|  |
| --- |
| **ANALYSE SITUATIONNELLE DE LA PHYSIOTHERAPIE (KINÉSITHÉRAPIE)** |
| **NOM de l’évaluateur :**  | **Date de la présente évaluation :** |
| **Nom HOPITAL / CENTRE DE READAPTATION PHYSIQUE (CRP)** | **Pays :** |
| **A** | **Le service en général****(Hôpital ou CRP)** | **Commentaires** | **Questions clés / recommandations** |
| A.1 | Quand a-t-il été établi ?Quels sont les événements (changements) majeurs que le service a connus jusqu'à présent? |   |   |
| A.2 | Quelle est la collaboration avec le CICR? |   |   |
| A.3 | Quelle est la configuration en terme de ressources humaines dans le service ? (organigramme si disponible, ressources humaines (nombre), titres de postes / descriptions et qualifications) |   |  |
| A.4 | Quelle sont les dispositions en termes de réunions (toutes les réunions qui ont lieu dans le service, par exemple réunion du matin / de département (d’unité) / sécurité, tour de service, etc.) |   |  |
| A.5 | Quels sont les différents départements/unités du service? |   |   |
| A.6 | Quelle est la capacité de lits de l'hôpital / du CRP? Combien de personnes sont traitées en moyenne par jour et par département/unité ? Quelle est la production moyenne d'appareils orthopédiques par mois pour le CRP ? |  |  |
| A.7 | Les départements/unités offrent-ils une intimité à l’usager de service ? |   |   |
| A.8 | Quels traitements ou interventions sont fournis par le service ? |  |  |
| A.9 | Quels sont les autres programmes de santé avec lesquels vous devez être en lien? (externe, en dehors de l’hôpital/CRP) |   |   |
| A.10 | Quels sont les systèmes de référence entre le PRP, l’hôpital, les programmes d'inclusion sociale, les consultations externes et autres ONGs ? (par exemple formulaires, téléphone, contact direct) |  |  |
| A.11 | Comment sont gérés les listes d'attente, les admissions, les rendez-vous et le suivi? |  |  |
| A.12 | Quelles sont les dispositions concernant le travail communautaire / de proximité? |   |   |
| A.13 | Que propose le service en matière d’inclusion sociale ? Existe-t-il des activités telles que la participation à des événements de journées nationales + internationales ? Combien de personnes en situation de handicap travaillent dans le service ? Existe-t-il une loi qui impose l'emploi de personnes en situation de handicap ? |  |  |
| **B** | **Équipe multidisciplinaire (EMD)** | **Commentaires** | **Questions clés / recommandations** |
| B.1 |  Quelle est la composition des membres de l’équipe multidisciplinaire ? (Professions, nombre, expérience) |  |  |
| B.2 | Comment collaborent les membres de l’équipe multidisciplinaire (réunions, partage de documents, sessions de discussions de cas)? |  |  |
| **C** | **Usager de service (UDS)** | **Commentaires** | **Questions clés / recommandations** |
| C.1 | Quelles sont les caractéristiques de la population ? (par exemple : âge, genre, handicap, état médical). Quelle est la zone de couverture du service ? |  |  |
| C.2 | Comment la collecte des données est-elle gérée ? Comment les données sont-elles analysées ? Sont-elles fiables ? |  |  |
| C.3 | Combien d’usagers de services ont été traités au cours des dernières (---) années? (indiquer la période) en fonction du type de de condition ou du type de service ? |  |  |
| C.4 | Parmi les utilisateurs de services qui ont été traités, combien ont reçu de la physiothérapie dans la période précitée (C.3) ? |  |  |
| C.5 |  Comment est l’accès aux services ? (p.ex. infrastructure, emplacement, disponibilité des transports publics, coût des services) |  |  |
| **D** | **Santé, Sécurité, et Sureté des services** | **Commentaires** | **Questions clés / recommandations** |
| D.1 | Avez-vous des préoccupations pour la santé et la sureté pour vous-même, le personnel, les usagers de service ? |  |  |
| D.2 | Il y a-t-il des soucis concernant la sureté, concernant, par exemple, l’équipement, l’hygiène, la gestion du risque, l’entretien ? |  |  |
| D.3 | Existe-t-il des problèmes de sécurité ? (par exemple le bâtiment, la localisation, l’environnement de travail) |  |  |
| **E** | **Département/Unité de physiothérapie** | **Commentaires** | **Questions clés / recommandations** |
| E.1 | Où est-il situé dans le bâtiment ? Combien de locaux il y a-t-il, et à quoi servent les différents locaux ? |  |  |
| E.2 | Existe-t-il un espace d'accueil et une salle d'attente pour les usagers de service et leurs accompagnants (toilettes, vestiaires) ? |  |  |
| E.3 | Est-ce que le nombre de physiothérapeutes est suffisant ? Comment les séances de traitement sont-elles réparties ? Combien en moyenne par jour et par personnel ? Existe-t-il une répartition selon la spécialisation / l’ancienneté du personnel ? (en fonction des normes en la matière) |  |  |
| E.4 | Quel type de documentation est utilisée ? (joindre une copie électronique du dossier de l’usager de service et d'autres fiches pertinentes, dépliants, etc.) |  |  |
| E.5 | Comment la documentation est-elle stockée et gérée ? A quoi ressemblent les archives ? |  |  |
| E.6 | Quels sont les processus de qualité mis en place ? (standards de physiothérapie, protocoles de traitement, etc.) |  |  |
| E.7 |  Existe-t-il des salles de stockage pour l'équipement ? |  |  |
| E.8 | Avec quel équipement de physiothérapie travaillez-vous ? Cet équipement est-il sûr, entretenu, propre ? Existe-t-il des horaires d’entretien ? Comment et à quelle fréquence les inventaires ont-ils lieu ? |  |  |
| E.9 | L’équipement est-il approprié pour les conditions (pathologies) qui sont traitées dans le service ? |  |  |
| E.10 | Y a-t-il de l'eau courante et de l'électricité, des générateurs, de la ventilation ? |  |  |
| **F** | **Parties prenantes**(par ex. partenaires, communauté, association, ONGs) | **Commentaires** | **Questions clés / recommandations** |
| F.1 | Qui devrait être consulté si des modifications sont proposées ? Qui valide un plan d'action ? |  |  |
| F.2 | Énumérez les organisations partenaires avec lesquelles le service coopère |  |  |
| F.3 | Existe-t-il une association professionnelle? Si oui, quelles sont ses activités? Offre-t-elle des formations en développement personnel ? |  |  |

**Analyse SWOT**

**Quels sont les défis auxquels le centre est confronté ?**

Pensez à des problèmes externes qui ont un impact sur le centre, et aux problèmes et pressions internes.
(NB: Vous devrez faire cet exercice en tenant compte du point de vue du service de physiothérapie / du programme de physiothérapie au plan national également).

|  |  |
| --- | --- |
| **FORCES** | **FAIBLESSES** |
|  |  |
| **OPPORTUNITES** | **MENACES** |
|  |  |