

LE PLAN DE SANTE PERSONNALISE

Présentation du concept

C'est l'outil d'organisation du projet de santé centré sur l'axe principal d'intervention, construit avec le patient. Il concerne tous les acteurs mobilisés autour du patient. Il s'inscrit dans la durée. Il prend en compte l'ensemble des facteurs biomédicaux, psycho-comportementaux, socio-économiques et environnementaux influençant la santé du patient

Le plan de santé personnalisé recouvre cinq champs différents.

1. L'état des lieux

- Il donne les éléments du diagnostic de multimorbidité et énonce l'axe principal d'intervention
- Il contient l'état descriptif de tous les éléments de santé connus du patient : données cliniques ; traitements, éléments connus de la personnalité du patient (attentes et préférences) et de l'entourage du patient ; informations socio-économiques et culturelles

2. Les objectifs opérationnels

- Ils sont négociés avec le patient dans le cadre d'un projet accepté et coopératif entre les professionnels amenés à intervenir avec
- Ils définissent les interventions pour atteindre les objectifs et les critères permettant d'évaluer les processus et les résultats obtenus
- Ils sont construits autour de l'axe principal d'intervention en prenant en compte la qualité de vie et des compétences du patient
- Ils sont hiérarchisés en fonction de leur priorité et de leur faisabilité

3. La prévention

- Mise en place des différents niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire, quaternaire)
- Identification des situations à problème sur la base d'une évaluation globale de la situation clinique, psychologique et sociale du patient et définition des protocoles
- Organisation des procédures d'alerte en cas d'évènement intercurrent non prévu (en s'appuyant sur l'entourage et les intervenants)

4. Les intervenants

- Choix avec le patient de la place et du rôle de l'entourage (la personne de confiance)
- Construction de la liste des intervenants médicaux et médico-sociaux avec leurs coordonnées
- Identification du service ou établissement hospitalier de référence
- Désignation du coordinateur

5. Le calendrier du suivi

- Planifie les interventions nécessaires pour atteindre les objectifs (biologie, imagerie, paramédicaux ...)
- Planifie les consultations spécialisées ou hospitalisations de suivi
- Fixe les dates des réévaluations (évaluation globale ou ciblée)

Discussion

Ce plan de santé personnalisé

- Est intégré dans le dossier patient pour et correspond à un programme dans la durée.
- Est de complexité variable selon la situation et évolutif dans le temps
- S'applique dans toutes les situations où un travail formalisé est utile entre acteurs de proximité exerçant au plus près de la personne
- Concerne tous les acteurs mobilisés autour du patient

Illustration clinique

Monsieur C. 67 ans, est porteur d'un diabète 2 compliqué d'une myocardopathie ischémique et d'une rétinopathie modérée. Il a fait récemment un accident ischémique cérébral droit, à l'occasion d'un passage en arythmie, avec une séquelle d'hémiplégie gauche et de troubles du langage. La déstabilisation du diabète a conduit à mettre en route une insulinothérapie.

De retour la maison, l'axe principal d'intervention défini avec le patient est la maladie vasculaire avec deux objectifs : réduire le risque de nouvelle complication et récupérer une meilleure autonomie. Le patient tolère mal l'intervention de soignants multiples chez lui et son épouse est angoissée face à la perte d'autonomie de son mari.

Il accepte pour les injections, le passage d'infirmières qu'il connaît déjà, mais souhaite que son épouse puisse bientôt les réaliser comme cela lui avait été expliqué à l'hôpital. Madame veut bien essayer d'apprendre mais ne se voit pas faire des piqûres à son mari. Elle est d'accord pour une aide à la toilette si nécessaire ;

Monsieur C refuse catégoriquement l'orthophonie dans l'immédiat. Il accepte que le kiné poursuive la rééducation entreprise à l'hôpital avec pour objectif la récupération d'une autonomie à la marche avec canne.

Les coordonnées du cabinet infirmier, du kiné sont noté sur le cahier de suivi ainsi que le numéro de téléphone du service hospitalier qui l'avait accueilli.

Une rencontre est programmée pour un mois plus tard chez Mr C avec les différents intervenants pour évaluer la possibilité de réalisation des insulines par l'épouse et la récupération d'autonomie. Elle réenvisager le problème de l'orthophonie. Une biologique de surveillance sera réalisée quelques jours auparavant

Références bibliographiques

- HAS - Le plan personnalisé de santé : un outil pour un parcours de soins coordonné du patient âgé fragile - 2016
- Collège de la Médecine Générale, La Plan de Santé Personnalisé (PSP) : un outil de la décision partagée, 2014
- Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale – Prévention quaternaire (Fiche 40) SFMG, Saint-Cloud : Global Média Santé, 2015 ; 184-187.