

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS) HAS Juillet 2013

SOMMAIRE

- Mode d'emploi du Plan Personnalisé de Santé,
- 10 points clés pour réaliser un PPS,
- Le PPS en pratique
- Les acteurs
- Les actions

MODE D'EMPLOI DU PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

- **Expérimentation PAERPA (modélisation du PPS).**
- **Le PPS est un plan d'actions concernant les personnes dont la situation rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité** (*un PPS n'est pas nécessaire pour toutes les personnes âgées*).
- Le PPS est initié lorsque la personne âgée est en situation de difficultés, repérée par le médecin traitant ou un autre acteur social ou sanitaire.
- Le PPS formalise le travail, autour du médecin traitant, de l'infirmier libéral ou coordonnateur de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et du pharmacien exerçant au plus près de la personne, en prenant en compte ses préférences et ses priorités. Dans sa construction, le médecin traitant s'entoure des aides et acteurs nécessaires, sanitaires et sociaux, qui apportent chacun leurs compétences, et dont il valide les préconisations.

- **Le PPS fait suite à une évaluation** (*il n'y a pas de PPS sans évaluation*).
 - Cette évaluation est plus ou moins approfondie en fonction de la situation de la personne :
 - évaluation médicale réalisée par le médecin traitant, avec une clarification des diagnostics et des traitements ;
 - évaluation gériatrique globale formulant des préconisations d'aides et de soins ;
 - évaluation de la situation sociale.
 - Les évaluations gériatrique et sociale peuvent être réalisées par le médecin traitant et l'équipe de proximité s'ils en ont la compétence, **ou par un réseau**, une équipe mobile gériatrique externe ou lors d'une hospitalisation possiblement de jour.
 - L'évaluation implique, dans la plupart des cas, la réalisation d'une visite à domicile.
 - Les données recueillies permettent aux acteurs de proximité, autour du médecin traitant, de construire le PPS à partir d'une *check-list* de « situations à problèmes » identifiées. Dans les situations complexes, la coordination d'appui peut être mobilisée à l'initiative du médecin traitant pour élaborer le PPS et le coordonner.

- **L'évaluation n'est pas l'action** (*il n'y a pas d'évaluation sans PPS*).

Les professionnels sociaux comme sanitaires du champ gériatrique, qui ont beaucoup déployé d'énergie autour de l'évaluation, soulignent maintenant l'importance de s'investir plus dans la mise en oeuvre des actions et de leur suivi. D'où l'accent mis sur un PPS (plan d'actions) pour formaliser ce travail à plusieurs dans le temps.

- **Le PPS débouche sur un suivi et une réévaluation** (*il n'y a pas de PPS sans suivi*).

Le suivi du PPS repose sur une séquence itérative: planifier, faire, évaluer , planifier .

réévaluation minimum une fois par an ou en cas de modification significative de l'état de Santé, d'hospitalisation en urgence, de changement dans l'environnement social ou de l'équipe de soin.

- L'utilisation du PPS nécessite une progression des pratiques professionnelles supposant un ajustement culturel et un renforcement des compétences de coopération. À cet effet, une **formation pluri professionnelle** doit accompagner l'utilisation en équipe du PPS.

10 POINTS CLÉS POUR RÉALISER UN PPS

- 1) Désigner un coordonnateur du PPS
- 2) Identifier les situations à problèmes sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne
- 3) Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible
- 4) Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte
- 5) Négocier des objectifs communs avec le patient
- 6) Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs
- 7) Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions
- 8) Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats
- 9) Fixer des dates de révision des interventions
- 10) Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent

1) La personne

- Les préférences comme la priorité du moment doivent être systématiquement recueillies de manière structurée et prises en considération dans la construction du PPS.
 - **Ses préférences.** Elles correspondent aux valeurs de la personne (i.e. garder son autonomie, rester chez soi, ne pas être hospitalisé en urgence...).
 - **Sa (ses) priorité(s).** Elle(s) concerne(nt) des symptômes ou des maladies (i.e. lombalgies, difficultés à se déplacer, insuffisance cardiaque...). À un moment précis, la personne a souvent une seule priorité qui peut ne pas coïncider avec la priorité des soignants. Sa prise en compte systématique est une condition de réussite du PPS, car elle mobilise la personne autour de son plan de soins. Elle est toujours identifiée dans le PPS comme le problème n°1.

2) L'aidant

Le PPS associe l'aidant avec l'accord de la personne et implique l'aidant seul si la personne est dans l'incapacité d'exprimer ses préférences et ses priorités.

3) Les professionnels

Le médecin traitant

Le PPS ne peut être fait sans lui. Il peut en être à l'origine, mais le PPS peut être initié lorsque la personne âgée est en situation de difficultés repérée par un acteur quel qu'il soit, avec son accord. L'évaluation médicale du médecin traitant peut être complétée par l'expertise gériatrique, et par les préconisations de tout autre spécialiste ainsi que par les comptes rendus d'hospitalisation.

Les autres acteurs

Le PPS PAERPA est un PPS de proximité associant le plus souvent, outre le médecin traitant, un infirmier diplômé d'État (IDE) libéral ou de SSIAD, un pharmacien d'officine, mais aussi un kinésithérapeute, voire un coordonnateur d'appui pour les cas complexes.

4) Le coordonnateur du PPS

Le coordonnateur est l'acteur chargé du suivi du PPS. Le coordonnateur est légitimement le médecin traitant. Mais s'il ne le souhaite pas, il peut déléguer cette fonction à un des acteurs du trinôme de proximité, ou à un membre de la coordination d'appui (**réseau**, équipe mobile gériatrique...) selon la nature et la complexité des problèmes abordés, et avec l'accord de la personne.

En pratique, le coordonnateur du PPS :

- recueille les priorités de la personne ;
- réunit les éléments des évaluations sociale et sanitaire afin de définir des problèmes et compléter la *check-list* ;
- anime une réunion téléphonique ou présentielle, réunissant l'infirmier et le pharmacien et éventuellement les autres acteurs sociaux et sanitaires jugés utiles au suivi, pour remplir le PPS ;
- négocie avec la personne et son entourage les objectifs partagés ;
- fixe les dates des points d'étape qu'il ajustera en fonction de l'évolution de la situation.

- **Les problèmes identifiés par les professionnels sont classés par priorité à l'aide de la *check-list***

- La *check-list* insérée dans le PPS facilite le passage de l'évaluation à la planification d'actions.
- Elle permet de :
 - - s'accorder entre professionnels sur les problèmes identifiés par l'évaluation ;
 - - prioriser les problèmes qui doivent être traités et séquencer les actions (tous les problèmes n'ont pas vocation à être traités en même temps) ;
 - résumer les problématiques au cours des points d'étape successifs et permettre ainsi de suivre leur évolution au fil du temps.
- Les colonnes « PPS » sont à compléter sous une forme « oui/non » en fonction de l'existence ou non du problème du moment lors de la construction du plan de soins et d'aides. certains problèmes méritant une plus ample exploration peuvent être notifiés avec un « ? ».

- **Le plan personnalisé de santé est élaboré en réponse aux problèmes identifiés**

LES ACTIONS

- Le PPS doit être remis à la personne (et à la personne de confiance, en cas d'incapacité) pour qu'elle puisse l'apporter lors des consultations et des hospitalisations programmées ou non. Il doit aussi être directement consultable par les soignants tout au long du parcours, soit en étant transmis par messagerie sécurisée, soit en étant déposé dans le dossier médical personnel (DMP) du patient.
- Chaque PPS est composé de 2 recto-verso :

1er recto-verso

Recto : un « suivi du PPS »

Verso : un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles

2e recto-verso

Recto : une *check-list* de problèmes sur une page permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter.

Verso : un plan d'actions (plan de soins et plan d'aides) tenant souvent sur 1 page. Le volet social (plan d'aides) est distinct du volet soins, dans le cas où la personne souhaite que les informations d'ordre sanitaire la concernant ne soient pas partagées avec les acteurs sociaux.

MODÈLE DE PPS

Suivi du PPS			Nom : Prénom : Date de naissance		
Préférences de la personne					
Priorités					
Suivi	Date	Professionnels ayant élaboré le PPS	Priorité actuelle de la personne	Problèmes identifiés et classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux	Résumé de l'atteinte des objectifs partagés
Initiation					
Point d'étape 1					
Point d'étape 2					

MODÈLE DE PPS

La personne et ses contacts utiles					
N° du PPS :		Coordonnateur du PPS :			Date :
Informations sur la personne					
Adresse :		Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS : ☐		ALD ☐ APA ☐ Recherche d'hébergement en cours ☐	
Aidant		Téléphone : xx xx xx xx xx	Mail :		
Rétérents familiaux/amicaux		Téléphones : xx xx xx xx xx	Mails :		
Autres informations utiles : numéro de sécurité sociale, informations relatives à la mutuelle, à la caisse de retraite					
Contacts utiles					
Médecin traitant	Tél/mail	Kinésithérapeute	Tél/mail	Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)	Tél/mail
		Ergothérapeute	Tél/mail	Service social (CLIC, CGAS...)	Tél/mail
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD	Tél/mail	Autre médecin	Tél/mail	Travailleur social (APA...)	Tél/mail
		IDE ETP	Tél/mail		
Pharmacien d'officine	Tél/mail	Gériatre	Tél/mail		
		SSIAD/SAD/SPASAD	Tél/mail		

MODÈLE DE PPS

Check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)							
Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
Problèmes liés aux médicaments				Précarité			
- accident iatrogène				- financière			
- automédication à risque				- habitat			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiants)				- énergétique			
- problème d'observance							
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)				Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne			
				- soins personnels/toilette			
Organisation du suivi				- habillage			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- aller aux toilettes			
- multiples intervenants				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- locomotion			
				- repas			
Problèmes de mobilité							
- risque de chute				Difficultés à prendre soin de soi			
- chute(s)				- difficultés à utiliser le téléphone			
- phobie post-chute				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à voyager seul			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à gérer son budget			
				- difficultés à avoir une alimentation adaptée/dénutrition			
Isolement				- refus de soins et d'aides			
- isolement géographique				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
- faiblesse du réseau familial ou social							
- isolement ressenti				Soins palliatifs			
- isolement culturel							

MODÈLE DE PPS

Plan de soins							
Suivi	Problèmes	Objectifs partagés	Actions	Intervenants	ETP		Critères d'atteinte des résultats
					Besoin X	Acteur formé O/N	
Initiation	Priorité 1 : Priorité 2 :						
Point d'étape 1	Priorité 2 :						
Point d'étape 2							

Plan d'aides							
Suivi	Problèmes	Objectifs partagés	Actions	Intervenants	ETP		Critères d'atteinte des résultats
					Besoin X	Acteur formé O/N	
Initiation	Priorité 1 :						
Point d'étape 1	Priorité 2 :						