

**INTRODUCTION**

Le parcours patient en cancérologie implique une série d'aller et venues entre le domicile et le lieu de soins durant plusieurs mois/années. A cette dimension temporelle s'ajoute une contrainte géographique, puisque notre Centre de Lutte Contre le Cancer est à vocation régionale. Notre domaine d'intervention s'étend sur 12 départements et peut également intervenir sur les régions limitrophes en fonction des situations. En plus d'une proposition de soins complète, notre établissement comprend une coordination de soins à domicile avec notamment une Hospitalisation A Domicile ayant une autorisation de 200 lits et un dispositif de coordination « simple » avec une file active de 400 lits.

Jusqu'à récemment, notre service social était organisé en deux équipes :

- Une équipe de 6 assistantes sociales sur les services d'hospitalisations, consultations et ambulatoire
- Une équipe de 5 assistantes sociales sur le service de coordination à domicile

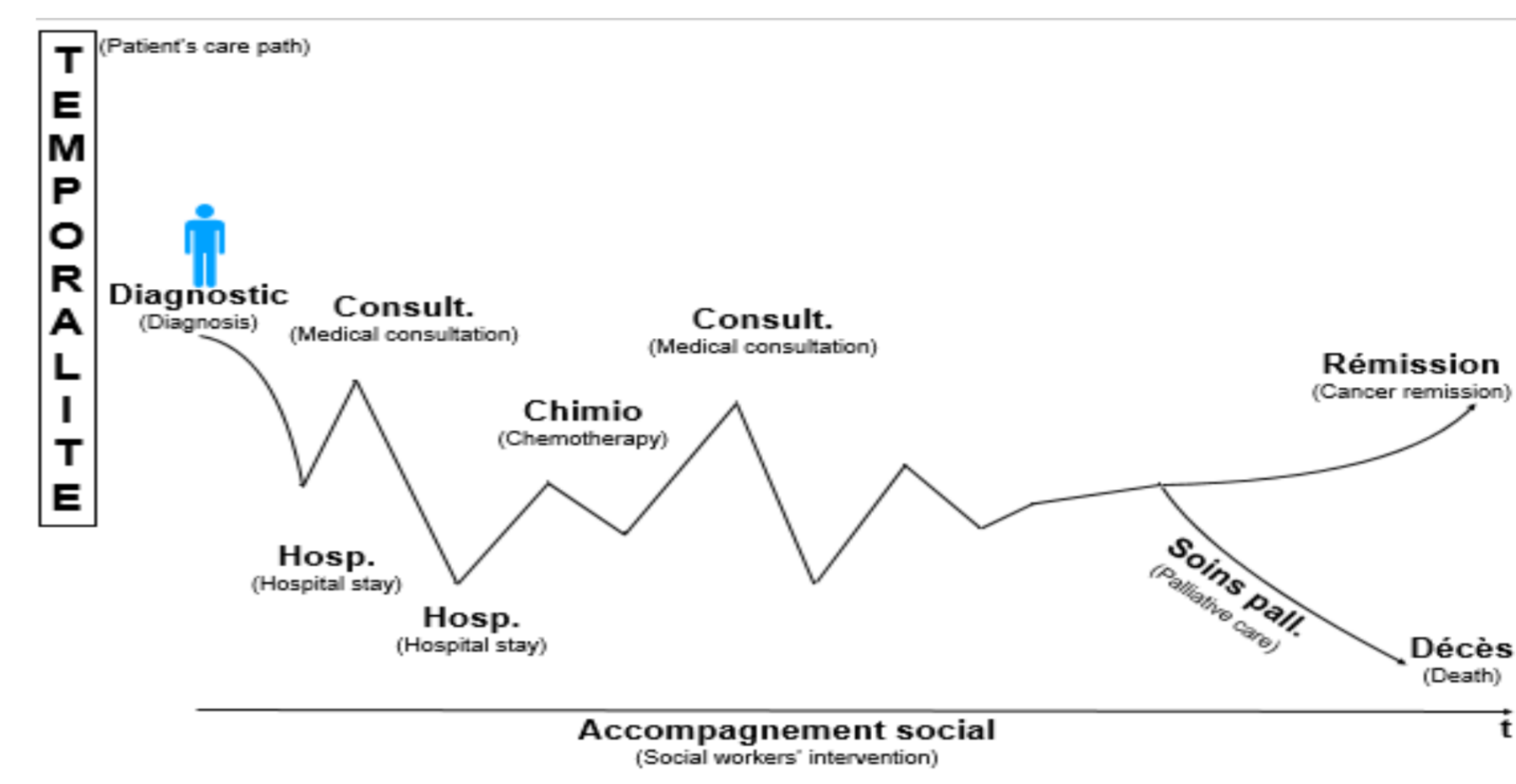
Quelques chiffres : 1350 signalements / an ; en moyenne 6 nouveaux patients par assistante sociale par semaine.

La prise en charge sociale hospitalière des patients est fixée par décret : une assistante sociale hospitalière informe, accompagne et oriente le patient, en règle générale, sur une durée limitée, celle du temps intra-hospitalier.

Or, cette organisation classique, appliquée à la spécificité du parcours oncologique, amenait une segmentation de la prise en charge et une multiplicité des intervenants sociaux auprès du patient : une discontinuité de l'accompagnement. Aussi, nous avons décidé de repenser notre organisation en nous adaptant au parcours du patient.

**OBJECTIFS**

- Proposer un accompagnement social qui s'inscrit dans la temporalité.
- Une assistante sociale référente tout au long du parcours de soins, depuis le diagnostic jusqu'à la fin de la prise en charge au domicile comme à l'hôpital.



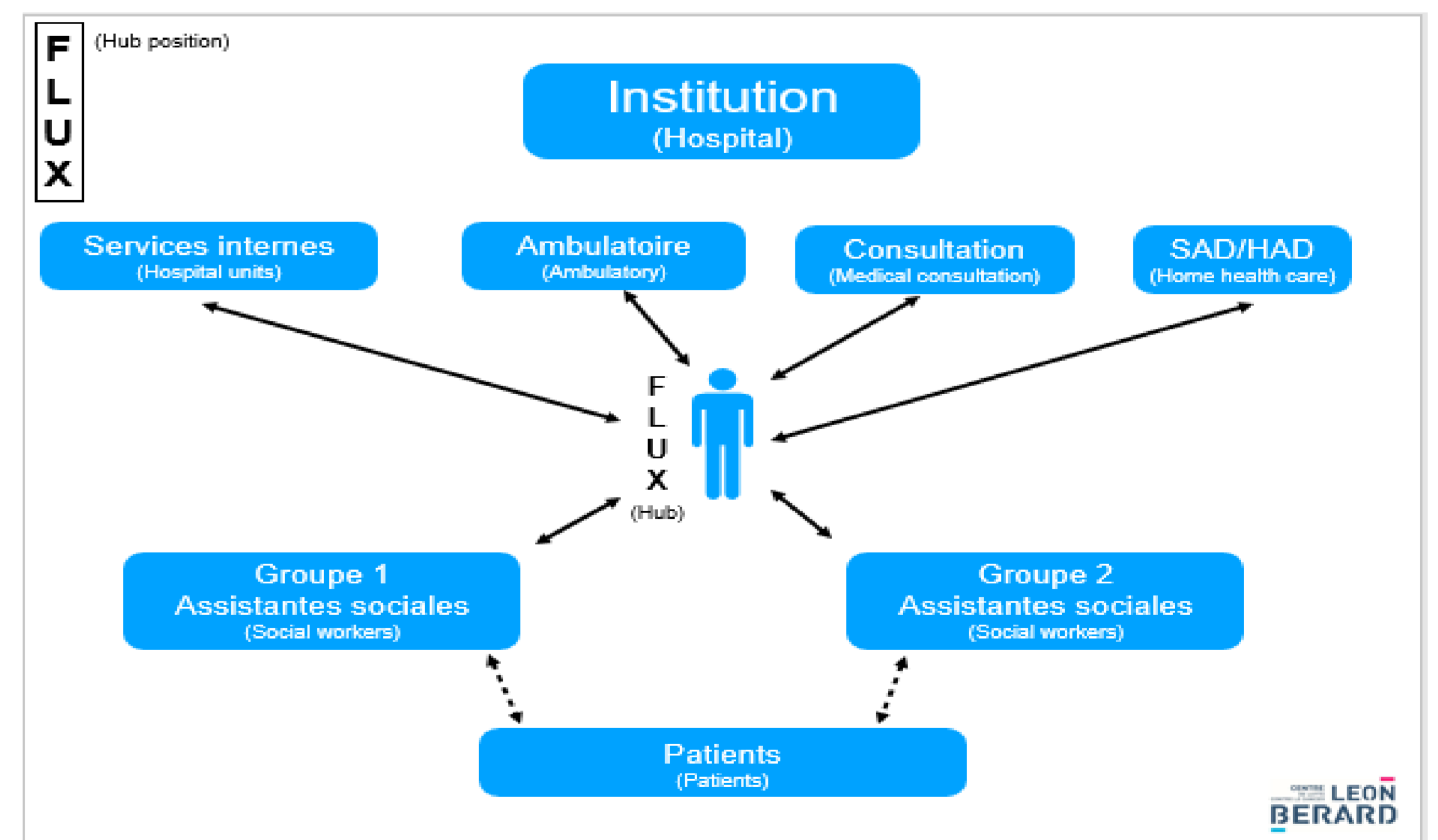
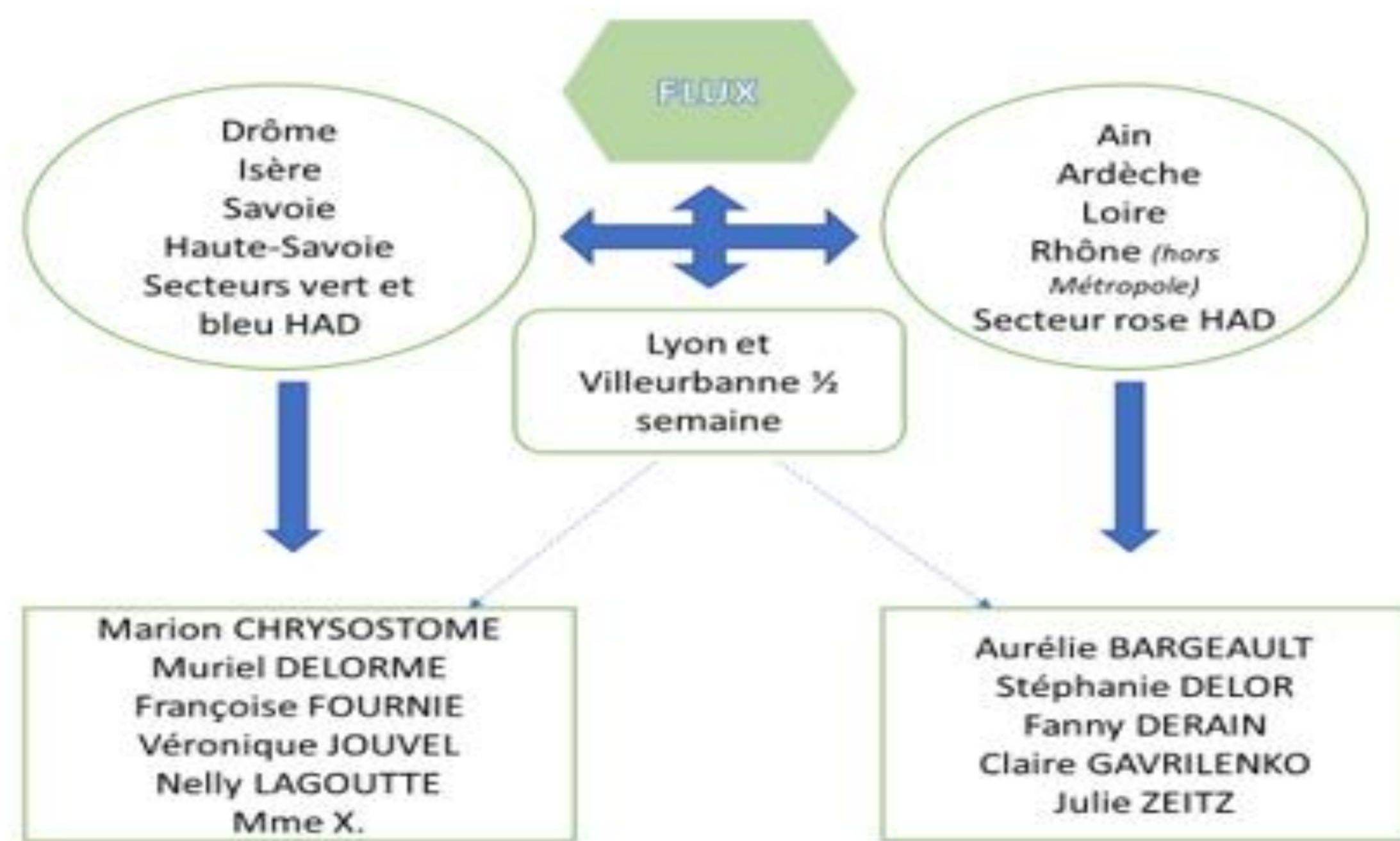
**ORGANISATION ET METHODOLOGIE**

- Travail en équipe basé sur des données chiffrées et brainstormings.
- Emergence de 2 organisations possibles : suivi social en fonction de la pathologie ou par secteur d'habitation du patient.
- Souhait de l'équipe d'une organisation géographique dans un souci de proximité du patient et une meilleure connaissance des partenaires extérieurs.

**Le service social se décentralise des services de soins et remet le patient au centre de ses actions.**

Cette réflexion commune a abouti à une organisation territoriale en deux groupes, avec un interlocuteur social privilégié pour chaque patient.

Afin de fluidifier les échanges en interne, création d'un poste de flux/pivot : véritable rôle d'interface entre le service social et les équipes soignantes/médicales, il participe à l'élaboration du projet du patient en apportant une expertise sociale.



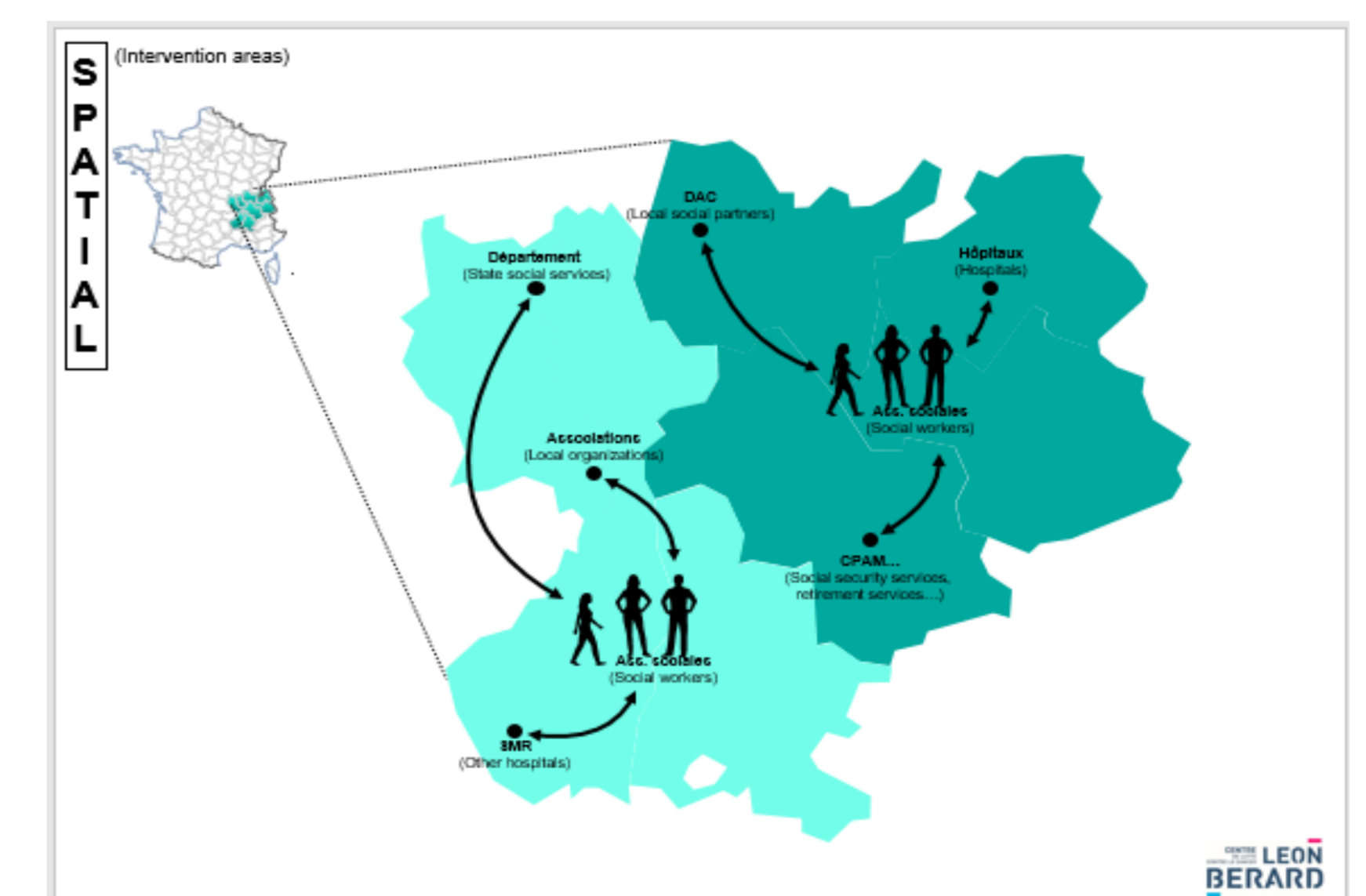
**BILAN**

**Accompagnement social aussi bien à l'Hôpital qu'à domicile**

- Meilleure anticipation des problématiques et besoins du patient.
- Création d'une relation de confiance durable
- Garant de la mémoire du parcours patient.

**Développement du partenariat territorial et de nos connaissances des dispositifs propres à chaque secteur**

- Liens facilités : Réactivité
- Suivi conjoint : Complémentarité
- Prise en compte des particularités de chaque territoire et des contraintes de chacun



*Cette organisation met le patient au cœur de la prise en charge en respectant sa temporalité, celle de ses soins et en optimisant l'anticipation de ses besoins. Elle développe deux niveaux d'interface : dans l'institution avec le rôle du flux/pivot et hors les murs avec les acteurs de la ville en proximité. Elle s'inscrit également dans le plan décennal qui favorise le lien ville-hôpital et l'ambulatoire.*