



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

EXEMPLES DE PPCS COMPLÉTÉS À PARTIR DE CAS PRATIQUES



Juillet 2019

Ce document est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service Évaluation de la pertinence des soins et Amélioration des pratiques et des parcours

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

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en juillet 2019
© Haute Autorité de Santé – 2019

Sommaire

Préambule	4
Personne en situation de vulnérabilité socio-économique et atteint d'une maladie chronique (Médecin traitant et Assistante sociale)	5
Personne âgée à domicile avec troubles cognitifs (SSIAD)	20
Personne âgée à domicile en risque de perte d'autonomie (CTA Paerpa en appui du médecin traitant)	28
Personne à domicile atteinte de maladie neurodégénérative (appui gradué : <i>réseau / CLIC</i> puis <i>gestion de cas</i>)	35
Personne atteinte d'affection psychiatrique (Centre de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive)	61
Personne atteinte d'un cancer, en demande de soins de support (Idec réseau oncologique)	68
Personne résidente d'Ehpad – coconstruction de son Projet personnalisé (IDE)	83
Personne en situation de handicap hébergée en Foyer accueil médicalisé - Projet personnalisé	97
Enfant atteint de troubles Dys (coordinatrice de réseau TND)	108
Enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme (coordinatrice de réseau TND)	118
Adolescent en situation de handicap - rupture dans le parcours de vie - Plan d'accompagnement global (MDPH)	128
Adolescente faisant l'objet de mesures de protection de l'enfance	140

Préambule

Ce document présente des exemples de plans personnalisés de coordination en santé utilisés dans diverses situations de coordination.

Des cas pratiques décrivent la situation de la personne concernée, et traduisent succinctement les résultats de l'évaluation médicale, médicosociale et sociale disponibles pour les acteurs de la coordination. En raison de la complexité de chaque situation, ces derniers vont élaborer un PPCS avec la personne et son entourage, puis le mettre en œuvre collectivement.

Ces cas pratiques ont permis au groupe de travail de « tester » l'usage du PPCS dans une douzaine de situations très variées. Elles n'ont pas vocation à refléter l'ensemble des situations de coordination. Elles sont présentées dans un but illustratif.

Personne en situation de vulnérabilité socio-économique et atteint d'une maladie chronique (Médecin traitant et Assistante sociale)

Résumé de la situation de la personne

Mr T est accompagné par les pompiers aux urgences du CH, après avoir été trouvé dans la rue en état de forte alcoolisation. Il a effectué, il y a un mois, un séjour en service de pneumologie, duquel il est parti contre avis médical. Il a une BPCO nécessitant des soins immédiats pour surinfection pulmonaire. Il a une ordonnance d'antibiotiques, mais une non observance thérapeutique est suspectée. Son médecin traitant est contacté.

Le patient a des conduites addictives (dépendance à l'alcool et au tabac) et des problèmes liés à un diabète. Il ne prend pas ou mal ses traitements. Ses antécédents principaux sont : HTA, BPCO post tabagique, diabète, intoxication alcool-tabagique chronique, et troubles du comportement. Son médecin traitant rencontre des difficultés pour le voir régulièrement et donc assurer un suivi correct de ce patient non observant.

Monsieur T a connu de nombreuses hospitalisations aux urgences notamment pour des situations d'alcoolisation (urgences, psychiatrie de Cannes /Nice /Grasse, ...). Ces hospitalisations ont été abrégées le plus souvent à l'initiative du patient, contre avis médical.

Depuis peu, il vit seul dans un studio sur une autre commune, au sein d'une résidence sociale (type ADOMA).

Au niveau familial : Il a encore sa mère qui habite une autre région, il ne la voit plus depuis longtemps. Monsieur T a été élevé dans différents foyers de l'enfance.

Il a quelques contacts mais irréguliers avec d'autres habitants de la résidence. Il apprécie sa liberté d'aller et venir où et quand il veut.

Ce patient âgé de 58 ans se trouve en situation de grande instabilité sociale depuis de nombreuses années : il est en rupture familiale et très isolé. Il a par ailleurs effectué un séjour récent en maison d'arrêt. Il vit encore souvent dans la rue, et à chaque arrivée aux urgences Mr T est en fait présenté comme un patient « SDF ». Malgré son logement en résidence sociale, il passe souvent la nuit dehors.

Il est sous curatelle renforcée (initiée par une assistante sociale lors d'une précédente hospitalisation). Renseignements pris auprès du curateur par le médecin traitant, Il bénéficie d'une allocation adulte handicapé (AAH). Il exerce occasionnellement des « petits boulots » de peintre.

Mr T se distingue par un comportement revendicatif et s'exprime sur un mode agressif, avec un relationnel très « auto-centré ». Sa forte corpulence impressionne ses interlocuteurs. Les relations avec les professionnels sont régulièrement compliquées ; il est très demandeur et en même temps perturbateur, voire parfois très agressif. Bien que fébrile et fatigué, il refuse d'être hospitalisé et dort depuis peu aux alentours de l'hôpital, dans un duvet, à proximité des urgences. Mr T refuse de retourner dans son logement, affirmant que la résidence sociale est éloignée de tout et qu'il n'y a aucun transport en commun. Il rentre dans l'hôpital dans la journée, s'installe dans l'accueil, puis il se rend au service social de la PASS pour rencontrer l'assistante sociale.

Des entretiens répétés sont menés avec plusieurs assistantes sociales hospitalières, mais Mr T. refuse toujours les soins.

Mr T paraît trouver un certain ancrage au service social. A la demande de l'assistante sociale auprès des médecins du service de pneumologie, une exploration diagnostique lui est proposée. Refusée dans un premier temps, elle ne sera acceptée par le patient qu'après le déplacement dans les locaux du service social du pneumologue, qui négociera une hospitalisation pour des examens indispensables. Au cours de cette nouvelle hospitalisation, un contact est pris avec l'infirmière de liaison psychiatrique qui exprime d'abord une certaine réticence à intervenir. Son

intervention et la poursuite d'un suivi médicosocial attentionné vont permettre d'entendre la demande de Mr T qui exprime ses priorités : disposer d'un peu d'argent et l'aménagement de son logement (équipement ménager, meubles) ou mieux, trouver un logement plus central : « là-bas je me sens isolé de tout ».

Le curateur est contacté, Une négociation avec Mr T est menée pour que dans un premier temps il retourne dans son logement actuel.

Compte tenu de la complexité et de fragilité de la situation, l'élaboration d'un 1er PPCS est préconisée par l'assistante sociale hospitalière auprès du médecin traitant. Celui-ci va coordonner le PPCS en collaboration avec un infirmier et le curateur, après l'accord du patient.

Décision d'initier un PPCS : 1er PPCS de proximité

Décision d'initier un PPCS (si la personne est d'accord) car :

- Difficultés de suivi : pas de rendez-vous médicaux réguliers, refus d'hospitalisation ;
- Vit et dort dans la rue la plupart du temps alors qu'il a un logement ;
- Isolement même au sein de la résidence sociale, ou il est peu présent ;
- Relationnel difficile avec les professionnels ;
- Troubles du comportement (liés ou non à des problèmes psychiatriques).

Mr T accepte les premières propositions, qui feront l'objet d'un 1er PPCS en proximité dans son cadre de vie habituel.

Description du PPCS mis en œuvre en proximité

Un contact est pris par l'assistante sociale hospitalière avec le médecin traitant et le curateur, afin d'organiser un retour au domicile.

Le patient est d'accord pour se rendre avec son curateur à la pharmacie et accepte le principe d'un accompagnement infirmier (l'infirmier proposé par le médecin traitant) pour la prise de ses médicaments.

Objectifs partagés du 1er PPCS

Le plan de soin :

1/ Instaurer un suivi régulier avec le médecin traitant

Monsieur T accepte de se rendre plus régulièrement avec son curateur chez son médecin traitant, celui-ci lui propose l'intervention d'un infirmier qu'il connaît, pour accompagner la prise des médicaments. Le tuteur se charge de la prise des rendez-vous.

2/ Optimiser les prises médicamenteuses / parvenir à mettre en place un suivi infirmier

Présentation de l'infirmier par le curateur, et élaboration d'un planning des interventions

3/ Reprendre un suivi psychiatrique

Le médecin traitant contactera le CMP pour un rendez-vous rapide.

Le plan d'aide/ Accompagnement :

1/ Réaliser une nouvelle évaluation sociale mais cette fois à domicile

Organisation d'une visite à domicile pour une évaluation sociale par une assistante sociale du CCAS.

(Demande faite par l'assistante sociale hospitalière à sa collègue du CCAS)

2/ Mise en place d'un service d'aide à domicile pour le ménage et l'accompagnement aux rendez-vous médicaux

Le curateur propose un important nettoyage du logement par une entreprise, et rachète un minimum d'ustensiles de cuisine et meubles pour remplacer ceux qui ont été abîmés ou jetés par Mr T, les peintures ont dû être également refaites.

Deux mois plus tard, le bilan partagé du 1er PPCS est effectué.

Les premiers RV médicaux se sont bien déroulés, mais des conflits sont très vite apparus avec le curateur, notamment pour des problématiques financières et dans le même temps avec l'infirmier et les aides à domicile, avec finalement un refus de se rendre aux prochains rendez-vous médicaux.

L'assistante sociale du CCAS a pu rencontrer Mr T à son domicile. Elle a trouvé son logement dans un état déplorable malgré l'intervention d'un « homme de ménage », celui-ci en effet trouve régulièrement la porte fermée. Elle constate que la résidence est effectivement très excentrée et difficile d'accès. Après son évaluation, l'assistante sociale du CCAS préconise un suivi plus rapproché par exemple par un professionnel de type éducateur.

Survenue de nouvelles ruptures de soins

Une fois hospitalisé, Mr T refuse les examens et fait à nouveau des allers-retours entre l'hôpital et le centre-ville où il fait « la manche » pour acheter de l'alcool.

Il est très ambivalent vis-à-vis du consentement aux soins ; la prise en charge est difficile à domicile mais aussi à l'hôpital.

À chaque retour aux urgences accompagné par les pompiers, Mr T réitère ses refus d'hospitalisation, mais il reste dormir à nouveau dans les alentours de l'hôpital. Les ruptures d'hospitalisation mettent à mal son état de santé, et obligent les médecins à modifier la thérapeutique, sans pouvoir réellement surveiller son état général.

Le CMP n'a pas encore pu recevoir Mr T (difficulté pour obtenir des rendez-vous en urgence).

Points à aborder pour le nouveau PPCS (N°2)

Comment éviter l'incompréhension mutuelle à différents niveaux ?

- Avec un patient qui ne comprend pas l'intérêt d'une prise régulière de médicaments quand il est à son domicile, et qui a du mal à s'adapter aux exigences de la collectivité notamment lors de ses hospitalisations mais également dans la résidence où il loge.
- Avec des professionnels hospitaliers ou de proximité qui s'épuisent dans l'accompagnement d'un patient qui met en échec la plupart des propositions.

Comment mieux adapter les interventions à cette situation complexe ?

Une organisation plus rapprochée est envisagée du suivi sur un mode pluri-professionnel (et interprofessionnel et institutionnel).

Quel préalable au travail sur refus des traitements et des soins techniques par le patient ?

Améliorer la prise en compte de son parcours de vie et évaluer la composante psychologique voire psychiatrique.

S'orienter d'avantage sur les attentes du patient, pas uniquement sur le court terme : Mr T exprime une demande d'écoute très importante, que souhaite-t-il vraiment pour son projet de vie ? Il est nécessaire de favoriser l'expression de ses attentes et besoins.

Décision d'initier un 2ème PPCS

Décision d'initier un 2ème PPCS avec l'accord de la personne, en mettant d'abord l'accent sur le plan d'aide et d'accompagnement pour améliorer la situation du patient sur les 4 axes suivants :

- difficultés d'accès aux soins : Mr T cumule plusieurs pathologies et problèmes de santé, et dans le même temps est réfractaire aux soins ;
- isolement social/difficultés de communication et de lien social (peu de relations) ;
- troubles du comportement : agressivité, violence ;
- difficultés d'organisation du suivi médico-social.

Quelle est l'expression du besoin d'appui ?

Au premier plan : les problèmes relationnels entre le patient et les professionnels mais également avec son environnement.

Difficulté à respecter des règles : le patient ayant tendance à gérer son mal être par des coups d'éclats et une agressivité qui peut faire craindre parfois un passage à l'acte violent envers les autres ou envers lui-même. Cette situation met en avant la difficulté fréquente de ce patient à se conformer à l'attitude qu'on attend de lui au regard de ses soins, et celle des professionnels à conduire ce type de prise en charge.

Un préalable aux soins : une réponse au besoin de « soins relationnels » avec une écoute de ses craintes, ses peurs et de ses souhaits. Mr T. a besoin de parler, il est en demande d'écoute permanente.

Une collaboration étroite doit être instaurée avec le CMP pour une évaluation psychiatrique :

- en raison notamment des risques de passage à l'acte ;
- en vue d'une stabilisation des troubles du comportement (agressivité, menaces, bris d'objets, ...);
- pour favoriser la compréhension de la demande du patient.

Le partage d'informations, le lien social, la recherche de la confiance

De nombreux échanges avec le curateur et l'éducateur seront nécessaires afin de mieux comprendre les enjeux et son histoire, les relations familiales difficiles et les limites du possible, en termes juridiques et pratiques.

Un début d'expression d'un projet de vie

Mr T souhaite obtenir un autre logement mais change régulièrement d'avis et ne supporte pas la frustration par rapport aux réalités (telle que le temps d'obtention d'un logement).

Objectifs partagés du PPCS N°2

Le plan d'aide et d'accompagnement

1/ Organiser une nouvelle évaluation commune pluri professionnelle entre l'assistante sociale de la PASS et le réseau professionnel de proximité : l'assistante sociale du CCAS, le curateur en lien avec le Directeur de la résidence sociale et le médecin traitant, ceci en cohérence avec les attentes du patient.

Puis l'assistante sociale du CCAS organisera plusieurs rencontres avec le nouvel éducateur recruté afin de préparer le suivi de proximité en coordination avec l'IDE.

2/ Travailler sur la mise en confiance et de développement du lien social à partir de l'histoire du patient avec les différents intervenants précédents et l'écoute du patient

Mr T tient un discours d'auto- dépréciation et en même temps paraît « exister » par un comportement agressif, qui s'atténue quand on prend du temps pour l'écouter.

3/ Mettre en place d'un suivi social rapproché et personnalisé de type « gestion de cas », adapté au patient pour répondre au besoin d'accompagnement

Le curateur recrute un éducateur pour un suivi social plus rapproché à domicile, celui-ci accompagnera Mr T dans ses RV médicaux.

Un soutien est apporté par l'éducateur à l'équipe du service à domicile, qui accepte de poursuivre ses interventions.

4/ Élaborer un nouveau projet de logement

Attentes du patient dans ce domaine : Il se plaint de son logement qui est « complètement excentré, très difficile d'accès », il veut en changer pour être moins isolé.

La solution d'une entrée en FAM paraît adaptée aux besoins et aux nouveaux souhaits du patient. Une inscription dans un FAM pour une entrée à moyen terme lui est proposée et il donne son accord. Mr T est informé des procédures d'entrée et des délais.

Le curateur va entamer ensuite les démarches auprès de structures d'hébergement de type FAM, le médecin traitant donne un avis positif et remplit le dossier médical pour une demande de FAM.

Le plan de soins

Mr T cumule plusieurs pathologies et problèmes de santé, et en même temps est réfractaire aux soins.

1/ Reprendre un suivi psychiatrique

Prise d'un nouveau rendez-vous au CMP par le médecin traitant et avec l'accompagnement de l'éducateur spécialisé. La précarité de la situation induit une souffrance psychologique pour le patient, allant de la révolte à l'abandon, étape où celui-ci perd la capacité d'écouter son propre corps. Ces troubles psychologiques favorisent les comportements à risque : abus de substances, recours à la violence, et contribuent à marginaliser le patient du système de soins.

2/Optimiser les prises médicamenteuses avec l'infirmier qui est d'accord pour reprendre le suivi ainsi que le patient.

Il travaillera en binôme avec l'éducateur en coordination avec le médecin traitant.

3/ Conforter un suivi régulier avec le médecin traitant

Prises de rendez-vous par le tuteur, avec l'accompagnement de Mr T par l'éducateur spécialisé (recruté par le curateur)

Coordination du médecin traitant avec le CMP et le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

La personne et les intervenants

► La personne

Identité				Référent de la mise en œuvre :	Numéro du PPCS : 1
Nom marital : Mr T	Nom de jeune fille :	Nom d'usage :		Profession / Structure : IDE Si médical : n° RPPS, ou à défaut n° ADELI Nom : Prénom : Tél / E-mail :	
Prénom : M	Date de naissance : 21 / 06 / 1961	Âge : 58 ans	Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Contexte de la démarche PPCS : alerte de l'assistante sociale hospitalière auprès du médecin traitant Patient isolé, sous curatelle, difficulté d'accès aux soins	
Lieu de naissance :					
Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)					
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input checked="" type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange : Date : Non-opposition de la personne <input checked="" type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/> Personne à l'origine du recueil :					
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.) Résidence sociale ADOMA le Cagnet					
Téléphone			Adresse de messagerie		
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé) célibataire					
Nombre d'enfants : <input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance		Coordonnées des enfants si besoin :			
Si personne mineure Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autorité parentale :			Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 2 ^e adresse :		
Aidant principal (identité et coordonnées)				Nature du lien avec l'aidant : Curateur, service d'aide à domicile	

Référents familiaux/amicaux <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (identité(s) et coordonnées) Nature du lien avec le référent familial/amical :	Personne de confiance : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non (non désignée) Date de réception de l'information
Recherche d'hébergement en cours <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hébergement actuel : Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé <input checked="" type="checkbox"/>	
Accessibilité à l'hébergement : étage – ascenseur – autre renseignement	
Existence d'une problématique avec le logement : Accessibilité : Caractère adapté : Aménagement (WC, salle de bains, autre) : Matériel en place : (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène,...)	
Statut professionnel <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre	
Droits ouverts N° de sécurité sociale : Caisse : Régime/Caisse d'affiliation : Mutuelle/CMUC/AME : Mutuelle Caisse d'allocations familiales : Caisse de retraite principale : Caisse de retraite complémentaire :	
ALD <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui nombre ALD1 APA <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6) Date de l'évaluation Si oui plan d'aide en place (nombre d'heures) Mode mandataire <input type="checkbox"/> prestataire <input type="checkbox"/> APL <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RSA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aide sociale <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre aide et/ou autres ressources : <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA PPRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PAP/PAI validé par le Médecin Scolaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Droits à compensation MDA/MDPH : AAH : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RQTH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux incapacité (< 50 % <input type="checkbox"/> 50-79 % <input type="checkbox"/> ≥ 80 % <input type="checkbox"/> Carte mobilité pour l'invalidité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Carte mobilité pour le stationnement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACTP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACFP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PCH (date d'ouverture des droits :) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AEEH : <input type="checkbox"/> Oui (date d'ouverture des droits :) <input type="checkbox"/> Non PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AVS/AESH : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Mutualisée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non Matériel Pédagogique Adapté : <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Notifié <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non SESSAD/SEFFS <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Notifié (date :) <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non Orientation (ULIS, SEGPA) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Notifiée (date :) <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non Autres droits MDPH/MDA :	
Protection juridique : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dossier en cours d'instruction <input type="checkbox"/> Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale, habilitation judiciaire pour représentation du conjoint ? Autre mesure (MAJ, MASP) : Nom et coordonnées du mandataire, professionnel ou familial : Si mineur : mesure de protection de l'enfance (AED/AEMO/Placement.....)	
Directives anticipées <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date de signature : Lieu de conservation des directives anticipées :	

► **Les intervenants**

Acteurs du parcours (professionnels / aidants)¹	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Téléphone E-mail	Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non	<u>Avant élaboration du PPCS :</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage
Médecin traitant	Dr X		oui	
Infirmier libéral (référént du PPCS 1)	Mme E		oui	
Pharmacien	Dr P		En cours	
Pneumologue	Dr O			
Psychiatre	Dr Y			
Médecin addictologue	Dr Z			
Travailleur social	Mme A			
Educateur	Mr B			
Aidant (curateur)	Mr C			
Aides à domicile (SAD, auxiliaires de vie)	Mme D			
Établissement de soins de référence	CH Grasse			

¹ Le référént du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne²	Besoin d'écoute, de lien social (qu'il se fabrique avec le service social de la PASS), d'être aidé et accompagné mais pas « emmerdé », d'être compris dans son mode de vie.
▶ Priorité actuelle de la personne	Logement mieux situé ne nécessitant pas de transport ou au moins accessible facilement en transport en commun puis souhait d'hébergement en structure médico-sociale Ce nouveau logement lui permettrait de garder une grande mobilité notamment en terme d'accessibilité aux transports en communs et ou dans un centre-ville ou village. Après de nombreux entretiens avec l'éducateur et l'assistante sociale hospitalière dans le cadre d'un travail de « mise en confiance », Mr T exprime que finalement, il souhaite aller « dans un endroit comme en psychiatrie ou dans un hébergement qui ne soit pas une maison de retraite mais où il y a des infirmières (mais de psychiatrie) et des éducateurs... » et « dans un village de montagne ». Une structure FAM paraît être la solution la plus adaptée à ses attentes et à ses besoins. Une inscription dans un FAM pour une entrée à moyen terme est proposée au patient qui donne son accord. Mr T est informé des délais et des procédures d'entrée.
L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage³	<u>Pour les intervenants médico-sociaux</u> : Mettre un diagnostic sur son syndrome fébrile et le traiter, aider à reprendre un suivi médical somatique et psychique, lui permettre de réintégrer un nouveau logement.

² Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine)

³ Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Problématiques et projets de la personne

- Difficultés de suivi : pas de RV médicaux réguliers, refus d'hospitalisation.
- Vit et dort dans la rue la plupart du temps alors qu'il a un logement.
- Isolement même au sein de la résidence sociale, ou Mr T est peu présent.
- Relationnel difficile avec les professionnels.
- Troubles du comportement (liés ou non à des problèmes psychiatriques ?).
- Polypathologie avec risque de complications somatiques : BPCO, DNID.

Priorisation des actions envisagées avec la personne

Le plan de soin

- 1/ Instaurer un suivi régulier avec le médecin traitant.
- 2/ Optimiser les prises médicamenteuses / parvenir à mettre en place un suivi infirmier.
- 3/ Reprendre un suivi psychiatrique.

Le plan d'aide

- 1/ Réaliser une nouvelle évaluation sociale mais cette fois à domicile.
- 2/ Mise en place d'un service d'aide à domicile pour le ménage et l'accompagnement aux rendez-vous médicaux.

Plan de soins				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Réinstaurer un suivi régulier avec le MT	Accompagnement aux RDV	Curateur de Mr T	Reprise du suivi	Constat à 2 mois de la nouvelle rupture de soins avec le MT
Mettre en place un suivi à domicile régulier	Suivi à domicile infirmier	IDE libéral	Suivi infirmier régulier	Idem avec l'IDE
Associer un suivi psychiatrique	Contact CMP	Médecin traitant	Rendez-vous pris	Pas de RDV possible dans les 2 mois
Renforcer le rôle de l'IDE	Délivrance, approvisionnement en médicaments, lien avec Med traitant et pharmacien Formation en ETP	Médecin traitant et pharmacien Pneumologue CMP ou, addictologue (CSAPA)	Parcours du médicament Réalisation d'examens de suivis	

Plan d'accompagnement				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Conforter le travail sur la mise en confiance, de renforcement positif et de développement du lien social à partir du vécu et de l'histoire du patient	Sensibilisation de tous les intervenants sur l'écoute de la personne	Tous les intervenants de proximité en lien avec le CMP	Expression plus précise des souhaits et attentes de Mr T	Après de nombreux entretiens avec l'éducateur et l'assistante sociale de la PASS dans le cadre d'un premier travail de « mise en confiance », le patient exprime qu'il souhaite à aller « en psychiatrie ou dans un hébergement où il y a des infirmières (mais de psychiatrie) et des éducateurs, ... » et dans un village de montagne
Mettre en place d'un suivi social rapproché de type « gestion de cas », adapté au patient pour répondre au besoin d'accompagnement	Recrute d'un éducateur pour un suivi plus rapproché à domicile, il pourra accompagner Mr T dans ses RV Un soutien sera apporté par l'éducateur aux intervenants du service à domicile	Curateur / Assistante sociale du CCAS Éducateur Service à domicile	Acceptation des aides pour l'accompagnement quotidien	

Plan d'aides				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Clarifier les attentes et besoins de Mr T suite aux différentes actions menées	Organisation d'une nouvelle évaluation commune pluri- professionnelle avec le réseau professionnel de proximité, synthèse des attentes et besoins du patient en cohérence avec les préconisations hospitalières	IDE, Assistante sociale du CCAS, le curateur, le médecin traitant en lien avec le Directeur de la résidence sociale et le service à domicile		
Élaborer un projet de d'hébergement	La solution d'une entrée en FAM paraît adaptée aux besoins et aux souhaits du patient : un dossier doit être fait. Une inscription dans un FAM pour une entrée à moyen terme est proposée à Mr T Recherche de l'accord de Mr pour une demande de FAM Le curateur va entamer des demandes auprès de différentes structures d'hébergement type FAM, Le médecin traitant favorable à cette proposition remplira le dossier médical pour une demande de FAM	Médecin Assistante sociale CCAS et PASS	Mr T est informé des délais et des procédures d'entrée en FAM. Il donne son accord pour la démarche d'inscription	

Plan d'aides (suite)				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Améliorer les conditions de vie dans son logement actuel	Nettoyer et équiper le logement actuel délaissé pour la rue	Assistante sociale/ Curateur puis Entreprise spécialisée	Réalisation ou non du nettoyage	
	Achats de mobilier et équipements de cuisine	Curateur	Nouveaux équipements réalisés	
Faire un point à domicile sur la situation sociale	Faire l'évaluation	Assistante sociale du CCAS	Évaluation faite	Malgré les actions menées, pas d'amélioration de l'investissement de Mr T dans son logement
Avoir un lien social régulier Entretenir l'appartement	Passage régulier d'une aide à domicile	Assistante sociale / Curateur / puis Service à domicile	Mise en place du lien, acceptation dans la durée	Porte souvent fermée ; impossibilité du suivi, d'un lien social régulier dans l'appartement
S'alimenter dans des conditions satisfaisantes	Service de repas à domicile ou les repas proposés à Mr T par l'aide à domicile	Assistante sociale IDE Curateur	Prise des repas Surveillance du poids	

Analyse des écarts (objectifs formulés non réalisés)

La rupture des soins entraîne des réhospitalisations itératives et une vie dans la rue près de l'hôpital qui interpellent les professionnels sanitaires et sociaux. Il y a nécessité d'essayer de réélaborer avec Mr T un projet personnalisé de santé, revoir ses besoins, ses priorités et d'essayer d'adapter les réponses à ses priorités, d'essayer de travailler à un projet de vie en parallèle du projet de soins.

Un travail sur le projet de vie de Mr T va faire centrer l'intervention sur l'accompagnement de ce projet de vie en fonctions des difficultés relationnelles, de santé et d'autonomie.

Un nouveau PPCS va mettre en priorité N°1, le Plan d'élaboration et d'accompagnement d'un projet de vie.

Une réévaluation des besoins est envisagée, et une recherche de solutions d'accompagnement plus adaptées :

- par une évaluation psychiatrique et une RCP réunissant les différents intervenants autour de Mr T ;
- par la recherche d'une réponse adaptée en matière de logement et de suivi social : SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale, éducateur, ...), une structure d'hébergement telle qu'un FAM.

Personne âgée à domicile avec troubles cognitifs (SSIAD)

Résumé de la situation de la personne

- Madame P 92 ans veuve vit seule sans enfants, était hospitalisée en SSR suite à un AVC avec hémiplégié droite. A une sœur, des neveux sur Paris.
- Antécédents d'appendicite, de CAT bilatérale, DID, insuffisance veineuse.
- Troubles cognitifs : maladie d'Alzheimer diagnostiquée.
- Incontinence avec change complet, ne se mobilise pas : a besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne.

Appel au SSIAD pour une prise en charge

- Monsieur M se présente comme tout d'abord le tuteur de Mme P et nous explique vouloir faire un retour de Madame P à son domicile contre avis médical, prétextant une mauvaise prise en charge des soins de rééducation ainsi qu'un souhait de placement en EHPAD par la famille sans son consentement.
- Nous trouvons ces explications peu crédibles et décidons d'appeler le SSR.

Échanges avec le SSR

Nous apprenons par l'assistante sociale du SSR que Madame P est sous mandat de protection de Monsieur M et non sous tutelle, et nous apprenons aussi que Madame P a de la famille sur Paris.

Contacts avec la famille de Madame P

- Nous appelons la famille qui nous explique la situation : ils ont contesté le mandat de protection pour abus de faiblesse et maltraitance psychologique de leur tante, ont fait un courrier au juge des tutelles car les procurations qu'ils avaient ont sautés. Ils ont donc porté plainte et pris un avocat.
- Monsieur et Madame M ont fait changer toutes les serrures de la maison de Madame P, ont vendu des biens immobiliers, ont licencié une personne qui assurait le ménage, des bijoux ont disparu et ils ont changé de médecin traitant pour Madame P.

Visite à domicile du SSIAD

- Lors de ma visite à domicile, l'épouse de Monsieur M se présente comme l'aide à domicile de gré à gré de Madame P qui gère l'ensemble des tâches sauf le ménage. Elle dit travailler toute la semaine avec au moins 3 passages par jour et passe même la nuit. Je leur explique qu'on ne peut pas faire de prise en charge avec une seule personne pour gérer toutes les tâches.
- Nous avons pris en charge Madame P au SSIAD avec 1 passage le matin et le soir 7j/7 vu la situation.
- Lors de notre prise en charge nous avons pu constater qu'aucun traitement n'avait été donné, que les changes normalement faits par l'aide à domicile n'étaient pas faits, et que Madame P était extrêmement souillée.
- Lorsque nous arrivons en milieu de matinée, nous constatons que le petit déjeuner n'était pas donné et en vérifiant le contenu du réfrigérateur, on a trouvé des aliments périmés et des plats cuisinés tout prêts.
- Madame P n'est pas consciente de la situation et la subit malgré des lueurs de lucidité.

Décision d'initier un PPCS

- Problématique urgente : borner correctement la prise en charge avec des aides adéquates (autres services d'aide à domicile, matériel médical, etc.).
- Mettre en place des IDEL pour assurer le traitement et un portage des repas.
- Orientation MAIA ?

La personne et les intervenants

► La personne

Identité				Réfèrent de la mise en œuvre :	Numéro du PPCS : 123456
Nom marital : P	Nom de jeune fille :	Nom d'usage :		Profession / Structure : IDE..... Si médical : n° RPPS, ou à défaut n° ADELI Nom : Prénom : Sandrine Tél / E-mail :	
Prénom : Geneviève	Date de naissance : 19/ 10 /1927	Âge : 92 ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Contexte de la démarche PPCS : sollicitation du Ssiad par un proche, pour une personne âgée isolée et en perte d'autonomie	
Lieu de naissance :					
Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)					
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input checked="" type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange :.....					
Date :..... Non-opposition de la personne <input type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/> Personne à l'origine du recueil :					
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.) 1 rue de la Fontaine 49300 Cholet					
Téléphone			Adresse de messagerie		
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé) veuve					
Nombre d'enfants : ... 0..		Coordonnées des enfants si besoin :			
<input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance					
Si personne mineure			Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			2 ^e adresse :		
Autorité parentale :					

Aidant principal (identité et coordonnées) Mr et Mme M		Nature du lien avec l'aidant :
Référents familiaux/amicaux (identité(s) et coordonnées) <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Annick P (sœur) 01.42.42.42.42 annickp@gmail.com Philippe K (neveu) 01.77.77.77.77 philk@gmail.com François K (neveu) 01.60.60.60.60. francoisk@hotmail.fr Nature du lien avec le référent familial/amical :		Personne de confiance : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Date de réception de l'information
Recherche d'hébergement en cours <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Hébergement actuel : Propriétaire <input checked="" type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé <input type="checkbox"/> Accessibilité à l'hébergement : étage – ascenseur – autre renseignement Existence d'une problématique avec le logement : Accessibilité : Caractère adapté : Aménagement (WC, salle de bains, autre) : Matériel en place : (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène,...)		
Statut professionnel <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre		
Droits ouverts N° de sécurité sociale : XXX Caisse : Régime/Caisse d'affiliation : Mutuelle/CMUC/AME : MGEN Caisse d'allocations familiales :..... Caisse de retraite principale :..... Caisse de retraite complémentaire :..... ALD <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui nombre ALD ...3... APA <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6) Date de l'évaluation Si oui plan d'aide en place (nombre d'heures) Mode mandataire <input type="checkbox"/> prestataire <input type="checkbox"/> APL <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RSA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aide sociale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre aide et/ou autres ressources : <input type="checkbox"/> Pension <input checked="" type="checkbox"/> Pension de réversion <input checked="" type="checkbox"/> ASPA PPRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PAP/PAI validé par le Médecin Scolaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Droits à compensation MDA/MDPH : AAH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RQTH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux incapacité (< 50 % <input type="checkbox"/> 50-79 % <input type="checkbox"/> ≥ 80 % <input type="checkbox"/> Carte mobilité pour l'invalidité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Carte mobilité pour le stationnement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACTP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACFP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PCH (date d'ouverture des droits :) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AEEH : <input type="checkbox"/> Oui (date d'ouverture des droits :) <input type="checkbox"/> Non PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AVS/AESH : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Mutualisée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non Matériel Pédagogique Adapté : <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Notifié <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non SESSAD/SEFFS <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Notifié (date :) <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non Orientation (ULIS, SEGPA) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Notifiée (date :) <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non Autres droits MDPH/MDA :		
Protection juridique : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dossier en cours d'instruction <input type="checkbox"/> Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale, habilitation judiciaire pour représentation du conjoint ? Autre mesure (MAJ, MASP) : Nom et coordonnées du mandataire, professionnel ou familial :Mr M..... Si mineur : mesure de protection de l'enfance (AED/AEMO/Placement.....)		
Directives anticipées <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date de signature : Lieu de conservation des directives anticipées :		

► **Les intervenants**

Acteurs du parcours (professionnels / aidants)⁴	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Téléphone E-mail	Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non	<u>Avant élaboration du PPCS :</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage
Médecin traitant	Hervé D	0504504645	Oui	
Infirmier(s) idec ssiad (réfèrent du PPCS)	Sandrine D	0606060606	Oui	Tous les jours : passage aide- soignant le matin et le soir
Pharmacien				
Kinésithérapeute	Franck C	0826486233	non	
Ergothérapeute				
spécialiste				
Assistant social	Isabelle V	0707070707	Oui	
Coordonnateur de la CPTS				
Gestionnaire de cas			Par la suite	

⁴ Le réfèrent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Aller mieux par la prise correcte de ses médicaments, manger à sa faim et être propre
▶ Priorité actuelle de la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Problématique urgente : pouvoir être bénéficiaire d'aides adéquates (autres services d'aide à domicile, matériel médical, etc.)
L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Éloigner M et Mme M de Mme P • Sécuriser la prise médicamenteuse en mettant en place des passages d'IDEL • S'assurer que la personne se nourrit en organisant le portage de repas à domicile • Avoir recours aux compétences de la MAIA locale

⁵ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine)

⁶ Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Problématiques et projets de la personne

- Personne en très grande difficulté et en situation d'isolement social (famille éloignée et personnes présentes semblent abuser de sa faiblesse).
- Besoin d'aide (évaluation de l'autonomie : GIR2).
- La mettre à l'abri de l'emprise sociale de Mr et Mme M : tutelle ??

Priorisation des actions envisagées avec la personne

Plan d'actions à mettre en œuvre au plus vite

- Organiser le passage d'IDEL pour assurer la bonne prise du traitement médicamenteux.
- Contacter le médecin.
- Mise en place d'un SSIAD.
- Organiser le passage d'auxiliaires de vie supplémentaires.
- Organiser les portages de repas ; téléassistance.
- Renouer les liens avec la famille.
- Contacter l'assistance sociale du SSR ou la MDS.
- Solliciter la MAIA.

Plan de soins				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 21/02/2019 Atteinte des objectifs et commentaires
Assurer un suivi et une prise des médicaments conforme à la prescription	Mise en place d'une IDEL (plusieurs passages dans la journée) Vérifier les prescriptions auprès du médecin traitant Associer le médecin traitant dans le retour au domicile	Infirmier libéral Médecin traitant	Meilleur suivi du traitement et réajustement si besoin en collaboration avec le médecin traitant et les IDEL	
Éviter les dangers : Être propre protéger ses téguments Se vêtir/se dévêtir Boire et manger Prévenir le Risque thromboembolique Se mouvoir et maintenir une bonne posture	Mise en place d'un SSIAD matin et soir 7js/7 pour la toilette Mise en place d'un SAAD pour le ménage, les courses, les repas, les changes Pose de bas de contention (sur prescription) Mise en place d'un lit médicalisé, matelas anti escarre, un montauban, un fauteuil roulant Mise en place de séances de rééducation à domicile	SSIAD SAAD Famille MAIA Kiné	Prise en charge effective des actes de la vie quotidienne Nouvelles aux de vie en place Matériel médical livré et installé Rééducation assurée	

Plan d'accompagnement				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Favoriser le lien social	Contacter régulièrement la famille pour lui signaler les évolutions de la situation de Madame P Recréer des liens familiaux	Assistante sociale Médecin traitant MAIA	Mr et Mme M n'ont plus mandat de protection pour Mme P Sa famille est plus présente	
Préparer l'avenir de Mme P	Prise de contact avec la famille pour éventuel placement Mise en sécurité : demandes de placements Signalement pénal Suivi par la MAIA avant placement	MAIA Sœur neveux	Démarches de placement en Ehpad Pose d'une plainte par la famille envers M et Mme M Demande de mise sous tutelle	

Plan d'aides				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Organiser une évaluation sociale	Contacteur les référents APA Compléter le dossier d'APA Évaluation par gestionnaire de cas	Assistante sociale Médecin traitant MAIA	Aides à domicile renforcées Dossier APA complété Prise en charge MAIA	

Personne âgée à domicile en risque de perte d'autonomie (CTA Paerpa en appui du médecin traitant)

Situation relevant de l'élaboration d'un PPCS par une coordination territoriale d'appui (CTA) dans le cadre de Paerpa.

Patiente

- Mme HAS TEST Cunégonde.
- 77 ans.
- Veuve depuis 1 an.
- Vit seule dans une maison isolée peu adaptée (chambre à l'étage, baignoire, encombrement, ...).
- 1 fille en région parisienne – contacts téléphoniques – 3/4 visites par an.
- Pas d'aide à domicile.
- Passage du boulanger et d'un camion alimentaire.
- Très faibles revenus.
- rupture du parcours de soins – pas de déplacement du MT – pas de permis.
- Diabétique – mauvaise observance du traitement.

Interpellation de la CTA PAERPA

- Par le médecin traitant (MSP)
- Mme est emmenée en consultation par sa fille (en visite), inquiète pour sa mère
- MT observe une dégradation ++ de l'état général depuis dernière consultation il y a 6 mois :
 - Mauvais résultats niveau diabète ;
 - Perte de poids ;
- Chute récente ;
- Mme s'avoue fatiguée et accepte de l'aide pour amélioration de sa situation tant médicale que sociale => accord recueilli par MT en présence de fille – prévenues de l'appel de la CTA PAERPA

→ Décision d'élaboration d'un PPCS dans le cadre de Paerpa

Problématiques et projets de la personne

- Observance du traitement.
- Risque de chute.
- Problèmes dans les activités de la vie quotidienne.
- Précarité.
- Isolement.

Priorisation des actions envisagées avec la personne

- Sécuriser la prise de médicaments.
- Réduire le risque de chute.
- Permettre et surveiller une re-prise de poids.
- Faciliter l'accès aux soins.
- Définir et mettre en place les aides nécessaires au maintien à domicile dans de bonnes conditions.
- Rompre l'isolement.

Actions de la CTA

Rappel du contexte d'intervention de la CTA :

Cas pratique proposé dans le cadre de la CTA spécifique PAERPA avec pour critères : + de 75 ans / PA fragile mais encore autonome

Anticipation de la dégradation de la situation à domicile / PPCS sur une plateforme en ligne spécifique PAERPA

Absence de données médicales précises / pas de situation complexe qui aurait été orientée vers un partenaire adéquat

Pas de prise en soins par la CTA mais un appui à la coordination et aux démarches de mise en œuvre et de suivi du PPCS.

Actions définies dans le PPCS

- Passages réguliers de l'IDEL (insuline / surveillance du poids et de l'état général).
- Visite à domicile d'un ergothérapeute et application des préconisations.
- Mise en place de la télé-alarme.
- Recours au service de transport « Mobisanté ».
- Déclenchement et PEC financière de la VAD PAERPA de l'ergothérapeute.
- Sollicitation de l'AS du CD58 (évaluation APA – accompagnement social – téléalarme).
- Lien avec la coordinatrice MSP pour mobilisation du service de transport mobisanté.
- Lien avec le centre social pour l'atelier lecture à domicile.
- Sollicitation du CIAS (SAD et PR).
- Mobilisation de l'association Siel bleu (activité physique adaptée : bilan physique – atelier) :
 - information à la personne âgée au fur et à mesure de l'avancée ;
 - échanges réguliers avec la fille ;
 - retour d'informations systématiques à la CCP ;
 - transmissions des éléments utiles aux intervenants.

ÉDITION DU PLAN PERSONNALISÉ DE CORDINATION EN SANTÉ NO :1150

Note : cette édition est la version imprimée d'un PPCS complété ici dans une plateforme numérique de coordination

Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPCS : OUI Validation médecin par : Dr BLEY

1. Gestion du PPCS

Référent :	Monsieur CIUDAD SEBASTIEN (IDEL)
Date début : (validation) 05-03-2018	Date fin : 03-12-2018
	Mme vit seule depuis le décès de son mari il y a 1 an - problèmes financiers - mauvaise observance du traitement depuis 6 mois - ne conduit pas - pas de VAD du MT- isolée
Observations générales	Dénutrition (perte de poids récente) - 1 fille en région parisienne inquiète par l'état général dégradé de sa mère l'emmène chez le MT - MT alerte CTA pour appui dans mise en place d'un PPCS

ALD

2. Identité du patient

Nom :	Madame HAS TEST	Profession :	FEMME DE MÉNAGE - retraitée
Adresse :	Cunégonde Le clos joli – Lieu-dit Le Plessis	Ville :	58500 OUAGNE
Telephone :	03.86.27.00.00	Portable :	NON
Mail :	NON		
Date naissance :	15-08-1941	Age :	77
Sexe :	Féminin	Poids :	50.00
Organisme sécurité sociale :	CPAM NIÈVRE	No sécurité sociale :	2580000000000000 89
Mutuelle :	HARMONIE MUTUELLE (NEVERS)	N° mutuelle :	012345678900
Mesure de protection :	NON	Juridique :	NON
Directive anticipée :	NON		
ALD :	OUI	Cause ALD :	Diabète de type 1 et diabète de type 2
Recherche hébergement :	NON		
Dispositif sortie hôpital :	NON	Nom du dispositif :	

Table des aides

Mise en place	Date création/Pour le	Aide	Établissement
Après PPCFS	02-04-2018 - 00-00-0000	APA	CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA NIÈVRE (NEVERS)

Table des professionnels et prises en charges

Établissement/Professionnel	Statut	Téléphones	CC P
SIEL BLEU	Association (activité physique adaptée)	Étab: 06.25.83.23.63	
ESPACE SOCIAL DES VAUX D'YONNES	Centre Social	Étab: 03.86.24.44.19	
CIAS DES VAUX D'YONNE - SAD	SAD et portage de repas	Étab: 03.86.27.52.25	
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA NIÈVRE (NEVERS)	AUTRE : service téléalarme	Étab: 03.58.07.20.24	
CABINET ERGOTHÉRAPEUTE RADISSON RADISSON Marie	ERGOTHERAPEUTE	Étab: 06.60.90.51.53 Pro: 06.60.90.51.53 Pro: radisson.marie@free.fr	
SITE D'ACTION MÉDICO-SOCIALE CLAMECY - APA	ASSISTANT(E) SOCIAL(E)	Étab: 03.86.27.52.21	
MSP DE CLAMECY CIUDAD SEBASTIEN	INFIRMIER(ÈRE)	Étab: 03.86.27.15.52 Étab: jaillard.catherine@wanadoo.fr Pro: 03.86.27.15.52 Pro: sebastien.ciudad@orange.fr	Oui
PHARMACIE LENOIR LENOIR ARNAUD	PHARMACIE	Etab: 03 86 27 15 77 Pro: 03.86.27.15.77 Pro: phie.lenoir.arnaud@offisecure.com	
MSP DE CLAMECY JAILLARD CATHERINE	COORDINATEUR(TRICE)	Étab: 03.86.27.15.52 Étab: jaillard.catherine@wanadoo.fr Pro: 03.86.27.29.29 Pro: jaillard.catherine@orange.fr	
MSP DE CLAMECY BLEY YANNICK	MEDECIN TRAITANT	Étab: 03.86.27.15.52 Étab: jaillard.catherine@wanadoo.fr Pro: 03.86.27.23.24 Pro: tikabi@yahoo.fr	Oui
GISA58 (ANTENNE CTA DU PBN) NANTIER Estelle	GESTIONNAIRE D'ANTENNE CTA	Étab: 03.86.27.60.14 Étab: 03.86.27.61.17 Étab: gisa58@outlook.fr Pro: 03.86.27.60.14 Pro: 03.86.27.61.17 Pro: estelle.nantier@paerpa58.com	

Entourage du patient

Nom	Ville	Lien	Téléphones
HAS TEST Caroline		Fille	06.07.88.88.88

3. Les problématiques : détails et actions

1. Problèmes liés aux médicaments

Détails	Actions
1.4. Problèmes d'observance	1-f Prise sécurisée de médicaments par un tiers

3. Problèmes d'incapacité dans les activités de base de la vie quotidienne

Détails	Actions
3.6. Repas	3-b Mise en place / adaptation des aides à domicile
3.7. Ménage	

5. Troubles nutritionnels/difficultés à avoir une alimentation adaptée

Détails	Actions
5.2. Dénutrition	5-i Surveillance du poids

Commentaire : en lien avec actions 3 "incapacité dans les activités de repas (courses et/ou PR)"

6. Problèmes liés à la précarité

Détails	Actions
6.1. Précarité financière	6-a Accompagnement social

7. Problèmes de mobilité

Commentaire : démarches pour pension de réversion du mari décédé il y a 1 an

Détails	Actions
7.1. Risque de chute	7-c Adaptation du logement : visite à domicile de l'ergothérapeute, aides techniques
	7-j Autres : activité physique adaptée + mise en place télé-alarme

8. Problèmes d'isolement

Commentaire : en parallèle des actions liées à la dénutrition et l'observance des traitements

Détails	Actions
8.2. Isolement géographique	8-b Adaptation/mise en place d'aides / activités

9. Problèmes d'organisation du suivi

Détails	Actions
9.1. Pas de déplacement au domicile du médecin traitant	9-f Intervention d'une IDE libéral au domicile
	9-g Autre : service de transport mobisanté

4. Plan de soins/plan d'aides

Objectifs	Actions	Choix Patient	Intervenant	Date bilan	Cta	Résultat	Statut	Suivi
Assurer l'administration adaptée et sécurisée de l'insuline	1-f Prises sécurisée de médicaments par un tiers		+MSP DE CLAMECY CIUDAD SEBASTIEN	12-03-2018	non	Passage journalier (matin + soir) ok à partir du lundi 05 mars 2018	Succès	Clôturer
Définir et mettre en place les aides nécessaires au maintien à domicile dans de bonnes conditions	3-b Mise en place / adaptation des aides à domicile		+SITE D'ACTION MEDICO-SOCIALE CLAMECY - APA +CIAS DES VAUX D'YONNE - SAD	07-05-2018	oui	VAD APA ok le 18 mars 2018 : GIR 4- aide au ménage / préparation des repas / courses (9h/mois) - portage de repas (3/semaine) par CIAS Clamecy à partir du 03 avril 2018	Succès	Clôturer
Contrôler la reprise de poids adaptée et nécessaire de Me	5-i Surveillance du poids		+MSP DE CLAMECY CIUDAD SEBASTIEN	11-06-2018	non	Surveillance IDEL hebdomadaire à partir du 05 mars 2018 / +5kg au 8 juin 2018 (suite à aide repas/courses et PR 3/semaine)	Succès	Clôturer
Aider Mme dans la mise en place de la pension de réversion de son mari décédé	6-a Accompagnement social		+SITE D'ACTION MEDICO-SOCIALE CLAMECY - APA	17-09-2018	oui	Au 05 septembre : pension de réversion ok via accompagnement AS du CD58 (bémol = délais de 6 mois)	Succès	Clôturer
Obtenir les préconisations et aménagements nécessaires évitant le risque de chute à domicile	7-c Adaptation du logement : visite à domicile de l'ergothérapeute, aides techniques		+CABINET ERGOTHERAPEUTE RADISSON RADISSON Marie	14-05-2018	oui	VAD ergo ok le 12 avril 2018 : préconisation barres d'appui ok le 05 mai - refus de déplacer lit au RDC et travaux baignoire	Partiel	Clôturer
Diminuer le risque de chute et sécuriser le domicile en cas de chute	7-j Autre		+CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA NIÈVRE (NEVERS) +SIEL BLEU	25-06-2018	oui	Intervention Siel bleu du 16 avril au 17 juin : bilans et ateliers ok - satisfaction PA moins d'appréhension de la chute et + de déplacements Téléalarme refusée le 04 avril par Mme malgré accord initial et dépôt de dossier via AS du CD58	Partiel	Clôturer
Rompre l'isolement	8-b Adaptation/mise en place d'aides		+ESPACE SOCIAL DES VAUX D'YONNES	03-12-2018	oui	"Atelier lecture à domicile" hebdomadaire (hors vacances scolaires) par CS à partir du 03 septembre 2018 (+ passage journalier de l'IDEL + aide à domicile 2/semaine) - satisfaction PA	Succès	Clôturer
Ré-insérer Mme dans le parcours de soins	9-f Intervention d'une IDE libéral au domicile		+MSP DE CLAMECY CIUDAD SEBASTIEN	14-05-2018	non	Surveillance régulière de l'état général par IDEL ok à partir du 05 mars	Succès	Clôturer
Permettre le déplacement de Mme au cabinet de son médecin pour visite régulière	9-g Autre			14-05-2018	oui	Inscription au service de transport "Mobisanté" ok à partir du 22 mars 2018	Succès	Clôturer

Personne à domicile atteinte de maladie neurodégénérative (appui gradué : réseau / CLIC puis gestion de cas)

Situation de Mme SOURIRE : Rédaction du PPCS 1

Mme Sourire est âgée de 51 ans. Elle est mariée depuis 25 ans, elle a 3 enfants avec son mari, 2 filles et un garçon. Sa fille aînée, Lucie, vient de se marier, elle est enceinte de son premier enfant. Elle travaille dans une boulangerie comme vendeuse. Son fils Jules, 2ème enfant, termine son apprentissage de pâtissier. Sa fille cadette, Aurore, est en licence de lettres et rêve de devenir institutrice.

M. Sourire est ouvrier dans le bâtiment. Il travaille dur. Pour se réchauffer sur les chantiers, il lui arrive de boire du vin et de la bière. Parfois, il va avec ses collègues le soir dans un bar de proximité, et rentre à la maison alcoolisé. Dans ces moments, il peut être violent verbalement avec son épouse ou ses enfants, sans que cela n'ait donné lieu à un signalement ou à des demandes d'intervention de la part de l'épouse ou des enfants. D'ailleurs, le médecin traitant a réussi à lui faire quasiment arrêter cette consommation excessive.

Mme Sourire est femme de ménage dans des écoles de la ville, elle complète son salaire en allant chez des particuliers le soir et les week-ends.

Le couple, d'origine portugaise, vit avec ses enfants dans un logement social non loin du centre-ville de Nancy. Il travaille dur, et a pour projet, à la retraite, de repartir au Portugal. Toute leur famille y réside, et ils ont construit là-bas une jolie maison avec un jardin, dans laquelle ils passent toutes leurs vacances, et qu'ils aménagent d'année en année.

La famille est heureuse, unie, sans histoire, bien intégrée dans son quartier, et parlant parfaitement le français. Le médecin traitant, le docteur Donne, est un familier : il connaît la famille depuis son arrivée en France, a vu naître les 3 enfants. Il continue à les suivre, puisque les 3 enfants habitent encore dans l'agglomération nancéenne. La famille lui fait entièrement confiance.

Depuis 1 an, on a diagnostiqué chez Mme Sourire une aphasie primaire progressive (maladie neurodégénérative évolutive). Cette maladie évolue lentement, et une consultation en neurologie avait été demandée par le docteur Donne car les enfants avaient remarqué que Mme Sourire ne parlait pas comme avant, qu'elle oubliait des choses, qu'elle pleurait alors qu'elle était toujours joyeuse et chantait sans arrêt. Mme Sourire n'a pas d'autre maladie, en dehors d'une hypertension artérielle bien équilibrée. Elle a bénéficié de la pose d'une prothèse de hanche à l'âge de 49 ans.

M. Sourire est inquiet, il ne comprend pas ce qui arrive à son épouse, est convaincu qu'il existe un médicament qui va la soigner, que tout cela est dû au fait qu'elle travaille trop, que l'air de la ville est pollué, ... Il va de plus en plus souvent au café, et sa consommation d'alcool augmente.

La neurologue, le docteur Synapse, a adressé Mme Sourire en hôpital de jour gériatrique, qui accepte d'accueillir cette patiente bien que son âge ne soit pas adapté pour une prise en charge en gériatrie.

Un suivi se met en place, avec des séances de photo-langage et de musicothérapie hebdomadaires qui permettent à Mme Sourire de s'exprimer, de retrouver de la gaieté, de chanter et de danser. En parallèle, des démarches d'accès aux droits sont initiées, sans succès en raison de l'âge de la patiente. M. Sourire bénéficie avec ses enfants, quand ils peuvent venir, d'entretiens d'accompagnement avec le médecin, l'infirmière ou la psychologue de l'hôpital de jour.

Depuis 10 mois, Mme Sourire ne peut plus travailler, mais elle reste autonome pour tous les actes de la vie courante, même si son mari et ses enfants sont obligés de tout superviser. Le médecin traitant reste très proche de la famille, en lien étroit avec l'équipe de l'hôpital de jour et le docteur Synapse qui voit Mme Sourire tous les 6 mois.

Le dispositif d'appui de la ville = coordination territoriale d'appui, composée du réseau gérontologique et du CLIC, est allé évaluer le couple à domicile à la demande du Docteur Donne.

Autres informations concernant la personne



Parcours scolaire et / ou formation professionnelle : pas de formation diplômante



Parcours professionnel : femme de ménage dans des écoles et aide à domicile chez des particuliers le soir et WE



Ressources financières : salaire du mari, bénéficie de l'AAH, droits d'assurée sociale



Autres ressources (morales, religieuses, éthiques, ...) : Mme est catholique croyante et pratiquante



Activités culturelles et de loisirs : part en vacances chaque année au Portugal où ils ont fait construire une maison



Interactions sociales : est très proche de son mari et de ses enfants, suivi rapproché du MT



Forces perçues par la personne : entourage familial très proche, s'entend très bien avec son aide à domicile

Difficultés ressenties par la personne : difficultés à se déplacer avec la canne anglaise + douleurs, se sent triste, difficultés à s'exprimer, ne peut plus travailler depuis 10 mois. Difficultés ressenties par l'entourage : inquiétude, mari à accompagner ++ = est en arrêt de travail actuellement et ne peut plus aller au Portugal car difficultés financières, a des idées suicidaires ; enfants interviennent de + en + souvent au détriment de leurs études, difficultés à emmener Mme en HDJ.

La personne et les intervenants

► La personne

Identité				Référent de la mise en œuvre :	Numéro du PPCS : 1
Nom marital : Sourire	Nom de jeune fille :	Nom d'usage :		Profession / Structure : Médecin traitant... Si médical : n° RPPS, ou à défaut n° ADELI Nom : Donne Prénom .Francis Tél / E-mail :	
Prénom : Maria	Date de naissance : 27/11/1968	Âge : 51 ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Contexte de la démarche PPCS : sollicitation du dispositif d'appui à la coordination par le médecin traitant. Demande d'évaluation de la patiente	
Lieu de naissance :					
Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)					
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input checked="" type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange : Date : Non-opposition de la personne <input type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/> Personne à l'origine du recueil : Le médecin traitant					
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.) 18 rue des fleurs – Appt. 12 - 54000 NANCY					
Téléphone			Adresse de messagerie		
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé) mariée					
Nombre d'enfants : 3 <input checked="" type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance		Coordonnées des enfants si besoin :			
Si personne mineure Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 2 ^e adresse :		

Autorité parentale :			
Aidant principal (identité et coordonnées) M. Paolo SOURIRE <i>Tel : 06.04.02.55.96</i>		Nature du lien avec l'aidant : mari	
Référents familiaux/amicaux (identité(s) et coordonnées) M. Paolo SOURIRE, mari 06.04.02.55.96 M. Jules SOURIRE, fils 06.89.78.54.11 Jules.sourire@hotmail.fr Mme Aurore SOURIRE, fille 07.63.45.20.18 a.sourire@gmail.com Mme Lucie SOURIRE, fille 06.32.20.78.75 lucie54@gmail.com Nature du lien avec le référent familial/amical :		Personne de confiance : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non M. Paolo SOURIRE Date de réception de l'information	
Recherche d'hébergement en cours <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non			
Hébergement actuel : Propriétaire <input checked="" type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé <input type="checkbox"/>			
Accessibilité à l'hébergement : étage – ascenseur – autre renseignement			
Existence d'une problématique avec le logement : Accessibilité : Caractère adapté : Aménagement (WC, salle de bains, autre) : Matériel en place : (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène,...)			
Statut professionnel <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre			
Droits ouverts N° de sécurité sociale : XXXX Caisse : Régime/Caisse d'affiliation : Mutuelle/CMUC/AME : SNVB Caisse d'allocations familiales : Caisse de retraite principale : Caisse de retraite complémentaire :			
ALD <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui nombre ALD ...1... APA <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Classe GIR 5 (1 à 6) Date de l'évaluation Si oui plan d'aide en place (nombre d'heures) Mode mandataire <input type="checkbox"/> prestataire <input type="checkbox"/> APL <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RSA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aide sociale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre aide et/ou autres ressources : <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA PPRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PAP/PAI validé par le Médecin Scolaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Droits à compensation MDA/MDPH : AAH : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RQTH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux incapacité (< 50 % <input type="checkbox"/> 50-79 % <input type="checkbox"/> ≥ 80 % <input type="checkbox"/> Carte mobilité pour l'invalidité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Carte mobilité pour le stationnement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACTP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACFP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PCH (date d'ouverture des droits :) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AEEH : <input type="checkbox"/> Oui (date d'ouverture des droits :) <input type="checkbox"/> Non PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AVS/AESH : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Mutualisée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non Matériel Pédagogique Adapté : <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Notifié <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non SESSAD/SEFFS <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Notifié (date :) <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non Orientation (ULIS, SEGPA) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Notifiée (date :) <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non			

Autres droits MDPH/MDA :

Protection juridique : Oui Non Dossier en cours d'instruction

Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale, habilitation judiciaire pour représentation du conjoint ?

Autre mesure (MAJ, MASP) :

Nom et coordonnées du mandataire, professionnel ou familial :

Si mineur : mesure de protection de l'enfance (AED/AEMO/Placement.....)

Directives anticipées

Non

Oui

Date de signature :

Lieu de conservation des directives anticipées :

► Les intervenants

<i>Acteurs du parcours (professionnels / aidants)⁷</i>	<i>Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme</i>	<i>Téléphone E-mail</i>	<i>Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non</i>	<i><u>Avant élaboration du PPCS :</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage</i>
<i>Médecin traitant (réfèrent du PPCS)</i>	DONNE Francis	03 83 22 58 89	Oui	Suivi régulier
<i>Pharmacien</i>	Pharmacie du Centre	03 84 77 59 63	Oui	
<i>Kinésithérapeute</i>	MARCHE Nicolas	06 85 99 52 14	Oui	3 fois/sem
<i>Autre médecin spécialiste</i>	SYNAPSE Henri, neurologue	03 83 74 48 55	Oui	Suivi 2 fois/an
<i>Coordination territoriale d'appui – réseau</i>	SUPPORT Eliane, médecin réseau	03 83 45 84 90	Oui	
<i>Hôpital de jour</i>	Hôpital LA DÉTENTE	03 83 52 56 55	Non	Séances photo-langage et musicothérapie Mardi et jeudi Entretiens d'accompagnement
<i>Aide à domicile</i>	Association Entraide – Mme SOLEIL	03 85 14 45 88	Non	2 heures de ménage le lundi
<i>Équipe mobile de liaison gérontopsychiatrie</i>	BIENÊTRE Marie	03 83 25 88 79	Oui	1 fois/sem pour M.

⁷ Le réfèrent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Garder le moral
▶ Priorité actuelle de la personne	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoir rester à chez elle, ne pas être hospitalisée
L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Que Mme Sourire aille mieux • Etre accompagné dans l'aide qu'ils apportent à leur mère / épouse

⁸ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine)

⁹ Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Problématiques et projets de la personne

Problèmes non résolus identifiés par les professionnels (oui / non / ?)					
	O / N / ?	Commentaires		O / N / ?	Commentaires
Problèmes liés aux médicaments	?	À vérifier avec M.	Précarité	O	
accident iatrogène			financière	O	
automédication à risque			habitat	N	
prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti-thrombotiques, hypoglycémiantes)			énergétique	N	
problème d'observance			Aidant en difficulté (épuisé, fragile, ...)	O	Époux et enfants à accompagner
adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiantes)			Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne	O	Soutien dans l'entretien du logement
			soins personnels/toilette		
Organisation du suivi	N		habillement		
pas de déplacement à domicile du médecin traitant			aller aux toilettes		
absence de suivi			continence		
multiples intervenants			locomotion		
			repas		
investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques complémentaires					
Problèmes de mobilité	O		Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée	N	

Problèmes non résolus identifiés par les professionnels (oui / non / ?)					
	O / N / ?	Commentaires		O / N / ?	Commentaires
risque de chute	O	Déplacements difficiles avec canne anglaise			
chute(s)	O		Difficultés à prendre soin de soi	N	
phobie post-chute	O		difficultés à utiliser le téléphone		
problèmes de mobilité à domicile	O		difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments		
problèmes de mobilité à l'extérieur	O		difficultés à voyager seul		
			difficultés à gérer son budget		
Isolement	N		refus de soins et d'aides		
faiblesse du réseau familial ou social			situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause		
isolement géographique					
isolement ressenti					
isolement culturel			Troubles de l'humeur	O	Mme paraît parfois triste

Priorisation des actions envisagées avec la personne

En rédigeant un premier PPCS, le réseau met en place :

- un suivi psychologique à domicile pour M. Sourire ;
- un intervenant pour faire 2 heures de ménage par semaine. C'est l'association Entraide qui envoie une salariée chaque semaine, Mme Soleil. Mme Sourire s'attache rapidement à Mme Soleil ;
- l'intervention de M. Marche, un kinésithérapeute qui vient 3 fois par semaine à domicile pour faire marcher Mme Sourire.

Plan de soins				
Objectifs partagés	Libellés des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	-- Commentaires - Bilan d'étape Date : 15/03/2018 - Atteinte des objectifs
Assurer la mobilité et prévenir les chutes	Rééducation/réadaptation	M. MARCHE Nicolas, masseur-kinésithérapeute	Absence ou réduction des chutes	
Assurer le soutien de l'entourage	Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté	Équipe mobile de géro- psychiatrie	Soulagement et accompagnement de l'aidant	
Assurer le bien être psychologique	Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté	Équipe mobile de géro- psychiatrie	Amélioration de la qualité de vie	
Assurer la coordination et la continuité des soins	Vérifier l'adaptation des soins à l'état du patient	Dr Support, Médecin réseau	Coordination adaptée	

Plan d'aides				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 15/03/2018 Atteinte des objectifs et commentaires
Assurer les actes de la viequotidienne	Mise en place des aides	Association Entraide – Mme SOLEIL	Lieu de vie propre	

Situation de Mme SOURIRE : Suivi du PPCS 1 et réévaluation

Mme Sourire continue de retourner au Portugal chaque été avec son mari.

Mais petit à petit, la situation se dégrade :

- Mme Sourire chute et sa prothèse de hanche se « déboite », entraînant une accentuation des difficultés à la marche et des douleurs, puis l'obligeant à marcher avec une canne anglaise qu'elle maîtrise mal. Après l'échec d'une tentative de dépose-repose de la prothèse, plusieurs chirurgiens sont consultés mais refusent une ré-intervention en raison de la pathologie neurodégénérative de Mme Sourire ;
- M. Sourire est licencié économique, son entreprise a déposé le bilan. Il retrouve du travail grâce au bailleur social qui l'héberge, comme gardien. Il doit surveiller les immeubles de la rue, sortir les poubelles, laver les entrées ... Il continue de retrouver ses anciens collègues au café le soir, après que sa femme se soit endormie, car elle se couche très tôt ;
- les enfants deviennent indépendants et quittent le domicile.

M. Sourire n'accepte toujours pas la situation, il veut gérer le quotidien de la maison avec son épouse, comme avant. Il est convaincu que c'est ainsi que son épouse ira mieux, il la stimule, parfois un peu rudement, mais toujours avec beaucoup d'amour.

Mais Mme Sourire ne va pas mieux, elle pleure de plus en plus, se déplace de plus en plus difficilement, parle de moins en moins, ou alors en portugais ou par des injures ...

Jules et Aurore doivent intervenir de plus en plus souvent, au détriment de leurs études, pour garder leur maman, la laver, l'emmener se promener.

Lucie accouche d'une petite Marie, Mme Sourire accueille sa première petite fille avec joie et chaleur, mais elle ne reconnaît pas toujours entre deux visites.

Le médecin traitant est inquiet car M. Sourire boit de nouveau tous les soirs. D'ailleurs il est tombé en rentrant les poubelles, et s'est cassé le poignet. Depuis, il est en arrêt de travail et développe une algodystrophie du poignet qui l'empêche d'utiliser sa main droite correctement (il est droitier).

Il ne veut pas reprendre le travail, il doit s'occuper de son épouse qui reste maintenant assise toute la journée.

Il commence à remettre en doute le diagnostic de son épouse, parle de racisme anti-portugais, exprime des idées de préjudice ou d'erreurs médicales à répétition le concernant ou concernant son épouse.

Situation de Mme SOURIRE : rédaction du PPCS 2

En parallèle, il devient de plus en plus difficile d'emmener Mme Sourire en hôpital de jour, de la faire sortir de son domicile car elle a peur et crie.

Seule Mme Soleil parvient à la faire manger quand M. Sourire n'est pas là, car Mme Sourire serre les dents et crache parfois.

M. Sourire ne peut plus partir au Portugal, il a des dettes, il n'a pas rempli sa dernière déclaration d'impôts. Il a parlé de se suicider avec son épouse à Mme Soleil.

La CTA, en lien avec le MT, rédige un deuxième PPCS, dans lequel il est décidé de faire appel à une gestionnaire de cas pour accompagner le couple de façon plus rapprochée.

► Les intervenants

<i>Acteurs du parcours (professionnels / aidants)¹⁰</i>	<i>Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme</i>	<i>Téléphone E-mail</i>	<i>Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non</i>	<i><u>Avant élaboration du PPCS :</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage</i>
<i>Médecin traitant (referent du PPCS)</i>	DONNE Francis	03 83 22 58 89	Oui	Suivi régulier
<i>Pharmacien</i>	Pharmacie du Centre	03 84 77 59 63	Oui	
<i>Kinésithérapeute</i>	MARCHE Nicolas	06 85 99 52 14	Oui	3 fois/sem
<i>Autre médecin spécialiste</i>	SYNAPSE Henri, neurologue	03 83 74 48 55	Oui	Suivi 2 fois/an
<i>Coordination territoriale d'appui</i>	SUPPORT Eliane, médecin réseau	03 83 45 84 90	Oui	
<i>Hôpital de jour</i>	Hôpital LA DÉTENTE	03 83 52 56 55	Non	Séances photo-langage et musicothérapie Mardi et jeudi Entretiens d'accompagnement
<i>Aide à domicile</i>	Association Entraide – Mme SOLEIL	03 85 14 45 88	Non	1 heure/jour
<i>Équipe mobile de liaison gérontopsychiatrie</i>	BIENÊTRE Marie	03 83 25 88 79	Oui	1 fois/sem pour M.
<i>Coordination territoriale d'appui</i>	PIVOT Valérie, gestionnaire de cas	03 78 12 34 56	Non	

¹⁰ Le référent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne¹¹	<ul style="list-style-type: none"> • Très difficiles à faire exprimer par Mme, mais son comportement montre son attachement à rester dans sa famille -
▶ Priorité actuelle de la personne	
L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage¹²	<ul style="list-style-type: none"> • Que Mme aille mieux pour pouvoir repartir au Portugal et à terme, s'installer dans la maison qu'ils ont construite avec son époux • Que les enfants puissent se consacrer à nouveau pleinement à leurs études et à leur projet de vie • Que M. puisse reprendre un travail

¹¹ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine)

¹² Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Problématiques et projets de la personne

Problèmes non résolus identifiés par les professionnels (oui / non / ?)					
	O / N / ?	Commentaires		O / N / ?	Commentaires
Problèmes liés aux médicaments	?	À vérifier avec M.	Précarité	O	
accident iatrogène			financière	O	
automédication à risqué			habitat	N	
prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti-thrombotiques, hypoglycémiants)			énergétique	N	
problème d'observance			Aidant en difficulté (épuisé, fragile, ...)	O	Époux et enfants à accompagner
adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)			Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne	O	
			soins personnels/toilette	O	
Organisation du suivi	O		habillage	O	
pas de déplacement à domicile du médecin traitant	N		aller aux toilettes	O	
absence de suivi	?	Suivi très régulier nécessaire	continence	O	
multiples intervenants	O	Déplacements deviennent difficiles à tous les RV médicaux	locomotion	O	
			repas	O	
investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques complémentaires	N				
Problèmes de mobilité	O		Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée	O	

Problèmes non résolus identifiés par les professionnels (oui / non / ?)					
	O / N / ?	Commentaires		O / N / ?	Commentaires
risque de chute	O	Déplacements difficiles avec canne anglaise			
chute(s)	O		Difficultés à prendre soin de soi	O	
phobie post-chute	O		difficultés à utiliser le téléphone	O	
problèmes de mobilité à domicile	O		difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments	O	
problèmes de mobilité à l'extérieur	O		difficultés à voyager seul	O	
			difficultés à gérer son budget	O	
Isolement	?		refus de soins et d'aides	N	
faiblesse du réseau familial ou social			situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause	N	
isolement géographique					
isolement ressenti	?				
isolement culturel			Troubles de l'humeur	O	Mme paraît parfois triste

Plan de soins				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	-Bilan d'étape Date : 15/05/2018 Atteinte des objectifs Commentaires
Assurer la mobilité et prévenir les chutes	Rééducation/réadaptation	M. MARCHE Nicolas, masseur-kiné	Absence ou réduction des chutes	Revoir les déplacements avec la canne anglaise
Assurer le soutien de l'entourage	Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté	Équipe mobile de gériopsychiatrie	Soulagement et accompagnement de l'aidant	À renforcer
Assurer le bien-être psychologique	Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté	Équipe mobile de gériopsychiatrie	Amélioration de la qualité de vie	À renforcer
Assurer la coordination et la continuité des soins	Vérifier l'adaptation des soins à l'état du patient	Dr SUPPORT Eliane, médecin réseau	Dispositif autour du MAD approprié	En appui rapproché de la GC

Plan d'aides				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 15/05/2018 Atteinte des objectifs et commentaires
Assurer le bien-être psychologique	Mise en place d'un accompagnement intensif	Mme Valérie PIVOT, gestionnaire de cas	Accompagnement social en place/accompagnement adaptés pour les démarches	
Assurer le soutien de l'entourage	Mise en place d'un accompagnement intensif	Mme Valérie PIVOT, gestionnaire de cas	Soulagement de l'aidant	
Assurer un apport nutritionnel suffisant	Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté	Association Entraide – Mme SOLEIL	Prise de repas régulière	Augmentation des heures

Situation de Mme SOURIRE : rédaction du PPCS 3

En lien étroit avec le médecin du réseau, la gestionnaire de cas, avec toute l'équipe de soins, doit intervenir de façon rapprochée pour faire accepter à M. et Mme Sourire les interventions nécessaires, mal tolérées au quotidien (**rédaction d'un troisième PPCS**), et rechercher des financements.

► Les intervenants

<i>Acteurs du parcours (professionnels / aidants)¹³</i>	<i>Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme</i>	<i>Téléphone E-mail</i>	<i>Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non</i>	<i>Avant élaboration du PPCS : nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage</i>
<i>Médecin traitant (referent du PPCS)</i>	DONNE Francis	03 83 22 58 89	Oui	Suivi régulier
<i>Pharmacien</i>	Pharmacie du Centre	03 84 77 59 63	Oui	
<i>Kinésithérapeute</i>	MARCHE Nicolas	06 85 99 52 14	Oui	3 fois/sem.
<i>Autre médecin spécialiste</i>	SYNAPSE Henri, neurologue	03 83 74 48 55	Oui	Suivi 2 fois / an
<i>Coordination territoriale d'appui</i>	SUPPORT Eliane, médecin réseau	03 83 45 84 90	Oui	
<i>Conseil départemental</i>	PLAN Magalie, conseillère gérontologie	03 83 30 12 26	Non	
<i>Hôpital de jour</i>	Hôpital LA DÉTENTE	03 83 52 56 55	Non	Séances photo-langage et musicothérapie Mardi et jeudi Entretiens d'accompagnement
<i>Aide à domicile</i>	Association Entraide – Mme SOLEIL	03 85 14 45 88	Non	1 heure/jour
<i>Équipe mobile de liaison gériatopsychiatrie</i>	BIENÊTRE Marie	03 83 25 88 79	Oui	1 fois/sem. pour M.
<i>Coordination territoriale d'appui</i>	PIVOT Valérie, gestionnaire de cas	03 78 12 34 56	Non	
<i>SSIAD</i>	SANTE	03 83 18 42 77	Non	Passage quotidien dès que possible

¹³ Le référent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

Problèmes non résolus identifiés par les professionnels (oui / non / ?)					
	O / N / ?	Commentaires		O / N / ?	Commentaires
Problèmes liés aux médicaments	?	À vérifier avec M.	Précarité	O	
accident iatrogène			financière	O	
automédication à risque			habitat	N	
prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, anti-thrombotiques, hypoglycémiants)			énergétique	N	
problème d'observance			Aidant en difficulté (épuisé, fragile, ...)	O	Époux et enfants à accompagner
adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiants)			Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne	O	
			soins personnels/toilette	O	
Organisation du suivi	N		habillement	O	
pas de déplacement à domicile du médecin traitant			aller aux toilettes	O	
absence de suivi			continence	O	
multiples intervenants			locomotion	O	
			repas	O	
investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques complémentaires					
Problèmes de mobilité	O		Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée	O	

Problèmes non résolus identifiés par les professionnels (oui / non / ?)					
	O / N / ?	Commentaires		O / N / ?	Commentaires
risque de chute	O	Déplacements difficiles avec canne anglaise			
chute(s)	O		Difficultés à prendre soin de soi	O	
phobie post-chute	O		difficultés à utiliser le téléphone	O	
problèmes de mobilité à domicile	O		difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments	O	
problèmes de mobilité à l'extérieur	O		difficultés à voyager seul	O	
			difficultés à gérer son budget	O	
Isolement	?		refus de soins et d'aides	O	
faiblesse du réseau familial ou social			situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause	N	
isolement géographique					
isolement ressenti	?				
isolement culturel			Troubles de l'humeur	O	Mme paraît parfois triste

Plan de soins				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	-- Commentaires -Bilan d'étape Date : 15/06/2018 -Atteinte des objectifs
Assurer les soins d'hygiène, de confort et de l'intégrité de la peau	Toilette médicalisée	SSIAD	Hygiène corporelle correcte	
Assurer la coordination et la continuité des soins	Vérifier l'adaptation des soins à l'état du patient	Dr SUPPORT Eliane, médecin réseau	Dispositif autour du MAD approprié	En appui rapproché de la GC

Plan d'aides				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 15/06/2018 Atteinte des objectifs et commentaires
Assurer un apport nutritionnel suffisant	Aide financière 1 ^{ère} demande	Mme PLAN Magalie conseillère APA	Aide financière attribuée	

Plan d'accompagnement				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 15/06/2018 Atteinte des objectifs et commentaires
Assurer un environnement adapté	Proposer une entrée en institution	USLD	Personne en confiance dans son environnement	Anticipation de l'avenir

Analyse des écarts (objectifs formulés non réalisés)

Nature du besoin	Cause de l'écart	Actions à entreprendre en vue d'assurer une réponse complète au besoin identifié	Délai de suivi
<i>Observance du traitement</i>	Entourage pas prêt	Accompagner le mari vers une acceptation d'un relais de confiance	1 mois
<i>Aide à la toilette</i>	La personne concernée ne comprend pas et s'oppose parfois	Acceptation progressive des soins, approche adaptée	
<i>Déni de l'évolution de la pathologie de l'épouse</i>	Évolution difficile à comprendre pour le mari	Soutien psychologique et information réitérée sur la possibilité d'accompagnement, mais pas de traitement pour guérir son épouse	

Personne atteinte d'affection psychiatrique (Centre de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive)

Anamnèse Monsieur D.

Patient de 26 ans adressé par le Dr Y du CMP Le Bon Accueil, suite à sa restitution de bilan diagnostique réalisé au Centre Expert schizophrénie. Il vient accompagné de sa mère pour un rdv de pré-admission.

1. Au niveau de ses antécédents psychiatriques

M. D. indique avoir reçu au départ un diagnostic de dépression en 2010 suite à sa première hospitalisation, puis un diagnostic de schizophrénie à partir de 2012, précisé « schizophrénie paranoïde » en 2016 par le centre Expert.

Il rapporte un début progressif de la maladie à partir de 2010 avec l'apparition d'un repli sur soi important ; il décrit une perte de motivation à se rendre en cours et à pratiquer ses loisirs habituels avec ses amis. Plus tard s'ensuivent des symptômes positifs de type hallucinations acoustico-verbales (« j'entendais des voix parler de moi dans le couloir ») nécessitant une nouvelle hospitalisation de plusieurs mois. Il rapporte que ses hallucinations ont persisté au cours des années suivantes et se sont intensifiées progressivement jusqu'en 2012.

Mr D. explique que les premiers symptômes en 2010 sont arrivés juste avant ses examens de fin d'année à la FAC de droit de Grenoble. Il indique, au cours de cette période, un vécu d'échec important, une mauvaise estime de lui, un repli social progressif et un décrochage scolaire. Il décrit un changement par rapport à la période du lycée, période où il disait avoir beaucoup d'amis. Il rapporte néanmoins un début de décrochage scolaire à partir de la fin du lycée.

La première consultation psychiatrique a eu lieu en 2010 au service des urgences psychiatriques où il a été accompagné par ses parents, dans un contexte d'incurie, de perte de poids et de troubles dépressifs majeurs. Il a été orienté en service de psychiatrie générale, pour une hospitalisation d'un mois et demi. À sa sortie, une prescription d'antidépresseurs : escitalopram 20 mg/jour a été faite, à renouveler par son généraliste. M. D. rapporte néanmoins avoir pris les antidépresseurs sur une durée inférieure à 6 mois et avoir interrompu son traitement et son suivi car il se sentait mieux.

L'année suivante, il reprend sa 1^{ère} année de droit et la valide. Il poursuit son cursus jusqu'en janvier 2012, où une décompensation bruyante apparaît. Monsieur D. présente un tableau clinique aigu avec : l'impression d'être au centre de l'attention, des idées de référence « la télé et la radio me parlaient, elles évoquaient des parties de ma vie ! Il y avaient des voix qui jugeaient tout ce que je faisais parfois en bien, parfois en mal. », ceci ayant entraîné un isolement important. Juste avant cette période, Monsieur D. avait consommé de façon excessive du cannabis et avait peu dormi.

Une hospitalisation de 3 mois est alors mise en place. Le diagnostic de schizophrénie est posé, ainsi que l'introduction d'un traitement neuroleptique (rispéridone 6 mg). Au vu de la rémission symptomatique et de l'acceptation des soins, Monsieur D. est orienté sur le CMP de son secteur.

2. Prise en soins au CMP

Il sera reçu en consultation mensuelle par le Dr Y pour l'évaluation de sa santé psychique et le renouvellement de son ordonnance.

Au vu des difficultés de Monsieur D. à penser à prendre son traitement, une proposition d'injection retard lui est faite mais il la refuse. La mise en place de rendez-vous avec un infirmier est instaurée. La réalisation de son semainier au CMP est effectuée toutes les semaines. L'observance thérapeutique est améliorée.

M. D. semble s'être beaucoup isolé socialement et rapporte également de nombreux évitements avec un investissement important dans les jeux vidéo. La mise en place d'un suivi psychologique lui permet d'évoquer son ressenti et de travailler sur ses conduites d'évitement. Une réévaluation

du traitement pharmacologique est réalisée : aripiprazole qui sera ajusté à 30mg/jour. Suite à ce changement de traitement, il réinvestit sa vie sociale et sentimentale (rencontre avec une petite amie, avec qui il restera 2 ans).

En 2014, le suivi avec une assistante sociale est mis en place avec comme projet l'installation dans un appartement individuel. Une demande d'AAH + SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale) est faite auprès de la MDPH.

En 2015, il participe à un atelier de psychoéducation portant sur la psychose et ses traitements.

En 2016, la rupture avec son amie, entraîne une recrudescence anxieuse avec des idées de persécution très présentes et de nouveau un repli sur soi.

Suite à cet épisode psychotique jugulé par le CMP, une orientation vers le Centre Expert Schizophrénie est proposée pour permettre une évaluation fonctionnelle, un approfondissement diagnostique et thérapeutique.

3. Conclusions du Centre Expert Schizophrénie

Patient de 26 ans présentant une schizophrénie paranoïde avec forte symptomatologie résiduelle, tant positive que négative, ayant des conséquences majeures sur le fonctionnement psychosocial, et ce malgré une bonne observance thérapeutique.

Proposition d'un traitement par Clozapine®

Diagnostic de schizophrénie paranoïde ; orientation C3R.

Risques évolutifs

- *Risque hétéro agressif :*

Le risque hétéro-agressif est faible.

- *Risque de perte d'autonomie / de désinsertion socio-professionnelle :*

Le risque de désinsertion socio-professionnelle est fort compte tenu de l'importance de la symptomatologie résiduelle et de la fréquence des évitements sociaux et professionnels.

- *Risque d'addiction :*

Le risque addictif est élevé.

4. Sur le plan des antécédents médicaux

Sa mère nous informe qu'il y a eu une infection toxoplasmique au cours de la grossesse.

5. Mode de vie

M. D. vit en appartement autonome depuis 2016, avec un accompagnement éducatif.

Journée type : Monsieur se lève vers 13h, car il a des difficultés d'endormissement avec une description de ruminations anxieuses, amendées par une consommation d'alcool quotidienne au coucher. Il ne prend pas de petit déjeuner, grignote car n'aime pas se faire à manger.

Il passe beaucoup de temps chez lui à regarder des séries, jouer à des jeux vidéo et surfer sur le net.

Il sort et ne voit ses amis que lorsqu'il est sollicité. Sinon, il sort peu car a toujours l'impression d'être au centre de l'attention et a peur du regard des autres. Parfois, il indique tirer les rideaux chez lui, en raison d'une symptomatologie hallucinatoire résiduelle.

Il décrit une journée peu efficace, au vu de sa symptomatologie négative (« je manque d'envie et de motivation pour faire les choses »).

Toutefois, il peut modifier son rythme quand il a des obligations.

Il peut prendre les transports en communs sans difficulté, hormis s'il doit être en interaction avec un inconnu.

M. D. sur le plan social bénéficie de l'AAH et des APL.

Il indique avoir comme objectif prioritaire de mieux gérer et connaître ses symptômes afin de trouver des stratégies efficaces pour mieux les gérer. Selon lui, cela lui permettrait ensuite soit de reprendre une formation soit de trouver un emploi.

6. Sur le plan de la gestion du budget et des démarches

Monsieur est autonome pour la gestion du budget et des factures. Il décrit cependant des grosses difficultés dans l'organisation et la gestion des démarches administratives. Il est aidé par sa mère et son éducateur. La consommation d'alcool vient tout de même impacter son budget.

7. Au niveau des relations sociales et familiales

Depuis le début de ses troubles, il décrit un changement quant à ses relations sociales. Avant, il se sentait plutôt à l'aise en société, ce qui n'est plus le cas actuellement.

Il a conservé un réseau amical conséquent avec qui il entretient des liens réguliers.

Il voit ses parents 2 fois par semaine, avec qui les relations sont parfois tendues car ils lui reprochent d'être fainéant.

8. Scolarité et activité professionnelle

Monsieur a eu un BAC ES en 2009. Il a fait une première année de FAC qu'il redouble puis valide en 2012. Il a fait des jobs d'été (plongeur en restauration). Il garde des bons souvenirs du travail en équipe. Il n'a plus travaillé depuis 2013.

9. Sur le plan clinique

Le patient est calme, son discours est cohérent, il est bien orienté dans le temps et dans l'espace, l'expression émotionnelle est adéquate à la circonstance de l'entretien.

M. D. rapporte la présence d'une symptomatologie hallucinatoire résiduelle dans les 7 derniers jours, notamment en situation de stress (en lien avec l'évaluation du Centre de réhabilitation). Il rapporte que lorsque ces manifestations surviennent, il a des difficultés à prendre du recul et à différencier ses perceptions hallucinatoires et la réalité.

Il indique, dans les facteurs de protection le soutien de sa sœur, ses amis et son équipe du CMP. La projection dans l'avenir semble d'ailleurs possible.

La symptomatologie négative semble très invalidante, avec un repli social et un apragmatisme important, des difficultés à prendre des initiatives, à initier une action, à la mettre en œuvre et à conserver sa motivation dans le temps. Le plaisir semble conservé au moment de réaliser une action, mais peu anticipé.

Sur le plan cognitif, M. D. rapporte des plaintes sur le plan de l'organisation et de l'attention.

Sur le plan de la perception de la pathologie, il indique être conscient d'avoir un trouble psychique. La connaissance de son traitement pharmacologique est plutôt bonne. Il rapporte également une culpabilité importante sur le fait de ne pas avoir réussi sa vie de façon satisfaisante pour lui et pour ses proches.

Conclusion

L'orientation vers le centre de réhabilitation semble tout à fait pertinente.

Mr D a pour projet de retrouver une activité professionnelle. Il vient au Centre de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (C3R) de Grenoble, afin d'être accompagné dans son projet.

Dans un premier temps, Mr D présente la situation actuelle dans chaque domaine de son projet de vie : ses souhaits et projets (situation espérée), et sa perception des ressources et des freins à leur mise en œuvre. Dans un second temps, l'équipe du C3R :

- évalue les symptômes, le fonctionnement cognitif, les habiletés de vie quotidienne et les ressources de la personne ;
- puis propose un avis spécialisé pluridisciplinaire, en tenant compte des difficultés et des compétences de la personne.

Non opposition à l'échange ou au traitement d'informations

Oui Non

Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel :

Oui Non

Plan de soins				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Perdre du poids	Réaliser un bilan éducatif partagé.	Diététicienne du centre hospitalier Alpes Isère	bilan éducatif partagé réalisé - accompagnement diététique mis en place Amélioration de son estime de lui	
Améliorer la connaissance de la maladie	Participation à l'atelier TCCp : Thérapie Cognitive et Comportementale dans les Psychoses ¹⁴	Animateurs du groupe TCCp	Connaissances théoriques et pratiques effectivement acquises sur la maladie (objectivée par auto et hétéro évaluations quantitative et/ou qualitative)	
Améliorer l'auto gestion des symptômes dont sa capacité à détecter une rechute	Participation à l'atelier Brochures TIPP : Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques ¹⁵	Animateurs du groupe TIPP Animateurs du groupe	Amélioration de la capacité à gérer sa maladie (objectivée par auto et hétéro évaluations quantitative et/ou qualitative)	

¹⁴ Thérapie Cognitive et Comportementale dans les Psychoses (Lecomte et Leclerc, 2012).

Cet atelier vise la diminution des symptômes psychotiques grâce à la modification des croyances délirantes et l'utilisation de stratégies d'adaptation (aborde également les problématiques du stress, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression, du suicide et de la toxicomanie).

¹⁵ Brochures TIPP : traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques (Favrod et al, 2011).

Cet atelier vise à développer des compétences personnelles afin de faire face à la maladie. Il permet d'aborder différents thèmes autour de la psychose (Cannabis, Psychose, Médicaments, Rétablissement).

	Participation à l'atelier RemedRugby (C3R Grenoble) ¹⁶	RemedRugby		
Améliorer la compréhension des effets des traitements	Participation à l'atelier Brochures TIPP : Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques ¹⁷ (éducation thérapeutique sur le traitement médicamenteux)	Animateurs du groupe TIPP	Connaissances théoriques et pratiques sur les effets des traitements effectivement acquises (objectivée par auto et hétéro évaluations quantitative et/ou qualitative)	
Améliorer les capacités cognitives en vue d'avoir une activité professionnelle	Participation au programme de remédiation cognitive individuelle RECOS ¹⁸	Ergothérapeute du C3R	Amélioration de la capacité à s'organiser et à résoudre des problèmes (objectivée par auto et hétéro évaluations quantitative et/ou qualitative)	

¹⁶ RemedRugby (C3R Grenoble) : cet atelier vise à améliorer les compétences dans le domaine de la cognition sociale dans ses aspects pratiques (gestion du conflit, de la communication verbale et non verbale dans un objectif de déstigmatisation) à travers la pratique d'un sport adapté (*touch rugby*).

¹⁷ Brochures TIPP : traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques (Favrod et al., 2011).

Cet atelier vise à développer des compétences personnelles afin de faire face à la maladie. Il permet d'aborder différents thèmes autour de la psychose (cannabis, psychose, médicaments, rétablissement).

¹⁸ RECOS¹⁸ (Vianin, 2007) : programme de remédiation cognitive individuelle visant à améliorer les déficits cognitifs en permettant à la personne d'acquérir des stratégies de résolution de problèmes aux travers d'exercices de type papier-crayon puis de les mettre en application avec des exercices informatisés.

Plan d'accompagnement				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Autonomisation dans l'entretien du logement	Se mettre en lien avec le SAVS, afin de déterminer les actions de chacun.	Ergothérapeute du C3R	Capacité acquise à l'auto entretien du logement (objectivée par l'évaluation partagée entre l'ergothérapeute et le SAVS)	
Autonomisation dans la préparation de ses repas dans le logement	Orientation vers la diététicienne	Diététicienne du centre hospitalier Alpes Isère	Capacité acquise à l'auto préparation des repas (objectivée par l'évaluation partagée entre l'ergothérapeute et le SAVS)	
Autonomisation dans la gestion des rendez-vous	Atelier Compétence ¹⁹ Aide à l'utilisation d'un agenda, papier ou numérique (planification)	Animateurs du groupe Compétence Neuropsychologue du C3R	Utilisation d'un agenda de manière autonome Capacité acquise à l'auto gestion de la prise de rendez-vous (objectivée par auto et hétéro évaluations quantitative et/ou qualitative par le neuropsychologue)	

¹⁹ Atelier Compétence¹⁹ (Favrod et al., 1995).

Cet atelier vise à améliorer le fonctionnement social (habiletés réceptives, décisionnelles et comportementales).

Autonomisation dans la gestion des papiers administratifs	Participation à l'atelier HASC : Habiletés Administratives, Sociales et Citoyennes (C3R Grenoble) ²⁰	Assistants sociaux du C3R	Capacité acquise à l'auto gestion des papiers administratifs (objectivée par l'évaluation individuelle par l'assistante sociale)	
Accroître les relations sociales	Atelier EHS : Entraînement aux Habiletés Sociales (C3R Grenoble) ²¹	Animateurs du groupe EHS	Relations sociales plus développées et plus faciles Auto et hétéro évaluations quantitative et/ou qualitative	
Améliorer le climat familial	Proposer aux parents de participer au groupe de psychoéducation Profamille ²²	Animateurs du groupe Profamille	Participation effective au programme Profamille Amélioration du climat familial (auto-questionnaire rempli par M. D. concernant ses parents)	
S'entraîner aux entretiens d'embauche	Participation à l'atelier d'entraînement aux habiletés sociales Travail (C3R Grenoble) ²³ Job Coaching (C3R Grenoble) ²⁴ :	Animateurs du groupe EHS travail Job coach du C3R	Amélioration de la confiance en lui, et maîtrise de la technique d'entretien d'embauche (objectivée par L'évaluation faite par le Job Coach	

²⁰ Atelier HASC : habiletés Administratives, sociales et citoyennes (C3R Grenoble).

Cet atelier vise à la compréhension globale des démarches administratives, à la déstigmatisation au travers de la citoyenneté.

²¹ EHS : Entraînement aux Habiletés Sociales (C3R Grenoble).

Cet atelier vise à améliorer les relations sociales (initier une conversation, répondre à une critique, demander de l'aide, énoncer un refus) avec la pratique de jeux de rôles sur des situations vécues par les participants.

²² Groupe de psychoéducation Profamille (Hodé, 2011) : groupe de psychoéducation qui s'adresse aux proches d'une personne ayant un diagnostic de schizophrénie avec pour objectif d'améliorer leur qualité de vie (apprentissage de connaissances théoriques sur la maladie et pratiques sur la gestion de la communication avec le malade).

²³ Entraînement aux habiletés sociales Travail (C3R Grenoble) : cible les situations de travail (préparation à l'entretien d'embauche, communication sur le lieu de travail, concilier vie professionnelle et vie personnelle).

²⁴ Job Coaching (C3R Grenoble) : accompagnement individuel favorisant l'accès à l'emploi ou à un projet de formation en milieu ordinaire.

Personne atteinte d'un cancer, en demande de soins de support (Idéc réseau oncérologique)

Cas pratique concernant une patiente en cours de traitement (radiothérapie), en demande de soins de support.²⁵

Le signalement

Le signalement au réseau est effectué par une amie de Mme S. âgée de 67 ans.

Madame S. vit seule dans sa maison. Elle est en cours de traitement par radiothérapie pour un cancer du canal anal, étendu à la marge. Cancer découvert en juillet 2018.

50 séances de radiothérapies sont programmées.

Son amie est inquiète, car elle sent Madame S. démunie à domicile, malgré le suivi des soins lorsqu'elle va en ambulatoire pour ses séances de rayons.

PROBLÉMATIQUES

- La douleur n'est pas correctement soulagée.
- Madame S. a du mal à se déplacer pour faire ses courses.
- Madame S. est en difficultés pour les soins d'hygiène ainsi que pour l'entretien du domicile.
- Le moral de Mme S. est au plus bas. Elle craint de souffrir à nouveau de dépression.

Situation familiale et contexte actuel

Madame S. est veuve depuis 5 ans. Elle a un fils de 44 ans qui ne vient presque plus au domicile de sa maman. Se dit dépressive depuis le décès de son mari. N'a pas vraiment réussi à faire le deuil. A suivi plusieurs traitements contre sa dépression. A un bon contact avec son médecin traitant qui la suit depuis des années. Est déjà allée consulter au Centre Médico Psychologique.

Madame S. vit seule.

Elle est très proche de son frère qui est en fin de vie d'un cancer ORL. Elle est très inquiète pour son frère et fait des allers-retours réguliers jusqu'à son domicile pour l'accompagner au mieux.

Madame S. est très entourée par ses amies qui prennent régulièrement de ses nouvelles et passent au domicile pour l'aider, lui faire quelques courses. Lui apportent parfois le repas.

Madame S. est une très grosse fumeuse.

Antécédents

- HTA.
- Hypercholestérolémie.
- Cancers dans la famille (frères et sœur).

La Visite à Domicile (VAD) et l'évaluation globale de la situation et des besoins révèlent :

Sur le plan de la douleur: une douleur locale anale *intermittente* avec *une EVA évaluée à 7/10* lors de l'entretien.

²⁵ Cas pratique proposé par Mme Pascale Joannes, Infirmière coordinatrice en oncérologie au sein de la Maison des Réseaux de Santé du Pays Lunévillois.

- Cette douleur irradiant parfois au niveau dorsal provoque des troubles du sommeil dus à des réveils nocturnes, entraînant une fatigue importante.
- **Le traitement antalgique en cours** est le suivant : ACTISKENAN 5 mg : 2x/jour et KETOPROFENE LP 100 mg pour son dos.
- Coussin gel pour plus de confort lors de la position assise.
- En réalité, Madame S. ne supporte plus la douleur et ne sait plus quoi faire. C'est pour cela qu'elle prend 6 Actiskenans /jour (2 par 2) en alternance avec d'autres molécules qu'on lui a prescrit par le passé dans d'autres situations (Oxynorm, Dafalgan Codeiné, Acupan, etc.). Elle sait qu'elle ne doit pas tout mélanger car son oncologue lui a déjà réexpliqué son traitement, mais Mme S. le fait malgré tout car elle ne supporte plus la douleur.

Madame S. a rendez-vous avec son oncologue le lendemain.

Sur le plan de l'alimentation : Madame S. me signale une perte d'appétit. Pour le moment le poids est stable à 63kg. Madame n'a plus l'envie de cuisiner et ne mange que des tartines avec de la ricorée. Elle se fait malgré tout une omelette de temps en temps. Elle est écœurée par les aliments. Elle n'a pas encore rencontré la diététicienne de l'établissement où elle est suivie.

Sur le plan des symptômes et effets secondaires des traitements

- Brûlures cutanées localisées, dues aux rayons : madame a des difficultés pour réaliser les soins locaux qu'elle trouve difficile à réaliser seule.
- Nausées et diarrhées malgré les traitements en cours qu'elle prend correctement.
- Fatigue très importante.
- Madame a été prévenue que les brûlures risquent de s'étendre lors de la suite du traitement. Il y a aussi un risque de cystite et d'infection vaginale, ... (a déjà une ordonnance pour traiter les symptômes si besoin).

Sur le plan psychique : Madame explique qu'elle n'a pas du tout le moral.

- Elle vit mal le fait de devoir porter des protections (diarrhées et glaires abondantes). N'ose plus sortir de chez elle.
- Dit sentir la dépression revenir. Est très inquiète de son état psychologique (est sous antidépresseur depuis le décès de son mari il y a plusieurs années).
- Madame ne supporte plus la douleur. Elle dit que son traitement antalgique est insuffisant.
- En parallèle, son frère atteint d'un cancer ORL est en phase terminale.

Aucun suivi psychologique n'a été débuté pour le moment car Madame S. le refuse et trouve que les allers-retours pour les séances de radiothérapies sont déjà suffisamment fatigants.

Traitement en cours : ALPRAZOLAM ; ZOPICLONE.

Sur le plan de l'autonomie :

- Madame vit seule dans une maison à étage, dont elle est propriétaire.
- Elle est à la retraite et ne touche pas une grosse pension.
- Elle présente des difficultés pour faire seule sa toilette et n'arrive plus à enjamber la baignoire.
- Elle effectue donc sa toilette à l'évier de la cuisine. Elle accepte d'être aidée.
- La chambre est à l'étage. Elle ne se sent plus trop en sécurité avec les escaliers et préfère dormir sur le canapé lit du salon.
- Madame S. n'arrive plus à gérer son ménage. Le désordre règne lors de ma visite.
- Faisait ses courses jusqu'à présent, mais a du mal à conduire à cause de ses douleurs. Elle ne cuisine plus.
- Se trouve très bien entourée par ses amies et est satisfaite de la prise en charge lors des hospitalisations.

Autres informations concernant la personne

- Parcours scolaire et/ou formation professionnelle.
- Parcours professionnel : retraitée.
- Ressources financières : peu de moyens financiers. Tabagisme important.
- Activités culturelles et de loisirs : aime le jardinage. Aime les chats (en a plusieurs).
- Interactions sociales : vie sociale importante. Se sent très entourée.
- Forces perçues par la personne : ne se sent jamais seule.
- Difficultés ressenties par la personne : crainte de retomber en dépression. Ne supporte plus la douleur. Honteuse de devoir porter des protections.

II. Soins de support et actions**Prise en charge de la douleur**

Explications données à la patiente sur son traitement, les horaires de prise, les posologies à ne pas dépasser et les risques encourus de mélanger les molécules. En plus, risque de non-efficacité des traitements.

Madame prépare un sachet avec les médicaments à retourner à la pharmacie. Elle fera le point le lendemain avec son oncologue sur le traitement en cours. Le lien est à faire avec son médecin traitant.

Prise en charge nutritionnelle

Madame S. accepte de rencontrer une diététicienne dans l'établissement de soins. Le lien est à faire avec le service diététique.

Prise en charge des symptômes et effets indésirables

- Le point est fait sur le respect des prescriptions médicales.
- Le lien est à faire avec les IDEC de l'établissement pour signalement des symptômes. Madame refera le point lors de la consultation oncologique du lendemain.

Prise en charge sociales et aides à mettre en place

- A besoin d'une aide pour effectuer sa toilette.
- Ne souhaite pas de portage de repas ni de téléalarme.
- Souhaite une aide-ménagère pour l'aider à entretenir son logement.
- Madame a reçu un dossier APA mais ne sait pas comment le remplir.
- A besoin d'être aidée sur le plan administratif.

Prise en charge psychologique

- Madame ne souhaite pas retourner au CMP qu'elle a déjà fréquenté par le passé.
- Madame ne souhaite pas rencontrer la psychologue de l'établissement pour le moment.
- Proposition de consultation de la psychologue du réseau à domicile.
- Relation d'aide / écoute / soutien (IDEC).

La personne et les intervenants

► La personne

Identité				Référent de la mise en œuvre :	Numéro du PPCS : 1
Nom marital : S.	Nom de jeune fille :	Nom d'usage :		Profession / Structure : ...: IDEC Cancérologie ... Si médical : n° RPPS, ou à défaut n° ADELI Nom : J. Prénom :M Tél / E-mail :	
Prénom : Mme	Date de naissance : 15/05/1952	Âge : 67 ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Contexte de la démarche PPCS : signalement par une amie, inquiète de la perte d'autonomie de Mme S, atteinte d'un cancer.	
Lieu de naissance :					
Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)					
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input checked="" type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange :.....					
Date :..... Non-opposition de la personne <input checked="" type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/> Personne à l'origine du recueil :					
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)					
Téléphone		Adresse de messagerie			
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé)					
Nombre d'enfants : 1		Coordonnées des enfants si besoin :			
<input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance					
Si personne mineure		Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		2 ^e adresse :			
Autorité parentale :					
Aidant principal (identité et coordonnées) - Plusieurs de ses amies					

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

► **Les intervenants**

Acteurs du parcours (professionnels / aidants)²⁶	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Téléphone E-mail	Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non	<u>Avant élaboration du PPCS :</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage
Médecin traitant	Connu		oui	
Infirmier(s) (Idel, Idec de SSIAD)				
Pharmacien	Connu		non	
Kinésithérapeute				
Ergothérapeute				
Cancérologue	Connu		non	
Travailleur social				
Chef de service social				
Coordonnateur de la CPTS				
Dispositif d'appui à la coordination	Idec de cancérologie (Référénte du PPCS)		Oui	
Aidant	Connu		non	
ESSMS				
Aides à domicile (SAD, auxiliaires de vie)				
Éducateur spécialisé.....				
Établissement de soins de référence				
Médecin du travail /service santé travail ...				

²⁶ Le référent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne ²⁷	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'être soulagée de ses douleurs (liées à la radiothérapie) - Souhaite maintenir son poids - Souhaite la mise en place d'aides à domicile - Souhaite être soutenue psychologiquement
▶ Priorité actuelle de la personne	Que les douleurs soient soulagées et que des aides soient mises en place
L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage ²⁸	Qu'elle aille mieux et puisse continuer à vivre dans sa maison

²⁷ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine).

²⁸ Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Priorisation des actions envisagées avec la personne

Soins de support

- **DOULEUR** : lien à faire avec l'oncologue et le médecin traitant.
- **NUTRITION** : lien à faire avec la diététicienne de l'établissement de soins.
- **AIDES À DOMICILE** : aide à la formalisation du dossier APA (1ère demande) Contact avec la mutuelle.
Contact avec le SSIAD
- **SYMPTOMES** : lien avec l'établissement de soins et les IDEC.
- **THYMIE** : faire le lien avec la psychologue du réseau.

Transmission de coordonnées du réseau pour toute question supplémentaire.

Plan de soins N°1 au 12/11/2018				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 30/11/2018 Atteinte des objectifs et commentaires
Assurer une prise en charge adaptée de la douleur	Évaluation régulière de la douleur Adaptation du traitement Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté ou une PEC adaptée	IDEC cancérologie réseau Oncologue Médecin généraliste	Amélioration de la douleur	Modification du traitement antalgique et meilleur respect du traitement Amélioration de la douleur, mais soulagement encore insuffisant
Assurer le bien-être psychologique du patient	Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté ou une PEC adaptée	Psychologue du réseau	Baisse du niveau de l'anxiété lié l'anticipation anxieuse de la douleur Amélioration et régulation de la thymie Atténuation de la souffrance exprimée/déterminants liés à la maladie, Traitements et conséquences, Mais aussi déterminants familiaux et relationnels (histoire de vie, etc.)	RDV à domicile avec psychologue : bilan de la situation ; évaluation des ressources psychologiques ; écoute et soutien +/- orientation vers un suivi psychologique

<p>Assurer un apport nutritionnel adapté</p>	<p>Évaluation de l'état nutritionnel Surveillance régulière du poids Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté</p>	<p>Diététicienne de l'établissement de santé IDEC cancérologie réseau (poids)</p>	<p>Stabilisation du poids sur la durée du traitement</p>	<p>Consultation avec la diététicienne de l'établissement : bilan nutritionnel fait ; conseils hygiéno-diététiques donnés ; PM de CNO</p>
<p>Assurer la gestion des EI des chimiothérapies et traitement anticancéreux</p>	<p>Surveillance des EI potentiels Éduquer le patient sur la gestion des EI Orienter vers un dispositif d'accompagnement adapté</p>	<p>IDEC cancérologie réseau Oncologue Médecin généraliste IDEC établissement de santé</p>	<p>Amélioration des symptômes</p>	<p>Suivi par Oncologue et médecin traitant, mais pas d'amélioration. Rayons presque terminés. Difficultés d'aller jusqu'au bout du traitement</p>

Plan d'aides N°1 au 12/11/2018				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 30 / 11 / 2019 Atteinte des objectifs et commentaire
Assurer une prise en charge sociale adaptée	Aide financière : 1ère demande : aide pour remplir dossier APA	IDEC cancéro réseau Conseil départemental	Financement APA	Envoi du dossier APA
Assurer la coordination et la continuité des soins et/ou des aides	Mise en place des aides (ménage, aide à la toilette)	Mutuelle SSIAD Service d'aides à domicile	Mise en place des aides	Mise en place aide-ménagère (financement de 24H par la mutuelle) SSIAD pour aide toilette en attendant le relais APA

Plan d'accompagnement Pas de plan pour le moment Sera édité en post - traitement				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : // Atteinte des objectifs et commentaires

Suivi téléphonique fin décembre

- Les effets indésirables de la radiothérapie se sont majorés. Les brûlures sont plus étendues et la douleur est plus importante malgré le traitement antalgique. Madame se sent épuisée et est inquiète car il lui reste encore 10 séances de radiothérapie à effectuer.
- Son moral est au plus bas.
- Le traitement vient d'être à nouveau modifié par son médecin traitant.
- Elle a refusé la proposition du plan APA car se sent complètement perdue dans ses papiers.

PROPOSITIONS

- Faire à nouveau le lien avec les IDEC de l'établissement de santé.
- Proposer une nouvelle rencontre avec la psychologue (Refus de madame pour le moment).
- Évaluation de l'efficacité du nouveau traitement antalgique.
- Aide administrative à apporter par rapport au plan APA.

Analyse des écarts (besoins identifiés non comblés ou partiellement comblés / objectifs formulés non réalisés)

Nature du besoin	Cause de l'écart	Actions à entreprendre en vue d'assurer une réponse complète au besoin identifié	Délai de suivi
Soulagement de la douleur	Approche de la fin de traitement avec dose du rayonnement plus importante. Peur de devenir dépendante de la morphine	Ré-explication sur le traitement antalgique Insister sur les soins locaux Faire lien avec l'établissement de soins Lien avec médecin traitant	15 jours
Soulagement des symptômes	Approche de la fin de traitement avec dose du rayonnement plus importante	Insister sur les soins locaux Faire lien avec l'établissement de soins Lien avec médecin traitant	15 jours
Soutien psychologique	Douleur majorée AEG ++ du frère ; Fin de vie	Proposition de nouveau RDV psycho	15 jours
Administratif	Complètement perdu dans ses papiers administratifs	Aide administrative Lien avec Conseil départemental Nouvelle proposition de plan APA	15 jours

Visite à domicile de suivi 1 mois après la fin des traitements

Madame S. se sent toujours très fatiguée. Son état l'inquiète. Elle n'arrive toujours pas à manger. Seuls les CNO passent.

Madame a repris du poids et oscille entre 66 et 68 kg.

Madame S. m'annonce que son frère a été inhumé la veille.

Je lui trouve néanmoins meilleure mine que lors de ma 1ère visite. Madame a des projets pour l'avenir une fois qu'elle se sentira moins fatiguée.

Madame a beaucoup moins de douleurs (Passage à Paracétamol Codéiné en remplacement de la Morphine) et recommence à ressortir un peu.

N'a plus d'incontinence fécale et ne ressent plus que quelques picotements en local. N'a plus besoin de porter de protections. Les aides financées par l'APA sont en place et le SSIAD a été remplacé par un SAD pour la toilette et le ménage.

Madame souhaite diminuer sa consommation de tabac et a RDV avec son médecin traitant pour une séance d'hypnose.

Soins de support

Orientation vers des activités proposées par la Ligue contre le cancer (activité physique adaptée, sophrologie, socio-esthéticienne).

Plan d'accompagnement (plan N°2 au 31/01/2019)				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 30/04/2018 Atteinte des objectifs et commentaires
Participer au bien-être	Sophrologie Socio-esthéticienne	Ligue contre le cancer	Proposition faite Au choix de la personne	En attente
Amélioration de l'état de santé	Activité physique adaptée (APA)	Ligue contre le cancer	Proposition faite Au choix de la personne	En attente
Amélioration de l'état de santé	Hypnose	Médecin traitant	La patiente gère son RDV	En attente

Personne résidente d'Ehpad – coconstruction de son Projet personnalisé (IDE)

La situation²⁹

Mme A. a 79 ans.

Elle a été admise en Ehpad en septembre 2013 suite à des difficultés de maintien à domicile.

Elle et son mari ont passé la plus grande partie de leur vie dans une petite ville à 10 km de l'EHPAD.

Elle a élevé ses trois enfants tout en participant activement aux activités des associations locales puis elle a travaillé à l'office de tourisme.

Elle a toujours été très sociable, aimait beaucoup la marche et la peinture sur soie.

Son mari était cadre dans une des grandes usines locale et adjoint au maire de la ville pendant de nombreuses années.

Ils ont eu trois enfants (9 petits-enfants et 6 arrières petits-enfants). Les deux garçons vivent avec leur famille à 30 km pour l'un et 50 km pour l'autre.

La fille est décédée en 2004 d'une insuffisance rénale.

Les problèmes de mémoire de madame A. ont commencé en 2012. La **maladie d'Alzheimer** a été diagnostiquée en 2008. Avec l'évolution de la maladie madame A. **a perdu progressivement son autonomie**. En 2018, malgré les aides à domicile pour la toilette et le ménage, le maintien à domicile devient difficile et le mari est épuisé.

De nombreux essais d'accueil de jour, d'hébergement temporaire (pour le couple car le mari ne veut pas être séparé de sa femme) etc., permettent de tenir une année de plus.

Les enfants n'en peuvent plus car leur père les appelle très souvent à l'aide. Le **mari est épuisé** car sa femme le réveille toutes les nuits pour des accompagnements aux toilettes très laborieux.

En septembre 2013, madame A. est hospitalisée suite à une **chute à domicile** la nuit. Pendant le séjour hospitalier, les enfants poussent leur père à prendre la décision d'institutionnalisation. Après avoir visité l'établissement, il accepte à contre cœur.

Madame A est une personne assez autonome, à condition de s'adapter à son rythme, elle participe peu aux discussions des autres résidents mais observe beaucoup tout ce qui se passe. Elle est en règle générale très calme sauf en fin d'après-midi quand son mari retourne chez lui et qu'elle le cherche dans tous le service.

En amont de son admission à l'Ehpad, **une infirmière, Madame E, a été désignée comme référente du projet personnalisé de Madame A**. Cette référente va être l'interlocutrice principale de Madame A et aura pour mission d'élaborer le projet personnalisé de Madame A en lien avec le reste de l'équipe de l'Ehpad. Dès le premier entretien et tout au long de l'hébergement, Madame E va élaborer avec Madame A des actions d'accompagnement conformes à ses besoins et attentes. Ces actions feront l'objet d'une mise en place et d'un suivi en vue d'une évaluation puis d'une réévaluation du projet personnalisé.

Madame A a demandé à ce que son mari assiste aux différents échanges afin qu'il puisse être rassuré sur l'accompagnement à venir.

Ainsi, les premières discussions, organisées par l'infirmière, entre Madame A et les professionnels de l'Ehpad ont permis la collecte d'informations de santé ainsi que d'éléments sur ses goûts et ses habitudes de vie.

²⁹ Cas pratique proposé à partir de documents respectivement de l'Inspection académique de Lyon ([SBSSA](#)) et du [Centre d'étude et d'action sociale \(CÉAS\) de la Mayenne](#), avec leur autorisation.

L'échange avec le médecin coordonnateur a permis de collecter les informations suivantes (collectées dans le volet médical du PP) :

- madame A mesure 1,65 m et pèse 85 kilos ;
- elle a une bonne autonomie physique : marche avec une canne, lever du lit etc., à condition de respecter son rythme qui est extrêmement lent ;
- elle n'a pas de problème d'audition, elle porte des lunettes de vue ;
- elle a des troubles de mémoire importants, des discours parfois incohérents ;
- elle a un dentier complet et doit suivre un régime diabétique **(diabète insulino-dépendant)** ;
- est incontinente et a recours à des protections de type pull-up ;
- elle peut faire une partie de sa toilette seule, à condition d'être guidée ;
- elle dort bien et se réveille de bonne heure pour aller aux toilettes.

Les échanges avec la référente du PP, Madame, E, ont permis de collecter des éléments reportés dans le volet social du PP. Ainsi, Madame A :

- A bon appétit, aime bien le sucré (sa famille lui apporte régulièrement des gâteaux) ;
- Aime bien le maquillage et les soins des ongles ;
- A une très bonne capacité de discussion en individuel ou en tout petit groupe, à condition que l'on s'adapte à son rythme qui est très lent ;
- A envie d'aller en bord de mer.

En outre Madame A a exprimé son inquiétude de ne plus voir régulièrement sa famille.

Les premiers éléments collectés ont été discutés au sein de l'équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité du coordonnateur des projets personnalisés de l'établissement, l'IDEC. Ainsi, grâce à ces éléments, un premier plan d'actions a pu être mis en place.

Dans un premier temps et pour répondre à l'inquiétude de Madame A quant aux liens avec sa famille, l'infirmière E a proposé d'organiser les visites de la famille autour de moments clés :

- tous les matins: appel téléphonique du mari qui doit être transmis à son épouse ;
- trois après-midi par semaine : le mari vient tenir compagnie à son épouse et peut, le cas échéant, l'accompagner au PASA ;
- dimanche : déjeuner en tête-à-tête dans la chambre de Madame A et son mari.

L'infirmière a, également, suggéré la possibilité de réserver un endroit au calme pour la visite des enfants.

Par ailleurs, l'équipe a estimé que Madame A est éligible au Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) dont dispose l'Ehpad.

La référente de son projet personnalisé va lui proposer d'intégrer le PASA à raison d'1 fois par semaine afin qu'elle puisse bénéficier d'activités adaptées à sa pathologie et à ses habitudes de vie. Cela permettra à Madame A de côtoyer, à son rythme et sans être brusquée, d'autres résidents. Par ailleurs, il sera également proposé au mari de Madame A de participer aux activités du PASA pour apaiser ses inquiétudes, les proches des résidents étant autorisés à venir. Cela fait maintenant 6 mois que Madame A réside dans cet Ehpad. Les réticences du début ne sont désormais plus présentes. Elle est rassurée sur le suivi de sa santé : elle est confiante et a même accepté de voir un cardiologue à la demande de son médecin traitant. Sa confiance est d'autant plus grande qu'elle a pu partir en bord de mer avec d'autres résidents et qu'elle a constaté les effets positifs du PASA (le goûter).

En outre, elle peut voir sa famille à un rythme adapté et conforme à ce qui avait été proposé par l'infirmière E. Cette dernière a constaté que le mari commence à présenter des signes de fatigue et a suggéré une admission en Ehpad que le mari a finalement rejeté.

Madame est tout de même consciente que tous ses objectifs n'ont pas encore été respectés : à quand Madame C dans la chambre d'à côté ?!

L'infirmière E a pu mettre à jour le projet personnalisé en fonction des retours de Madame A. Elle a bien noté que la présence de Madame C est fortement attendue et que les actions mises en place doivent être maintenues.

Élaboration du Projet personnalisé

RECUEIL DE DONNEES

NOM Mme A. PRÉNOM G. DATE : RÉFÉRENT
ÂGE 79 ans

• ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL

Elle habitait avec son mari dans une petite ville à 10 km de l'Ehpad.

Son mari était cadre dans une des grandes usines locales et adjoint au maire de la ville pendant de nombreuses années.

Ils ont eu trois enfants (9 petits-enfants et 6 arrières petits enfants) . Les deux garçons vivent à 30 kms pour l'un et 50 kms pour l'autre.

La fille est décédée en 2004 d'une insuffisance rénale.

• ORIGINE ET RELIGION

Sa famille est originaire de la plaine de l'AIN.

Elle est catholique mais non pratiquante.

• HABITUDES ET RYTHME DE VIE (habillement, toilette, élimination, réveil, coucher, etc.)

Elle faisait sa toilette au lavabo avec les infirmiers à domicile (douche une fois par semaine). Besoin d'être guidée pour la toilette et l'habillement.

Elle aime le maquillage et les soins des ongles.

Elle était continent la journée mais change complet la nuit car difficulté à se lever de son lit non médicalisé (lit commun avec son mari).

Elle se réveillait vers 8 heures du matin, déjeunait en robe de chambre et attendait ensuite les infirmiers à domicile pour la toilette.

Elle se couchait vers 22 heures et demi après avoir regardé la télévision avec son mari. Elle réveillait son mari pour aller aux toilettes (difficile pour son mari de l'aider car elle n'est pas très souple et très lente dans ses mouvements).

• HABITUDES VESTIMENTAIRES

Soutien-gorge.

Jupes et chemisiers, pas de pantalon Bas de contention blanc taille C Chaussures fermées à scratch.

• HABITUDES ALIMENTAIRES

Diabétique insulino-dépendante ne faisait pratiquement pas de régime (diabète très déséquilibrée à domicile).

Mange normalement très lentement.

- **PROFESSION ET LOISIRS**

A élevé ses enfants.

Quand ses enfants sont partis de la maison elle a travaillé à l'office du tourisme.

Grande marcheuse elle faisait partie d'un club de randonnée et a créé un refuge au pied du colombier. Aimait écouter la musique classique.

Lisait beaucoup de romans.

Le couple était très sociable et recevait beaucoup.

Dans les dernières années à domicile, restait beaucoup dans son fauteuil devant la télévision allumée sans vraiment la regarder. Elle n'avait plus beaucoup d'activités.

- **ANIMATION (présence familiale, participation du résident, ...)**

Elle est entrée dans le service à contre cœur, c'est son mari poussé par ses deux fils qui a pris la décision.

Dans les différents essais d'hébergement temporaire son mari est toujours parti avec elle. C'est un couple qui s'entend bien, il est très patient et très malheureux d'être séparée de sa femme (il trouve qu'il n'y a pas assez d'activités dans l'établissement et que les autres résidents sont plus atteints par la maladie que sa femme) Les fils sont très présents auprès de leurs deux parents.

Les petits enfants viennent la voir très régulièrement (une petite fille lui fait les ongles de mains).

- **DONNÉES MEDICALES**

Diabète insulino-dépendant avec insuline et dextro le matin.

Hypertension.

Antécédent d'infarctus = traitement anti-coagulant.

- **PRÉSENTATION ET FAITS MARQUANTS DE SA VIE**

Le décès de sa mère en 1995.

Son travail à l'office de tourisme.

Le décès de sa fille en 2004.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne ³⁰	« Je voudrais aller au bord de la mer ». « Je ne pourrais pas être dans une chambre juste à côté de Mme C ? »
▶ Priorité actuelle de la personne	« Je souhaiterais pouvoir continuer à voir régulièrement mon mari, et mes enfants »

L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage ³¹	« On sait que maman a mis de côté un tailleur qu'elle souhaite porter quand elle sera décédée. Mais il n'en est pas question ! Ce tailleur est usagé et n'est plus à la mode »

³⁰ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine).

³¹ Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Priorisation des actions envisagées avec la personne

OBJECTIF GLOBAL

Que madame A. trouve un équilibre de vie dans l'établissement.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES du projet de vie

- Lui faciliter les contacts avec son mari et ses enfants et petits enfants.
- lui proposer les activités.
- L'aider à créer des liens sociaux au sein de l'établissement.
- Lui permettre de continuer la vie qu'elle avait à son domicile (rythme de lever, coucher, rencontres, etc.).

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES du projet de soin

1/ Lui permettre de garder son autonomie physique antérieure :

- périmètre de marche canne tripode ;
- continence.

2/ Veiller à l'équilibre de son diabète, de son hypertension et de son traitement anticoagulant.

Plan de soins				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Équilibrer le diabète	Adaptation des doses d'insuline à la glycémie capillaire À 7 heures 30 : dextro + injection d'insuline	Médecin coordonnateur IDE	Diabète régulièrement équilibré	1 mois - OK
S'assurer que le traitement anticoagulant est efficace tout en étant sécurisé	Bilan d'hémostase Rdv avec le Médecin traitant	Médecin traitant	Efficacité du traitement anticoagulant. INR stables	1 mois - OK

Plan d'accompagnement				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Permettre les rencontres de Mme A avec ses proches	Dimanche midi son mari vient manger avec elle, installation dans sa chambre Vient 3 fois par semaine passer l'après-midi avec elle. Lui passer sa femme au téléphone quand il appelle le matin Réserver un endroit tranquille quand les enfants viennent	Équipe	Effectivité des rencontres dès le début de son séjour Satisfaction de Mme A	Rencontres entre Mme A et ses proches effectivement facilitées
Créer des liens sociaux au sein de l'établissement Contenir sa pathologie neurodégénérative	Proposer à Madame A d'intégrer le PASA 1 fois par semaine pour cotoyer d'autres résidents sans être brusquée Organiser 1 visite du PASA avec sa famille, le référent du PP et le coordinateur du PASA (le psychomotricien)	Médecin coordonnateur Référent du PP Psychomotricien (coordinateur du PASA)	Acceptation de la part de Madame A de participer au PASA déjà 1 jour pour commencer	Maintien des liens sociaux Intégration de Madame A à la vie de l'établissement
Vérifier les conditions de faisabilité du projet d'aller à mer	Voir avec l'équipe d'animation si d'autres résidents sont intéressés, auquel cas cela pourrait devenir un projet collectif. Sinon, voir si un familier du résident peut répondre à ce souhait, ou bien un bénévole de l'association S'assurer qu'il n'y a aucune contre-indication médicale	Animateur en lien avec le directeur	Faisabilité du projet évaluée	Faisabilité du projet confirmée Juin à septembre

Mettre en œuvre le projet de voyage	Organiser un voyage collectif organisé début septembre	Animateur en lien avec le directeur	Voyage collectif organisé début septembre (six résidents). Grand moment de bonheur pour les participants. Souhait d'y retourner l'année prochaine, ... si possible dans un autre endroit à découvrir	Voyage collectif organisé début septembre
Vérifier la possibilité effective de rapprochement de chambre entre 2 amies	Voir avec Mme C si cela correspond également à un souhait de sa part. Le cas échéant, à l'occasion des départs, explorer toutes les opportunités possibles pour répondre à ce souhait. Tenir M. A et Mme C au courant des initiatives prises et des contraintes rencontrées jusqu'à ce qu'une solution soit possible	Adjoint des cadres en charge des admissions	Changement possible si souhait également de Mme C, en fonction des opportunités	Projet non réalisé Car pas d'opportunités
Respecter les volontés de Mme A	Rencontrer les enfants pour leur expliquer que les volontés de leur mère doivent être respectées Éventuellement, il y aura la possibilité de mettre un drap pour dissimuler un peu le tailleur. Si le désaccord persiste, envisager de recourir à une médiation externe (association de résidents et de leurs familles, association d'accompagnement de la fin de vie, délégation territoriale de l'ARS ou Conseil général, ...)	Psychologue	Rencontre avec les enfants	Au premier trimestre

Plan d'aides				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Adapter l'alimentation au diabète de Mme A	Régime sans sucre rapide Exception gâteaux avec son mari et le dimanche	Diététicienne	Alimentation adaptée	1 mois
Favoriser l'autonomie de Mme A dans ses déplacements	Lui laisser faire les mobilisations seule Lui donner sa canne	Psychomotricien ASG ?	Poursuite des déplacements de Mme A en autonomie	Quotidiennement
Accompagner Mme A aux toilettes	Accompagnement systématique aux toilettes le matin, après le repas de midi et avant le coucher du soir. Accompagnement en fonction de ses demandes Pull up de sécurité la journée et la nuit (n'arrive pas toujours à temps)	Aide-soignant ?	Élimination dans de bonnes conditions	Quotidiennement
Aider Mme A pour sa toilette et ses soins	Toilette au lavabo Participe à la toilette du visage et au séchage Rouge à lèvres si elle le souhaite Douche une fois par semaine Coiffure Couper les ongles de pieds	Aide-soignant ?	Toilette aidée	Quotidiennement Tous les deux

	Couper les Ongles de mains			mois (diabétique) À la demande
Accompagner Mme A lors de son habillage	Habits personnels lavés par la lingerie centrale Bavoirs pour les repas Bas de contention Chaussures adaptées	Aide-soignant ?	Habillage accompagné	Quotidiennement
Sécuriser Mme A lors de son sommeil	Après le repas du soir Deux Barrières de sécurité la nuit (enlevées au tour de 5 heures du matin)	Infirmier ?	Coucher sécurisé	Quotidiennement
Lutter contre l'isolement de Mme A Stimuler ses capacités de communication	Lui parler lentement en la captant son regard, dans un endroit tranquille. L'installer à table avec une personne avec qui elle puisse échanger. Essayer des activités cognitives avec un petit groupe de personnes. Essai activité cuisine	Animateur Psychomotricien Psychologue ?	Participation de Mme A aux diverses activités	Quotidiennement

Année n+1 : co-évaluation du projet personnalisé

(à renseigner lors de l'entretien annuel et/ou au fur et à mesure de la réalisation des projets)

Rappel du projet		Évaluation par le résident (et/ou représentant légal – et/ou familiaux)	Évaluation par les professionnels
Projet 1	Voyage au bord de la mer	« C'est beau »... « Je suis super-content »	Voyage collectif organisé début septembre (six résidents). Grand moment de bonheur pour les participants. Souhait d'y retourner l'année prochaine, ... si possible dans un autre endroit à découvrir
Projet 2	Emménagement à proximité du logement de Mme C	« Cela ne nous empêche pas de nous voir dans la journée, mais ce serait mieux quand même »	Mme C n'était pas forcément demandeuse au départ, mais elle l'est plus dorénavant. L'adjoint des cadres s'est préoccupé de la question à chaque sortie, mais il n'y a pas eu d'opportunités. M. A et Mme C ont été systématiquement informés. Objectif à maintenir
Projet 3	Intégration de Madame A au PASA	« Je ne voulais pas y aller au départ, mais finalement, je n'ai aucun regret. Le goûter du PASA est bon et je peux discuter des chansons d'Edith Piaf »	Madame A s'est bien intégrée au PASA malgré des débuts un peu difficiles (peur de l'inconnu et d'être bousculée)
Projet 4	Respect des volontés de Mme A à son décès	« Je peux quand même savoir ce que je veux. C'est bien à moi de décider ? »	Le psychologue a rencontré les enfants, mais il est difficile de leur faire prendre conscience de l'importance du respect des volontés de Mme A. Au sein de l'établissement, il y a consensus sur le fait de privilégier les volontés de Mme A
Projet 5	Consultation auprès d'un cardiologue, à la demande du Médecin traitant	« C'est bien pour vous faire plaisir... S'il n'y avait que moi », ...	Le rendez-vous est pris. Mme A souhaite qu'on l'accompagne

Analyse des écarts (objectifs formulés non réalisés)

Nature de l'objectif	Cause de l'écart	Actions à entreprendre en vue d'assurer une atteinte complète de l'objectif formalisé	Délai de suivi
	Délai de réflexion personne		
	Personne refuse		
<i>Emménagement à proximité du logement de Mme C</i>	Attente suite à démarche	L'adjoint des cadres étudie la possibilité de changement de chambre à chaque sortie, M. A et Mme C sont systématiquement informées. Objectif à maintenir	6 mois
	Absence de consensus entre professionnels		

Synthèse de la situation en février 2019

Madame A. s'est plutôt bien intégrée dans le l'établissement.

Son diabète est équilibré avec une seule insuline de 8 ui par jour, son poids est stable.

Elle a gardé la même autonomie pour sa toilette et sa continence. Elle présente peu de période de constipation.

Elle échange très peu avec les autres résidents (elle a un rythme de parole et de réflexion trop lent pour les autres) hormis avec Mme C dont elle attend de pouvoir avoir sa chambre à côté de la sienne.

Au niveau des activités :

- en animation : elle a participé deux fois à un atelier cuisine qu'elle a beaucoup apprécié et à deux ateliers du rire qu'elle a moyennement apprécié ;
- elle a accepté d'intégrer le PASA à raison de 2 jours par semaine ;
- en Activité Physique Adapté : elle fait la gymnastique douce.

Dans le service : elle échange avec les soignants à condition d'être seule avec eux.

Son mari vient trois fois par semaine pour passer les après-midi avec elle et manger le dimanche midi. Quand il repart au moment du repas du soir elle le cherche partout et ne peut pas manger tranquillement. Il lui dit au revoir en lui disant « à toute à l'heure »). Par ailleurs, son mari est de plus en plus fatigué, il accepte difficilement d'être séparé de sa femme et pense qu'il est dommage qu'elle soit avec des personnes plus atteintes par la maladie. Il devait prendre une place à la maison de retraite voisine pendant l'hiver, au dernier moment, il a reculé.

Ses enfants viennent très régulièrement avec leurs propres enfants (ils s'installent dans sa chambre ou dans un coin tranquille car ils sont nombreux.

Personne en situation de handicap hébergée en Foyer accueil médicalisé - Projet personnalisé

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ
DU : 11/10/2018 AU : 17/10/2019

LE PRÉSENT DOCUMENT CONCERNE LA PRISE EN CHARGE DE :

Effectué par :

Le Service : Foyer Accueil Médicalisé (FAM)
Géré par l'Adapei des Alpes de Haute-Provence

Référent du projet : Mme A, IDE.....

Pour :

Prénom + Nom :
Né(e) le : 04/10/1952
Demeurant : Foyer d'Accueil Médicalisé des Fontaines 3 Chemin St
Marcellin, 04310 MANOSQUE
Entré(e) le : 24/03/2009

Et représenté par :

Représentant légal 1 :

Représentant légal 2 :

Catherine

15 Lot. Les Audrics
13530 TRETZ

RAPPEL DU PROJET DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

Assurer le suivi de santé, l'accompagnement quotidien pour maintenir l'hygiène corporelle et alimentaire ainsi que les compétences cognitives. Permettre du bien être à travers les activités qu'elle apprécie.

CONSTRUCTION DU NOUVEAU PROJET : RECUEIL DE DONNEES

OPPORTUNITES ET FREINS POUR LE PROJET PERSONNALISE

OPPORTUNITÉS

Dominique est une personne qui est curieuse d'apprendre et qui s'est cultivée toute sa vie durant. Encore à ce jour elle s'intéresse à des sujets très précis qu'elle apprécie. Elle a des livres pour cela. Elle a également une oreille musicale assortie de connaissances dans ce domaine. Cependant, elle n'en écoute pas beaucoup. Sa culture et son goût pour la musique sont des bons moyens d'entrer en relation, communiquer Cela permet de la valoriser et lui permettre de se sentir bien. Les sorties extérieures lui procurent un certain bien-être et la valorisent.

FREINS

Dominique a pris de l'âge et nous constatons une dégradation de son état physique mais aussi psychique. Ses compétences se sont amoindries. Elle s'en rend compte et ne l'accepte pas. Elle est sensible à la frustration. Sa curiosité intellectuelle a un peu baissé aussi. Il y a beaucoup plus de violence dans ses propos et il peut y avoir des passages à l'acte. Elle est alors très auto centré, rejetant la faute de son mal être sur l'autre. Difficulté à avoir des relations sociales avec les autres résidents. son comportement engendre en retour une exclusion. De fait, elle le ressent et le vit très mal.

Son comportement est cyclique et se découpe en deux phases : la phase montante qui engendre un comportement euphorique et/ou d'excitation excessive, d'extraversion. Elle peut être aussi dans

l'hyper socialisation, notamment lors de sorties extérieures ; la phase descendante qui engendre un comportement plus introverti, où elle passe beaucoup de temps dans sa chambre sur son lit, à dormir. Malgré notre attention et notre stimulation il est difficile de la solliciter et d'avoir son attention dans ces moments.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

Situation familiale

Dominique entretient de bonnes relations avec sa fratrie. Ce lien est très important pour elle. Ses sœurs l'appellent régulièrement et s'informent systématiquement auprès des professionnels de l'état de santé et du bien-être psychique de Dominique. Ce lien est aussi important pour l'équipe car il permet d'accompagner Dominique, ensemble. Son frère prend le relais à chaque festivité qui est organisé par le FAM. En fonction de son état de santé (voir bilan médical), Dominique par jour la journée une fois par mois, chez sa sœur Catherine à Trets. Pour garder ce lien familial, sa sœur Catherine lui rend visite environs deux fois par mois (sur la journée). Sur ces temps-là, elles sortent à l'extérieur et mangent au restaurant ou passe du temps avec Dominique au sein de l'établissement. Lors de l'entretien de Dominique, elle fait le souhait de se rendre chez sa sœur à Trets et si possible d'y dormir. Il est à préciser aussi que la sœur n'est pas favorable à cela aussi. Maintenir les visites à la journée avec sa sœur, autant que possible, cela est important pour elle.

Vie affective

Suivant son état psychique et psychologique, Dominique peut être ouverte à la relation amicale avec une résidente avec laquelle elle a des affinités ainsi que dans une relation "amoureuse" avec un résident au sein du foyer. Cela reste cependant très aléatoire. Ses relations affectives (amicale et amoureuse) lui apportent un sentiment de bien-être. Mais cela génère aussi un comportement qui questionne par ce qu'il induit et la manière dont il est investi. L'équipe respecte les liens affectifs qu'elle entretient avec ces deux résidents tant que cela se passe dans le respect des uns et des autres. Il faut tout de même rester vigilant et fixer un cadre.

Vie sexuelle

Dominique n'a pas de relation sexuelle, mais peut avoir des moments d'intimité.

Santé mentale (cf. bilan médical)

Nous avons observé différents changements au niveau du comportement de Dominique: comportement cyclique qui se découpe généralement en deux phases :

- la phase montante qui engendre un comportement euphorique et/ou d'excitation excessive, d'extraversion. Elle peut être aussi dans l'hyper socialisation, notamment lors de sorties extérieures ;
- la phase descendante qui engendre un comportement plus introverti, où elle passe beaucoup de temps dans sa chambre sur son lit, à dormir. Malgré notre attention et notre stimulation, il est difficile de la solliciter et d'avoir son attention dans ces moments.

Ces troubles du comportement, liés en partie au vieillissement, ont entraîné un repli sur elle-même (tristesse, mélancolie, irritation, colère, idées noires), des difficultés relationnelles avec ses proches ainsi qu'avec le collectif. Tout cela est devenu compliqué à supporter par Dominique, mais aussi par son entourage qui ne le vit pas toujours très bien. Dans ces moments de mal-être, l'équipe privilégie plus de temps en individuel ou en tout petit groupe. De plus, nous avons aussi observé que Dominique peut rencontrer des difficultés à se repérer dans le temps. Mise en place d'un tableau journalier (séquençage des différents moments de la journée) qui lui permet de mieux se repérer lorsque son calendrier annuel ne lui suffit pas. Elle a également à disposition dans sa chambre un calendrier annuel afin qu'elle y note et ainsi repère ses rdv, sorties, famille, etc. Elle se saisit bien de ce dernier, ça participe à la rassurer.

Santé physique

Comme les années précédentes, nous avons observés que sa santé physique est en lien avec sa santé mentale cependant un vieillissement est constaté (voir bilan Médical).

Hygiène corporel et vestimentaire

Tous les matins, Dominique est accompagnée à la douche. Cependant le soir, elle fait seule sa toilette intime et se met en pyjama. Elle en fait la demande et cela se passe bien, ça la valorise. C'est important pour elle de pouvoir le faire seule lorsque son état physique lui permet. Dominique est en capacité d'effectuer le brossage de dents, il faut tout de même l'accompagner afin de veiller à ce qu'elle le fasse bien. Dominique a des difficultés à adapter ses tenues vestimentaires en fonction du temps. Il est important d'accompagner Dominique dans le rangement de son linge afin qu'elle puisse mieux se débrouiller seule le soir. Stimuler Dominique pour le déshabillage, car elle est capable de le faire seule. Il est important de la valoriser lorsqu'elle accomplit des gestes seule, cela est motivant pour elle car elle y est sensible. Concernant la valorisation et l'estime de soi (ce qui est un de ses objectifs), lui proposer une mise en beauté (maquillage le matin + coiffage) que Dominique accepte ou pas, mais ne le demande pas toujours. Dominique étant coquette, elle aime porter des bijoux (collier et boucles d'oreilles).

Mobilité

Dominique se déplace seule, mais avec quelques difficultés lors des "phases descendantes" (équilibre plus précaire) Elle porte des semelles orthopédiques et il est donc important qu'elle soit bien chaussée. Elle a une nouvelle paire de chaussures (vu avec ergothérapeute).

Hygiène alimentaire Dominique n'a pas de régime particulier. Cependant, ne mettant son appareil (douleurs voir bilan médical et dentaire) il est important de veiller à ce que les aliments soient coupés en petits morceaux. Dominique a des excès d'apports hydriques, il faut donc y être vigilant lors des temps de repas accompagnés.

Habitat

Dominique passe beaucoup de temps dans sa chambre. Elle a tendance à s'y replier dans les moments de mal-être. Cependant, il est important de la stimuler par des prises en charge individuelles par exemple (proposer d'aider un professionnel, écrire en salle d'activité, etc.), à sortir de son repli sur soi. Elle aime s'installer à son bureau pour écrire. Elle apprécie de pouvoir y manger le soir quand elle le désire.

→ **Le projet personnalisé vise à permettre à Dominique d'être dans un bien-être physique et psychique par divers moyens comme le suivi de santé, la valorisation de soi et une réponse à ses demandes.**

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

La personne	
<p>► Attentes exprimées par la personne³²</p>	<p>"Je veux bien essayer l'atelier danse Je veux continuer à jouer et à prendre des cours de piano Je suis d'accord pour essayer l'activité de la ferme du FAM J'aimerais aller en Angleterre et visiter les endroits connus J'aimerais pouvoir rester dormir chez ma sœur Je veux un ordinateur pour chercher des choses et envoyer des mails à Cathy (sœur). J'aimerais qu'il soit dans ma chambre si possible sinon ce n'est pas grave J'aimerais continuer à travailler sur mes livres, aller au cinéma de temps en temps"</p>
<p>► Priorité actuelle de la personne</p>	<p>Continuer à voir sa sœur régulièrement.</p>

L'entourage	
<p>► Attentes exprimées par l'entourage³³</p>	<p>Sa sœur Catherine aimerait que Dominique reprenne des activités en lien avec l'eau (piscine ou bain thérapeutique) dans le but de l'aider à se détendre Elle souhaite que nous continuions à accompagner Dominique comme nous le faisons actuellement Elle accepte de recevoir sa sœur chez elle, lorsque son état psychique le lui permet</p>

³² Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine).

³³ Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Priorisation des actions envisagées avec la personne

OBJECTIFS DU PROJET

Maintenir un accompagnement visant au bien-être de Dominique.
La solliciter pour la participation aux activités qu'elle apprécie afin de limiter le repli sur soi.

Objectif général : santé

Objectif : Assurer le suivi de santé physique et psychique	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> 1- Surveillance de l'hygiène alimentaire et de l'apport hydrique. 2- Accompagnement lors des soins de bien-être et de confort afin de préserver une bonne hygiène corporelle et dentaire. 3- Vigilance sur les différents états psychiques de Dominique. 4- Suivi médical (voir bilan médical). 5- Maintien des compétences physiques.
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> 1- Un accompagnant présent à sa table pendant les temps de repas. Il est important de veiller à ce qu'elle mâche bien les aliments et qu'elle ne mange pas trop vite (lui couper en petit morceaux ou en mixé en fonction de l'avis médical). Il est important de stimuler car nous avons pu observer que Dominique mange de moins en moins. Être vigilant à la consommation excessive d'eau. 2- Présence d'un accompagnant lors des soins corporels (aide ou guidance pour la douche). Accompagnement et rappel pour le brossage de dents. 3- Observation d'équipe pluridisciplinaire. Et sollicitation des différents professionnels de santé ou thérapeutes (psychiatre, psychologue, musicothérapeute et psychomotricienne). En fonction de son état, Dominique bénéficie d'un accompagnement de psychomotricité soit en snoezelen soit en bain thérapeutique. Suivi avec la psychologue (entretien individuel). 4- Présence d'un médecin généraliste au FAM. Consultation et soins par les IDE du FAM (CF bilan médical). Accompagnement aux rdv médicaux. 5- Participation à des séances de sport adapté en petit groupe. Proposer des sorties à la journée avec le CDSA.
Rythmes	<ul style="list-style-type: none"> 1- Tous les midis. 2- Douche tous les matins. Accompagnement au brossage de dents chaque matin et rappel le midi et soir. 3- Observation pluridisciplinaire: au quotidien.

	<p>Rdv professionnels de santé: si nécessaire. Musicothérapie: tous les jeudis après-midi (hors fériés et vacances scolaires). Psychomotricité: le lundi matin semaine paire (hors fériés et vacances scolaires). 4- Visites médicales le mardi matin et le jeudi matin. Consultation IDE si nécessaire. Accompagnement ponctuel aux rdv médicaux. 5- Tous les vendredis matin (hors fériés et vacances scolaires). Ponctuellement.</p>
Intervenants	
Échéance	17/10/2019
Modalités d'évaluation	

Objectif général : Développement personnel

Objectif : Favoriser le bien-être et la valorisation de soi	
Objectifs	<p>Permettre à Dominique de se sentir bien. La solliciter pour qu'elle exprime ses souhaits, ses ressentis. La stimuler et proposer des actions qui visent à cela.</p>
Moyens	<p>1- Participation aux séjours 2- Sorties extérieures (sorties culturelles, marché, collation au bar, etc...) 3-Aide au courrier avec la secrétaire du FAM. 4- Mise en beauté par les soins esthétiques/ rdv chez le coiffeur/ maintien d'une bonne hygiène corporelle, vestimentaire et proposition de bains thérapeutiques et/ou de balnéothérapie. Proposition de sorties "journée filles" (voir projet sorties) 5- Séances de snoezelen ou de bain thérapeutique avec la psychomotricienne. 6- Atelier chant. 7-Sorties aux courses. 8- Activité du journal "FAM'Actuel" 9- Cours de piano.</p>
Rythmes	<p>1- Annuel 2- Régulièrement 3- Quotidien 4- Au quotidien suite aux soins d'hygiène. Atelier esthétique, bains thérapeutiques et balnéo proposés de façon ponctuelle. Coiffeur dès que nécessaire. "Journée filles": ponctuellement. 5- Le lundi matin semaine paire (hors fériés et vacances scolaires). Proposition à Dominique soit de bain thérapeutique ou de séance Snoezelen le jeudi précédent. 6- Le mercredi matin 7- Une fois par mois, le lundi après-midi.</p>

	8- Le mercredi après-midi. 9- Le vendredi matin.
Intervenants	
Échéance	17/10/2019
Modalités d'évaluation	

Objectif : Répondre à ses demandes	
Objectifs	Être à l'écoute des demandes de Dominique et lui apporter des réponses adaptés afin de lui permettre de se sentir mieux et de s'investir Dominique a fait la demande d'avoir un ordinateur pour écrire des mails à sa sœur ainsi que de faire des recherches .
Moyens	Dominique est inscrite dans l'activité FAMactuel et peut se servir de l'ordinateur qui est dans la salle pour effectuer des recherches avec l'aide d'un accompagnant. En ce qui concerne d'écrire les mails à sa sœur, un ordinateur qui est dans le bureau des Cigales peut être utilisé par Dominique avec un professionnel (voir pour l'adresse du FAM et celui de Catherine sera noté sur le répertoire téléphonique.) Dans un premier temps, Dominique devra préparer sur papier ce qu'elle souhaite écrire à sa sœur. Elle sera ensuite accompagnée d'un professionnel qui tapera le texte à l'ordinateur et Dominique effectuera la manipulation pour l'envoyer.
Rythmes	Tous les mercredi après-midi La réalisation du mail se fera le premier weekend du mois
Intervenants	
Échéance	17/10/2019
Modalités d'évaluation	

Signatures et date :

Mr Mme

Plan de soins				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 17/10/2019 Atteinte des objectifs et commentaires
<p>1- Surveillance de l'hygiène alimentaire et de l'apport hydrique</p> <p>2- Accompagnement lors des soins de bien-être et de confort afin de préserver une bonne hygiène corporelle et dentaire</p> <p>3- Vigilance sur les différents états psychiques de Dominique</p> <p>4- Suivi médical (voir bilan médical)</p> <p>5- Maintien des compétences physiques</p>	<p>1- Un accompagnant présent à sa table pendant les temps de repas. Il est important de veiller à ce qu'elle mâche bien les aliments et qu'elle ne mange pas trop vite (lui couper en petit morceaux ou en mixé en fonction de l'avis médical). Il est important de stimuler car nous avons pu observer que Dominique mange de moins en moins. Être vigilant à la consommation excessive d'eau</p> <p>2- Présence d'un accompagnant lors des soins corporels (aide ou guidance pour la douche). Accompagnement et rappel pour le brossage de dents</p> <p>3- Observation d'équipe pluridisciplinaire et sollicitation des différents professionnels de santé ou thérapeutes (psychiatre, psychologue, musicothérapeute et psychomotricienne)</p>	<p>Équipe pluri professionnelle</p>	<p>1- Tous les midis</p> <p>2- Douche tous les matins Accompagnement au brossage de dents chaque matin et rappel le midi et soir</p> <p>3- Observation pluridisciplinaire : au quotidien Rdv professionnels de santé : si nécessaire. Musicothérapie : tous les jeudis après-midi (hors fériés et vacances scolaires) Psychomotricité : le lundi matin semaine paire (hors fériés et vacances scolaires)</p> <p>4- Visites médicales le mardi matin et le jeudi matin. Consultation IDE si nécessaire Accompagnement ponctuel aux rdv médicaux</p> <p>5- Tous les vendredis matin (hors fériés et vacances scolaires) Ponctuellement</p>	

	<p>En fonction de son état, Dominique bénéficie d'un accompagnement de psychomotricité soit en snoezelen soit en bain thérapeutique Suivi avec la psychologue (entretien individuel) 4- Présence d'un médecin généraliste au FAM Consultation et soins par les IDE du FAM (cf. bilan médical) Accompagnement aux rdv médicaux 5- Participation à des séances de sport adapté en petit groupe Proposer des sorties à la journée avec le CDSA</p>			
--	---	--	--	--

Plan d'accompagnement				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 17/10/2019 Atteinte des objectifs et commentaires
Permettre à Dominique de se sentir bien	<p>La solliciter pour qu'elle exprime ses souhaits, ses ressentis</p> <p>La stimuler et proposer des actions qui visent à cela</p> <p>1- Participation aux séjours</p> <p>2- Sorties extérieures (sorties culturelles, marché, collation au bar, etc.)</p> <p>3-Aide au courrier avec la secrétaire du FAM</p> <p>4- Mise en beauté par les soins esthétiques/ rdv chez le coiffeur/ maintien d'une bonne hygiène corporelle, vestimentaire et proposition de bains thérapeutiques et/ou de balnéothérapie. Proposition de sorties "journée filles" (voir projet sorties)</p> <p>5- Séances de snoezelen ou de bain thérapeutique avec la psychomotricienne</p> <p>6- Atelier chant</p> <p>7-Sorties aux courses</p> <p>8- Activité du journal "FAM'Actuel"</p> <p>9- Cours de piano</p>	Équipe pluri professionnelle	<p>1- Annuel</p> <p>2- Régulièrement</p> <p>3- Quotidien</p> <p>4- Au quotidien suite aux soins d'hygiène</p> <p>Atelier esthétique, bains thérapeutiques et balnéo proposés de façon ponctuelle</p> <p>Coiffeur dès que nécessaire.</p> <p>"Journée filles": ponctuellement</p> <p>5- Le lundi matin semaine paire (hors fériés et vacances scolaires). Proposition à Dominique soit de bain thérapeutique ou de séance Snoezelen le jeudi précédent</p> <p>6- Le mercredi matin</p> <p>7- Une fois par mois, le lundi après-midi</p> <p>8- Le mercredi après-midi</p> <p>9- Le vendredi matin</p>	

<p>Être à l'écoute des demandes de Dominique et lui apporter des réponses adaptées afin de lui permettre de se sentir mieux et de s'investir</p> <p>Répondre à la demande de Dominique d'avoir un ordinateur pour écrire des mails à sa sœur ainsi que de faire des recherches</p>	<p>inscrire Dominique dans l'activité FAMactuel et autoriser l'utilisation de l'ordinateur qui est dans la salle pour effectuer des recherches avec l'aide d'un accompagnant</p> <p>En ce qui concerne d'écrire les mails à sa sœur, Autoriser Dominique à avoir accès à un ordinateur qui est dans le bureau des Cigales avec un professionnel (voir pour l'adresse du FAM et celui de Catherine sera noté sur le répertoire téléphonique) Dans un premier temps, demander à Dominique de préparer sur papier ce qu'elle souhaite écrire à sa sœur. L'accompagner ensuite d'un professionnel qui tapera le texte à l'ordinateur et Dominique effectuera la manipulation pour l'envoyer</p>	<p>Équipe pluri professionnelle</p>	<p>Tous les mercredi après-midi La réalisation du mail se fera le premier week-end du mois</p>	
--	---	-------------------------------------	--	--

Enfant atteint de troubles Dys (coordinatrice de réseau TND)

Résumé de la situation :

E. est un enfant adopté à l'âge de 4 mois par Mr et Mme.

Son Sommeil a été très perturbé dans la petite enfance avec besoin de beaucoup de balancements d'endormissement ; il se cognait et se tapait la tête contre les barreaux du lit. Primo développements : marche à 15 mois – langage dans la norme et de bonne qualité.

Les débuts de scolarisation ont été compliqués du fait de l'instabilité majeure, du manque d'écoute et des difficultés à prendre une place d'élève. Il bénéficie d'une AVS depuis le CP. Il présente des difficultés d'apprentissage avec des symptômes faisant évoquer un probable trouble développemental des coordinations avec dysgraphie. Il présente également des difficultés attentionnelles avec instabilité ayant motivé un suivi en psychomotricité depuis l'âge de 3 ans. Un bilan orthoptique a montré la présence de troubles neurovisuels d'ordre visuo spatial. Une évaluation neuropsychologique (04/2016) a permis de confirmer une efficacité intellectuelle dans la norme.

Le Pédiatre d'E, sollicite l'appui de l'équipe pluridisciplinaire du réseau, en accord avec les parents, pour :

- permettre d'affiner les diagnostics des troubles multiples que son patient présente et qui font soupçonner des troubles du neurodéveloppement de type DYS, touchant les apprentissages ;
- favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné, en concertation et prenant en compte la globalité de la situation, avec priorisation des interventions et des aides.

Par ailleurs, les parents se sentent démunis dans les choix thérapeutiques.

En l'état : âgé de 7 ans, E. est scolarisé en classe de CE1, les enseignants décrivent des difficultés de mémorisation, dans le repérage spatial ; une attention et concentration défaillantes ; lecture en nette amélioration avec le suivi orthoptique mais fatigabilité et lenteur dans le travail.

Au quotidien, E. se démotive, se bloque et montre une grande anxiété, qui inquiète fortement ses parents. C'est un enfant assez « maladroit », qui tient difficilement en place et recherche la valorisation et le contact privilégié de l'adulte, du fait d'une confiance en soi altérée.

PARCOURS SCOLAIRE actuel		AIDES en place	POINTS FORTS	FAIBLESSES
Scolarité actuelle :	CE1	Aménagements pédagogiques	Enfant volontaire	Manque de concentration
Redoublement : O / N	NON		Bon langage	Dispersion – bouge beaucoup
Établissement	Ecole élémentaire de ...		Investi dans les aides apportées	Précipitation dans les réponses
			Bon niveau de compréhension	Maladresses
		MDPH : OUI	Enfant curieux – imaginaire développé	Écriture
		PPS : Oui avec AESH et adaptations		Émotivité
		AESH : depuis le CP		Immaturité
				Difficultés de mémorisation
		Orientation : NON		Difficultés d'organisation
				Fatigabilité
				Blocages

Des Bilans complémentaires sont réalisés :

- au niveau praxique : bilan des praxies gestuelles, visuo spatiales et constructives, en ergothérapie en faveur de troubles avérés ;
- bilan neuropsychologique des fonctions attentionnelles et exécutives : fragilités exécutives sur les composantes de flexibilité mentale et d'inhibition, avec déficit attentionnel et impulsivité ;
- les difficultés attentionnelles ont une incidence sur le développement du langage écrit. Dyslexie développementale de surface légère avec trouble cognitif sous-jacent de type neurovisuel et visuo attentionnel.

Le psychologue décrit un tempérament sensible et anxieux chez un enfant immature (proposer des stratégies pour l'accompagner dans la gestion des émotions).

L'intégration des différents éléments issus de la trajectoire développementale et des derniers bilans nous permet de retenir dans une démarche diagnostique pluridisciplinaire et globale un **tableau clinique de troubles mixtes des apprentissages chez un enfant d'intelligence normale**. On retiendra à la fois une **dysynchronie cognitive** inconfortable et générant des **réactions psycho affectives**.

On retrouve donc ainsi, des difficultés cognitives plus spécifiques dans le domaine attentionnel et exécutif, pouvant évoquer un **Trouble Déficitaire de l'Attention avec instabilité motrice importante** (TDA/H) ainsi que dans les fonctions visuo-spatiale et certains aspects du raisonnement logico-mathématiques à mettre en lien avec un **Trouble d'Acquisition des Coordinations motrices** (TAC) avec **dysgraphie**, le tout ayant de forts **retentissements au niveau des apprentissages** (langage écrit et cognition mathématique) et de régulation tonico émotionnelle ;

L'ensemble des troubles mixtes confère un certain mal-être et des réactions comportementales qui peuvent être de l'opposition, de la fuite et du repli sur soi.

Les suivis engagés révèlent :

- une construction psychomotrice encore immature vis-à-vis de celle de ses pairs, avec un retard caractérisé principalement par d'importantes difficultés de régulation tonique accompagnée d'une agitation motrice. Toutes les sphères sont touchées (équilibre, coordination, motricité fine) ;
- peu de difficulté au niveau logico mathématique mais plutôt des difficultés d'origine exécutives et attentionnelles. Il a du mal à maintenir son attention dans une tâche de numération (oublis de nombres) et adopte alors un comportement immature.

En raison de la complexité de la situation, décision est prise d'élaborer un PPCS en tenant compte des dimensions autant thérapeutiques, que sociales et des lourds retentissements observés.

La personne et les intervenants

► La personne

Identité				Réfèrent de la mise en œuvre :	Numéro du PPCS : 1
Nom: XYZ	Nom de jeune fille :	Nom d'usage :		Profession / Structure : Coordinatrice de réseau Si médical : n° RPPS, ou à défaut n° ADELI Nom : T Prénom : MC Tél / E-mail :	
Prénom : E.	Date de naissance : 2009	Âge : 10 ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Contexte de la démarche PPCS : Réseau sollicité par le pédiatre pour évaluation diagnostique et projet de soins	
	Lieu de naissance :				
Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)					
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input checked="" type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange :					
Date : Non-opposition de la personne <input type="checkbox"/> ou de son entourage <input checked="" type="checkbox"/> (parents) Personne à l'origine du recueil : Médecin traitant ...					
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)					
Téléphone			Adresse de messagerie		
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé)					
Nombre d'enfants :		Coordonnées des enfants si besoin :			
<input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance					
Si personne mineure			Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui		
Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui			2 ^e adresse :		
Autorité parentale :les 2 parents					

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

► **Les intervenants**

Acteurs du parcours (professionnels / aidants)³⁴	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Téléphone E-mail	Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non	<u>Avant élaboration du PPCS</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage
<i>Médecin traitant /habituel</i>	Dr D - PÉDIATRE		Oui	
<i>Coordinateur d'appui / de soins (réfèrent du PPCS)</i>	MC		Oui	
<i>Orthophoniste 1</i>	Mme P		Oui	1 séance/sem depuis le CP en cours
<i>Orthophoniste 2</i>			Oui	
<i>Psychologue/Neuropsychologue</i>	Mme M		Oui	
<i>Psychomotricien</i>	Mr E		Oui	2 séance/mois depuis l'âge de 3 ans en cours
<i>Ergothérapeute</i>	Mme G		Oui	À l'âge de 7 ans (n'a plus lieu)
<i>Orthoptiste</i>	Mme C		Oui	1 séance /sem 10 séances À l'âge de 6 ans(n'a plus lieu)
<i>Médecin spécialiste</i>			Oui	
<i>CMP / SESSAD / CMPP</i>			Non	
<i>Santé Scolaire et psychologue scolaire</i>	Dr ..		Oui	
<i>Professionnel de santé hospitalier</i>	Dr ... - PÉDOPSYCHIATRE		Oui	

³⁴ Le réfèrent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne³⁵	
▶ Priorité actuelle de la personne	Se sentir bien à l'école et avoir des bonnes notes quand je travaille (notion de résultats très en deçà de ce qui est attendu)

L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage³⁶	<p>Être accompagné dans les démarches administratives pour obtenir des aides spécifiques (MDPH)</p> <p>Avoir une aide pour prioriser les interventions auprès d'E.</p> <p>Éviter le décrochage scolaire</p> <p>Accéder aux apprentissages dans des conditions tenant compte des troubles</p> <p>Favoriser l'inclusion scolaire et l'accès aux apprentissages : Aménagements scolaires spécifiques</p>

³⁵ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine).

³⁶ Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Priorisation des actions envisagées avec la personne

Les objectifs principaux sont d'identifier de manière précise et intégrative les besoins (en fonction des résultats des bilans à venir), de favoriser l'autonomie, l'adaptation aux situations difficiles vécues à l'école et rassurer E. sur ses compétences afin de ne pas glisser vers des affects dépressifs sous-jacents.

Les priorités portent sur :

- la poursuite des investigations pour préciser le diagnostic global (Suspicion de troubles co-morbides) ;
- l'identification des besoins de l'enfant et de ses parents, et la priorisation d'actions en concertation les différentes interventions (relier les acteurs), dans de courts délais et en proximité ;
- l'accompagnement et le soutien des parents inquiets de l'avenir dans la mise en œuvre de démarches et dans leurs relations avec le milieu scolaire ;
- l'inclusion scolaire et la mise en œuvre, en concertation avec l'enfant et l'enseignant, d'aménagements, en vue d'éviter des blocages et décrochages scolaires (adapter le dispositif scolaire en proposant des compensations possibles acceptables autant par l'enfant que l'équipe pédagogique.

PLAN DE SOINS – PPCS 1– 05/2017		
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants
Réguler les émotions et les conséquences motrices du TDAH	Travail axé sur la régulation tonique et émotionnelle Séances de relaxation 1 séance/sem	Psychomotricien
Fluidifier La lecture et éviter la perte d'information pour comprendre	Augmenter le lexique afin de favoriser les automatismes de lecture Rituel de lecture à la maison Prise en soin en orthophonie domaine langage écrit 1 séance/semaine avec guidance parentale	Orthophoniste Parents

PLAN DE SOINS – PPCS 2 - 11/2017		
Comprendre et réguler les émotions pour avoir des comportements appropriés aux contextes	Intégrer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales	Neuropsychologue et ergothérapeute animant en binôme un groupe HS
Réduire le déficit attentionnel et l'impulsivité avec une aide médicale	Avis thérapeutique pour prescription médicale	Pédopsychiatre hospitalier
Permettre des productions d'écrits régulières	Poursuite des séances d'orthophonie 1 séance/semaine + conseils devoirs Cadre avec rituels Supports lexiques et mémo visuel pour favoriser orthographe et syntaxe	Orthophoniste
Co-construction et collaboration avec l'adulte autour d'activités manuelles et de construction	Poursuite du suivi en psychomotricité	Psychomotricité

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT – PPCS 1 – 05/2017				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 11/2017 Atteinte des objectifs et commentaires
Obtenir une reconnaissance de situation de handicap	RV avec les parents dédié à ce document Certificat médical renseigné par le médecin	Coordinatrice réseau	Dossier complété avec les derniers bilans et synthèse globale et pluridisciplinaire	Dossier adressé et retour positif de la MDPH Taux > 50 % obtenu
Apporter un soutien dans la posture envers E « faire grandir » E	Séances d'accompagnement parental, mensuelles	Psychologue clinicien	Meilleure gestion des crises de colère à la maison	Contrôle émotionnel possible par les parents avec cadre mis en place

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT – PPCS 2 – 11/2017				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 05/2018 Atteinte des objectifs et commentaires
Gérer des comportements agressifs à la maison au moment des devoirs Apporter un soutien aux parents	Poursuite des séances de soutien à la parentalité mensuelles	Psychologue clinicien	Meilleure gestion des frustrations au quotidien	E est moins réactionnel surtout depuis l'aide du traitement Humeur moins négative mais grande sensibilité à l'échec

PLAN D'AIDES – PPCS 1 - 05/2017				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 11/2017 Atteinte des objectifs et commentaires
Rendre l'écriture plus régulière Améliorer la mise en page	Éviter la surcharge liée à la double tâche cognitive engagée dans la production d'écrits Renforcement de l'aide de l'AESH : écrire sous la dictée d'E dans ses cahiers et en évaluation	AESH Enseignant Élève tuteur	Rédaction du GEVASCO	Aide apportée et soutien des tuteurs : supports écrits lisibles pour favoriser l'apprentissage
Prévenir la dévalorisation personnelle et les crises d'opposition voire le repli	Soutien et renforcement positif Support bienveillant de l'AESH aux côtés d'E, et appui de la maitresse dans les temps où l'AESH n'est pas là	Référent réseau en ESS	Implication des autres élèves et bienveillance dans la classe	Renforcement de l'estime personnelle et position d'élève

PLAN D'AIDES – PPCS 2 – 11/2017				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 05/2018 Atteinte des objectifs et commentaires
Permettre à E de faire part de ses idées	Dictée à l'AESH Dictées à trou	AESH Enseignante Orthophoniste (conseils)	Productions écrites courtes Lecture de phrases courtes	Meilleure disponibilité pour expérimenter

Enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme (coordinatrice de réseau TND)

Résumé de la situation :

V est âgé de 13,5 ans et scolarisé en classe de 4^e, son parcours de soins est riche, en lien avec une trajectoire développementale évolutive ponctuée par des besoins spécifiques touchant diverses dimensions autant dans la sphère cognitive qu'affective et émotionnelle. Tableau clinique de dysharmonie marquée par un trouble du contact social et l'atteinte de différentes dimensions cognitives, conférant un profil atypique chez ce jeune possédant de bonnes compétences intellectuelles

Adressé au Dispositif Passerelle, par le pédopsychiatre qui assure son suivi depuis 2013, dans l'objectif principal de favoriser son inclusion scolaire et sociale, dans le cadre de **Trouble du Spectre de l'Autisme de haut niveau de type Syndrome d'Asperger**, intégrant :

- un trouble de la communication de type dysphasie sémantico pragmatique ;
- un déficit attentionnel (TDAH) soutenu par aide médicamenteuse bien tolérée et bénéfique ;
- un trouble du développement des coordinations motrices sur les composantes gestuelles et de motricité fine impactant péjorativement l'utilisation des outils du quotidien ;
- un trouble anxieux majeur.

L'ensemble étant responsable de difficultés d'ajustement autant avec ses pairs qu'avec les enseignants.

V bénéficie d'un programme personnalisé de scolarisation (après notification de la MDPH) et d'aménagements pédagogiques supervisés par l'un de ses professeurs, avec 5 heures en Dispositif ULIS, à la place du sport et arts plastiques.

- Il progresse dans ses apprentissages, inclusion totale en 5^e pour le reste de la scolarité.
- Des difficultés d'intégration le mettent en situation difficile vis-à-vis de ses pairs et des enseignants.

Par-ailleurs, la vie quotidienne est entravée de troubles associés et freine l'adaptation :

- persistance de difficultés pour l'utilisation des outils scolaires, n'aime pas dessiner et écrit laborieusement ;
- difficultés toujours présentes en géométrie et sports ;
- difficultés pour l'habillage (lacets, fermetures, ceinture) et activités de déplacement en autonomie ;
- se plaint de difficultés à se concentrer.

PARCOURS SCOLAIRE actuel		AIDES en place	POINTS FORTS	FAIBLESSES
Scolarité actuelle :	4 ^e	Aménagements pédagogiques	Volontaire	Manque de concentration
Redoublement : O / N			Compétences atypiques	Fluctuations attentionnelles
Établissement	COLLÈGE PRIVÉ		Humeur joyeuse	Difficultés d'organisation

			Fait de nombreux efforts	Maladresses
		MDPH : OUI	Bons repères temporels	Écriture
		PPS : Oui avec adaptations		Signes d'immaturation
		AESH : OUI		Défaut d'ajustement
				Fatigabilité ++
		Orientation : OUI		
		ULIS		

Des bilans complémentaires sont réalisés, essentiellement pour évaluer les besoins et envisager un parcours de soins adapté :

- profil hétérogène caractérisé par un ensemble de difficultés verbales et conceptuelles, non verbales, attentionnelles (ayant un impact sur ses aptitudes mnésiques) et graphiques. Son anxiété, son intérêt à la tâche et son comportement interfèrent notablement sur ses performances et questionnent quant à la validité quantitative des évaluations ;
- du fait de son profil développemental atypique, V peut montrer des signes d'immaturation à mettre en lien avec le défaut de théorie de l'esprit et certaines stéréotypies verbales envahissantes. Dès lors qu'on le stimule et qu'on aborde ses intérêts, il peut alors s'inscrire dans une véritable dynamique de réciprocité montrant ses compétences et dans un partage. Toutefois, il reste pénalisé par le **Trouble de la communication et des interactions sociales entachés de troubles pragmatiques importants**, interférant dans la qualité des échanges et l'adaptation aux situations qu'il faut donc accompagner de **réassurance régulière** ;
- sur le plan exécutif, V présente un défaut de flexibilité mentale, d'organisation et de planification dans les tâches complexes. Il manque d'adaptabilité aux situations nouvelles. V se fatigue vite et des fluctuations attentionnelles manifestes nécessitent de le recentrer régulièrement sur la tâche et de l'aider à se re-canaliser.
- Hypersensibilité, aux bruits notamment, et aux odeurs ;
- Par ailleurs, les **habiletés pratiques sont déficitaires dans les domaines gestuel et visuo spatial**, avec une **dysgraphie quantitative** source de douleur et de coût cognitif ; l'ensemble impactant les productions scolaires et s'inscrivant dans un trouble de la coordination motrice ;
- du fait de la présence de ces divers troubles du neuro-développement inscrits dans le tableau de trouble du spectre de l'autisme, V peut rapidement se trouver en surcharge cognitive, il n'arrive pas à mettre en place de système de compensation fonctionnel. C'est un jeune volontaire montrant des compétences et qu'il faut rassurer.

En raison de la complexité de la situation, décision est prise d'élaborer un PPCS.

La personne et les intervenants

► La personne

Identité		Réfèrent de la mise en œuvre :	
Nom: XYZ	Nom de jeune fille :	Nom d'usage :	Profession / Structure : Coordonnateur de réseau Si médical : n° RPPS, ou à défaut n° ADELI Nom : Prénom : Tél / E-mail :
Prénom : VA	Date de naissance : 2004	Âge : 15 ans	Contexte de la démarche PPCS : Dispositif Passerelle, sollicité par le Pédopsychiatre qui
	Lieu de naissance :	Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)			
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange : Date : Non-opposition de la personne <input type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/> Personne à l'origine du recueil :			
Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)			
Téléphone		Adresse de messagerie	
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé)			
Nombre d'enfants : <input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance		Coordonnées des enfants si besoin :	
Si personne mineure Parents divorcés : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autorité parentale :		Résidence alternée : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 2 ^e adresse :	
Aidant principal (identité et coordonnées)		Nature du lien avec l'aidant :	

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

► **Les intervenants**

Acteurs du parcours (professionnels / aidants)³⁷	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Téléphone E-mail	Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non	<u>Avant élaboration du PPCS :</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage
Médecin traitant			Oui	
Coordinateur d'appui / de soins (réfèrent du PPCS)			Oui	
Orthophoniste 1 langage oral			Oui	En 2008 (n'a plus lieu)
Orthophoniste 2 langage écrit				En 2016 (n'a plus lieu)
Orthophoniste 3 calcul				En 2011 (n'a plus lieu)
Neuropsychologue			Oui	En 2010 et 2012
Psychologue clinicien				Dès 2010
Psychomotricien				En 2008 (n'a plus lieu)
Ergothérapeute			Oui	2011 à 2015
Orthoptiste				
Pédiatre				
CMP / SESSAD / CMPP				2008/2009 (n'a plus lieu)
Santé Scolaire et psychologue scolaire			Oui	
Pédopsychiatre			Oui	Dès 2012 (en cours)

³⁷ Le réfèrent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne ³⁸	Difficultés à les exprimer
▶ Priorité actuelle de la personne	Difficultés à l'exprimer

L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage ³⁹	Favoriser l'inclusion sociale de V : bienveillance dans le regard des autres « typiques » - réduire les stéréotypes et apporter un cadre rassurant Permettre la scolarisation de B et l'accès aux études Autonomie au quotidien de V

³⁸ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine).

³⁹ Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Priorisation des actions envisagées avec la personne

- Accompagnement du jeune.
- Évaluation de ses besoins et priorisation/articulation des actions en concertation les différentes interventions (relier les acteurs).
- Soutien des équipes pédagogiques vis-à-vis du fonctionnement cognitif spécifique de V.
- Accompagnement et soutien des parents inquiets de l'avenir - Aide dans les démarches d'orientation.

PLAN DE SOINS – PPCS 1

Objectifs partagés	Libellés des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 05/2019 Atteinte des objectifs et commentaires
Optimiser les conditions de communication autant en termes de contenu, de forme qu'en lien avec le contexte	Renforcement des habiletés conversationnelles, sociales et pragmatiques (gestion des tours de parole, utilisation appropriée de la parole selon les contextes, travail de la prosodie, compréhension et expression des émotions)	ORTHOPHONISTE	Séances hebdomadaires EN PLACE	
Compenser les difficultés d'écriture	Utiliser des moyens de compensations pour pallier aux troubles Intervention de l'ergothérapeute en milieu scolaire	ERGOTHÉRAPEUTE AESH	Séances hebdomadaires en classe	
S'entraîner aux habiletés sociales	Favoriser les échanges dans des situations contrôlées afin de permettre leur transfert dans des situations écologiques Intégrer un groupe HS	PSYCHOLOGUE	À mettre en place sur période de vacances scolaires	
Améliorer le moral Entretenir l'estime	Séances individuelles de suivi psychoaffectif	PSYCHOLOGUE	À mettre en place en fonction de l'évolution dans 6 mois	
Mobiliser les capacités attentionnelles et exécutives Améliorer l'attention et l'engagement relationnel	Poursuite du traitement médical	PEDOPSYCHIATRE	CS semestrielles & suivi mensuel par le MG	

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT – PPCS 1 – 05/2017				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 05/2019 Atteinte des objectifs et commentaires
Aider les parents pour montage dossier de reconnaissance de taux de handicap	Obtenir reconnaissance de situation de handicap RV avec les parents dédié à ce document Certificat médical renseigné par le pédopsychiatre	Coordinatrice réseau	Dossier complété avec les derniers bilans et synthèse globale et pluridisciplinaire	
Réduire l'inquiétude des parents pour la suite du parcours scolaire	Identifier sur le territoire les établissements bienveillants et permettant la poursuite d'une scolarité avec compensations RV Conseil et visite de lycées	Coordinatrice réseau Parents	Planification rassurante	

PLAN D'AIDES – PPCS 1 - 05/2017				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 05/2019 Atteinte des objectifs et commentaires
Compenser l'écriture irrégulière	Éviter la surcharge liée à la double tâche cognitive Demander MPA, Renforcement de l'aide de l'AESH	AESH Enseignant	Rédaction du GEVASCO	
Permettre ainsi à V de montrer ses compétences en étant moins chargé d'anxiété et de stéréotypes	Prévoir des temps calmes et de renforcement positif devant les progrès et compétences	Élève Réfèrent réseau en ESS		
Focaliser l'attention sur temps déterminés	Recentrer sur la tâche Éviter les consignes multiples			
Accompagner l'équipe pédagogique	Informations sur les TSA Sensibiliser les enseignants et les autres élèves aux particularités relationnelles de V	Référénts réseau dans la classe de V	Bienveillance dans la classe	

Adolescent en situation de handicap - rupture dans le parcours de vie - Plan d'accompagnement global (MDPH)**Plan d'accompagnement global (PAG) – Décision du 26 mars 2018****1. Plan d'accompagnement global**

- Concernant **C**
- Élaboré à la demande de son représentant légal, Mme, et de l'aide sociale à l'enfance (réfèrent Monsieur)
- Groupe opérationnel de synthèse organisé en date du 26/03/2018 (composition en annexe)

2. Entre les soussignés

- Le Conseil départemental des Alpes de Haute-Provence, service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et service social polyvalent (SSP), représenté par Madame, chef de service ASE, et Monsieur, responsable du service territorial d'action sociale de Moyenne Durance
- L'Éducation nationale, représentée par Madame, Inspectrice de l'Éducation nationale, Adjointe au directeur académique, en charge de l'accompagnement des élèves scolarisés en situation de handicap (ASH)
- L'association APAJH 04 au titre de son dispositif ITEP, représenté par Monsieur, Directeur
- Le Centre hospitalier de Digne-les-Bains, service de pédopsychiatrie, représenté par Madame, pédopsychiatre, chef de service
- La Maison départementale des personnes handicapées des Alpes de Haute-Provence, représentée par Madame, Directrice,
- Le représentant légal, la maman, Madame R

3. Situation

- Date de naissance de C : 06/09/2005
- N° classothèque MDPH 04 :
- Orientation médico-sociale : ITEP semi-internat (orientation valable du 01/09/2016 au 31/08/2019).

C présente une forte instabilité psychomotrice et émotionnelle. Jusqu'en novembre 2017, C était accompagné par le dispositif ITEP Les Moineaux de Toulon (suivi par un pédopsychiatre, suivis éducatif, psychopédagogique, psychologique en individuel et psychomoteur) et ce depuis 2013. Il était scolarisé en école primaire, puis dans une classe à effectif réduit, en 6^e de collège. La maman et les professionnels notaient un comportement plus agressif et agité depuis le décès de son père en août 2015. Une mesure éducative s'exerçait et en articulation avec l'accompagnement médico-social, C a pu rester au domicile de sa maman et être maintenu en inclusion scolaire. La relation duelle à l'adulte permet à C d'évoluer favorablement. Toutefois, ce jeune garçon a

pu se montrer provocateur et opposant lorsqu'il est en groupe, il accapare l'attention. À l'automne 2017, Madame R a déménagé à Sisteron, quittant le Var. Les prises en charge adaptées de C ont été interrompues et le jeune garçon a été scolarisé en 6^e au collège de son secteur. Rapidement, son comportement agité a nécessité un aménagement de son emploi du temps : accueil à 50 % au collège. L'enfant a été reçu par le Docteur du centre médico-psychologique pour enfants et adolescents. À mi-temps au domicile familial, la situation est rapidement devenue difficile. Madame R a interpellé le SSP, la MDPH, le dispositif ITEP, alertant sur les difficultés majeures et les besoins de son fils. Également, elle a sollicité la Juge pour enfants, demandant le placement de C. C vient d'être confié à l'ASE (décision Juge des enfants), il est accueilli chez une assistante familiale sur la commune de Saint-Lions et n'est plus scolarisé.

Autres informations concernant la personne

Parcours scolaire et / ou formation professionnelle

En ITEP dans le Var, depuis 5 ans.

Sa mère a déménagé dans le département 04, et l'a sorti de l'ITEP.

Elle l'a inscrit au collège de secteur, mais son retard scolaire et son comportement ont très vite alertés l'équipe d'enseignants.

Des soins sont mis en place au CASA (centre de soins pour adolescents), le CASA a également très vite alerté la MDPH sur les difficultés de ce jeune.

Au vu de son comportement, ce jeune a très vite été déscolarisé.

Il est par conséquent à domicile, à temps plein, avec des soins, et une information préoccupante rédigée à l'endroit de cette situation.

La MDPH a été saisie pour trouver une solution.

Parcours professionnel : aucun, c'est un adolescent.

Ressources financières

Ce jeune vit au domicile maternel, et dépend de sa mère, au RSA.

Activités culturelles et de loisirs : aucune dans l'immédiat.

Interactions sociales

Ce jeune peut être en relation avec ses pairs, dans un relationnel affectif très immature.

Forces perçues par la personne

Capacité à rentrer dans le relationnel, envie de se « détacher » de ce milieu maternel pathologique.

Difficultés ressenties par la personne

Dépendance totale à l'adulte dans l'immédiat.

4. Engagements

L'Éducation nationale s'engage à permettre, exceptionnellement et sur dérogation, des temps de scolarisation en ULIS école (Saint-André les Alpes).

L'association APAJH 04 s'engage à prendre en charge C au titre de son dispositif ITEP, à compter du 1^{er} septembre 2018. Dès le mois de mai 2018, l'établissement proposera une démarche d'admission.

Le Centre hospitalier de Digne-les-Bains, service de pédopsychiatrie, s'engage à proposer un suivi thérapeutique pour C à compter du 1^{er} septembre 2018. Dès le mois de mai 2018, le service de soins proposera une observation (procédure d'admission).

Le Conseil départemental (service de l'aide sociale à l'enfance et service social polyvalent), s'engage à poursuivre l'accompagnement socio-éducatif mis en œuvre auprès de C et de sa maman, et à étudier le cas échéant les possibilités d'aménagement et de financement de prestations complémentaires, nécessaires à la prise en charge globale de C.

La Maison départementale des personnes handicapées des Alpes de Haute-Provence s'engage dans les plus brefs délais, à prendre les notifications nécessaires pour la scolarité (ULIS et accompagnement humain individuel), à solliciter la Caisse d'allocations familiales concernant l'Accueil Pour Tous (loisirs, activités de vacances) et à solliciter le Conseil départemental pour le financement et la mise en œuvre d'un transport entre l'école et la famille d'accueil. Elle s'engage également à être disponible pour l'ensemble des acteurs concernés par la situation, et à réunir un éventuel groupe opérationnel en cas de besoin.

Madame R, le représentant légal, s'engage à participer à la mise en œuvre des décisions du plan d'accompagnement global de son fils, et à effectuer les démarches afférentes.

Monsieur, travailleur social, référent à **l'aide sociale à l'enfance**, s'engage à assurer la coordination de ce plan d'accompagnement global.

SIGNATURES

<p>Pour l'Éducation nationale,</p> <p>Inspectrice de l'Education nationale, Adjointe au directeur académique en charge de l'ASH</p>	<p>Pour l'association APAJH 04,</p> <p>Directeur du dispositif ITEP</p>	<p>Pour le Centre hospitalier de Digne-les-Bains, service de pédopsychiatrie,</p> <p>Pédopsychiatre chef de service</p>	<p>Pour le Conseil départemental des Alpes de Haute-Provence,</p> <p>Chef du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE)</p>
<p>Pour le Conseil départemental des Alpes de Haute-Provence,</p> <p>Responsable du service territorial d'action sociale</p>	<p>Pour la MDPH 04,</p> <p>Directrice</p>	<p>Le représentant légal</p> <p>Madame R la maman</p>	<p>Le coordinateur du parcours</p> <p>Référent ASE</p>

ANNEXES

- PAG rédigé conformément à l'article 89 de la loi n° 2016-105 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- GOS réuni en date du 26 mars 2018 à 15h30 à la MDPH 04, en présence de : cf. fiche de présence.

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

► **Les intervenants**

Acteurs du parcours (professionnels / aidants)⁴⁰	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Téléphone E-mail	Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non	<u>Avant élaboration du PPCS :</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage
Centre hospitalier de Digne-les-Bains	Pédopsychiatre chef de service		oui	
Éducation nationale	Inspectrice de l'Education nationale, Adjointe au directeur académique en charge de l'ASH		oui	
Association APAJH 04	Directeur du dispositif ITEP		oui	
Conseil départemental (service de l'aide sociale à l'enfance et service social polyvalent), Monsieur , travailleur social,, est le référent du PAG	Chef du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) Référent à l'aide sociale à l'enfance		oui	
Maison départementale des personnes handicapées des Alpes de Haute-Provence	Directrice de la MDPH		oui	
Madame R,	Mère, représentant légal		oui	

⁴⁰ Le référent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne⁴¹	S'autonomiser, ne plus dépendre des adultes
▶ Priorité actuelle de la personne	Trouver une scolarité adaptée, dans l'attente de l'ITEP

L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage⁴²	Trouver une solution de scolarité et à terme d'institut

⁴¹ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine).

⁴² Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Problématiques et projets de la personne

- Jeune adolescent jusqu'alors suivi en ITEP.
- Instabilité psychomotrice et émotionnelle.
- Vivait avec sa mère parent isolé (père décédé).
- Vulnérabilité socio-économique.
- Situation de rupture de parcours de vie :
 - rupture des mesures éducatives et de l'accompagnement médico-social suite au déménagement maternel ;
 - rupture scolaire ;Récemment confié à l'ASE.

Priorisation des actions envisagées avec la personne

- À la demande de son représentant légal, Mme R, et du référent de l'aide sociale à l'enfance, un **Plan d'accompagnement global** concernant **C** va être élaboré.
- **Compte tenu de la complexité de la situation de C, un groupe opérationnel de synthèse est organisé en date du 26/03/2018**
 - Mise en place d'un suivi thérapeutique.
 - Reprise de l'accompagnement éducatif et scolaire de C.
 - Mise en place d'aides financières.

Plan de soins				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Mettre en place un suivi thérapeutique	<p>Observation (procédure d'admission) dès le mois de mai 2018,</p> <p>Suivi thérapeutique de C à compter du 1^{er} septembre 2018. le service de soins proposera</p>	<p>Service pédopsychiatrique du Centre hospitalier</p>	<p>Suivi pédopsychiatrique effectif</p>	

Plan d'accompagnement

Objectifs partagés	Libellé des actions (engagements)	Intervenants (opérateurs du Plan d'accompagnement global)	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Trouver un lieu de scolarité temporaire, dans l'attente de l'entrée à l'ITEP	Mise en place d'une mesure dérogatoire : Entrée en ULIS école Faire la notification Affecter l'élève	MDPH Éducation nationale :	Notification MDPH faite Élève affecté	
Prendre en charge C en Dispositif ITEP	Préparer l'entrée à l'ITEP : - visite de l'établissement - programmer la date d'entrée - démarche d'admission proposée par l'établissement dès le mois de mai 2018 Prise en en charge de C au titre de son dispositif ITEP, à compter du 1 ^{er} septembre 2018	Association APAJH 04	Stabilité de la situation de la personne Besoins du moment couverts Satisfaction de la personne et de son entourage	
Poursuivre l'accompagnement socio-éducatif mis en œuvre auprès de C et de sa mère		Conseil Départemental		
Faciliter l'accès aux loisirs	Sollicitation de la Caisse d'allocations familiales concernant l'Accueil Pour Tous (loisirs, activités de vacances)	MDPH		
Rappeler la nécessité de l'engagement de la personne ou de son représentant légal	Respecter les différentes propositions d'accueil et d'accompagnement, et participer à la continuité de l'accompagnement du jeune au domicile lors des retours.	Représentant légal		
Coordonner le PAG		Travailleur social, référent à l'aide sociale à l'enfance		
Assurer le suivi de la situation	Réunir un nouveau groupe opérationnel de synthèse à tout moment à la demande de l'une des parties du PAG et poursuivre son accompagnement auprès de C et de sa mère dans le cadre de la réponse accompagnée	MDPH		

Plan d'aides				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des objectifs et commentaires
Garantir la soutenabilité financière des mesures proposées	Solliciter le Conseil départemental pour le financement et la mise en œuvre d'un transport entre l'école et la famille d'accueil	MDPH	Financement confirmé et pérenne	

Adolescente faisant l'objet de mesures de protection de l'enfance

Résumé de la situation de la personne

Laurianne R, 16 ans est hospitalisée pour vertiges et bouffées de chaleur avec fièvre depuis trois semaines, sous amoxicilline depuis 3 jours. Elle est fatiguée, dort mal, fait des cauchemars. Elle dit entendre des voix, une consultation de l'UMPP (Unité mobile pédopsychiatrique) est prévue.

Elle a des antécédents de difficultés psychologiques et sociales. Le pédiatre fait appel à l'assistante sociale du service qui se met en rapport avec l'assistante sociale et l'éducatrice du service d'aide sociale à l'enfance (ASE).

Laurianne a été confiée aux services de l'ASE depuis l'âge de 6 ans. Celle-ci a connu différents placements qui ne se sont pas très bien passés : en famille d'accueil et un chez ses grands-parents. Le temps d'accueil chez ses grands-parents a été également un échec. Selon le service de l'ASE, ceux-ci ne souhaitent plus accueillir Laurianne à temps plein, mais la reçoivent un WE sur deux.

Elle est en rupture scolaire depuis un an. Elle a du mal à créer des liens avec d'autres jeunes de son âge.

Selon l'éducatrice d'AEMO qui la suit, « elle n'est bien nulle part et n'a envie de rien ». L'hypothèse de troubles psychiques ou psychiatriques est envisagée par le pédiatre.

L'adolescente refuse le placement en foyer de l'ASE. Elle se trouve aussi en grande souffrance à l'idée de retourner dans la famille d'accueil. En effet elle se dit molestée par les autres enfants accueillis par la famille. Une autre proposition en SSR spécialisé dans un autre département est alors faite par le pédopsychiatre et le pédiatre. L'adolescente refuse après un essai de quelques jours. Elle dit maintenant vouloir aller chez ses grands-parents à nouveau.

Laurianne ayant mis en échec tous les projets antérieurs et n'exprimant pas l'idée d'un projet scolaire, le juge des enfants tranche provisoirement. Il décide le retour dans la famille d'accueil dans l'attente d'une éventuelle autre solution. Les grands-parents n'ont pas été conviés à l'audience au tribunal.

Les professionnels de l'ASE de leur côté sont plutôt contre un retour chez les grands parents jugés trop permissifs avec leur petite fille. Aucun accompagnement particulier n'a pour l'instant été entamé pour une rescolarisation.

Le pédopsychiatre de l'UMPP (unité mobile pédopsychiatrique) après plusieurs entretiens avec l'adolescente rédige un rapport d'évaluation pour le juge : il estime que Laurianne ne doit pas retourner dans la famille d'accueil. L'assistante sociale de l'hôpital après une évaluation et différents échanges pluri-professionnels (intra et extra hospitaliers) notamment avec les services de l'ASE et le médecin traitant, rédige un rapport au juge dans le même

sens. Une nouvelle audience est prévue avec le juge pour la reconduction ou non du placement en famille d'accueil ou une entrée en foyer.

En raison de la complexité de la situation de Laurianne, décision est prise d'initier un PPCS.

La personne et les intervenants

► La personne

Identité			
Nom marital : M	Nom de jeune fille :	Nom d'usage :	
Réfèrent de la mise en œuvre : Profession / Structure : Pédiatre CH Dr T / Educatrice ASE Mme S Si médical : n° RPPS, ou à défaut n° ADELI Nom : Prénom : Tél / E-mail :			Numéro du PPCS : 1
Prénom : Laurianne	Date de naissance : 2003	Âge : 16 ans	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
	Lieu de naissance :	Contexte de la démarche PPCS : Concertation organisée par le Pédiatre hospitalier et l'éducatrice ASE en vue d'identifier un lieu de vie	
Informations sur la personne (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)			
Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input checked="" type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange : Date : Non-opposition de la personne <input checked="" type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/> Personne à l'origine du recueil : Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Adresse de la personne (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)			
Téléphone		Adresse de messagerie	
Situation de la personne (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé)			
Nombre d'enfants :		Coordonnées des enfants si besoin :	
<input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance			
Si personne mineure Mineure célibataire		Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 2 ^e adresse :	
Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Autorité parentale :			

Aidant principal (identité et coordonnées)		Nature du lien avec l'aidant :	
Référents familiaux/amicaux (identité(s) et coordonnées) Nature du lien avec le référent familial/amical : 2, grands parents	Personne de confiance : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de réception de l'information Educatrice de l'ASE		
Recherche d'hébergement en cours <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Hébergement actuel : Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé <input type="checkbox"/>			
Accessibilité à l'hébergement : étage – ascenseur – autre renseignement			
Existence d'une problématique avec le logement : Accessibilité :		Caractère adapté :	
Aménagement (WC, salle de bains, autre) :		Matériel en place : (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène,...)	
Statut professionnel <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre			
Droits ouverts			
N° de sécurité sociale : XXX		Caisse :	
Mutuelle/CMUC/AME : oui		Régime/Caisse d'affiliation :	
Caisse d'allocations familiales :		Caisse de retraite principale :	
		Caisse de retraite complémentaire :	
ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui nombre ALD			
APA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6) Date de l'évaluation			
Si oui plan d'aide en place (nombre d'heures) Mode mandataire <input type="checkbox"/> prestataire <input type="checkbox"/>			
APL <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RSA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aide sociale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre aide et/ou autres ressources :			
<input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA			
PPRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PAP/PAI validé par le Médecin Scolaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Droits à compensation MDA/MDPH :			
AAH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RQTH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux incapacité (< 50 % <input type="checkbox"/> 50-79 % <input type="checkbox"/> ≥ 80 % <input type="checkbox"/>)			
Carte mobilité pour l'invalidité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Carte mobilité pour le stationnement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACTP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACFP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
PCH (date d'ouverture des droits :) : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non AEEH : <input type="checkbox"/> Oui (date d'ouverture des droits :) <input type="checkbox"/> Non			
PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AVS/AESH : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Mutualisée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non Matériel Pédagogique Adapté : <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Notifié <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non			
SESSAD/SEFFS <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Notifié (date :) <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non Orientation (ULIS, SEGPA) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Notifiée (date :) <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non			
Autres droits MDPH/MDA :			
Protection juridique : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dossier en cours d'instruction <input type="checkbox"/>			
Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale, habilitation judiciaire pour représentation du conjoint ?			
Autre mesure (MAJ, MASP) : confiée à l'ASE			
Nom et coordonnées du mandataire, professionnel ou familial :			
Si mineur : mesure de protection de l'enfance (AED/AEMO/Placement.....)			
Directives anticipées	<input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Date de signature :	Lieu de conservation des directives anticipées :

► **Les intervenants**

Acteurs du parcours (professionnels / aidants)⁴³	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Téléphone E-mail	Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non	<u>Avant élaboration du PPCS :</u> nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage
Médecin traitant	Dr M		oui	2 fois pendant le séjour hospitalier + Tel
Infirmier(s)				Tous les jours
Spécialiste	Pédiatre CH		Oui	Tous les jours
Assistant social	Assistante sociale de l'ASE (MSD) Assistante sociale hospitalière		oui	1 fois par semaine : contact téléphonique avec l'assistante sociale du CH + coordination en pédiatrie Tous les jours en hospitalisation
Coordination territoriale d'appui UMPP	Psychiatre de l'UMPP		oui	2 fois par semaine Coordination médico-sociale ASE-Pédiatrie- Pédopsychiatrie
Référent familial	Ses grands parents		oui	2 à 3 fois par semaine
Éducateur spécialisé AEMO			oui	2 fois par semaine
Éducateur de jeunes enfants CH				Tous les jours dans le service de pédiatrie

⁴³ Le référent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

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

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne⁴⁴	Laurianne souhaite vivre totalement chez ses grands- parents et se dit prête à faire des efforts. Depuis peu, elle exprime aux professionnels son souhait de suivre une formation pour passer un CAP Petite enfance
▶ Priorité actuelle de la personne	Ne pas retourner en famille d'accueil, ne pas aller en foyer ou SSR et comme dit Laurianne avec des « jeunes plus perturbés que moi »

L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage⁴⁵	Les grands parents souhaitent continuer à recevoir leur petite fille mais pas à temps plein

⁴⁴ Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine).

⁴⁵ Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

Plan de soins

Problématiques et projets de la personne

- troubles du comportement, troubles du sommeil
- difficultés importantes de stabilisation en famille d'accueil ou en foyer; mise en échec de tous les projets de vie
- difficultés de suivi éducatif et psychologique
- isolement social
- rupture scolaire totale depuis 1 an

Priorisation des actions envisagées avec la personne

- Préciser les hypothèses diagnostiques en concertation : affection psychiatrique ou non ? / l'état psychologique doit être encore stabilisé (troubles du comportement, troubles du sommeil, ...); doute sur les tendances suicidaires ?
- Proposer une solution d'hébergement satisfaisante à Laurianne (celle-ci demande à retourner vivre totalement chez ses grands-parents. Ces derniers sont d'accord, mais souhaitent cette fois bénéficier d'un accompagnement psychologique et socio-éducatif renforcé. Les grands parents n'ont pas été conviés à la 1^{re} audience au tribunal et les professionnels de l'ASE de leur côté ne sont pas vraiment favorables à un retour chez les grands parents jugés comme trop permissifs avec leur petite fille).
- Lui proposer des contacts et des activités avec des jeunes de son âge
- Repenser un accompagnement socio-éducatif adapté à la nouvelle situation
- Entamer avec elle, un travail de maturation d'un projet de formation avec des intervenants comme la mission locale et/ou des professionnels de la petite enfance (Laurianne exprime depuis peu son désir de suivre une formation pour un CAP Petite enfance).
- Apporter au juge un avis éclairé et coordonné des professionnels (intra et extra hospitaliers) pour une aide à la décision sur le lieu de vie de Laurianne en entendant ses souhaits et ses projets. Le projet de retour chez les grands parents doit être précisé avec de nouvelles propositions d'accompagnement pour l'adolescente et pour les grands-parents de la part des professionnels sanitaires et sociaux concernés.

Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 20 / 02 /2019 Atteinte des objectifs et commentaires
Connaître la nature des troubles et leurs conséquences sur le plan psychologique	<p>Préciser les hypothèses diagnostiques : affection psychiatrique ou non ?</p> <p>Stabiliser l'état psychologique (troubles du comportement, troubles du sommeil, ...)</p>	<p>Pédiatre Pédopsychiatre Médecin traitant</p> <p>Psychologue Pédopsychiatre</p>	<p>Diagnostics et échanges d'informations effectifs entre médecins, psychiatres et psychologues Coordination avec l'UMPP</p> <p>Mise en place des traitements et d'un suivi psychologique (RV)</p>	<p>Évaluation commune pour le diagnostic</p> <p>Mise en place d'un suivi régulier par l'équipe pédopsychiatrique et traitement</p>
Améliorer le suivi psychiatrique et psychologique	Organiser un suivi régulier du CMPP en accord avec l'adolescente prise de RV et accompagnement éventuels aux RV de psychiatres ou psychologues	<p>Éducatrice AEMO-ASE</p> <p>Assistante sociale du CD06</p>	<p>Les RV sont réguliers</p> <p>Laurianne se rend aux RV et adhère aux soins</p>	Laurianne est demandeuse (comme ses grands-parents) d'un suivi pédopsychiatrique à plus long terme

Plan d'accompagnement				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 26 /02 /2019 Atteinte des objectifs et commentaires
<p>Stabiliser le lieu de vie</p> <p>Accompagner en les rendant possibles les projets de vie</p>	<p>Évaluer en coordination la possibilité du projet de vie chez les grands parents</p> <p>Accompagner un retour chez les grands parents si avis favorable du juge</p> <p>Accompagner les grands parents dans leur rôle éducatif</p> <p>Préparer un rapport en coordination pluri professionnelle pour informer le juge</p> <p>Mise en place de visites régulières de l'éducatrice d'AEMO</p> <p>Évaluation des difficultés rencontrées</p> <p>Réunion de synthèses régulières entre</p>	<p>Éducatrice AEMO</p> <p>Assistante sociale de l'ASE</p> <p>Psychologue</p>	<p>Évaluation en concertation de la possibilité d'hébergement par les grands-parents /Rapport au juge réalisé</p> <p>Accueil effectif chez les grands parents</p> <p>Évolution positive des relations entre Laurianne et les grands parents</p> <p>Poursuite effective du suivi pédo- psychiatrique : régularité des RV</p> <p>Stabilisation de l'hébergement chez les grands parents</p>	<p>Lors des divers entretiens avec les professionnels hospitaliers médicaux et psycho-sociaux, Laurianne exprime à nouveau le souhait de retourner chez ses grands-parents et se dit prête à « faire des efforts pour que cela se passe mieux ».</p> <p>Elle réitère sa demande de retourner à temps plein chez ses grands-parents et accepte l'accompagnement éducatif proposé</p> <p>Entretiens avec les grands parents qui sont d'accord pour accueillir à nouveau leur petite fille avec un soutien professionnel</p> <p>L'équipe de pédo-psychiatrie et celle de</p>

	<p>l'éducatrice et l'UMPP en lien avec le médecin traitant</p> <p>Accompagnement des grands parents : aide dans le quotidien et accompagnement psychologique</p>	<p>L'équipe mobile de Pédopsychiatrie</p>		<p>pédiatrie pensent qu'un retour en famille d'accueil n'est pas souhaitable pour l'adolescente en grande souffrance psychologique.</p> <p>Un courrier conjoint du psychiatre et de l'assistante sociale de pédiatrie est donc adressé au juge avec des préconisations : l'alternative de l'accueil chez les grands parents comme solution provisoire ou durable mais avec un accompagnement éducatif renforcé et un suivi pédopsychiatrique en externe en lien avec le médecin traitant</p> <p>Laurianne bénéficie déjà de consultations régulières de psychiatre et psychologues elle commence à se projeter dans l'avenir en réaffirmant son souhait reprendre une formation</p> <p>Le juge donne son accord pour le retour chez les grands-parents à la sortie d'hospitalisation sous</p>
--	--	---	--	---

				<p>réserve d'un suivi pédopsychiatrique et éducatif « rapproché » et avec un travail de re-scolarisation</p> <p>L'hospitalisation a permis une coupure et le regard d'équipes pluri-professionnelles permettant un croisement des compétences médicales et sociales intra et extra-hospitalières et de service différents</p>
Renforcer le suivi éducatif et l'adapter à la nouvelle situation	Instaurer une collaboration étroite entre l'éducateur de l'ASE et les intervenants de pédopsychiatrie et les grands parents. Rencontres régulières entre ces intervenants	<p>Éducatrice AEMO</p> <p>Assistante sociale de l'ASE</p> <p>Psychologue</p> <p>L'équipe mobile de pédopsychiatrie</p>	Rencontres régulières programmées entre les intervenants professionnels de l'ASE et de pédopsychiatrie et les grands parents pour points sur l'évolution de la situation de Laurianne sur le plan éducatif et « bien-être » de Laurianne mais aussi des grands parents	

<p>Approfondir l'idée de Laurianne de suivre une formation de CAP petite enfance</p>	<p>Prévoir des RV avec la mission locale pour conditions de la formation et débouchés</p> <p>Accompagnement de Laurianne pour les RV</p>	<p>Agent de la mission locale Service d'orientation Éducateur AEMO Assistante sociale CD 06</p> <p>En lien avec les psychologues ou psychiatres</p> <p>Avec les grands parents</p>	<p>RV pris</p> <p>Projet de scolarité ou formation</p> <p>Reprise effective d'une scolarité</p>	<p>Laurianne exprime à plusieurs reprises à l'équipe de l'UMPP, le souhait de reprendre des études et de préparer un CAP petite enfance</p>
<p>Accompagner Laurie dans le développement de nouveaux liens sociaux avec d'autres jeunes même si le projet de scolarisation-formation n'a pas encore abouti</p>	<p>Proposer un choix d'activités susceptibles d'intéresser Laurianne</p>	<p>Éducateur AEMO Assistante sociale Grands parents</p>	<p>Création de liens amicaux avec d'autres jeunes par Laurianne</p> <p>Amélioration de son relationnel</p>	<p>À travailler et à prévoir dans quelques mois</p>

Plan d'aides				
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : 04 /03 /2019 Atteinte des objectifs et commentaires
Alléger les tâches quotidiennes pour les grands parents lors de l'accueil d'une adolescente	Proposition d'un Recrutement d'une aide-à domicile pour les grands parents	Assistante sociale de L'ASE	Interventions programmées régulières d'une aide à domicile	2 Interventions de 2 heures par semaines sont programmées
	Trouver un financement	Service d'aide à domicile		
Retisser des liens sociaux	Inscription de Laurianne à des activités sportives ou de loisirs	Service jeunesse de la ville	Inscription à une ou deux activités	À travailler et à prévoir dans quelques mois
	Prévoir un financement	Éducatrice AEMO et Assistante sociale ASE	Suivi d'activité sur plusieurs mois	

Analyse des écarts (besoins identifiés non comblés ou partiellement comblés / objectifs formulés non réalisés)

Nature du besoin	Cause de l'écart	Actions à entreprendre en vue d'assurer une réponse complète au besoin identifié	Délai de suivi
	Délai de réflexion personne		
	Personne refuse		
	Attente suite à démarche		
Trouver un lieu de vie	Absence de consensus entre professionnels	Réunions de synthèse entre professionnels des différents services recentrée sur l'expression du choix de l'adolescente et sur l'évaluation commune des possibilités d'accueil chez les grands parents avec quelle adaptation et personnalisation de l'accompagnement	L long terme mais avec réévaluations régulières en coordination (2 mois au début)



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr