



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MODE D'EMPLOI DU PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION EN SANTÉ



Juillet 2019

Ce document est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

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

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

Sommaire

Abréviations	4
Préambule	5
Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS)	8
Le PPCS est un plan d'action concernant les personnes dont la situation rend utile un travail formalisé entre acteurs	8
Le PPCS fait suite à une évaluation pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire	9
Le PPCS débouche sur un suivi et une réévaluation	9
Le PPCS en pratique	10
Les acteurs	10
Les actions	13
Annexe. Participants	17

Abréviations

APA	allocation personnalisée d'autonomie
CPTS	communauté professionnelle territoriale de santé
DAC	dispositif d'appui à la coordination
DMP	dossier médical partagé
ESP	équipe de soins primaires
ESSMS	établissement et service social et médico-social
ETP	éducation thérapeutique du patient
HAS	Haute Autorité de santé
IDE	infirmier diplômé d'État
IDEC	infirmier diplômé d'État coordonnateur
MAIA	méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
PAERPA	personne âgée en risque de perte d'autonomie
PCH	prestation de compensation du handicap
PPCS	plan personnalisé de coordination en santé
PTA	plateforme territoriale d'appui
RAPT	réponse accompagnée pour tous
SAAD	service d'accompagnement et d'aide à domicile
SPASAD	service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile

Préambule

Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) est un outil de partage d'informations pour l'ensemble des acteurs, en vue de la coordination du parcours de santé de la personne. Il s'agit d'un document écrit (idéalement dématérialisé) et révisé périodiquement qui va organiser les interventions nécessaires des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux, en réponse aux besoins des personnes¹ « usagers du système de santé ». Il est co-construit par les professionnels, la personne, et son entourage. Il est communiqué à la personne et lui permet de s'impliquer dans son parcours. Il vise à faciliter le travail en commun des professionnels tout en prenant appui sur la (les) compétence(s) de la personne concernée et de son entourage.

L'objectif du PPCS est d'aider les professionnels à planifier et à personnaliser la prise en charge (au sens du soin ou de l'accompagnement) de la personne par une analyse concertée de ses problèmes et de ses besoins non couverts, et la prise en compte de ses attentes et de ses projets. Pour cela, les professionnels sont invités à accorder une égale importance aux dimensions médicale, psychologique, sociale et environnementale.

Le PPCS :

- s'applique dans l'ensemble des situations où un travail formalisé et concerté est utile entre acteurs, avec la participation de la personne et de ses proches et, le cas échéant, de son aidant ;
- est construit à partir de l'évaluation de la situation de la personne ;
- favorise la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, dans un cadre de coopération non hiérarchique et participatif, dont la dominante peut évoluer selon la situation du moment ;
- met en cohérence les interventions des professionnels des différents secteurs, en vue d'améliorer la réponse aux besoins et aux attentes de la personne et de son entourage ;
- nourrit la connaissance de la population ayant eu au moins un PPCS, et contribue à identifier les besoins couverts et non couverts sur un territoire.

Le PPCS doit être élaboré, suivi et évalué *via* un système d'information régional au service des parcours et de la coordination. Un tel système facilite l'échange et le partage d'informations de santé, et doit pouvoir être interopérable avec les logiciels métiers des professionnels. Il permet ainsi de constituer ou de rassembler les informations médicales, personnelles, sociales, utiles à l'évaluation des besoins de la personne, à formaliser les réponses à ces besoins dans un PPCS, et à en suivre l'application et la réalisation.

L'échange et le partage d'informations personnelles sont indispensables à la fluidité et à la continuité du parcours des personnes prises en charge par différents secteurs. La loi Santé du 26 janvier 2016 permet la transmission d'informations relatives à la personne, y compris dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un PPCS. Les données de santé peuvent être échangées et partagées dès lors qu'elles contribuent à la prise en charge de la personne et à la prise en compte de sa situation. Le média utilisé peut être le papier ou

¹ La mention « la personne » inclut la personne elle-même, son ou ses représentants légaux, la personne de confiance si elle existe.

l'électronique. Seules les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne doivent pouvoir être échangées ou partagées. Le partage d'informations dans un contexte de coordination *via* un outil numérique est également impacté par l'entrée en vigueur du règlement général sur la protection des données (RGPD), qui constitue le texte de référence en matière de protection des données à caractère personnel et de leurs traitements. Avant chaque création d'un PPCS, la personne concernée doit être informée des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel, afin qu'elle puisse exercer son droit d'opposition. L'information donnée et la non-opposition de la personne sont formalisées par une case à cocher dans le PPCS.

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

Le modèle de PPCS présenté dans ce document a été élaboré suite à une saisine de la Haute Autorité de santé par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales concernant l'identification d'un socle commun pour l'ensemble des plans et programmes personnalisés existants. Cette saisine faisait référence aux documents suivants : plans personnalisés de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), plans de services individualisés (PSI) des MAIA, plans d'accompagnement global (PAG) des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous (RAPT), programmes personnalisés de soins et programmes personnalisés de l'après-cancer (PPAC) du plan cancer, et projets de vie individualisés (PVI) des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

Cette saisine intervient dans le cadre d'une politique nationale de santé visant à améliorer la coordination en santé, et à améliorer la lisibilité du système en le simplifiant.

- La loi Santé du 26 janvier 2016 a intégré l'organisation des parcours de santé dans la politique de santé nationale et créé de nouveaux outils pour faciliter la coordination :
 - création des équipes de soins primaires (ESP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;
 - création des plateformes territoriales d'appui (PTA) à la coordination des parcours de santé complexes ;
 - instauration d'un PAG pour les personnes handicapées.
- La stratégie nationale de santé 2018-2022 a promu une logique de complémentarité devant se traduire par des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture.
- Enfin, la stratégie de transformation du système de santé (« Ma santé 2022 ») a annoncé :
 - la pleine intégration des établissements et services médico-sociaux dans le continuum de prise en charge et le renforcement de leur compétence sanitaire ;
 - l'accélération du virage numérique (feuille de route ministérielle pour le numérique en santé présentée fin avril 2019). Le développement d'outils numériques de coordination de parcours de santé en région avec le programme « e-parcours » est l'un des principaux axes de cette feuille de route ;
 - l'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (article 23 du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé tel qu'issu de la conciliation des deux assemblées par la commission mixte paritaire, adopté par le Sénat le 16 juillet 2019, après l'avoir été par l'Assemblée nationale le 10 juillet 2019).

L'intérêt d'un PPCS commun à l'ensemble des plans et programmes personnalisés est de formaliser la coordination des acteurs autour d'éléments structurants communs, de faciliter la convergence (mise en cohérence et meilleure articulation) des différents dispositifs de coordination, et d'assurer la continuité des parcours de santé et de vie des personnes. Il favorise ainsi le développement d'une culture de la coordination.

Le PPCS s'adresse à tout professionnel appelé à participer à la coordination du parcours de santé d'une personne ou de l'accompagnement de son parcours de vie : professionnels sanitaires, en proximité (équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, etc.), ou en appui de la proximité (dispositifs d'appui à la coordination), professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), professionnels des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous. **Tout professionnel peut initier un PPCS, il n'est pas à l'initiative unique d'un type de métier.**

Il implique, dans une démarche partenariale, tout usager du système de santé (malade chronique [dont santé mentale], personne âgée, personne en situation de handicap, de précarité, etc.) en situation complexe (dont la compréhension nécessite plusieurs professionnels) et susceptible d'être soigné ou accompagné.

Dans le PPCS :

- les réponses aux attentes et aux besoins des **usagers et de leur entourage** sont coordonnées et personnalisées, et co-construites par les professionnels et les usagers, en mobilisant les savoirs expérientiels de ces derniers, et la possibilité d'exprimer leurs choix, dans le cadre d'une démarche de bientraitance, et dans un objectif d'amélioration de leur qualité de vie ;
- le travail collectif des **professionnels des différents secteurs** est outillé. Ce document commun facilite l'échange et le partage de données de santé via les systèmes d'information, participant ainsi à l'amélioration de la continuité des parcours de santé et de vie des personnes.

Pour les **ARS**, l'utilisation du document commun témoigne de la coordination effective des acteurs et, par conséquent, de la réalité pratique, dans les territoires, d'un parcours de santé coordonné et décloisonné dans une logique partenariale.

La proposition de PPCS par la HAS s'est nourrie de son analyse des documents supports de coordination existants, et de son expérience dans l'élaboration du [plan personnalisé de santé dans le cadre de PAERPA](#). Ce dernier a fait l'objet d'adaptations permettant d'assurer son applicabilité à d'autres populations d'usagers, et son utilisation par l'ensemble des acteurs de la coordination (sanitaires, médico-sociaux et sociaux). Le modèle de PPCS a été élaboré à l'occasion de quatre réunions de travail par un groupe d'experts (cf. composition du groupe de travail en annexe). Il est accompagné d'un mode d'emploi, d'un glossaire des termes utilisés lors de son élaboration, et d'exemples de PPCS complétés à partir de cas pratiques.

Son format est volontairement générique, afin de permettre au professionnel de se l'approprier quelle que soit sa profession ou sa fonction, et quel que soit le profil de l'usager du système de santé concerné par la coordination. Son contenu peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche.

Il constitue un cadre de référence national appelé à évoluer en fonction des retours d'expérience de ses utilisateurs.

Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS)

Le PPCS est un plan d'action concernant les personnes dont la situation rend utile un travail formalisé entre acteurs

(Un PPCS n'est pas nécessaire pour toutes les personnes)

Le PPCS est un **outil de coordination des parcours de santé complexes**². Il est le support de la concertation entre professionnels (quelles qu'en soient les modalités) permettant de prioriser et de coordonner les interventions de soins, d'accompagnements et d'aides nécessaires.

Le PPCS est un **outil de planification** : les interventions pluriprofessionnelles sanitaires, médico-sociales et sociales y sont programmées (respectivement dans un plan de soins, un plan d'accompagnement, et un plan d'aide), puis suivies et réévaluées.

Le PPCS est un **outil personnalisé** : il organise la réponse pluriprofessionnelle aux besoins de la personne, en prenant en compte ses préférences et ses priorités. Lorsque cela est possible, il est préférable d'inciter la personne (ou son aidant) à réaliser elle-même les interventions prévues, plutôt que de se substituer à elle.

À titre d'exemple, ce plan d'action peut si besoin être mis en œuvre chez :

- les personnes en risque de perte d'autonomie ;
- les personnes dont le maintien à domicile est compromis ;
- les personnes atteintes de maladies chroniques y compris dans le domaine de la santé mentale ;
- les personnes atteintes d'un cancer et nécessitant des soins de support ;
- les personnes en fin de vie ;
- les personnes avec des troubles neurodéveloppementaux ;
- les personnes en situation de handicap et faisant l'objet d'une rupture dans leur parcours de vie, malgré les aides déjà mises en place ;
- les personnes accueillies/accompagnées en établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- les personnes en situation de précarité et en rupture de soins ;
- les mineurs concernés par une mesure de protection de l'enfance.

Plus généralement, ce plan d'action peut être co-construit par tout type d'acteur impliqué dans une coordination, par exemple :

- les situations usuelles nécessitant une coordination de proximité (professionnels de soins primaires, ESP, CPTS) ;
- les situations complexes nécessitant une coordination clinique de proximité ou une coordination d'appui territoriale (dispositifs d'appui à la coordination) ;

² Les parcours complexes sont ceux pour lesquels l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux, est nécessaire au regard de leur état de santé ou de leur situation sociale, notamment s'il y a une difficulté de compréhension globale de la situation, et des points de vue différents des acteurs.

- les parcours spécifiques centrés autour d'une pathologie nécessitant une coordination spécialisée ;
- les prises en charge au sein d'un ESSMS ;
- les prises en charge au sein d'une MDPH ;
- et pour tout type de population d'utilisateurs du système de santé dès lors que le nombre d'interlocuteurs est supérieur à 3, que le besoin d'« historiser », de formaliser et/ou de tracer les échanges et de suivre les actions est grand, et que les informations doivent être accessibles en tous lieux, y compris en mobilité, au domicile de la personne.

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

Le PPCS fait suite à une évaluation pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire

(Il n'y a pas de PPCS sans évaluation)

Le PPCS fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne. L'évaluation est plus ou moins approfondie en fonction du contexte de la personne.

En reposant sur le partage des regards, cette évaluation permet d'avoir une vision commune des besoins et des aspirations de la personne, et d'apprécier son niveau d'implication possible. Elle lui permet de nommer ses attentes, et de participer aux échanges et aux décisions prises avec les différents intervenants professionnels.

Le PPCS débouche sur un suivi et une réévaluation

(Il n'y a pas de PPCS sans suivi)

Le suivi du PPCS repose sur une séquence itérative « planifier → faire → évaluer → planifier ».

Le PPCS doit être réévalué à une échéance donnée, variable d'une personne à l'autre, mais au minimum une fois par an. En dehors des échéances programmées, une réévaluation paraît souhaitable en cas de modification significative de l'état de santé, d'hospitalisation en urgence, de changement dans l'environnement social ou dans la composition des intervenants ayant participé à l'élaboration du PPCS : **cela rend indispensable l'organisation de procédures d'alerte.**

Le PPCS en pratique

Les dix points clés de la réalisation d'un PPCS

1. Identifier un référent du PPCS³
2. Identifier les situations à problème ou les besoins non couverts sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne
3. Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible
4. Recueillir le projet de la personne, ses choix, ses préférences et attentes, et en tenir compte
5. Analyser la situation à partir des éléments recueillis et co-construire un projet autour d'objectifs communs avec la personne et les professionnels
6. Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs
7. Identifier des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions, en respectant le libre choix du patient
8. Déterminer des critères d'atteinte des objectifs
9. Fixer des dates de révision des interventions⁴
10. Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent ou de difficultés dans l'exécution du PPCS⁵

Les acteurs

► La personne

La personne est l'acteur central du PPCS. Elle exprime son avis et elle participe aux décisions qui la concernent, justifiant l'expression de **co-construction** du PPCS avec elle. Afin d'assurer la personnalisation de la démarche, un climat d'écoute active et bienveillante est à instaurer pour faciliter l'expression par la personne de ses questions, de ses préoccupations et priorités du moment, de ses préférences, de ses attentes et besoins, de ses ressources personnelles et sociales et de celles de ses proches.

Les attentes, les projets, les valeurs, les préférences et la priorité du moment de la personne doivent être systématiquement recueillis de manière structurée et pris en considération dans la construction du PPCS.

- **Ses choix.** Ils correspondent aux valeurs de la personne (i.e. garder son autonomie, vivre chez soi, ne pas être hospitalisée en urgence, accéder à la scolarité ou à la formation, etc.).
- **Sa (ses) priorité(s).** Elle(s) peu(ven)t concerner des symptômes ou des maladies (i.e. lombalgies, difficultés à se déplacer, insuffisance cardiaque, écriture illisible, difficulté de

³ Il s'agit d'un professionnel de terrain impliqué dans la coordination. Il doit pouvoir être joint facilement par la personne et son entourage.

⁴ Le suivi d'un PPCS est itératif jusqu'à la résolution des problèmes identifiés ou la réponse aux besoins non couverts, selon une séquence : planifier → faire → évaluer → planifier.

⁵ En s'appuyant sur les personnes de l'entourage, les aidants, les personnels des services d'aide à domicile.

communication, etc.). À un moment précis, la personne a souvent une seule priorité qui peut ne pas coïncider avec la priorité des acteurs professionnels. Sa prise en compte systématique est une condition de réussite du PPCS, car elle mobilise la personne autour de son plan de santé. Elle est toujours identifiée dans le PPCS comme le problème n° 1.

La personne est informée des échanges et des partages d'informations nécessaires à l'élaboration de son PPCS, des destinataires de l'information et de la possibilité qui lui est donnée d'exercer à tout moment son droit d'opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant.

Si la personne est mineure, ses représentants légaux sont associés à l'élaboration du PPCS.

► L'aidant

Le PPCS associe l'aidant avec l'accord de la personne et implique l'aidant seul si la personne est dans l'incapacité d'exprimer ses préférences et ses priorités.

► Les professionnels

Le référent du PPCS

Le référent est l'acteur chargé du suivi du PPCS. C'est un professionnel impliqué dans l'élaboration du PPCS, qui assure par ailleurs le rôle de coordonnateur de ce dernier.

Ce référent peut être différent selon les temps du parcours, les besoins de la personne, et la nature des interventions.

Dans le domaine du soin, le référent est légitimement le médecin traitant, mais s'il ne le souhaite pas, il peut déléguer cette fonction à un des acteurs de proximité, ou un membre de la coordination d'appui, avec l'accord de la personne.

Fonctions du référent

- Recueil régulier des priorités de la personne
- Synthèse des éléments issus des évaluations sanitaires et sociales afin de définir les problèmes, les besoins non couverts, et compléter la synthèse des évaluations
- Animation d'une réunion téléphonique ou présentielle, réunissant les acteurs sanitaires médico-sociaux et sociaux et jugés utiles au suivi : cette réunion débouche sur le remplissage ou l'actualisation du PPCS
- Négociation avec la personne et son entourage des objectifs partagés
- Suivi du calendrier des points d'étape programmés en équipe, qu'il ajustera en fonction de l'évolution de la situation
- Suivi de la mise en œuvre du PPCS
- Réception des alertes en cas de difficultés ou de problème, et animation d'une nouvelle concertation pour ajuster le PPCS

Le médecin traitant

Lorsque le PPCS est élaboré en présence d'une problématique médicale, le médecin traitant est systématiquement impliqué dans l'initiation, la réalisation, et la validation de celui-ci. Il peut en être directement à l'origine, mais le PPCS peut être aussi initié lorsque la personne est en situation de difficultés repérée par un acteur quel qu'il soit, avec l'accord de la personne.

L'évaluation réalisée sous la responsabilité du médecin traitant peut être complétée par l'expertise et par les préconisations de tout autre spécialiste ainsi que par les comptes rendus d'hospitalisation, ou d'autres types d'évaluation s'il y a lieu.

Dans la construction du PPCS, le médecin traitant s'entoure des aides et acteurs nécessaires, sanitaires, médico-sociaux et sociaux, qui apportent chacun leurs compétences. Le PPCS formalise ainsi le travail, autour du médecin traitant, des professionnels de santé de proximité : l'infirmier libéral ou coordonnateur de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le pharmacien, le kinésithérapeute, le service d'aide à domicile lorsqu'il est chargé des soins à la personne (hygiène, alimentation, prise de traitement), et tout autre acteur de santé exerçant au plus près de la personne. Cette coordination médicale et médicosociale de proximité gère les situations usuelles, le cas échéant au sein d'une équipe de soins primaires, ou au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé.

Lorsque la situation de la personne devient difficile à gérer en proximité, le médecin traitant peut recourir aux services de dispositifs d'appui à la coordination.

Les professionnels des dispositifs d'appui à la coordination

Les fonctions d'appui aux acteurs et professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux – avec une priorité donnée aux professionnels de santé libéraux – sont mises en place pour la coordination des parcours de santé complexes. Les dispositifs d'appui s'adressent à tous les publics, sans critère d'âge, de pathologie ou de handicap.

Dans le cadre de leurs missions d'appui à la coordination des situations complexes, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), quels qu'ils soient, peuvent si besoin aider la coordination médicale et médico-sociale de proximité à élaborer un PPCS, ou, avec l'accord du médecin traitant, élaborer le PPCS par subsidiarité.

Ces dispositifs mobilisent les compétences ou expertises existant sur le territoire et ils s'appuient sur les systèmes de coordination et d'intégration existants (CLIC, réseaux de santé, MAIA). Ils doivent donc articuler leurs missions avec celles des autres acteurs de l'appui à la coordination de leur territoire, en veillant à la complémentarité et à la pertinence des services proposés. Des dispositifs spécifiques régionaux peuvent organiser un appui spécialisé, et des volets spécifiques pourront compléter ou être intégrés au PPCS (ie. (volet éducatif, pédagogique...)).

Les professionnels des établissements et services médico-sociaux et sociaux

Les professionnels des ESSMS ont la responsabilité de co-construire avec la personne qu'ils accueillent/accompagnent le projet personnalisé de cette dernière. Ce projet personnalisé est avant tout une démarche qui vise à recueillir les besoins, attentes et aspirations de la personne afin de mettre en place l'accompagnement.

Le projet personnalisé est élaboré pour toute personne après son admission dans la structure dans un délai qui doit être adapté à chaque situation, si possible dans les 3 premiers mois et au plus tard dans les 6 mois suivant l'admission de la personne. Il est actualisé ensuite en fonction des nouvelles données progressivement recueillies, et réévalué entièrement dès que l'évolution de la situation l'exige et au moins tous les 6 mois.

Ce projet prend en compte explicitement les attentes de la personne (et/ou de son représentant légal). Il peut s'appuyer sur des activités, des apprentissages et des prestations individuelles et/ou collectives. Il permet d'inclure différents volets plus spécifiques dont il organise l'articulation (volet éducatif, pédagogique, de soins, etc.).

Dans les établissements/services, un professionnel peut être désigné pour assurer la fonction de coordination de projet. Cette fonction peut être organisée de manière diverse en interne comme en externe. La personne assurant la fonction de coordination ne remplace aucun autre intervenant ou aucune autre compétence mais assure le lien entre les acteurs et les différents projets personnalisés mis en œuvre au sein de chaque dispositif. Elle représente aussi l'interlocuteur principal pour la personne accompagnée. Beaucoup de

professionnels remplissent déjà cette fonction de coordination sans la nommer comme telle : le terme de « référent » est souvent employé pour désigner les professionnels de terrain chargés du suivi et de la veille générale autour d'un nombre limité de projets personnalisés.

Les professionnels des maisons départementales pour les personnes en situation de handicap

Dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT), les personnes en situation de handicap ont le droit de demander l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG), dès lors que la décision prise en Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ne peut se concrétiser de manière satisfaisante, par indisponibilité ou inadaptation de réponse connue sur le territoire, en cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou constat de rupture du parcours de la personne. L'élaboration du plan d'accompagnement global peut également être proposée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH chargé de l'évaluation de la situation et des besoins de la personne.

Il s'agit de co-construire une réponse alternative à la notification de la CDAPH, réaliste et adaptée aux besoins de la personne, en s'appuyant sur la coordination de diverses ressources existant localement. Toute demande dans le cadre de la RAPT ne donnera pas forcément lieu à la signature d'un PAG si une réponse peut être proposée sans cette formalisation.

L'enjeu est d'apporter une réponse accompagnée véritablement élaborée avec la personne et son entourage.

Pour répondre à cet objectif, dans le cadre du dispositif d'orientation permanent, les MDPH doivent faire évoluer leurs pratiques :

- en anticipant la difficulté de mise en œuvre de la décision de la CDAPH ;
- et donc en ne proposant pas qu'une seule orientation, mais l'orientation cible (considérée comme la plus pertinente, mais non mobilisable rapidement) et une ou des orientations alternatives (solutions mobilisables plus rapidement mais considérées comme moins adaptées aux besoins de la personne).

Les actions

► Le déclenchement de la démarche PPCS

Le repérage de la personne en difficulté est souvent l'événement déclencheur.

Il peut être réalisé par les professionnels médicaux et paramédicaux mais aussi par l'entourage de la personne ou par la personne elle-même, et par les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD, SPASAD), et des services sociaux (éducateurs, travailleur sociaux), par exemple dans les situations suivantes : diagnostic d'une nouvelle maladie chronique sévère, hospitalisation en urgence, demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), demande d'allocation d'éducation de l'enfant en situation de handicap, veuvage chez un malade très âgé, placement en famille d'accueil, absence de scolarisation avec aggravation des difficultés, etc.

Des questionnaires de repérage peuvent aider à la décision d'initier un PPCS.

Enfin, la démarche PPCS peut être proposée à la personne dans le cadre d'un projet d'accompagnement comme c'est le cas dans le projet personnalisé des personnes accueillies dans les ESSMS.

► L'évaluation pré-PPCS

Il peut s'agir d'une évaluation initiale ou d'une réévaluation. Le cas échéant, les évaluations déjà menées sont analysées, et la nouvelle évaluation complète si besoin les évaluations précédentes.

Cette évaluation est plus ou moins approfondie en fonction de la situation de la personne : elle comprend une clarification des diagnostics et des traitements par le médecin traitant, une exploration des différentes dimensions comportant des problèmes ou des besoins non couverts, une évaluation de la situation sociale (ainsi que la situation du ou des aidants quand il y en a), et l'identification des ressources et compétences de la personne (et de son ou ses aidants).

Les données recueillies permettent aux acteurs de construire le PPCS à partir d'une synthèse des « situations à problèmes », des besoins non couverts identifiés ou des projets de la personne, en prenant en compte ses attentes et ses priorités (et celles de l'aidant).

► Lorsque des problèmes médicaux ou sociaux ont été identifiés par les professionnels, ils sont classés par priorités

Le passage de l'évaluation à la planification d'actions peut être facilité par l'utilisation d'une check-list de concertation. Cette check-list est complétée à l'issue des évaluations médicales ou sociales.

En l'absence de *check-list* définie, un listing de situations propre à la personne peut être établi. Enfin, une *check-list* amorcée et proposée n'est pas exhaustive, elle peut être complétée.

Dans cette *check-list* :

1. les situations à problèmes sont énumérées et illustrées ;

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

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

2. les situations à problèmes sont cochées ;

À partir de cette évaluation, les situations à problèmes sont à cocher dans une check-list.

Les colonnes « PPCS » sont à compléter sous une forme « oui/non » en fonction de l'existence ou non du problème du moment lors de la construction du plan de soins et d'aides.

Certains problèmes méritant une plus ample exploration peuvent être notifiés avec un « ? ».

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

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

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

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

Un [exemple de check-list utilisée dans les expérimentations PAERPA](#) est disponible sur le site de la HAS.

► **Lorsque la personne a donné son accord pour un accompagnement de son projet personnalisé, les professionnels prennent en compte ses attentes, ses besoins et ses envies et co-construisent avec elle son projet personnalisé**

L'élaboration du PPCS s'appuie sur le projet personnalisé afin de formaliser la coordination des actions de l'équipe pluridisciplinaire (*i.e.* en EHPAD : médecin coordonnateur, médecin traitant, infirmier, aide-soignant, psychologue, aide médico-psychologique, ergothérapeute, agents d'entretien, animateur, etc.) et faciliter un accompagnement individualisé dans le respect, autant que possible, des habitudes de vie et des souhaits de la personne. Le projet personnalisé est complété progressivement (première ébauche dans les 3 premiers mois, actualisés au bout de 3 autres mois), avec une temporalité complémentaire de celle du plan de soins ou du plan d'aides.

Le volet soins du projet personnalisé est totalement superposable au plan de soins du PPCS.

Les actions d'accompagnement du projet personnalisé sont reprises dans le plan d'accompagnement du PPCS.

► **Les problèmes, besoins non couverts ou projets de la personne sont pris en compte par plusieurs acteurs dont les interventions sont formalisées dans le PPCS (plan de soins, plan d'aides et plan d'accompagnement)**

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

À l'occasion d'une réunion, les professionnels et la personne :

- s'accordent sur les objectifs partagés ;
- précisent les actions et les intervenants chargés de leur réalisation ;
- confirment l'existence ou non d'un volet éducatif. Les besoins en éducation thérapeutique du patient (ETP) (ou de son aidant) seront pris en compte dans les actions de soins et d'aides ;
- définissent les critères d'atteinte des objectifs partagés. Un même critère peut évaluer plusieurs actions (ex. se déplacer seul dans son appartement évaluera l'axe éducatif sur la nutrition [personne dénutrie] et la rééducation physique [phobie post chute]).

Les interventions retenues en termes d'accompagnement, de soins, ou d'aides sont décrites avec précision.

Lors de l'organisation de la réponse à chaque problème ou besoin non couvert de la personne, les trois types d'actions suivants sont systématiquement envisagés :

1. d'abord, les actions de prévention (éducation à la santé/éducation thérapeutique du patient) ;
2. ensuite, les actions de réadaptation / rééducation ;
3. enfin, les actions de compensation (humaines, techniques ou financières).

Chaque professionnel intervient en regard du problème ou besoin identifié. Les actions des différents professionnels doivent être **synergiques**, et visent des objectifs partagés en évitant des doublons d'actions.

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

► **Si les objectifs formulés n'ont pu être réalisés**

Les écarts entre les objectifs formulés et les objectifs réalisés sont analysés, et des actions sont entreprises en vue d'assurer une atteinte complète de l'objectif prévu. Ces informations sont échangées avec la personne et celle-ci donne son accord pour le partage d'informations la concernant.

► **Au terme de la réévaluation, le PPCS peut être suivi d'un nouveau PPCS ou être clôturé si les principaux besoins ont été couverts et les problèmes résolus**

Le PPCS doit être remis à la personne ou à son représentant (et à la personne de confiance, en cas d'incapacité). Il doit aussi être directement consultable par l'équipe ayant contribué à son élaboration, tout au long du parcours, soit en étant transmis par messagerie sécurisée, soit en étant déposé dans le dossier médical personnel (DMP) de la personne.

Annexe. Participants

► Groupe de travail

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

Pour la HAS :

- Emmanuel Corbillon, chef de projet, sous la responsabilité de Marie-Hélène Rodde-Dunet, chef de service, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
- Isabelle Le Puil, assistante opérationnelle au processus scientifique, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours

► Groupe de lecture

- Ali Aguado, directeur adjoint multi-sites d'hébergements d'urgence et d'insertion (Paris)
- Isabelle Adamowicz, médecin, foyer d'accueil médicalisé Simone Veil (association Autisme en Ile-de-France) (Paris)
- Adrien Beaumel directeur réseau de santé Gospel (Lagny-sur-Marne)
- Mme Séverine Blanchard, pilote projet parcours territoire gérontologie PTA Apport Santé (Aix-en-Provence)
- Emmanuelle Bonneau, enseignante spécialisée, pôle évaluation et accompagnement, MDPH 76 (Rouen)
- Virginie Bousquet, gestionnaire de cas PTA Apport Santé (Aix-en-Provence)
- Marion Bru, pilote MAIA, directrice de la PTA du Médoc (Lesparre)
- Tiphany Chaput, pilote local MAIA (Clermont-Ferrand)
- Valérie Chereau-Cornu, directrice PTA Odysée (Épône)
- Cécile Costessèque, directrice de la direction adjointe insertion et logement, conseil départemental de l'Ariège (Foix)

- Delphine Courtier, directrice pôle santé chez ADMR Meurthe-et-Moselle (Metz)
- Anna Dagorn, infirmière coordinatrice du parcours de soins (Paris)
- Mario Debellis, directeur adjoint Réseau de Santé CAP2S (coordination et appui aux professionnels de la santé et du social) (Saint-Étienne)
- Bénédicte Defude, infirmière coordinatrice PTA Apport Santé (Aix-en-Provence)
- Véronique De Leiris, directrice de la plateforme de santé MRSI (Saint-Martin-d'Hères)
- François Delacourt, directeur de la Mutuelle associative La Mayotte (Montlignon)
- Agnès Denis, médecin coordonnateur secteur enfant délégation développement d'olidaire, habitat et éducation MDMPH – service évaluation (Lyon)
- Julien Dubreucq, psychiatre, coordonnateur du réseau de santé RéHPsy et centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (Grenoble)
- Caroline Genet, médecin Éducation nationale (Bordeaux)
- Marie-Yvonne George, gériatre, présidente du réseau Gérard Cuny (Nancy)
- Gilles Herengt (médecin de santé publique réseau de cancérologie ONCOLOR (Vandœuvre Lès-Nancy)
- Lucile Hervouet, sociologue de la santé, post-doctorante École des hautes études en sciences sociales (Paris)
- Christiane Jean-Bart (cheffe du service Recommandations DIQASM HAS)
- Pascale Joannes, infirmière coordinatrice en cancérologie maison des réseaux de Santé du Pays lunévillois (Lunéville)
- François Richard Joubert, ancien directeur de l'établissement régional d'enseignement adapté pour handicapés moteurs (Flavigny-sur-Moselle)
- Isabelle Klein, médecin coordinateur réseau de cancérologie ONCOLOR (Vandœuvre Lès-Nancy)
- Elen Legendre, directrice Normandie pédiatrie : ressources et appui au parcours de santé (Hérouville-Saint-Clair)
- Marie-Dominique Lussier, consultante organisation territoriale et management en santé (Paris)
- Sara Madani, ADMR Meurthe-et-Moselle (Metz)
- Pascale Maury, infirmière coordinatrice EHPAD le Marronnier (Carcassonne)
- Nassera Menou, chargée de mission parcours, ARS Auvergne-Rhône-Alpes (Lyon)
- Sylvie Métayer, directrice - association « Appui au Parcours de Santé » (Vannes)
- Véronique Monterrat, responsable services SSIAD et équipe mobile Alzheimer, ASSAD-HAD (Tours)
- Catherine Mouillac-Vuillet, coordinatrice centre de référence national maladies rares Hospices civils de Lyon
- Franck Mulot, *case manager* (Lille)
- Matthieu Ochin, coordinateur du pôle de compétences et de prestations externalisées du Morbihan (PCPE 56) (Auray)
- Céline Orhond, directrice médicale PTA Apport Santé - Chargée de mission IES-Sud - GRADeS PACA (Aix-en-Provence)
- Séverine Pavoine, pédopsychiatre RésAdo82 - association La Raison des Ados (Montauban)
- Audrey Petit, responsable médical - centre de ressources pour les maladies professionnelles et le maintien en emploi, CHU (Angers)
- Karine Petitprez, cheffe de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS
- M. Picard, SSIAD ADMR-GARDE (Nancy)
- Virginie Piano, praticien hospitalier algologue - responsable médical de la coordination territoriale des aînés du Var-Est (PAERPA) (Draguignan)
- Jean-Luc Plavis, coordinateur - responsable régional Ile-de-France de France Assos Santé
- Valentine Pot, gestionnaire de cas MAIA Val-de-Marne Centre (Créteil)
- Ann-Claude Quéro-Le-Jean, directrice service d'accueil de jour éducatif (SAJE) 22 (Saint-Brieuc)

- Sandrine Rebelle (psychologue spécialisée en neuropsychologie - centre départemental de réhabilitation psychosociale des Glières (La Roche-sur-Foron)
- Christelle Rey, ergothérapeute référente centre de Réadaptation (Coubert)
- Bénédicte Rolland, consultante en accompagnement transformations organisationnelles et SI secteur santé et Médico-social) (Paris)
- Laurence Roux, chargée de mission santé publique France Assos Santé
- Thomas Roux, coordinateur régional PACA de France Assos Santé
- Christine Séverin, directrice de l'action pour le développement social, conseil départemental de l'Ariège (Foix)
- Noémie Terrien, coordonnateur – responsable structure régionale d'appui qualité-risques-évaluation – Pays-de-la-Loire QualiREL Santé (Nantes)
- Marie Thubeuf-Luks, consultante spécialisée e-santé (Paris)
- Cédric Vollbrecht, infirmier coordonnateur, référent Si PTA Nièvre (La Charité-sur-Loire)

► Représentants des parties prenantes

- Rémy Bataillon (SGMAS - chargé de mission)
- Marie-Noëlle Billebot, directrice projet Territoire de soins numérique ARS Nouvelle-Aquitaine (Bordeaux)
- Fabienne Courdresses (INCA - cheffe de projets département organisation et parcours de soins)
- Marie-Hélène Certain (Collège de médecine générale - médecin généraliste secrétaire générale)
- Christiana Cologer (DGCS – service des politiques sociales et médico-sociales - pôle personnes handicapées)
- Marc Daclin (ANAP - responsable utilisateur - parcours de santé)
- Éric Drahi (Collège de médecine générale - médecin généraliste directeur des productions)
- Émilie Duchange (CNSA - chargée de mission élaboration et suivi des plans)
- Alexandre Farnault (DSS – pilote national PAERPA)
- Marie-Claude Marais (DGCS – Service des politiques sociales et médico-sociales pôle personnes âgées)
- Gérard Mick (Union nationale des réseaux de santé - président)
- Catherine Périsset (CNSA - expert en organisation des services intégrés)
- Sabine Rey-Arles (ASIP - directrice du pôle aux acteurs et relations client –)
- Sandrine Simon (Association Nationale des coordinateurs et directeurs de CLIC - Directrice Pôle Autonomie Fontainebleau)
- Frédéric Tallier (CNSA- expert médical secteur personnes handicapées).
- Hugo Tiffou (FFMPS - Délégué)
- Alexis Vervialle (France Assos Santé – chargé de missions national offre de soins)
- Mouloud Yahmi (DGOS - chargé de mission coordination des soins et parcours)

► Personnalités auditionnées

- Yves Beauchamp (manager - ANAP)
- Marie-Aline Bloch (professeure de l'EHESP)
- Cyril Chaux (directeur médical plateforme territoriale d'appui Nord 71)
- Samuel De Luze (responsable du département organisation et parcours de soins – INCA)
- Marina Drobi, cheffe de projet « Réponse accompagnée pour tous », comité interministériel du handicap (Paris)
- Delphine Dupré-Lévêque (conseiller technique - HAS DIQASM)
- Luc Duquesnel (médecin généraliste libéral chez SISA pôle de santé libéral du Pays de Mayenne)
- Élisabeth Ferry-Lemonnier (chargée de mission auprès du SGMAS)
- Claudia Ferrari (pôle santé publique et soins - INCA)

- Éric Haushalter (responsable du département de la coordination et de l'efficience des soins - CNAM)
- Cécile Jost (chargée de mission PRS et parcours de santé) agence régionale de santé, Auvergne-Rhône-Alpes)
- Frédérique Le Marer (directrice de l'Association du réseau de santé, de proximité et d'appui)
- Sarah Livartowski (chef de projet système d'information en santé ARS Ile-de-France)
- Matthieu Plichart (directeur médical maison des aînés et des aidants - 9^e/10^e/19^e)
- Sylvie Pelletier (cadre coordinatrice réseau de cancérologie ONCO 28)
- Pascal Pousse (directeur Association gériatrique nord Deux-Sèvres)
- Richard-Pierre Williamson (président Association nationale des coordinateurs et coordinations locales) (La Roche-sur-Yon)



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