



Le Plan de Santé Personnalisé [PSP] - Un outil de la décision partagée

□ PREAMBULE.

La prévalence des maladies chroniques est en progression constante. 15 millions de personnes présenteraient une affection chronique. Selon l'étude Polychrome¹ le nombre de patients chroniques représenterait environ la moitié des patients vus en médecine générale. Parmi les éléments clés d'une définition de la maladie chronique se retrouvent la cause, la gravité, la durée, l'évolution et l'impact sur le fonctionnement de l'individu sa qualité de vie dans le domaine social et sa vie professionnelle². Il existe un modèle standardisé de prise en charge administrative et financière d'une série de 30 affections, dites Affections de Longue Durée (ALD) à partir du moment où elles répondent à des critères de gravité, de durée et de coût. Mais le cadre ainsi défini ne prend pas en compte la dimension psycho-sociale et environnementale du patient face à la maladie. En outre le nombre de maladies chroniques augmente avec l'âge avec une prédominance de polyopathologies¹, ce qui s'accommode mal avec le mode prise en charge ALD, monothématique, sauf à accepter un empilement sans cohérence évidente des prises en charge spécifiques. Le modèle medico-administratif de prise en charge en ALD est ainsi devenu progressivement inadapté. Une procédure de révision est actuellement en cours par la HAS dont l'objectif est la production de Plans Personnalisés de Soins (PPS), outils opérationnels d'aide à une prise en charge de qualité des personnes atteintes d'une maladie chronique, sur le modèle de ceux utilisés par les réseaux et dans la prise en charge des cancers.

Le concept de **Plan Personnalisé de Santé (PPS)** est différent du **Plan Personnalisé de Soins** ainsi défini. Il concerne, non une pathologie, mais une personne présentant « *un ou plusieurs problèmes de santé chronique(s) et engagée dans une relation de soins avec un médecin traitant* ». Le plan de santé inclut, entre autres, un programme personnalisé de soins ; la partie soin n'est qu'un des éléments de la santé. Le PSP introduit en outre les autres acteurs de santé pouvant intervenir dans le cadre de réseaux informels de proximité et dans le cadre de l'urgence ou de la permanence des soins. Il comporte enfin une dimension de responsabilisation du patient lui-même par rapport à sa propre santé, donc d'appropriation dans une démarche d'éducation thérapeutique.

Afin d'éviter toute ambiguïté, en accord avec le modèle ouvert de la santé (voir annexes) nous souhaitons redéfinir ce plan sous la dénomination de **Plan de Santé Personnalisé (PSP)**

¹ Etude Polychrome. Rapport final INSERM 2009

² Haut Conseil de la Santé Publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Rapport 2009.

qui prenne en compte non seulement les soins mais la personne dans sa globalité et son contexte personnel.

□ DEFINITION

– **Le PSP est centré sur la personne.** Il tient compte à la fois des problèmes de santé et de soins et de leurs répercussions dans la vie des patients.

– Il doit être suffisamment **ouvert pour être cohérent avec le modèle global de santé** sur lequel s'appuient la discipline « médecine générale » et la pratique des soins primaires. La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, psychiques, sociaux, économiques et environnementaux. Elle affecte l'individu, sa famille et son environnement et demande une approche continue qui prenne en compte ces différents facteurs par les professionnels concernés (annexe 1). Il comporte ainsi plusieurs aspects en relations permanentes entre eux :

- Un temps de prévention et de dépistage.
- Un temps de diagnostic de situation
- Un temps d'élaboration négociée des objectifs et stratégies qui tiennent compte des maladies et de leurs répercussions. Ce temps comporte:
 - Un plan éducatif
 - Un plan de soutien psycho-social
 - Un plan de soins et de suivi comportant lui-même, à chaque étape, un temps d'évaluation qui permette de prendre les décisions les plus adaptées au contexte, aux maladies et aux personnes.

– Le PSP s'applique à **toutes les personnes** atteintes de maladies chroniques c'est-à-dire à leurs **problèmes de santé nécessitant des soins au long cours.**

– Le PSP doit être **évolutif.**

□ Un PSP POUR QUI ?

Tous les acteurs mobilisés autour de la personne sont concernés par le Plan de Santé Personnalisé:

– « *Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-social³.* »

- La personne elle-même dans son environnement.
- L'entourage.
- Les différents acteurs médico-sociaux (spécialistes, médecins susceptibles d'intervenir à titre occasionnel, paramédicaux, acteurs sociaux...)
- Les institutions : caisses, HAS, politiques.

□ Un PSP POURQUOI ? Le PSP a pour objectifs de :

- Améliorer la santé de la personne
- Améliorer l'efficacité des stratégies mises en œuvre
- Améliorer le confort professionnel et la qualité du suivi
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Améliorer la qualité de vie de la personne et de son entourage

³ Loi HPST. Art L.4111-11

Le PSP est un cadre organisationnel qui fait référence aux missions du médecin généraliste de premier recours⁴:

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients est effective ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés ;
- Contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- Participer à la permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L. 6314-1. »

□ Un PSP COMMENT?

- **Le PSP implique une vision partagée** d'un projet qui prenne en compte les avantages et les inconvénients des stratégies pour le patient et l'entourage. Il doit être élaboré par le médecin et la personne pour un projet partagé et coopératif, sans hiérarchie entre les professionnels, s'appuyant sur une communication structurée et coordonnée.

- Le PSP s'intègre dans une trajectoire qui nécessite une **programmation stratégique** :
 - Construire un plan d'action intégré dans le dossier patient ce qui suppose de passer du concept de dossier « *journalier* » à celui de dossier « *programme* ».
 - Programmer un suivi avec évaluation de chaque objectif (PDCA) et une évaluation globale qui prenne en compte le retentissement sur la qualité de vie de la personne et de son entourage.
 - Définir les modalités de partage des stratégies
 - Définir les critères de traçabilité
- Le PSP s'appuie sur **les outils de la qualité** :
 - Recommandations et Données Actualisées de la Science (DAS)
 - Référentiels en synergie avec les données de la science et les « données métier » :
 - Référentiel métier,
 - Guide méthodologique HAS/ ETP,
 - Loi HPST/ ETP - Article L 4130-1 : rôles du médecin traitant,
 - Loi HPST : les maladies chroniques en France.
 - Outil de programmation.
 - Outils de la coopération :
 - Partage et répartition des tâches
 - Outil de communication entre professionnels
 - Outil de traçabilité
 - Outil de synthèse et planification
 - Outil de la démarche qualité.

La conceptualisation et la mise en œuvre de ces outils nécessite de:

- Maîtriser les techniques de surveillance, information et communication centrée patient (écoute active, reformulation)

⁴ Loi HPST. Art L. 4130-1

- Maîtriser les systèmes de retour d'information afin d'adapter les protocoles et l'organisation des soins : (confère rapport du Haut Comité de Santé Publique sur l'ETP en soins de premier recours)
- Définir les compétences du médecin et du réseau pour permettre au patient d'acquérir ses propres compétences d'autosoins et d'adaptation^{4,5}.

□ EXEMPLE – PROPOSITION POUR UN PSP (Annexe 2)

Il s'agit pour une personne de programmer une stratégie qui prenne en compte tous ses problèmes de santé, chaque pathologie pouvant générer un ou plusieurs problèmes. Cette stratégie sera elle-même évolutive en fonction de la survenue éventuelle de nouveaux problèmes. Ceci suppose donc de :

- Lister les différents problèmes à un moment donné.
- Analyser les problèmes et leurs liens avec le contexte et les maladies
- Définir un plan d'action par problème : une action spécifique, un objectif, une date de réévaluation, le ou les acteur(s) concerné(s).
- Définir un plan d'action global
- Définir une stratégie spécifique en cas de survenue de certaines complications potentielles.
- Evaluer pour chaque problème le stade d'acceptation/motivation du patient.

□ REFERENCES

- 1) Etude Polychrome. Rapport final INSERM 2009
- 2) Haut Conseil de la Santé Publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Rapport 2009.
- 3) Loi HPST : Art. L. 1411-11 & L.4130-1
- 4) HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. 2007.
- 5) Référentiel métier
- 6) ANDEM : la tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations septembre 1996

□ ANNEXE 1- Modèle global de santé

Modèle global
Modèle ouvert
La prévention est un ensemble de moyens informatifs, éducatifs, formatifs et médicaux.
La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, psychiques, sociaux, économiques et environnementaux.
Elle affecte l'individu, sa famille et l'environnement.
Elle demande une approche continue de la prévention à la réadaptation qui tienne compte des facteurs organiques, psychologiques et sociaux.
Par des professionnels de la santé travaillant en collaboration avec d'autres professionnels notamment sociaux et éducatifs.
Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.

□ ANNEXE 2 – Exemple de programmation stratégique

Date	Problème du patient	Problème du soignant	Pathologie	Objectif	Moyen	Intervenant	Date de suivi	Commentaires
01/06/10	Poids	Poids	Diabète	Limiter le grignotage	Limiter la prise le soir à 1 carré	Patient	20/9/10	
20/06/10	Gêne respiratoire	Crises d'asthme d'effort	Asthme	Prendre 2 bouffées de béta2-mimétique avant l'effort	Avoir toujours sur soi un aerosol de Salbutamol	Patient	20/9/10	
20/9/10	Gêne respiratoire	Crises d'asthme d'effort	Asthme	Faire la part de l'asthme dans la gêne respiratoire	Consulter un cardiologue et un pneumologue	Cardiologue et pneumologue	20/10/10	