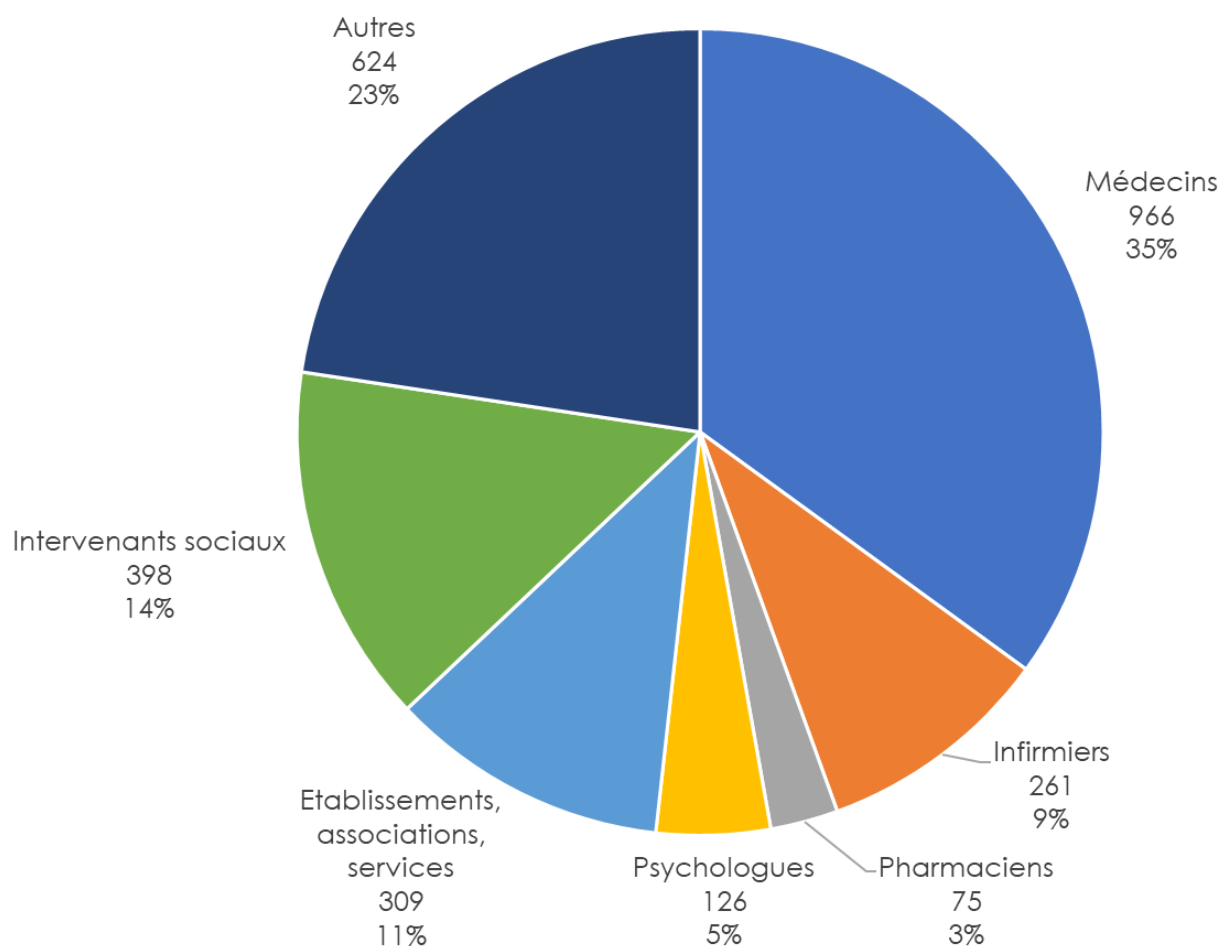
- favoriser la **circulation de l'information** entre les différents intervenants (fluidification de la communication, coordination des interventions, réduction des risques de ruptures de prise en charge),
- aider en tant que **tiers extérieur** (assurer la médiation avec le patient, si nécessaire, se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



Professionnels en lien avec Osmose

Les professionnels en lien avec Osmose sont les **2 759 intervenants ou structures** qui, au cours de l'année 2024, ont été en contact au moins une fois avec Osmose (ayant participé à des réunions, aux groupes de travail, aux formations ou ayant participé à l'accompagnement coordonné de leurs patients en coopération avec le DAC et/ou l'EMTSP 92 sud Osmose).

Ces 2 759 professionnels ou structures se répartissent de la manière suivante :





smose_Rapport d'activité 2024_Résumé

Créé en septembre 2020, Osmose est le DAC du sud des Hauts-de-Seine, **Dispositif d'Appui à la Coordination**. En décembre 2023, une EMTSP, **Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs** a été créée, venant renforcer le DAC dans ses missions.

Gérés 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 DAC 92 sud Osmose et de l'EMTSP 92 sud Osmose ne sont pas payantes.

Les DAC ont pour **missions** d'accompagner et de coordonner le parcours de santé de personnes en situation complexe, quel que soit leur âge, quelle que soit leur pathologie ; soutenir les professionnels référents des patients ; assurer l'animation de la concertation territoriale. En complément, les missions des EMTSP peuvent aller jusqu'à la prescription et/ou aux soins en cas d'urgence.

Sous la responsabilité d'un **Conseil d'Administration** de 24 membres, Osmose est constitué d'une **équipe de coordination** (médecins, infirmiers, psychologue, assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale, médiatrice de santé, chargée de prévention santé et administratifs) de **17 personnes permanentes** pour 15,7 Equivalents Temps Plein (au 31/12/2024).

En 2024, Osmose a été en contact avec **6 693 usagers** (dont 5 289 nouveaux) et, parmi eux, en a accompagné **3 661 dans leur parcours de santé**. Agés en moyenne de 65 ans, les 3 661 patients accompagnés en 2024 étaient :

- pour 1 824, dans une **vulnérabilité d'accès aux soins** (soit 50 % des situations) ;
- pour 748, dans un **besoin d'accompagnement en soins palliatifs** (soit 20 % des situations) ;
- pour 699, dans une **situation de polypathologie et de dépendance liée à l'âge** (soit 19 % des situations) ;
- pour 201, dans une **situation autre, le plus souvent une problématique de santé mentale** (soit 5 % des situations).
- pour 189, dans un besoin de **soutien lié à un cancer** (soit dans 5 % des situations) ;

Agissant sur la coordination des parcours de santé des patients complexes, Osmose a géré **20 006 échanges** (appels, mails, SMS) de concertation et coordination ; a effectué **1 678 'rendez-vous patient'** (rendez-vous dans nos locaux, visites au domicile, réunions de concertation avec des partenaires, rencontres directes lors des actions « d'aller-vers ») ; a assuré la gestion et la coordination de **825 actes de soins de support**.

En 2024, **2 759 professionnels** médico-psycho-sociaux ont été en lien avec Osmose, pour l'accompagnement de patients. Au total, le DAC a organisé ou a participé à **195 rencontres, réunions, groupes de travail et formations** qui ont enregistré **1 682 participations**.

