



# Mise en place de l'expérimentation du parcours de soins pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie au sein du pôle de santé d'Isigny/Mer : étude descriptive du contenu des parcours de soins personnalisés

Édouard Plût

## ► To cite this version:

Édouard Plût. Mise en place de l'expérimentation du parcours de soins pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie au sein du pôle de santé d'Isigny/Mer : étude descriptive du contenu des parcours de soins personnalisés. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01869967

**HAL Id: dumas-01869967**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01869967>**

Submitted on 7 Sep 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 20 juin 2018 à Caen

par

Monsieur PLÛT Édouard

Né (e) le 22 octobre 1987 à Saint-Lô (*Manche*)

TITRE DE LA THÈSE :

**Mise en place de l'expérimentation du parcours de soins pour les Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie au sein du Pôle de Santé d'Isigny/Mer : Étude descriptive du contenu des Parcours de Soins Personnalisés.**

**Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier**

Membres : Monsieur le Docteur GRUJARD Philippe

Monsieur le Docteur LE GAC Michel, Directeur de thèse

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

**Année Universitaire 2017 / 2018****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

|     |                                                    |                                           |
|-----|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| M.  | AOUBA Achille                                      | Médecine interne                          |
| M.  | AGOSTINI Denis                                     | Biophysique et médecine nucléaire         |
| M.  | AIDE Nicolas                                       | Biophysique et médecine nucléaire         |
| M.  | ALLOUCHE Stéphane                                  | Biochimie et biologie moléculaire         |
| M.  | ALVES Arnaud                                       | Chirurgie digestive                       |
| M.  | BABIN Emmanuel                                     | Oto-Rhino-Laryngologie                    |
| M.  | BÉNATEAU Hervé                                     | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| M.  | BENOIST Guillaume                                  | Gynécologie - Obstétrique                 |
| M.  | BERGER Ludovic                                     | Chirurgie vasculaire                      |
| M.  | BERGOT Emmanuel                                    | Pneumologie                               |
| M.  | BIBEAU Frédéric                                    | Anatomie et cytologie pathologique        |
| Mme | BRAZO Perrine                                      | Psychiatrie d'adultes                     |
| M.  | BROUARD Jacques                                    | Pédiatrie                                 |
| M.  | BUSTANY Pierre                                     | Pharmacologie                             |
| Mme | CHAPON Françoise                                   | Histologie, Embryologie                   |
| Mme | CLIN-GODARD Bénédicte                              | Médecine et santé au travail              |
| M.  | COQUEREL Antoine                                   | Pharmacologie                             |
| M.  | DAO Manh Thông                                     | Hépatologie-Gastro-Entérologie            |
| M.  | DAMAJ Ghandi Laurent                               | Hématologie                               |
| M.  | DEFER Gilles                                       | Neurologie                                |
| M.  | DELAMILLIEURE Pascal                               | Psychiatrie d'adultes                     |
| M.  | DENISE Pierre                                      | Physiologie                               |
| M.  | DERLON Jean-Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2018    | Neurochirurgie                            |
| Mme | DOLLFUS Sonia                                      | Psychiatrie d'adultes                     |
| M.  | DREYFUS Michel                                     | Gynécologie - Obstétrique                 |
| M.  | DU CHEYRON Damien                                  | Réanimation médicale                      |
| M.  | DUHAMEL Jean-François Éméritat jusqu'au 31/08/2018 | Pédiatrie                                 |

|            |                                                             |                                                           |
|------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Mme</b> | <b>ÉMERY Evelyne</b>                                        | Neurochirurgie                                            |
| <b>M.</b>  | <b>ESMAIL-BEYGUI Farzin</b>                                 | Cardiologie                                               |
| <b>Mme</b> | <b>FAUVET Raffaële</b>                                      | Gynécologie – Obstétrique                                 |
| <b>M.</b>  | <b>FISCHER Marc-Olivier</b>                                 | Anesthésiologie et réanimation                            |
| <b>M.</b>  | <b>GÉRARD Jean-Louis</b>                                    | Anesthésiologie et réanimation                            |
| <b>M.</b>  | <b>GUILLOIS Bernard</b>                                     | Pédiatrie                                                 |
| <b>Mme</b> | <b>GUITTET-BAUD Lydia</b>                                   | Epidémiologie, économie de la santé et prévention         |
| <b>M.</b>  | <b>HABRAND Jean-Louis</b>                                   | Cancérologie option Radiothérapie                         |
| <b>M.</b>  | <b>HAMON Martial</b>                                        | Cardiologie                                               |
| <b>Mme</b> | <b>HAMON Michèle</b>                                        | Radiologie et imagerie médicale                           |
| <b>M.</b>  | <b>HANOUEZ Jean-Luc</b>                                     | Anesthésiologie et réanimation                            |
| <b>M.</b>  | <b>HÉRON Jean-François</b> Éméritat jusqu'au 31/08/2018     | Cancérologie                                              |
| <b>M.</b>  | <b>HULET Christophe</b>                                     | Chirurgie orthopédique et traumatologique                 |
| <b>M.</b>  | <b>HURAUULT de LIGNY Bruno</b> Éméritat jusqu'au 31/01/2020 | Néphrologie                                               |
| <b>M.</b>  | <b>ICARD Philippe</b>                                       | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire                 |
| <b>M.</b>  | <b>JOIN-LAMBERT Olivier</b>                                 | Bactériologie - Virologie                                 |
| <b>Mme</b> | <b>JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>                               | Cancérologie                                              |
| <b>Mme</b> | <b>KOTTLER Marie-Laure</b>                                  | Biochimie et biologie moléculaire                         |
| <b>M.</b>  | <b>LAUNOY Guy</b>                                           | Epidémiologie, économie de la santé et prévention         |
| <b>M.</b>  | <b>LE COUTOUR Xavier</b>                                    | Epidémiologie, économie de la santé et prévention         |
| <b>Mme</b> | <b>LE MAUFF Brigitte</b>                                    | Immunologie                                               |
| <b>M.</b>  | <b>LEPORRIER Michel</b> Éméritat jusqu'au 31/08/2020        | Hématologie                                               |
| <b>M.</b>  | <b>LEROY François</b>                                       | Rééducation fonctionnelle                                 |
| <b>M.</b>  | <b>LOBBEDEZ Thierry</b>                                     | Néphrologie                                               |
| <b>M.</b>  | <b>MANRIQUE Alain</b>                                       | Biophysique et médecine nucléaire                         |
| <b>M.</b>  | <b>MARCÉLLI Christian</b>                                   | Rhumatologie                                              |
| <b>M.</b>  | <b>MARTINAUD Olivier</b>                                    | Neurologie                                                |
| <b>M.</b>  | <b>MAUREL Jean</b>                                          | Chirurgie générale                                        |
| <b>M.</b>  | <b>MILLIEZ Paul</b>                                         | Cardiologie                                               |
| <b>M.</b>  | <b>MOREAU Sylvain</b>                                       | Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie                           |
| <b>M.</b>  | <b>MOUTEL Grégoire</b>                                      | Médecine légale et droit de la santé                      |
| <b>M.</b>  | <b>NORMAND Hervé</b>                                        | Physiologie                                               |
| <b>M.</b>  | <b>PARIENTI Jean-Jacques</b>                                | Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication |
| <b>M.</b>  | <b>PELAGE Jean-Pierre</b>                                   | Radiologie et imagerie médicale                           |
| <b>Mme</b> | <b>PIQUET Marie-Astrid</b>                                  | Nutrition                                                 |
| <b>M.</b>  | <b>RAVASSE Philippe</b>                                     | Chirurgie infantile                                       |
| <b>M.</b>  | <b>REZNIK Yves</b>                                          | Endocrinologie                                            |
| <b>M.</b>  | <b>ROUPIE Eric</b>                                          | Thérapeutique                                             |
| <b>Mme</b> | <b>THARIAT Juliette</b>                                     | Radiothérapie                                             |
| <b>M.</b>  | <b>TILLOU Xavier</b>                                        | Urologie                                                  |
| <b>M.</b>  | <b>TOUZÉ Emmanuel</b>                                       | Neurologie                                                |
| <b>M.</b>  | <b>TROUSSARD Xavier</b>                                     | Hématologie                                               |
| <b>Mme</b> | <b>VABRET Astrid</b>                                        | Bactériologie - Virologie                                 |
| <b>M.</b>  | <b>VERDON Renaud</b>                                        | Maladies infectieuses                                     |

|            |                          |                                    |
|------------|--------------------------|------------------------------------|
| <b>Mme</b> | <b>VERNEUIL Laurence</b> | Dermatologie                       |
| <b>M.</b>  | <b>VIADER Fausto</b>     | Neurologie                         |
| <b>M.</b>  | <b>VIVIEN Denis</b>      | Biologie cellulaire                |
| <b>Mme</b> | <b>ZALCMAN Emmanuèle</b> | Anatomie et cytologie pathologique |

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

|           |                                                  |                   |
|-----------|--------------------------------------------------|-------------------|
| <b>M.</b> | <b>LUET Jacques</b> Éméritat jusqu'au 31/08/2018 | Médecine générale |
|-----------|--------------------------------------------------|-------------------|

### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN**

|           |                        |              |
|-----------|------------------------|--------------|
| <b>M.</b> | <b>VABRET François</b> | Addictologie |
|-----------|------------------------|--------------|

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

|            |                                  |                                         |
|------------|----------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>M.</b>  | <b>de la SAYETTE Vincent</b>     | Neurologie                              |
| <b>Mme</b> | <b>DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne</b> | Dermatologie                            |
| <b>Mme</b> | <b>LESCURE Pascale</b>           | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| <b>M.</b>  | <b>SABATIER Rémi</b>             | Cardiologie                             |

### **PRCE**

|            |                      |         |
|------------|----------------------|---------|
| <b>Mme</b> | <b>LELEU Solveig</b> | Anglais |
|------------|----------------------|---------|

**Année Universitaire 2017 / 2018****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

|     |                                                        |                                                           |
|-----|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| M.  | ALEXANDRE Joachim                                      | Pharmacologie clinique                                    |
| Mme | BENHAÏM Annie                                          | Biologie cellulaire                                       |
| M.  | BESNARD Stéphane                                       | Physiologie                                               |
| Mme | BONHOMME Julie                                         | Parasitologie et mycologie                                |
| M.  | BOUVIER Nicolas                                        | Néphrologie                                               |
| M.  | COULBAULT Laurent                                      | Biochimie et Biologie moléculaire                         |
| M.  | CREVEUIL Christian                                     | Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication |
| Mme | DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019          | Pharmacologie fondamentale                                |
| Mme | DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020        | Hématologie                                               |
| Mme | DINA Julia                                             | Bactériologie - Virologie                                 |
| Mme | DUPONT Claire                                          | Pédiatrie                                                 |
| M.  | ÉTARD Olivier                                          | Physiologie                                               |
| M.  | GABEREL Thomas                                         | Neurochirurgie                                            |
| M.  | GRUCHY Nicolas                                         | Génétique                                                 |
| M.  | GUÉNOLÉ Fabian sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18    | Pédopsychiatrie                                           |
| M.  | HITIER Martin                                          | Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale                  |
| M.  | LANDEMORE Gérard sera en retraite à partir du 01/01/18 | Histologie, embryologie, cytogénétique                    |
| M.  | LEGALLOIS Damien                                       | Cardiologie                                               |
| Mme | LELONG-BOULOUARD Véronique                             | Pharmacologie fondamentale                                |
| Mme | LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2017        | Génétique                                                 |
| Mme | LEVALLET Guénaëlle                                     | Cytologie et Histologie                                   |
| M.  | LUBRANO Jean                                           | Chirurgie générale                                        |
| M.  | MITTRE Hervé                                           | Biologie cellulaire                                       |
| M.  | REPESSÉ Yohann                                         | Hématologie                                               |
| M.  | SESBOÛÉ Bruno                                          | Physiologie                                               |
| M.  | TOUTIRAIS Olivier                                      | Immunologie                                               |

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

|            |                             |                   |
|------------|-----------------------------|-------------------|
| <b>Mme</b> | <b>ABBATE-LERAY Pascale</b> | Médecine générale |
| <b>M.</b>  | <b>COUETTE Pierre-André</b> | Médecine générale |
| <b>M.</b>  | <b>GRUJARD Philippe</b>     | Médecine générale |
| <b>M.</b>  | <b>LE BAS François</b>      | Médecine générale |
| <b>M.</b>  | <b>SAINMONT Nicolas</b>     | Médecine générale |

# REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR,  
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

À Monsieur le Docteur Michel LE GAC,  
Pour m'avoir accueilli comme interne dans son cabinet, avoir partagé sa vision de notre métier, pour avoir fait l'honneur d'accepter d'être mon directeur de thèse, et enfin pour m'avoir fait confiance pour l'avenir.

À Monsieur le Docteur Philippe GRUJARD,  
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse, et pour son investissement dans l'enseignement de la médecine générale.

À Monsieur le Docteur Nicolas SAINMONT,  
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse, et pour son investissement dans l'enseignement de la médecine générale.

À tous les professionnels du Pôle de Santé d'Isigny/Mer pour m'avoir permis par leur mobilisation de mener ce travail de thèse.

À Madame Cathy MONTOCCHIO et aux équipes du GCS de Bayeux, pour leur contribution à ce travail de thèse.

Aux Docteurs Franck RIVIÈRE et Luc BOUVIER, pour m'avoir accueilli comme interne, et m'avoir transmis ce qu'était pour eux la médecine générale.

Aux équipes soignantes des services hospitaliers où j'ai eu le plaisir de travailler durant mon internat,

À ma mère, qui ne m'aura pas ôté l'envie de pratiquer la médecine générale malgré ses difficultés.

À mon père, toujours présent pendant ces longues années.

À Marion, qui m'a supporté avant cette thèse, pendant cette thèse, et qui continuera je l'espère à le faire après.

Au reste de ma famille et de la sienne.

Et à tous ceux que j'ai pu rencontrer durant ces années d'internat et que je ne saurais citer.

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ACTP : Allocation Compensatrice Tierce Personne

ALD : Affection Longue Durée

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée Autonomie

ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement

CASA : Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNAVTS : Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Équivalent Temps Plein

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIR : Groupes Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

PSLA : Pôle de Santé Libéral Ambulatoire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

## LISTE DES FIGURES

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 : Pyramide des âges 2013 et projection en 2070, hypothèse moyenne. INSEE, 2016               | 2  |
| Figure 2 : territoire du Bessin-Pré-Bocage et de ses différents cantons.                              | 3  |
| Figure 3 : Le vieillissement selon Bouchon, 1984                                                      | 7  |
| Figure 4 : les territoires PAERPA, anciens et nouveaux territoires d'expérimentation.                 | 15 |
| Figure 5 : répartition des aidants à domicile avant inclusion                                         | 21 |
| Figure 6 : Importance relative des motifs d'entrée dans le parcours PAERPA                            | 22 |
| Figure 7 : nombre de critères d'inclusion présentés par les patients.                                 | 22 |
| Figure 8 : Importance relatives des différents critères d'inclusion.                                  | 23 |
| Figure 9 : importance relative des différentes problématiques dans les propositions du plan de soins. | 26 |
| Figure 10 : importance relative des différentes problématiques dans les propositions du plan d'aides  | 28 |

# SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

LISTE DES FIGURES

INTRODUCTION 1

CONTEXTE

2

I – Démographie 2

A. Situation démographique française globale 2

B. Situation démographique du Bessin Pré-Bocage 3

C. L'offre de soins 4

1. La région Normandie 4

2. Le calvados en général 4

3. Le PSLA d'Isigny/Mer 5

4. Le GCS « Accompagner et Soigner ensemble dans le Bessin-Pré-Bocage ». 5

II - Le vieillissement, la fragilité, la dépendance. 5

A. Vieillissement 5

B. Fragilité 6

C. Fragilité de la personne âgée 6

D. Autonomie et dépendance. 7

E. Évaluation de la dépendance. 8

F. Le rôle du médecin généraliste 9

III – Le maintien à domicile 10

A. Historique 10

B. Les aidants de l'entourage 10

C. L'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) 10

D. Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) 11

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| E. Les dispositifs de coordination des soins.                                                                  | 11 |
| 1. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)                                   | 11 |
| 2. La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA). | 12 |
| F. La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement                                              | 13 |
| IV - Le programme PAERPA                                                                                       | 14 |
| A. Législation                                                                                                 | 14 |
| B. Les programmes pilotes                                                                                      | 14 |
| C. Les objectifs                                                                                               | 15 |
| D. Les différents acteurs du PAERPA                                                                            | 16 |
| E. Mise en place du parcours de soins PAERPA.                                                                  | 17 |
| F. Première évaluation qualitative au niveau national                                                          | 17 |
| G. Le parcours PAERPA sur le territoire du Bessin Pré-Bocage.                                                  | 18 |
| MATÉRIEL ET MÉTHODES                                                                                           | 19 |
| I – Type d'étude                                                                                               | 19 |
| II – Recueil de données                                                                                        | 19 |
| III – Analyse                                                                                                  | 19 |
| RÉSULTATS                                                                                                      | 20 |
| I – Caractéristiques de la population.                                                                         | 20 |
| II – Initiation du parcours PAERPA                                                                             | 20 |
| III – Intervenants avant l'initiation du parcours PAERPA                                                       | 20 |
| IV – Motif d'inclusion dans le parcours PAERPA                                                                 | 21 |
| V – Critères d'inclusion.                                                                                      | 22 |
| VI – Préférences des patients                                                                                  | 23 |
| VII – Propositions du plan de soins                                                                            | 23 |
| VIII – Propositions du plan d'aides                                                                            | 26 |

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| IX – Professionnels participant à la réalisation du PPS                 | 28 |
| DISCUSSION                                                              | 29 |
| I – Limites et biais de l'étude                                         | 29 |
| II – Profil de la population étudiée                                    | 29 |
| III – Analyse des résultats                                             | 30 |
| A – Circonstances d'inclusion des patients                              | 30 |
| B – Critères de repérage du risque de perte d'autonomie.                | 31 |
| C – Les quatre grands risques auxquels s'adresse le PAERPA              | 32 |
| D- Autres mesures.                                                      | 33 |
| E – Implication des différents professionnels dans le PPS.              | 34 |
| CONCLUSION                                                              | 35 |
| BIBLIOGRAPHIE                                                           | 36 |
| ANNEXES                                                                 | 39 |
| Annexe 1 : Modèle de PPS utilisé sur le territoire du Bessin Pré-Bocage | 39 |
| Annexe 2 : PPS inclus dans l'étude descriptive.                         | 42 |

# INTRODUCTION

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de pathologies chroniques qui l'accompagnent, avec des prises en charge qui se complexifient, sont des enjeux majeurs de la médecine générale des années à venir.

L'INSEE évalue ainsi le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus à 6 150 000 personnes au premier janvier 2018 [1]. Parmi ces personnes de plus de 75 ans, 4 150 000 présentaient au moins une ALD en 2014 ; dont 42000 dans le département du Calvados.

Ces maladies chroniques ont un lourd retentissement sur la qualité de vie des personnes âgées, et notamment sur leurs capacités à rester dans leur domicile, ce qui est le souhait de la majorité des personnes âgées.

Les personnes âgées sont également plus exposées à l'hospitalisation que le reste de la population, avec chaque année près de 3 millions de personnes âgées de 70 ans et plus qui sont hospitalisées [2], ce qui est un autre facteur conduisant à la perte d'autonomie des personnes âgées.

Afin de pallier cette perte d'autonomie qui compromet le maintien à domicile, l'État Français a mis en place au fil du temps plusieurs dispositifs pour permettre d'aider ces personnes âgées à rester le plus longtemps possible à domicile. Cependant, les dispositifs actuels s'avérant insuffisants devant la forte augmentation du nombre de personnes âgées ces dernières années, et les coûts de prise en charge augmentant eux aussi fortement, les pouvoirs publics ont défini une nouvelle stratégie de prise en charge, visant à prévenir la perte d'autonomie plutôt que de se contenter de la compenser une fois celle-ci constatée.

C'est dans cet objectif qu'est lancé depuis 2012 un programme d'expérimentation de parcours de soin des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), sur certains territoires pilotes. Il vise à éviter des ruptures de prise en charge, souvent nombreuses et lourdes de conséquences pour la population âgée, notamment en ce qui concerne les passages inopportuns aux urgences, les chutes, la iatrogénie, la dénutrition et la dépression des personnes âgées.

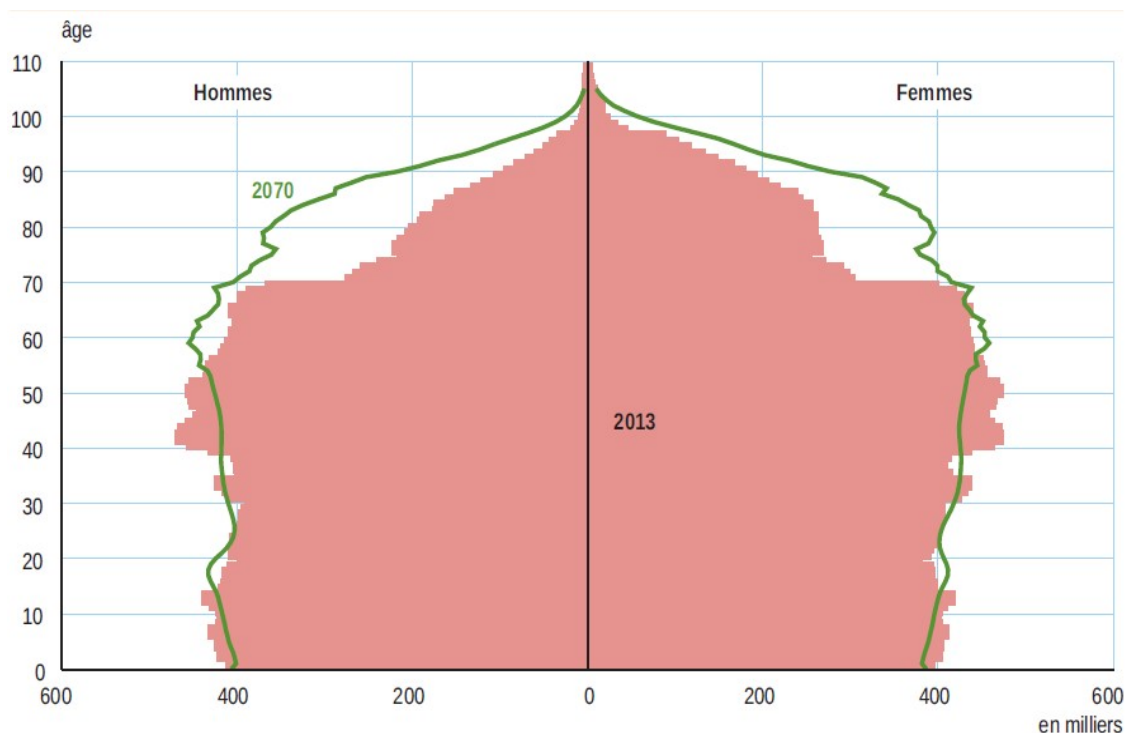
Dans cette thèse, je me suis intéressé à la mise en place de ce parcours de soins au sein du Pôle de Santé Libéral Ambulatoire (PSLA) d'Isigny/Mer, qui se trouve dans le Bessin Pré-Bocage, territoire pilote de la mise en place du PAERPA depuis 2016 ; et en particulier aux problématiques relevées chez les patients inclus dans ce parcours de soins, ainsi qu'aux propositions de prise en charge qui ont été faites en réponse aux problématiques soulevées.

# CONTEXTE

## I - Démographie

### A. Situation démographique française globale

La population française entre dans un processus de vieillissement, correspondant au « Papy-Boom », soit l'avancée en âge des générations nées entre 1945 et 1974 (qui correspondent au « Baby-Boom »). L'INSEE prévoit, d'ici 2070, une augmentation de près de 10 millions du nombre de personnes de plus de 65 ans (qui constituerait la quasi-totalité de l'augmentation de la population française), et parmi ceux—ci, près de 8 millions de plus auraient plus de 75 ans, soit un doublement de la population actuelle de cette tranche d'âge [3].



*Figure 1: Pyramide des âges 2013 et projection en 2070, hypothèse moyenne.  
INSEE, 2016*

## B. Situation démographique du Bessin Pré-Bocage



*Figure 2 : territoire du Bessin-Pré-Bocage et de ses différents cantons.*

Le Bessin Pré-Bocage est un territoire du département du Calvados regroupant dix cantons, soit 212 communes, avec 120 000 habitants.

- Bessin : Isigny sur Mer, Trévières, Bayeux, Ryes, Creully, Tilly sur Seulles, Balleroy
- Pré-bocage : Caumont l'Eventé, Villers-Bocage et Aunay-sur-Odon.

Cette population est surtout rurale (70%) avec 70 hab/km<sup>2</sup> contre 120 hab/km<sup>2</sup> dans le Calvados en moyenne.

Le Bessin Pré-Bocage est un territoire qui présente dans son ensemble une population plus âgée que le reste du département du Calvados, mais de façon assez inégale : le Bessin, situé en bord de mer, ce qui explique son côté attrayant pour des personnes retraitées, est un territoire déjà âgé et qui devrait connaître un vieillissement important d'ici à 2050 selon l'INSEE, alors que le Pré-Bocage est lui un

des territoires les plus jeunes du département, et sur lequel le vieillissement devrait être le moins marqué d'ici à 2021. [4]

Les projections concernant l'évolution de la population âgée prévoient un nombre de personnes de plus de 75 ans qui va être proche de doubler entre 2015 et 2025, passant de 11400 à une estimation de 19900 en 2025.

### C. L'offre de soins :

#### *1. La région Normandie :*

En 2016, la densité médicale concernant les praticiens en activité était de 263,9 médecins pour 100 000 habitants ; soit une baisse de 1,9 % constatée depuis 2007, alors que dans le même temps la densité globale dans la région augmentait elle de près de 10 % sur la même période pour atteindre 366/100 000 ; ce qui correspond à une forte augmentation du nombre de médecins ayant pris leur retraite dans l'intervalle et non remplacés.

Cette baisse de la démographie se fait aux dépens de la médecine générale, avec une densité de 128/100 000, alors que la densité des spécialités augmente elle en moyenne (+10,9 % pour les spécialités médicales et +12,1 % pour les spécialités chirurgicales). Et parmi cette baisse, l'essentiel concerne l'activité libérale (-16,3%) alors que l'activité salariée se maintient (-3,1%).

Et cette tendance devrait se prolonger dans les années à venir, l'âge moyen des généralistes dans la région étant de 52 ans, avec 29 % de plus de 60 ans pour seulement 15,6 % de moins de 40 ans. [5]

#### *2. Le Calvados en général :*

Selon les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le nombre de généralistes en activité dans le département du Calvados devrait connaître une légère augmentation, passant de 973 généralistes en 2007 à 994 projetés en 2018 ; contrairement aux deux autres départements de l'ancienne Basse-Normandie, qui eux devraient connaître selon ces mêmes projections une diminution de 6 % (Manche) à 13 % (Orne) du nombre de médecins généralistes ; alors que dans les trois départements, le nombre de spécialistes devrait montrer une hausse. [6]

### 3. Le PSLA d'Isigny/Mer

Le PSLA d'Isigny/Mer, qui est un pôle adhérent à la charte de soins prévue par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21/07/2009 [7] regroupe un total de 19 professionnels de santé, dont 5 médecins généralistes pour 4 temps pleins médicaux, deux cabinets infirmiers (7 infirmiers au total), trois kinésithérapeutes, deux orthophonistes, une podologue, une diététicienne. Il héberge également une consultation avancée d'addictologie de l'hôpital de Bayeux, ainsi que les locaux du Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD). Sont également hébergées des consultations de médecine du travail une fois par mois, par un médecin du travail ainsi qu'une infirmière. Une fois par semaine se tient également une permanence d'une association de services à domicile.

Ce pôle de santé s'inscrit dans une démarche territoriale, en étant rattaché au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de Bayeux, dont le rôle sera évoqué ci-dessous.

### 4. Le GCS « Accompagner et Soigner ensemble dans le Bessin-Pré-Bocage ».

Les professionnels de santé tant libéraux qu'hospitaliers, dans un premier temps du seul Bessin puis secondairement avec ceux du Pré-Bocage, se sont assemblés en un Groupement de Coopération Sanitaire.

Ce groupement présente plusieurs objectifs : il permet d'offrir un panel de formations aux divers professionnels, médicaux et paramédicaux, qui adhèrent à ce GCS ; il offre également une coordination des parcours de soins, notamment du fait d'un siège géographique abritant aussi les locaux du Centre Local d'Information et de Coordination gériatrique (CLIC) et de la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), ce qui permet une transmission d'information plus aisée ; et également en étant support du Réseau de Santé du Bessin, qui propose des actions dans différents secteurs de soins tels la diabétologie, l'addictologie... ; et enfin en travaillant à renforcer l'offre de soins, et notamment celle alternative au milieu hospitalier.

## II - Le vieillissement, la fragilité, la dépendance.

### A. Vieillissement

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques

(vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës.

## B. Fragilité

Le concept de fragilité est un concept émergent en gériatrie. En 2011, la Société Française de Gériatrie et Gériatologie a adopté la définition suivante de la fragilité :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » [8]

Elle est souvent décrite en utilisant les critères de Fried [9]: perte de poids involontaire, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire, sédentarité. On considère un individu « fragile » s'il présente trois ou plus de ces critères, et pré-fragile en présence d'un ou deux de ceux-ci.

## C. Fragilité de la personne âgée

On distingue schématiquement 3 catégories de personnes âgées :

- Les personnes âgées en bonne santé, qui peuvent présenter certaines pathologies chroniques sans que celles-ci n'affectent leur fonction physique ou leur qualité de vie. Cette population représente 50 à 60 % des sujets âgés de plus de 60 ans [10]
- Les personnes âgées dépendantes : celles qui ont des incapacités pour faire les actes de base de la vie quotidienne (s'alimenter, marcher, s'habiller, se laver, aller

aux toilettes, être continent). Cet état de dépendance chez la personne âgée est très difficile à inverser. Ces personnes représentent environ 10 % de la population âgée de 65 ans et plus, mais elles constituent également la grande majorité des patients vus dans les services de gériatrie.

- Les 30 à 40 % restants sont les personnes âgées fragiles ; qui se répartissent en 30 % environ de sujets pré-fragiles et 10 % de sujets fragiles selon les critères de Fried. Ces personnes âgées fragiles ont des besoins médicaux parfois importants et non satisfaits car elles ne sont pas fréquemment connues des services de soins.

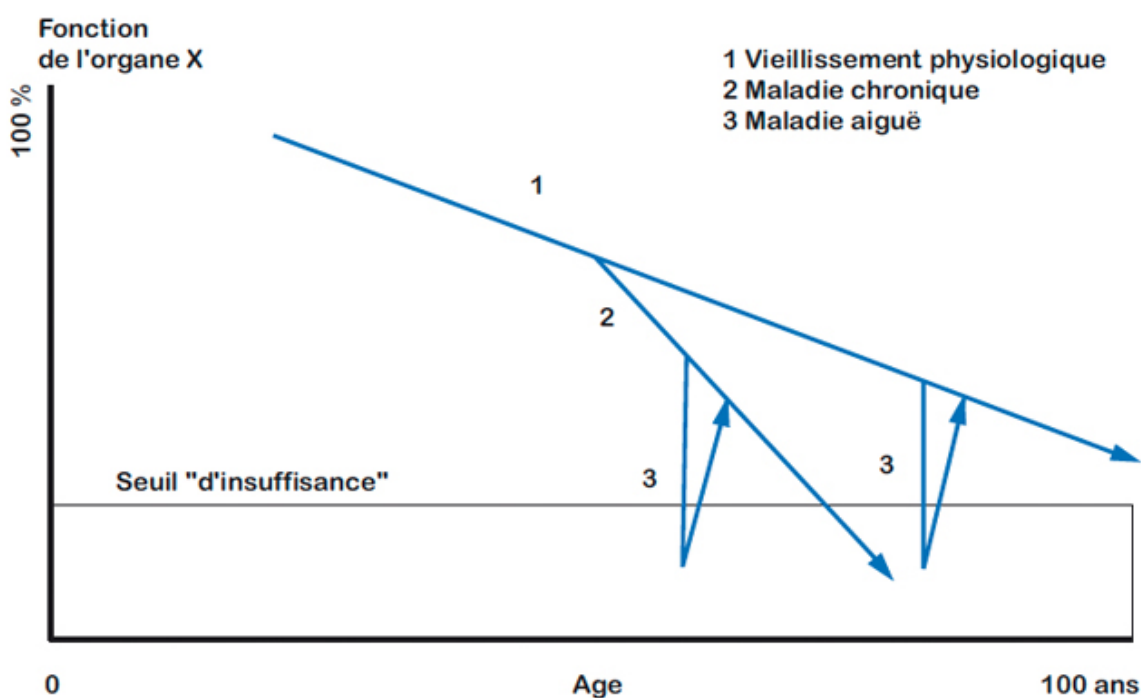


Figure 3 : Le vieillissement selon Bouchon, 1984

#### D. Autonomie et dépendance.

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même et par le droit d'une personne à choisir elle-même l'orientation de ses actes. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Elle relève à la fois des capacités et de la liberté de la personne.

La dépendance est le besoin d'assistance partielle ou totale pour accomplir les actes de la vie quotidienne, qu'ils soient physiques, psychiques ou sociaux, et la difficulté à s'adapter à son environnement.

Les causes de la dépendance sont multiples ; et toutes les maladies peuvent être des causes de survenue ou d'aggravation de la dépendance. De fait, on met souvent en évidence chez le sujet âgé plusieurs causes intriquées de dépendance ; et c'est ce qui fait la gravité de la situation. [11]

#### E. Évaluation de la dépendance.

Il est important de pouvoir évaluer cette dépendance, qui est un problème complexe, afin de pouvoir proposer des prises en charge adaptées à celle-ci. Ces évaluations peuvent également permettre d'évaluer dans le temps l'évolution de la dépendance de la personne, par la répétition des tests et une observation de leur évolution dans le temps.

Ces échelles peuvent être pluridimensionnelles, ou axées sur certains éléments en particulier.

Parmi ces échelles, on peut citer, parmi les plus utilisées :

- Les échelles ADL et IADL, qui évaluent la capacité à réaliser les actions de la vie courante ainsi que les activités courantes demandant l'usage d'instruments.
- La grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources (AGGIR) ; qui sert également de référence pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- L'indice de Karnofsky, utilisé pour décrire l'état général d'un malade
- Le Get up and go test, qui évalue la marche et le risque de chutes.
- Le Mini Nutritional Assessment, qui évalue le statut nutritionnel.
- Le Geriatric Depression Scale (GDS) et le Mini-GDS, qui évaluent la thymie de la personne âgée.
- Le Mini Mental Status (MMS), qui évalue les fonctions cognitives.
- Le test de l'horloge, qui sert également à évaluer les fonctions cognitives
- Le test des 5 mots de Dubois, qui comme les deux précédents sert à évaluer les fonctions cognitives.

#### F. Le rôle du médecin généraliste

La définition de la médecine générale, qui a évolué au fil du temps, a toujours accordé une part importante à la coordination dans le médecin généraliste, en disant

avec une première définition en 1974 par le groupe de Leeuwenhorst [12] qu'il devait inclure en plus des facteurs physiques et psychologiques les facteurs sociaux dans sa démarche ; et qu'il devait également inclure dans sa pratique une collaboration avec des collègues médicaux et non médicaux.

Cette définition a évolué en 2002 avec la dernière définition du médecin généraliste établie par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (WONCA) [13], qui comprend onze critères :

- 1- Premier contact habituel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
- 2- Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.
- 3- Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.
- 4- Mode de consultation personnalisée à travers une relation Médecin/Patient privilégiée.
- 5- Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.
- 6- Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
- 7- Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
- 8- Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.
- 9- Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.
- 10- Responsabilité spécifique en terme de santé publique.
- 11- Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les premiers points parmi ces onze critères en font non seulement le premier interlocuteur à l'entrée dans le système de secours, mais également le coordinateur du parcours une fois que la personne a fait son entrée dans le parcours de soins.

### **III – Le maintien à domicile**

#### A. Historique

Le maintien à domicile est une problématique relativement récente de notre société, qui n'est apparue que dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Sa première réelle apparition dans le débat public fut à l'occasion de la publication du rapport de la Commission d'Étude des Problèmes de la Vieillesse, présidée par Pierre Laroque (qui fut directeur général de la Sécurité Sociale française dans l'après-guerre). [14] Ce rapport constitue le point de départ de nombreuses politiques publiques en rapport avec la prise en charge de la dépendance de la personne âgée, alors que cette problématique restait avant à la seule charge des familles, dans une société où l'organisation familiale et religieuse était différente, et où les institutions dédiées étaient rares. Afin de permettre ce maintien à domicile, il existe plusieurs type d'aides, matérielles ou financières.

#### B. Les aidants de l'entourage

En France, de nombreuses personnes, notamment âgées, mais aussi en situation de handicap, bénéficient de l'aide d'une personne de leur entourage. Ainsi, en 2013, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) estimait à 8,3 millions de personnes de plus de 16 ans le nombre total de personne agissant comme aidants d'une personne de leur entourage, dont 4,3 millions aidant des personnes de plus de 60 ans [15]. Ces aidants sont souvent des femmes (57%), des membres de la famille (79%), et le plus souvent le conjoint (44%). Ce chiffre monte même à 80 % des aidants pour les personnes de plus de 60 ans vivant en couple. Cette relation d'aide est parfois vécue comme une charge par les aidants eux-même, et elle devient alors un facteur d'épuisement qui joue sur leur santé, aussi bien physique que psychologique. Ainsi, 74 % des aidants de personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée déclarent que la maladie de la personne aidée a un retentissement sur leur propre santé morale et/ou physique. [16, 17]

#### C. L'Allocation Personnalisée Autonomie (APA)

La loi du 24 janvier 1997 met en place une première aide financière spécifique au maintien à domicile, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Celle-ci vient se substituer à l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) qui était plus particulièrement destinée aux adultes handicapés nécessitant une assistance pour leur vie quotidienne, indépendamment de leur âge.

La PSD se voit remplacée selon la loi du 20 juillet 2001 [18] par l'APA, une nouvelle aide délivrée sous conditions d'âge (60 ans), de résidence et de dépendance. Celle-ci est évaluée par la grille AGGIR ; qui définit six niveaux de dépendance dits « Groupes Iso-Ressources » (GIR) , allant de GIR 1 (personnes confinées au lit et présentant une altération importante des facultés mentales) à GIR 6 (personnes autonomes pour tous les actes de la vie courante). Peuvent bénéficier de l'APA les personnes classées GIR 4 ou inférieur.

#### D. Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

En 1981 sont créés les SSIAD [19], services de soins à domicile destinés aux plus de 60 ans, ou au moins de 60 ans atteints de pathologies chroniques invalidantes ou de handicap. Ils visent à apporter une aide au maintien à domicile de ces personnes, notamment par l'accomplissement d'actes essentiels de la vie quotidienne dont la personne n'est plus capable par elle-même. Entre 1983 et 1986, les lois de décentralisation confient la responsabilité des SSIAD aux départements.

Ces services nécessitent une prescription médicale, ainsi qu'une évaluation de la personne par une infirmière coordinatrice. En fonction de cette évaluation, la personne pourra bénéficier de soins techniques, accomplis par des infirmières, ou de nursing, accomplis par des aides soignantes.

Un dossier de soins est établi, qui permet la communication entre les équipes du SSIAD et les autres intervenants, qu'il s'agisse de la famille ou de professionnels de santé libéraux notamment.

#### E. Les dispositifs de coordination.

##### *1. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gériatrique (CLIC)*

En l'an 2000 sont créés les CLIC [20], pour répondre à un besoin de coordination. Ils sont à la fois des centres d'information, où les usagers peuvent se renseigner sur l'ensemble des services disponibles à proximité de leur domicile ; et des espaces où les personnes âgées ou leurs familles peuvent obtenir des aides liées à leur prise en charge (aides financières, services à la personne, accueil dans les établissements...).

Ces CLIC visent à associer une proximité vis-à-vis des personnes, un accès facilité aux droits pour chacun, et une mise en réseau entre les professionnels concernés.

Il existe trois niveaux de CLIC :

- Niveau 1 : missions d'accueil, d'information, d'écoute et de soutien aux familles. Pour être habilité, le CLIC doit disposer d'un local de permanence et d'un standard téléphonique.

- Niveau 2 : en plus de ce qui est accompli au niveau 1, le CLIC niveau 2 organise des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une gamme partielle de services, par exemple des groupes de paroles.
- Niveau 3 : tout en continuant à accomplir les missions des deux niveaux précédents, le CLIC niveau 3 met en œuvre les plans d'aide et le suivi. Il aide les personnes âgées à constituer leurs dossiers de prise en charge. Il organise l'intervention des services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile, notamment.

## *2. La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).*

Depuis 2009, dans le cadre du troisième plan Alzheimer, ont été lancées des expérimentations MAIA (acronyme qui signifiait initialement Maison pour l'Autonomie et L'Intégration des malades Alzheimer avant d'être modifié en 2013 pour adopter sa signification actuelle, moins restreinte dans le champ des personnes concernées) méthode visant à intégrer au sein d'un même parcours les services d'aide et de soins pour les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Ces expérimentations se sont étendues, et actuellement, 98 % du territoire français est couvert par un réseau MAIA ; dont le cadre légal a été défini précisément par la loi du 28 décembre 2015 [21].

Ce dispositif permet notamment, dans les cas complexes de personnes âgées fragiles et n'ayant pas d'entourage proche pouvant gérer les démarches dont la personne n'est plus capable elle-même, de faire intervenir un gestionnaire de cas. Celui-ci est un professionnel de la santé ; en effet, cela peut être de formation un infirmier, un ergothérapeute, un psychologue, ou encore un travailleur social. Son rôle est d'aider à établir un plan de soins et services individualisé adapté à la personne aidée ; souvent en collaboration avec les professionnels du secteur gérontologique, sanitaire, social et médico-social.

Cette méthode repose sur les infrastructures déjà existantes (hôpitaux, CLIC, Conseils Généraux, accueil de jour, Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), ou associations), et vise, plus que la coordination des soins, à aller vers un nouveau concept, celui d'intégration des soins, pour partager entre les différents acteurs les actions et leurs responsabilités.

## F. La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement

Le premier janvier 2016 est entrée en vigueur la loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) [21], qui introduit plusieurs mesures en faveur de la

préservation de l'autonomie et du maintien à domicile des personnes âgées, financées par une taxe nouvelle, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), prélevée sur le montant des pensions de retraite, invalidité et préretraites. Cette loi introduit notamment une révision de l'APA afin de mieux répondre aux besoins (par une revalorisation des plafonds nationaux des plans d'aide) tout en limitant la participation financière des bénéficiaires. Elle introduit également un statut spécifique de « proche aidant » pour les aidants familiaux, ainsi qu'un « droit au répit » qui donnera à l'aidant les moyens de prendre du repos.

Une autre mesure proposée aux personnes âgées est la désignation d'une personne de confiance quand elles sont résidentes d'un établissement médico-social où lorsqu'elle font appel à un service médico-social, là où ce droit était auparavant limité à l'hospitalisation. Dans la logique des directives anticipées pour les situations de fin de vie, cette loi permet également la rédaction d'un mandat de protection future, visant à protéger la personne, ses biens, ou les deux, pour le cas où la personne ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts.

## **IV - Le programme PAERPA**

### A. Législation

La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 [22] a introduit l'expérimentation de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Cette loi permet, dans le cadre de ces expérimentations, la transmission d'informations relatives à leur état de santé, à leur situation sociale ou à leur autonomie entre professionnels de santé et professionnels chargés de l'accompagnement social, sous réserve de l'accord du patient. Cette modification en effet indispensable au fonctionnement du dispositif, mais aurait été illégale préalablement à cette disposition.

### B. Les programmes pilotes

Le PAERPA a été déployé en deux phases successives ; lors du premier déploiement du parcours de soins, deux vagues ont eu lieu en Septembre 2013 ((Centre, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays-de-la-Loire, Paris) et Janvier 2014 (Aquitaine, Bourgogne, Limousin, Nord-Pas-de-Calais). , puis une extension en 2016 a eu lieu une extension afin de couvrir au minimum un territoire par région. C'est à cette occasion que le ce dispositif est expérimenté dans le Bessin Pré-Bocage,

territoire retenu pour l'expérimentation en Normandie, concernant 14600 personnes âgées [23]

Leur objectif est, sur le plan individuel, d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et celle de leurs aidants et, sur le plan collectif, d'améliorer l'efficacité de leur prise en charge dans une logique de parcours de soins. [24]

Cette expérimentation est réalisée avec pour objectif de parvenir à 5 actions clés :

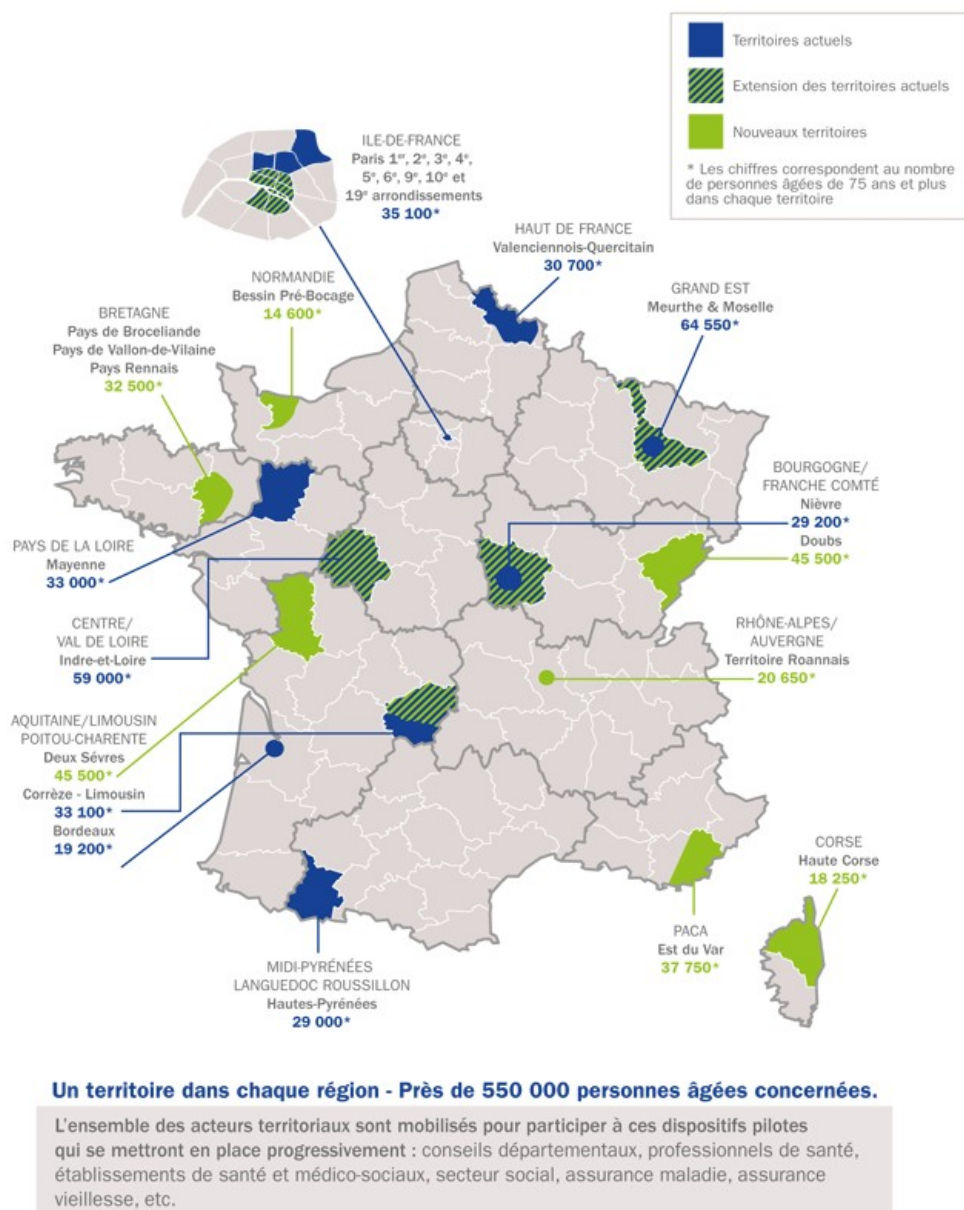
- Renforcer le maintien à domicile
- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions
- Sécuriser la sortie d'hôpital
- Éviter les hospitalisations inutiles
- Mieux utiliser les médicaments

Elle se déroule avec un partenariat de multiples agences publiques, qui travaillent ensemble pour parvenir à concevoir, évaluer et améliorer le projet :

- Des services du ministère chargé de la santé
- La Haute Autorité de Santé (HAS)
- La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)
- La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).
- L'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé)
- L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)

## Les territoires PAERPA

(Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)



*Figure 4 : les territoires PAERPA, anciens et nouveaux territoires d'expérimentation.*

### C. Objectifs

L'objectif du PAERPA, comme d'autres programmes similaires avant lui, est d'optimiser l'efficacité des soins. Les personnes âgées et leur prise en charge sont un enjeu décisif dans ce sens, puisqu'elles représentent entre un quart et la moitié des dépenses de santé, dans un pays qui présente la troisième plus forte dépense de santé par habitant de l'OCDE [25]

Avec l'extension de l'expérimentation du parcours PAERPA à un territoire par région, le cahier des charges a été redéfini avec plus de précision [26]. Ce

programme cible les personnes de 75 ans et plus vivant sur les territoires pilotes, et dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons médicales ou sociales.

Il poursuit trois objectifs essentiels :

- améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, en réduisant le recours à l'hospitalisation et la durée des hospitalisations complètes ainsi qu'en améliorant les conditions de prises en charge des personnes âgées hospitalisées ;
- adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie c'est-à-dire à la transversalité et à la coordination des acteurs ;
- créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

La démarche promeut une action en amont du risque de perte d'autonomie en agissant notamment sur les quatre motifs majeurs d'hospitalisation de la personne âgée :

- dépression ;
- iatrogénie médicamenteuse ;
- dénutrition ;
- chutes.

#### D. Les différents acteurs du PAERPA

Les acteurs du PAERPA se divisent en trois grandes catégories :

- Le patient, à qui on demandera dans la mesure du possible ses préférences sur ce qui concerne sa prise en charge ultérieure ; mais aussi son ou ses aidants, si le patient s'avère être dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

- Les professionnels de santé libéraux :
  - le médecin généraliste, qui est le référent du Plan Personnalisé de Soins (PPS) ; en effet, il n'est pas possible d'en établir un sans son accord et sa participation.
  - un infirmier libéral (ou de SSIAD)
  - un kinésithérapeute
  - un pharmacien

- La Coordination Territoriale d'Appui (CTA), qui permet de disposer de temps médicaux et paramédicaux supplémentaires. Ainsi, la CTA de Bayeux propose les services des professionnels suivants :

- Gériatre à hauteur de 0,2 Équivalent Temps Plein (ETP)

- Ergothérapeute 0,4 ETP
- Assistante Sociale 1 ETP
- Podologue 0,1 ETP
- Infirmière 1 ETP
- Coordinatrice Administrative 1 ETP
- Secrétaire 0,5 ETP

#### E. Mise en place du parcours de soins PAERPA.

La décision de proposer ou non l'inclusion dans une démarche PAERPA des patients se fait par une concertation entre le médecin traitant, l'infirmière libérale et/ou le kinésithérapeute, qui ensemble représentent la Coordination Clinique de Proximité (CCP).

Le parcours PAERPA passe par l'établissement d'un PPS. Ce document vise à aider les professionnels de santé à organiser la prise en charge des personnes, par une analyse concertée des problèmes identifiés, et la prise en compte des attentes des patients. Le modèle du PPS utilisé selon les territoires pilotes peut varier en fonction des besoins locaux ; cependant, afin d'harmoniser les pratiques et de faciliter la mise en place de cet outil, la HAS a proposé un modèle de PPS [27].

Le mode de réalisation du PPS varie selon les territoires pilotes : dans certains, comme sur le PSLA d'Isigny/Mer, il est réalisé en autonomie par les membres de la CCP ; dans d'autres, la CTA est force de proposition avec une relecture et adaptation ultérieure par le médecin traitant du patient. Ce PPS ouvre droit à une rémunération de la part de la CPAM, qui est répartie entre les différents professionnels se réunissant en CCP.

Ce parcours de soins permet également une rémunération du temps de coordination des acteurs : ainsi, la Sécurité Sociale rémunère à hauteur de 100€ les professionnels participant à la CCP, la somme se répartissant entre les différents professionnels.

#### F. Première évaluation qualitative au niveau national

En mai 2017, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) publie un premier rapport d'évaluation du PAERPA dans les premiers territoires pilotes du PAERPA.

Ce rapport relève que l'un des apports du programme PAERPA réside dans le décroisement des différents acteurs du parcours de soins ; qui sont souvent, par le biais de cette expérimentation, amenés à faire connaissance les uns avec les

autres, ce qui n'était souvent pas le cas alors même qu'ils travaillent dans le même secteur tant sur le plan de l'activité que de la géographie.

Il en ressort également un besoin d'articulation de ce programme plus important avec les filières déjà existantes : par exemple les filières de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) à l'hôpital et le PAERPA ; ou encore des filières qui vont vers un but commun comme la MAIA et le PAERPA.

Le PPS lui apparaît servir deux rôles : une coordination entre les professionnels, ce qui était attendu ; mais également un moyen de solliciter la CTA pour activer la mise en place de services auprès des patients fragilisés.

En revanche, parmi les points négatifs, le rapport de la DREES pointe une difficulté d'intégration de la démarche PAERPA à l'hôpital, où seul deux types de services de soins se l'approprient réellement : la gériatrie et les urgences. Elle note également que les systèmes d'information collaboratifs ont constitué une part importante du budget de l'expérimentation, pour des résultats insatisfaisants ainsi que des délais très longs à l'usage. De même, le développement de l'outil informatique pose question : peuvent être envisagés soit un logiciel générique mais peu adapté aux besoins locaux, soit un développement très localisé mais qui deviendrait difficile à articuler avec d'autres programmes. [28]

#### G. Le parcours PAERPA sur le territoire du Bessin Pré-Bocage.

Les patients se voient proposer une inclusion dans le parcours PAERPA en fonction de différents critères. Dans l'expérimentation menée sur le territoire du Bessin-Pré-Bocage, ils doivent présenter deux critères parmi ceux listés, à savoir :

- Une pathologie non stabilisée
- Une polypathologie (définie comme la présence de trois ou plus pathologies chroniques), ou une insuffisance d'organe (cœur, poumons, reins) sévère, ou encore une polymédication (10, ou plus, traitements)
  - Au moins une hospitalisation en urgence dans les six derniers mois.
  - Un grand nombre d'intervenants (sans définition du grand nombre).
  - Une restriction de ses déplacements.
  - Des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont des addictions éventuelles) ne lui permettant pas de gérer son parcours de santé, ou mettant en difficulté l'aidant ou l'entourage du patient.
- Des problèmes d'ordre socioéconomique (isolement, faibles ressources, conditions d'habitat)
- Des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins.

S'ils présentent deux de ces critères, le médecin traitant peut se poser la question de la nécessité d'un PPS pour ces patients, et s'il pense qu'il y a cette nécessité, il peut le proposer au patient, qui a le choix d'accepter ou de refuser cette entrée dans le parcours de soins PAERPA.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

## **I – Type d'étude**

Une étude descriptive a été réalisée sur l'ensemble des patients inclus dans le parcours de soins PAERPA jusqu'à la fin du mois de février 2018. Les données ont été collectées auprès des médecins généralistes du PSLA d'Isigny/Mer ainsi que de la CTA située à Bayeux.

## **II – Recueil de données**

Ont été recueillis pour analyse l'ensemble des PPS réalisés dans le PSLA d'Isigny/Mer depuis le lancement du parcours PAERPA, jusqu'à la date du 28 février 2018. Ces PPS étaient anonymisés avec simplement le sexe du patient mentionné en lieu et place de son nom, et son année de naissance conservée seule, sans mention du jour ou du mois. Ont également été retirés les noms des médecins traitants et autres professionnels de santé impliqués dans les parcours de soins des patients.

## **III – Analyse**

Les informations recueillies sur les PPS ont été regroupées par thématiques : professionnel initiant la démarche du PPS, aidants à domicile avant l'inclusion, motif d'inclusion, critères permettant la proposition de l'inclusion, préférences des patients, et enfin les propositions du plan de soins. Ces propositions ont été regroupées en grandes thématiques, suivant autant que possible les grands axes d'action du PAERPA définis par les motifs majeurs d'hospitalisation de la personne âgée.

Les graphiques ont été réalisés avec le logiciel LibreOffice Calc.

# RÉSULTATS

## **I – Caractéristiques de la population.**

27 PPS ont été réalisés dans le PSLA d'Isigny/Mer entre avril 2017 et février 2018. La population étudiée se compose de 8 hommes pour 17 femmes, et deux personnes dont le sexe n'était pas précisé sur le PPS.

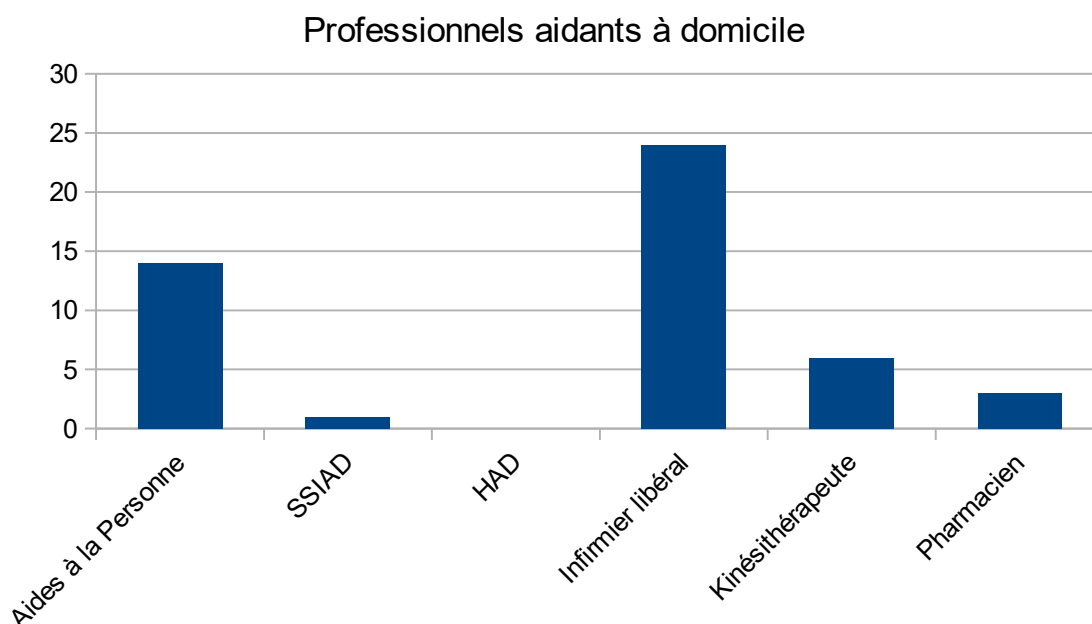
L'âge moyen des personnes incluses était lui de 85,9 ans, soit approximativement 85 ans et 10 mois, avec pour plus jeune âge à l'inclusion 76 ans, et un patient le plus âgé ayant 100 ans.

## **II – Initiation du parcours PAERPA**

L'origine de la demande de PPS émanait dans la grande majorité des cas (22/25) qui mentionnaient cette information du médecin traitant, avec l'infirmière libérale la présentant dans deux cas, et une personne extérieure non précisée dans un cas. Deux PPS n'étaient pas renseignés quant à la personne à l'origine de la demande d'entrée dans ce parcours de soins.

## **III – Intervenants avant l'initiation du parcours PAERPA**

Les patients inclus dans le parcours PAERPA bénéficiaient tous de l'intervention d'aidants dans leur prise en charge. Au premier rang de ces professionnels impliqués vient l'infirmière, qui intervient dans la prise en charge de 24 des 27 patients, devant les aides à la personne chez 14 patients, le masseur-kinésithérapeute chez 6 patients. Le pharmacien, lui, est noté comme intervenant chez 3 patients, et une personne âgée bénéficie des services du SSIAD. En revanche, aucun patient en HAD n'a été inclus dans ce parcours de soins. Les intervenants étaient souvent multiples chez les patients : 4 patients comptaient 3 intervenants différents, 13 en comptaient 2, et 10 en comptaient un seul.



*Figure 5 : répartition des aidants à domicile avant inclusion.*

#### **IV – Motif d’inclusion dans le parcours PAERPA**

La cause majoritaire d’inclusion dans le parcours PAERPA est celle du maintien à domicile, cité comme motif d’inclusion chez 26 des 27 patients inclus. Derrière suivent l’accompagnement (7 patients), les conseils d’hygiène et de vie (6 patients), le retour à domicile (3 patients), un besoin d’évaluation globale (2 patients), et chez un patient l’accès à des services médicosociaux. En revanche, plusieurs motifs proposés sur le PPS n’ont jamais été cités : l’accès aux droits, l’accompagnement pour l’entrée dans une structure, l’accès et organisation à un parcours de santé, une coordination des intervenants dans le cadre d’une prise en charge pluridisciplinaire, ou encore la prise en charge de la fin de vie.

Le mode d’entrée dans le parcours PAERPA, lui, se fait de façon largement majoritaire de façon anticipée (20 cas), pour 4 de façon semi-urgente, et aucun dans l’urgence. Trois PPS n’ont eux pas été renseignés sur ce point.

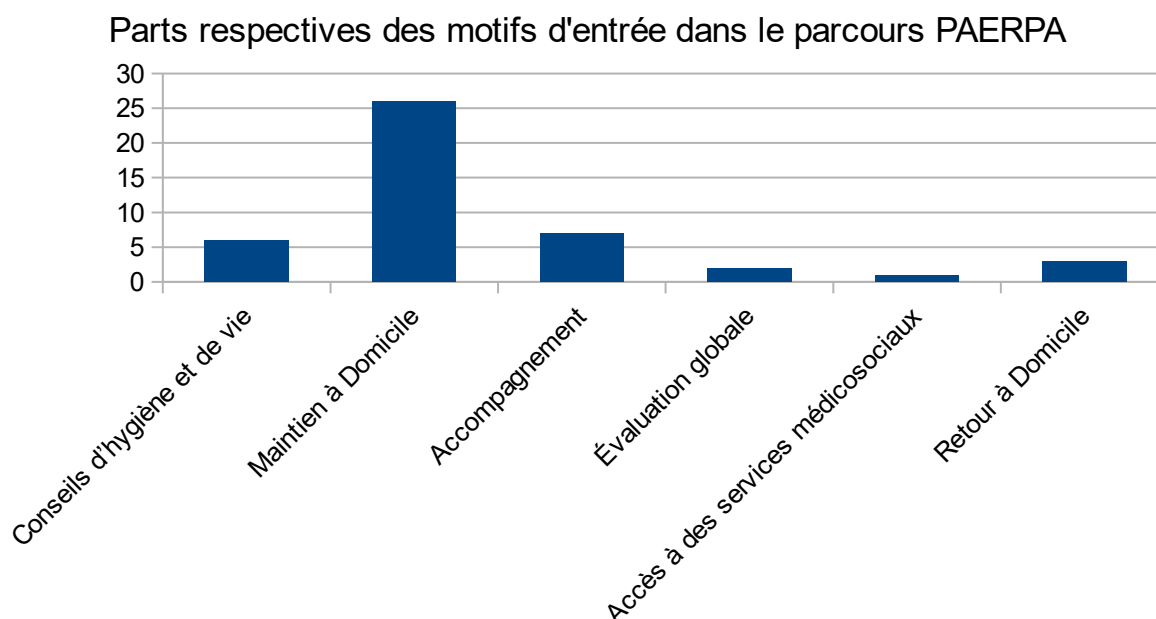


Figure 6 : Importance relative des motifs d'entrée dans le parcours PAERPA

## V – Critères d'inclusion.

Les patients inclus devaient, pour l'être, présenter au moins deux des critères définis dans le PPS. On observe qu'en pratique ils en présentaient souvent davantage : un seul patient présentait 2 des critères, quand 6 en comptaient 3, 8 en comptaient 4, 7 en présentaient 5 et 5 en rassemblaient 6, sur huit critères possibles.

Nombre de critères d'inclusion présentés par les patients

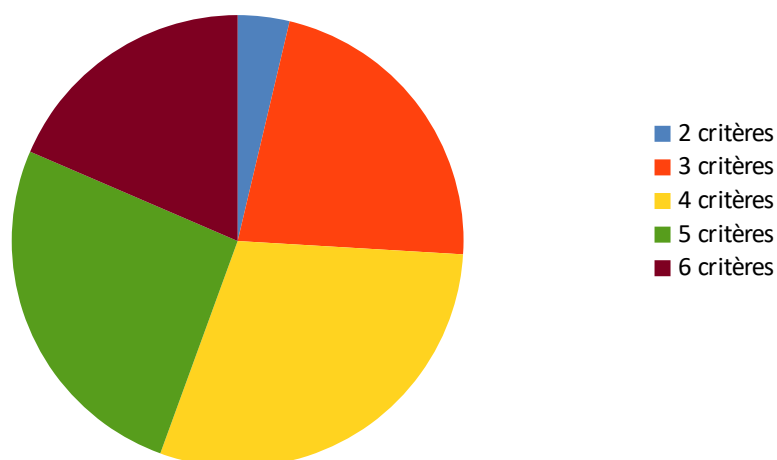
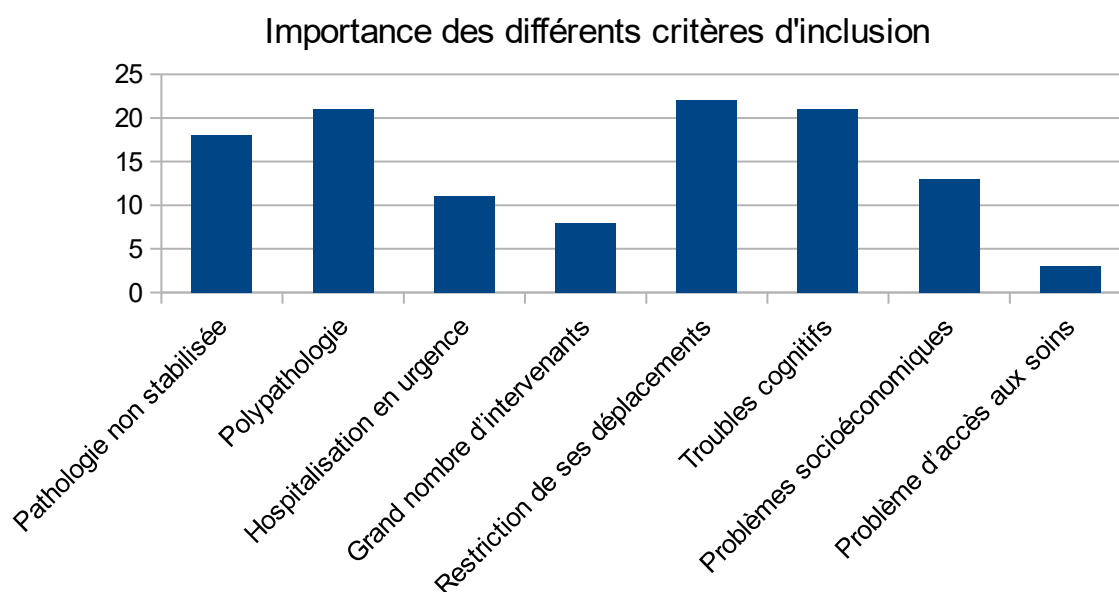


Figure 7 : nombre de critères d'inclusion présentés par les patients.

Les critères sur lesquels les patients étaient inclus étaient eux très divers. Au premier rang on retrouve la restriction des déplacements, chez 22 patients sur les 27

étudiés ; suivent ensuite la polypathologie, insuffisance d'organe ou polymédication et les troubles cognitifs, chez 21 patients ; 18 patients quant à eux présentaient une pathologie non stabilisée. On retrouve ensuite les problèmes socioéconomiques chez 13 patients, une hospitalisation en urgence récente chez 11 patients, un grand nombre d'intervenants chez 8 patients ; et au dernier rang, les problèmes d'accès aux soins chez 3 patients.



*Figure 8 : Importance relatives des différents critères d'inclusion.*

## **VI – Préférences des patients**

Les patients interrogés ont tous manifesté une préférence pour le maintien à domicile dans le cadre de leur prise en charge : sur les 27 PPS étudiés, 24 faisaient mention d'une préférence du patient pour le maintien à domicile, les trois autres n'étant pas renseignés sur ce plan, et par conséquent, aucun patient ne s'étant prononcé en faveur d'une autre possibilité, type entrée en institution.

## **VII – Propositions du plan de soins :**

Le principal élément mentionné a été la prévention de la iatrogénie et l'amélioration de l'observance, qui a été proposée pour 17 des PPS étudiés. Pour ces actions, le professionnel de santé le plus mobilisé est l'infirmier libéral, dans 15 cas, suivi du médecin traitant, intervenant dans trois cas ; et enfin le pharmacien et la famille du patient sont eux sollicités en une occasion chacun.

Les propositions faites sont souvent un encadrement plus important du patient par l'infirmier, avec une augmentation du nombre de passages quotidiens de l'infirmier au domicile du patient (5 fois), une dispense quotidienne du traitement par l'infirmier (4 fois), la préparation d'un semainier (4 fois), une surveillance biologique de la part de l'infirmier autant que du médecin, situation retrouvée 5 fois, dont 4 fois pour la surveillance de l'INR, qui a été mentionnée de façon spécifique dans le plan de soins en complément de la prévention de la iatrogénie de façon plus générale. La constitution au domicile d'une boîte de médicaments sécurisée (non accessible au patient) a également été mise en place deux fois pour éviter les erreurs de prise médicamenteuses.

Plusieurs autres propositions ont été faites à une reprise : Chez un patient, le nettoyage de la paire de lunettes a été pointé comme devant être amélioré ; chez un autre, l'épouse a été impliquée pour la distribution du traitement ; le médecin traitant a prévu des passages plus réguliers pour s'assurer de la bonne prise des traitements d'un patient. Enfin, l'éducation thérapeutique est présente à deux reprises, avec une éducation d'un patient à la gestion de son INR ; et une vérification de la compréhension de son traitement par un autre patient assortie de conseils réguliers est prévue.

Le second point sur lequel se concentrent les propositions est la prévention des chutes, présente dans 10 PPS. Les professionnels mobilisés ont été plus divers que pour la prévention de la iatrogénie, avec 6 catégories professionnelles impliquées, ainsi qu'une structure d'aide globale, la MAIA, chez deux patients.

Le kinésithérapeute est le professionnel le plus sollicité, à quatre reprises, pour une rééducation du patient à la marche. Le pharmacien est lui impliqué à trois reprises dans cette prévention, afin de procurer au patient des aides techniques adaptées ; notamment un lit médicalisé ; rôle qui vient compléter celui de l'ergothérapeute de la CTA, mobilisé à deux reprises pour une évaluation du domicile et des propositions d'adaptation. Le médecin traitant et l'infirmière sont eux aussi sollicités deux fois chacun, pour des actions variées : un bilan neurologique, conseiller le recours à une téléalarme, accompagner le patient dans une limitation de sa consommation de psychotropes, ou encore la surveillance de la tension artérielle. Les services d'aide à la personne sont eux aussi intégrés dans cette prise en charge, pour des soins de nursing.

La lutte contre la dénutrition est mise en avant chez six patients. Cette fois, les mesures proposées passent par le médecin traitant à quatre reprises, l'auxiliaire de vie à deux reprises, et l'on fait également appel à l'infirmier libéral ainsi qu'au gériatre, à une reprise chacun. Les propositions passent-elles par une augmentation de la fréquence des pesées (3 fois), la mise en place d'un portage des repas (2 fois), Un bilan gériatrique, ainsi que la surveillance de l'apparition éventuelle d'escarres.

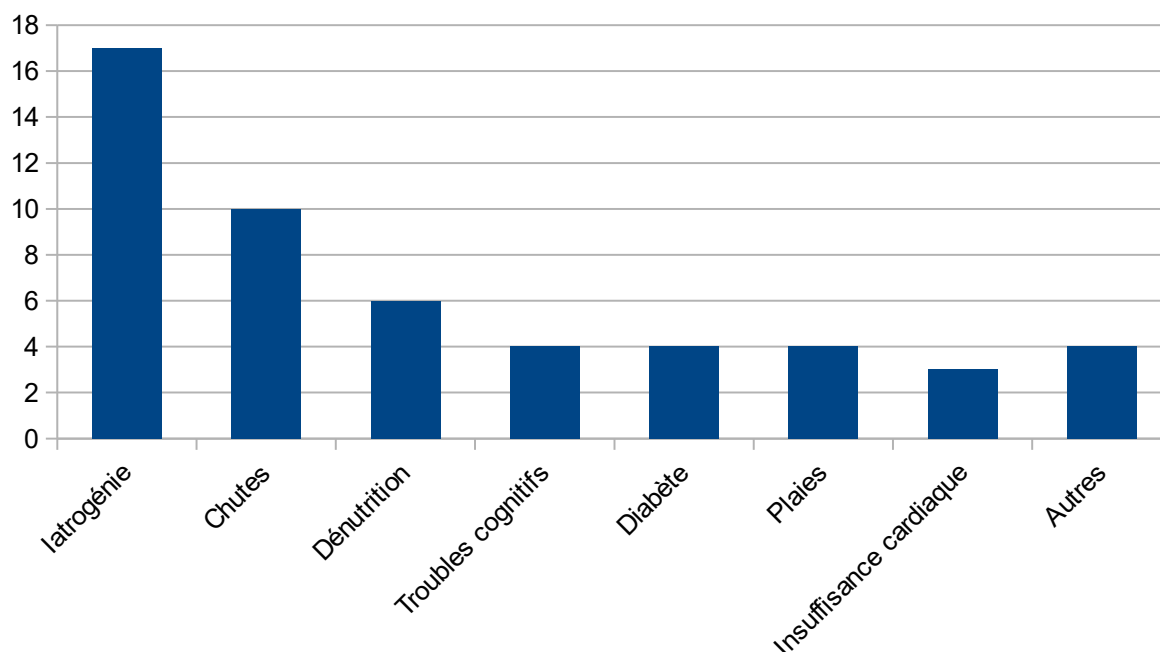
Le suivi de pathologies spécifiques fait lui aussi partie des propositions fréquentes. On retrouve ainsi la surveillance de patients diabétiques (4 fois), pour qui l'infirmier libéral est le seul professionnel mobilisé après la concertation pluridisciplinaire, pour des surveillances de glycémie (2 fois) avec passages quotidiens chez les patients (2 fois également).

La surveillance de l'évolution de plaies est également présente à quatre reprises, mobilisant à chaque fois l'infirmière, avec une sollicitation également pour le médecin traitant, le podologue, et le chirurgien. Les propositions ont elles été variées, adaptées à chaque situation : surveillance des œdèmes des membres inférieurs, soins quotidiens et pansements, soins de pédicurie ou encore surveillance biologique de l'éventuelle surinfection de plaies chroniques.

Le dépistage de troubles cognitifs est présent de façon assez prévisible dans une population cible âgée, avec quatre dépistages proposés, mettant pour chacun d'eux le médecin traitant et le gériatre en action, avec le neuropsychologue sollicité trois fois sur quatre également.

Enfin l'insuffisance cardiaque est la dernière pathologie chronique mentionnée spécifiquement à plusieurs reprises (3 fois), avec des actions du médecin traitant (3 fois), de l'infirmier (2 fois) et de la famille (1 fois). Les actions proposées, chacune une seule fois, ont été : la surveillance clinico-biologique, la surveillance plus particulière du poids et des œdèmes, et la surveillance de la bonne prise du traitement.

On a également retrouvé des propositions faites pour des cas spécifiques, à une reprise chacun : un suivi de l'hémogramme avec injection de vitamine B12 mensuelle par l'infirmier, des soins d'hygiène réalisés par l'infirmier également, un patient ayant besoin d'être rassuré par l'infirmier et le médecin traitant, et un dernier chez qui une prévention du fécalome est réalisée conjointement par l'infirmier et les services d'aide au domicile.



*Figure 9 : importance relative des différentes problématiques dans les propositions du plan de soins.*

## **VIII – Propositions du plan d'aides.**

L'analyse des propositions liées au plan d'aides des patients inclus dans le parcours PAERPA a elle aussi permis de dégager plusieurs grands thèmes. Le premier est la prévention des chutes (11 fois), pour laquelle on a mobilisé 7 fois l'ergothérapeute de la CTA, 3 fois la famille, 2 fois la MAIA, une fois le médecin traitant, et une autre fois l'ensemble des intervenants. Les propositions faites ont été en premier lieu l'intervention au domicile de l'ergothérapeute (6 fois), un réaménagement intérieur (3 fois) ou encore l'obtention ou l'utilisation d'une téléalarme (3 fois), voire le fait d'envisager un déménagement vers un domicile plus adapté (2 fois). Enfin, on a proposé à une reprise d'organiser un passage plus fréquent des divers intervenants au domicile de la personne, sans préciser quels étaient lesdits intervenants.

L'aide au maintien d'une hygiène corporelle a été mentionnée 7 fois, faisant intervenir en premier lieu les services d'aide à domicile (6 fois), le médecin traitant (3 fois), et l'assistant social de la CTA (1 fois). Les propositions faites ont été la mise en place d'une aide à la toilette (6 fois), d'une aide au ménage et aux courses (1 fois), une révision (2 fois) ou mise en place (1 fois) d'aides par le biais de l'APA.

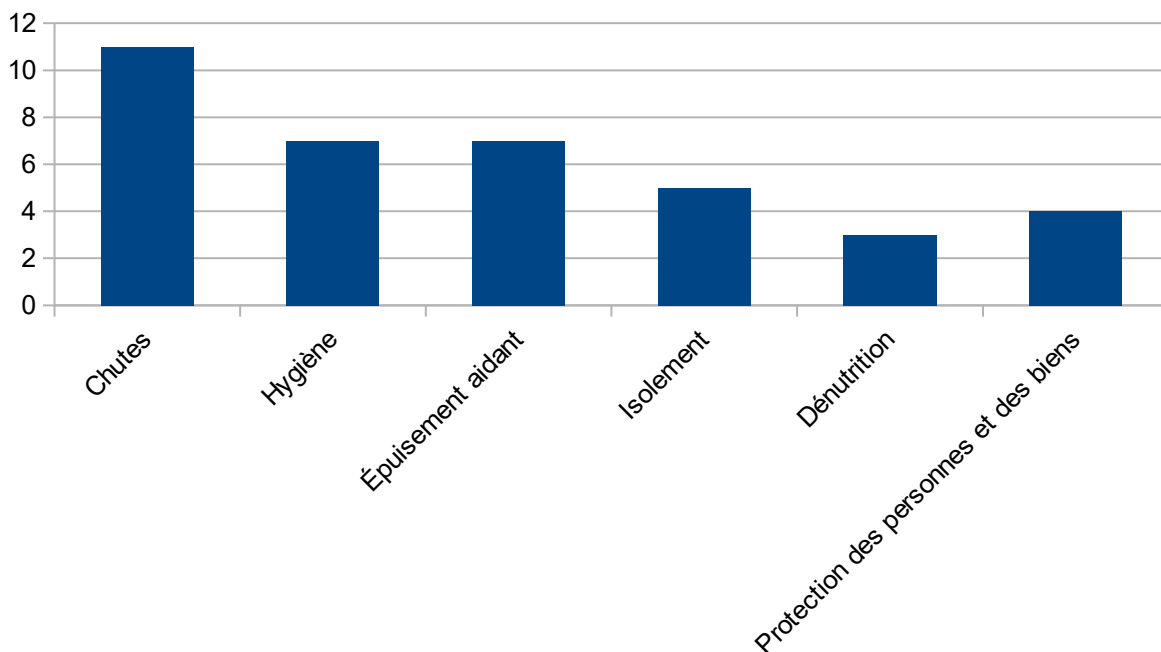
La prévention de l'épuisement de l'aidant principal a elle aussi été mentionnée 7 fois dans les plans d'aides. Pour ce faire, la mise en place d'une veille sociale a été proposée 4 fois, la mise en place d'aides au ménage 2 fois et à la toilette 1 fois, une

réévaluation du plan d'aides global une autre fois, ou encore un recours à un service d'accueil de jour gériatrique à Carentan, une fois lui aussi. Les professionnels mobilisés dans ces démarches ont été l'infirmier libéral (4 fois), ainsi que les aides à la personne (4 fois), le médecin traitant (3 fois) et la famille (1 fois).

L'isolement des personnes âgées a été mis en avant comme problématique à 5 reprises. Là encore les aides sociales ont été au premier rang des réponses faites, avec mobilisation de l'assistant social de la CTA pour permettre à des patients d'obtenir une prestation d'aide au déplacement (2 fois), une demande de révision de l'APA faite par le généraliste, une admission en accueil de jour avec un objectif partagé de prévention de l'épuisement de l'aidant, ou un accompagnement du patient par son médecin traitant vers une entrée en foyer logement. Une prise de contact du médecin avec le fils d'un patient pour impliquer la famille du patient a également été envisagée.

Une autre thématique retrouvée dans les propositions d'améliorations du plan d'aides est commune aux actions de soins, à savoir la lutte contre la dénutrition, chez trois patients. Pour ces actions, l'entourage des patients est le premier sollicité, avec la famille à deux reprises, les aides à la personne à deux reprises également, et l'infirmier libéral, à une reprise. Comme dans le plan de soins, on retrouve une surveillance du poids (2 fois) mise en avant. Les autres propositions sont une préparation des repas par une auxiliaire de vie, un suivi des repas par la famille, ou des échanges réguliers avec la famille du patient sur ce sujet.

Les autres propositions d'amélioration du plan d'aides faites relèvent de la protection des personnes, à quatre reprises : pour deux patients qui vivent en couple, la MAIA est mobilisée pour réfléchir à la mise en place de mesures de protection juridiques et d'aides à domicile ; voire, conjointement avec le médecin traitant, de réfléchir avec les patients à l'opportunité de leur entrée en EHPAD. Les deux autres propositions faites sollicitent l'assistant social de la CTA, avec une évaluation sociale globale pour un patient, et un accès aux droits pour un autre, avec la mise en place d'une protection mutuelle pour une prise en charge de ses frais de santé.



*Figure 10 : importance relative des différentes problématiques dans les propositions du plan d'aides*

## **IX – Professionnels participant à la réalisation du PPS**

Les PPS ont été réalisés en quasi-totalité (26 sur les 27 étudiés) par le médecin traitant et une infirmière représentant le cabinet prenant en charge le patient, un seul comptant un professionnel en plus, à savoir le pharmacien. Le kinésithérapeute, lui, n'a jamais été sollicité.

# DISCUSSION

## I – Limites et biais de l'étude

La collecte des données pour la réalisation de cette thèse descriptive s'est faite sous la forme de recueil de PPS préalablement anonymisés par la CTA de Bayeux. Elle a rassemblé au total 27 PPS, soit un nombre restreint de patients. Ceux-ci représentent les premiers patients inclus dans le parcours de soins PAERPA au PSLA d'Isigny/Mer. Ce nombre de patient inclus a permis de dégager plusieurs tendances, mais a pu ignorer plusieurs autres points qu'un échantillon plus important aurait permis de dégager, ce qui constitue une limite de cette étude.

Une autre limite de cette étude se retrouve dans le fait que les PPS étudiés aient été les premiers réalisés au PSLA d'Isigny/Mer. De ce fait, les praticiens concernés ont eu tendance à choisir les patients pour lesquels il était le plus simple de se réunir de façon pluridisciplinaire, privilégiant donc les patients pour lesquels les autres intervenants étaient également membres du PSLA d'Isigny/Mer, et n'incluant pas ou moins ceux qui étaient pris en charge notamment par d'autres cabinets infirmiers. De même, le territoire d'expérimentation ne recouvre que le Bessin-Pré-Bocage ; or, le bassin de population couvert par les personnels médicaux et paramédicaux d'Isigny/Mer s'étend au-delà de ses limites, du fait du caractère frontalier avec le département de la Manche. Un biais de sélection s'est donc introduit de ce fait dans l'étude.

Un autre biais présent est lié au choix des patients inclus dans le parcours de soins, qui est prévu pour cibler les patients qui sont en risque de perte d'autonomie plutôt que ceux qui sont déjà dans la perte d'autonomie. Du fait de l'initiation de cette démarche, les premiers patients que les professionnels de santé souhaitent faire bénéficier des possibilités de ce projet présentent souvent, comme on l'a vu, des problématiques multiples, ce qui n'est pas forcément le cas de la population ciblée initialement. Un biais de recrutement est donc induit. Cependant, on ne peut l'affirmer, puisque aucune évaluation de l'autonomie des patients n'était réalisée dans le cadre de cette thèse.

## II – Profil de la population étudiée

La population des patients inclus se compose comme on l'a vu de 8 hommes pour 17 femmes et deux patients dont le sexe n'était pas précisé, soit un sex ratio de 0,47 , pour un âge moyen de 85,9 ans. Ces chiffres sont proches de la réalité démographique française si l'on se rapporte à la pyramide des âges en 2018 créée d'après les chiffres de l'INSEE [1], qui projette, à 86 ans, une population de 106 000

hommes pour 189000 femmes, soit un sex ratio à 0,56. Ces données semblent indiquer que l'échantillon est représentatif de la population générale française de cet âge.

### **III – Analyse des résultats**

#### *A – Circonstances d'inclusion des patients*

Le principal motif d'inclusion des patients est le maintien à domicile, mis en avant chez tous les patients à l'exception d'un seul. Ce résultat pouvait être attendu, la problématique du maintien à domicile étant très présente dans la prise en charge des personnes âgées ; et ce d'autant plus que les patients les plus susceptibles d'être inclus rapidement dans cette démarche étaient probablement ceux chez qui cette problématique était la plus pressante.

Les autres motifs mis en avant le sont de façon nettement moins fréquente. On retrouve l'accompagnement au second rang, chez sept patients sur vingt-sept, qui trahit l'isolement dans lequel se trouvent les personnes âgées, ou leurs difficultés à gérer leurs activités, qu'elles soient du quotidien ou administratives, par eux-mêmes. Ce qui rejoint d'ailleurs le troisième motif cité par ordre de fréquence, les conseils d'hygiène et de vie, qui sont mentionnés pour six patients, trahissant là aussi une entrée dans la dépendance [11].

Les autres motifs cités, par ordre décroissant le retour à domicile, le besoin d'évaluation et l'accès aux services médicosociaux, s'intègrent tous trois dans une prise en charge globale du patient et le besoin de réévaluer sa situation actuelle pour adapter l'offre d'aides et de soins à ses besoins réels.

Enfin, plusieurs motifs d'inclusion n'ont pas du tout été utilisés, probablement en raison de la taille réduite de l'échantillon étudié qui n'a pas permis d'observer le recours à des motifs correspondant à des situations plus rares, voire inadaptées au parcours PAERPA (telle la prise en charge de la fin de vie) mais présentes sur le modèle de PPS qui sert d'outil à la PTA dans le cadre d'autres programmes pour lesquels un outil unique a été développé.

Concernant les circonstances d'entrée dans le parcours PAERPA, on trouve très largement une entrée se faisant de façon anticipée, ce qui paraît cohérent avec un parcours de soins visant à prévenir l'émergence de la perte d'autonomie. Dans quatre situations, l'entrée s'est faite de façon semi-urgente ; et enfin, aucun patient n'a été inclus dans l'urgence.

Concernant les intervenants au domicile des patients au moment de leur inclusion dans ce parcours de soin, la majorité des patients étaient déjà pris en charge par un infirmier libéral ; près de la moitié (14) bénéficiaient d'aides au domicile en revanche, peu d'entre eux (seulement 6) recevaient des soins de kinésithérapie. Concernant la prise en charge par le pharmacien, seuls 3 patients étaient considérés comme en bénéficiant, mais ce chiffre est sujet à caution : la plupart des patients inclus étant considérés comme polypathologiques au titre de la grille de repérage, il est légitime de supposer qu'ils suivaient un traitement chronique, et que leur pharmacien était donc impliqué dans leur prise en charge à un certain niveau.

### *B – Critères de repérage du risque de perte d'autonomie.*

Les patients, pour être inclus, devaient présenter au moins deux critères considérés comme pouvant provoquer un risque de perte d'autonomie. On a pu observer que les patients en présentaient souvent bien plus, puisque 20 patients en présentaient 4 ou plus (jusqu'à 6), alors que sept patients seulement en comptaient trois ou moins. Parmi ces critères, les quatre plus présents, tous retrouvés pour plus de la moitié des patients étudiés étaient la restriction des déplacements (22 patients), les troubles cognitifs (21 patients), la polypathologie telle que définie dans ce cadre (21 patients) , et enfin la présence d'une pathologie non stabilisée (18 patients), ce qui tendrait à dire que les patients inclus dans cette étude par les différents professionnels de santé pourraient être considérés comme dépendants plus que comme à risque de le devenir, comme devrait l'être la population ciblée par le parcours PAERPA .

Les autres critères ont été moins fréquemment retrouvés dans les PPS étudiés, en particulier les problème d'accès aux soins cités pour seulement trois patients. Ce chiffre peut s'expliquer que, pour une inclusion dans ce parcours de soin, les personnes nécessitent justement d'être déjà inclus dans une filière de soins, puisque le repérage des patients à risque est effectué par des professionnels de santé. De même, le grand nombre d'intervenants est peu cité, ce pourquoi on peut proposer plusieurs explications : d'une part, l'absence de définition précise du « grand nombre d'intervenants » dans ce cadre ; d'autre part, le fait que les médecins ne sachent pas nécessairement, notamment pour les patients qui se déplacent au cabinet pour leurs consultations, qui sont les personnes qui interviennent chez leur patients, ni combien ils sont. Et cette difficulté se ressent aussi pour les problème socioéconomiques, cités 13 fois alors qu'Isigny/Mer est un territoire économiquement défavorisé, avec un taux de pauvreté plus important que la moyenne nationale (20 % contre 14,3 au niveau national) [29,30] et un revenu médian inférieur à la moyenne départementale [29, 31].

## *C – Les quatre grands risques auxquels s'adresse le PAERPA*

L'élément le plus souvent retrouvé dans les propositions d'amélioration du plan de soins des patients inclus dans le parcours PAERPA est l'amélioration de l'observance thérapeutique couplée à la prévention de la iatrogénie. On peut observer que le professionnel de santé le plus impliqué dans les prises en charges est l'infirmier libéral, qui est chargé de sécuriser la prise des traitements, soit en préparant un pilulier pour la semaine, soit en se déplaçant physiquement plusieurs fois par jour pour préparer directement et s'assurer de la prise des bons traitements aux bonnes posologies. Un autre outil mis en place est la constitution de boîtes sécurisées au domicile des patients, fermées par un cadenas pour que seuls les professionnels de santé aient accès au traitement et éviter ainsi tout risque d'erreur.

Parmi ce grand groupe émerge un petit sous-groupe consacré spécifiquement à la surveillance de l'INR, ce qui n'est guère étonnant, les enquêtes ENEIS 1 et 2 ayant mis en évidence [33] que les anticoagulants sous toutes leurs formes étaient les médicaments responsables du plus grand nombre d'accidents iatrogènes graves (37 % en 2004 et 31 % en 2009).

Le second élément retrouvé est la prévention des chutes, pour laquelle les propositions faites ont concerné autant les soignants médicaux et paramédicaux que le réseau d'aides disponible. Ce pan de la prise en charge dans le parcours PAERPA permet de voir que le recours à un ergothérapeute rendu possible par ce parcours de soins est jugé très utile, puisque c'est le professionnel auquel il est le plus souvent fait appel dans ce cadre, devant même le kinésithérapeute. Cette thèse illustre également le fait que les chutes soient un domaine sur lequel chacun, professionnel de santé ou non, peut intervenir, puisque c'est le domaine dans lequel on observe le plus d'intervenants différents sollicités pour les mesures à mettre en œuvre ; et on note que la famille est souvent mobilisée elle aussi.

Les propositions faites en elles-mêmes sont assez variées, avec les compétences de chacun des professionnels mobilisées : des évaluations par les ergothérapeutes, des rééducations par les kinésithérapeutes, du matériel médical adapté fourni par les pharmaciens, des demandes de téléalarmes auprès des services d'aide à la personne... Cette diversité fait ressortir l'adaptation précise des réponses aux problématiques de chaque personne, ce qui est l'objectif du parcours PAERPA.

Un autre thème est commun entre les propositions faites sur le plan des soins et celles faites sur le plan des aides : la lutte contre la dénutrition, qui est le troisième grand axe du PAERPA. La première proposition faite est sans surprise l'établissement de pesées régulières, chose qui n'est pas toujours aisée pour des patients chez qui le médecin se déplace en visite, et n'ayant pas nécessairement un

pèse-personne à domicile. Les autres propositions faites visent à l'organisation d'un portage des repas ou à la préparation par un tiers, ou encore à une surveillance plus rapprochée des prises alimentaires par l'entourage, famille ou aidants.

Après l'évocation du bon usage des médicaments, de la prévention des chutes et de la dénutrition, qui sont trois grands axes du parcours PAERPA, on évoque donc le quatrième grand axe de ce parcours qui est aussi le quatrième risque d'hospitalisation des personnes âgées, la dépression. Celle-ci n'est pas évoquée formellement dans la prise en charge, mais on retrouve néanmoins des mesures visant à limiter l'isolement des personnes, qui est un facteur de dépression ; et des bilans gériatriques de troubles cognitifs sont également proposés, puisque l'on sait que les troubles cognitifs s'accompagnent généralement également de troubles dépressifs.

#### *D- Autres mesures.*

Au-delà de ces grands axes du PAERPA, les professionnels de santé se sont également approprié l'outil pour coordonner des actions de soins plus classiques chez des patients, dans des situations où la pathologie menaçait leur autonomie. Ainsi l'insuffisance cardiaque, qui figure dans les critères pouvant ouvrir l'accès à un PAERPA, est-elle prise en charge dans le cadre de ce parcours à trois reprises ; mais on y retrouve aussi la prise en charge des plaies et du diabète, qui sont des pathologies dont la prise en charge est amenée très souvent à être pluridisciplinaire. On retrouve également d'autres mesures, proposées une seule fois, vraisemblablement en réponse à des situations particulières : des soins d'hygiène prodigués par l'infirmier libéral, une réassurance du patient, un suivi de l'hémogramme, ou encore une surveillance du transit intestinal afin d'éviter l'apparition d'un fécalome. Ce parcours de soins offre donc la possibilité d'ouvrir du temps dédié de concertation et coordination des soins pour ces patients, en s'écartant légèrement du cadre prévu initialement, mais toujours dans le même objectif.

De même, dans l'objectif de favoriser le maintien à domicile des patients, qui a été largement plébiscité par les patients inclus dans le parcours PAERPA (24 sur 27 s'étant prononcés en faveur de celui-ci, les trois autres PPS n'ayant pas été renseignés sur le sujet), on peut observer une part importante faite à la prévention de l'épuisement de l'aidant, par une majoration des aides ainsi qu'un recours aux dispositifs de veille sociale. Ces mesures permettent ainsi de préserver les proches aidants, et ainsi de stabiliser les situations de maintien à domicile qui peuvent se dégrader rapidement lorsque l'épuisement survient, ou lorsque la santé de l'aidant vient à décliner en raison de la charge ressentie du fait de sa place d'aidant.

### *E – Implication des différents professionnels dans le PPS.*

Comme on l'a vu, les PPS ont été réalisés quasiment exclusivement par l'association du médecin traitant et d'une infirmière, avec une exception faisant participer le pharmacien. Cette répartition est probablement due au fait que ces PPS soient les premiers réalisés, et que les professionnels « référents » ont besoin de se sentir à l'aise dans cette démarche avant de l'étendre aux autres professionnels. Ainsi, on peut observer que le PPS auquel participe le pharmacien est l'un des derniers réalisés dans la période étudiée. Cependant, ce résultat n'est pas pleinement représentatif de la réalité du terrain : en pratique, les différents professionnels profitent de réunions interprofessionnelles pour discuter de l'opportunité de proposer une inclusion dans ce parcours PAERPA à certains de leurs patients même s'ils ne sont pas présents au moment de la concrétisation de ce PPS par la CCP.

## CONCLUSION

La perte d'autonomie des personnes âgées est un enjeu majeur de santé publique des années à venir, avec une population vieillissante, et notamment dans le Bessin Pré-Bocage où elle vieillit plus vite que dans le reste du territoire français. Les pouvoirs publics ont proposé au fil des années diverses réponses, dont la dernière en date est le parcours des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie, ou PAERPA. L'expérimentation de ce parcours de soins en est encore à ses débuts, notamment sur le territoire du Bessin Pré-Bocage, et plus particulièrement dans le PSLA d'Isigny/Mer.

L'expérimentation du parcours de soins PAERPA permet de coordonner l'action de personnels soignants et non soignants autour d'un Plan de Soins Personnalisé (PPS), qui permet de définir un projet commun à tous les intervenants et adapté aux problématiques de la personne. Ces problématiques se situent généralement, de façon logique, dans le champ des quatre grands axes portés par le parcours PAERPA, qui sont la dépression, la iatrogénie médicamenteuse, les chutes et la dénutrition. On a pu observer que les trois derniers motifs cités sont davantage ciblés que la dépression ; on peut penser que c'est parce que les différents professionnels non médicaux concernés sont moins habituellement impliqués dans la prise en charge de cette pathologie que des autres motifs, bien qu'une étude sur un échantillon plus large soit nécessaire pour établir cette conclusion.

Cependant, la mise en place d'un tel programme demande du temps, ce qui explique que les premiers PPS réalisés dans un territoire donné, qui sont ici la cible de l'étude, ne soient pas nécessairement représentatifs de ce que deviendra ultérieurement l'usage des outils procurés par ce parcours de soins. On peut notamment craindre que les patients inclus dans ce parcours au moment de la réalisation de ce travail de thèse soient moins autonomes que la population réellement ciblée par le projet initial ; du fait d'une envie mécanique des professionnels d'inclure en premier lieu les patients chez qui les problématiques sont évidentes et chez qui un besoin de coordination des soins est perçu au-delà de la seule problématique de la prévention de la perte d'autonomie. Ce biais de sélection initiale devrait disparaître au fil du temps, et une étude de PPS réalisés ultérieurement sur le même territoire pourrait permettre d'évaluer les propositions faites pour des personnes semblant plus menacées de perte d'autonomie que déjà dans cette perte.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] INSEE

Pyramides des âges (Population totale par sexe et âge - France et France métropolitaine) – paru le 16/01/2018

[2] Haute Autorité De Santé

Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées – paru le 27/10/2017

[3] INSEE

Projections de population à l'horizon 2070 – Paru le 3/11/2016

[4] INSEE

Les circonscriptions du Calvados face au défi du vieillissement – paru le 17/06/2010

[5] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Atlas de la démographie médicale 2016.

[6] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

La démographie médicale en région Basse-Normandie, situation en 2013

[7] JOURNAL OFFICIEL

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – publié le 22/07/2009

[8] Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy

M, De Decker L, Ferry M, Gonthier R, Hanon O, Jeandel C, Nourhashemi F, Perret-Guillaume C, Retornaz F, Bouvier H, Ruault G, Berrut G.

Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011 Dec 1;9(4):387-390.

[9] Fried TR, Bradley EH, Williams CS, Tinetti ME. Functional disability and health care expenditures for older persons. Arch Intern Med 2001 ; 161: 2602-2607.

[10] Vellas B, Cestac P, Morley JE. Implementing frailty into clinical practice : we cannot wait. J Nutr Health Aging 2012 ; 16: 599-600.

[11] Collège National des Enseignants de Gériatrie, Enseignement du 2<sup>e</sup> cycle, photocopié national

- [12] The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974
- [13] WONCA-EUROPE La définition européenne de la médecine générale / médecine de famille. 2002
- [14] Laroque P, Rapport Laroque – Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille. Éditions Harmattan, publié en 1961, réédité en 2014.
- [15] ANESM, Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile, 2013
- [16] Soullier, N. Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie. Études et résultats, 2012, n° 799
- [17] Thomas, P., Hazif-Thomas C., Delagnes, V., et al. La vulnérabilité de l'aidant principal des malades déments à domicile. L'étude Pixel. Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement, 2005, vol. 3, n° 3, pp. 207-220
- [18] JOURNAL OFFICIEL, Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie – Consulté le 30 janvier 2018
- [19] JOURNAL OFFICIEL, circulaire n° 81-8 du 1er octobre 1981 – Consulté le 30 janvier 2018.
- [20] Direction de l'action sociale, Sous-direction de la réadaptation, de la vieillesse et de l'aide sociale, Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005  
<http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251786.htm>
- [21] JOURNAL OFFICIEL, Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement – consulté le 30 janvier 2018
- [22] JOURNAL OFFICIEL, Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 – consulté le 30 janvier 2018

[23] <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/les-territoires-pilotes-paerpa> – consulté le 27/02/2018

[24] IGAS, Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes - janvier 2013

[25] 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

[26] Cahier des charges relatif à l'extension d'un territoire pilote PAERPA par nouvelle région, janvier 2013.

[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc\\_extension\\_paerpa.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc_extension_paerpa.pdf) – consulté le 16/03/2018

[27] Haute Autorité de Santé, Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA, novembre 2015

[28] Gand S, Periac E, Bloch M-A, Henaut L  
Évaluation qualitative PAERPA – Rapport final. DREES, série études et recherche, n° 135, mai 2017.

[29] INSEE, Comparateur de territoires <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-14342>

[30] INSEE, Estimation avancée du taux de pauvreté et des indicateurs d'inégalités, résultats expérimentaux pour 2015, paru le 05/12/2016

[31] INSEE, Ménages fiscaux et revenu disponible en 2014 : comparaisons régionales et départementales, paru le 29/9/2017

[32] DREES, Dossiers solidarité et santé, Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé, 2010, n° 17

# ANNEXES

## Annexe 1 : Modèle de PPS utilisé sur le territoire du Bessin Pré-Bocage



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Pré-bocage»



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                       |                                         |                                              |                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MT direct    | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH           | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD        | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD          | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☐ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                          | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input type="checkbox"/> Maintien à domicile                               | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie              | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/ coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>1</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                            |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

- ☐ en urgence ☐ en semi urgence ☐ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BENEFCIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |     | n  |   |
| A-t-elle une polypathologie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                        |     |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     |    |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     |    |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             |     |    |   |
| 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 socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     |    |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     |    |   |

<sup>1</sup>: insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? |     | n  |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  |     |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☐ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

Partenaire :

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                            |                          |  |                                         |  |                   |
|----------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------------|--|-------------------|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |                          |  | Date du pps :                           |  | Nom               |
|                            |                          |  |                                         |  | Prénom            |
|                            |                          |  |                                         |  | Date de naissance |
| Numéro PPS                 |                          |  | Noms des autres professionnels de santé |  |                   |
| Nom du Médecin traitant    |                          |  |                                         |  |                   |
| Nom du référent PPS        |                          |  |                                         |  |                   |
| Préférences de la personne | Priorités de la personne |  |                                         |  |                   |

| PLAN de SOINS                                                                    |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Ph classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |

| PLAN D'AIDES                                                                                 |                    |                              |              |                                   |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par<br>priorité par les<br>professionnels<br>sanitaires et<br>sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et<br>commentaires |
|                                                                                              |                    |                              |              |                                   |                                                                    |
|                                                                                              |                    |                              |              |                                   |                                                                    |
|                                                                                              |                    |                              |              |                                   |                                                                    |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :  
☐ CCP      date :  
☐ Staff      date :  
☐ RCP      date :

Commentaires :

Clôture PPS :      Date :  
☐ Réalisation des objectifs      ☐ Déménagement / Entrée en établissement      ☐ Décès      ☐ Nouveau PPS

## Annexe 2 : PPS inclus dans l'étude descriptive.

N°1



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage»



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom :

Sexe : Féminin

Date de naissance : 1927

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge :

☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☒ Infirmier ☐ Pharmacien

☐ Autre : Kinésithérapeute

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input checked="" type="checkbox"/> Accompagnement     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>a</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence

☒ en semi urgence

☐ anticipée

Orientation directe :

☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BENEFCIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |         |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup>: insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé :

☐ Périnatalité – Parentalité  
☐ Handicap

☐ Maladies Chroniques  
☐ Gériatologie

☐ Maladies graves évolutives

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non

☐ Oui

Composante :

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                                   |                  |  |  |                                                |            |
|-----------------------------------|------------------|--|--|------------------------------------------------|------------|
| <b>PLAN PERSONNALISE DE SANTE</b> |                  |  |  | <b>Date du PPS :</b><br>28/04/2017             | <b>Nom</b> |
| <b>Numéro pps</b>                 | <b>N°3</b>       |  |  | <b>Prénom</b>                                  |            |
| <b>Nom du Médecin traitant</b>    |                  |  |  | <b>Date de naissance</b>                       | 1927       |
| <b>Nom du référent PPS</b>        | Médecin traitant |  |  | Infirmière                                     |            |
| <b>Préférences de la personne</b> | Rester chez elle |  |  | <b>Noms des autres professionnels de santé</b> |            |
|                                   |                  |  |  | <b>Priorités de la personne</b>                |            |

| PLAN de SOINS                                                                           |                            |                                                   |                     |                                                          |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)</b> | <b>Objectifs partagés</b>  | <b>Libellé des actions dont ETP</b>               | <b>Intervenants</b> | <b>Critères d'atteinte des résultats</b>                 | <b>Bilan étape<br/>Date : Octobre 2017<br/>Atteinte des résultats et commentaires</b> |
|                                                                                         | Réassurance de la patiente | Interventions régulières du médecin et de l'IDE   | IDE et MT           | Reprise des activités domestiques<br>Reprise vie sociale | 6 mois                                                                                |
|                                                                                         | Surveillance du diabète    | Passage IDE 2 fois / jour<br>Conseils alimentaire | IDE                 | Absence d'hypoglycémie                                   | 6 mois                                                                                |
|                                                                                         |                            |                                                   |                     |                                                          |                                                                                       |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                    |                 |                              |              |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés |                 | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats   |
|                                                                                  | Prévenir l'aidante | l'épuisement de | Réévaluation du plan d'aide  | IDE          | Maintien cohabitation avec sa fille |
|                                                                                  |                    |                 |                              |              |                                     |
|                                                                                  |                    |                 |                              |              |                                     |

Adhésion de la personne au PPS :

☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : 28/04/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date : 30/10/2017

☐ Réalisation des objectifs ☒ Déménagement / Entrée en établissement ☐ Décès ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Masculin

Date de naissance : 1935

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> structure                     |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           | <input checked="" type="checkbox"/> Evaluation globale |

Circonstance de l'intervention :

- ☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

### PERSONNES POUVANT BENEFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui                                 | no<br>n                             | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| 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 ? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à <u>deux</u> des questions précédentes | oui                                 | no<br>n | ? |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ?        | <input checked="" type="checkbox"/> |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

- ☒ Non ☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

# PLAN PERSONNALISE DE SANTE

| PLAN PERSONNALISE DE SANTE        |                         |                     |                                            | Date du PPS :<br>28/12/2017 | Nom  |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|------|
| Numéro<br>pps                     | Nom du Médecin traitant |                     | Noms des autres<br>professionnels de santé | Prénom                      | 1935 |
|                                   | Nom du référent pps     |                     |                                            | Date de<br>naissance        |      |
| Infirmière                        |                         | Infirmière          |                                            |                             |      |
| Préférence<br>s de la<br>personne |                         | Maintien à domicile |                                            | Priorités de la personne    |      |
|                                   |                         |                     |                                            | Maintien à domicile         |      |

| PLAN de SOINS                                                                                |                                                      |                                    |              |                                           |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par<br>priorité par les<br>professionnels<br>sanitaires et<br>sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                   | Libellé des actions dont ETP       | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats         | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et<br>commentaires |
| 1°                                                                                           | Eviter l'iatrogénie et l'inobservance médicamenteuse | Préparation par IDE d'un semainier | IDE          | Bonne prise du traitement observé par IDE |                                                                              |
|                                                                                              |                                                      |                                    |              |                                           |                                                                              |
|                                                                                              |                                                      |                                    |              |                                           |                                                                              |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                                                                                                                  |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                      | Libellé des actions dont ETP                                                                                                                                                                                            | Intervenants                                                                  | Critères d'atteinte des résultats                                                                                | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| 1°                                                                               | Sécuriser le domicile                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention ergo</li> <li>- Réaménagement logement</li> <li>- Renvoyer moyen de chauffage (bois)</li> <li>- Envisager un déménagement vers un logement plus adapté</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergo CTA</li> <li>- Fille</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de chutes</li> <li>- Absence d'accidents domestiques</li> </ul> |                                                                           |
|                                                                                  | Assurer l'hygiène corporelle et l'entretien du logement | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande de révision du plan d'aide APA,</li> <li>- Mise en place aide à la toilette</li> </ul>                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin</li> <li>- ADMR</li> </ul>   |                                                                                                                  |                                                                           |
|                                                                                  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                                                                                                                  |                                                                           |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☐ CCP date : ☐ Staff date : ☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom :

Sexe : Masculin

Date de naissance : 1937

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre : Kinésithérapeute

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input checked="" type="checkbox"/> Accompagnement     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>a</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence

☐ en semi urgence

☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X  |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  | X   |    |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |    |   |
| 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 ? | X   |    |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X  |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X  |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☐ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non

☐ Oui

Composante :

# PLAN PERSONNALISE DE SANTE

|                                   |     |                   |  |                                            |      |  |
|-----------------------------------|-----|-------------------|--|--------------------------------------------|------|--|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE        |     |                   |  | Date du PPS :<br>06/05/2017                | Nom  |  |
| Numéro<br>pps                     | N°4 |                   |  | Prénom                                     |      |  |
| Nom du Médecin traitant           |     |                   |  | Date de<br>naissance                       | 1937 |  |
| Nom du référent PPS               |     | Infirmière        |  | Infirmière                                 |      |  |
| Préférence<br>s de la<br>personne |     | Rester à domicile |  | Noms des autres<br>professionnels de santé |      |  |
|                                   |     |                   |  | Priorités de la personne                   |      |  |
|                                   |     |                   |  | Rester à domicile avec une autonomie       |      |  |

| PLAN de SOINS                                                                                |                    |                                                                               |              |                                   |                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par<br>priorité par les<br>professionnels<br>sanitaires et<br>sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP                                                  | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Novembre 2017<br>Atteinte des résultats et<br>commentaires |
| Sécuriser la prise<br>de<br>médicament                                                       |                    | Passage de l'IDE 3 fois par<br>jour                                           | IDE          |                                   | 6 mois                                                                           |
| Surveiller l'INR                                                                             |                    | Adaptation de la posologie<br>Contact téléphonique<br>Surveillance biologique | IDE + MT     |                                   | 6 mois                                                                           |
| Prévenir les chutes                                                                          |                    | Eviter la surconsommation<br>de psychotropes                                  | IDE + MT     |                                   | 6 mois                                                                           |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                                            |                                                |                   |                                   |                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                         | Libellé des actions dont ETP                   | Intervenants      | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Novembre 2017<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Maintenir l'hygiène corporelle de Monsieur et son logement | Mise en place d'aides au domicile              | Auxiliaire de vie |                                   | 6 mois                                                                        |
|                                                                                  | Prévenir les chutes                                        | Passages fréquents des différents intervenants |                   |                                   | 6 mois                                                                        |
|                                                                                  |                                                            |                                                |                   |                                   |                                                                               |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : 06/05/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs

☐ Déménagement / Entrée en établissement

☐ Décès

☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel : 22/11/2017

Origine de la demande :

- |                                       |                                         |                                              |                                             |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MT direct    | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice            |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH           | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  | <input type="checkbox"/> IDEL               |
| <input type="checkbox"/> SSIAD        | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                             |
| <input type="checkbox"/> HAD          | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                             |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1930

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale                      |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui                                 | no<br>n                             | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| 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 ? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui                                 | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | <input checked="" type="checkbox"/> |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |                         |  |                                         | Date du PPS : 16/11/17 | Nom  |
|----------------------------|-------------------------|--|-----------------------------------------|------------------------|------|
| Numéro PPS                 | Nom du Médecin traitant |  | Noms des autres professionnels de santé | Prénom                 | 1930 |
|                            | Nom du référent PPS     |  |                                         | Date de naissance      |      |
| Préférences de la personne | Maintien à domicile     |  | Priorités de la personne                | Etre moins isolée      |      |
|                            |                         |  |                                         |                        |      |

| PLAN de SOINS                                                                    |                              |                              |              |                                                     |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés           | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats                   | Bilan étape<br>Date : Mai 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Prévenir l'iatrogénie        | Préparation d'un semainier   | IDE          | Bonne observance thérapeutique                      |                                                                          |
|                                                                                  | Prévenir les chutes          | Renforcement musculaire      | Kiné         | Absence de fracture et d'hospitalisation pour chute |                                                                          |
|                                                                                  | Lutter contre la dénutrition | Pesée mensuelle              | Médecin      | Prise de poids                                      |                                                                          |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                              |                                                                                        |                                |                                                   |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés           | Libellé des actions dont ETP                                                           | Intervenants                   | Critères d'atteinte des résultats                 | Bilan étape<br>Date : Mai 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Prévenir l'isolement         | - accompagnement dans le choix vers un foyer-logement<br>- révision du plan d'aide APA | Médecin                        | Bien-être moral                                   |                                                                          |
|                                                                                  | Lutter contre la dénutrition | - préparation des repas                                                                | Auxiliaire de vie              | Prise de poids                                    |                                                                          |
|                                                                                  | Prévention des chutes        | - Réaménagement du logement                                                            | Médecin/famille/ergo<br>PAERPA | Absence de fracture, d'hospitalisation pour chute |                                                                          |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : le 16/11/2017

☐ Staff date :

☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs

☐ Déménagement / Entrée en établissement

☐ Décès

☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prébocage »



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1937

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> structure                     |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>o</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☐ anticipée

Orientation directe :

☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |     | X  |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           |     | X  |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X  |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  | X   |    |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |    |   |
| 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 ? | X   |    |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X  |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X  |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☐ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non

☐ Oui

Composante :

# PLAN PERSONNALISE DE SANTE

|                            |                     |  |                                         |                     |      |
|----------------------------|---------------------|--|-----------------------------------------|---------------------|------|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |                     |  | Date du PPS :<br>06/10/2017             | Nom                 |      |
| Numéro PPS                 |                     |  |                                         | Prénom              |      |
|                            |                     |  |                                         | Date de naissance   | 1937 |
|                            |                     |  |                                         | Infirmière          |      |
| Nom du Médecin traitant    |                     |  | Noms des autres professionnels de santé |                     |      |
| Nom du référent PPS        |                     |  |                                         |                     |      |
| Infirmière                 |                     |  |                                         |                     |      |
| Préférences de la personne | Maintien à domicile |  | Priorités de la personne                | Maintien à domicile |      |

| PLAN de SOINS                                                                   |                       |                                                    |              |                                   |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checlist) | Objectifs partagés    | Libellé des actions dont ETP                       | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Avril 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                 | Eviter l'iatrogénie   | Passage IDE 2 fois par jour<br>Pharmacie sécurisée | IDE          | Pas d'accidents iatrogéniques     |                                                                            |
|                                                                                 | Sécuriser le domicile | Mise en place d'un lit médicalisé                  | MAIA         | Eviter les chutes                 |                                                                            |
|                                                                                 |                       |                                                    |              |                                   |                                                                            |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                                |                                                                               |                       |                                                     |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                             | Libellé des actions dont ETP                                                  | Intervenants          | Critères d'atteinte des résultats                   | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Protéger la personne et ses biens              | Mise en place d'une mesure de protection                                      | MAIA                  | Mesure de protection effective                      |                                                                 |
|                                                                                  | Sécuriser le maintien à domicile               | Mise en place d'aide à domicile pour Monsieur                                 | MAIA                  | Plan d'aide APA mis en place                        |                                                                 |
|                                                                                  | Réfléchir à une entrée en EHPAD pour le couple | Accompagner le couple dans leur réflexion pour une entrée éventuelle en EHPAD | MAIA/médecin traitant | Décision prise quant à une possible entrée en EHPAD |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : 06/10/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs

☐ Déménagement / Entrée en établissement

☐ Décès

☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1942

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre : Kinésithérapeute

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                         |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                               | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie                   | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridisciplinaire/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>o</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                                 |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |         |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  | X   |         |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☐ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                            |     |  |                     |                                         |      |
|----------------------------|-----|--|---------------------|-----------------------------------------|------|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |     |  |                     | Date du PPS :<br>28/04/2017             | Nom  |
| Numéro PPS                 | N°1 |  |                     | Prénom                                  |      |
| Nom du Médecin traitant    |     |  |                     | Date de naissance                       | 1942 |
| Nom du référent PPS        |     |  |                     | Infirmière                              |      |
| Préférences de la personne |     |  | Maintien à domicile | Noms des autres professionnels de santé |      |
|                            |     |  |                     | Priorités de la personne                |      |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                    |                                                                  |              |                                                   |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                 | Libellé des actions dont ETP                                     | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats                 | Bilan étape<br>Date : Septembre 2017<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Sécuriser la prise des traitements | Passage de l'IDE 2 fois par jour                                 | IDEL         | Bonne observance des traitements<br>Résultats INR |                                                                                |
|                                                                                  | Eviter le fécalome                 | Surveillance du transit<br>Prescription de laxatifs systématique | IDE/SAD      | Soulagement de la douleur<br>Transit régulier     |                                                                                |
|                                                                                  |                                    |                                                                  |              |                                                   |                                                                                |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                            |                                           |              |                                   |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés         | Libellé des actions dont ETP              | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Septembre 2017<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Réduire le risque de chute | Réajuster le dispositif de téléassistance | Fils aidant  | Dispositif utilisé                |                                                                                |
|                                                                                  |                            |                                           |              |                                   |                                                                                |
|                                                                                  |                            |                                           |              |                                   |                                                                                |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☐ CCP date: ☐ Staff date: ☐ RCP date:

Commentaires :

Clôture PPS : Date : ☐ Réalisation des objectifs ☐ Déménagement / Entrée en établissement ☐ Décès ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1937

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale                      |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polypathologie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                        |     | X       |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             |     | X       |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X       |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☒ Non ☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                            |                     |  |                                         |  |                     |      |
|----------------------------|---------------------|--|-----------------------------------------|--|---------------------|------|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |                     |  | Date du PPS :<br>28/12/2017             |  | Nom                 |      |
|                            |                     |  |                                         |  | Prénom              |      |
|                            |                     |  |                                         |  | Date de naissance   | 1937 |
|                            |                     |  |                                         |  | IDE                 |      |
| Numéro PPS                 |                     |  | Noms des autres professionnels de santé |  |                     |      |
| Nom du Médecin traitant    |                     |  |                                         |  |                     |      |
| Nom du référent PPS        |                     |  |                                         |  |                     |      |
| Préférences de la personne | Maintien à domicile |  | Priorités de la personne                |  | Maintien à domicile |      |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                                               |                                                                                  |                                                  |                                                                                                                     |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                            | Libellé des actions dont ETP                                                     | Intervenants                                     | Critères d'atteinte des résultats                                                                                   | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| 1°                                                                               | Favoriser l'observance des traitements et éviter l'iatrogénie | - Dispense quotidienne du traitement à domicile<br>- nettoyage prothèse oculaire | IDE                                              | - Stabiliser la pathologie psychiatrique                                                                            |                                                                           |
| 2°                                                                               | Evaluer les troubles cognitifs                                | - orientation consultation mémoire                                               | - Médecin traitant<br>- gériatre<br>- neuropsych | - Définition d'un diagnostic<br>- Adaptation des traitements et de la prise en charge<br>- Mise en place d'un suivi |                                                                           |
|                                                                                  |                                                               |                                                                                  |                                                  |                                                                                                                     |                                                                           |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                     |                              |              |                                   |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs par tagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  |                     |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                     |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                     |                              |              |                                   |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☒ CCP date: 28/12/2017  
☐ Staff date:  
☐ RCP date:

**Commentaires :**  
 PPS faisant suite à l'apparition de troubles du comportement (déambulations et perte d'objets).

**Clôture PPS :**      **Date :**  
☐ Réalisation des objectifs      ☐ Déménagement / Entrée en établissement      ☐ Décès      ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1928

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                    |                |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input checked="" type="checkbox"/> Accompagnement |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input checked="" type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie  | <input type="checkbox"/> Accompagnement structure  | pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale        |                |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                    |                |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui                                 | no<br>n                             | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| A-t-elle une polypathologie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| 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 ? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui                                 | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | <input checked="" type="checkbox"/> |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

# PLAN PERSONNALISE DE SANTE

|                            |  |  |  |                                         |     |
|----------------------------|--|--|--|-----------------------------------------|-----|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |  |  |  | Date du PPS :<br>09/06/2017             | Nom |
| Numéro PPS                 |  |  |  | Prénom                                  |     |
|                            |  |  |  | Date de naissance                       |     |
|                            |  |  |  | Infirmière                              |     |
| Nom du Médecin traitant    |  |  |  | Noms des autres professionnels de santé |     |
| Nom du référent PPS        |  |  |  | Infirmière                              |     |
| Préférences de la personne |  |  |  | Priorités de la personne                |     |
| Rester chez elle           |  |  |  | Ne pas être embêtée                     |     |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                 |                                                     |              |                                       |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés              | Libellé des actions dont ETP                        | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats     | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Surveiller l'hygiène corporelle | Passage pour toilette infirmière                    | IDE          | Pas d'intertrigo du siège             |                                                                           |
|                                                                                  | Eviter une embolie pulmonaire   | Equilibrer le traitement anticoagulant<br>Doser INR | IDE          | Pas de récidence d'embolie pulmonaire |                                                                           |
|                                                                                  | Eviter la dénutrition           | Surveillance de l'état cutané                       | IDE + MT     | Pas d'escarre                         |                                                                           |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                    |                              |              |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                           |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                           |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                           |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP      date : 09/06/2017  
☐ Staff      date :  
☐ RCP      date :

Commentaires :

Clôture PPS :      Date :

☐ Réalisation des objectifs      ☐ Déménagement / Entrée en établissement      ☐ Décès      ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom :

Sexe : Masculin

Date de naissance : 1929

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge :

☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Infirmier ☐ Pharmacien

☐ Autre: Kinésithérapeute

Motif initial de la demande :

- |                                                                           |                                                                   |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input checked="" type="checkbox"/> Accompagnement     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                   | <input checked="" type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie  | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                      | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Accès/org° à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence

☐ en semi urgence

☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           |     | X       |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X       |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé :

☐ Périnatalité – Parentalité  
☐ Handicap

☐ Maladies Chroniques  
☒ Gériatrie

☐ Maladies graves évolutives

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |     |                                         |  | Date du PPS :                        | Nom               |      |
|----------------------------|-----|-----------------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------|------|
|                            |     |                                         |  | 06/05/2017                           | Prénom            |      |
|                            |     |                                         |  |                                      | Date de naissance | 1929 |
| Numéro PPS                 | N°5 |                                         |  | Infirmière                           |                   |      |
| Nom du Médecin traitant    |     | Noms des autres professionnels de santé |  |                                      |                   |      |
| Nom du référent PPS        |     | Médecin traitant                        |  |                                      |                   |      |
| Préférences de la personne |     | Rester à domicile                       |  |                                      |                   |      |
|                            |     |                                         |  | Priorités de la personne             |                   |      |
|                            |     |                                         |  | Eviter les chutes, soulager l'aidant |                   |      |

| PLAN de SOINS                                                                    |                    |                                                                                                             |                    |                                                                            |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP                                                                                | Intervenants       | Critères d'atteinte des résultats                                          | Bilan étape<br>Date : Mai 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| Prévenir les chutes                                                              |                    | Ergonomiser le domicile par aides techniques (fauteuil garde-robe)<br>Intervention du kiné pour rééducation | Pharmacien<br>Kiné | Baïsser le nombre de sutures<br>Absence de chutes dans les 3 derniers mois |                                                                          |
| Sécuriser la prise de médicaments                                                |                    | Distribution du traitement                                                                                  | Epouse             |                                                                            |                                                                          |
|                                                                                  |                    |                                                                                                             |                    |                                                                            |                                                                          |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                    |                                         |                   |                                   |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP            | Intervenants      | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Soulager l'aidant  | Prise en charge de l'hygiène corporelle | Auxiliaire de vie |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                                         |                   |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                                         |                   |                                   |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS :

☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : 06/05/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date : 15/09/2017

☐ Réalisation des objectifs ☐ Déménagement / Entrée en établissement ☒ Décès ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1930

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> structure                     |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |         |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     | X   |         |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☒ Non ☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                                   |  |                              |  |                                                |  |                          |  |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| <b>PLAN PERSONNALISE DE SANTE</b> |  |                              |  | <b>Date du PPS :</b>                           |  | <b>Nom</b>               |  |
|                                   |  |                              |  | 28/12/2017                                     |  | Prénom                   |  |
|                                   |  |                              |  |                                                |  | Date de naissance        |  |
|                                   |  |                              |  |                                                |  | 1930                     |  |
| <b>Numéro PPS</b>                 |  |                              |  | <b>Noms des autres professionnels de santé</b> |  | <b>IDE</b>               |  |
| <b>Nom du Médecin traitant</b>    |  | <b>Dr</b>                    |  |                                                |  |                          |  |
| <b>Nom du référent PPS</b>        |  |                              |  |                                                |  |                          |  |
| <b>Préférences de la personne</b> |  | <b>Rester à son domicile</b> |  | <b>Priorités de la personne</b>                |  | <b>Rester à domicile</b> |  |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                                      |                    |  |                                                  |                                       | Bilan étape                                                  |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------|--|--------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) |                                                      | Objectifs partagés |  | Libellé des actions dont ETP                     |                                       | Intervenants                                                 |                                        |
| Critères d'atteinte des résultats                                                |                                                      |                    |  |                                                  |                                       | Date : Juin 2018                                             |                                        |
| 1                                                                                | Eviter l'iatrogénie et l'inobservance médicamenteuse |                    |  | Distribution et préparation des médicaments      | Passage IDE à domicile                | Bonne prise des médicaments, observée par l'IDE              | Atteinte des résultats et commentaires |
| 2                                                                                | Evaluation des troubles cognitifs pour diagnostic    |                    |  | Orientation mémoire et tests neuropsychologiques | Médecin traitant/ gériatre/neuropsych | Objectivation troubles cognitifs et mise en place d'un suivi |                                        |
|                                                                                  |                                                      |                    |  |                                                  |                                       |                                                              |                                        |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                      | Libellé des actions dont ETP                                                                                                                                                                                                                | Intervenants                                                                        | Critères d'atteinte des résultats                                                                                                                                                                   | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| 1                                                                                | Sécuriser le maintien à domicile                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- revoir le portage de la téléalarme</li> <li>- Bilan ergo du domicile pour réaménagement du Rdc</li> <li>- revoir le mode de chauffage</li> <li>- Envisager un changement de lieu de vie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergothérapeute</li> <li>- fille</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de chutes</li> <li>- Domicile sécurisé</li> <li>- Absence d'accidents domestiques</li> <li>- Utilisation effective de la téléassistance</li> </ul> |                                                                           |
| 2                                                                                | Assurer l'hygiène corporelle et l'entretien du logement | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande de révision du plan d'aide APA</li> <li>- mise en place aide à la toilette</li> </ul>                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin</li> <li>- ADMR</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propreté du domicile</li> <li>- Hygiène corporelle</li> </ul>                                                                                              |                                                                           |
|                                                                                  |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                     |                                                                           |

Adhésion de la personne au PPS :

☒ Oui

☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP

date : le 28/12/2017

☐ Staff

date :

☐ RCP

date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel : 15/09

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1934

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale                      |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polypathologie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                        | X   |         |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

Partenaire :

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                            |  |  |  |                   |  |            |  |                                         |  |  |
|----------------------------|--|--|--|-------------------|--|------------|--|-----------------------------------------|--|--|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |  |  |  | Date du PPS :     |  | 09/06/2017 |  | Nom                                     |  |  |
|                            |  |  |  | Prénom            |  |            |  |                                         |  |  |
|                            |  |  |  | Date de naissance |  | 1934       |  |                                         |  |  |
| Numéro pps                 |  |  |  |                   |  |            |  | Infirmière                              |  |  |
| Nom du Médecin traitant    |  |  |  |                   |  |            |  |                                         |  |  |
| Nom du référent PPS        |  |  |  | Infirmière        |  |            |  |                                         |  |  |
| Préférences de la personne |  |  |  | Rester chez elle  |  |            |  | Noms des autres professionnels de santé |  |  |
|                            |  |  |  |                   |  |            |  | Priorités de la personne                |  |  |
|                            |  |  |  |                   |  |            |  | Rester autonome                         |  |  |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                   |                              |                       |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                | Libellé des actions dont ETP | Intervenants          | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| Eviter les décompensations cardiaques                                            | Surveiller la prise du traitement | MT + Aidant (fille)          | Pas d'hospitalisation |                                   |                                                                           |
|                                                                                  |                                   |                              |                       |                                   |                                                                           |
|                                                                                  |                                   |                              |                       |                                   |                                                                           |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                             |                                                      |              |                                        |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés          | Libellé des actions dont ETP                         | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats      | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Eviter l'isolement social   | Mise en place d'une prestation d'aide au déplacement | AS CTA       | Sortie plus régulières                 |                                                                           |
|                                                                                  | Eviter l'épuisement du mari | Exercer une veille sociale                           | MT + IDE     | Rester à son domicile                  |                                                                           |
|                                                                                  | Prévenir le risque de chute | Evaluation ergo à domicile                           | Ergo         | Pas de chutes graves, pas de fractures |                                                                           |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☒ CCP date : 09/06/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date : ☐ Déménagement / Entrée en établissement ☐ Décès ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1939

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre : Kinésithérapeute

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                     |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                           | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie               | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridisciplin/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>o</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                             |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           |     | X       |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X       |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☐ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

# PLAN PERSONNALISE DE SANTE

| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |     |                                         |  | Date du PPS : | Nom               |      |
|----------------------------|-----|-----------------------------------------|--|---------------|-------------------|------|
|                            |     |                                         |  | 06/05/2017    | Prénom            |      |
|                            |     |                                         |  |               | Date de naissance | 1939 |
| Numéro pps                 | N°6 |                                         |  | Infirmière    |                   |      |
| Nom du Médecin traitant    |     |                                         |  |               |                   |      |
| Nom du référent PPS        |     | Infirmière                              |  |               |                   |      |
| Préférences de la personne |     | Noms des autres professionnels de santé |  |               |                   |      |
|                            |     | Priorités de la personne                |  |               |                   |      |
|                            |     |                                         |  |               |                   |      |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                                               |                                                                           |              |                                                                     |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                            | Libellé des actions dont ETP                                              | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats                                   | Bilan étape<br>Date : Mai 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Maintenir un diabète stable                                   | Passage quotidien d'une IDE pour surveillance et éviter les hypoglycémies | IDE          | Diabète stable<br>Absence d'hospitalisation dans les 3 mois à venir | 1 an                                                                     |
|                                                                                  | Limitier le risque de progression de l'insuffisance cardiaque | Surveillance du poids et des œdèmes                                       | IDE + MT     | Poids stable                                                        | 1 an                                                                     |
|                                                                                  |                                                               |                                                                           |              |                                                                     |                                                                          |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS :

☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : 06/05/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date : 15/09/2017

☐ Réalisation des objectifs ☐ Déménagement / Entrée en établissement ☒ Décès ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1934

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale                      |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |         |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X       |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                                   |                        |  |                                         |                        |      |
|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------------|------------------------|------|
| <b>PLAN PERSONNALISE DE SANTE</b> |                        |  | Date du PPS :<br>28/12/2017             | Nom                    |      |
| Numéro PPS                        |                        |  |                                         | Prénom                 |      |
|                                   |                        |  |                                         | Date de naissance      | 1934 |
|                                   |                        |  | Noms des autres professionnels de santé | Infirmière             |      |
| Nom du Médecin traitant           |                        |  |                                         |                        |      |
| Nom du référent PPS               |                        |  |                                         |                        |      |
| Préférences de la personne        | Maintenance à domicile |  | Priorités de la personne                | Maintenance à domicile |      |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                                                |                                    |                  |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                             | Libellé des actions dont ETP       | Intervenants     | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| 1°                                                                               | Prévenir l'iatrogénie et favoriser l'observance médicamenteuse | Dispense quotidienne du traitement | IDEL             | Absence d'événement iatrogénique  |                                                                           |
| 2°                                                                               | Evaluer les troubles cognitifs                                 | Orientation consultation mémoire   | Médecin gériatre | Diagnostic posé                   |                                                                           |
| 3°                                                                               | Prévenir la dénutrition                                        | Portage de repas Pesée             | Médecin SAAD     | Poids stable                      |                                                                           |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                                                     |                                 |                  |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                                  | Libellé des actions dont ETP    | Intervenants     | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| 1°                                                                               | Lutter contre l'isolement et prévention de l'épuisement de l'aidant | Accueil de jour de Carentan     | Médecin<br>Fille | Amélioration de l'humeur          |                                                                           |
| 2°                                                                               | Prévention de l'épuisement de l'aidant                              | Aide à la toilette et au ménage | SAAD             | Maintien à domicile               |                                                                           |
|                                                                                  |                                                                     |                                 |                  |                                   |                                                                           |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : le 28/12/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs

☐ Déménagement / Entrée en établissement

☐ Décès

☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Masculin

Date de naissance : 1932

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant : Dr LE GAC

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input checked="" type="checkbox"/> Accompagnement               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input checked="" type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie  | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale                      |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  | X   |    |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             |     | X  |   |
| 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 ? |     | X  |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |    |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X  |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

| PLAN PERSONNALISE DE SANTE              |  |  |                          | Date du PPS : | Nom               |      |
|-----------------------------------------|--|--|--------------------------|---------------|-------------------|------|
| Numéro pps                              |  |  |                          | 09/06/2017    | Prénom            |      |
|                                         |  |  |                          |               | Date de naissance | 1932 |
| Nom du Médecin traitant                 |  |  | Infirmière               |               |                   |      |
| Nom du référent PPS                     |  |  | Infirmière               |               |                   |      |
| Noms des autres professionnels de santé |  |  |                          |               |                   |      |
| Préférences de la personne              |  |  | Priorités de la personne |               |                   |      |
| Rester chez elle                        |  |  | Rester autonome          |               |                   |      |

| PLAN de SOINS                                                                    |                    |                                        |              |                                     |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP           | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats   | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| Guérir les ulcérations des MI                                                    |                    | Surveillance des œdèmes et des ulcères | IDE          | Réduction de la surface des ulcères |                                                                           |
| Eviter l'iatrogénie                                                              |                    | Surveillance de l'INR                  | IDE + MT     | Pas d'AVC                           |                                                                           |
|                                                                                  |                    |                                        |              |                                     |                                                                           |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                   |                                       |              |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                | Libellé des actions dont ETP          | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Prévenir l'épuisement de l'aidant | Exercer une veille sociale            | IDE + MT     | Pas d'hospitalisation             |                                                                           |
|                                                                                  | Eviter l'isolement social         | Mettre en place une aide au transport | AS CTA       | Sorties plus régulières           |                                                                           |
|                                                                                  |                                   |                                       |              |                                   |                                                                           |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : 09/06/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs

☐ Déménagement / Entrée en établissement

☐ Décès

☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                       |                                         |                                              |                                             |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MT direct    | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice            |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH           | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  | <input type="checkbox"/> IDE                |
| <input type="checkbox"/> SSIAD        | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                             |
| <input type="checkbox"/> HAD          | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                             |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1936

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input checked="" type="checkbox"/> Evaluation globale           |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |     | X  |   |
| A-t-elle une polypathologie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                        | X   |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X  |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X  |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |    |   |
| 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 ? | X   |    |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |    |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X  |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☒ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)



| PLAN D'AIDES                                                                     |                                   |                                                              |                 |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                | Libellé des actions dont ETP                                 | Intervenants    | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| 1°                                                                               | Prévenir l'épuisement de l'aidant | Mise en place intervention aide pour l'entretien du logement | Famille<br>ADMR | Diminuer la fatigue               |                                                                           |
|                                                                                  |                                   |                                                              |                 |                                   |                                                                           |
|                                                                                  |                                   |                                                              |                 |                                   |                                                                           |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☒ CCP date : le 28/12/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires : Observation par IDE à domicile d'une perte d'autonomie et de déclin cognitif (ne fait plus à manger). Isolement. Fatiguée par la prise en charge de son genre ayant une démence vasculaire et hémiparésie gauche.

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs ☐ Déménagement / Entrée en établissement ☐ Décès ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Masculin

Date de naissance : 1931

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> structure                     |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  | X   |    |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             |     | X  |   |
| 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 ? |     | X  |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |    |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     | X   |    |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☐ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

Partenaire :

# PLAN PERSONNALISE DE SANTE

|                            |  |  |  |                  |  |            |  |                                         |  |      |
|----------------------------|--|--|--|------------------|--|------------|--|-----------------------------------------|--|------|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |  |  |  | Date du PPS :    |  | 09/06/2017 |  | Nom                                     |  |      |
|                            |  |  |  |                  |  |            |  | Prénom                                  |  |      |
|                            |  |  |  |                  |  |            |  | Date de naissance                       |  | 1931 |
| Numéro pps                 |  |  |  |                  |  |            |  | Infirmière                              |  |      |
| Nom du Médecin traitant    |  |  |  |                  |  |            |  | Noms des autres professionnels de santé |  |      |
| Nom du référent PPS        |  |  |  | Infirmière       |  |            |  |                                         |  |      |
| Préférences de la personne |  |  |  | Rester chez elle |  |            |  | Priorités de la personne                |  |      |
|                            |  |  |  |                  |  |            |  | Etre chez elle                          |  |      |

| PLAN de SOINS                                                                   |                           |                              |              |                                   |  | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checlist) | Objectifs partagés        | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats |  |                                                                           |  |
|                                                                                 | Surveiller la coagulation | Doser INR                    | IDE + MT     | Pas d'hémorragie<br>Pas d'AVC     |  |                                                                           |  |
|                                                                                 |                           |                              |              |                                   |  |                                                                           |  |
|                                                                                 |                           |                              |              |                                   |  |                                                                           |  |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                    |                              |              |                                   |                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : décembre 2017<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                               |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                               |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                               |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☒ CCP date : 09/06/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS :      Date :  
☐ Réalisation des objectifs      ☐ Déménagement / Entrée en établissement      ☐ Décès      ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1930

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☒ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input checked="" type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie  | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale                      |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |         |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  | X   |         |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X       |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

# **PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                            |    |                  |  |                                         |            |                   |      |
|----------------------------|----|------------------|--|-----------------------------------------|------------|-------------------|------|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |    |                  |  | Date du PPS :                           | 09/06/2017 | Nom               |      |
| Numéro pps                 | 12 |                  |  | Prénom                                  |            | Date de naissance | 1930 |
| Nom du Médecin traitant    |    |                  |  | Infirmière                              |            |                   |      |
| Nom du référent PPS        |    | Infirmière       |  | Noms des autres professionnels de santé |            |                   |      |
| Préférences de la personne |    | Rester chez elle |  | Priorités de la personne                |            |                   |      |
|                            |    |                  |  | Rester autonome                         |            |                   |      |

| PLAN de SOINS                                                                   |                                     |                                  |              |                                   |  | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checlist) | Objectifs partagés                  | Libellé des actions dont ETP     | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats |  |                                                                           |
|                                                                                 | Garder une formule sanguine normale | Injection vitamine B12 mensuelle | IDE          | Pas d'anémie                      |  |                                                                           |
|                                                                                 |                                     |                                  |              |                                   |  |                                                                           |
|                                                                                 |                                     |                                  |              |                                   |  |                                                                           |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                   |                              |           |                  |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------|------------------|-----------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (cheeklist) | Objectifs partagés                | Libellé des actions dont ETP |           | Intervenants     | Critères d'atteinte des résultats |
|                                                                                  | Maintenir l'hygiène corporelle    | Faire toilette soignante     | par aide- | SSIAD            | Pas d'escarre<br>Pas d'intertrigo |
|                                                                                  | Prévenir l'épuisement de l'aidant | Veille sociale               |           | SSIAD + MT + IDE | Rester à son domicile             |
|                                                                                  |                                   |                              |           |                  |                                   |

Bilan étape  
Date : Juin 2018  
Atteinte des résultats et  
commentaires

Adhésion de la personne au PPS :

☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : 09/06/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs

☐ Déménagement / Entrée en établissement

☐ Décès

☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Masculin

Date de naissance : 1939

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre : Kinésithérapeute

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                         |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Retour à domicile                      | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                               | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input type="checkbox"/> Maintien à domicile                               | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie                   | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridisciplinaire/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> structure                     |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>o</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                                 | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☒ en semi urgence ☐ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |         |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? |     | X       |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X       |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☐ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

### PLAN PERSONNALISE DE SANTE

| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |     |                                         |  | Date du PPS : | Nom               |  |
|----------------------------|-----|-----------------------------------------|--|---------------|-------------------|--|
|                            |     |                                         |  | 28/04/2017    | Prénom            |  |
|                            |     |                                         |  |               | Date de naissance |  |
|                            |     |                                         |  |               | 1939              |  |
| Numéro pps                 | N°2 |                                         |  | Infirmière    |                   |  |
| Nom du Médecin traitant    |     |                                         |  |               |                   |  |
| Nom du référent PPS        |     | Noms des autres professionnels de santé |  |               |                   |  |
| Médecin traitant           |     |                                         |  |               |                   |  |
| Préférences de la personne |     | Priorités de la personne                |  |               |                   |  |
| Rester chez lui            |     |                                         |  |               |                   |  |

| PLAN de SOINS                                                                    |                    |                                                                              |                   |                                         |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP                                                 | Intervenants      | Critères d'atteinte des résultats       | Bilan étape<br>Date : Octobre 2017<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| Réduire le risque d'infection cutanée des membres inférieurs                     |                    | Soins quotidiens des plaies<br>Surveillance biologique deux fois par semaine | IDE/MT/Chirurgien | Cicatrisation des plaies et des ulcères | 6 mois                                                                       |
| Eviter une décompensation cardiaque                                              |                    | Surveillance biologique, BNP, INR et clinique                                | IDE / MT          | Stabilité clinique                      | 6 mois                                                                       |
|                                                                                  |                    |                                                                              |                   |                                         |                                                                              |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS :
☐ Oui
☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP
date : 28/04/2017

☐ Staff
date :

☐ RCP
date :

Commentaires :

Clôture PPS :
Date :
☐ Réalisation des objectifs
☐ Déménagement / Entrée en établissement
☐ Décès
☐ Nouveau PPS



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage»



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                       |                                         |                                              |                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MT direct    | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH           | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD        | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD          | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1937

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☐ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>a</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

- ☐ en urgence ☐ en semi urgence ☐ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BENEFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | x   |    |   |
| A-t-elle une polypathologie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                        | x   |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | x  |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | x  |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | x   |    |   |
| 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 ? |     | x  |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     |    | x |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | x  |   |

<sup>1</sup>: insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | x   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | x   |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☒ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

Partenaire :

## PLAN PERSONNALISE DE SANTE

|                                   |  |  |  |                                         |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <b>PLAN PERSONNALISE DE SANTE</b> |  |  |  | <b>Date du PPS :</b><br>6/02/18         |  | <b>Nom</b>                           |  |
|                                   |  |  |  |                                         |  | <b>Prénom</b>                        |  |
|                                   |  |  |  |                                         |  | <b>Date de naissance</b><br><br>1937 |  |
| <b>Numéro PPS</b>                 |  |  |  | Infirmière                              |  |                                      |  |
| <b>Nom du Médecin traitant</b>    |  |  |  |                                         |  |                                      |  |
| <b>Nom du référent PPS</b>        |  |  |  | Noms des autres professionnels de santé |  |                                      |  |
| <b>Maintien à domicile</b>        |  |  |  |                                         |  |                                      |  |
| <b>Préférences de la personne</b> |  |  |  | Priorités de la personne                |  |                                      |  |

| PLAN de SOINS                                                                    |                    |                                                                          |                                  |                                                                    |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP                                             | Intervenants                     | Critères d'atteinte des résultats                                  | Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
| Éviter les chutes                                                                |                    | - Matériel aide à la marche etc.<br>- Évaluation du domicile (SDB étage) | Pharmacien<br><br>Ergothérapeute | Pas de chutes<br>Aménagement du domicile ou changement de domicile |                                                  |
| Sécuriser la prise du ttt anticoagulant                                          |                    | - Surveillance biologique                                                | IDE                              | INR stable                                                         |                                                  |
|                                                                                  |                    |                                                                          |                                  |                                                                    |                                                  |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                     |                                                 |              |                                                      |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                  | Libellé des actions dont ETP                    | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats                    | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Compenser la diminution d'autonomie | Passage d'une Aux de vie pour ménage et nursing | SAD          | Amélioration du cadre de vie et l'hygiène corporelle |                                                                 |
|                                                                                  |                                     |                                                 |              |                                                      |                                                                 |
|                                                                                  |                                     |                                                 |              |                                                      |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☐ CCP date: ☐ Staff date: ☐ RCP date:

Commentaires :

Clôture PPS : Date : ☐ Réalisation des objectifs ☐ Déménagement / Entrée en établissement ☐ Décès ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom :

Date de naissance : 1926

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale                      |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |

Circonstance de l'intervention :

- ☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☒ Non

☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |         |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

## PLAN PERSONNALISE DE SANTE

|                                   |  |            |  |                                         |  |                   |  |
|-----------------------------------|--|------------|--|-----------------------------------------|--|-------------------|--|
| <b>PLAN PERSONNALISE DE SANTE</b> |  |            |  | Date du PPS :<br>Le 20/12/2017          |  | Nom               |  |
|                                   |  |            |  |                                         |  | Prénom            |  |
|                                   |  |            |  |                                         |  | Date de naissance |  |
|                                   |  |            |  |                                         |  | 1926              |  |
| Numéro pps                        |  |            |  | Noms des autres professionnels de santé |  | Infirmière        |  |
| Nom du Médecin traitant           |  |            |  |                                         |  |                   |  |
| Nom du référent PPS               |  | Infirmière |  |                                         |  |                   |  |
| Préférences de la personne        |  |            |  | Priorités de la personne                |  |                   |  |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                    |                                                                                                                                         |              |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                 | Libellé des actions dont ETP                                                                                                            | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Sécuriser la prise des traitements | - Passage hebdomadaire IDEL pour préparation d'un pilulier<br>-surveillance INR et adaptation des traitements en fonction des résultats | IDEL         | Prise des traitements             |                                                                           |
|                                                                                  |                                    |                                                                                                                                         |              |                                   |                                                                           |
|                                                                                  |                                    |                                                                                                                                         |              |                                   |                                                                           |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                          |                                                                                                    |              |                                           |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                       | Libellé des actions dont ETP                                                                       | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats         | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Prévenir le risque de chute              | Evaluation ergo à domicile pour préconisations d'adaptation et de mise en place d'aides techniques | Ergo CTA     | Absence de chutes dans les 6 mois suivant |                                                                           |
|                                                                                  | Eviter la rupture du maintien à domicile | Veille sociale auprès de l'aidant si besoin de soutien à domicile                                  | AS CTA       | Maintien au domicile                      |                                                                           |
|                                                                                  |                                          |                                                                                                    |              |                                           |                                                                           |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : le 20/12/2017

☐ Staff date :

☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs

☐ Déménagement / Entrée en établissement

☐ Décès

☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1932

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Retour à domicile                      | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input checked="" type="checkbox"/> Accompagnement               |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input checked="" type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie  | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |  |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale                      |  |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |  |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  | X   |    |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |    |   |
| 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 ? | X   |    |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X  |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X  |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

## PLAN PERSONNALISE DE SANTE

|                                   |  |  |  |                                         |  |                          |  |
|-----------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------|--|--------------------------|--|
| <b>PLAN PERSONNALISE DE SANTE</b> |  |  |  | Date du PPS :<br><b>09/06/2017</b>      |  | Nom                      |  |
|                                   |  |  |  |                                         |  | Prénom                   |  |
|                                   |  |  |  |                                         |  | Date de naissance        |  |
| Numéro pps                        |  |  |  |                                         |  | Infirmière               |  |
| Nom du Médecin traitant           |  |  |  |                                         |  |                          |  |
| Nom du référent PPS               |  |  |  | Noms des autres professionnels de santé |  |                          |  |
| Infirmière                        |  |  |  |                                         |  |                          |  |
| Préférences de la personne        |  |  |  | Rester chez elle                        |  | Priorités de la personne |  |
|                                   |  |  |  |                                         |  | Ne pas souffrir          |  |

| PLAN de SOINS                                                                   |                                                         |                              |                |                                   |  | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checlist) | Objectifs partagés                                      | Libellé des actions dont ETP | Intervenants   | Critères d'atteinte des résultats |  |                                                                           |  |
|                                                                                 | Eviter les hypoglycémies                                | Surveillance de la glycémie  | IDE            | Pas de malaise hypoglycémique     |  |                                                                           |  |
|                                                                                 | Eviter l'iatrogénie et la surconsommation d'antalgiques | Distribution du traitement   | IDE            | Pas d'épisodes de confusion       |  |                                                                           |  |
|                                                                                 | Prévenir le risque plantaire                            | Soins de pédicure            | Podologue IDEL | Pas de plaies plantaires          |  |                                                                           |  |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                       |                                                |              |                                   |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (cheeklist) | Objectifs partagés    | Libellé des actions dont ETP                   | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date : Juin 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Eviter la dénutrition | Echanges avec le fils<br>Surveillance du poids | Aidant + IDE | Stabilité du poids                |                                                                           |
|                                                                                  |                       |                                                |              |                                   |                                                                           |
|                                                                                  |                       |                                                |              |                                   |                                                                           |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☒ CCP date : 09/06/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS :      Date :  
☐ Réalisation des objectifs      ☐ Déménagement / Entrée en établissement      ☐ Décès      ☐ Nouveau PPS



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bassin-Prebocage»



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                       |                                         |                                                         |                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MT direct    | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input checked="" type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel            | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH           | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par             |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD        | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel            |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD          | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                           |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom :

Date de naissance : 1929

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input checked="" type="checkbox"/> Accompagnement     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |  |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> structure                     |  |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>1</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |  |

Circonstance de l'intervention :

- ☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           |     | X       |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☐ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

# **PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                            |   |                  |  |                                         |            |                              |      |
|----------------------------|---|------------------|--|-----------------------------------------|------------|------------------------------|------|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |   |                  |  | Date du PPS :                           | 06/05/2017 | Nom                          |      |
|                            |   |                  |  |                                         |            | Prénom                       |      |
|                            |   |                  |  |                                         |            | Date de naissance            | 1929 |
| Numéro pps                 | 7 |                  |  |                                         |            | Infirmière                   |      |
| Nom du Médecin traitant    |   |                  |  | Noms des autres professionnels de santé |            |                              |      |
| Nom du référent PPS        |   | Médecin traitant |  |                                         |            |                              |      |
| Préférences de la personne |   |                  |  | Priorités de la personne                |            | Reste à domicile en sécurité |      |

| PLAN de SOINS                                                                   |                                   |                                                                                                  |              |                                                                      | Bilan étape |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checlist) | Objectifs partagés                | Libellé des actions dont ETP                                                                     | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats                                    | Date :      | Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                 | Maintenir la stabilité du diabète | Surveillance glycémique et injection insuline<br>Bilan biologique                                | IDE          | Pas d'hospitalisation pour hypoglycémie                              |             |                                        |
|                                                                                 | Sécuriser la prise de médicaments | Surveillance de la bonne compréhension de l'ordonnance<br>Conseils dans la prise des traitements | MT + IDE     | Bonne observance des traitements<br>Absence de stocks de médicaments |             |                                        |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                           |                              |              |                                   |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                        | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Protection de la personne et de ses biens | VAD pour évaluation sociale  | AS CTA       | Acceptation des aides             | Réévaluation du pps le 15/09 suite hospitalisation              |
|                                                                                  | Accès aux droits                          | Mise en place d'une mutuelle | AS CTA       | Obtention d'une couverture santé  | Réévaluation du pps le 15/09 suite hospitalisation              |
|                                                                                  |                                           |                              |              |                                   |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : 06/05/2017 et 15/09/17  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs

☐ Déménagement / Entrée en établissement

☐ Décès

☐ Nouveau PPS



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage»



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Féminin

Date de naissance : 1926

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☐ Infirmier ☒ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>a</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☐ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BENEFCIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle une polypathologie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                        | X   |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X  |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X  |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |    |   |
| 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 ? |     | X  |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X  |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X  |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☒ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

Partenaire :

## PLAN PERSONNALISE DE SANTE

| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |  |                     |  | Date du PPS :                           |  | Nom  |  |
|----------------------------|--|---------------------|--|-----------------------------------------|--|------|--|
| Numéro pps                 |  |                     |  | Prénom                                  |  |      |  |
|                            |  |                     |  | Date de naissance                       |  | 1926 |  |
|                            |  |                     |  | Infirmière                              |  |      |  |
| Nom du Médecin traitant    |  |                     |  | Noms des autres professionnels de santé |  |      |  |
| Nom du référent PPS        |  | Médecin traitant    |  |                                         |  |      |  |
| Préférences de la personne |  | Maintien à domicile |  | Priorités de la personne                |  |      |  |
|                            |  |                     |  | Maintien à domicile                     |  |      |  |

| PLAN de SOINS                                                                    |                        |                              |                |                                   |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés     | Libellé des actions dont ETP | Intervenants   | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Limitier les chutes    | Évaluation du domicile       | Ergothérapeute | Pas de chutes                     |                                                                 |
|                                                                                  | Améliorer État général | Bilan nutritionnel           | Gériatre       | Reprise de poids                  |                                                                 |
|                                                                                  |                        |                              |                |                                   |                                                                 |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                                                 |                              |              |                                                            |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                              | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats                          | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Compenser la diminution d'autonomie et la difficulté de marcher | Ménage et aide aux courses   | SAD          | Amélioration nutritionnel et maintien propreté maison état |                                                                 |
|                                                                                  |                                                                 |                              |              |                                                            |                                                                 |
|                                                                                  |                                                                 |                              |              |                                                            |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☐ CCP date: ☐ Staff date: ☐ RCP date:

Commentaires :

Clôture PPS : Date : ☐ Réalisation des objectifs ☐ Déménagement / Entrée en établissement ☐ Décès ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Masculin

Date de naissance : 1929

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource : Fils unique

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☐ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input checked="" type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie  | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds structure |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale                      |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                                  |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☒ Non

☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | X   |         |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   |     | X       |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |         |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☒ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

**PLAN PERSONNALISE DE SANTE**

|                                   |  |                       |  |                                         |  |                   |  |
|-----------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------------------|--|-------------------|--|
| <b>PLAN PERSONNALISE DE SANTE</b> |  |                       |  | Date du PPS :<br>16/11/17               |  | Nom               |  |
|                                   |  |                       |  |                                         |  | Prénom            |  |
|                                   |  |                       |  |                                         |  | Date de naissance |  |
|                                   |  |                       |  |                                         |  | 1929              |  |
| Numéro PPS                        |  |                       |  | Noms des autres professionnels de santé |  | IDE               |  |
| Nom du Médecin traitant           |  |                       |  |                                         |  |                   |  |
| Nom du référent PPS               |  |                       |  |                                         |  |                   |  |
| Préférences de la personne        |  | Rester à son domicile |  | Priorités de la personne                |  |                   |  |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                                                                    |                              |                                               |                                   |  | Bilan étape<br>Date : Mai 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                                                 | Libellé des actions dont ETP | Intervenants                                  | Critères d'atteinte des résultats |  |                                                                          |  |
| Prévenir l'iatrogénie et inobservance médicamenteuse                             | Préparation d'un semainier                                                         | IDE                          | Bonne prise du traitement                     |                                   |  |                                                                          |  |
| Prévenir la dénutrition                                                          | Pesée mensuelle                                                                    | Médecin                      | Prise de poids et retour au poids de forme    |                                   |  |                                                                          |  |
| Eviter les chutes                                                                | - Bilan neurologique (syndrome parkinsonien/imagerie)<br>- rééducation à la marche | Médecin<br>kiné              | Absence de fracture et d'hospitalisation liée |                                   |  |                                                                          |  |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                                                          |                                                                                      |                                          |                                               |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                       | Libellé des actions dont ETP                                                         | Intervenants                             | Critères d'atteinte des résultats             | Bilan étape<br>Date : Mai 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Eviter les chutes                                        | Evaluation spécialisée des possibilités d'adaptation et de réaménagement du domicile | Ergo (Coordination Territoriale d'Appui) | Absence de fracture et d'hospitalisation liée |                                                                          |
|                                                                                  | Prévenir les risques d'atteinte à l'intégrité de la peau | Demande d'APA pour aide à la toilette et pour l'entretien du linge                   | Médecin/AS CTA                           | Hygiène corporelle et vestimentaire           |                                                                          |
|                                                                                  | Limiter l'isolement                                      | Prendre contact avec le fils pour faire point sur la situation de son père           | Médecin                                  |                                               |                                                                          |

Adhésion de la personne au PPS : ☒ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☒ CCP date : 16/11/2017  
☐ Staff date :  
☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date : ☐ Réalisation des objectifs ☐ Déménagement / Entrée en établissement ☐ Décès ☐ Nouveau PPS



GCS « Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage »



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Masculin

Date de naissance : 1934

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☐ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                     |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Retour à domicile                      | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                           | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie               | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridisciplin/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>o</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                             |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☐ en semi urgence ☒ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BÉNÉFICIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no<br>n | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           |     | X       |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | X   |         |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X       |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             |     | X       |   |
| 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 ? | X   |         |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X       |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X       |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no<br>n | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |         |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |         |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☒ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☒ Non ☐ Oui

Composante :



| PLAN D'AIDES                                                                     |                                                |                                                                               |              |                                                     |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                             | Libellé des actions dont ETP                                                  | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats                   | Bilan étape<br>Date : Avril 2018<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Protéger la personne et ses biens              | Mise en place d'une mesure de protection                                      | MAIA         | Mesure de protection effective                      |                                                                            |
|                                                                                  | Sécuriser le maintien à domicile               | Mise en place d'aide à domicile pour Monsieur                                 | MAIA         | Plan d'aide APA mis en place                        |                                                                            |
|                                                                                  | Réfléchir à une entrée en EHPAD pour le couple | Accompagner le couple dans leur réflexion pour une entrée éventuelle en EHPAD | MAIA/Médecin | Décision prise quant à une possible entrée en EHPAD |                                                                            |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion :

☒ CCP date : 06/10/2017

☐ Staff date :

☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date :

☐ Réalisation des objectifs

☐ Déménagement / Entrée en établissement

☐ Décès

☐ Nouveau PPS



GCS «Accompagner et Soigner  
Ensemble dans le Bessin-Prébocage»



### ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                               |                                         |                                              |                                  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MT direct | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc         | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH                   | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD                | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD                  | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Féminin

Date de naissance : 1926

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant :

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : ☒ Infirmier ☒ Pharmacien  
☒ SAD ☐ SSIAD ☐ HAD ☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Accès aux droits                         | <input type="checkbox"/> Accompagnement                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Maintien à domicile                    | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>a</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence ☒ en semi urgence ☐ anticipée

Orientation directe : ☐ Non

☐ Oui

Composante :

Partenaire :

### PERSONNES POUVANT BENEFCIER D'UN PPS

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle une polypathologie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                        | X   |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | X   |    |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | X  |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | X   |    |   |
| 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 ? | X   |    |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | X  |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | X  |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | X   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | X   |    |   |

Parcours envisagé : ☐ Périnatalité – Parentalité ☐ Maladies Chroniques ☐ Maladies graves évolutives  
☐ Handicap ☒ Gériatrie

Nécessite un complément d'évaluation :

☐ Non ☐ Oui

Composante :

Partenaire :

## PLAN PERSONNALISE DE SANTE

|                            |  |                     |  |                                         |  |                     |  |
|----------------------------|--|---------------------|--|-----------------------------------------|--|---------------------|--|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |  |                     |  | Date du PPS :<br>06/02/18               |  | Nom                 |  |
|                            |  |                     |  |                                         |  | Prénom              |  |
|                            |  |                     |  |                                         |  | Date de naissance   |  |
| Numéro pps                 |  |                     |  | Noms des autres professionnels de santé |  | Infirmière          |  |
| Nom du Médecin traitant    |  |                     |  |                                         |  |                     |  |
| Nom du référent PPS        |  | Infirmière          |  | Priorités de la personne                |  | Maintien à domicile |  |
| Préférences de la personne |  | Maintien à domicile |  |                                         |  |                     |  |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                                    |                                                                                                    |                         |                                                                       |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                                 | Libellé des actions dont ETP                                                                       | Intervenants            | Critères d'atteinte des résultats                                     | Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Sécuriser la prise des traitements                 | - Passage matin et soir pour distribution<br>- Surveillance biologie<br>- Passage médecin traitant | IDE<br>Médecin traitant | - Bonne observance de la prise des traitements<br>- Bon équilibre INR |                                                  |
|                                                                                  | Maintenir l'intégrité physique, hygiène corporelle | - Pansements des ulcères<br>- Diminuer les chutes<br>- Nursing                                     | IDE<br>SAD              | Non aggravation des ulcères historiques (60 ans)                      |                                                  |
|                                                                                  |                                                    |                                                                                                    |                         |                                                                       |                                                  |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                             |                                                                   |                                       |                                                             |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés          | Libellé des actions dont ETP                                      | Intervenants                          | Critères d'atteinte des résultats                           | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  | Maintenir état nutritionnel | - Suivi des repas<br>- Surveillance du poids                      | Aide à domicile + fille               | - Pas de perte de poids<br>- Pas de dégradation des ulcères |                                                                 |
|                                                                                  | Eviter les chutes           | - Evaluation du domicile<br>- Alarme à distance<br>- Surveillance | -Ergothérapeute<br>- Présence verte ? | - Pas de chutes<br>- Pas d'hospitalisations                 |                                                                 |
|                                                                                  |                             |                                                                   |                                       |                                                             |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

Réunion de concertation et de réflexion : ☐ CCP date : ☐ Staff date : ☐ RCP date :

Commentaires :

Clôture PPS : Date : ☐ Déménagement / Entrée en établissement ☐ Décès ☐ Nouveau PPS

☐ Réalisation des objectifs



GCS



Prendre et Soigner Ensemble dans le Bessin-Prébocage



Société de Santé de la Haute-Normandie

**ACCUEIL, INFORMATION, ORIENTATION / SITUATION de la PERSONNE**

Régulateur de l'appel :

Date d'appel :

Origine de la demande :

- |                                       |                                         |                                              |                                  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MT direct    | <input type="checkbox"/> CCAS           | <input type="checkbox"/> Patient adressé par | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Médecin spéc | <input type="checkbox"/> CD 14          | <input type="checkbox"/> autre professionnel | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> CH           | <input type="checkbox"/> CLIC           | <input type="checkbox"/> Proche adressé par  |                                  |
| <input type="checkbox"/> SSIAD        | <input type="checkbox"/> Patient direct | <input type="checkbox"/> autre professionnel |                                  |
| <input type="checkbox"/> HAD          | <input type="checkbox"/> Proche direct  | <input type="checkbox"/> SPIP                |                                  |

La Personne et ses contacts utiles :

Nom – Prénom : Sexe : Masculin

Date de naissance : 1930

Adresse :

Téléphone :

Personne ressource :

Médecin traitant : MLG

Professionnel(s) intervenant dans la prise en charge : X Infirmier

x Pharmacien

SAD

☐ SSIAD☐ HAD☐ Autre :

Motif initial de la demande :

- |                                                                            |                                                                   |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Retour à domicile                                 | <input type="checkbox"/> Conseils d'hygiène et de vie             | <input type="checkbox"/> Accompagnement pour entrer ds |
| X Maintien à domicile                                                      | <input type="checkbox"/> PEC pluridiscipl/coordonner intervenants | <input type="checkbox"/> structure                     |
| <input type="checkbox"/> Accès et organisation du PS                       | <input type="checkbox"/> PEC fin de vie                           | <input type="checkbox"/> Evaluation globale            |
| <input type="checkbox"/> Accès/org <sup>s</sup> à des serv. médico-sociaux | <input type="checkbox"/> Accompagnement                           |                                                        |
| <input type="checkbox"/> Accès aux droits                                  | <input type="checkbox"/> en urgence                               |                                                        |

Circonstance de l'intervention :

☐ en urgence

X en semi urgence

anticipée

Orientation directe : ☐ Non☐ Oui

Composante : (menu déroulant à créer)

Partenaire : (menu déroulant à créer)

**PERSONNES POUVANT BENEFCIER D'UN PPS**

| La personne                                                                                                                                                                | oui | no | ? |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|
| A-t-elle une pathologie non stabilisée ?                                                                                                                                   | x   |    |   |
| A-t-elle une polyopathie (n≥3) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> , ou une polymédication (n≥10) ?                                                           | x   |    |   |
| A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?                                                                                                   | x   |    |   |
| A-t-elle un grand nombre d'intervenants ?                                                                                                                                  |     | x  |   |
| A-t-elle une restriction de ses déplacements ?                                                                                                                             | x   |    |   |
| 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 ? |     | x  |   |
| A-t-elle des problèmes socioéconomiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?                                                                                         |     | x  |   |
| A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?                                                                                                     |     | x  |   |

<sup>1</sup> : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

| Si vous avez répondu OUI à deux des questions précédentes | oui | no | ? |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|---|
| La personne vous paraît-elle devoir nécessiter d'un PPS ? | x   |    |   |
| Si oui, accepte-t-elle ?                                  | x   |    |   |

Parcours envisagé :

- ☐
- Périnatalité – Parentalité
- 
- ☐
- Handicap

- ☐
- Maladies Chroniques
- 
- ☐
- Gériatrie

☐ Maladies graves évolutives

Nécessite un complément d'évaluation :

## PLAN PERSONNALISE DE SANTE

|                            |  |                              |                                         |                          |
|----------------------------|--|------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| PLAN PERSONNALISE DE SANTE |  | Date du PPS :<br>12 /02/2018 |                                         | Nom                      |
|                            |  |                              |                                         | Prénom                   |
|                            |  |                              |                                         | Date de naissance        |
|                            |  |                              |                                         | 1930                     |
| Numéro PPS                 |  |                              | Noms des autres professionnels de santé | Infirmière               |
| Nom du Médecin traitant    |  | N°1                          | Pharmacie                               | Pharmacie                |
| Préférences de la personne |  | Rester chez elle             |                                         | Priorités de la personne |
|                            |  |                              |                                         | Rester au domicile       |

| PLAN de SOINS                                                                    |                                    |                                                                |                |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés                 | Libellé des actions dont ETP                                   | Intervenants   | Critères d'atteinte des résultats                     |
| Sécuriser la prise de trtt                                                       | Eviter iatrogénie Surveillance INR | Eduquer le patient sur l'alimentation et la gestion de son INR | Pharmacien     | INR dans la cible entre 2 et 3                        |
| Prévenir le risque de chute                                                      | Surveiller la TA                   | Rééducation de la tortue Proposer une télé assistance          | Kiné Pharmacie | Pas de chute Vérifier que le patient le porte sur lui |
|                                                                                  |                                    |                                                                |                | Date : Atteinte des résultats et commentaires         |
|                                                                                  |                                    |                                                                |                | 12 Mois                                               |
|                                                                                  |                                    |                                                                |                | 12 mois                                               |

| PLAN D'AIDES                                                                     |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Pb classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist) | Objectifs partagés | Libellé des actions dont ETP | Intervenants | Critères d'atteinte des résultats | Bilan étape<br>Date :<br>Atteinte des résultats et commentaires |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |
|                                                                                  |                    |                              |              |                                   |                                                                 |

Adhésion de la personne au PPS : ☐ Oui ☐ Non

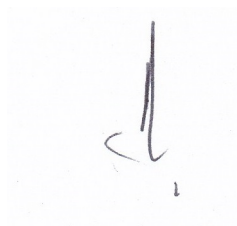
Réunion de concertation et de réflexion :  
☐ CCP      date :  
☐ Staff      date :  
☐ RCP      date :

Commentaires :

Clôture PPS :      Date :

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

A handwritten signature in dark ink, consisting of a vertical line with a small hook at the bottom and a curved line to the left.

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

## **TITRE DE LA THESE :**

**Mise en place de l'expérimentation du parcours de soins pour les Personnes Âgées En  
Risque de Perte d'Autonomie au sein du Pôle de Santé d'Isigny/Mer : Étude  
descriptive du contenu des Parcours de Soins Personnalisés.**

## **RÉSUMÉ :**

La perte d'autonomie et les difficultés qu'elle entraîne dans le maintien à domicile des personnes âgées est une problématique majeure de la médecine générale, mais aussi plus globalement de la société actuelle. Un parcours de soins spécifique de la personne âgée en risque de perte d'autonomie (PAERPA) est actuellement en cours d'expérimentation au niveau national, avec des territoires pilotes dans chaque région. Le territoire pilote pour la région Normandie est le Bessin Pré-Bocage, et le pôle de santé d'Isigny/Mer a été le premier du territoire à l'expérimenter, avec la réalisation de plans personnalisés de santé. Une étude descriptive a donc été menée pour examiner le contenu de ces PPS.

Les propositions de prise en charge faites se concentrent sur la prévention de trois des motifs principaux d'hospitalisation de la personne âgée, à savoir la iatrogénie, les chutes et la dénutrition, alors que le quatrième motif, la dépression, est moins ciblée.

Les professionnels de santé s'approprient également l'outil pour coordonner les soins avec les professionnels paramédicaux au-delà du strict champ initialement prévu par l'outil.

Cependant, cette étude concerne les premiers patients inclus dans ce dispositif, et n'est pas nécessairement représentative de ce qu'en deviendra son usage futur : un temps est nécessaire pour que les professionnels se l'approprient pleinement ; de même, la population étudiée n'est pas nécessairement celle ciblée en priorité par la prévention de la perte d'autonomie. Une étude ultérieure serait souhaitable pour évaluer la progression dans l'utilisation de cet outil.

## **MOTS CLÉS :**

Médecins généralistes ; Parcours de soins Coordonnés ; Perte d'autonomie