

# Proposition d'un outil commun de coordination des parcours de santé

## Le plan personnalisé de coordination en santé

### Présentation :

- Dr Eliane Abraham, présidente FACS nationale
- En appui : Corinne Llovel, FÉDAC

### Préparation avec le Dr Emmanuel Corbillon

Service des Bonnes Pratiques, Haute Autorité de Santé



Webinaire, 13 janvier 2023

# Objectifs

- Comprendre les modalités de construction des recommandations de la HAS
- Partager une sémantique commune autour du PPCS
- Appréhender l'utilité de co-construire un outil de partage d'informations : pas de PPCS sans évaluation
- Comprendre l'architecture du PPCS, ses rubriques

# Sommaire

- Rappel : la complexité
- Historique : construction des recommandations
- Les grands principes du PPCS
- Le PPCS : Contenu, modèle de présentation
- Focus sur quelques définitions
- Processus de construction par étape du parcours
- Deux situations en exemple

# **1. Rappel : la complexité**

- **Dr G. Mick : Mots clés :**

***Complexité*** ressentie

*Subjectivité* / Variabilité / Situation / Système

- **HAS :**

Le terme de complexité est utilisé pour qualifier la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, ni de routine, ni standards (27). Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours.

La **complexité**, au-delà d'être « ressentie », est considérée comme « plurielle », nécessitant une réponse individualisée et graduée pour chaque situation et par chaque référent.e, en interaction avec les ressources internes ou externes au dispositif d'appui.

**« J'insiste beaucoup sur le fait que la complexité est ressentie, donc, à situation comparable, ce qui peut paraître complexe pour un acteur ne le sera pas pour un autre. »**

**Dr E. Corbillon**

# Parcours complexe

Article 14 de la Loi de modernisation de notre système de santé ajoutant l'article L. 6327-1 du code de la santé publique

« Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de **plusieurs catégories de professionnels** de santé, sociaux ou médico-sociaux. »

## **2. Historique de construction des recommandations**

# Le PPCS, c'est quoi?

Le Plan personnalisé de coordination en santé est un **outil de coordination générique**. Il vise à améliorer le parcours de santé de l'utilisateur, en organisant et en personnalisant les prises en charge complexes.

## Contexte d'élaboration :

Saisine du Ministère: « identification d'un socle commun pour l'ensemble des plans et programmes personnalisés existants »

Simplifier en évitant le mille-feuilles des supports de coordination (avec un objectif de rendre plus lisible, dans le même état d'esprit que l'unification des DAC)

## Méthode :

Etude des documents supports de coordination existants + groupes de travail

# Comment le PPCS a-t-il été élaboré?

**1. Etude de documents** : Supports de coordination utilisés par les dispositifs de coordination ;

1. Les plans personnalisés de santé (**PPS**) de **PAERPA**,
2. Les plans de service individualisé (**PSI**) des gestionnaires de cas dans la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (**MAIA**),
3. Les plans d'accompagnement global (**PAG**) des **MDPH**,
4. Les projets de vie individualisés (PVI) des établissements et services sociaux et médico-sociaux (**ESSMS**) (**Projets personnalisés**)
5. Les programmes personnalisés de soins (PPS) et programmes personnalisés de l'après cancer (PPAC) du **plan cancer**

**2. Auditions – réunions - relecture**

# Personnalités auditionnées (n=18)

- **Elisabeth Ferry-Lemonnier** (chargée de mission auprès du SGMAS)
- **Éric Haushalter** (responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins – CNAM)
- **Yves Beauchamp** (manager - ANAP)
- **Marie-Aline Bloch** (professeure de l'EHESP)
- **Dominique Somme**, gériatre (Rennes)
- **Marina Drobi** (cheffe de projet « Réponse accompagnée pour tous », comité interministériel du handicap (Paris))
- **Delphine Dupré-Lévêque** (conseiller technique - HAS DIQASM)
- **Claudia Ferrari** (pôle santé publique et soins - INCA)
- **Samuel De Luze** (responsable du département organisation et parcours de soins – INCA)
- **Luc Duquesnel** (médecin généraliste libéral chez SISA pôle de santé libéral du Pays de Mayenne)
- **Frédérique Le Marer** (directrice de l'Association du réseau de santé, de proximité et d'appui)
- **Cyril Chaux** (directeur médical plateforme territoriale d'appui Nord 71 )
- **Matthieu Plichart** (directeur médical maison des aînés et des aidants - 9<sup>e</sup>/10<sup>e</sup>/19<sup>e</sup>)
- **Pascal Pousse** (directeur Association gérontologique nord Deux-Sèvres)
- **Richard-Pierre Williamson** (président Association nationale des coordinateurs et coordinations locales) (La Roche-sur-Yon)
- **Sylvie Pelletier** (cadre coordinatrice réseau de cancérologie ONCO 28)
- **Sarah Livartowski** (chef de projet système d'information en santé ARS Ile-de-France)
- **Cécile Jost** (chargée de mission PRS et parcours de santé) agence régionale de santé, Auvergne-Rhône-Alpes)

# Parties prenantes (n=15)

- **Rémy Bataillon** (SGMAS - chargé de mission)
- **Mouloud Yahmi** (DGOS - chargé de mission coordination des soins et parcours)
- **Alexandre Farnault** (DSS – pilote national PAERPA)
- **Christiana Cologer / Marie-Claude Marais** (DGCS – service des politiques sociales et médico-sociales - pôle personnes handicapées / pôle personnes âgées)
- **Émilie Duchange - Frédéric Tallier / Catherine Périsset** (CNSA PH /PA)
- **Sabine Rey-Arles** (ANS)
- **Fabienne Courdesses** (INCA - cheffe de projets département organisation et parcours de soins)
- **Marc Daclin** (ANAP - responsable utilisateur - parcours de santé)
- **Marie-Hélène Certain / Eric Drahi** (Collège de médecine générale)
- **Hugo Tiffou** (FFMPS)
- **Sandrine Simon** (Association Nationale des coordinateurs et directeurs de CLIC - Directrice Pôle Autonomie Fontainebleau)
- **Gérard Mick** (Fédération de l'appui à la coordination en santé- président)
- **Alexis Vervialle** (France Assos Santé – chargé de missions national offre de soins)
- **Marie-Noëlle Billebot** (directrice projet Territoire de soins numérique ARS Nouvelle-Aquitaine (Bordeaux))

# Groupe de travail (n=17)

- **Michel Serin** (médecin généraliste en maison et pôle santé pluridisciplinaire – Saint Amand-en-Puisaye)
- **Jean Luc Vignouille** (médecin généraliste coordonnateur d'un réseau de soins, impliqué dans l'accompagnement de populations socialement vulnérables - Chambéry)
- **Éliane Abraham** (médecin chef de service, réseau Gérard Cuny - PTA Métropole Grand Nancy)
- **Marie-Pierre Lapaire** (pilote MAIA Sud 17 - Cadre de proximité PTA 17 - Vaux-sur-Mer)
- **Alexandra Onnée** (directrice CLIC PA/PH - Lagny-sur-Marne)
- **Marion Étienne** (coordinatrice administrative plateforme territoriale d'appui 58 - Clamecy)
- **Gaëlle-Anne Estocq** (médecin coordinateur réseau Osmose Cancérologie - Clamart)
- **Marie-Claire Thiollier** (orthophoniste - Directrice réseau de santé DYS/10 – Coordinatrice de soins - Lyon)
- **Martine Tanguy** (responsable actions sociales et réseaux - Centre hospitalier de Grasse)
- **Aylin Ayata** (cheffe de projet HAS DIQASM mission personne âgée - Saint-Denis)
- **Sandrine Debost** (infirmière coordinatrice de service de soins infirmiers à domicile ASSAD-HAD Tours)
- **Julie Renard** (directrice de service d'accompagnement à la vie sociale, de service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et de Foyer d'accueil médicalisé Adapei 04 - Peyruis)
- **Mélanie Brovelli** (directrice MDPH 04 - Digne-les-Bains)
- **Marguerite-Marie Defèbre** (médecin cheffe de projet PAERPA ARS Hauts-de-France)
- **Corinne Llovel** (ingénieur qualité cheffe de projet PAERPA ARS Corrèze – Brive-la-Gaillarde)
- **Cédric Duboudin** (ARS Bourgogne-Franche-Comté, directeur de l'Innovation et la Stratégie - Dijon)

# Analyse des supports de coordination

L'ensemble de ces documents est élaboré autour d'un socle commun : la séquence « **repérage – évaluation – synthèse de l'évaluation – plan d'action – évaluation et révision des actions** ».

Les valeurs, les attentes et l'avis de la personne sont pris en compte de manière inégale

→ Il est possible de faire converger ces plans ou programmes personnalisés, sous la forme d'un support de coordination unique commun.

→ Projet d'élaboration du PPCS initié – 4 réunions de travail – 1 Groupe de lecture.

# Constats / Visions du groupe de travail

## Valeurs partagées par les membres du groupe de travail :

1. Il est indispensable de respecter le projet de vie des personnes, et de s'assurer de leur participation (ou de celle de leur entourage) aux décisions et actions les concernant (en s'appuyant sur leurs savoirs expérientiels)
2. On doit répondre à la complexité de certaines situations par l'implication de disciplines variées car les regards croisés améliorent la compréhension de la personne, et enrichissent les compétences de l'ensemble des acteurs.

## Vision commune:

1. On ne coordonne pas différemment selon les situations ou les acteurs
2. La réponse aux besoins identifiés après analyse situationnelle l'emporte sur le type de structure ou de dispositif mobilisé

# 1<sup>ère</sup> réunion de travail (2018)

- **Entente sur une définition commune :**
  - De la **complexité (ressentie +++)**
  - De la **coordination** autour de grands principes :
    - Personnalisation des réponses, et adaptation aux évolutions des besoins et des attentes des personnes.
    - coopération entre acteurs et la personne nécessitant des soins et/ou un accompagnement
    - concertation, tant pour l'analyse pluridimensionnelle partagée de la situation, que pour les actions mises en œuvre,
    - Priorisation les actions à mettre en œuvre en tenant compte des priorités de la personne.
    - L'identification d'une personne ressource « référent de coordination » variable selon les besoins

### **3. Les grands principes du PPCS**

## **Il s'adresse aux professionnels et à la personne concernée :**

- sanitaires (en proximité (équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé,...),
- ou en appui de la proximité (dispositif d'appui à la coordination),
- des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS),
- des maisons départementales pour les personnes en situation de handicap (MDPH).

**Il concerne tout usager du système de santé** (malade chronique, personne âgée, personne en situation de handicap, précarité,...) **en situation complexe** (dont la compréhension nécessite plusieurs professionnels).



L'objectif du PPCS est de **faciliter le travail en commun des professionnels tout en prenant appui sur la (les) compétence(s) de la personne concernée et de son entourage.**

Il aide les professionnels à planifier et à personnaliser la prise en charge (au sens du soin ou de l'accompagnement de la personne):

- par une analyse concertée de ses problèmes et de ses besoins non couverts,
- et la prise en compte de ses attentes et de ses projets.

Pour cela, les professionnels sont invités à accorder une **égale importance aux dimensions médicale, psychologique, sociale et environnementale.**

- Il s'applique dans toutes les situations où un **travail formalisé** est utile entre **acteurs de proximité** exerçant au plus près de la personne.
- Il favorise et permet de tracer un raisonnement en équipe pluri-professionnelle autour d'une situation, dans un cadre de **coopération non hiérarchique**.
- Il prend en compte toutes les dimensions de la prise en charge des patients : médicale, psychologique et sociale.



Avec le PPCS, la HAS propose un cadre de référence visant à homogénéiser la coordination des situations complexes, en particulier via les systèmes d'informations en santé. Elle rappelle que **le PPCS ne sera utilisé que s'il est dématérialisé.**

Cela passera par :

- son implémentation dans les plateformes numériques régionales
- l'élaboration d'une nomenclature des besoins, des objectifs et des actions permettant de compléter le PPCS tout en respectant l'interopérabilité sémantique.

# Quels intérêts du PPCS?

## Pour l'utilisateur, ses proches :

- Formaliser le travail collectif des acteurs / « citoyen acteur de son parcours »
- Assurer la cohérence et la continuité des parcours de santé et de vie
- Mobiliser son / leur savoir expérientiel

## Professionnels :

- Faciliter le travail collectif en intra et en inter sectoriel
- Simplifier (convergence) et rendre plus lisible (cohérence/harmonisation)
- Favoriser le développement d'une culture de la coordination.

**ARS** : indicateur de la coordination effective des acteurs

**DAC** : une étape de l'accompagnement, puis une base de travail et de réflexion pour le suivi

- Le PPCS est construit sous réserve de :
  - La non opposition de la personne concernée
  - La validation par le MT (à discuter selon les territoires)
  
- Le PPCS est :
  - Elaboré sur le lieu de vie par les professionnels de l'équipe de soins, ou par délégation par un DAC
  - Partagé avec tous les acteurs impliqués (sanitaire, médico-social et social)
  - Transmis à la personne concernée
  
- Le PPCS permet :
  - De connaître les intervenants et leurs coordonnées **« on sait vers qui aller »**
  - D'établir à l'instant « T » les problèmes identifiés par les professionnels
  - D'écrire les souhaits de la personne concernée
  - De travailler sur des objectifs partagés, avec des critères d'atteinte de ces objectifs **« on sait ce qui est prévu »**

# Au total : le PPCS acte des jalons dans le parcours de santé

- **1<sup>er</sup> PPCS** = aboutissement d'une séquence : **UNE ETAPE**

Planifier

Faire

Evaluer

Planifier

- **Pour les suivants** = base de réflexion pour ouvrir la séquence suivante : **UNE REFERENCE**

Planifier

Faire

Evaluer

Planifier

- Lors d'une ré-alerte dans le cadre du suivi
- Lors d'une rupture de vie (deuil, déménagement ... )
- Lors d'une hospitalisation
- Lors d'un accident aigu à domicile (pathologie, infection, ...)
- Lors de l'aggravation de l'état médico-psycho-social

*« Qu'est-ce qu'on avait vu ? Dit ? Fait ? Avec qui ? Comment ? »*

*« Qu'est-ce qu'on voit aujourd'hui ? Qu'est-ce qui a changé ? »*

*« Comment continuer ? »*

*Un PPCS, un plan d'actions ...*

**Y compris pour acter qu'on ne peut pas faire plus, ni mieux**

**Mais qu'ensemble on fait « au mieux »**

## Actuellement, pas de PPCS diffusé si :

- Le temps nécessaire à l'élaboration du PPCS accroît le risque de rupture brutale dans le parcours
  - Défaillance brutale de l'aidant et recherche d'un hébergement
  - Recherche d'un lit en hospitalisation en évitant un passage aux urgences
  - Demande de mise en place d'un service en urgence : SAAD, SSIAD, SPASAD, HAD ...
  - .....
- Le médecin ou le bénéficiaire s'opposent (exceptionnel)
- Le bénéficiaire décède ou est hospitalisé avant la finalisation du document

## **4. Le PPCS : contenu, exemple de présentation**

## Rubriques :

- La personne et les intervenants
- Recueil d'informations auprès de la personne et de son entourage
- Problématiques et projets de la personne
- Priorisation des actions envisagées avec la personne
- À lire avant d'agir !
- Plans d'actions :
  - Plan de soins
  - Plan d'aides
  - Plan d'accompagnement
- Analyse des écarts (objectifs formulés non réalisés)



Identité				Référent de la mise en œuvre :	Numéro du PPCS :
Nom marital :	Nom de jeune fille :	Nom d'usage :		Profession / Structure : .....	
				Si médical :	
				n° RPPS, ou à défaut n° ADELI	
				Nom :	
				Prénom : .....	
				Tél / E-mail : .....	
Prénom :	Date de naissance :	Âge :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Contexte de la démarche PPCS : (événement qui a conduit à l'élaboration du PPCS, de qui vient la demande / le repérage initial, quels éléments spécifiques sont à prendre en compte ? etc.)	
	Lieu de naissance :				
Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)					
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input type="checkbox"/> Si « non », raison de l'opposition à l'échange : .....					
Date : ..... Non-opposition de la personne <input type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/> Personne à l'origine du recueil : .....					
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Personne titulaire d'un DMP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si « non » : aide incitant à en créer un					
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)					
Téléphone			Adresse de messagerie		
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé)					
Nombre d'enfants : .....		Coordonnées des enfants si besoin :			
<input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance					
Si personne mineure			Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			2 <sup>e</sup> adresse :		
Autorité parentale : .....					

Aidant principal (identité et coordonnées)		Nature du lien avec l'aidant : .....	
Référénts familiaux/amicaux (identité(s) et coordonnées)		Personne de confiance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nature du lien avec le référent familial/amical : .....		Date de réception de l'information	
Recherche d'hébergement en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Hébergement actuel : Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé <input type="checkbox"/>			
Accessibilité à l'hébergement : étage – ascenseur – autre renseignement			
Existence d'une problématique avec le logement : Accessibilité : .....		Caractère adapté : .....	
Aménagement (WC, salle de bains, autre) : .....		Matériel en place : (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène...)	
Statut professionnel <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre .....			
<b>Droits ouverts</b>			
N° de sécurité sociale :		Caisse :	Régime/Caisse d'affiliation :
Mutuelle/CMUC/AME :			
Caisse d'allocations familiales : .....		Caisse de retraite principale : .....	Caisse de retraite complémentaire : .....
ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui nombre ALD .....			
APA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6) Date de l'évaluation			
Si oui plan d'aide en place (nombre d'heures) Mode mandataire <input type="checkbox"/> prestataire <input type="checkbox"/>			
APL <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RSA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aide sociale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre aide et/ou autres ressources : .....			
<input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA			
PPRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PAP/PAI validé par le Médecin Scolaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>Droits à compensation MDA/MDPH :</b>			
AAH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RQTH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux incapacité (< 50 % <input type="checkbox"/> 50-79 % <input type="checkbox"/> ≥ 80 % <input type="checkbox"/> )			
Carte mobilité pour l'invalidité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Carte mobilité pour le stationnement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACTP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACFP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
PCH (date d'ouverture des droits : .....) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AEEH : <input type="checkbox"/> Oui (date d'ouverture des droits : .....) <input type="checkbox"/> Non			
PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AVS/AESH : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Mutualisée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non Matériel Pédagogique Adapté : <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Notifié <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non			
SESSAD/SEFFS <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Notifié (date : .....) <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non Orientation (ULIS, SEGPA) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Notifiée (date : .....) <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non			
Autres droits MDPH/MDA : .....			
<b>Protection juridique :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dossier en cours d'instruction <input type="checkbox"/>			
Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale, habilitation judiciaire pour représentation du conjoint ?			
Autre mesure (MAJ, MASP) : .....			
Nom et coordonnées du mandataire, professionnel ou familial : .....			
Si mineur : mesure de protection de l'enfance (AED/AEMO/Placement.....)			
Directives anticipées <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Date de signature : .....	
		Lieu de conservation des directives anticipées : DMP <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	

## ► Les intervenants



<b>Acteurs du parcours (professionnels / aidants)<sup>2</sup></b>	<b>Nom/Prénom du professionnel et nom de la structure/</b>	<b>Téléphone E-mail</b>	<b>Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non</b>	<b><u>Avant élaboration du PPCS :</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage</b>
Médecin traitant				
Infirmier(s) (Idel, Idéc de SSIAD)				
Pharmacien				
Kinésithérapeute				
Ergothérapeute				
Autre médecin spécialiste				
Travailleur social				
Chef de service social				
Coordonnateur de la CPTS				
Dispositif d'appui à la coordination				
Aidant				
ESSMS				
Aides à domicile (SAD, auxiliaires de vie)				
Éducateur spécialisé.....				
Établissement de soins de référence				
Médecin du travail /service santé travail ...				
....				

## Recueil d'informations auprès de la personne et de son entourage

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Garder le moral</li></ul>
▶ Priorité actuelle de la personne	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pouvoir rester à chez elle, ne pas être hospitalisée</li></ul>
L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que Mme Sourire aille mieux</li><li>• Etre accompagné dans l'aide qu'ils apportent à leur mère / épouse</li></ul>

## Problématiques et projets de la personne

### ► Propos et souhaits de la personne<sup>5</sup>

Besoins exprimés	Problèmes ressentis	Projets personnels envisagés
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

### ► Problématiques et projets relevés par les professionnels

Besoins non couverts	Problèmes non résolus	Projets personnels nécessitant un accompagnement
= Problématiques		
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

I

Dans les différents domaines : santé physique et mentale (dont antécédents, diagnostic de maladie, histoire de la maladie, nature du handicap), parcours éducatif, scolaire, professionnel et/ou formation professionnelle, environnement (accessibilité, voisinage, animal de compagnie), ressources financières, activités culturelles et de loisirs, interactions sociales, forces perçues par la personne, difficultés ressenties par la personne, autre domaine, etc.).

## À lire avant d'agir !

Noter ici tout élément contextuel indispensable à connaître avant de poursuivre l'élaboration du PPCS

### Exemples :

- *Monsieur n'ouvre pas la porte*  
→ *le concierge possède la clé*
- *Madame n'ouvre pas facilement sa porte – elle est souvent sortie*  
→ *Appeler la voisine d'abord pour être sûr que Madame soit à la maison*
- *Monsieur peut avoir un comportement hétéro-agressif*  
→ *Le laisser prendre son chat avec lui avant toute conversation ou action*
- *Monsieur a toujours travaillé la nuit, il se couche à 2 heures du matin et se lève à midi*  
→ *Ne pas prévoir d'intervention avant 13 heures*
- *La famille a du mal à gérer les accompagnements en dehors des heures de scolarisation*  
→ *Prévoir certaines interventions dans lieu de scolarité ou hors temps scolaire*
- *X a de grandes difficultés à s'adapter à de nouvelles personnes et de nouveaux lieux*  
→ *Prévoir un temps d'adaptation en présence de ses parents*

## Plan de soins

### Volet sanitaire

(fait suite à la concertation sur les actions médicales)

Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Précisions sur les interventions	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Évaluation des résultats	Atteinte des objectifs ?

## Plan d'aides

### Volet social

(fait suite à la concertation sur les actions de compensation (humaines, techniques, ou financières))

Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Précisions sur les interventions	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Évaluation des résultats	Atteinte des objectifs ?

## Plan d'accompagnement

### Volet médicosocial

(fait suite à la concertation sur l'accompagnement du projet personnalisé de la personne)

Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Précisions sur les interventions	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Évaluation des résultats	Atteinte des objectifs ?
	19/01/2023					

# Analyse des écarts (objectifs formulés non réalisés)

Dater les points d'étape

Nature de l'objectif	Cause de l'écart	Actions à entreprendre en vue d'assurer une atteinte complète de l'objectif formalisé	Délai de réévaluation
	Délai de réflexion de la personne		
	Non-convergence de points de vue entre les besoins identifiés par les professionnels à un instant, et ceux ressentis par la personne ou par son entourage		
	Attente suite à démarche		
	Absence de consensus entre professionnels		
	.....		

# Objectifs évoqués non réalisés

- **Principes** :

- Permettre à l'acteur « suivant » de connaître et s'appuyer sur ce qui a déjà été abordé, en reparler, échanger .... (objectif de remédiation)
- Mieux entendre, respecter mais aussi responsabiliser :
  - les bénéficiaires et leur entourage par rapport à leurs positions, leurs choix
  - les professionnels par une traçabilité partagée de leurs démarches
- Avoir connaissance sur le territoire de ce qui n'est pas résolu

- **Modalités** : même présentation que la page 3, même menu déroulant

## **5. Focus sur quelques définitions**

# Besoin

- Le besoin exprime **l'écart** ou la différence entre un état optimal, défini de façon normative, et l'état actuel ou réel.
- Un besoin naît lorsqu'on constate une **différence** entre une situation considérée comme optimale et la situation observée actuellement, différence que l'on désire réduire

# Problème

- Le problème de santé correspond à un état de santé jugé **déficient** par l'individu, par le médecin ou par la collectivité
- Le problème correspond à des termes tels que **déficience**, **état de maladie** et **perturbation**

# Problème – Besoin

L'existence de besoins peut se concevoir même dans une situation où il n'y a pas de problème.

*C'est le cas, par exemple, de la future mère ou du nouveau-né qui, sans présenter de problèmes, ont des besoins en matière de prévention, de promotion de la santé ou encore de protection de leur environnement. Dans ce cas, le besoin est ce qui est requis pour maintenir la santé dans son état actuel, cet état correspondant déjà à la situation souhaitable.*

# Problème – Problématique

- Un problème est une **difficulté** qui nécessite de trouver une solution ou de prendre une décision
- Une problématique est "l'ensemble des problèmes se posant sur un sujet déterminé«

Par exemple, la "problématique de l'emploi" (**sujet** technique) comporte différents problèmes à résoudre : formation, chômage, départ à la retraite...

# Dans le PPCS :

## Problématiques et projets de la personne

### ► Propos et souhaits de la personne<sup>5</sup>

Besoins <b>exprimés</b>	Problèmes <b>ressentis</b>	Projets personnels <b>envisagés</b>
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

### ► Problématiques et projets relevés par les professionnels

Besoins <b>non couverts</b>	Problèmes <b>non résolus</b>	Projets personnels <b>nécessitant un accompagnement</b>
<b>= Problématiques</b>		
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

Dans les différents domaines : santé physique et mentale (dont antécédents, diagnostic de maladie, histoire de la maladie, nature du handicap), parcours éducatif, scolaire, professionnel et/ou formation professionnelle, environnement (accessibilité, voisinage, animal de compagnie), ressources financières, activités culturelles et de loisirs, interactions sociales, forces perçues par la personne, difficultés ressenties par la personne, autre domaine, etc.).

Une problématique c'est :	Une problématique ce n'est pas :
Une photographie à un instant T	Un compte-rendu médical, un historique
Ce qui pose problème, quand une incapacité n'a pas trouvé réponse à ce jour	Une liste des pathologies ou des incapacités
Ce qui n'est pas encore résolu	Une évaluation de l'autonomie
Un moyen pur permettre la continuité immédiate des soins par l'équipe à domicile	Un projet de santé à long terme
Un moyen pour mettre en place des actions	Une prescription

# Les objectifs

- Traduisent les orientations des interventions en réponse à un problème, à un besoin non couvert ou à un souhait
- Décrits par des verbes d'actions
- Sont mesurables : ils matérialisent les résultats vers lesquels tend l'action d'un ou de plusieurs acteurs dans un laps de temps défini.
- Les résultats mesurent l'impact des actions sur l'état de santé ainsi que la satisfaction de l'utilisateur
- Sont considérés comme atteignables par les acteurs du PPCS et en lien avec les attentes de la personne
- Selon les cas, les résultats attendus portent sur le maintien (absence d'aggravation) ou l'amélioration de l'état de santé de la personne, dont la qualité de vie

# Les actions

- Elles incarnent les **propositions de réponse** aux problèmes ou aux besoins non couverts de la personne, ou l'accompagnement de son projet personnalisé, justifiant une coordination des intervenants
- Les actions mises en œuvre visent l'atteinte d'objectifs, elles sont concrètes : leurs effets sont donc mesurables.

# On envisage systématiquement, par ordre de recours :

- 1) D'abord Les actions de prévention** : elles peuvent souvent être menées, y compris celles concernant l'aggravation d'une fonction.
- 2) Ensuite Les actions de réadaptation / rééducation** : elles visent à maintenir un niveau de fonction, voire à retrouver une fonction normale ;
- 3) Enfin Les actions de compensation** : elles portent sur des actions de compensation humaines, techniques ou financières.

## **6. Processus de construction par étape du parcours**

# Préalable important

- Un PPCS est un processus :
  - Pluri-professionnel
  - Tenant compte de l'existant
  - Incluant le bénéficiaire durant tout le processus
- Le PPCS fait suite à une évaluation pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire  
**(Il n'y a pas de PPCS sans évaluation)**
- Le PPCS débouche sur un suivi et une réévaluation  
**(Il n'y a pas de PPCS sans suivi)**
- Les diapos qui suivent ne sont qu'un exemple de présentation, l'objectif étant uniquement de présenter le **processus de construction**
- Le PPCS n'est pas un modèle unique, c'est son contenu qui est important (cf HAS, différentes présentations)

## Etapes opérationnelles de la démarche parcours à l'inclusion

**Repérage initial** : tous profs, entourage



**Evaluation**

Profs impliqués - Outils métiers  
Équipe de soins , aidants (page 1 du PPCS)

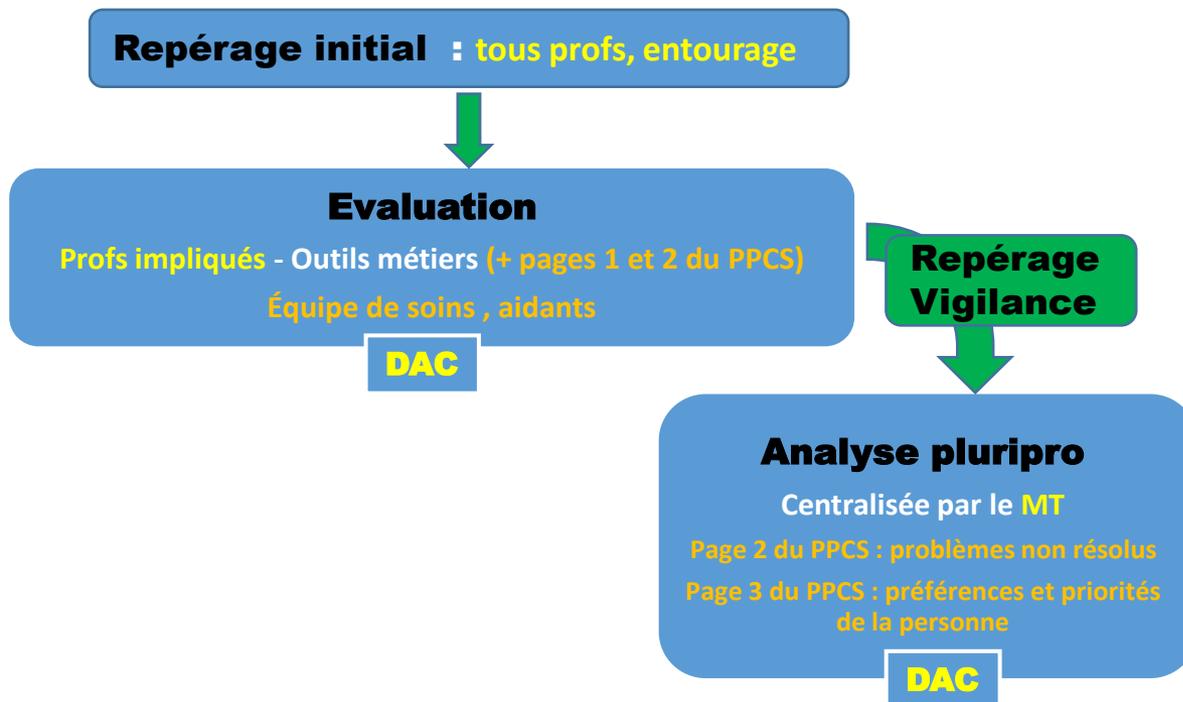
**DAC**

La personne et ses contacts utiles				Nom :	
				Prénom :	
				Date de naissance :	/ / Sexe :
				N° Sécurité sociale :	
Numéro du PPS		Date de la version en cours	...../...../.....	ALD :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui motif ALD : _____
Coordonnateur du PPS	Profession :	Nom :			
Informations sur la personne					
				Mesure de protection	<input type="checkbox"/> Oui Laquelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours
Aïdant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom(s) :	Tél.	email	Recommandation d'habitat	<input type="checkbox"/> Oui
Référents familiaux/amicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom(s) :	Tél.	email	Financement : APA / CARSAI / Autre	<input type="checkbox"/> Non
Personne de confiance		Tél.	email	Directives anticipées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Caisse de retraite	Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)			Mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :
Contacts utiles = intervenants					
	Nom	Téléphone	email	Participants à l'élaboration du PPS : mettre une X	
Médecin traitant					
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD					
Pharmacien d'officine					
Kinésithérapeute					
Autre professionnel :					
Infirmière ETP					
Gériatre					
SSIAD/SAD/SPASAD					
Coordonnateur d'appui (réseau, gestion de cas ...)					
Tuteur / curateur					
Travailleur social et son service					
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

Connaissance de l'entourage

Connaissance des intervenants entre eux

## Etapes opérationnelles de la démarche parcours à l'inclusion



## Objectivation des besoins

NOM et Prénom de la personne :					
Date de naissance : / /					
Problèmes non résolus identifiés par les professionnels (oui / non / ?)					
	O / N / ?	Commentaires		O / N / ?	Commentaires
Problèmes liés aux médicaments			Précarité		
- accident iatrogène			- financière		
- automédication à risque			- habitat		
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti-thrombotiques, hypoglycémiants)			- énergétique		
- problème d'observance			<b>Aidant en difficulté (épuisé, fragile ...)</b>		
Organisation du suivi			Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne		
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)			- soins personnels/toilette		
<div style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">                     Oui / Non / ?                 </div>			- habillement		
			- aller aux toilettes		
			- continence		
			- locomotion		
			- repas		
Problèmes de mobilité			Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée		
- risque de chute					
- chute(s)			<b>Difficultés à prendre soin de soi</b>		
- 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		
Isolement			- refus de soins et d'aides		
- faiblesse du réseau familial ou social			- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause		
- isolement géographique					
- isolement ressenti					
- isolement culturel			<b>Troubles de l'humeur</b>		

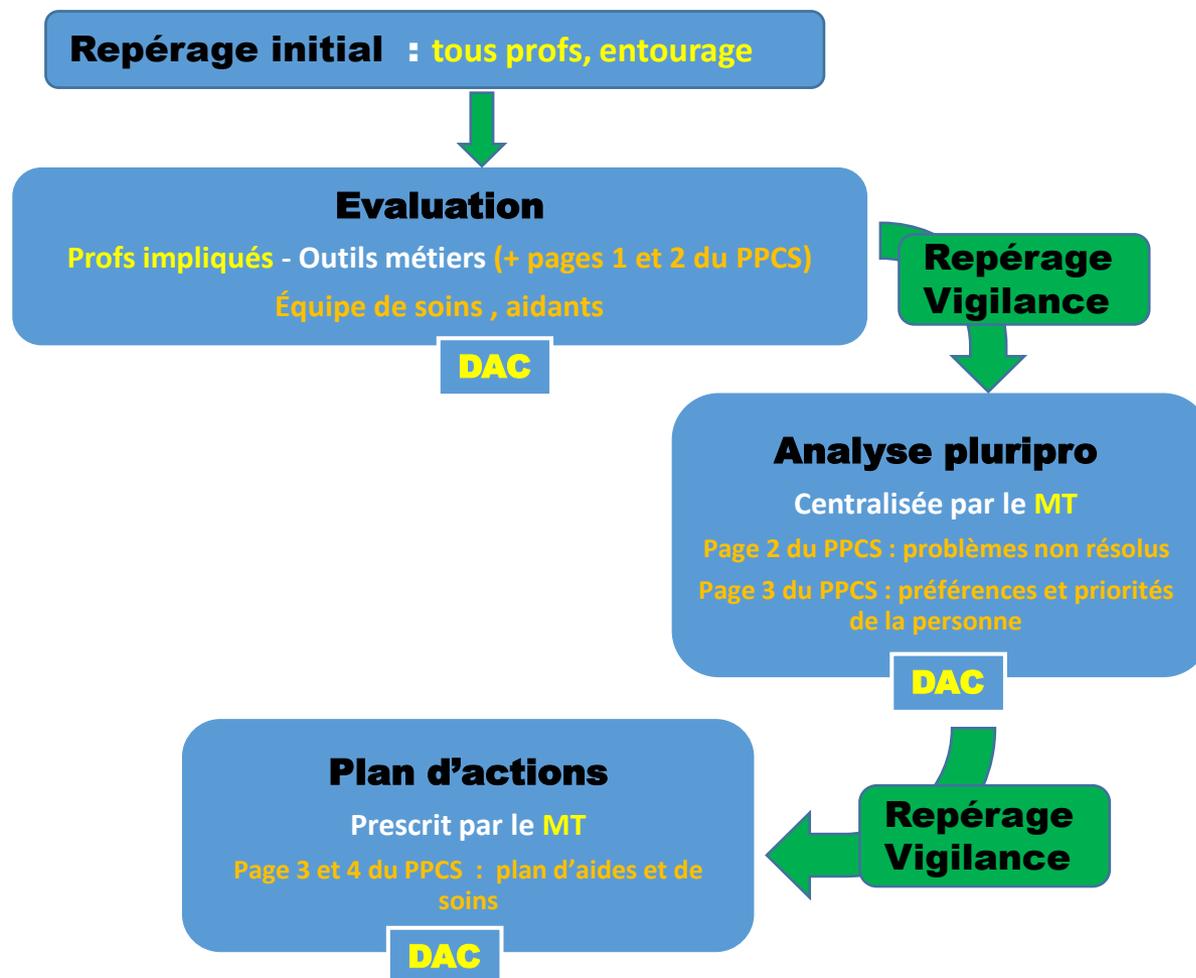
<b>Plan Personnalisé de Santé</b> Plan d'actions		Nom :	
		Date :	
		Ce que dit / souhaite la personne	
		Poids =	Clairance créatinine =
Numéro du PPS		Préférences de la personne	
Référent du PPS		Priorité actuelle de la personne	

Plan de soins					
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats : Objectif atteint : Oui / Non / Partiellement	Date de bilan	Bilan d'étape Commentaires

Plan d'aide					
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats : Objectif atteint : Oui / Non / Partiellement	Date de bilan	Bilan d'étape Commentaires

Plan d'actions par objectif

## Etapes opérationnelles de la démarche parcours à l'inclusion



<b>Plan Personnalisé de Santé</b>			Date d'initiation du PPS ...../...../.....		Nom :	
					Prénom :	
					Date de naissance :	/ /
					Poids =	
Numéro du PPS		Préférences de la personne				
Référent du PPS		Priorité actuelle de la personne				

Plan de soins		
Objectifs formulés non réalisés	Libellé des actions	Commentaires

Plan d'aide		
Objectifs formulés non réalisés	Libellé des actions	Commentaires

Plan d'actions par objectif

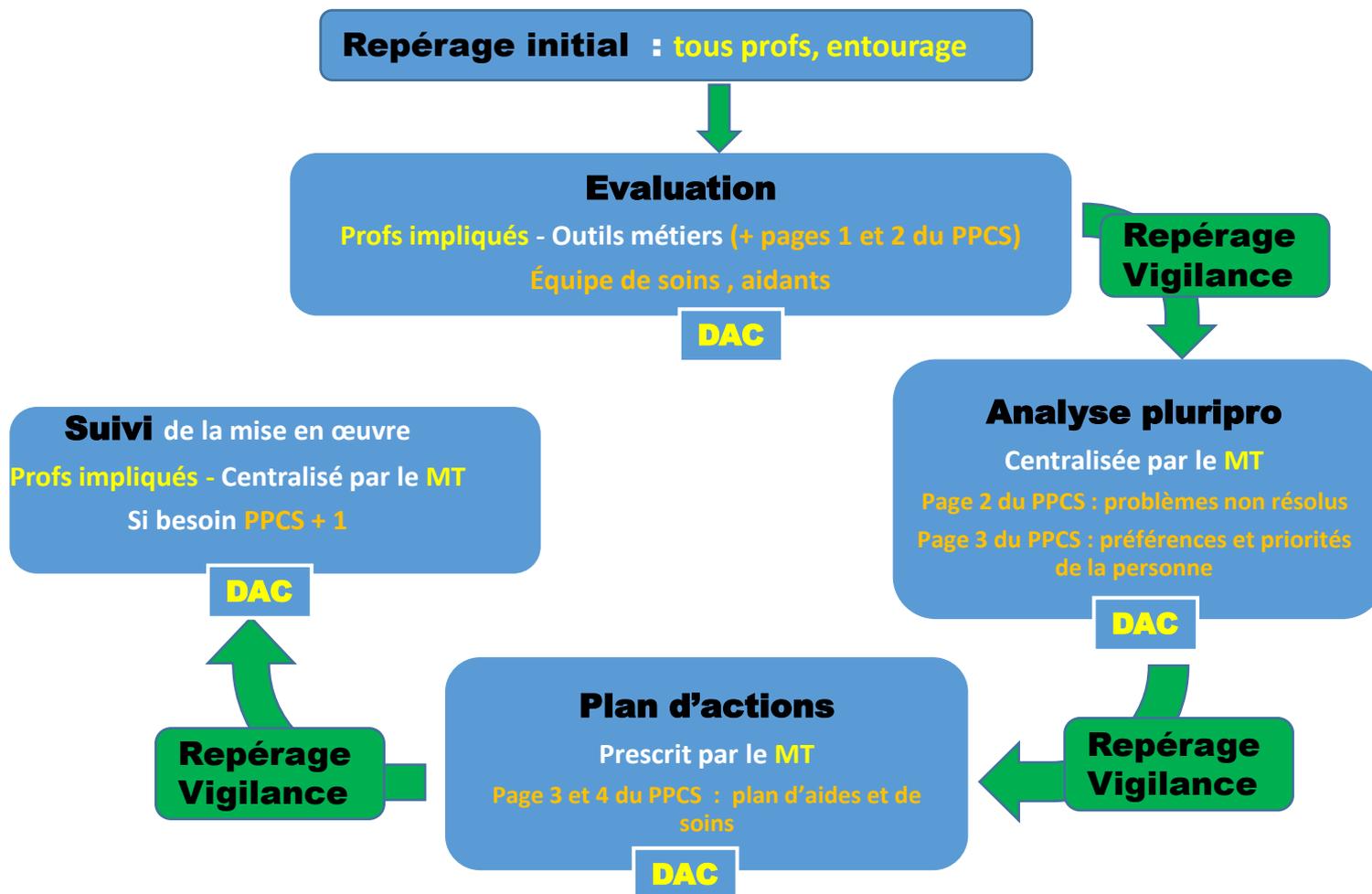
<b>Plan Personnalisé de Santé</b>		Date d'initiation du PPS ...../...../.....	Nom :		
			Prénom :		
			Date de naissance :	/ /	
			Poids =		Clairance créatinine =
Numéro du PPS		Préférences de la personne			
Référent du PPS		Priorité actuelle de la personne			

Plan de soins		
Objectifs formulés non réalisés	Libellé des actions	Commentaires
→		

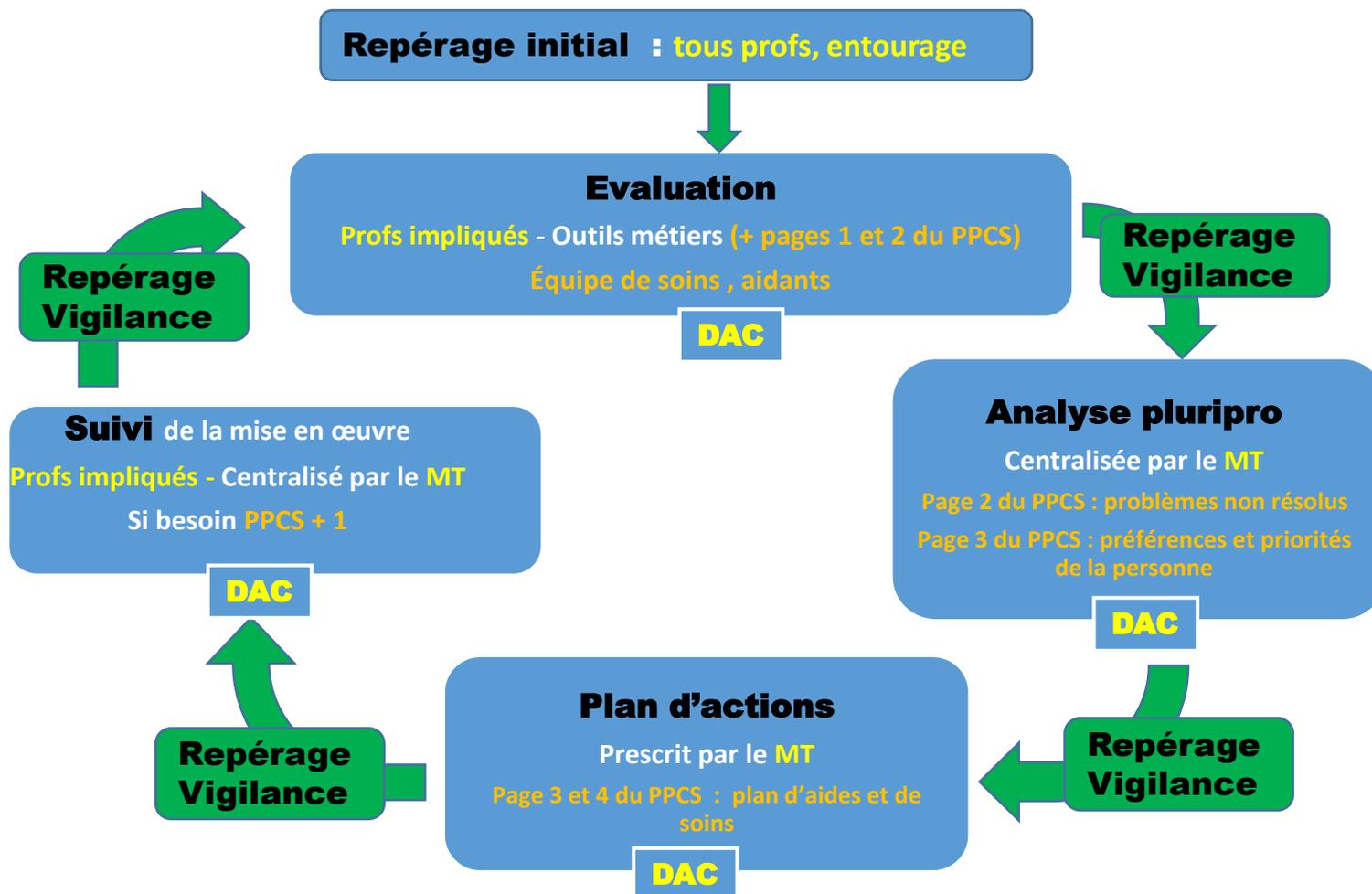
**Plan d'actions par objectif**

Plan d'aide		
Objectifs formulés non réalisés	Libellé des actions	Commentaires
→		

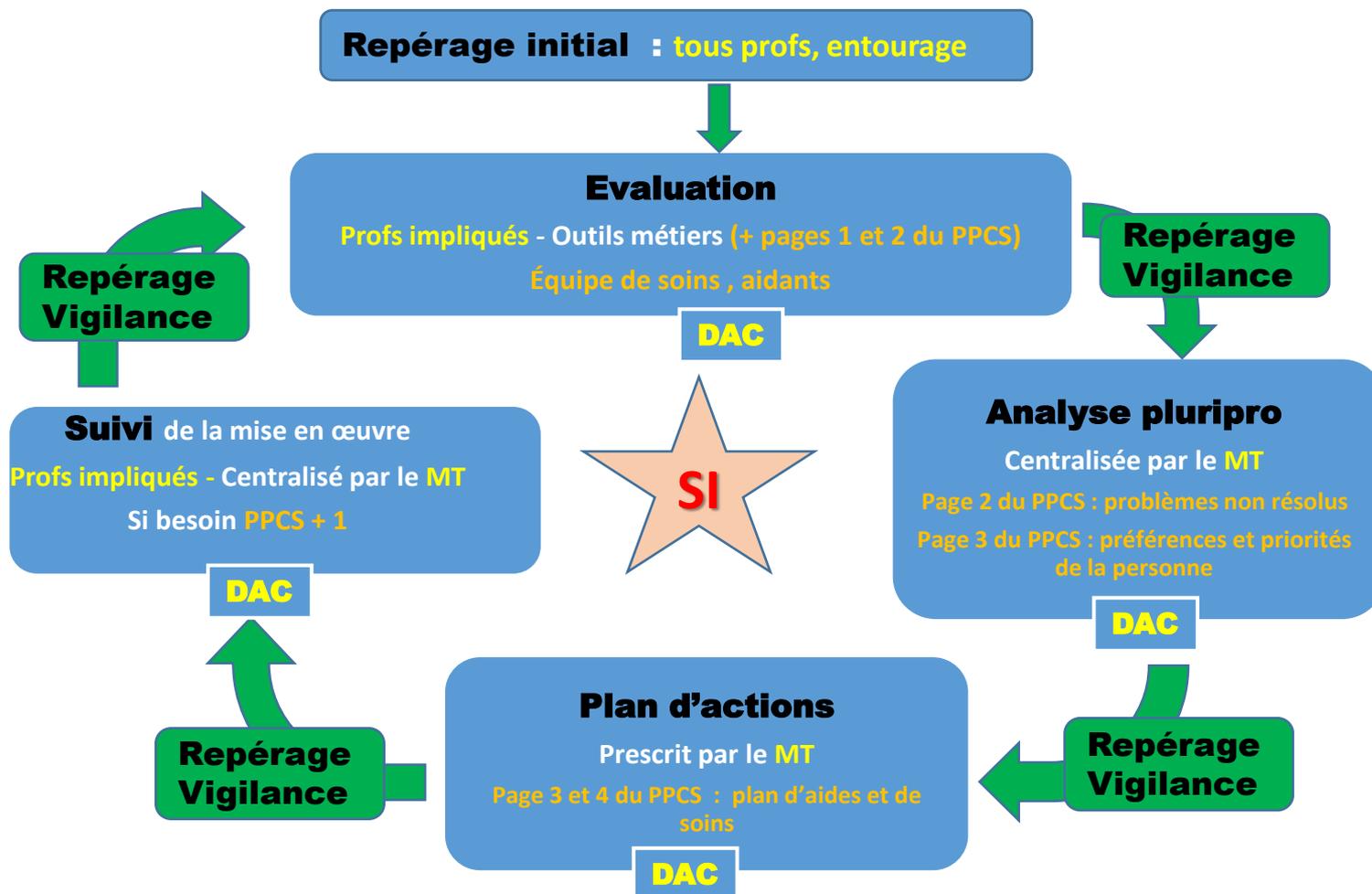
## Etapes opérationnelles de la démarche parcours à l'inclusion



## Etapes opérationnelles de la démarche parcours à l'inclusion



## Etapes opérationnelles de la démarche parcours à l'inclusion



# Exemples de PPCS complétés à partir de cas d'usage

- Personne en **situation de vulnérabilité socio-économique et atteint d'une maladie chronique** (Médecin traitant et Assistante sociale)
- **Personne âgée à domicile avec troubles cognitifs** (SSIAD)
- **Personne âgée à domicile en risque de perte d'autonomie** (CTA Paerpa en appui du médecin traitant)
- Personne à domicile atteinte de **maladie neurodégénérative** (appui gradué : réseau / CLIC puis gestion de cas)
- Personne atteinte d'**affection psychiatrique** (Centre de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive)
- Personne atteinte d'un **cancer, en demande de soins de support** (Idec réseau cancérologique)
- Personne **résidente d'Ehpad** – coconstruction de son Projet personnalisé (IDE)
- Personne en situation de handicap hébergée en **Foyer accueil médicalisé** – Projet personnalisé
- **Enfant atteint de troubles Dys** (coordinatrice de réseau TND)
- **Enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme** (coordinatrice de réseau TND)
- Adolescent en situation de handicap – rupture dans le parcours de vie – **Plan d'accompagnement global** (MDPH)
- Adolescente faisant l'objet de mesures de **protection de l'enfance**

## **7. Deux situations en exemple**

# La douleur = problématique ? Objectif ? Action ?

- **1<sup>ère</sup> question** : Cette douleur = point de départ ou résultat d'une évaluation ?
- Et, une douleur ....
  - ... qui peut être prise en charge par un seul intervenant
  - ... qui n'a pas de conséquence fonctionnelle
  - ... **n'est pas une problématique**
- Mais, une douleur « simple » peut devenir **problématique** ! (ex : absence de MT, non prise du traitement, difficulté à se procurer le traitement, impossibilité d'avoir accès aux examens complémentaires nécessaires à l'évaluation, ...)
- **DONC** : toujours remettre dans le contexte bio-médico-psycho-social

C'est donc le fait qu'on ne sache pas d'où elle vient, comment l'étiqueter, la soulager, ni comment aborder ses conséquences fonctionnelles qui peut poser problème ...

Si la personne est d'accord !

# Démarche

- **EVALUER** la douleur, les risques et le retentissement (= conséquences fonctionnelles), ce qui permettra de prioriser les actions et les objectifs
- **POSER** ces conséquences / risques comme des **problématiques**
- **Ecrire les objectifs**
  - compléter l'évaluation (documentation de l'origine, des possibilités de soulagement)
  - Soulager la douleur
  - Adapter le domicile
  - ....

## ➤ **Et enfin les actions :**

- Adresser à un médecin
- Mettre en place de l'activité physique adaptée
- Assurer la livraison des médicaments
- Surveiller la prise médicamenteuse
- Assurer une alimentation adaptée
- Sécuriser le domicile
- ...

# Le manque d'hygiène : problématique ? Objectif ? Action ?

➤ 1<sup>ère</sup> question : point de départ ou résultat d'une évaluation ?

➤ ET, un manque d'hygiène ...

... qui peut être prise en charge par un seul intervenant

.... qui n'a pas de conséquence fonctionnelle

**... n'est pas une problématique**

➤ Mais, un manque d'hygiène « simple », peut devenir **problématique** ! (ex : refus, domicile inadapté, insalubrité, troubles cognitifs, douleurs, troubles de l'équilibre, affects dépressifs ...)

**DONC** : toujours remettre dans le contexte bio-médico-psycho-social

C'est donc le fait qu'on ne sache pas d'où il vient, comment l'étiqueter, l'accompagner, le compenser, l'expliquer à la personne, ni comment aborder ses conséquences fonctionnelles qui peuvent poser problème ...

Et remédier pour que la personne soit d'accord pour se laver

Si elle ne l'est pas, intérêt de se mettre d'accord pour tracer cette non convergence de vue

# Démarche

- EVALUER ce manque d'hygiène, les risques et le retentissement (= conséquences fonctionnelles), ce qui permettra de prioriser les actions et les objectifs
- Poser ces conséquences / risques comme **problématiques**
- **Poser les objectifs**
  - compléter l'évaluation (documentation de l'origine, des possibilités de décision, de la capacité à faire)
  - Assurer des soins d'hygiène adaptés
  - Adapter le domicile
  - ...

## ➤ **Et enfin les actions :**

- Mettre en place un plan d'aide
- Mettre en place de l'activité physique adaptée
- Faire intervenir un ergothérapeute
- Surveiller la prise médicamenteuse
- Assurer une alimentation adaptée
- Changer le chaussage
- ...

**A RETENIR DONC : toujours remettre tout signal dans son contexte bio-médico-psycho-social, en se posant ces questions :**

- Qui / qu'est ce qui est mobilisé ?
- Est-ce nécessaire et suffisant ?
- Est-ce que ça fonctionne ?

**SI NON, alors (ré)évaluer, planifier, concerter, remédier, prioriser, agir ....**

# Au total : Les documents de recommandations sont composés :

1. Du **modèle** de document « PPCS » ;
2. De son **mode d'emploi** ;
3. D'un **glossaire des termes utilisés lors de l'élaboration d'un PPCS**, permettant de partager des concepts communs entre les secteurs sanitaire, médicosocial et social ;
4. D'une **douzaine de cas d'usage** illustrant l'utilisation du PPCS dans des situations complexes très diverses (personne âgée, personne en situation de handicap, maladie chronique, santé mentale, oncologie, vulnérabilité sociale, protection de l'enfance).

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante)



**Merci pour votre attention !**

[Contact@facsnationale.fr](mailto:Contact@facsnationale.fr)