



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GLOSSAIRE DES TERMES  
UTILISÉS LORS DE L'ÉLABORATION  
D'UN PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION  
EN SANTÉ



Juillet 2019

Ce document est téléchargeable sur :

[www.has-sante.fr](http://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

Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) _____	4
L'évaluation partagée de la situation de la personne _____	6
Les actions planifiées _____	7
Le suivi du PPCS _____	8
La révision du PPCS _____	8
Références _____	9

## Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS)

Le **PPCS est un plan d'action** concernant les personnes dont la situation et l'état de santé rendent utile un travail formalisé entre acteurs en vue de leur coordination.

### ► Le plan

Un plan est un document décrivant des **actions** organisées à l'avance en vue de résultats précis. Dans le cadre du PPCS, avec l'accord et la participation de la personne (ou de son représentant si la personne est mineure), les actions visent à prévenir, à résoudre ou à atténuer un (ou plusieurs) problème(s) de santé.

Ce plan représente ainsi un processus continu de prévision des interventions pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, et permettant de choisir au moment où on le fait la ou les actions optimales parmi plusieurs alternatives.

Il fait apparaître de manière claire la contribution des différentes parties prenantes, et en particulier les attentes et contributions de la personne à laquelle il s'adresse.

Il prend la forme d'un **document commun** qui facilite le **suivi** de l'évolution de la situation. Il permet par ailleurs de garder la trace des différentes phases d'élaboration collective dans une démarche de co-construction.

### ► Les actions

Elles incarnent les propositions de réponse aux problèmes ou aux besoins non couverts de la personne, ou l'accompagnement de son projet personnalisé, justifiant une coordination des intervenants.

Les trois types d'actions suivants sont systématiquement envisagés, avec, par ordre de recours :

- 1. les actions de prévention** : elles peuvent souvent être menées, y compris celles concernant l'aggravation d'une fonction. Elles concernent l'éducation à la santé, et l'éducation thérapeutique du patient ;
- 2. les actions de réadaptation/rééducation** : elles visent à maintenir un niveau de fonction, voire à retrouver une fonction normale ;
- 3. les actions de compensation** : elles portent sur des actions de compensation humaines, techniques ou financières.

Elles sont décrites dans trois plans dont l'organisation sera adaptée aux besoins de la situation :

- **le plan de soins** : il concerne les actions médicales et paramédicales ;
- **le plan d'aides** : il concerne les actions (humaines techniques ou financières) de compensation ;
- **le plan d'accompagnement** : il concerne les actions d'accompagnement du projet de vie de la personne (dont l'éducation et la scolarité chez les enfants, la réhabilitation psychosociale en santé mentale, ...).

Ces actions sont mises en œuvre sur un temps donné, dont l'échéance permet de s'assurer que le plan est réaliste et réalisable.

## ► La personnalisation

Le plan est personnalisé car adapté à la **personne** dont la situation nécessite une coordination. Il prend en compte les **attentes**, les **projets**, les **valeurs**, les **préférences** et la **priorité** de la personne<sup>1</sup>.

- **Les attentes** : elles correspondent à ce qu'une personne croit possible au sujet des changements de son état de santé, de ses capacités à faire face à un problème de santé particulier et des effets possibles de l'évolution de la maladie ou d'un traitement sur son état de santé et de bien-être.
- **Les projets** : ce sont les buts que la personne se propose d'atteindre. Ils peuvent concerner le soin, la santé, la vie personnelle, sociale, scolaire et professionnelle.
- **Les valeurs** : c'est ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel, et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre.
- **Les préférences** : ce sont le jugement d'estime ou le sentiment de prédilection par lesquels la personne donne à une autre personne ou à une chose la prééminence sur une autre.
- **La priorité** : c'est la primauté, l'importance préférentielle accordée à quelque chose.

La personne est « **usager** » du système de santé. Elle est détentrice de droits individuels : ce sont essentiellement des droits fondamentaux reconnus à toute personne, indépendamment de son état de santé (droit à la protection de la santé, droit au respect de la dignité, au respect de la vie privée, à la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, etc.) et des droits plus spécifiques reconnus à l'usager du système de santé (droit d'être informé sur son état de santé, d'accéder directement à son dossier médical, de participer aux décisions concernant sa santé).

Ainsi, la personne exprime sa non-opposition (ou, à défaut, celle de son représentant légal) au partage numérique du PPCS, et ce dernier est co-construit entre la personne, son(ses) aidant(s), et les intervenants professionnels.

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.

Par ailleurs, la personnalisation passe par la prise en considération des leviers et des freins identifiés dans la situation (forces et faiblesses exprimées par la personne, interactions avec l'entourage).

## ► La coordination

La coordination a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements, notamment entre les trois secteurs d'activité suivants :

- **le secteur sanitaire**, qui recouvre la médecine de ville et les établissements de santé ;
- **le secteur social**, qui concerne les actions visant la protection, l'insertion sociale et l'inclusion scolaire et l'insertion professionnelle des personnes ;
- **le secteur médico-social**, qui regroupe les services apportant de l'aide et des soins aux personnes vivant à domicile, les établissements (avec ou sans hébergement) accueillant des personnes âgées en situation de dépendance ou les personnes en situation de handicap, et les établissements d'enseignement adapté.

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

## ► L'état de santé

Le PPCS est organisé autour du maintien ou de l'amélioration de la santé de la personne. Selon la constitution de l'Organisation mondiale de la santé, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmité. Les actions mises en œuvre dans le PPCS peuvent ainsi concerner les secteurs médical, médico-social et social, parfois de manière concomitante. Ces actions interviennent dans **le parcours de soins, de santé ou de vie** de la personne.

## ► Le parcours

- **Le parcours de vie** : c'est l'évolution de la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, maintien en emploi, logement, etc.
- **Le parcours de santé** : c'est le parcours de soins articulé avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.
- **Le parcours de soins** : c'est la trajectoire d'une personne au sein du système de soins.

# L'évaluation partagée de la situation de la personne

**Le PPCS fait suite à une évaluation le plus souvent pluridisciplinaire.** Cette évaluation a pour objectif de préciser la situation et les **besoins** de la personne (nécessité, pour un individu, de répondre aux états physiologiques et psychologiques qu'il ressent), et de son entourage. Elle est souvent déclenchée après le repérage de la personne par des professionnels ou par ses proches.

Le recueil des besoins, attentes, habitudes de vie et aspirations de la personne permet :

- de préciser ce qui fait sens pour elle ;
- de savoir comment elle perçoit sa situation et voudrait la voir évoluer ;
- de prendre en compte ses ressources personnelles, ses compétences ;
- d'entendre et d'identifier ses problèmes et les difficultés sous-jacentes ;
- d'identifier comment les professionnels perçoivent sa situation.

Cette évaluation doit être la plus globale possible en allant questionner l'ensemble des acteurs professionnels concernés.

Cette phase de co-évaluation permet d'aboutir à une analyse partagée, entre les professionnels et la personne de la situation sous la forme d'une **synthèse pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire**, restituée en présence de la personne et de son entourage, si elle le souhaite. Cette synthèse permet la co-construction du PPCS en guidant les modalités d'action. Sont ainsi précisées la nature et l'intensité des soins ou de l'accompagnement envisagés en réponse aux besoins de la personne, avec sa participation et celle de son entourage.

## ► La concertation

La **concertation** consiste à faire précéder une décision d'une consultation des parties concernées (la personne, son entourage, les intervenants professionnels). Lorsque cela est possible, un accord est recherché.

Lors de l'élaboration du PPCS, elle est rendue nécessaire par la multiplicité et la diversité des intervenants. Elle justifie le terme de « **co-construction** » du PPCS.

Si nécessaire, les problèmes identifiés par les professionnels sont collectivement classés par **priorités**, en tenant compte des priorités et choix de la personne.

Cette concertation est aussi mise en œuvre pour définir les **objectifs** partagés et préciser les actions et les intervenants chargés de leur réalisation, y compris la personne elle-même ou son entourage.

### ► Les objectifs

Ils traduisent les orientations des interventions en réponse à un problème, à un besoin non couvert ou à un souhait. Ils sont décrits par des verbes d'action et sont mesurables. Ils matérialisent les **résultats** vers lesquels tend l'action d'un ou de plusieurs acteurs dans un laps de temps défini. Les résultats mesurent l'impact des actions sur l'état de santé (y compris la création d'une ressource pour la personne afin de faire évoluer sa situation) ainsi que la satisfaction de l'utilisateur.

Les objectifs sont adaptés à la situation et ils tiennent compte de l'avis de la personne quand c'est possible. Dans la mesure du possible, les objectifs visant à maintenir, à restaurer ou à développer l'autonomie de la personne sont à prioriser.

Ils sont concrets : les résultats obtenus (niveaux de changement attendus) sont considérés comme atteignables par les acteurs du PPCS et en lien avec les attentes de la personne. Selon les cas, les résultats attendus portent sur le maintien (absence d'aggravation) ou l'amélioration de l'état de santé de la personne, dont la qualité de vie.

## Les actions planifiées

Les actions décrites dans le PPCS correspondent aux interventions des différents professionnels en réponse aux besoins de la personne. Les acteurs interviennent dans le parcours de soins, de santé, ou de vie de la personne.

Le plan d'action peut être organisé si besoin en plusieurs volets selon le type de problématique, ou le type de situation (plan de soins, plan d'accompagnement, plan d'aides, plan d'aides et soins, volet éducatif). Ce ou ces volets seront complétés en fonction de la nature des besoins de la personne. Les actions mises en œuvre visent l'atteinte d'objectifs, elles sont concrètes : leurs effets sont donc mesurables.

### ► Les acteurs

Ils regroupent la **personne concernée par le PPCS**, ses proches (ses parents ou ses représentants légaux si mineur), si besoin, **l'aidant** - tiers qui prête son concours à la personne, et les intervenants professionnels. Ils s'engagent dans la mise en œuvre d'un plan d'actions.

Le travail des professionnels consiste à :

- aider la personne à affiner sa compréhension de sa situation, exprimer ses attentes et ses choix ;
- faciliter l'expression de ses savoirs expérientiels tout au long de la démarche de PPCS les concernant ;
- construire avec elle un cadre de soins ou d'accompagnement personnalisés ;
- mettre en œuvre les **actions** en réponse aux besoins de la personne.

L'un des acteurs de terrain est le **référent** du PPCS.

### ► Le référent du PPCS

Il est l'interlocuteur privilégié des parties prenantes au projet. Il est attentif au fait que les actions menées s'ajustent constamment au sens que lui donne la personne. Il veille au déroulement des étapes du PPCS, et à la cohérence des interventions. Il s'assure de l'organisation de la ou des réunions de concertation et de synthèse qui facilitent la **coordination** entre intervenants. Enfin, il s'assure du **suivi** et de la **révision** du PPCS, en concertation avec les acteurs du PPCS et la personne. Il est parfois appelé « coordonnateur » du PPCS.

## Le suivi du PPCS

Le suivi du PPCS impose d'être vigilant à la réalisation de l'ensemble des opérations planifiées pour parvenir aux résultats recherchés, dans les meilleures conditions. Les résultats sont évalués en vérifiant l'atteinte des objectifs fixés au départ.

Dans le PPCS, l'efficacité de la démarche est idéalement mesurée en termes de bénéfices sur l'état de santé de la personne, sur son confort (*i. e.* démarche palliative), et sur sa satisfaction. Une évaluation intermédiaire dite de processus est possible (participations partenariales, déroulement opérationnel des interventions) car elle témoigne de l'implication de la personne et des différents intervenants.

L'avancement et la cohérence de la démarche sont suivis au regard de l'évolution de la situation de la personne. Cette dernière est étroitement associée au suivi du plan.

La périodicité de l'évaluation est propre à chaque PPCS.

## La révision du PPCS

La révision du PPCS correspond à l'ajustement de son contenu au cours du temps et en fonction des besoins de la personne. Cet ajustement est appliqué lorsque le suivi du PPCS révèle que certaines interventions effectuées n'ont pas permis d'atteindre les objectifs définis, ou que des actions complémentaires non encore mises en place s'avèrent nécessaires et envisageables.

Cet ajustement tiendra compte de l'analyse des objectifs définis non atteints, de l'évolution de la situation de la personne, de ses attentes et du contexte (environnement de la personne, changements de professionnels, problèmes de santé ou sociaux intercurrents, etc.).

## Références

Dictionnaire de l'Académie française  
<https://www.dictionnaire-academie.fr/>

Dictionnaire électronique des synonymes - EA 4255 - Centre de recherche inter-langues sur la signification en contexte - CRISCO  
<http://crisco.unicaen.fr/des/>

Dictionnaire de français Larousse  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

Glossaire de la promotion de la santé - Organisation mondiale de la santé – 1999  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)

Glossaire des principaux termes (et concepts) – Organisation mondiale de la santé – 2009  
[https://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/guide/guide\\_glossaire\\_fr.pdf?ua=1](https://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/guide_glossaire_fr.pdf?ua=1)

Glossaire. Éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique à destination de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur - CRES PACA - Gaëlle Lhours. Février 2011  
[http://www.codes05.org/\\_depot\\_codes05/agenda/327\\_1\\_doc.pdf](http://www.codes05.org/_depot_codes05/agenda/327_1_doc.pdf)

Glossaire multilingue de la Banque de données de santé publique  
<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Glossaire utilitaire en éducation pour la santé - direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Bourgogne  
[https://episante-bfc.org/sites/episante-bfc.org/files/document\\_synthese/pdf/glossaire.pdf](https://episante-bfc.org/sites/episante-bfc.org/files/document_synthese/pdf/glossaire.pdf)

Les attentes de la personne et le projet personnalisé – Anesm - 2008  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco\\_projet.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf)

Lexique des parcours de A à Z – Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) - Janvier 2016  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)

Outils et ressources pour un traitement optimisé de la langue (ORTOLANG) – lexicographie  
<http://www.cnrtl.fr/definition/>



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)