



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS)



Juillet 2013

Ce document est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en juillet 2013.

© Haute Autorité de Santé – 2013

Sommaire

Abréviations	4
Préambule	5
Mode d'emploi du plan personnalisé de santé	6
10 points clés pour réaliser un plan personnalisé de santé	7
Le plan personnalisé de santé en pratique	8
Les acteurs	8
La personne	8
L'aidant	8
Les professionnels	8
Les actions	9
Les problèmes identifiés par les professionnels sont classés par priorité à l'aide de la <i>check-list</i>	9
Le plan personnalisé de santé est élaboré en réponse aux problèmes identifiés	9
Modèle de plan personnalisé de santé	11
Stratégie de recherche documentaire	16
Références	18
Liste des participants	20
ANNEXE 1. Situations à problèmes et exemples d'actions	22
ANNEXE 2. Exemples de PPS complétés à partir de vignettes cliniques	24

Abréviations

ALD	Affection de longue durée
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés
AVK	Anti vitamine K
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CCAS	Centre communal d'action sociale
CI-SIS	Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information en santé
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CMP	Centre médico-psychologique
CR	Compte rendu
DMP	Dossier médical personnel
EGS	Évaluation gériatrique standardisée
EMG	Équipe mobile gériatrique
ETP	Éducation thérapeutique du patient
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hospitalisation de jour
IDE	Infirmier diplômé d'état
IDEC	Infirmier diplômé d'état coordonnateur
PPS	Plan personnalisé de santé
SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UGA	Unité gériatrique aigüe

Préambule

Ce document a pour ambition d'aider les professionnels à organiser la prise en charge des personnes par une analyse concertée des problèmes et la prise en compte de leurs attentes. Pour cela ils sont invités à accorder une égale importance aux dimensions médicale, psychologique et sociale.

Il s'agit d'un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche, dans une dynamique d'appropriation.

Le suivi de son utilisation dans les prototypes PAERPA permettra de documenter comment :

- il s'applique dans l'ensemble des situations où un travail formalisé est utile entre acteurs de proximité : car un patient, quel que soit son parcours, ne peut avoir plusieurs PPS réalisés par des acteurs différents, par exemple son médecin traitant, son oncologue, un réseau... ;
- il valorise la fonction de coordination du médecin traitant, tout en lui donnant la possibilité de recourir à un appui lorsqu'il le juge nécessaire ;
- il favorise la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle, dans un cadre de coopération non hiérarchique,
- il nourrit la dynamique d'intégration territoriale grâce à des remontées d'informations, en particulier sur les besoins non couverts.

Des travaux complémentaires sont à venir :

- la spécification technique du PPS par l'ASIP Santé afin qu'il puisse être inséré dans le dossier médical personnalisé (DMP) ;
- l'élaboration de mémos pour préciser la prise en charge médico-psycho-sociale des situations à problèmes identifiées dans la *check-list*.

Mode d'emploi du plan personnalisé de santé

La modélisation du plan personnalisé de santé (PPS) fait suite à une saisine concernant la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA).

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*).

Dans l'expérimentation PAERPA, le PPS est un plan de soins et d'aides qui concerne les personnes âgées de 75 ans et plus en situation de fragilité et/ou atteintes d'une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s). Il ne concerne pas les malades relevant d'un gestionnaire de cas.

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, par exemple : diagnostic d'une nouvelle maladie chronique sévère, hospitalisation en urgence, demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), veuvage chez un malade très âgé.

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 œuvre 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 ».

Lorsque cela est possible, il est préférable d'inciter la personne (ou son aidant) à réaliser elle-même les interventions prévues, plutôt que de se substituer à elle.

Le PPS doit être réévalué à une échéance donnée, variable d'une personne à l'autre, mais au minimum une fois par an. En dehors des échéances programmées, une réévaluation paraît souhaitable en cas de modification significative de l'état de santé, d'hospitalisation en urgence, de changement dans l'environnement social ou dans la composition de l'équipe de soins.

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 pluriprofessionnelle doit accompagner l'utilisation en équipe du PPS.

10 points clés pour réaliser un plan personnalisé de santé

- 1) Désigner un coordonnateur du PPS¹
- 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 interventions²
- 10) Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent³

¹ Ce peut être le MT ou un autre professionnel venant en appui au MT ; il doit pouvoir être joint facilement par la personne et son entourage.

² Le suivi d'un PPS est itératif jusqu'à la résolution des problèmes identifiés, selon une séquence : planifier → faire → évaluer → planifier.

³ En s'appuyant sur les personnes de l'entourage, les aidants, les personnels des services d'aide à domicile.

Le plan personnalisé de santé en pratique

Les acteurs

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.

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.

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.

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 actions

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 « ? ».

La *check-list* jointe en annexe illustre les grandes variétés d'actions possibles qui ne seront pas toutes accessibles sur un territoire donné. Si le manque d'offre est avéré, il pourra remonter comme un besoin non couvert au niveau de la coordination d'appui.

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

À l'occasion d'une réunion téléphonique ou présentielle, les professionnels :

- s'accordent sur les objectifs partagés ;
- précisent les actions et les intervenants chargés de leur réalisation ;
- interviennent en regard du problème identifié, en se recentrant sur le plus haut niveau de leurs compétences. Il faut veiller à ce que les actions des différents professionnels soient synergiques, et visent des objectifs partagés en évitant des doublons d'actions.

Les interventions retenues en termes de soins ou d'aides sont décrites avec précision. Elles peuvent s'appuyer sur les exemples d'actions présentés en accompagnement de la *check-list*.

- confirmer l'existence ou non d'un volet éducatif. L'accès à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est rare pour les personnes âgées. Il est donc important de signaler les besoins en ETP dans les actions de soins et de s'assurer que les professionnels y répondant ont reçu la formation nécessaire (40 heures) ;
- définissent les critères d'atteinte des objectifs partagés et les modalités d'évaluation. Le choix des critères est une des avancées du PPS par rapport aux pratiques actuelles. Ces critères devront être travaillés lors de la formation pluriprofessionnelle. Les critères choisis peuvent résulter d'actions différentes [ex. se déplacer seul dans son appartement évaluera l'axe éducatif sur la nutrition (personne dénutrie) et la rééducation physique (phobie post-chute)].

Les points d'étape permettent au coordonnateur de vérifier la réalisation des actions prévues, d'analyser l'atteinte des objectifs des professionnels, le degré de réponse aux attentes de la personne, et ainsi d'identifier les adaptations nécessaires des actions, ou des objectifs.

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.

Pour que ce PPS puisse être échangé et partagé entre les professionnels de santé *via* le DMP, l'ASIP Santé doit définir les spécifications techniques de ce document conformément au cadre d'interopérabilité des systèmes d'information en santé (CI-SIS) de telle sorte qu'il soit reconnu en tant que PPS et vienne se placer dans le dossier du bon patient. Une structuration plus fine de ce PPS dans le cadre du CI-SIS pourra être discutée dans un 2^e temps.

Modèle de plan personnalisé de santé

Chaque PPS est composé de 2 recto-verso :

1^{er} recto-verso

* Recto : un « suivi du PPS »

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

2^e recto-verso

* Recto : une *check-list* de problèmes sur une page permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter. Certains problèmes qui méritent d'être mieux explorés peuvent être notés avec un « ? » ; les points d'étape fixés par le coordonnateur permettent de suivre la réalisation et les résultats des actions selon les critères choisis et de les réajuster si nécessaire. Le réajustement est décidé avec les autres acteurs concernés sans donner lieu systématiquement à une réunion à plusieurs, sauf exception.

* 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.

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					

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 : <input type="checkbox"/>	ALD <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> Recherche d'hébergement en cours <input type="checkbox"/>			
Aidant	Téléphone : <i>xx xx xx xx xx</i>	Mail :			
Référents familiaux/amicaux	Téléphones : <i>xx xx xx xx xx</i>	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, CCAS...)	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		

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, hypoglycémiantes)				- énergétique			
- problème d'observance							
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiantes)				Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne			
				- soins personnels/toilette			
Organisation du suivi				- habillement			
- 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				Difficultés à prendre soin de soi			
- risque de chute				- difficultés à utiliser le téléphone			
- chute(s)				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- phobie post-chute				- difficultés à voyager seul			
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à gérer son budget			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à avoir une alimentation adaptée/dénutrition			
				- refus de soins et d'aides			
Isolement				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
- isolement géographique							
- faiblesse du réseau familial ou social				Soins palliatifs			
- isolement ressenti							
- isolement culturel							

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 :						

Stratégie de recherche documentaire

Deux recherches ont été conduites successivement dans Medline sur la période 2003-2013 à partir des équations de recherche suivantes.

1) Évaluation du PPS

"Patient Care Planning"[Majr] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Majr] OR personalised care plan* OR nurs* care plan* OR patient care plan* OR individual* care plan OR "integrated care" OR "integrated management model" OR "care coordination" OR "coordinated care" OR "integrated care pathway" [title]
AND

"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* OR "Outcome Assessment (Health Care)"[Mesh] OR impact OR effectiv* OR evaluation Or outcomes [Title]

126 références ont été obtenues

2) PPS Personne âgée

"Patient Care Planning"[Majr] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Majr] OR personalised care plan* OR nurs* care plan* OR patient care plan* OR individual* care plan OR "integrated care" OR "integrated management model" OR "care coordination" OR "coordinated care" OR "integrated care pathway"[title]
AND

"Aged"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] Or elderly Or Aged Or geriatr*[title]

172 références ont été obtenues

En complément les bases de données suivantes ont été interrogées :
base FNG/CLEIRPPA (Fondation nationale de gérontologie),Évidence database on Aging Care (EDAC), Banque de données en santé publique (BDSP),catalogue Germain Montréal, CINAHL.

La littérature grise (rapports d'évaluation, modèles) a également été recherchée sur les sites internet pertinents suivants.

Organisme	URL
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux	http://www.anap.fr/
ANESM	http://www.anesm.sante.gouv.fr/
Agency for Healthcare Research and Quality	http://www.ahrq.gov/
American College of Physicians	http://www.acponline.org/
American Geriatrics Society	http://www.americangeriatrics.org/
American Medical Association	http://www.ama-assn.org/
American Association of Family Physicians	http://www.aafp.org/online/en/home.html
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	http://www.safetvandquality.gov.au/
Australian Government - Department of Health and Ageing	http://www.health.gov.au/
Bibliothèque médicale Lemanissier	http://www.bmlweb.org/
CNSA	http://www.cnsa.fr/
Care quality commission	http://www.cqc.gov.uk/
Centre fédéral d'expertise des soins de santé	https://kce.fgov.be/fr
CISMef	http://www.chu-rouen.fr/cismef/
CMAInfobase	http://www.cma.ca/clinicalresources/practiceguidelines
Collège des médecins du Québec	http://www.cmq.org/
Commonwealth Fund	http://www.commonwealthfund.org/
Chronisante	http://chronisante.inist.fr/
Department of Health (UK)	http://www.dh.gov.uk/en/index.htm
Department of Health and Human Services, Tasmania	http://www.dhhs.tas.gov.au/
Department of Health, Victoria	http://www.health.vic.gov.au/
Fondation nationale de gérontologie	http://www.fng.fr/
Haut Conseil de la santé publique	http://www.hcsp.fr/explore.cgi/accueil?ae=accueil
Haute Autorité de Santé	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/_5/accueil
Health foundation	http://www.health.org.uk/
Health Quality and Safety Commission of New Zealand	http://www.hqsc.govt.nz/
King's Fund	http://www.kingsfund.org.uk/
Institute for Healthcare Improvement	http://www.ihl.org/Pages/default.aspx
Institute for Clinical Systems Improvement	http://www.icsi.org/
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	http://www.inesss.qc.ca/
Instituto de Salud Carlos III / Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/centros-y-unidades-AETS.shtml
Institut de recherche et documentation en économie de la Santé	www.irdes.fr/
IQWIG	https://www.iqwig.de/
Joanna Briggs Institute	www.joannabriggs.edu.au
Kaiser Permanente Care Management Institute	http://kpcmi.org/
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales	http://www.msp.es/en/home.htm
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment	http://www.hta.ac.uk/
National Coalition on Care Coordination (N3C)	http://www.nyam.org/social-work-leadership-institute/our-work/care-coordination/n3c/
Healthcare Quality Improvement Scotland	http://www.healthcareimprovementscotland.org/home.aspx
National Institute for Health and Clinical Excellence	http://www.nice.org.uk/
New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz/
Patient-Centered Primary Care Collaborative	http://www.pccc.net/
Patient Outcomes Research Institute PCORI	http://www.pcori.org/2012/methodology-report/
RAND Corporation	http://www.rand.org/topics/health-and-health-care.html
Santé Canada	http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	http://www.sign.ac.uk/
Singapore Ministry of Health	http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home.html
Société française de médecine générale	http://www.sfm.org/accueil
Société française de gériatrie et gérontologie	http://www.sfgg.fr/
Wales Audit Office	http://www.wao.gov.uk/
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration	http://www.wmhtac.bham.ac.uk/
World Health Organization	http://www.who.int/en/

Références

Article 48 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=D3A3B3EB24865BB2DD50DC7E0F8DCF92.tpdjo06v_1?idSectionTA=LEGISCTA000026787235&cidTexte=JORFTEXT000026785322&dateTexte=20130126

Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux. Journal officiel 26 septembre 2012.

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026417536&categorieLien=d>

Circulaire interministérielle n°DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/01/cir_34436.pdf

British Columbia Guidelines. Frailty in older adults. Early identification and management. 2008. http://www.bcguidelines.ca/guideline_frailty.html

(note : publication sur l'évaluation et le suivi en amont et en aval du plan d'actions)

Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. Janvier 2013.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf

Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie - Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes – IGAS 2013

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf

Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Octobre 2012.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

Fouquet A, Trégoat JJ. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Paris: IGAS, 2011.

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/L_impact_des_modes_d'organisation_sur_la_prise_en_charge_du_grand_age.pdf

Haute Autorité de Santé. Programme personnalisé de soins (PPS). Février 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_vierge.pdf

Haute Autorité de Santé. Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance. 2004.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/DSI_Rap.pdf

Haute Autorité de Santé. Comment repérer les personnes âgées fragiles en soins ambulatoires ? Fiche points clé et solutions. 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_lassurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf

Institut national du cancer. Les outils du parcours personnalisé des patients. INCa. 2012. <http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/le-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer/les-outils>

Morris JN, Bernabei R, Ikegami N, Gilgen R, Frijters D, Hirdes P, et al. RAI-domicile version 2.0. Méthode d'évaluation pour les clients des services à domicile. Guide d'utilisation. Traduit sous la direction de Henrard JC, Du Pasquier JN, Hirdes J. Comité de supervision InterRAI, 2003. <http://www.sisdcarolo.be/Liens/RAI.DOMICILE.pdf>

National Center for Medical Home Implementation. Measuring the Medical Home in Adult Primary Care Center for Medical Home Improvement (CMHI), MHI Adult Version 1.1, 2008. www.medicalhomeinfo.org.

Safety Net Medical Home Initiative. Patient centered medical home assessment (PCMH-A) ; 2010 MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative. www.safetynetmedicalhome.org

Liste des participants

➤ Pour la HAS

Dr Emmanuel CORBILLON, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, sous la responsabilité du Dr Michel VARROUD-VIAL, responsable de service, Saint-Denis

Mme Sophie DUTHU, assistante, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, Saint-Denis

Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste scientifique, Saint-Denis

➤ Groupe de cadrage

- Cécile BALANDIER, chargée de mission personnes âgées-Plan Alzheimer, DGOS-R4
- Romain FOLIARD, chargé de mission, DSS, Paris 07
- Fabienne DUBUISSON, conseiller technique, DGCS-SD3, Paris
- Elisabeth FERY-LEMONNIER, Chargée de mission, Ministère SG Paris
- Emmanuelle HEDOUIN, chargée de mission réseaux de santé et coordination des soins, DGOS Bureau "Coopérations et contractualisations" PF3
- Marie-Pierre HERVY, Responsable service pratiques professionnelles, ANESM, Saint-Denis
- Jean-Marc LAURENT-VO, médecin chargé du plan Alzheimer et du plan Parkinson, DGS-MC3, Paris
- Marie-Dominique LUSSIER, responsable Programme Parcours, ANAP, Paris
- Sylvie MERVILLE, gériatre, CNSA, Paris
- Geneviève RUAULT, déléguée générale de la SFGG et du CPGF, SFGG Suresnes

➤ Groupe de travail

Les déclarations d'intérêts des membres du groupe de travail ont été examinées par le comité de gestion des conflits d'intérêts de la HAS qui a donné un avis favorable à la participation de ces experts au groupe de travail.

Représentante association de personnes âgées :

- Bernadette AUMONT (Association OLD'UP), Paris

Médecins généralistes :

- Éric DRAHI, Saint-Jean-de-Braye
- Jean-Michel GUYON, Mouthe
- Jean-Marc PAULY, Rodemack
- Jean-François ROCH, Besançon
- Didier RONDEPIERRE, Montret

Pharmacienne d'officine:

- Sabine ZENGLEIN, Boulay-Moselle

Infirmiers(ères):

- Christine ALLENTIN (ide SSIAD), Dunkerque
- Pascale BRECHET (ide SPASAD - expérimentations Art. 70), Paris
- Pascal CHAUVET (ide libéral Maison de santé pluridisciplinaire), Aulnay-De-Saintonges
- Céline De FRANCE (ide coordinatrice de réseau), Les Clayes-Sous-Bois
- Marie-Anne LANDRY (ide formatrice en ETP), Besançon

Ergothérapeute

- Thomas CHARGE, Bordeaux

Kinésithérapeute :

- Samuel LEMIERE, Poissy-Saint-Germain

Géiatres:

- Olivier DUPONT, Gouvieux
- Sylvie LEGRAIN, Paris
- Isabelle THEVENIN-LAVANOU, Grasse

Assistantes sociales :

- Danièle DUPONT-VENET (clic), Lannion
- Marie-Claude GINFRAY (ccas), Trappes
- Martine TANGUY (hôpital + réseau gérontologie), Grasse

ANNEXE 1. Situations à problèmes et exemples d'actions

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Exemples d'actions
Problèmes liés aux médicaments*	<ul style="list-style-type: none"> -prise sécurisée par un tiers - mise en place d'un pilulier - éducation thérapeutique (situations à risque/signes d'alerte/stratégies pour diminuer les oublis) ...
- accident iatrogène	
- automédication à risque	
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (psychotropes et/ou diurétiques et/ou anti-thrombotiques et/ou hypoglycémiant)	
<ul style="list-style-type: none"> - problème d'observance - adaptation des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants) 	
Organisation du suivi	<ul style="list-style-type: none"> -prise sécurisée des rendez-vous (biologie, imagerie, consultation, consultation mémoire...) - programmation des transports sanitaires - carnet de suivi.....
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant	
<ul style="list-style-type: none"> - multiples intervenants - investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes 	
Problèmes de mobilité	
- risque de chute*	
- chute(s)	
- phobie post-chute	
<ul style="list-style-type: none"> -problèmes de mobilité à domicile -problèmes de mobilité à l'extérieur 	
Isolement	<ul style="list-style-type: none"> - correction des troubles sensoriels - prise en charge d'une dépression* - évaluation de troubles cognitifs - avis psychiatrique - renforcement/mise en place des aides(dont accompagnement à l'usage des moyens de communication) - soutien de l'aïdant (hébergement temporaire, accueil de jour, formation des aidants) - actions de socialisation (orientation vers des actions de loisirs...) - mise en place d'un accompagnement social
- isolement géographique	
- faiblesse du réseau familial ou social	
- isolement ressenti	
- isolement culturel	

* : facteurs de risque d'hospitalisation

Situations à problèmes et exemples d'actions

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Exemples d'actions
Précarité : - financière - habitat - énergétique	- vérifier l'accès aux droits (ALD, APA) et l'accès aux soins - accompagnement social (dont mesures de protection juridique) - obtention d'aides financières - soutien par association caritative, etc.
Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne - soins personnels / toilette - habillage - aller aux toilettes - continence - locomotion - repas	- aide à la toilette - allocation financière - bilan ergothérapeutique - portage de repas...
Difficultés à prendre soin de soi - difficultés à utiliser le téléphone - difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments - difficultés à voyager seul - difficultés à gérer son budget - difficultés à avoir une alimentation adaptée/ dénutrition* - refus de soins et d'aides - situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause	- intervention du CMP - bilan cognitif - prise en charge d'une dépression - intervention d'équipes mobiles - accompagnement social (dont mesures de protection juridique) - alerte via n° d'appel national 3977, évaluation sociale...
Soins palliatifs	- prise en compte des directives anticipées - personne de confiance - HAD - structures de soins palliatifs - anticiper les soins terminaux - renforcement des aides, etc.

ANNEXE 2. Exemples de PPS complétés à partir de vignettes cliniques

Ce document a pour objectif de présenter 2 exemples de plans personnalisés de santé complétés à partir de vignettes cliniques.

Le contenu de la vignette clinique traduit très succinctement les résultats de l'évaluation médicale et sociale disponibles pour les acteurs de la coordination clinique de proximité et autres, qui vont élaborer et mettre en œuvre le PPS. Ces vignettes n'ont pas vocation à refléter l'ensemble des situations. Elles ont été utilisées dans un but pédagogique.

Vignette clinique n°1

Résumé de la situation de la personne

M. HAU, 85 ans

Veuf ; vit seul entouré ; aide ménagère 2 fois par semaine (elle est une ressource pour lui).
Vu à sa sortie d'hospitalisation (3 semaines après sa sortie de soins de suite et de réadaptation [SSR] par l'infirmier parcours 18° (proposant un suivi à domicile du programme d'éducation thérapeutique OMAGE [optimisation des médicaments chez les sujets âgés] dans le cadre des expérimentations article 70).

Le médecin traitant doit passer dans 3 jours.

- Insuffisance rénale avec anémie à 9 g (sous érythropoïétine - injections faites par le patient)
- Insuffisance cardiaque (dysfonction diastolique)/pace-maker
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs + anévrisme de l'aorte abdominale
- Cancer des cordes vocales en rémission
- Ostéosynthèse du fémur gauche

Pas de fragilité.

Pas de problèmes sociaux.

Admis en urgence pour un premier œdème aigu du poumon à l'unité gériatrique aiguë (UGA) Bichat, puis transfert en SSR privé pendant 5 semaines.

Situations à problèmes

- Adapte les doses de furosémide (a diminué la posologie dès sa sortie) car il considère qu'il n'a pas de problème cardiaque (son problème essentiel est de fait son insuffisance rénale)
- Suivi médical problématique avec nomadisme à l'initiative du patient (inquiet par l'absence de son généraliste pendant les vacances scolaires)

Suivi du PPS		Nom : HAU				Prénom :		né le 4 mai 1928	
Préférences de la personne									
Rester à domicile, être le plus autonome possible									
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	15 avril 2013	Médecin traitant IDE éducation parcours 18 ^e Pharmacien Néphrologue		Difficultés à se déplacer à cause d'un essoufflement et de crampes des jambes	Médicament (adapte ses traitements, méconnaissance de ses maladies) Suivi (absences répétées du médecin traitant) Isolement : augmenter probablement les passages de l'aide ménagère dans les 6 mois			N'a plus de difficultés pour se déplacer (crampes liées à une carence en fer) Connaît ses maladies et ses traitements Reste inquiet sur son suivi médical N'est pas isolé (entouré par ses amis et sa femme de ménage)	
Point d'étape 1	15 juin			Anxieux de son suivi médical	Suivi médical (nomadisme médical) Médecin traitant en préretraite souvent absent et néphrologue (dont il a le portable) quittant la région dans 6 mois				
Point d'étape 2	Septembre 2013								

La personne et ses contacts utiles

N° du PPS : 1	Coordonnateur du PPS : infirmier éducation parcours	Date : <i>15 avril 2013</i> <i>x/xx/xxxx</i>
---------------	--	---

Informations sur la personne

Adresse :	Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS : <input type="checkbox"/>	ALD <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> Recherche d'hébergement en cours <input type="checkbox"/>
Aidant :	Téléphone : <i>xx xx xx xx xx</i>	Mail :
Référents familiaux/ amicaux :	Téléphones : <i>xx xx xx xx xx</i>	Mails :
Autres informations utiles :		

Contacts utiles

Médecin traitant :	Tél/mail	Néphrologue	Tél/mail	Ergothérapeute	Tél/mail
		IDE libéral	Tél/mail	Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile...)	Tél/mail
Infirmier ETP parcours 18°	Tél/mail	Kinésithérapeute	Tél/mail	Service social (CLIC, CCAS...)	Tél/mail
		Assistant social	Tél/mail	Travailleur social (APA...)	Tél/mail
Pharmacien d'officine	Tél/mail	Géiatre	Tél/mail		
		SSIAD/SAD/SPASAD	Tél/mail		

Plan de soins						
Suivi	Objectifs partagés	Actions	Intervenants	ETP		Critères d'atteinte des résultats
				Besoin X	Acteur formé O/N	
Initiation	Équilibre du traitement diurétique	ETP - observance - maladies - signes d'alerte et situations à risque	Avis néphrologique Infirmier ETP 1 fois par semaine	X	O	2 mois : - amélioration de son périmètre de marche (souhaite aller seul à des activités de loisirs cinéma, expositions) - renouvellement régulier de son diurétique - poids stable - périmètre de marche - douleur - avis rhumatologique rendu (carence en fer)
	Diminution des crampes	Suivi des renouvellements d'ordonnance (furosémide) Avis rhumatologue	Pharmacien Rhumatologue			
	Avoir un généraliste tout au long de l'année (médecin traitant en préretraite, absent pendant les vacances scolaires)	Changer de médecin traitant	Lui-même			1 mois : nouveau médecin traitant La concertation médicale a été renforcée par le suivi éducatif par l'infirmier mais le suivi médical reste un problème (car nomadisme et n'a pas changé de médecin traitant)
Point d'étape 1	Avoir un généraliste tout au long de l'année	Changer de médecin traitant	Lui-même			

Vignette clinique n°2**Résumé de la situation de la personne**

Mme SKO, 76 ans

Mariée, sans enfants, d'origine hongroise ; isolée ; le mari a des troubles cognitifs modérés. Vit dans un petit deux pièces en rez-de-chaussée. Autonome pour les AVQ avant son hospitalisation à Bichat.

Dans les suites d'une prothèse de genou droit, survenue d'une insuffisance rénale aiguë (nécessitant une hémodialyse pendant 3 semaines), compliquée d'une tachyarythmie par fibrillation auriculaire puis d'une insuffisance cardiaque (AVK et diurétiques). Transférée de réanimation à l'UGA de Bichat puis transfert au SSR pendant 2 mois.

- Anémie liée à une insuffisance rénale (mise sous EPO).
- Bronchopathie spastique (bronchodilatateurs).
- Dysthymie et anxiété. Pas de troubles cognitifs.

Situations à problèmes

- Pas de suivi médical (le médecin demandait l'avancement des frais et zone pénurique) avec recours exclusif aux urgences de Bichat. 5 hospitalisations en 1 an.
- Rôle d'aidante vis-à-vis de son mari l'empêchant de s'occuper de sa santé (suivi et traitements).
- Incapacité dans les AVQ (toilette).

Le PPS a été élaboré pendant le séjour en SSR, piloté par le nouveau médecin traitant. Mise en place d'un SSIAD pour une aide à la toilette. Passage d'un infirmier pour les injections d'EPO. Un ergothérapeute de l'hôpital a fait une visite à domicile avant sa sortie de l'hôpital : aucun aménagement n'est nécessaire. Visite à domicile prévue par l'infirmière ETP à sa sortie d'hospitalisation pour finalisation du PPS, avec la malade.

Suivi du PPS		Nom : SKO		Prénom : née le 11 avril 1937	
Préférences de la personne Retrouver son autonomie					
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	6 juin 2013	Médecin traitant IDEC SSIAD IDE ETP Gériatre	Difficultés à se déplacer liées à une phobie de la chute	<ol style="list-style-type: none"> 1 : déplacement et risque de chute lié à la phobie et à une dénutrition modérée (sans facteur articulaire) pas de kiné disponible allant à domicile ; 2 : suivi acceptation des nouveaux intervenants médecin traitant et SSIAD par le mari 3 : médicament risque iatrogénique élevé 4 : mise en place d'aides/AVQ 	
Point d'étape 1	Septembre 2013				
Point d'étape 2					

La personne et ses contacts utiles

N° du PPS : 1	Coordonnateur du PPS : nouveau médecin traitant			Date : <i>xx/xx/xxxx</i>
Informations sur la personne				
Adresse :	Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS : <input type="checkbox"/>		ALD <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> Recherche d'hébergement en cours <input type="checkbox"/>	
Aidant :	Téléphone : <i>xx xx xx xx xx</i>	Mail :		
Référents familiaux/amicaux :	Téléphones : <i>xx xx xx xx xx</i>	Mails :		
Autres informations utiles : numéro de sécurité sociale, informations relatives à la mutuelle, à la caisse de retraite				
Contacts utiles				
Médecin traitant	Tél/mail	Infirmier ETP	Tél/mail	Tél/mail
		SSIAD	Tél/mail	Ergothérapeute
Infirmier coordonnateur SSIAD	Tél/mail	Kinésithérapeute	Tél/mail	Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)
		CLIC	Tél/mail	Service social (CLIC, CCAS...)
Pharmacien d'officine	Tél/mail	Assistant social	Tél/mail	Travailleur social (APA...)
		Gériatre	Tél/mail	

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	O			Précarité	O		
- accident iatrogène				- financière	O		
- automédication à risque				- habitat			
- Prise de traitement à risque de iatrogénie grave (psychotropes et/ou diurétiques et/ou anti-thrombotiques et/ou hypoglycémiant)	O			- énergétique			
- problème d'observance							
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques et/ou hypoglycémiant)				Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne	O		
				- soins personnels/toilette	O		
Organisation du suivi	N			- habillage			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- aller aux toilettes			
- multiples intervenants				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreuses ou complexes				- locomotion			
				- repas			
Problèmes de mobilité	O						
- risque de chute	O						
- chute(s)	O			Difficultés à prendre soin de soi	O		
- phobie post-chute				- difficultés à utiliser le téléphone			
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à voyager seul			
				- difficultés à gérer son budget			
				- difficultés à avoir une alimentation adaptée / dénutrition	O		
Isolement :	O			- refus de soins et d'aides			
- isolement géographique				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
- faiblesse du réseau familial et/ou social	O						
- isolement ressenti				Soins palliatifs	N		
- Isolement culturel							

Plan de soins

Suivi	Problèmes	Objectifs partagés	Actions	Intervenants	ETP		Critères d'atteinte des résultats
					Besoin X	Acteur formé O/N	
Initiation	Priorité 1 : phobie de la marche dénutrition	Intégration des « auto-mouvements » dans le quotidien (pas de kiné pour l'instant)	ETP sur l'activité physique et l'appréhension à la marche	IDE ETP	X	O	septembre 2013 : - amélioration du périmètre de marche
		Avoir une alimentation enrichie	ETP sur l'alimentation enrichie tenant compte de ses moyens financiers	IDE ETP	X	O	- poids stable
	Priorité 2 : sécuriser le suivi médical	Éviter le recours aux urgences (5 hospitalisations dans l'année précédente)	Avoir un médecin traitant prenant le tiers payant et se déplaçant à domicile	Médecin traitant			septembre 2013 : diminution du recours aux urgences
	Priorité 3 : limiter le risque iatrogénique	Sécuriser les prises médicamenteuses Savoir réagir à bon escient	Préparation quotidienne des médicaments ETP signes d'alerte et situations à risque	IDE SSIAD IDE ETP	X	O	- maintien du passage du SSIAD dans le temps - compétences acquises
point d'étape 1							

Plan d'aides

Suivi	Problèmes	Objectifs partagés	Actions	Intervenants	ETP		Critères d'atteinte des résultats
					Besoin X	Acteur formé O/N	
Initiation	Priorité 4 : incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne	Compenser la perte d'autonomie dans la vie quotidienne	Aide à la toilette	IDE SSIAD			septembre 2013 maintien du SSIAD dans le temps
Point d'étape 1							