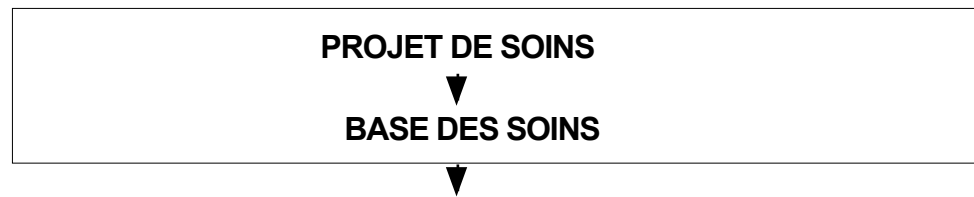


MÉTHODOLOGIE de la RÉALISATION DES SOINS



PROGRAMME INDIVIDUALISÉ D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Un programme d'actions, attitudes et comportements

Toutes les soins doivent répondre à une logique de l'action respectant cinq principes méthodologiques : nécessité, simplicité, économie, efficacité, pré action (des objectifs suivants) et devenir pour chaque personne un "programme individualisé d'autonomie fonctionnelle" (PIAF).

Le P.I.A.F. définit les Soins de santé jugés profitables à une personne en particulier, ici et maintenant.

En plus des activités hospitalières habituelles de soins de maladie d'organe, les soins de santé mettent l'accent sur les activités thérapeutiques non médicamenteuses : réalisation des actes de la vie quotidienne (AVQ), communication, activités d'éveil, activités de structuration mentale.

Le P.I.A.F.

— s'impose à toutes les disciplines soignantes (médecin, infirmière, AS, ASH).

— n'enferme pas la personne dans les difficultés liées à son handicap. Au contraire, il traduit une vision dynamique de ses possibilités d'évolution et d'acquisitions.

— doit être ajusté trimestriellement pour être adapté à l'évolution de la personne âgée, après une nouvelle démarche de soins.

Son contenu est le résultat de la prise en compte de la satisfaction des besoins de chaque personne, des moyens disponibles au sein de l'établissement et des ressources offertes par l'environnement, pour les mettre au service du Résident et répondre aux attentes de la famille.

La démarche de soins, préalable à l'élaboration du programme.

Le travail préalable à l'élaboration du P.I.A.F. est celui inhérent à toute démarche de soins :

- **collecter des informations en reconstituant l'histoire d'une vie** ;

- **observation active** durant quinze jours. En s'appuyant sur cette collecte on définit la

réponse aux besoins de la personne en termes de potentiels, d'acquis à consolider.

1. LA COLLECTE D'INFORMATIONS SUR LA PERSONNE

a) L'histoire

Il s'agit de collecter des informations sur ce qui s'est passé avant l'entrée dans l'établissement, pour mieux comprendre la personne et avoir une meilleure connaissance de l'environnement auquel elle était adapté. Il s'agit aussi de réintroduire le PIAF dans une durée.

Le Résident a un passé, un présent et ... un futur. Il se comprend par le passé qu'il a et avec lequel il faut lier le PIAF, si l'on ne veut pas commettre d'erreur ni courir le risque de mettre en oeuvre un projet inadapté, voué à l'échec.

b) L'environnement

Il faut réunir un maximum d'informations relatives à l'environnement du Résident : famille, amis, tissu relationnel, origines socio-économiques, us et coutumes, pratiques culturelles et culturelles.

c) Le constat d'entrée

• Données immédiates :

— Entretien avec le Résident et/ou la famille permettant une approche "offerte" des problèmes. Échelles de Blessed A

— Pièces médico-infirmières apportées.

• Données de quinzaine :

Tous les soignants observent les attitudes, actions et comportements du Résident au cours de la vie quotidienne.

L'ensemble (observations, entretiens et études de dossier) donnera lieu à **un travail de synthèse finale qui sera formalisée en groupe sous la direction d'un coordinateur, ou référent.**

Après avoir renseigné les rubriques du recueil de données qui peut aller du simple au plus élaboré en fonction des moyens, des compétences et du temps...

Nous vous proposons sur ce site 6 types d'observations, que nous avons exploré au fil des ans...

En rappelant qu'il vaut mieux faire une observation simple plutôt que d'échouer dans une observation ambitieuse mais non réalisée au fil des jours...

- Gêronte (schéma à colorier)
- Grilles d'évaluation de la dépendance/autonomie IADL de Katz/Lawton
- Grille de Virginia Henderson avec ses diagrammes, et une variante "Le Recueil minimal de données d'observation" (cases à cocher)
- Évaluation CAFIM (pictogrammes et items SMAF-IADL)
- Guide d'observation UNASSAD (orienté SIAD, mais...)
- le R.A.I. (le plus complet ; à faire en équipe)

...et analysé la situation de l'état de santé du Résident, on sera amené à se poser

des questions de synthèse bio-psycho-socio-médicales, avec l'aide de "**Protocoles**" pré-établis se référant aux rubriques.

Cela permettra de décrire le Résident en terme de potentiels, d'acquis et de personnalité et d'orienter éventuellement de nouvelles recherches d'informations (bilans, observations ou analyses fonctionnelles).

Voir ce qui reste plus que ce qui manque, conduit à déduire le handicap à partir du potentiel, attitude de pensée positive.

2 - LA DÉFINITION DES ACTIONS À ENTREPRENDRE

Définir des objectifs, des actions propres à améliorer les fonctions nécessitera faire un choix entre ces diverses actions pour le court, moyen et long terme : hiérarchiser les actions à entreprendre et choisir celles qui seront impératives, écrites sur le Plan de soins.

Toutes les soins doivent répondre à une logique de l'action respectant les cinq principes méthodologiques : nécessité, simplicité, économie, efficacité, prévision (des objectifs suivants). Ils deviennent pour chaque personne un "programme individualisé d'autonomie fonctionnelle, ou PIAF " respectant les orientations définies ci-dessous.

1- Principes

a) Centrer la prise en charge sur la personne

L'équipe pluridisciplinaire adapte son action et les moyens dont elle dispose aux besoins de la personne âgée... et non l'inverse.

b) Pluridisciplinarité et unité de la prise en charge

Dans le cadre du Projet de soins médico-infirmier du LS de Mazamet, tous les soignants interviennent. Les interventions de ces différents soignants sont coordonnées et harmonisées afin qu'elles n'aboutissent pas à un éclatement de la prise en charge. A cet égard, le coordinateur (ou Référent) et des réunions de synthèse permettent l'ajustement et l'actualisation du travail des différents intervenants.

c) Approche globale

Le travail des soignants est animé par la volonté de valoriser tous les aspects de la personne et tout ce qui participe à la construction de sa personnalité : environnement, famille, liens sociaux et affectifs, etc...

2 - Effets escomptés

Les effets recherchés concernent l'**augmentation de l'autonomie cérébrale et de l'indépendance fonctionnelle, l'entretien de la personnalité, l'intégration et la socialisation.** Les objectifs sont adaptés aux possibilités de chacun.

Ils sont définis avec l'assentiment des différents soignants dont ils guident l'action

C'est en référence aux objectifs que s'apprécient les résultats. À la suite des réunions de synthèse, les modalités d'action sont régulièrement ajustées par le coordianteur, ou Référent.

3 - Contenu de la prise en charge

La série d'actions à mener, variable, doit coller au plus près avec la réalité de chaque personne quant à la réalisation autonome des actes de la vie quotidienne d'abord, pour le maintien de sa structure mentale ensuite.

Sensations, perceptions, résolution de problèmes... sous tendent les axes d'actions thérapeutiques non médicamenteuses : communication, actes de la vie quotidienne, stimulation sensorielle, activités d'éveil.

Mise en oeuvre des moyens

1 - Choix des moyens

En fonction des objectifs poursuivis et des actions retenues, il s'agit d'utiliser des moyens humains (l'équipe), matériels (locaux, architecture, équipements), techniques (éducatifs, thérapeutiques) disponibles, dans le cadre de l'établissement et également les ressources offertes par l'environnement humain et matériel.

L'utilisation d'un même moyen peut servir des objectifs totalement différents ou des dimensions différentes, selon le Résident ;

Exemple : la pratique d'une activité utilisant un ballon va servir un objectif de rééducation psychomotrice pour une personne et un objectif de socialisation pour une autre.

2 - Articulation des moyens

L'utilisation de moyens s'organise en fonction d'emplois du temps qui pour certains sont individuels, pour d'autres collectifs ou en partie individuels et en partie collectifs.

Les définitions des ressources en personnel nécessaires par plages horaires, doivent tenir compte de la qualité souhaitée définie dans le projet de soins, impératif premier qui prévaut sur les modalités de planification retenues (temps choisi ou programmé).

Les acteurs de la prise en charge

Le P.I.A.F. associe les différents intervenants, notamment la famille, à la prise en charge. L'idéal est de l'élaborer en tenant compte de l'avis de la personne car s'engage alors un processus de contrat à respecter.

1 - L'équipe

Les équipes respectent dans leurs actions le **programme d'actions retenues et mènent sur cette base des interventions complémentaires** pour répondre aux besoins. Les différents soignants, en équipe, **harmonisent leur interventions au cours de la réunion de "passage de relai"**.

Une réunion de synthèse a lieu tous les trimestres, après avoir enregistré les résultats obtenus, les observations complémentaires.

Le travail d'harmonisation des actions des soignants des différentes équipes est sous la responsabilité du coordinateur qui peut demander une révision mensuelle du programme éventuellement.

2 - Le coordinateur ou référent

Le coordinateur est le soignant (volontaire, ou désigné, ou choisi) responsable :

- de la rédaction du RAI ;
- de la définition des objectifs et du programme d'actions ;
- de la mise en oeuvre du programme : il coordonne les interventions afin de sauvegarder l'unité de la personne âgée ;

Il tient à jour le dossier (impression des items RAI retenus) ; consigne les résultats évalués en équipe ; assure le suivi de la conduite du programme et son actualisation ; reporte sur le plan de soins les ajustements du programme décidés en réunion de synthèse ; conserve et range les plans de soin antérieurs.

Chacun des acteurs du projet (soignants, famille, Résident lui-même), s'appuie sur le référent.

3 - La personne âgée

Il ne doit pas être perdu de vue que **le Résident est le sujet de la prise en charge et qu'à cet égard, il est pleinement acteur du projet.**

Le Référent l'associe - si possible - au projet (**au cours d'entretiens visant à formaliser un contrat de type "gagnant-gagnant"**), actualise la fiche individuelle avec lui.

4 - La famille

- Elle a connaissance du «**constat d'entrée**» de son parent.
- Elle est tenue **au courant des résultats au moyen d'informations régulières et participe à l'élaboration du "programme d'actions"** si elle le veut bien.

Les demandes des parents sont susceptibles de faire évoluer l'ensemble du programme, mais dans la mesure où ces demandes ne sont pas contraires aux objectifs fondamentaux du Projet de soins et si elles vont dans le sens de l'intérêt de la personne âgée.

- Au niveau de **la collecte initiale d'informations** les parents fournissent une partie des informations sur la personne âgée, son histoire, son environnement au cours d'entretiens avec les soignants et au moyen de questionnaires.
- La participation des parents et leur implication dans la mise en oeuvre du projet est **fonction des relations établies avec la famille**. Elle peut connaître des expressions diverses allant de la fourniture d'informations, à une véritable collaboration... sans

omettre le conflit dans le cadre d'un travail de deuil "blanc".

- **Les parents sont garants de ce qui arrive à leur proche** et à ce titre, il est légitime qu'ils interviennent **pour faire part des dysfonctionnements éventuels repérés dans la prise en charge, à leur avis.**

- Dans le cas où la famille ne montre pas d'intérêt pour le participer à l'élaboration du programme les soignants établissent des relations avec elle pour entraîner, si cela est possible, sa participation progressive. En aucun cas, il n'est fait "violence" à la famille pour qu'elle s'occupe de la personne âgée, ou participe.

- La famille sera **invitée à la réunion trimestrielle** de synthèse centrée sur son parent. La réunion est composée des soignants présents (en cours de travail ou désireux d'y participer hors temps de travail) qui participent à la prise en charge de la personne âgée. Dans le cadre de cette réunion est modifié ou ajusté le programme d'actions à réaliser. Lorsque les parents ne souhaitent pas, ou ne sont pas en mesure d'y participer, le Médecin, la Surveillante ou le référent reçoivent les parents après la réunion pour leur faire part des modifications intervenues dans le programme individuel et leur expliquer le pourquoi.

5 - Les relations famille/équipe

Les bonnes relations de l'équipe - et plus particulièrement du Référent - avec la famille, permettent l'utilisation positive des moyens.

Le travail de l'équipe et les moyens à mettre en oeuvre doivent fonctionner en synergie avec l'adhésion et l'action de la famille, afin que la prise en charge aboutisse aux résultats escomptés. Ces relations peuvent prendre une forme institutionnalisée ou une forme plus spontanée telle que la rencontre avec un soignant lors d'une visite.

Se traduisant par des lieux, des instances, et des procédures réservés à l'échange avec les familles autour du programme, du bilan trimestriel, envoi d'informations écrites ; invitation de la famille à la réunion de synthèse, etc.

6 - L'entourage social

Les ressources et les supports qui peuvent être fournis par l'environnement sont pris en compte pour faciliter l'insertion progressive de la personne âgée. Les intervenants extérieurs qui participent à la prise en charge sont associés à l'élaboration du programme individuel. Ils sont invités à la réunion de synthèse relative au Résident et sont tenus informés des ajustements apportés au projet le concernant. Les relations entre les intervenants internes/externes sont organisées par le Cadre infirmier.

Les supports

1 - Le dossier du Résident

Ce dossier comprend des écrits :

— une partie centrale constitué par les résultats du RAI, le Plan de Soins (et ses actualisations) qui décrit les actions programmées et s'impose à tous ; il est multidisciplinaire sous contrôle du coordinateur, ou Réfèrent.

— des parties éclatées, par discipline (dossier médical, infirmier, etc.)

2 - L'emploi du temps

En fonction des possibilités d'utilisation des ressources de l'établissement et des moyens extérieurs, un emploi du temps personnalisé est élaboré pour chaque Résident afin de réaliser les objectifs programmés.

3 - L'évaluation trimestrielle

Permet de reprendre les objectifs que l'on s'était fixé, de faire la liste des moyens que l'on a mis en oeuvre, d'étudier les effets produits sur le Rési charge, en terme d'évolution de l'autonomie cérébrale et de l'indépendance fonctionnelle.

Des outils d'évaluation sont ajustés aux caractéristiques des actions entreprises : grilles d'Ylieff si action axée sur les A.V.Q., évaluation des comportements lors des activités d'éveil, analyse fonctionnelle d'un comportement, etc...)

Exemple : Mme A. crie lorsqu'elle est à table. L'analyse du comportement retient qu'elle ne présente pas de démence avérée, qu'elle est à une table excentrée (située au fond de la salle - loin des soignants au début du repas - d'où A. appelle souvent les soignants qui répondent aux appels) et conclut à une conduite pour qu'on s'occupe d'elle. Proposition : la placer à une autre table plus centrale, plus calme. Résultats probants dès le premier jour. Une autre solution privilégiant le médicament aurait pu malheureusement être choisie, si le non-dit n'avait pas été analysé.

Conclusion

Le P.I.A.F. est un instrument au service d'une personne suivie sur une longue durée. Il permet une référence commune, évite les redites et de refaire ce qui n'a pas donné de résultats.

L'ensemble de son élaboration est **conçu pour permettre l'expression du professionnalisme des soignants et des potentialités de la personne soignée.** Personnaliser les actions de soins de santé est le but à atteindre en tenant compte des moyens dont on dispose : **il vaut mieux réussir un programme limité qu'échouer dans un projet ambitieux**

Bibliographie

- Les cahiers de l'éducation et des nouvelles technologies, *Dossier : pédagogie Romain*, n°16, UNAPEI, 1992.