



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MODE D'EMPLOI
DU PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ
(PPS) POUR LES PERSONNES À
RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE
(PAERPA)



Mars 2014

Ce document est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades
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

Sommaire

Abréviations	4
Préambule	5
Plan personnalisé de santé (PPS)	6
Le PPS en pratique	8
Acteurs	8
La personne	8
L'aidant	8
Les professionnels	8
Le médecin traitant	8
Les autres acteurs	8
Le référent du PPS	9
Actions	10
Le repérage de la personne âgée en difficulté est l'évènement déclencheur de la démarche PPS	10
Les problèmes identifiés par les professionnels sont classés par priorité à l'aide de la <i>check-list</i>	11
Les problèmes sont traités par plusieurs acteurs, dont les interventions sont formalisées dans le PPS (plan de soins et plan d'aides)	11
Références	13

Abréviations

ALD	Affection de longue durée
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés
AVK	Antivitamine 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 aiguë

Préambule

Cette 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).

L'objectif de ce document est d'aider les professionnels à organiser la prise en charge des personnes par une analyse concertée des problèmes identifiés et la prise en compte de leurs attentes. Pour cela, ils sont invités à accorder une égale importance aux dimensions médicales, psychologiques et sociales

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

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, etc. ;
- il valorise la fonction de coordination du médecin traitant (réfèrent du PPS), 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 tels que :

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

Plan personnalisé de santé (PPS)

Le PPS s'inscrit dans une séquence « repérage – évaluation – planification – suivi – révision ».

- Le PPS est un plan d'action 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 (plan de soins et d'aides) concerne les personnes âgées de 75 ans et plus en situation de fragilité et/ou atteintes de une ou plusieurs maladie(s) chronique(s). Il ne concerne pas les malades relevant d'un gestionnaire de cas.

Le plan d'action peut porter sur les soins, les aides et parfois l'éducation thérapeutique.

- 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 : elle comprend une clarification des diagnostics et des traitements par le médecin traitant, une exploration des différentes dimensions, où des problèmes peuvent exister et une évaluation de la situation sociale.

Un modèle pour l'évaluation de premier recours est disponible : « [Fiche points clés et solutions – Prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire](#) ».

Cette évaluation peut être réalisée en plusieurs étapes au fil des consultations et contacts avec le patient par le médecin traitant et l'équipe de proximité, au besoin avec l'aide par un réseau ou d'une équipe mobile gériatrique externe (« coordination d'appui »). Elle doit être suivie d'une évaluation gériatrique spécialisée en cas de difficultés ou de problèmes multiples.

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* des « Situations à problèmes » identifiées.

- 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 : **ceci rend indispensable l'organisation de procédures d'alerte.**

L'élaboration et le suivi du PPS sont l'occasion d'une progression des pratiques professionnelles, supposant un renforcement des compétences de coopération. À cet effet, une formation pluriprofessionnelle doit accompagner l'utilisation du PPS. Cette formation doit être orientée en priorité sur les modalités du travail en équipe pour mettre en œuvre le PPS.

Les dix points clés de la réalisation d'un PPS

- Désigner un référent du PPS¹.
- Identifier les situations à problème sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne.
- Prioriser les situations, où une intervention est à la fois nécessaire et possible.
- Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte.
- Négocier des objectifs communs avec le patient.
- Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs.
- Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions.
- Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats.
- Fixer des dates de révision des interventions².
- Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent ou de difficultés dans l'exécution du PPS³.

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 PPS en pratique

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, etc.).
- **Sa(ses) priorité(s)** : Elle(s) concerne(nt) des symptômes ou des maladies (*i.e.* : lombalgies, difficultés à se déplacer, insuffisance cardiaque, etc.). 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

Ni l'initiation, ni la réalisation, ni la validation du PPS ne peuvent avoir lieu sans la participation du médecin traitant. Il peut en être directement à l'origine, mais le PPS peut être aussi initié lorsque la personne âgée est en situation de difficultés repérées par un acteur quel qu'il soit, avec son accord.

L'évaluation, réalisée sous la responsabilité 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.

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 formalise ainsi 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.

Les autres acteurs

Le PPS est un plan d'action participatif 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 référent du PPS

Le référent est l'acteur chargé du suivi du PPS. Le référent 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 un membre de la coordination d'appui, avec l'accord de la personne.

Fonctions du référent

- Recueil des priorités de la personne.
- Réunion des éléments issus des évaluations sociales et sanitaires, afin de définir des problèmes et compléter la *check-list*.
- Animation d'une réunion téléphonique ou présentielle, réunissant les acteurs sociaux et sanitaires jugés utiles au suivi : cette réunion débouche sur le remplissage du PPS.
- Négociation avec la personne et son entourage des objectifs partagés.
- Fixation des dates des points d'étape qu'il ajustera en fonction de l'évolution de la situation.
- Suivi de l'effectivité du PPS.
- Réception des alertes en cas de difficultés ou de problème, et animation d'une nouvelle concertation pour ajuster le PPS suite à une alerte ou lors d'un point d'étape prédéfini.

Actions

Le repérage de la personne âgée en difficulté est l'évènement déclencheur de la démarche PPS

Il peut être réalisé par les soignants, mais aussi par l'entourage du patient et les personnels des services d'aide à domicile, par exemple dans les situations suivantes : diagnostic d'une nouvelle maladie chronique sévère, hospitalisation en urgence, demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), veuvage chez un malade très âgé, etc.

Le questionnaire suivant a pour objectif d'aider la décision d'initier un PPS. Il suit deux étapes :

1^{re} étape : identifier une ou plusieurs situations à problèmes pouvant relever d'un PPS.

Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces six questions : Initier un PPS pourrait avoir un intérêt			
La personne :	O	N	?
➤ a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
➤ a-t-elle une polyopathie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
➤ a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
➤ a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
➤ a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
➤ a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

¹ Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

2^{de} étape : décider d'initier un PPS.

Si vous avez répondu OUI à ces deux questions : un PPS peut être initié		
La personne :	O	N
➤ vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins 2 autres professionnels) ?		
➤ accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ?		

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

La *check-list* annexée au PPS facilite le passage de l'évaluation à la planification d'actions.

Dans cette *check-list* :

1. Les situations à problèmes sont illustrées

La *check-list* est une liste de situations à problèmes établie à partir de l'évaluation réalisée par les acteurs de proximité dont le médecin traitant, ou à partir des préconisations d'aides et de soins suite à une évaluation réalisée en milieu hospitalier ou par un réseau.

Elle permet donc de s'accorder entre professionnels sur les problèmes identifiés par l'évaluation.

2. Les situations à problèmes sont cochées

À partir de cette évaluation, les situations à problèmes sont à cocher.

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 nature des situations à problèmes peut être précisée en cochant les sous problèmes correspondants.

La *check-list* permet de prioriser les problèmes qui doivent être traités, et séquencer les actions (tous les problèmes n'ont pas vocation à être traités en même temps).

3 La nature des situations à problèmes fait l'objet d'une réactualisation à l'occasion de points d'étape lors du suivi

La *check-list* permet de résumer les problématiques au cours des points d'étape successifs, et permettre ainsi de suivre leur évolution au fil du temps.

La *check list* est accompagnée d'un tableau illustrant la grande variété 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.

Les problèmes sont traités par plusieurs acteurs, dont les interventions sont formalisées dans le PPS (plan de soins et plan d'aides)

Le remplissage du PPS n'est pas la somme des propositions de chaque professionnel, mais le fruit d'une concertation en équipe. Les modalités de cette concertation sont laissées à l'initiative des professionnels, en fonction de leurs habitudes et possibilités : réunion virtuelle ou présentielle, au domicile du patient ou au lieu d'exercice professionnel, concertation sur un seul cas ou sur plusieurs cas en présence de tous les acteurs médicaux et sociaux concernés.

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 ;
- confirment 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 d'aides ;
- définissent les critères de processus et d'atteinte des objectifs partagés. La détermination de critères est une des avancées du PPS par rapport aux pratiques actuelles. Ces critères devront être travaillés lors de la formation pluriprofessionnelle. Un même critère peut évaluer plusieurs actions (ex. : se déplacer seul dans son appartement évaluera l'axe éducatif sur la nutrition [personne dénutrie] et la rééducation physique [phobie postchute]).

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*.

Chaque professionnel intervient en regard du problème identifié, en se recentrant sur le plus haut niveau de ses compétences. Les actions des différents professionnels doivent être synergiques, et visent des objectifs partagés en évitant des doublons d'actions.

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

Au terme de la réévaluation, le PPS peut être suivi d'un nouveau PPS ou être clôturé si les problèmes sont résolus.

Le PPS doit être remis à la personne (et à la personne de confiance, en cas d'incapacité), afin 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.

Références

Article 48 de la Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (1) [Quatrième partie : dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2013 Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie.](#)

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.

Cahier des charges PAERPA. 2012. 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

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

DGOS. 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_d_e_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_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf

Guidelines and protocols. Frailty in older adults – Early identification and management. British Columbia. Ministry of Health. 2008. www.BCGuidelines.ca (note : publication sur l'évaluation et le suivi en amont et en aval du plan d'actions)

INCA. Les outils du parcours personnalisé des patients

<http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/le-parcours-personnalise-des-patients-avant-et-apres-le-cancer/les-outils>

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

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

Brant JNM et al. RAI-domicile version 2.0 ; Méthode d'évaluation pour les clients des services à domicile. Guide d'utilisation. 2003 Editions de l'école nationale de la santé publique. Traduit sous la direction de Jean-Claude Henrard, Jean-Noël DuPasquier et John Hirdes. Comité de supervision InterRAI.

Curry N et al. Predictive Risk Project. Literature review. NHS King's Fund 2005

MODE D'EMPLOI DU PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ
PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS) POUR LES PERSONNES À RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE (PAERPA)