

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

**DEMARCHE POUR L'ELABORATION D'UNE GRILLE
D'AUTOEVALUATION DANS LE CADRE DE L'AMELIORATION DE
LA QUALITE.**

**L'étude s'appuie sur l'évaluation de la prise en charge paramédicale de patients
hémiplegiques.**

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Mélanie COING**
étudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2005-2006

SOMMAIRE

pages

RESUME

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Qu'est ce que la Haute Autorité de Santé ?	1
1.2. L'accréditation structure la démarche qualité.....	2
1.3. Objectif du travail.....	3
1.4. Travaux existants.....	3
1.5. Précautions d'exploitation de la grille.....	3
2. MATERIEL ET METHODE (GUIDE DE PROCEDURE).....	4
2.1. Choix du thème de l'étude.....	4
2.2. Exploration du thème.....	5
2.3. Choix de la population.....	5
2.3.1. Critères d'inclusion.....	5
2.3.2. Critères d'exclusion.....	5
2.4. Choix de l'approche.....	6
2.5. Sources d'informations.....	6
2.5.1. Le dossier de soins du patient (dont le Dossier Patient soignants : DPs).....	6
2.5.2. Le patient.....	6
2.5.3. L'observation.....	7
2.5.4. Les réunions de transmissions et de communications interdisciplinaires.....	7
2.5.5. La planification murale.....	7
2.5.6. L'aide soignante hôtelière.....	7
2.5.7. Le secrétariat.....	7
2.5.8. L'interrogatoire direct du soignant	7
2.6. Intervenants et évaluateurs.....	7
2.7. Elaboration de l'instrument de mesure.....	9
2.7.1. Orientation de l'évaluation.....	9
2.7.2. Construction de la grille.....	9
2.7.3. Formulation des critères.....	10
2.7.4. Terminologie de la grille.....	12
2.8. Validation de l'instrument de mesure.....	13
2.9. Comment traiter les résultats ?.....	14
2.10. Exploitation finale des résultats.....	14
2.10.1. Communication des résultats	14
2.10.2. Analyse des écarts.....	15
2.10.3. Choix des mesures correctives et plan de changement.....	15

3. RESULTATS	16
3.1. La grille	16
3.2. Plan de réunions	16
4. DISCUSSION	16
4.1. Difficultés rencontrées lors de l'élaboration de la grille.....	16
4.1.1. Au démarrage de la création de la grille.....	16
4.1.2. Le contenu et la lisibilité de la grille.....	18
4.1.3. Le regroupement des critères dans la grille.....	19
4.1.4. En pratique pour Neufchâteau.....	20
4.2. Difficultés rencontrées lors de l'expérimentation de la grille.....	20
4.2.1. Utilisation de la grille.....	20
4.2.2. Connaissances et lisibilité des dossiers.....	21
4.2.3. Moment de la prise des informations.....	21
4.2.4. Lisibilité de la grille.....	21
4.2.5. Contenu des critères et de la source d'informations.....	22
4.2.6. Interprétation des critères.....	23
4.3. Anticipation de l'analyse qualitative des résultats.....	23
5. CONCLUSION	25

1. INTRODUCTION

Aujourd'hui, tous les établissements de santé ont l'obligation d'être accrédités par l'intermédiaire de recommandations. Celles-ci sont émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) et permettent aux professionnels de santé de connaître et suivre l'essentiel des points validés des prises en charge de leurs patients. Ce mémoire s'oriente vers un des thèmes des recommandations : les pratiques professionnelles. Une grille d'autoévaluation de la prise en charge paramédicale des patients hémiplésiques en service de rééducation n'est pas encore proposée. Nous nous proposons donc de la créer pour faciliter la démarche qualité se déroulant prochainement dans le service de rééducation de Neufchâteau (en mai 2007). Ce mémoire portera sur toutes les étapes nécessaires à la création d'une grille. Tout d'abord, nous définirons les caractéristiques de la HAS, l'accréditation, la démarche qualité, l'objectif du travail, les travaux déjà existants et les précautions à prendre lors de l'exploitation de la grille. Nous aborderons la méthodologie et le matériel utilisés pour cette étude. Enfin, la discussion portera sur les difficultés rencontrées lors de l'élaboration et l'expérimentation de la grille, et sur l'anticipation qualitative des résultats.

1.1. Qu'est ce que la Haute Autorité de Santé (HAS) ?

La HAS, anciennement appelée l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Anaes), est un organisme d'expertise scientifique, consultatif, public et indépendant. Cette institution émet des avis et des recommandations en toute indépendance. Les recommandations sont rigoureuses et possèdent des niveaux de preuves scientifiques. Elles s'appuient aussi sur la notion d'études économiques et des sciences humaines. Les recommandations permettent d'évaluer les services médicaux rendus, de valider les établissements de santé dans leurs organisations, leurs pratiques professionnelles et de les

promouvoir (19).

1.2. L'accréditation structure la démarche qualité

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe qui s'assure du respect de la démarche qualité du service. Elle s'organise en différentes étapes : autoévaluation pluriprofessionnelle, visite puis rapport d'accréditation. Elle contrôle le fonctionnement et les pratiques des établissements de santé publics et privés.

Les objectifs de l'accréditation sont :

- de formuler des recommandations explicites,
- d'apprécier la sécurité et la qualité des soins,
- la capacité des établissements à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale des patients,
- d'impliquer les professionnels à tous les stades de la démarche qualité,
- d'avoir une reconnaissance externe de la qualité des soins de l'établissement, entraînant une confiance du public pouvant prendre connaissance de ces améliorations par Internet, par exemple à travers les rapports d'autoévaluation rendus publics (2).

La première phase d'accréditation s'appelle Validation 1 (V1) et vérifie l'organisation de la prise en charge d'un patient, comme la sécurité. La deuxième phase s'appelle Vérification 2 (V2) et évalue des pratiques professionnelles (14).

La démarche qualité est une démarche progressive. Le point important à retenir dans la démarche qualité est l'énergie dont nous faisons preuve pour améliorer la qualité des soins, la sécurité et la prise en charge globale du patient. En parallèle, l'amélioration est interprétée et

suivie par l'intermédiaire de pourcentages. Ainsi la démarche qualité permet aux professionnels de se remettre en question par rapport à leurs pratiques professionnelles (14).

1.3. Objectif du travail

Ce travail s'intègre dans le processus d'autoévaluation du service de rééducation de Neufchâteau pour une prise en charge déterminée. Elle constitue une réflexion des points essentiels à réaliser pour la création d'une grille, dans un contexte spécial : la démarche qualité.

1.4. Travaux existants

Dans la littérature, il existe des recommandations de la HAS pour la prise en charge hospitalière initiale des patients hémiplegiques (16), (17) ainsi que pour la sortie et le retour à domicile (15), (18).

1.5. Précautions d'exploitation de la grille

Cette grille a été réalisée pour le service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital de Neufchâteau. Si un autre service veut exploiter cette grille, il devra préalablement se l'approprier, c'est-à-dire supprimer et ajouter des points dans la prise en charge et modifier certains paramètres comme les sources d'informations.

2. MATERIEL ET METHODE (GUIDE DE PROCEDURE)

2.1. Choix du thème de l'étude

Le thème de l'étude est l'évaluation de la prise en charge paramédicale de patients hémiplegiques en service de rééducation fonctionnelle.

L'origine de cette étude s'inclut dans la deuxième démarche d'accréditation (V2) de l'établissement.

Le thème de l'hémiplégie est choisi comme pratique professionnelle à évaluer. Elle s'est avérée pertinente pour plusieurs raisons :

- C'est un thème de santé publique, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une des causes majeures de décès et de dépendance. L'incidence est de 145/100000 habitants par an en France et augmente avec l'âge. (6)
- 30% des patients hospitalisés dans ce service ont une pathologie neurologique dont la moitié sont hémiplegiques selon les statistiques internes au service.
- La pathologie fait appel à un travail dont les objectifs sont pluridisciplinaires, ainsi l'étude permet l'évaluation d'une démarche collective.
- Les techniques de rééducation sont nombreuses et la prise en charge est longue et difficile.

Le moment de l'étude est restreint à la période de stage : du 5 septembre au 28 octobre 2005.

Les limites de cette étude sont directement liées au délai imposé des 8 semaines. Ce court délai limite l'étude à l'élaboration de la grille, son expérimentation et l'étude des

problèmes rencontrés (lors de l'élaboration puis de l'expérimentation) amenant directement à la modification de cette grille.

2.2. Exploration du thème

Pour explorer ce thème, des recherches documentaires sont nécessaires sur la HAS, sur la démarche qualité (2), (15), (16), (17), (18), (19) et sur la bibliographie de la prise en charge de patients hémiplegiques (1), (3), (4), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (11), (12), (13), (14).

2.3. Choix de la population

2.3.1. Critères d'inclusion

La population comprend des adultes ayant un AVC qui entraîne une hémiplegie.

- La pathologie est l'AVC de type hémorragique ou ischémique.
- L'âge des patients doit être supérieur à 16 ans.
- Le sexe des patients n'implique aucune distinction.
- L'ancienneté de la lésion doit dater de plus d'un mois, le traitement médicamenteux est alors stable et les risques de récurrences sont écartés.
- Les patients concernés sont hospitalisés dans le Service de Médecine Physique et de Réadaptation.

2.3.2. Critères d'exclusion

- Les pathologies sont un traumatisme crânien, une Sclérose En Plaque, un syndrome cérébelleux.

2.4. Choix de l'approche

L'étude de la qualité des soins pour la prise en charge pluridisciplinaire des patients hémiparétiques est concomitante, c'est à dire que l'évaluation de la prise en charge du patient est faite lorsque le patient est dans le service de rééducation.

2.5. Sources d'informations (S.i.)

Les sources d'informations permettent de trouver les informations évoquées dans les critères et proviennent de différents endroits cités ci-dessous.

2.5.1. Le dossier de soins du patient (dont le Dossier Patient soignants : DPs)

- la feuille de transmission du service aigu,
- la feuille d'évolution médicale,
- la feuille de températures et de prescriptions,
- la feuille de pansements,
- la feuille du suivi infectieux,
- la feuille de soins constants (la toilette, la peau, l'habillement, les risques de chutes, la communication, l'alimentation, la continence, la mobilité, ...),
- la feuille de transmissions IDE et AS,
- la feuille de devenir social et de préparation à la sortie.
- Le dossier de soins en kinésithérapie (Dossier Patient en kinésithérapie : DPk),
- le dossier de soins en ergothérapie (Dossier Patient en ergothérapie : Dpe).

2.5.2. Le patient

Il est interrogé sur certaines actions de sa prise en charge.

2.5.3. L'observation

Nous pouvons obtenir certaines informations en observant différentes situations :

- l'installation de la chambre et du patient à l'intérieur de celle-ci,
- les techniques effectuées sur le plateau technique et les réactions du patient,
- la manière dont le patient utilise les aides techniques proposées...

2.5.4. Les réunions de transmissions et de communications interdisciplinaires

- Les synthèses du jeudi.
- Les Transmissions Interdisciplinaires du Mardi (T.I.M.).
- Le Plan Interdisciplinaire d'Interventions Individualisées (P3i).

2.5.5. La planification murale

2.5.6. L'aide soignante hôtelière

2.5.7. Le secrétariat

2.5.8. L'interrogatoire direct du soignant

2.6. Intervenants et évaluateurs

Les intervenants sont les personnes qui ont participé à la création et /ou la critique de la grille et /ou du mémoire :

- une aide soignante,
- une cadre infirmière,

- une cadre masseur kinésithérapeute,
- une cadre supérieure de santé, DU évaluation, DESS qualité, expert visiteur auprès de la HAS,
- une ergothérapeute,
- deux évaluateurs extérieurs,
- une infirmière,
- une masseur kinésithérapeute,
- une médecin spécialisée en médecine physique et réadaptation fonctionnelle, DIU qualité, accréditation et évaluation des états de santé,
- une stagiaire masseur kinésithérapeute.

Le groupe d'autoévaluation est constitué de personnes ayant participé à toutes les réunions pour l'élaboration de la grille et de ses critères :

- une aide soignante,
- une cadre masseur kinésithérapeute,
- une ergothérapeute,
- une infirmière,
- une masseur kinésithérapeute,
- une stagiaire masseur kinésithérapeute.

Les évaluateurs sont les personnes qui utilisent la grille pour tester la qualité des soins.

2.7. Elaboration de l'instrument de mesure

2.7.1. Orientation de l'évaluation

- L'instrument de mesure est **une grille** d'autoévaluation de la prise en charge paramédicale des patients hémiparétiques en service de rééducation.
- L'objectif de cette grille est :
 - d'évaluer la qualité actuelle de la prise en charge paramédicale des patients hémiparétiques,
 - **de mettre en place une dynamique d'amélioration au vu des résultats obtenus,**
 - **de suivre la dynamique d'amélioration.**
- La période de l'évaluation du processus de soins se déroule de l'entrée du patient dans le service jusqu'à sa sortie (c'est à dire « le parcours du patient »).

2.7.2. Construction de la grille (tab I)

- La grille a été élaborée en fonction du parcours du patient. Elle est divisée en trois familles : « A l'accueil », « Au cours du séjour », et « A la sortie ».
- La famille « Au cours du séjour » est elle-même divisée en plusieurs sous-familles qui suivent l'ordre de prise en charge, tout en mettant en valeur la sécurité du patient qui est une des priorités de la grille. Les deux premières sous-famille « Prévention des complications » et « Soins » sont des actes comprenant des soins sécuritaires et primordiaux comme la prévention des points d'appui, la continence ou la toilette. Les sous-familles suivantes sont : « Bilans », « Communication », « Fonctionnel », « Famille », « Rééducation », « Education », « Transmissions », et « Préparation de l'avenir ».
- Chaque famille et sous-famille comprennent des items qui sont appelés critères. Les critères à l'intérieur des familles et des sous-familles sont également classés selon un ordre de priorité, de sécurité et de prise en charge.

➤ En parallèle de chaque critère, un guide d'utilisation de la grille (« Annexe de la grille d'autoévaluation ») développe des explications, des recommandations et des restrictions pour chacun d'eux. Si un des critères comprend différents points précis à évaluer et que nous voulons que chacun d'eux entre dans l'évaluation, ils doivent apparaître dans la grille et être dissociés. Par contre, si nous voulons que tous les points soient validés, ils n'apparaîtront que dans l'annexe de la grille. Nous incluons la conjonction « **et** » qui précise que tous les termes de l'annexe doivent être trouvés par l'évaluateur, si un seul est absent le critère est réfuté. La conjonction « **ou** » permet d'énumérer les possibilités que l'on peut trouver pour le critère. Néanmoins, il faut avoir un des termes énumérés pour valider le critère.

Tableau I : exemple d'une présentation de grille

Famille							
N°	Eva	Références	S.i.	Oui	Non	Na	Remarques
Sous-famille							
1		Critère 1	S.i.				
2	MK	Critère 2	S.i.				
3		Critère 3	S.i.				

2.7.3. Formulation des critères

➤ Les critères répondent à des soins ou à des techniques de base souvent pluridisciplinaires et ont un caractère efficient dans le processus de soins. Ce sont des phrases affirmatives qui

décrivent les actes à réaliser. Ainsi, pour une bonne qualité, toutes les affirmations ou critères doivent être cochés « oui ».

➤ Pour la prise en charge orthophonique, ergothérapique, infirmier ou psychologique, nous sommes basés sur les pratiques des thérapeutes existantes dans le service de Neufchâteau, car il n'existe pas de référentiels de la HAS à ce sujet.

➤ Pour la prise en charge en rapport avec la kinésithérapie, les recherches bibliographiques ne peuvent pas comprendre toutes les références existantes. Néanmoins, certains actes kinésithérapiques réalisés dans le service sont soutenus par une recherche bibliographique. Pour la prévention des complications (Critère 4 : C 4 à 10), nous avons regroupé tout ce qui est vital pour le patient comme les escarres (6), les troubles de la déglutition (1), (7), les complications thromboemboliques (6), la luxation de l'épaule (12), l'algoneurodystrophie (12), l'entorse de cheville (8) qui est un frein à la verticalisation.

➤ Nous recherchons les bilans et les traitements de la douleur (4), de l'algoneurodystrophie (12), du diastasis de l'épaule (12), de la MIF (9), et de la spasticité (6), (9), (13).

➤ Pour certains bilans (C22, 27, 28, 29), il a été proposé d'instaurer des échelles validées qui n'existaient pas jusqu'à présent dans le service. Par exemple, l'échelle de la cotation musculaire (6), (Ann.I) et celle de l'équilibre du tronc (5), (9), (Ann.II).

➤ Pour la rééducation, certains critères sont restés globaux comme le retour à domicile (15), (18). La rééducation de la commande motrice et la proprioception (C50 et 51) n'est pas une rééducation préétablie et dépend beaucoup du patient et du thérapeute. Ainsi différents axes peuvent être choisis pour cette rééducation : Bobath (10), Perfetti (11) par exemple.

➤ Certains critères sont sécuritaires, logiques et n'ont pas de références. Par exemple, le déplacement du patient ne s'effectue que si la sécurité est maximale (C 38 et 39), de même

pour les transferts (C52). Autres exemples : les points d'appui (C11), la fatigabilité (C12), les troubles associés (C32) sont recherchés, l'éducation du patient est effectuée (C56, 57).

➤ Des critères de traçabilité ont été inclus dans la grille (C1, 31, 33, 36, 63).

2.7.4. Terminologie de la grille (tab. I)

➤ La page de garde de la grille comprend des éléments renseignant sur le patient comme son âge, sa date de naissance et son sexe. Ensuite, les dates de survenue de l'accident, de l'hospitalisation dans le service, et du jour de l'évaluation doivent être précisées, en vérifiant bien que l'accident ait eu lieu au minimum un mois avant le jour de l'évaluation. Le numéro de la grille est propre à chaque patient et confère un anonymat, car nous n'évaluons pas la prise en charge d'un patient « X », mais la prise en charge des patients hémiplegiques. Les abréviations utilisées dans la grille sont développées sur cette première page pour une meilleure lisibilité et facilité d'utilisation.

➤ La grille est en format A4 portrait, composée de plusieurs colonnes.

La première colonne correspond au numéro du critère.

La deuxième colonne se nomme Evalueur (Eva). Etant donné que c'est une grille paramédicale, certains termes appartenant à un domaine de compétence spécifique ne sont pas compréhensibles par l'ensemble des évaluateurs, la colonne « Eva » permet aux critères trop précis d'être évalués par des thérapeutes connaissant les termes.

La troisième colonne comporte les références, c'est à dire les critères à évaluer. Lorsque nous voulons différencier la prise en charge des différents soignants, il faut rajouter des sous-numéros pour chaque catégorie de soignants dans le même critère (ajout des lettres a, b, c,...). Nous rajoutons un dernier sous-numéro pour la pluridisciplinarité qui permet de constater le coefficient de prise en charge globale du critère.

La quatrième colonne Sources d'informations (S.i.) a déjà été développée précédemment (chapitre 2.5.). Pour certains critères, l'information peut se trouver à différents endroits ou auprès de différentes personnes, mais il suffit à l'évaluateur de la trouver une fois pour qu'il donne la réponse « Oui ».

Chaque critère est renseigné dans son évaluation par trois réponses :

- « Oui » : si l'évaluateur trouve l'information développée dans le critère,
- « Non » : il ne trouve pas l'information développée dans le critère,
- « NA » (Non Approprié) : si le patient n'est pas concerné par le critère.

Une colonne « Remarques » est ajoutée pour inscrire les problèmes rencontrés, pour développer la réponse d'un critère, pour émettre des objections.

2.8. Validation de l'instrument de mesure

L'expérimentation de la grille se fait uniquement sur un patient en raison du manque de temps, mais sept évaluateurs expérimenteront la grille, sur ce même patient, ce qui prouvera sa crédibilité.

Parmi les sept évaluateurs, cinq font partis du groupe d'autoévaluation et les deux autres sont appelés « évaluateurs neutres ». Ils auront un regard plus objectif sur la grille.

L'expérimentation se divise en deux parties : une à la fin de la semaine 42 avec cinq des membres du groupe réunis autour du dossier patient et l'autre au début de la semaine 43, avec deux évaluateurs neutres (une infirmière et une kinésithérapeute) et un évaluateur du groupe (une aide soignante), chacun travaillant seul avec le dossier patient (AnnIV).

La validation de la grille, c'est-à-dire sa critique se fera à la fin de la semaine 43. Elle réunit tous les membres du groupe d'autoévaluation pour comparer les résultats trouvés par les évaluateurs neutres et ceux du groupe.

Par la suite, la validation définitive de la grille et l'évaluation de la prise en charge paramédicale de patients hémiplegiques seront poursuivies dans le service jusqu'en septembre 2006.

- La validation définitive se fera sur dix patients.

- L'évaluation de la qualité des soins en rééducation fonctionnelle se fera sur trente patients. Parmi les 30 patients, nous pouvons inclure les 10 patients déjà interrogés pour la validation, mais les critères qui ont été modifiés doivent être réévalués.

2.9. Comment traiter les résultats ?

Pour juger les grands traits de la prise en charge paramédicale de patients hémiplegiques sur le site de Neufchâteau nous utilisons cette grille d'autoévaluation. Nous évaluons quantitativement la prise en charge d'une façon globale, pour chaque famille, sous-famille et critères par l'intermédiaire d'Excel. Nous nous attarderons en particulier sur les critères ou groupes de critères les moins scorés qui seront intéressants à développer.

2.10. Exploitation finale des résultats (postérieure au mémoire)

2.10.1. Communication des résultats

A la fin de l'évaluation des 30 patients et sous 1 mois, les résultats seront communiqués sous forme de statistiques à l'ensemble de l'équipe soignante du service de rééducation fonctionnelle au cours d'une réunion dirigée par un cadre.

2.10.2. Analyse des écarts

Un écart est la différence de prise en charge thérapeutique entre la norme interne de l'établissement (orale ou protocolaire) pré-établie et les référentiels qui peuvent exister. L'interrogation du moment auquel sont faits les écarts enregistrés et leurs apparitions devra être réfléchie.

2.10.3. Choix des mesures correctives et plan de changement

- Il faut dès le début de la création de la grille prévoir plusieurs réunions qui se feront après l'analyse des trente patients.
- Les critères ou groupes de critères à améliorer sont déterminés et classés par ordre de priorité.
- Le premier axe qui devra impérativement être amélioré, selon la démarche qualité, est la sécurité du patient, s'il est déficient.
- Il faut établir en équipe, l'objectif d'amélioration à atteindre, souvent effectué en pourcentage, pour suivre la traçabilité du progrès. Les objectifs doivent toujours être réalisables. Il faut choisir des indicateurs, éléments distinctifs d'un critère, pour surveiller l'amélioration, car ils sont représentatifs du critère déficient. Pour utiliser l'indicateur, des moyens devront éventuellement être mis en place. (Exemple d'indicateur pour le critère : « la douleur doit être tracée tous les jours selon l'Echelle Visuelle Analogique », l'indicateur est l'utilisation de l'échelle, et le moyen, la possession de cette règle.).
- Ensuite, une autoévaluation intermédiaire est effectuée selon les mêmes principes, avec une analyse en équipe des résultats en pourcentages. Cela permet de trouver pourquoi certaines mesures n'ont pas fonctionné. Ainsi, le cadre pourra remotiver et/ou redonner des moyens et/ou programmer une formation et/ou expliquer un point non acquis.

- Le processus qualité est mis en route.

3. RESULTATS

3.1. La grille

Le résultat de notre recherche est une grille composée de huit pages recto pour une meilleure facilité d'utilisation. La première est la page de garde et les trois suivantes contiennent la grille en elle-même avec les familles, les sous-familles et les critères. Les quatre dernières correspondent à l'annexe de la grille. (Ann.III)

3.2. Plan des réunions

Un échéancier a été réalisé au début de cette étude. Il a été modifié au cours des huit semaines suite à des contre temps. Un tableau décrivant l'échéancier prévu et parallèlement l'échéancier réalisé lors de cette étude est disponible en annexe. Il permet de comprendre et de comparer la démarche prévue à celle qui a été effectuée. (Ann.IV)

4. DISCUSSION

4.1. Difficultés rencontrées lors de l'élaboration de la grille

4.1.1. Au démarrage de la création de la grille

- Un groupe d'auto-évaluation (chapitre 2.6.) doit être composé avec un professionnel de chaque spécialité paramédicale. Il a été difficile de motiver le personnel, essentiellement pour un problème de disponibilité. *Des explications complémentaires et un échéancier programmé à des plages négociées ont permis de constituer le groupe.*

➤ Une appropriation de la terminologie spécifique de la HAS est nécessaire. Son langage spécifique n'est pas aisé. *Pour ce travail, la présence de deux qualitiennes dans le service, nous ont permis d'aborder ce thème avec beaucoup plus de facilité. Une formation à la méthodologie et à la fabrication d'une grille est réalisée.*

Les objectifs de la démarche qualité doivent à de nombreuses reprises être recadrés.

Par exemple, il est intéressant d'inscrire les critères sensibles dans la grille. Ces critères ne sont pas notés pour montrer du doigt les défauts de prise en charge des patients hémiplegiques et juger les thérapeutes, mais pour permettre la prise de conscience des axes d'amélioration. La démarche de dévoiler les faiblesses de prise en charge a été très difficile à intégrer. Dans le cas contraire, la démarche qualité ne serait pas respectée. Le groupe en a pris conscience.

➤ La création d'un échéancier est indispensable pour organiser les rencontres du groupe.

Dès la fin de la troisième semaine, un retard est observé, dû aux réunions internes de préparation à la méthodologie. La formation du groupe en a été retardée d'autant. *Un échéancier est fondamental pour suivre la progression du travail.*

➤ Plusieurs façons de travailler pour créer la grille s'offrent à nous : soit la grille est créée lors des réunions, soit elle est réfléchie par la cadre et la stagiaire kinésithérapeute entre les réunions. *Mais, la charge de travail de chacun, nous a fait choisir la deuxième solution. Lors des réunions, le groupe critique, condense, développe, ajoute ou supprime les critères proposés.*

➤ Le rôle et le nombre des intervenants et des évaluateurs doivent être déterminés. Nous nous interrogeons sur la différence entre chacun et si un intervenant pouvait être un évaluateur et

inversement. *Il est donc très important de déterminer clairement le rôle de chacun des participants intégrant le travail.*

4.1.2. Le contenu et la lisibilité de la grille

➤ La sélection des critères les plus importants est la difficulté majeure rencontrée. Il nous est imposé un maximum de 50 critères. Nous devons être concis. Après regroupement et suppression de critères de moindre priorité pour le service, 66 critères sont retenus. Nous sommes conscients que plus le nombre de critères à évaluer est important, plus l'autoévaluation est lourde, compliquée et moins exploitable. *Seuls sont retenus les critères indispensables et spécifiques, mais d'autres critères sont évalués dans un souci de progression de la qualité des soins à Neufchâteau. C'est à dire, même s'ils semblent moins importants à évaluer dans une autre structure de soins, certains critères sont retenus car ils sont insuffisants dans le service, comme la paralysie faciale qui a été largement développée dans la grille.*

➤ Les qualitiennes nous ont également formé sur la formulation des critères.

- Le nom des services doit être généralisé : le service adresseur convient mieux que le service aigu.

- Lorsqu'une évaluation est intégrée dans la grille, sa définition est précisée : par exemple le score de Norton est un score pour les escarres.

- Il faut objectiver les termes de temps. Par exemple, «régulièrement» se transforme en « x fois par semaine ».

- Certaines actions thérapeutiques ne sont pas quantifiables du fait de l'interférence de certains facteurs. Ainsi le respect de la fatigabilité est difficilement analysable. Par exemple,

l'heure du lever ne peut pas être un élément pertinent du critère. Par contre, l'adaptabilité des horaires des séances à travers l'entretien avec les thérapeutes sont évaluables.

- Les critères spécifiques renseignant un soin trop spécifique ont entraîné l'ajout de la colonne « Eva », afin que ces critères soient évalués au mieux.

4.1.3. Le regroupement des critères dans la grille

➤ Les points se rapportant à une même catégorie de bilan ou de rééducation doivent être rassemblés. Nous procédons ainsi pour les différents points de la motricité volontaire, involontaire et des fonctions supérieures.

➤ Des familles ont du être trouvées pour structurer la grille. Il est proposé dans un premier temps comme nom de familles : « Bilans », « Traitements », « Appareillage »... mais le groupe pluridisciplinaire trouvait les critères trop axés vers la rééducation. *Nous avons donc organisé la grille selon le devenir du patient (Accueil...), son parcours de soin et les priorités sécuritaires (Prévention des complications).*

➤ Enfin, les critères ont du être classés dans les différentes familles puis sous-familles. Par exemple, nous avons créé la famille « En cours de séjour » et ses sous-familles « Prévention des complications », « Education » et « Transmission »...

Les critères concernant l'appareillage ont soulevé discussion, car ils appartiennent à plusieurs critères. Par exemple pour le fauteuil roulant, il est nécessaire qu'il soit adapté au patient, mais il entre également dans le critère de la sécurité de l'épaule, des transferts, de l'autonomie... Par conséquent nous avons donc créé un critère fauteuil roulant, mais aussi d'autres sur la prévention de la luxation de l'épaule, l'autonomie...

4.1.4. En pratique pour Neufchâteau

➤ Le dossier du patient (DP) est divisé physiquement en trois parties à Neufchâteau, pendant le séjour du patient. La dispersion géographique du service d'hospitalisation et du plateau technique, nous amène à donner des sous abréviations à chacune des parties du DP : DP_s, le DP_e et le DP_k. *La solution en attente est le projet d'un réseau informatique interactif.*

Lors de la création de la grille, le DP contenant les trois dossiers devait apparaître comme unique dans la source d'informations. Ce sujet a été une source de débats dans nos réunions, car une grande majorité voulait garder un seul et unique dossier. Dans un souci de clarté et de facilité à trouver les informations proposées dans la grille, *nous avons divisé, dans nos sources d'informations, le dossier patient en trois parties.*

4.2. Difficultés rencontrées lors des expérimentations de la grille

4.2.1. Utilisation de la grille

➤ Pour la deuxième expérimentation un entretien avec les évaluateurs neutres sur les principes de la grille a été nécessaire étant donné que nous ne leur avons pas fourni le guide de procédure (pour un gain de temps). Le résumé du guide de procédure a permis d'exposer les principes de la grille comme améliorer la qualité des soins des patients et rester « honnête » dans les informations trouvées. Il a été demandé aux évaluateurs neutres de noter dans la colonne « Remarques » toutes leurs difficultés pour compléter la grille : l'oubli d'un critère important ou si un critère ne leur semble pas utile et donner une explication lorsqu'ils cochent dans la case « Non ». Un compte rendu oral pour l'exhaustivité du mémoire a tout de même été réalisé à la fin de chaque expérimentation.

4.2.2. Connaissance et lisibilité des dossiers

➤ La principale notion qui est apparue est la complexité de rechercher les informations dans un dossier paramédical, surtout si les soignants ne sont pas de la même branche que le critère renseigné (méconnaissance des dossiers de chacun). Par exemple, pour l'infirmière, les questions en rapport direct avec les pratiques effectuées en rééducation lui ont posé problème (pour la paralysie faciale ou le diastasis de l'épaule). Il lui a fallu deux heures et demi pour compléter la grille. Pour la kinésithérapeute, la grille est complète et possède tous les critères nécessaires. Elle a expérimenté la grille en une heure et a conclu que la grille est abordable, malgré un problème de finition dans la colonne source d'informations.

4.2.3. Moment de la prise des informations

➤ Les trois critères de l'accueil peuvent être expérimentés quelques jours ou semaines après l'arrivée du patient.

4.2.4. Lisibilité de la grille

➤ Un problème de lisibilité de la grille est apparu, car les familles « accueil », « en cours de séjour » et « sortie » étaient trop grisées et n'attiraient pas assez l'attention.

➤ Pour une meilleure optimisation de la grille, il faut assombrir les cases « Non Approprié » pour un critère ne pouvant pas renseigner cette réponse. Ainsi, il n'y a aucune ambiguïté. Prenons l'exemple du critère « les signes annonciateurs d'une algoneurodystrophie sont recherchés par les thérapeutes », il est bien évident qu'il faut impérativement savoir si ces signes sont recherchés, il n'y a donc pas de possibilité de mettre « Non Approprié ».

4.2.5. Contenu des critères et de la Source d'informations

- Nous nous sommes rendus compte de l'obligation que certaines critères soient plus complets et plus restrictifs. Par exemple, pour le bilan de la motricité volontaire, l'annexe ne développait pas les fonctions à tester qui doivent être inscrites dans le DP. Nous avons donc ajouté que toutes les fonctions doivent être tracées pour valider le critère. *Tous les points importants que l'on veut retrouver et tester dans la grille doivent être précisés.*
- L'annexe de la grille doit être développée. Même si certains critères semblent évidents dans leur contenu, la précision de l'annexe est de rigueur pour que l'évaluateur n'interprète pas le critère. Par exemple, pour la prévention de la constipation, nous n'avions pas mis d'annexe, car une fois que nous savions en quoi consistait le traitement cela nous semblait logique. *Nous avons ajouté en annexe les possibilités de traitement.*
- La définition de certains termes doit être développée, comme l'aide accompagnante. Il faut préciser qu'elle est utilisée pour un patient fatigable.
- L'utilisation de certains termes n'est pas adéquate. Dans l'élaboration du projet thérapeutique, il faut inclure la famille. Il s'est avéré que si le patient n'a pas de famille ou que celle-ci n'est pas proche du patient ou encore que ce sont les voisins les plus présents, le terme «entourage » convient mieux.
- Un problème d'obtention des informations est apparu. Par exemple, comment savoir si les rééducateurs doivent prendre la tension du patient. *Le critère ou l'annexe correspondant a donc été modifié. Ainsi, les rééducateurs doivent prendre la tension systématiquement quand une prescription médicale se trouve dans le DPs.*
- Certaines informations peuvent se trouver à endroits différents de ceux pensés par le groupe, elles ont donc été rajoutées dans les sources d'informations.

4.2.6. Interprétation des critères

- Nous évaluons au moment « X », il faut donc répondre au critère pour le moment « X ». Par exemple, l'évaluateur retrouve dans le DP d'anciens problèmes de déglutition. Si au moment de l'évaluation, le patient n'a plus de troubles de la déglutition, ce critère sera noté « Non Approprié ».
- Tous les mots d'un critère sont importants. Ainsi, une mauvaise lecture et adaptation du critère fausse sa validation. Par exemple pour « les troubles de la déglutition sont systématiquement recherchés et tracés à l'entrée. », il a été coché « Oui », car cette information a été trouvée dans la lettre de liaison du service adresseur. Aucune trace de recherche de ces troubles n'existe depuis l'arrivée du patient à Neufchâteau dans les DP. Le critère doit être coché « Non ».

4.3. Anticipation de l'analyse qualitative des résultats

L'analyse de la grille nous amène à des conclusions de premières intentions. Quelques axes sur la qualité de la prise en charge des patients hémiplegiques apparaissent. Ces axes pourront être modifiés, car nous ne pouvons pas affirmer qu'ils soient définitifs, étant donné que l'analyse n'est effectuée que sur un patient :

- Les thérapeutes et les soignants ne connaissent pas précisément les dossiers de chacun.
- Il y aurait un manque de traçabilité face à la surveillance alimentaire, à la recherche des troubles de la déglutition, à la recherche des signes annonciateurs de l'algoneurodystrophie, au bilan articulaire, à l'apparition ou la modification de la spasticité et à la synthèse d'objectifs pluridisciplinaires de prise en charge.
- La douleur ne serait pas tracée tous les jours, ce serait sûrement dû à un manque d'information du personnel.

- Les bilans tracés manquent de précisions, sont mal ordonnés et contiennent des abréviations qui réduisent la lisibilité des prises en charge (surtout les traitements en kinésithérapie et en ergothérapie).
- Il y aurait des bilans incomplets, par exemple la motricité volontaire et involontaire ou l'équilibre du tronc qui seraient dus au manque de temps.
- Le bilan et le traitement de la paralysie faciale et des troubles de la déglutition en kinésithérapie ne seraient pas effectués, ce serait sûrement la cause d'un manque de formation interne.
- Le critère du suivi psychologique serait déficient et dû à un manque de moyen pour la rémunération d'un psychologue.

Les axes d'amélioration prévus en supposition seraient :

- une meilleure connaissance interdisciplinaire du dossier de soins du patient,
- une formation interne sur la traçabilité des éléments manquants (tracer ce qui est fait systématiquement), sur la paralysie faciale et les troubles de la déglutition,
- un apprentissage des techniques permettant de détecter et de traiter les problèmes de déglutition en kinésithérapie,
- la création d'un bilan hémiplégique type, codé et prêt à être complété en kinésithérapie et en ergothérapie permettant un gain de temps, une lisibilité et une exhaustivité du bilan (et du traitement administré),
- l'utilisation de nouveaux bilans validés,
- la rémunération d'un psychologue.

5. CONCLUSION

La démarche qualité est un sujet actuel qui ne peut plus être ignoré des établissements publics ou privés. Cette démarche continue permet un travail d'équipe, ce qui aboutit à une richesse humaine par l'échange entre les professionnels, une collaboration avec nos pairs. De plus, elle a pour but la prise de connaissance de bilans, protocoles et traitements validés afin de les utiliser dans la pratique professionnelle. Prenant en compte la sécurité, la prévention des risques et la facette pluridisciplinaire de la prise en charge des patients, la démarche qualité est indiscutablement un point fort pour l'avenir des soins. Il reste cependant des personnes réticentes à cette démarche.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ALAMOWITCH S., GALLOT-LAVALEE C., MOUCHERON G., TANZIN S.** – La prise en charge paramédicale des troubles de la déglutition des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC). – *Kinésithérapie Scientifique*, 2002, 423, p. 45 – 46.
2. **ANAES** – L'accréditation en 10 questions. – *Kinésithérapie Scientifique*, 1997, 372, p. 47 – 50.
3. **ASHWORTH B.** – Preliminary trial of carisprodol in multiple sclerosis. – *Practitioner*, 1964. – p. 540 – 542.
4. **BELHASSEN S., PELISSIER J., VIEL E.** – Douleur et hémiplégie. – PELISSIER J., VIEL E. – Douleur et médecine physique et de réadaptation. – Paris : Masson, 2000. – p. 315 – 324. – Problèmes en médecine de rééducation ; 38.
5. **BRUN V., DHOMS G., HENRION G., CODINE P., et coll.** – L'équilibre postural de l'hémiplégique par accident vasculaire cérébral. – BARROIS B., BERTHOZ A., BLETON J.P., BRUN V., et coll. – Les troubles de l'équilibre. – Paris : Edition Frison-Roche, 1992. – p. 170- 180.
6. **DAVIET J.C., DUDOGNON P.J., SALLE J.Y., MUNOZ M. et coll.** - Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. Bilan et prise en charge. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tout droits réservés), Kinésithérapie-Médecine physique –Réadaptation, 26-455-A-10, 2002, 24p.*
7. **GUATTERIE M., LOZANO V.** – Hémiplégie et troubles de la déglutition. – *Kinérea*, 2003, 38, p. 131 – 132.
8. **MAZAUX J.M., DEBELLEIX X.** – Le pied varus équin de l'hémiplégique. – *Annales de Réadaptation et de médecine physique*, 2004, 47, p. 87 – 89.
9. **PELTIER M.** – Outils d'évaluation kinésithérapique de l'hémiplégie. – *Kinérea*, 2003, 38, p. 115 – 117.
10. **PRENDERGAST L.** – L'hémiplégie, prise en charge selon le concept Bobath. – *Kinérea*, 2003, 38, p. 118 – 121.
11. **TUFFERY R.** – Pratique du concept Perfetti. – *Kinérea*, 2003, 38, p. 125 – 127.
12. **YELNIK A.** – L'épaule douloureuse de l'hémiplégique. - GENTY M., PRADAT-DIEHL P. - Médecine de rééducation et hémiplégie vasculaires. – Paris : Edition Frisson-Roche, 1994. – p. 45 – 51. – Collection 3R (A.N.M.S.R.).
13. **YELNIK A., LE BRETON F., BONAN I.** – Spasticité après accident vasculaire cérébral. – PERENNOU D., BUSSEL B., PELISSIER J. – La spasticité. – Paris : Masson, 2001. – p. 219 – 225. – Problèmes en médecine de rééducation ; 40.

Site Internet : www.anaes.fr

Aller dans publications.

Puis dans accréditation :

14. Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. – ANAES, Avril 2002, 77p.

ou dans kinésithérapie :

15. Conférence de consensus : Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique, Texte des recommandations (version longue). – ANAES SOFMER, 29 septembre 2004, Cité des sciences et de l'Industrie, Paris La Villette, 22p.

16. Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) : prise en charge paramédicale dans une unité de soins. – HAS, SFNV Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie, juin 2005, 19p.

17. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral : Aspects paramédicaux – ANAES Service des recommandations professionnelles, juin 2002, 29p.

18. Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral : stratégies et organisation. – ANAES Service des recommandations professionnelles, décembre 2003, 10p.

Aller dans Présentation ou Accréditation :

19. Informations sur les rôles, missions...

**A
N
N
E
X
E
S**

ANNEXE I :

ECHELLE DE LA FORCE DU MOUVEMENT Selon le Medical Research Council (6)

0	Absence de contraction.
1	Contraction sans mouvement.
2	Contraction engendrant un déplacement.
3	Contraction avec déplacement contre résistance modérée.
4	Contraction avec déplacement contre forte résistance.
5	Force normale.

ANNEXE II :

**L'EQUILIBRE POSTURAL DE L'HEMIPLEGIQUE PAR ACCIDENT
VASCULAIRE CEREBRAL :**

METHODOLOGIE D'EVALUATION ET ETUDE CORRELATIVE

Auteurs : V. Brun, G. Dhoms, P. Codine, H. Founau et coll. (5)

Tableau a : indice d'équilibre postural assis (EPA).

classe 0	Aucun équilibre en position assise (effondrement du tronc). Nécessité d'un appui post et d'un soutien latéral.
classe 1	Position assise possible avec appui postérieur.
classe 2	Equilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, mais déséquilibre lors d'une poussée quelqu'en soit la direction.
classe 3	Equilibre postural assis maintenu sans appui postérieur et lors d'une poussée déséquilibrante quelqu'en soit la direction.
classe 4	Equilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, lors d'une poussée déséquilibrante et lors des mouvements de la tête, du tronc et des membres supérieurs. Le malade remplit les conditions pour le passage de la position assise à la position debout.

Tableau b : indice d'équilibre postural debout (EPD).

classe 0	Aucune possibilité de maintien postural debout.
classe 1	Position debout possible avec transferts d'appui sur le membre hémiplegique très insuffisants. Nécessité d'un soutien.
classe 2	Position debout possible avec transferts d'appui sur le membre hémiplegique encore incomplets. Pas de soutien.
classe 3	Transferts d'appui corrects en position debout.
classe 4	Equilibre postural debout maintenu lors des mouvements de la tête, du tronc et des membres supérieurs.
classe 5	Appui unipodal possible.

ANNEXE III :
GRILLE D'AUTOEVALUATION

**GRILLE D'AUTO-EVALUATION SUR LA QUALITE DES SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE PARAMEDICALE
DE PATIENTS
HEMIPLEGIQUES EN SERVICE DE REEDUCATION**

Service de réadaptation fonctionnelle de Neufchâteau

Age : __ ans
(date de naissance : __ / __ / __)

Sexe : M _ F _

Numéro de grille : __

Date d'hospitalisation (entrée) :

__ / __ / __

Date de l'AVC : __ / __ / __

Date de l'évaluation : __ / __ / __

(critère d'inclusion : minimum 1 mois entre la date de l'accident et le jour de l'évaluation)

Abréviations :

DP : Dossier Patient

E : Entretien

O : Observation

Pm : Planification murale

S : Synthèse

T.I.M. : Transmission Interdisciplinaire du mardi

secret. : secrétariat

N° : numéro du critère

Eva : profession de l'évaluateur

S.i. : Source d'information

N.A. : Non Approprié

c : chambre

e : ergothérapeute

h : hôtelière

k : kinésithérapeute

p : patient

s : soignant (ide ou as)

ACCUEIL							
N°	Eva	Références	S.i.	Oui	Non	Na	Remarques
1		Un bilan de transmission existe entre le service adresseur et la rééducation fonctionnelle.	DPs				
2		La chambre est adaptée.	O				
3	K E	Le fauteuil roulant attribué est adapté.	O				
<i>Sous total (/ 3)</i>							

AU COURS DU SEJOUR							
N°	Eva	Références	S.i.	Oui	Non	Na	Remarques
Prévention des complications							
4		Le score de Norton est effectué.	Dpe				
5		La prévention de l'escarre est mise en route dès l'entrée du patient ainsi qu'une surveillance alimentaire.	O DPs				
6		En cas de trouble de la déglutition, une adaptation de l'alimentation est mise en route.	DPs				
7		La prévention des complications thrombo-embolique est systématique.	DPs O				
8		La prévention des attitudes vicieuses est effectuée.	DPs				
9		La prévention de la luxation de l'épaule et de l'algoneurodystrophie est effectuée.	E O				
10		La prévention de l'entorse de cheville est assurée.	Op				
<i>Sous Total (/ 7)</i>							

Soins							
11		La prévention des points d'appui est tracée.	DPs				
12		La fatigabilité du patient est prise en compte : la sieste est respectée et il y a une adaptation des horaires et des séances.	E				
13		La continence et le transit sont tracés.	DPs				
14		La rééducation sphinctérienne est mise en route lors d'une incontinence.	DPs				
15		Une prévention de la constipation est systématiquement mise en route dès l'entrée du patient.	DPs Es				
16		Une aide à la toilette, à l'habillage et au déshabillage en fonction des possibilités est mise en route, en collaboration avec l'ergothérapeute, tous les jours.	DPs Pm				
17		Une douche est proposée au minimum une fois/ semaine.	DPs				
18		Il y a une prise des constantes systématique 2 fois/jours, et en séance si besoin.	DPs Eke				
<i>Sous total (/ 8)</i>							

Bilans							
19		Un bilan des fonctions cognitives est tracé à l'entrée.	DPs				
20		Les troubles de la déglutition sont systématiquement recherchés et tracés à l'entrée : a) par les masseurs-kinésithérapeutes b) par l'équipe soignante.	DPs				
			Ep				
21		Le bilan de la paralysie faciale est effectué à l'entrée.	DPk				
22		La douleur est systématiquement tracée et est prise en compte lors de la prise en charge.	DPs				
23		Les signes annonciateurs d'une algoneurodystrophie sont recherchés par les thérapeutes.	DPs				
24		Le bilan recherche un éventuel diastasis de l'épaule.	DPs				
25		Le bilan articulaire est tracé à l'entrée.	DPk				
26		Le bilan de la sensibilité est tracé à l'entrée.	DPk				
27		Le bilan de la motricité involontaire est tracé à l'entrée.	DPe				
28		Le bilan de la motricité volontaire fonction par fonction est tracé à l'entrée.	DPe				

N°	Eva	Références	S.i.	Oui	Non	Na	Remarques
29		L'équilibre du tronc est tracé à l'entrée.	DPe				
30		Les capacités de transfert du patient sont tracés : a) dans le dossier kiné b) dans le dossier ergo c) dans le dossier infirmier d) pluridisciplinarité.	DPk				
			DPe				
			DPS				
31		La M.I.F. est réévaluée tous les 15 jours et à la sortie.	DPe				
32		Les troubles associés sont pris en compte.					
33		Des bilans intermédiaires sont effectués et tracés en moyenne tous les 15 jours et à la sortie.	DPS				
			Ek				
<i>Sous total (/15)</i>							

Communication

34		Le bilan de l'aphasie est effectué par un orthophoniste dans les 15 jours de l'admission et le traitement est mis en route si nécessaire. La traçabilité est assurée.	DPS				
35		En cas d'aphasie, des moyens de communications simples sont mis en œuvre pour aider le patient.	O				
<i>Sous total (/2)</i>							

Fonctionnel

36		Le mode de déplacement est tracé.	DPS				
37		La M.I.F. est tracée dans le dossier de soin du patient dans les 10 jours.	DPS				
			DE				
38		Le patient ne se déplace seul dans le service, avec une aide technique adaptée, que lorsque sa sécurité est maximale.	O				
39		Une aide accompagnante est mise en place si nécessaire pour les déplacements.	Pm				
<i>Sous total (/4)</i>							

Famille

40		Des entretiens réguliers avec la famille sont organisés.	DPS				
41		Le patient et l'entourage s'il existe est inclus dans l'élaboration du projet thérapeutique.	DPS				
			Ep				
<i>Sous total (/2)</i>							

Rééducation

42		Une rééducation des fonctions supérieures est effectuée.	Ee				
43		En cas de trouble des fonctions supérieures, une politique de repérage temporo- spatial est mise en route.	DPS				
44		Lors de troubles de la déglutition, une rééducation spécifique des muscles est mise en route.	DPk				
45		Une rééducation spécifique est mise en route pour toute paralysie faciale.	DPk				
46		La douleur est prise en compte lors de la rééducation.	Ep				
47		Une mobilisation passive est faite quotidiennement.	Ok				
48		L'apparition ou la modification de l'intensité de la spasticité en cours de séjour est communiquée au médecin.	DPS				
			TIM				
49		Lorsqu'une capacité fonctionnelle est gênée par la spasticité, des techniques appropriées sont mises en route, en plus du traitement médical.	Ee				
			Ek				
50	K E	Différentes techniques sont utilisées pour réduire la commande motrice.	Eke				
			Oke				
51	K E	La reprogrammation proprioceptive du membre inférieur, supérieur et du tronc est effectuée.	O k				
			e				
52		La rééducation des transferts est effectuée.	O				
53		Des aides matérielles sont mises en place pour pallier aux déficiences.	O				
54		Un maximum d'indépendance est recherché dans toutes les Activités de la Vie Journalière (déambulation, transfert, toilette, habillage, verticalisation).	Oc				

N°	Eva	Références	S.i.	Oui	Non	Na	Remarques
55		Un suivi psychologique est effectué sur proposition au patient et/ ou à la famille.	DPs				
<i>Sous total (/ 14)</i>							

Education							
56		Le patient est éduqué tout au long de son séjour.	Ep				
57		Une éducation, vis à vis des chutes et des blessures a) Auprès du patient b) Auprès de la famille.	Ep				
			Eke				
<i>Sous total (/ 3)</i>							

Transmissions							
58		La transmission des acquis ou régressions du patient est relayée au plus tôt entre tous les soignants.	DPs TIM S				
59		Les objectifs définis sont communs et rediscutés si besoin, lors de réunions pluridisciplinaire organisées de façon hebdomadaire.	DPs TIM S				
<i>Sous total (/ 2)</i>							

Préparation de l'avenir							
60		Pour tout retour à domicile, une visite du domicile et l'organisation d'une permission est effectuée.	DPe				
61		Le matériel nécessaire et obligatoire est disponible à la sortie.	DPe Ee				
62		Un suivi de l'assistante sociale est effectué pour obtenir des aides financières adéquates ou des démarches et pour l'invalidité.	DPs				
<i>Sous total (/ 3)</i>							

A LA SORTIE							
N°	Eva	Références	S.i.	Oui	Non	Na	Remarques
63		Une fiche de liaison est effectuée et adressée au thérapeute concerné, pour chaque catégorie de professionnels : a) masseurs-kinésithérapeutes b) ergothérapeutes c) orthophonistes d) infirmiers e) pluridisciplinarité.	DPs secr ét.				
64		Les aides humaines ont été proposées et organisées si nécessaire.	DPe				
65		Une démarche pour une réinsertion professionnelle est proposée si nécessaire.	DPe				
66		Le suivi du patient est organisé.	Dpe s				
<i>Sous total (/ 7)</i>							
Total (/ 73)							

ANNEXE DE LA GRILLE D'ÉVALUATION

ACCUEIL :

Critère 2 : La chambre est individuelle et l'organisation spatiale est réfléchi. L'emplacement de la table de nuit et de l'adaptable est du côté valide. La sonnette se trouve également du côté valide.

Critère 3 : Le fauteuil roulant est adapté : conduite à double commande ou avancée podale et si besoin un accoudoir réglable en hauteur et freins utilisables.

EN COURS DE SEJOUR :

Critère 4 : Le score de Norton est un score qui évalue le risque d'escarre.

Critère 5 : Le choix du coussin est réfléchi, le matelas est adapté et la surveillance alimentaire est effectuée. Nous trouvons ces informations dans la feuille d'alimentation et nous pouvons vérifier l'introduction de collation.

Critère 6 : L'adaptation de l'alimentation comprend les solides (des aliments mixés à la remise progressive de morceaux jusqu'aux aliments solides), ainsi que les liquides (de l'eau gélifiée ou gazeuse à l'eau plate).

Critère 7 : Il faut vérifier si la pose de bas de contention et si une surveillance trophique est effectuée.

Critère 8 : La prévention passe par la mise en place d'arceau dans le lit ou d'attelles de positionnement. Cette information peut se trouver sur la feuille d'installation dans la chambre du patient.

Critère 9 : Le pose d'une écharpe est mise dès la position assise, quelque soit le moment et l'endroit. L'écharpe est correctement positionnée (coude, poignet). L'écharpe est adaptée au patient (taille). Un oreiller est placé sous le membre supérieur en position couché avec un appui au niveau thoracique. Des précautions sont connues lors des transferts (ne pas tirer sur le bras). Le membre supérieur est mis en déclive lors de risque d'algoneurodystrophie.

Critère 10 : La prévention est faite par la pose d'une chaussure montante ou orthopédique.

Critère 11 : Il faut rechercher dans le dossier patient si un effleurage et effectué et/ou dans la feuille de transmission en cherchant "cutané".

Critère 12 : Il faut demander au patient si le temps de sa sieste est assez important. De plus, nous demandons aux thérapeutes s'ils écourtent ou annulent une séance à cause de la fatigue du patient ; et aussi si les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes communiquent pour avoir une prise en charge globale en fonction des positions utilisées lors de leurs séances respectives (position debout et assis en alternance).

Critère 14 : La rééducation sphinctérienne comprend la mise aux toilettes systématique selon les transferts, la mise d'un pénilex ou d'un mode de protection adapté et un urinal à demeure pour la nuit. Lors d'une incontinence totale un pénilex ou une garniture est mis en place pour prévoir le retour à domicile.

Critère 15 : La prévention de la constipation met en route une adaptation de l'alimentation : des légumes verts sont proposés au moins une fois par jour et une prise de boisson et un traitement médical de prévention (retrouvé dans la feuille de traitement).

Critère 18 : Pour savoir si les rééducateurs doivent prendre les constantes, il doit y avoir une prescription médicale.

Critère 19 : Ce bilan peut comprendre le bilan de l'appréhension visuelle ou du schéma corporel ou des praxies et /ou de l'orientation temporelle et spatiale. Ces bilans sont réalisés en fonction de la déficience majeure.

Critère 20 : La recherche des troubles effectuée par le kinésithérapeute comprend des exercices tests, et par l'équipe soignante en demandant les difficultés rencontrées par le patient lors d'un repas (boissons comprises). Ces informations doivent être tracées.

Critère 21 : Le bilan de la paralysie faciale précise quelle fonction est déficitaire.

Critère 22 : L'évaluateur doit demander tous les jours au patient s'il a des douleurs au moment présent selon les possibilités des fonctions supérieures du patient (aphasie...) (lors des Activités de la Vie Journalière, pendant les exercices et au repos). La cotation de la douleur est établie avec l'Echelle Visuelle Analogique.

Critère 23 : Les signes annonciateurs d'une algoneurodystrophie sont des douleurs et/ ou raideurs du membre supérieur, une main gonflée, chaude et moite...

Critère 26 : Le bilan de la sensibilité comprend les sensibilités superficielles et profondes (proprioceptives).

Critère 27 : Le bilan de la motricité involontaire comprend : la spasticité qui doit être cotée selon Ashworth ou Held et Tardieu et les syncinésies qui doivent être recherchées.

Critère 28 : Le bilan de la motricité volontaire est effectué selon une cotation neurologique de la force du mouvement. La fonction fait intervenir des groupes musculaires participant au même mouvement. Toutes les fonctions du membre supérieur et inférieur doivent être tracées.

Critère 29 : L'équilibre du tronc s'évalue assis et debout. Les thérapeutes doivent utiliser l'échelle de l'Equilibre Postural Assis et/ou de l'Equilibre Postural Debout.

Critère 32 : La M.I.F. doit être révisée au moins une fois par mois et à la sortie.

Critère 33 : Les troubles associés sont tous les troubles que peut avoir le patient en plus de l'hémiplégie : rupture de coiffe, ou une prothèse de hanche, ou de genou, ou une pneumopathie de déglutition...

Critère 34 : Un bilan intermédiaire n'est pas un bilan complet, il trace l'évolution du patient ou de points importants.

Critère 35 : Les moyens de communication sont : un carnet de communication ou bloc note ou crayon feutre ou ardoise magique ou langage simple ou phrases courtes ou gestes ou pictogramme ou un ABCdair...

Critère 37 : Une synthèse globale de la M.I.F. est tracée lors d'une réunion inter - disciplinaire (TIM ou d'une synthèse).

Critère 38 : Le risque de chute est évalué. Les risques de blessures par héminégligence sont évalués et traités. L'autonomie est sécurisée avec l'aide technique proposée (fauteuil roulant, canne tripode, canne simple, écharpe).

Critère 39 : Il nécessite une aide accompagnante lorsque le patient a peur (au début de son autonomie), ou s'il est fatigable, ou s'il a des troubles de l'équilibre, ou d'orientation ou des fonctions supérieures. La planification murale sert de support (fiches accompagnant).

Critère 40 : Dès que la famille se pose des questions, le service y répond : il y a réactivité dans la communication. Le patient connaît le nom des soignants référents.

Critère 41 : La famille est rencontrée au début du séjour du patient pour analyser la situation, les besoins et l'informer des démarches et des aides immédiates.

Critère 42 : Un traitement des praxies ou gnosies ou du schéma corporel ou de l'appréhension visuelle... est effectué selon les déficiences.

Critère 43 : Le repérage est mis en place grâce à des signes mis dans l'environnement du patient comme un signe distinctif sur la porte du patient pour qu'il sache qu'elle est sa chambre, des flèches collées au mur pour savoir comment aller dans les différentes salles ou les horaires de prise en charge écrits en gros dans la chambre.

Critère 46 : Les moyens mis en œuvre contre la douleur sont la glace, ou les bains écossais, ou du courant antalgique...

Critère 47 : La mobilisation passive d'entretien ou de récupération d'amplitude. Elle est douce, lente et indolore.

Critère 48 : Cette information peut se trouver dans le dossier patient à différents endroits : TIM, synthèse ou feuille de transmission.

Critère 49 : Les techniques sont : la recherche d'épines irritatives, ou le positionnement d'inhibition, ou le glaçage, ou l'adaptation de l'installation (accoudoir adapté).

Critère 50 : Les différentes techniques sont : Bobath, et/ou Perfetti, et/ou une mobilisation analytique active, et/ou un travail de la sensibilité superficielle et profonde...

Critère 51 : La rééducation de la marche (transfert d'appui sur le membre inférieur hémiparétique, correction des défauts de marche, ...) et/ou rééducation de la préhension et/ou utilisation de l'électrostimulation avec biofeedback ou avec la Stimulation Electrique Fonctionnelle et/ou équilibre du tronc.

Critère 52 : Les transferts sont effectués en fonction de l'héminégligence, de l'équilibre du tronc, et lors d'exercices de rééducation, mais restent sécuritaires. L'observation est faite dans l'ensemble du service.

Critère 53 : Les aides matérielles sont une écharpe, des releveurs de cheville, une canne simple, tripode, un fauteuil roulant, un tapis antidérapant pour manger...

Critère 55 : Un psychologue ou à défaut un infirmier formé à cet effet est sollicité pour chaque demande.

Critère 56 : L'évaluateur demande au patient s'il a été éduqué à la toilette de sa main, ou à faire une automobilisation de son membre supérieur ou à poser son écharpe ou son orthèse correctement.

Critère 57 : La famille et le patient sont avertis du manque de sensibilité superficielle ou profonde ou de l'héminégligence. Ils sont éduqués à la pose de l'écharpe, ou de l'orthèse, ou de la protection de l'épaule (éviter que le membre supérieur soit ballant...)

Critère 59 : Les objectifs interdisciplinaires doivent être clairement définis sur les outils de transmission.

Critère 60 : L'aménagement du domicile du patient a été proposé et organisé si nécessaire.

Critère 61 : Le matériel spécialisé a été prescrit et commandé à l'avance afin d'être disponible au domicile du patient le jour de sa sortie.

Critère 62 : Les aides financières ou les démarches sont effectuées avec la Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel, ou l'Aide aux Personnes Agées... et pour l'invalidité avec par exemple le macaron Grand Invalide Civil.

A LA SORTIE :

Critère 63 : La fiche de liaison doit comprendre des informations concernant le bilan des déficiences et des incapacités et le traitement actuel, ainsi que les aides techniques et humaines selon les besoins du patient. Il est répondu NA pour les ergothérapeutes s'il y a un retour à domicile et NA pour les infirmiers s'il n'y a pas de soins spécifiques mis en route.

Critère 64 : Les aides humaines peuvent être l'Association Départementale d' Aide aux Handicapés et aux Personnes Agées, l'Aide à Domicile en Milieu Rural, l'environnement familial, les soins à domicile infirmier, des associations.

ANNEXE IV : ECHEANCIER

Echéancier prévu		Echéancier réalisé
SEMAINE 1 SEMAINE 2	Appropriation de la terminologie propre à l'accréditation - Prise de connaissance de l'HAS - Choix de la pratique professionnelle à évaluer : l'hémiplégie	J15---- RdV avec Mme Hahn : explication de l'anaes et de ce qu'il faut dans une grille et correction du travail déjà effectué (1h)
SEMAINE 3	Constitution du groupe d'auto-évaluation -Formation méthodologique de tout le groupe d'auto-évaluation -Recherche de documents généraux sur la pathologie	L19---- Fabrication du guide de procédure (2h) M20--- RdV avec Mme A.D.H. : lecture et correction de l'avancé de la grille (1h) M21--- Reformulation de la grille avec V.Billat (3h) J22 V23
SEMAINE 4 SEMAINE 5	Elaboration du guide d'autoévaluation par des groupes spécifiques : ergos (retour à domicile) MK+MCMK+moi même (techniques kiné) IDE+AS (soins d'hygiène et de confort) - Appropriation en réunion plénière de la grille d'autoévaluation avec le groupe	L26--- Communication d'intégration à la cadre infirmière (1h30) M27--- Formation méthodologique du groupe d'auto-évaluation + grille (1h15) --- RdV avec Mme Hahn (45 min) M28 J29---- Suite de la constitution de la grille et de l'annexe avec V.Billat (2h) ---- RdV avec Mme Hahn : questions soulevées avec le groupe (15 min) V30 L3 M4 M5 J6----- Suite de la constitution de la grille avec le groupe (1h15)
SEMAINE 6 SEMAINE 7	Test de la grille sur un hémiplégique	L10 M11--- RdV avec Mme Hahn guide de procédure + grille (1h) M12 J13---- Réunion groupe (1h15) V14--- Réunion groupe (1h) L17---- Réunion groupe (1h) M18 M19 J20---- Dernière mise en forme de la grille avec Mme A.D.H. et Billat (1h) V21---- Expérimentation de la grille (par le groupe) (1h20)
SEMAINE 8	Analyse de la grille avec l'équipe : problèmes rencontrés au remplissage exploitation des remarques équilibre des critères (trop ou pas assez de détail, trop ou pas assez précis)	L24--- Expérimentation de la grille avec 1 évaluateur neutre (infirmière) (2h) M25--- Expérimentation de la grille avec 1 évaluateur neutre (kinésithérapeute) (1h) M26--- Expérimentation de la grille avec 1 évaluateur du groupe (aide soignante) (1h) J27---- Réunion du groupe d'auto-évaluation pour traiter les différences obtenues dans les expérimentations et pour savoir ce qu'à apporté la création de cette grille aux membres du groupe (1h20) V27--- RdV Mme Hahn (30min)