



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois



Novembre 2015

Ce document est téléchargeable sur :

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Service communication - information

Haute Autorité de santé

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

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

# Sommaire

1. Contexte	4
2. Méthode	5
2.1 Objectifs du retour d'expérience	5
2.2 Questionnaires utilisés	5
2.3 Groupe de travail	5
3. Synthèse des retours des professionnels de santé	6
3.1 Généralités	6
3.2 Synthèse des retours	6
4. Enseignements	9
4.1 Bilan à 6 mois	9
4.2 Enseignements	10
5. Conclusions et perspectives	12
Annexe 1: Composition du groupe de travail	13
Annexe 2. Questionnaire de la HAS à l'attention des professionnels de santé	15
Annexe 3. Nouvelle version de la <i>check-list</i> de concertation	16
Annexe 4. Contenu intégral du retour d'expérience des professionnels de santé	18

# 1. Contexte

Dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie<sup>1</sup> » (Paerpa), la Haute Autorité de santé a élaboré un [modèle de plan personnalisé de santé \(PPS\)](#).

Ce document PPS formalise un plan d'action partagé qui s'adresse en priorité aux professionnels de la coordination de proximité, en concertation avec la personne. Son élaboration est placée sous la responsabilité d'un coordinateur référent du PPS, le plus souvent le médecin traitant. Le document proposé est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche.

Au printemps 2013, avant que le programme Paerpa ne soit officiellement lancé, la HAS a diffusé la première version du document PPS, et a prévu de suivre son appropriation par les acteurs des projets Paerpa. Au printemps 2014, une consultation des utilisateurs professionnels du domaine sanitaire et du domaine social ou médico-social a permis d'adapter le document PPS et de proposer un questionnaire d'aide à la décision de mise en œuvre d'un PPS chez des patients de plus de 75 ans, ces documents étant mis à disposition pour le lancement opérationnel des premières expérimentations en septembre 2014.

Au printemps 2015, deux ans après l'élaboration de la première version du document PPS, 6 mois après la signature des premiers PPS, la Has a désiré tirer des enseignements de leur mise en œuvre opérationnelle. À cet effet, elle a adressé un questionnaire à des professionnels de santé des territoires participant aux expérimentations Paerpa.

En 2015, l'Agence nationale de d'appui à la performance (Anap) poursuit sa [mission de capitalisation](#) à des fins de diffusion et en lien avec d'autres sujets Paerpa : coordination territoriale d'appui (CTA), liens ville-hôpital, systèmes d'information. En complément du questionnaire de la HAS, l'Anap a concomitamment questionné les pilotes Paerpa des ARS au sujet des modalités de déploiement de la démarche PPS dans les territoires participant aux expérimentations.

Ce rapport fait la synthèse de ces deux retours d'expérience.

<sup>1</sup> [Cahier des charges national Paerpa](#)

## 2. Méthode

### 2.1 Objectifs du retour d'expérience

L'objectif de ce retour d'expérience autour du PPS était double :

- disposer de données sur son appropriation par les acteurs de terrain et, sur cette base, rendre compte de son utilisation et le faire évoluer ;
- valoriser les expériences réussies, et ainsi permettre aux professionnels et aux institutions de les partager et de s'en inspirer.

### 2.2 Questionnaires utilisés

Deux questionnaires ont servi de support à ce retour d'expérience :

- 1 questionnaire à l'attention des professionnels de santé élaboré par la HAS (annexe 2) ;
- 1 questionnaire à destination des pilotes ARS sur le processus PPS élaboré par l'Anap.

Ces questionnaires ont été adressés par mail aux intéressés un mois avant la réunion de travail.

### 2.3 Groupe de travail

Un groupe de travail s'est réuni le 2 juillet 2015, comportant les 9 pilotes Paerpa des ARS (ou leur représentant), des professionnels de santé, en majorité proposés par les pilotes Paerpa sur les bases d'une collaboration autour du PPS (9 MG - dont 8 en exercice pluriprofessionnel, 3 IDEL, 2 pharmaciens, 4 membres d'une coordination territoriale d'appui [CTA], 3 gériatres), et des représentants des collèges professionnels ou sociétés savantes. Deux collaborateurs de l'Anap, administrateurs du questionnaire à l'attention des ARS, ont participé à la réunion de travail. La composition nominative du groupe est présentée en annexe 1.

Le groupe de travail avait reçu par mail une semaine avant la réunion une synthèse des réponses aux questionnaires. Après une première partie de la réunion consacrée aux échanges autour des retours de questionnaires, le groupe de travail a dans un second temps tiré des enseignements sur le contenu du document PPS, et sur sa mise en œuvre opérationnelle.

## 3. Synthèse des retours des professionnels de santé

### 3.1 Généralités

Les retours d'expérience ont été partagés par des professionnels intervenant dans des coordinations cliniques de proximité ou dans des coordinations territoriales d'appui. Le modèle de PPS élaboré au printemps 2014 comportait quatre rubriques : « suivi du PPS », « la personne et ses contacts utiles », « *check-list* d'aide à l'identification des priorités des professionnels » et « plan de soins et plan d'aides ». La synthèse des retours est présentée sous la forme de tableaux composés d'une colonne « coordination clinique de proximité » et une colonne « coordination d'appui », et deux lignes consacrées respectivement aux retours positifs et négatifs.

La totalité du contenu des retours est annexée à ce rapport sous la forme de tableaux (annexe 4).

### 3.2 Synthèse des retours

#### ► Retours des professionnels de santé

Le questionnaire adressé aux professionnels de santé du groupe de travail comportait initialement 5 questions ouvertes. Lors de son analyse, les questions 3 et 4 ont été fusionnées en raison de leur proximité. Une synthèse des retours a été faite pour chacune des questions. Les éléments de langage les plus prégnants apparaissent en gras.

#### 1. *Qu'est-ce que le PPS a apporté à votre pratique professionnelle ?*

**Un enrichissement** de la prise en charge/une vigilance accrue des professionnels avec par conséquent une prise en charge plus globale du patient avec un croisement des regards et une **complémentarité** des différentes compétences professionnelles et un temps dédié favorable à la **réflexion ou au questionnement de la pratique** habituelle et aux ajustements des pratiques.

L'utilisation **d'un langage compréhensible par tous** les professionnels intervenant, l'occasion de faire le point sur tous les intervenants qui ne se connaissent pas/des  **rapprochements** entre professionnels/une meilleure **connaissance** du monde social.

Une **sécurisation** dans la prise en charge médicale et médico-sociale car tout a été examiné et tracé.

**Une reconnaissance et une valorisation** des pratiques de collaboration et de coordination.

#### 2. *Dans l'élaboration des PPS*

##### • *Qu'est-ce qui a bien fonctionné ?*

**Expliquer** la démarche aux patients.

**Dans le document PPS :**

- l'accessibilité des « informations sur le patient » et des coordonnées des professionnels, facilitant ainsi la coordination ;

- la *check-list* qui constitue une aide pour la rédaction du PPS/la possibilité de cocher un « ? » dans les problématiques, ce qui fait ressortir la nécessité d'un travail en pluridisciplinarité ;
- création de la coordination clinique de proximité (CCP) (pour une maison de santé)/concertation entre les professionnels ;
- qualité des échanges CCP/CTA ;
- dans le cas où les **SI étaient disponibles** : intégration du PPS dans le logiciel métier/utilisation de la MSS / alimentation du PPS par les données du dossier du patient et inversement / échanges avec l'hôpital en cas de PPS conciliation médicamenteuse.

- **Qu'est-ce qui a été difficile ?**

- Lutter contre des idées reçues (et véhiculées largement) d'une **finalité du PPS « en soi »**.
- **Expliquer** aux familles et au patient la démarche Paerpa avant inclusion.
- **Créer une CCP** avec des intervenants surbookés (pas disponibles dans le même temps) et éloignés.
- Travailleurs sociaux refusant de remplir le volet social.
- Libérer le **temps** nécessaire à l'élaboration des PPS.
- S'affranchir des représentations contraignantes du **cadre**.
- Remplir de manière exhaustive des éléments **administratifs**.
- **Concernant le savoir-faire** : formuler un plan de soins avec des objectifs prioritaires/une analyse des situations cliniques et sociales en termes de problématiques de santé pour la PA/une écriture d'objectifs pertinents par rapport aux problématiques.
- Une diversité de motivation ou d'intérêt entre les professionnels.
- Le suivi du PPS : nouvelle **culture**/absence de suivi.
- Absence de **retour** :
  - d'information sur la mise en place d'un PPS,
  - de la CTA suite à un signalement ;
- **Concernant la logistique** :
  - en cas d'absence d'outil informatique, une saisie manuelle, avec redondance des cases/des intervenants paramédicaux qui n'ont pas encore la messagerie sécurisée de santé ou de plate-forme collaborative fonctionnelle pour déposer et travailler un PPS une fois créé ;
  - besoin d'une secrétaire pour la saisie (problème pour les petites structures).
- L'organisation et la qualité des **formations** ;
- **La liquidation** des PPS par feuilles de soins électroniques possible uniquement par la CPAM/liquidations « archaïques ».

### 3. **Quelles sont vos propositions d'amélioration du PPS ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans l'élaboration de futurs PPS ?**

- Tout d'abord un vrai **travail de fond avec les utilisateurs sur le « pourquoi » plus que sur le « comment »**.
- **Faire connaître l'intérêt du PPS** aux médecins en premier (libéraux et hospitaliers) mais aussi aux professionnels paramédicaux, aux professionnels sociaux et aux familles (avec démonstrations en direct de création de PPS avec Internet pour en comprendre les applications).
- Dédramatiser auprès du grand public l'engagement signé du PPS.
- Concernant le **document PPS** :
  - une présentation claire, dynamique, positive, motivante par des pairs ;
  - une aide à la formulation d'objectifs prioritaires (sous forme de propositions présentées en liste déroulante) adaptés aux problèmes identifiés ;
  - l'élaboration de fiches mémos sur les situations à problèmes ;
  - une validation du PPS par le médecin, l'infirmier et le pharmacien obligatoirement ;
  - une fois que le PPS est clôturé, avoir accès à une synthèse de ce qui a été apporté au patient ;
  - **une version informatisée** du PPS et interfacée avec le logiciel métier (avec auto-remplissage des cases récurrentes)/intégration au sein du système d'information partagée/plate-forme Web collaborative et sécurisée pour alimentation, consultation, circulation/hotline informatique par région pour aider les professionnels à gérer tous les problèmes informatiques.

- Une **rémunération au temps passé** pour la coordination/une procédure pour expliquer comment être payé avec des feuilles de soins dématérialisées si possible.

#### 4. *Quel est selon vous l'avenir du PPS ?*

- Excellent outil d'accompagnement d'une personne âgée par une équipe de soins primaires, mais il demande du **temps** (car il s'accompagne d'une évolution des pratiques professionnelles) et des **compétences** en termes d'analyse et de structuration des plans de soins et d'aides (intégration aux modules de **formation** initiale des internes et autres PS).
- Avenir incertain en raison du caractère administratif, et de la difficulté à faire changer les habitudes des médecins « isolés ».
- Il survivra si :
  - l'évaluation à court et à moyen terme du PPS ne repose pas que sur le nombre de PPS réalisés (évolution des pratiques professionnelles qui prend du temps) ;
  - sa mise en œuvre est facilitée par les SI (si le PPS fait partie intégrante du dossier du patient, et est couplé au VSM pour le partage d'information) ;
  - s'il y a une coordination efficace entre la CCP et la CTA qui permet de décharger le professionnel de santé de tâches chronophages qu'il ne sait pas bien faire et qui ne sont pas dans ses missions (*i.e.* gérer le médico-social) avec une réactivité en cas d'alertes (révision du PPS en urgence) ;
  - s'il est rémunéré à hauteur du temps passé et des compétences engagées (nouveau modèle de cotation des soins sur une prise en charge globale du sujet âgé ?).

#### ► **Retours des pilotes Paerpa au sein des ARS**

Le questionnaire adressé par l'Anap aux pilotes Paerpa des ARS détaillait les étapes d'accompagnement du PPS (informer les professionnels de santé, les former, concevoir le PPS), et les étapes de mise en œuvre d'un PPS : repérer une personne âgée en situation de difficulté, évaluer, planifier, suivre et réviser.

L'analyse des retours a montré que l'utilisation du modèle HAS était généralisée en ce qui concerne le contenu du document et qu'elle suivait globalement le processus de mise en œuvre proposé par la HAS : repérage > évaluation > planification > suivi. Le temps d'appropriation était important, en rapport avec le besoin d'expliquer le sens de la démarche pluriprofessionnelle, de retravailler et de diffuser le support.

Les processus de mise en œuvre différaient, en particulier :

- sur la rédaction du PPS :
  - réunion physique ou téléphonique,
  - le rôle du MT : rédaction ou supervision/synthèse ;
- sur l'appui à la rédaction du PPS :
  - selon le mode d'exercice des professionnels de santé libéraux : en cas de maison de santé pluriprofessionnelle, l'appui est internalisé, si l'exercice est isolé, l'appui est apporté par la CTA ;
- sur la dématérialisation du support du PPS :
  - saisie directe dans un outil métier / PDF modifiable / saisie à partir du support papier ;
- sur la transmission du PPS à la CTA :
  - via un système d'information partagé/la messagerie sécurisée santé/autre.

Des questions seront à poser ultérieurement portant sur :

- le contenu des PPS ;
- les modalités d'identification des patients pouvant relever d'un PPS :
  - utilisation systématique de l'outil de repérage,
  - le repérage a-t-il lieu plutôt au domicile ou les personnes avaient-elles déjà été repérées par ailleurs ?
- la liquidation par les régimes autres que le régime général ;
- le lien avec la plate-forme de systèmes d'information, les outils métiers des professionnels de santé et les outils métiers de la CTA ;
- le suivi du PPS (dans quel délai ? par qui ? rémunération du suivi ?).



## 4. Enseignements

Vingt-cinq questionnaires ont été exploités dans ce retour d'expérience, dont les conclusions sont à considérer comme des pistes de réflexion dans une démarche exploratoire donc évolutive.

### 4.1 Bilan à 6 mois

#### ► Déploiement des PPS

Une plate-forme de recueil des données permet d'avoir une remontée mensuelle du nombre de PPS mis en œuvre par les ARS.

En juillet 2015, le PPS est mis en œuvre dans l'ensemble des territoires Paerpa. Plus de 500 PPS ont été créés.

Selon les territoires, le déploiement des PPS s'est appuyé sur les maisons de santé (Pays de la Loire), via un renforcement des systèmes d'information et de coordination pour l'exercice isolé (Centre), ou avec l'appui de préconisations d'aides et de soins faites par des spécialistes hospitaliers (Midi-Pyrénées) ou un réseau (Lorraine).

Le tableau ci-dessous fait le point sur le nombre de PPS créés/liquidés en décembre 2015 (Données Direction de la Sécurité Sociale).

	Aquitaine	Bourgogne	Centre	Ile de France	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord Pas de Calais	Pays de Loire
PPS réalisés au 16 décembre 2015	46	50	64	100	38	496	60	235	301
PPS liquidés fin novembre 2015	1	31	13	29	1	185	11	43	98

#### ► Données qualitatives

##### 1. Quelles ont été les évolutions depuis 2014 ?

- Le document PPS est considéré comme valide et consolidé.
  - La démarche PPS est bien comprise par les utilisateurs :
    - **plan** : projet de santé partagé motivé et structuré, autour d'objectifs et de critères d'atteinte définis à plusieurs,
    - **personnalisé** : autour des problématiques de la personne, avec son implication et celle de sa famille,
    - **de santé** : prise en compte de la globalité médicale et sociale ;
  - le fond a fait l'objet d'adaptations très à la marge ;
  - une forme qui doit rester adaptable.
- Le processus PPS est globalement homogène, proche du modèle proposé par la HAS.

- L'appropriation du PPS est toutefois laborieuse, complexe et chronophage.
- Il existe une variation des pratiques portant sur : la rédaction du PPS (quel acteur, dans quelles conditions, avec quel appui), la dématérialisation du support du PPS, la transmission du PPS à la CTA et le suivi (données Anap).

## 2. *Quel est l'intérêt pour les professionnels ?*

Un sentiment d'enrichissement de la prise en charge et de l'accompagnement en rapport avec :

- une meilleure connaissance des autres professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- une complémentarité des différentes compétences professionnelles des 3 secteurs ;
- la mise à disposition d'un temps dédié favorable à la réflexion et au questionnement de la pratique, générant un sentiment de sécurisation.

## 3. *Quelles sont les composantes incontournables ?*

- Le document PPS, dans chacune de ses composantes.
- La grille d'aide à la décision d'initier un PPS.
- Les informations administratives et sur l'ensemble des intervenants.
- L'utilisation de la *check-list* de concertation.
- Un plan d'aides et de soins, évolutif, autour d'objectifs et de critère d'atteinte définis à plusieurs.
- Une information claire du patient et de ses proches et le recueil de son consentement intégrant ses souhaits.
- L'existence d'une coordination clinique de proximité, avec la désignation d'un référent.
- La qualité des échanges entre CCP et CTA.

## 4. *Quels sont les facteurs clés de réussite ?*

- Une formation commune multisectorielle et pluriprofessionnelle de qualité, en proximité (adaptée aux réalités du territoire) et dérogatoire.
- Se donner le temps nécessaire à la mise en œuvre d'un changement profond des pratiques professionnelles, pour tous les acteurs de santé.
- Une souplesse dans la composition de la CCP (binôme/trinôme).
- Disposer d'un système d'information interopérable et collaboratif entre les 3 secteurs.
- Une liquidation fluide et dématérialisée.
- Un questionnement sur le mode de rémunération.

## 4.2 Enseignements

### *Concernant le PPS*

- Le document PPS est validé ; il est proposé de faire évoluer la *check-list* de concertation (nouvelle version en annexe 3) avec :
  - ajout d'une ligne concernant l'aidant « Aidant en difficulté (épuisé, fragile...) » ;
  - changement de la place de certaines rubriques sans modification de leur contenu (colonne de gauche : problématiques médicales - colonne de droite : problématiques en rapport avec la situation de la personne) ;
  - ajout d'un emplacement réservé à la date, en haut à droite de la *check-list*.

- L'intérêt du PPS est reconnu ; son déploiement est en cours dans chacun des 9 territoires de santé.
- Le PPS ne se résume pas à un simple outil, il incarne une démarche de transformation profonde des pratiques professionnelles qui mettra du temps à se déployer.
- Son déploiement ne pourra se faire qu'en prenant en compte les contraintes de l'exercice professionnel au quotidien.
- l'indicateur quantitatif « nombre de PPS élaborés » mérite d'être complété par une évaluation de la manière dont les professionnels échangent entre eux, en particulier les professionnels de proximité.

### **Concernant le retour d'expérience**

Il a permis :

- de consolider et de valider par les retours du terrain un document de la HAS produit dans le cadre de Paerpa, à partir duquel l'Asip va adresser un cadre d'interopérabilité aux éditeurs de logiciels médicaux ;
- de valoriser l'implication du terrain dans l'appropriation des travaux de la HAS, et ainsi stimuler leur diffusion et leur utilisation auprès des pairs ;
- de faire un état des lieux des dynamiques de changement en lien avec le déploiement du PPS dont les conclusions ont été livrées au comité de pilotage Paerpa national ;
- de pointer des problématiques à explorer à l'occasion de la prochaine évaluation de l'Irdes et de la Dress ;
- de préparer l'évolution des pratiques professionnelles autour des maladies chroniques (au-delà de la personne âgée), y compris le contenu de la formation initiale ;
- de mener un travail complémentaire Anap (versant organisation des soins)/HAS (versant pratiques professionnelles) sur un projet commun.

## 5. Conclusions et perspectives

Les expérimentations dites Paerpa (« personnes âgées en risque de perte d'autonomie ») visent à réduire les ruptures dans les parcours de santé des personnes âgées et à faciliter l'aide des aidants naturels, avec le double objectif de mieux soigner et mieux accompagner tout en dépensant mieux. Elles engagent les pratiques des différents professionnels concernés sur un territoire donné, en cherchant les voies de meilleures coordinations. C'est à cette fin que la HAS a proposé le recours à un « plan personnalisé de santé » (PPS).

Ce plan personnalisé de santé est ainsi avant tout une démarche, une occasion de repenser les pratiques professionnelles, de mieux organiser les échanges et les collaborations effectives entre professionnels, et de mieux prendre appui sur la compétence des personnes âgées concernées et de leur entourage.

Ce premier point d'étape à 6 mois confirme l'intérêt et la cohérence de la démarche, et son appropriation par les personnes concernées et les professionnels. Le PPS se montre d'usage facile pour les équipes de soins de santé primaires, et répond ainsi à l'objectif d'aider les professionnels de ville à mettre en œuvre un raisonnement et une pratique adaptés à la prise en charge gériatrique.

La mise en œuvre du PPS reste néanmoins hétérogène, dépendant étroitement des modes d'exercice. Il est manifeste que le déploiement national du PPS prendra du temps. S'il incite au travail collaboratif et aide à sa mise en œuvre, il ne prendra à l'évidence sa pleine ampleur qu'en prenant appui sur des modes d'organisation favorisant la coordination des professionnels en exercice libéral indépendant ; les équipes de soins de santé primaires les plus investies sont le plus souvent constituées de professionnels en exercice regroupé. Cette démarche appelle un accompagnement des équipes (formation initiale et continue, systèmes d'information adaptés, rémunération de la coordination de proximité, etc.).

Mais au final l'objectif est bien le changement des pratiques professionnelles plus que le nombre de PPS formellement réalisés. C'est pourquoi, afin de participer à l'efficacité et à l'efficience de la démarche, la HAS s'engage à accompagner les dynamiques de changement des pratiques professionnelles induites par l'outil PPS, et à faire connaître les expériences réussies de travail en équipe, non seulement au profit de l'accompagnement des personnes âgées mais plus largement pour mieux prendre en compte les situations cliniques complexes.

## Annexe 1: Composition du groupe de travail

Prénom NOM	Qualité	Lieu d'exercice
<b>Pilotes ARS</b>		
Anne-Marie CHAUVEAUX	Adjoint du chef de projet	Aquitaine
Émilie CONTANT	Chef de projet	Bourgogne
Marie-Sophie GAUDOUEN	Adjoint du chef de projet	Centre
Azeb SEBATLAB	Adjoint du chef de projet	Centre
Alexandre FARNAULT	Chef de projet	Ile-de-France
Laurence TANDY	Chef de projet	Limousin
Gwenola REY	Adjoint du chef de projet	Lorraine
Thierry GODET	Chef de projet	Midi-Pyrénées
Marguerite-Marie DEFEBVRE	Chef de projet	Nord-Pas-de-Calais
Thierry DUMAIS	Chef de projet	Pays de la Loire
<b>Professionnels de santé</b>		
Cécile MEAU	Pilote CTA	Aquitaine
Marion ETIENNE	Coordinatrice de la coordination territoriale d'appui	Bourgogne
Michel SERIN	Médecin généraliste	Bourgogne
Jérôme FAICHAUD	IDEL et référent de la maison de santé pluridisciplinaire de Génillé	Centre
Philippe GARNIER	Médecin généraliste/médecin coordinateur	Centre
Jean-Pierre PEIGNE	Médecin généraliste, président du pôle de santé pluridisciplinaire sud-lochois	Centre
Sylvie LEGRAIN	Gériatre	Ile-de-France
Aurélien MISME	Gériatre	Ile-de-France
Catherine CHAILLOU	Gériatre EMG	Limousin
Corinne LLOVEL	Ingénieur qualité	Limousin
Marie-France SIMONNET	Infirmière de CTA	Limousin
Éliane ABRAHAM	Gériatre	Lorraine
Sophie SIEGRIST	Médecin généraliste	Lorraine

Noël WUITHIER	Médecin généraliste	Midi-Pyrénées
Marlène ERNOULD	IDEL	Nord-Pas-de-Calais
Renaud LOCOCHE	Pharmacien d'officine	Nord-Pas-de-Calais
Gilbert M'BOCK	Médecin généraliste	Nord-Pas-de-Calais
Thiphaine HEUTAULT	Médecin généraliste	Pays de la Loire
Franck MARTIN	Médecin généraliste	Pays de la Loire
<b>Professionnels de santé représentants des collèges professionnels ou sociétés savantes</b>		
Éric DRAHI	Médecin généraliste Représentant du Collège de la médecine générale	Centre
Jean-Yves LEMERLE	Masseur- kinésithérapeute Représentant du Collège des MK	Pays de Loire
David GUILLET	IDE libéral Représentant du Collège des infirmiers	Pays de Loire
Éric RUSPINI	Pharmacien Représentant du Collège des pharmaciens	Lorraine
Jean-Charles VAUTHIER	Médecin généraliste Représentant de la Fédération française des maisons et pôles de santé	Lorraine
<b>Agence nationale d'appui à la performance</b>		
Émilie DUCHANGE	Chef de projet	
Marie-Dominique LUSSIER	Responsable des programmes Parcours en santé	
<b>Haute Autorité de santé</b>		
Emmanuel CORBILLON	Chef de projet	

## Annexe 2. Questionnaire de la HAS à l'attention des professionnels de santé

1. Dans l'élaboration des PPS :
  - 1a. Qu'est-ce qui a bien fonctionné ?
  - 1b. Qu'est-ce qui a été difficile ?
2. Quelles sont vos propositions d'amélioration du PPS ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans l'élaboration de futurs PPS ?
3. Quel est selon vous l'avenir du PPS ?

## Annexe 3. Nouvelle version de la *check-list* de concertation

Annexe : check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)				Date : / / .			
	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
<b>Problèmes liés aux médicaments</b>				<b>Difficultés à prendre soin de soi</b>			
- accident iatrogène				- difficultés à utiliser le téléphone			
- automédication à risque				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiants)				- difficultés à voyager seul			
				- difficultés à gérer son budget			
- problème d'observance				- refus de soins et d'aides			
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
				<b>Aidant en difficulté (épuisé, fragile...)</b>			
				<b>Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne</b>			
<b>Organisation du suivi</b>				- soins personnels/toilette			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- habillage			



MISE EN ŒUVRE DU PPS PAERPA : BILAN À 6 MOIS

- multiples intervenants				- aller aux toilettes			
				- continence			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- locomotion			
				- repas			
<b>Problèmes de mobilité</b>				<b>Isolement</b>			
- risque de chute				- faiblesse du réseau familial ou social			
- chute(s)				- isolement géographique			
- phobie post-chute				- isolement ressenti			
- problèmes de mobilité à domicile				- isolement culturel			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				<b>Précarité</b>			
				- financière			
<b>Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>				- habitat			
<b>Troubles de l'humeur</b>				- énergétique			

## Annexe 4. Contenu intégral du retour d'expérience des professionnels de santé

Coordination clinique de proximité	Coordination territoriale d'appui
<i>Qu'est-ce que le PPS a apporté à votre pratique professionnelle ?</i>	
<p><b><u>Médecins généralistes</u></b></p> <p>ED-C un outil, au service d'une méthode pour un projet de santé partagé. Ce n'est qu'un outil au service de ce projet, il est facilitateur à condition d'avoir une méthode d'élaboration précise, explicite, centrée sur les pratiques et les besoins des utilisateurs</p> <p>PG-C une sécurisation dans la prise en charge médicale et médico-sociale car tout a été examiné et tracé (PPS mais aussi DMP)</p> <p>TH-PDL la réalisation de PPS permet de formaliser une synthèse concertée autour du patient avec les professionnels de santé concernés, ce qui enrichit leur prise en charge et entraîne une vigilance accrue des professionnels. Cela permet une prise en charge plus globale du patient en croisant les regards des différentes compétences professionnelles</p> <p>FM-PDL permet de prendre un temps dédié à réfléchir aux problématiques d'un patient donné et de proposer des solutions qui n'auraient pas forcément été évoquées sans ce temps de réflexion</p> <p>JPP-C pour l'instant, on ne peut pas parler de modification de pratique professionnelle, compte tenu du nombre trop faible de PPS réalisés</p>	<p><b><u>Réseau de soins</u></b></p> <p>EA - L la formalisation d'un document de partage d'infos ciblé sur les problématiques, les désirs de la personne, et le plan d'action qui en découle l'utilisation d'un langage compréhensible par tous les professionnels intervenant l'occasion de faire le point sur tous les intervenants, qui ne se connaissent pas comme intervenant autour d'une même patiente un raisonnement fondé sur les problématiques de la personne et pas sur les pathologies et les pertes à compenser, d'où la possibilité de mettre en place des actions de prévention</p> <p><b><u>CTA Limousin</u></b></p> <p>MFS-IDE à l'heure actuelle, nous n'avons pas assez de recul sur ce que le PPS a apporté par rapport à la pratique professionnelle, car seulement un petit nombre a été réalisé</p>

toutefois, la réalisation de PPS « à 4 mains » au domicile du patient (RDV conjoint MT + IDE) est très riche et enrichissante : ce n'est pas un ajout de connaissance du patient mais un moment de synergie

**MS-B**

solliciter l'accord du patient pour échanger les données avec les autres professionnels  
 écrire les motivations du plan d'action  
 partager avec les autres professionnels les objectifs et critères d'atteinte

**NW-MP**

meilleure structuration des CR de RCP et amélioration de l'écriture des objectifs pour la PA

**Maison de santé** - NPDC (1 MG : GM / 2 IDEL : ME – AD)

il a officialisé notre pratique de coordination avec les différents professionnels  
 modifié les habitudes professionnelles  
 évite le clivage  
 permet un travail de réflexion sur le travail de chacun autour du patient  
 valorisation et reconnaissance de nos compétences  
 rencontre avec d'autres collaborateurs  
 bon échange avec les familles

**IDEL**

**JF-C**

Partage, échanges et communication entre PS  
 initiation et compréhension du fonctionnement des institutions en charge du volet social

**GG-C**

le travail en équipe pluridisciplinaire

**DG-PDL**

échange pluriprofessionnel, meilleure connaissance du dossier du patient

**Pharmaciens**

**RL-NPDC**

réflexion sur notre mode de délivrance des médicaments au comptoir avec notamment une impression des plans de posologie même avec les patients qui nous disent déjà savoir comment prendre leurs médicaments, cela crée un dialogue (réexplication de certains traitements) et cela m'a permis de corriger des erreurs de prise et vérifier certains « acquis » du patient

**ER-L**

rien / connaissance de la pathologie et du contexte plus global du patient  
 rapprochement avec le médecin (plusieurs fois noté)

**PN-L**

cela m'a permis d'identifier des failles chez mon patient et d'adapter mon offre pour lui permettre de mieux suivre son traitement

Coordination clinique de proximité	Coordination territoriale d'appui
<i>Dans l'élaboration des PPS, qu'est-ce qui a bien fonctionné ?</i>	
<p><b><u>Médecins généralistes</u></b>  ED-C  tout travail en amont de création d'équipes, à géométrie variable</p> <p>PG-C  avec une informatique performante l'écriture des PPS est rapide et facile  très bonne réactivité de la CTA  création de la CCP très facile car je suis dans une MPS avec l'IDE déjà sur place</p> <p>TH-PDL  la concertation entre les professionnels  l'acceptation du dispositif par les patients</p> <p>FM-PDL  bonne adhésion du patient au plan d'aides, bon travail de coordination et de discussion médecin/IDE</p> <p>JPP-C  le travail collaboratif différent entre professionnels</p> <p>MS-B :  intégration du PPS dans le logiciel métier sauf que le remplissage s'est mis à faire planter le logiciel  envoyé le PPS par apicrypt à la coordinatrice et à la CTA  alimentation du PPS par les données du dossier patient et inversement</p> <p>NW-MP :  les réunions de concertation au domicile du patient</p> <p><b><u>Maison de santé</u></b> - NPDC (MG : GM / IDEL : ME – AD)  notre organisation de la manière suivante :  dépistage par le médecin traitant  prise d'un premier rdv afin d'expliquer notre démarche, notre rôle, établir surtout une relation de confiance et permettre un échange riche en informations sans avoir l'outil devant soi  la 2<sup>e</sup> rencontre permet de finaliser l'outil par les actions, contacter les différents intervenants du domicile existant afin d'expliquer notre démarche, aider la famille dans les démarches administratives  la 3<sup>e</sup> rencontre permet d'évaluer les actions mises en place et de réajuster si besoin</p>	<p><b><u>Réseau de soins</u></b></p> <p>EA-L  les problématiques, le plan d'action (aides et soins) et particulièrement la possibilité de cocher un « ? » dans les problématiques, ce qui fait ressortir la nécessité d'un travail en pluridisciplinarité de façon évidente</p> <p><b><u>CTA Limousin</u></b></p> <p>MFS-IDE  le travail en collaboration avec les différents intervenants (équipe mobile de gériatrie, SSIAD, médecin traitant, CTA, etc.)</p>

**IDEL**

JF-C

aide de la « *check-list* » pour la rédaction du PPS  
 rédaction du PPS en Duo au domicile du patient med TT/IDEL  
 échanges CCP/Coordinatrice CTA

GG-C

la réflexion pluriprofessionnelle et une approche des problèmes de la personne âgée différente et complémentaire selon la profession

DG-PDL

rencontre médecin/IDEL  
 échange d'infos  
 structuration du cadre de vie du patient

**Pharmaciens**

RL-NPDC

les échanges avec l'hôpital de Denain (il nous appelle pour avoir les traitements du patient pris par ordonnance et en libre accès en entrée et il nous faxe le traitement de sortie avec les modifications apportées) (ceci pour le PPS conciliation médicamenteuse)

ER-L

avons été informés de l'inclusion du patient par tél et nous avons régularisé par faxbonne relation avec le médecin

PN-L

informations sur le patient sont clairement établies sur un tableau  
 coordonnées des professionnels de santé permettant parfaite coordination

Coordination clinique de proximité	Coordination territoriale d'appui
<b><i>Dans l'élaboration des PPS, qu'est-ce qui a été difficile ?</i></b>	
<p><b><u>Médecins généralistes</u></b></p> <p>ED-C de lutter contre des idées reçues (et véhiculées largement) d'une finalité du PPS « en soi »</p> <p>PG-C expliquer aux familles et au patient que je le fais entrer dans le Paerpa avec un PPS, etc. des débits ADSL inadaptés qui peuvent décourager les professionnels la création d'une CCP avec des intervenants surbookés et éloignés des intervenants paramédicaux qui n'ont pas encore la MSSanté et bien sûr pas encore de plate-forme collaborative fonctionnelle pour déposer et travailler un PPS une fois créé pour le moment il n'est lu par aucune institution (hôpital notamment)</p> <p>TH-PDL la difficulté à libérer le temps nécessaire à l'élaboration des PPS la logistique au sens large : saisie des PPS non informatisée, échange des PPS entre les professionnels de santé et avec les administratifs de coordination, alimentation des DMP par les administratifs</p> <p>FM-PDL MDA/assistante sociale n'ont pas accepté de participer et de remplir le PPS social, outil informatique non disponible : PPS rempli à la main avec nombreuses cases redondantes, etc.</p> <p>JPP-C l'organisation des formations : un cauchemar lié à l'appel d'offre publique qui disperse les inscriptions avec une grande difficulté pour la prise en compte des spécificités de l'expérimentation régionale basée sur le partage et l'échange d'informations par voie électronique structurée la tentative de liquidation des PPS par FSE en tiers payant : n'est actuellement réalisable que par la CPAM (il existe de très nombreuses caisses incapables de réaliser cette performance)</p> <p>MS-B manque d'évolutivité du tableau créé dans le logiciel métier compliquant la mise à jour du PPS le temps de rencontre entre professionnels : organisation suivi du PPS : nouvelle culture s'affranchir des représentations contraignantes du cadre</p> <p>NW-MP l'analyse des situations cliniques et sociales en termes de problématiques de santé pour la PA (et pas pour les professionnels de santé, ce vers quoi nous allons « naturellement ») l'écriture d'objectifs pertinents par rapport aux problématiques</p>	<p><b><u>Réseau de soins</u></b></p> <p>EA-L remplir de façon exhaustive les éléments administratifs comme caisse de retraite, mutuelle, etc.</p> <p><b><u>CTA Limousin</u></b></p> <p>MFS-IDE médecin traitant trouve le PPS compliqué à remplir et long surtout en ce qui concerne la démarche administrative</p>

**Maison de santé** - NPDC (MG : GM / IDEL : ME – AD)

coordonner les temps de chacun

la formation des professionnels libéraux n'ayant pas encore débuté, le PPS est réalisé sur un temps supplémentaire (les rdv durent environ une heure)

il serait intéressant de revoir la rémunération

**IDEL**

JF-C

à titre tout à fait personnel : formulation du plan de soins

diversité de motivation ou d'intérêt entre les PS

GG-C

la formulation d'objectifs prioritaires

DG-PDL

l'élaboration administrative du dossier nécessitant forcément une secrétaire pour la saisie

difficulté pour une petite structure

**Pharmaciens**

RL-NPDC

les échanges avec les médecins généralistes, pas toujours disponibles lors de nos appels (absent, déjà en consultation, etc.), à noter qu'une messagerie par mail vient d'être mise en place pour faciliter ces échanges mais nous ne l'avons pas encore testée

faire le PPS reste quand même très « chronophage » malgré les fiches à remplir qui permettent de cibler les points à vérifier avec le patient

ER-L

pas de suivi, ni avec la structure ni avec le médecin

mauvais état d'esprit de l'infirmier qui se sent lésé (par rapport au *do pill*, pas par rapport au PPS)

PPS mis en place sans que je sois au courant, et j'ai été rémunéré *a posteriori*

téléphoné à la CTA pour signaler patient et pas de retour

PN-L

facturation archaïque

Coordination clinique de proximité	Coordination territoriale d'appui
<b>Quelles sont vos propositions d'amélioration du PPS ?</b>	
<p><b><u>Médecins généralistes</u></b> ED-C tout d'abord un vrai travail de fond avec les utilisateurs sur le « pourquoi » plus que sur le « comment »</p> <p>PG-C je crois qu'il faut simplifier un peu plus ce PPS, pour moi le volet 5 est de trop : on remplit le volet médical avec bilan à 6 mois et à 12 mois puis on refait un PPS au bout d'1 an (on peut même rajouter une case pour bilan à 3 - 6 - 9 mois, etc.) même chose pour le volet social, tout réécrire dans le volet 5 n'apporte rien dans l'en-tête « problèmes médicaux », ajouter qu'il ne faut mentionner aucun diagnostic afin d'échapper à certaines critiques que j'entends sur la fin du secret médical, etc.</p> <p>TH-PDL version informatisée du PPS et interfacée avec le logiciel métier</p> <p>JPP-C après la version document modifiable, nous attendons la version industrialisée en ligne et qui à terme devra être intégrée au logiciel métier comme un autre service en ligne.</p> <p>MS-B intégration au sein du système d'information partagée (outil inutilisable sans informatisation avec PPS à remplir en ligne) remplissage à distance avec impression du document pour le patient pour le remettre au patient</p> <p>NW-MP intégration (dans un PPS informatisé) d'un menu déroulant « problématiques » : ce sont toujours les 5 ou 6 mêmes problématiques sanitaires ou sociales qui ressortent les troubles cognitifs (souvent rencontrés) sont difficiles à « répercuter » dans la <i>check-list</i> nous avons ajouté un emplacement pour le régime obligatoire de la PA</p> <p><b><u>Maison de santé</u></b> - NPDC (MG : GM / IDEL : ME – AD) a. fiche personne et contacts utiles - ne mettre que la priorité actuelle de la personne - la synthèse globale à mettre après les différentes évaluations - réaliser une fiche sur la situation sociale à risque, le risque médicamenteux, le risque des troubles cognitifs, la consommation d'alcool qu'il serait intéressant d'affiner (y a-t-il, quelle consommation, à quel moment, depuis quand)</p>	<p><b><u>Réseau de soins</u></b> EA-L pas de propositions, nous avons mis en œuvre ces actions d'amélioration, en particulier les menus déroulants du plan d'aide et de soins, ainsi que des rubriques de problématiques un peu modifiées</p> <p><b><u>CTA Limousin</u></b> MFS-IDE nous avons rajouté la souffrance de l'aidant qui semble à nos yeux importante à prendre en compte nous sommes en train de réfléchir sur un relais d'information automatique entre ce qui est recueilli et l'élaboration du PPS un PPS dématérialisé avec menu déroulant est en cours de réflexion</p>



b. *check-list*

- garder l'initiation
- reprendre le formulaire HAS (plan de soins-plan d'aides)

**IDEL**

JF-C

l'essentiel est sans doute dans la façon de le faire vivre : alimentation, consultation, circulation. C'est d'ailleurs ce qui nous préoccupe le plus sur notre territoire avec l'accent mis sur un PPS en accès sur une plate-forme Web collaborative et sécurisée

GG-C

une aide à la formulation d'objectifs prioritaires (sous forme de propositions présentées en liste déroulante) adaptés aux problèmes identifiés

les PPS réalisés mettent souvent en évidence des risques iatrogéniques liés à la prise de traitement anticoagulants, hypoglycémisants, etc.: lorsque l'intervention d'un IDE est nécessaire pour la préparation d'un pilulier ou l'administration du traitement, il faut alors que l'IDE fasse une DSI, ce qui alourdit le travail administratif : le PPS ne pourrait-il pas alors remplacer la DSI ?

DG-PDL

dédramatiser auprès du grand public l'engagement signé du PPS

**Pharmaciens**

RL-NPDC

ce serait bien de savoir, une fois que le PPS est clôturé, ce qui a été apporté au patient, avoir une sorte de synthèse

ER-L

faire connaître à plus de professionnels de santé  
faire valider le PPS par médecin, infirmier et pharmacien obligatoirement

PN-L

intégration au logiciel métier du PPS du patient

Coordination clinique de proximité	Coordination territoriale d'appui
<b>Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans l'élaboration de futurs PPS ?</b>	
<p><b><u>Médecins généralistes</u></b> ED-C une présentation claire, dynamique, positive, motivante par des pairs</p> <p>PG-C qu'un maximum de personnes aient compris l'intérêt d'un PPS, les médecins en premier (libéraux et hospitaliers) mais aussi les paramédicaux, les sociaux ET les familles et cela passe par des démonstrations en direct de création de PPS avec Internet pour en comprendre les applications il faudrait pour chaque région un « monsieur informatique » pour nous aider à gérer tous les problèmes informatiques (lecture de la carte CPS-java-conseils pour les bons logiciels, etc.)</p> <p>TH-PDL version informatisée du PPS et interfacée avec le logiciel métier. Communication possible avec les coordinateurs de pôle et les professionnels médicosociaux via messagerie sécurisée</p> <p>FM-PDL mise à disposition d'un PPS en fichier informatique, avec auto remplissage des cases récurrentes (nom du patient etc.)</p> <p>JPP-C nous sommes en attente de la version en ligne pour avoir une réponse pertinente</p> <p>MS-B recommandation de contenu de dossier du patient (IDE, pharmacien, aidant naturel, etc.) remplissage de la partie « médico-sociale » par les personnes concernées</p> <p>NW-MP Une version informatique intégrée au SI Une rémunération digne de ce nom pour une heure de travail à trois PS + la mise en œuvre et le suivi annuel</p> <p><b><u>Maison de santé</u></b> - NPDC (MG : GM / IDEL : ME – AD) la rémunération au temps passé pour la coordination</p>	<p><b><u>Réseau de soins</u></b></p> <p>EA-L le SI collaboratif qui se développe sur le territoire</p>

**IDEL**

GG-C

voir réponse question 3

DG-PDL

meilleure formation des professionnels sur ce sujet

**Pharmaciens**

RL-NPDC

plutôt pour les professionnels : une procédure pour expliquer comment être payé !!! avec des feuilles de soins dématérialisées si possible (les premiers PPS ne sont toujours pas payés)

ER-L

plus d'échanges entre le patient et les professionnels concernés  
avoir une véritable discussion avec les autres professionnels de santé

PN-L

pouvoir proposer des leaflets aux patients ou aux aidants leur expliquant le Paerpa et leur permettre ainsi d'avoir le temps de réfléchir

Coordination clinique de proximité	Coordination d'appui
<i>Quel est selon vous l'avenir du PPS?</i>	
<p><b><u>Médecins généralistes</u></b></p> <p>ED-C brillant</p> <p>PG-C je pense que le PPS a de l'avenir mais ce sera dans un premier temps par les sociaux. Il deviendra important par la force des choses (augmentation du nombre de signalements des critères d'alerte par les sociaux aux médecins) ce sera donc plus long que prévu, mais le Paerpa va permettre la montée en puissance du DMP je crois qu'il faut se donner un peu de temps car pour le médecin traitant le Paerpa bouscule des habitudes ancestrales</p> <p>TH-PDL extension possible de la rédaction de PPS à d'autres thématiques que le PAERPA</p> <p>FM-PDL côté trop « administratif » décrié par de nombreux médecins, pas d'apport supplémentaire pour les maisons de santé où avaient déjà lieu des réunions de concertation médecin/IDE/services sociaux régulières et difficulté de faire changer les habitudes d'autres médecins « isolés » avenir plutôt incertain</p> <p>JPP-C côté professionnel de santé le PPS n'a d'avenir que couplé au VSM pour le partage d'information en améliorant ainsi le parcours de soins souvent erratique de la personne âgée quand un élément de rupture intervient. Cette amélioration nécessite un travail ville-hôpital. Par ailleurs la mise en place d'une CTA est essentielle pour que le professionnel y trouve son compte en étant déchargé de tâches chronophages qu'il ne sait pas bien faire et qui ne sont pas de ses missions : gérer le médico-social côté social : ce travail de fond a permis d'organiser, voire harmoniser l'ensemble de l'offre sociale</p> <p>MS-B viable que s'il fait partie intégrante du dossier du patient : avec récupération des données du dossier pour alimenter le PPS</p>	<p><b><u>Réseau de soins</u></b></p> <p>EA-L radieux !</p> <p><b><u>CTA Limousin</u></b> MFS-IDE l'outil PPS est très important pour le suivi d'une situation et une collaboration des différents partenaires, mais si cet outil n'est pas simplifié afin de pouvoir l'élaborer facilement et rapidement, il y aura un rejet de la part des médecins traitants</p>

**QUESTION ANNEXE**

initialement était prévu un recueil de l'accord sur document d'information qui ne semble plus nécessaire pour se limiter à l'accord oral de celui-ci

**NW-MP**

c'est un excellent outil d'accompagnement d'une PA par une équipe de soins primaires, mais il demande du temps et des compétences en termes d'analyse et de structuration des plans de soins et d'aides (intégration aux modules de formation initiale des internes et autres PS)

il survivra si sa mise en œuvre est facilitée par les SI, et s'il est rémunéré à hauteur du temps passé et des compétences engagées

**Maison de santé** - NPDC (MG : GM / IDEL : ME –AD)

nous pensons que c'est un excellent outil de travail pour nos sujets âgés, leurs proches et nous, professionnels de santé libéraux.

Il :

- évite les hospitalisations à répétition
- raccourcit la durée d'hospitalisation
- permet de réajuster les actions au bon moment
- facilite le quotidien de l'aidant et de la famille
- évite le clivage des professionnels de santé

et surtout il y a une reconnaissance dans notre travail au quotidien

par contre il serait intéressant de repenser un nouveau modèle de cotation des soins sur une prise en charge globale du sujet âgé

**IDEL****JF-C**

si le seul critère à court et moyen terme de mesure du succès de l'opération est le nombre de PPS réalisés alors je ne suis pas sûr qu'il y ait « matière à mesurer » sur notre territoire. Par contre, j'ai la conviction que la conjugaison de la création du pôle de santé et de l'expérimentation Paerpa a d'ores et déjà laissé des traces indélébiles :

- en introduisant définitivement les échanges et le partage entre les PS autour du patient et plus particulièrement des aînés
- en mettant sur les rails DMP et MSS

**GG-C**

la prise en charge médicale et paramédicale était déjà assurée avant le PPS : la plus-value est la coordination entre les professionnels de santé et avec la CTA. Mais la CTA a-t-elle les moyens de mettre en place l'aide dont la personne âgée a besoin ? Est-ce que les plans d'aides pourront être rapidement réévalués en cas d'urgence ?

si ce n'est pas le cas, il est clair que le professionnel de santé ne verra pas l'intérêt de faire entrer le patient âgé dans le dispositif Paerpa !

DG-PDL

projet à développer et en devenir  
nouvelle approche de la santé car agissant en amont de la demande du patient contrairement à ce qui se  
faisait jusqu'à aujourd'hui

**Pharmaciens**

RL-NPDC

Malheureusement, si les professionnels ne sont pas payés : cela s'arrêtera rapidement  
sinon l'avenir serait pour moi de faire de l'éducation thérapeutique en continuation du PPS à différents  
niveaux (infirmières, pharmaciens pour AVK ou suivi d'adaptation de posologie en cas de sevrage  
médicamenteux) avec des rappels programmés à 3 ou 6 mois pour s'assurer que « les nouvelles bonnes  
habitudes » soient respectées

ER-L

positif si plus de travail d'équipe  
quid des intervenants, du coût de la rémunération ?  
pour éviter la concurrence limiter les intervenants à un périmètre défini autour du domicile du patient

PN-L

positif si intégration informatique (comme le DP)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)