

EXEMPLE DE PPS COMPLÉTÉ À PARTIR D'UNE VIGNETTE CLINIQUE

Ce document a pour objectif de présenter un exemple de plan personnalisé de santé complété à partir d'une vignette clinique.

Le contenu de la vignette clinique traduit très succinctement les résultats de l'évaluation médicale et sociale disponibles pour les acteurs de la coordination clinique de proximité et autres, qui vont élaborer et mettre en œuvre le PPS. Cette vignette n'a pas vocation à refléter l'ensemble des situations. Elle a un but pédagogique.

Vignette clinique

Résumé de la situation de la personne

Mme CMG, 75 ans, change de médecin traitant suite au départ à la retraite de son médecin précédent. Son dossier médical comprend les comptes rendus des avis spécialisés et les biologies, mais il n'apparaît pas d'observation ni le suivi de son traitement. Elle a pour principaux antécédents : une hypertension artérielle traitée, une insuffisance veineuse, un syndrome dépressif ancien, une chirurgie de son insuffisance veineuse en 1979, trois accouchements normaux, une pose de prothèse unicompartmentale du genou gauche en 2011, une arthrose de genoux bilatérale, une chirurgie de la cataracte bilatérale.

Elle vit seule en appartement, son mari et deux de ses trois enfants étant décédés. Le dernier la voit peu et vit à 350 km de là. Des anciens amis, qui habitent à 100 km, viennent l'aider pour ses comptes. Elle a une aide-ménagère 2 heures par semaine. Elle est inscrite depuis 2 ans en maison de retraite tenue par des religieuses.

Sa dernière ordonnance comporte :

Aténolol 100 mg 1 comprimé le matin, Valsartan + Hydrochlorothiazide 80/12,5 mg : 1 comprimé par jour, Uvedose 1 ampoule tous les 3 mois, Efferalgan 1 g : jusqu'à 3 comprimés par jour, Zopiclone 7,5 mg : 1 comprimé au coucher, Bromazépam : ¼ de comprimé le matin, ½ comprimé le soir, Clopixol 2 % (Dichlorhydrate de zuclopenthixol – neuroleptique) : 4 gouttes le soir.

Vous interrogez la patiente notamment sur la prise du Clopixol, dont vous ne comprenez pas l'indication. Elle vous dit que c'est probablement pour ses troubles du sommeil.

Vous décidez d'arrêter Bromazépam et Clopixol.

Lors du renouvellement suivant, elle vous évoque ses difficultés avec son sosie, qui apparaît dans la glace du couloir et de la chambre, et qu'elle a du mal à nourrir malgré les interdictions de son entourage. Elle sait qu'il n'est pas vrai, mais il est quand même là.

Vous décidez d'organiser le suivi au domicile pour évaluer au mieux la situation.

Lors de votre première visite, vous constatez un domicile propre, bien tenu. La patiente s'inquiète d'un contact téléphonique récent avec la mère supérieure qui lui aurait demandé un avis spécialisé pour la mémoire.

Vous rappelez la mère supérieure : en fait, la patiente a été reçue il y a plus d'un an pour une journée d'accueil qui s'est très mal passée. Mme D n'a pas voulu quitter son manteau et son sac, aurait été agressive, aurait déclaré avoir peur d'être volée. À la suite de cette journée, la mère supérieure suspecte une maladie d'Alzheimer, et se déclare incapable de recevoir la patiente. Vous décidez d'organiser le suivi géro-psycho-geriatrique de cette patiente.

Vous contactez le CMP personnes âgées du secteur, qui prévoit de se déplacer. Deux mois plus tard, le CMP a mis en place un traitement neuroleptique, mais il n'y a pas eu d'évaluation médico-sociale de la patiente. Vous prenez un rendez-vous d'évaluation gériatrique, qui aura lieu dans 4 mois. Vous contactez le CLIC de votre ville qui se déplace pour un nouveau dossier en maison de retraite.

Vous revoyez la patiente 3 mois plus tard : le CMP a mis en place un passage infirmier, mais elle ne prend plus le neuroleptique prescrit suite à une intolérance, elle ne pense pas être suivie par le psychiatre. Elle vous tend le courrier à destination du gériatre, dont elle ne sait plus l'utilité. Elle n'a pas rempli le dossier administratif pour la maison de retraite, car elle ne sort plus de chez elle depuis deux semaines, et l'aide-ménagère ne veut pas faire les photocopies des justificatifs de pension pour la maison de retraite. Vous n'aviez pas reçu de dossier médical d'admission.

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

- problématique urgente : stabiliser l'état psychiatrique (troubles du comportement, antécédents dépressifs) et mieux préciser les hypothèses diagnostiques affection psychiatrique ? et/ou neurologique ? ;
- doute sur des troubles cognitifs associés (envisager évaluation cognitive à moyen terme, une fois l'état psychiatrique stabilisé) ;
- restriction de ses déplacements avec confinement récent à son domicile ;
- risque médicamenteux lié aux psychotropes et aux médicaments antihypertenseurs ;
- difficultés de suivi ;
- isolement.

La personne et ses contacts utiles					Nom :		CMG			
					Prénom :					
					Date de naissance :		/ / 1940		Sexe	<input type="checkbox"/> M
Numéro du PPS		Date de la version en cours		...18../...02../...14....		ALD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui nombre ALD _____		
Coordonnateur du PPS		Profession : Médecin traitant Nom : ED								
Informations sur la personne					Numéro de sécurité sociale					
Adresse de la personne					Code Postal					
Aidant		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre Nom(s) :		Tél.	email		Recherche d'hébergement en cours		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Référénts familiaux/amicaux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre : Nom(s) :		Tél.	email		APA		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6)	
Personne de confiance				Tél.	email		Directives anticipées		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Caisse de retraite		Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)				Mutuelle		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :		
Contacts utiles										
	Nom	Téléphone	email		Participants à l'élaboration du PPS : mettre une X					
Médecin traitant					X					
Infirmier libéral ou coordonnateur SSIAD					X					
Pharmacien d'officine					X					
Infirmière ETP										
Géiatre										
SSIAD/SAD/SPASAD										
Coordonnateur d'appui (réseau, équipe mobile)										
Centre médico-psychologique					X (psychiatre/infirmier psy)					
Travailleur social et son service					X					
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le PPS					<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

La personne		Date d'initiation du PPS 1802/2014		Nom :	CMG
				Prénom :	
				Date de naissance :	1940
Numéro du PPS	1	Préférences de la personne	Rester à son domicile		
Référent du PPS	ED	Priorité actuelle de la personne	À l'initiation (18/02/2014) : Être séparée de son sosie Au 1 ^{er} point d'étape (18/06/2014) : à recueillir		

Plan de soins (18/02/2014)					
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (check-list)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : 18/06/2014 Atteinte des résultats et commentaires
Problème psychiatrique/iatrogénie médicamenteuse	Mieux contrôler la pathologie psychiatrique	Optimiser le traitement psychotrope (ajustement du traitement psychiatrique avec diminution du risque iatrogénique – observance)	CMP Médecin traitant	Disparition des hallucinations visuelles	Amélioration du contrôle de la pathologie psychiatrique
			Infirmier libéral (sécurisation de la prise ? : recours au traitement injectable ?)		Intervention de l'IDE libéral non nécessaire
Difficultés à renouveler les ordonnances	Optimiser les prises médicamenteuses	Suivi des renouvellements d'ordonnances et de l'automédication (alerte iatrogénique)	Pharmacien	Alerte du MT et du CMP Ordonnances renouvelées	Poursuite de la collaboration Pharmacien, MT et CMP
Doute sur troubles amnésiques	Éliminer des troubles cognitifs une fois la pathologie psychiatrique contrôlée	Évaluation cognitive à moyen terme	Gériatre	Évaluation cognitive réalisée	Troubles cognitifs modérés n'empêchant pas le maintien à domicile
Envisager l'avenir de cette patiente	Décision d'hébergement en maison de retraite ?	Contacteur son fils avec son accord, si son état est stabilisé	Famille	Implication du fils dans les décisions concernant sa mère et son éventuel hébergement en maison de retraite	Projet d'hébergement en maison de retraite abandonné

Plan de soins (18/06/2014)

Difficultés à supporter son traitement	Sécuriser la prise médicamenteuse				
Problème 2					
Problème 3					

Plan d'aides (18/02/2014)

Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (check-list)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : 18/06/2014 Atteinte des résultats et commentaires
Absence d'évaluation sociale	Réaliser une évaluation sociale	Acceptation d'un renforcement des aides	CLIC	Renforcement du passage de l'aide à domicile	Pas de précarité Maintien à domicile possible Poursuite de l'acceptation du renforcement de son aide à domicile
			Aide-ménagère		
	Prestations APA	Remplir dossier d'APA	CLIC et MT	Dossier transmis	APA obtenue

Plan d'aides (18/06/2014)

Difficultés à prendre soins de soi	Acceptation des aides	Maintien d'un renforcement des aides			
Problème 2					
Problème 3					

Annexe : *check-list* d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui/non/?)

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation 18/02/2014	Point d'étape 1 18/06/2014	Point d'étape 2		Initiation 18/02/2014	Point d'étape 1 18/06/2014	Point d'étape 2
Problèmes liés aux médicaments	O	O		Précarité	?	N	
- accident iatrogène	?	N		- financière			
- automédication à risque	?	N		- habitat			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiantes)	O	O		- énergétique			
- problème d'observance	O	N					
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiantes)				Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne	N	N	
Organisation du suivi	O	N		- soins personnels/toilette			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- habillage			
- multiples intervenants				- aller aux toilettes			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- continence			
				- locomotion			
				- repas			
Problèmes de mobilité	?	N		Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée	?	N	
- risque de chute							
- chute(s)				Difficultés à prendre soin de soi	O	O	
- phobie post-chute				- difficultés à utiliser le téléphone			
- problèmes de mobilité à domicile				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments	O	O	
- problèmes de mobilité à l'extérieur				- difficultés à voyager seul			
				- difficultés à gérer son budget	?	O	
Isolement	O	N		- refus de soins et d'aides	?	N	
- faiblesse du réseau familial ou social	O			- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
- isolement géographique							
- isolement ressenti							
- isolement culturel				Troubles de l'humeur	O	O	