

Directorat Général des Soins de Santé (DG GS)
Service Soins Aigus et Chroniques

**Rapport d'activités du CFQAI 2011-2013
pour la Qualité de l'Activité Infirmière dans
les hôpitaux belges**

I. INTRODUCTION.....	4
LISTE DES INDICATEURS.....	4
TAUX DE RÉPONSE PAR RÉGION	7
II. MÉTHODOLOGIE	8
LE CFQAI A POUR MANDAT DE DÉFINIR ET DE DÉVELOPPER UN ENSEMBLE D'INDICATEURS QUI PERMETTENT D'ÉVALUER L'ACTIVITÉ INFIRMIÈRE.	8
L'OBJECTIF DU CONSEIL EST PRINCIPALEMENT DE SOUTENIR LES HÔPITAUX DANS LEUR PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS. LES RÉSULTATS DES INDICATEURS RÉCOLTÉS PEUVENT AIDER LES HÔPITAUX À S'AUTO-ÉVALUER. CETTE MÉTHODE PEUT SOUTENIR LES BONNES PRATIQUES.	8
INDICATEURS DE STRUCTURE.....	8
INDICATEURS DE PROCESSUS.....	9
INDICATEURS DE RÉSULTATS	11
III. HÔPITAUX GÉNÉRAUX	12
A. ESCARRES	12
<i>Indicateurs de structure</i>	12
CFQAI 1a Protocole Evidence Based pour la prévention d'escarres.....	12
CFQAI 1b Infirmier(e) de référence escarres.....	14
CFQAI 1c Comité "escarres" multidisciplinaire.....	16
CFQAI 1d Mesurer la prévalence des escarres	18
CFQAI 1e Disponibilité de matériel de prévention.....	20
<i>Score global pour les indicateurs de structure</i>	22
<i>Indicateurs de processus</i>	24
CFQAI 1f Evaluation du risque.....	24
CFQAI 1g Prévention adéquate.....	26
<i>Indicateurs de résultats</i>	28
CFQAI 1h Prévalence instantanée escarres.....	28
CFQAI 1i Prévalence escarres acquises dans l'institution	39
CFQAI 1j Prévalence escarres acquises du talon et du sacrum	49
B .DÉNUTRITION	57
<i>Indicateurs de structure</i>	57
CFQAI 2a. Présence d'un protocole Evidence Based de détection et prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition	57
CFQAI 2b Présence d'un infirmier ayant une expérience en nutrition.....	58
CFQAI 2c Organisation de formations continues pour la détection et la prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition	60
CFQAI 2d Présence d'un comité de pilotage nutritionnel organisationnel et d'une équipe nutritionnelle clinique multidisciplinaire.....	62
<i>Score global pour les indicateurs de structure</i>	64
<i>Indicateurs de Processus</i>	66
CFQAI 2e Pourcentage de patients dont le risque nutritionnel a été évalué.	66
CFQAI 2f Pourcentage de la prévention adéquate de la dénutrition notée au dossier	68
IV. PSYCHIATRIE.....	71
A. MESURES DE PRIVATIONS DE LIBERTÉ EN PSYCHIATRIE.....	71
<i>Indicateurs de structure</i>	71
CFQAI 3.a Programme d'Amélioration Continue de la Qualité	71
CFQAI 3.b Motivation isolement/contention dans le dossier	74
CFQAI 3.c Procédure de privation liberté.....	75
CFQAI 3.d Enregistrement des isolements.....	76
CFQAI 3.e Enregistrement des contentions	78
<i>Score global pour les indicateurs de structure</i>	80

<i>Indicateurs de processus</i>	82
CFQAI 3.f Surveillance des isolements et contentions	82
CFQAI 3g Consentement des patients isolés et attachés	83
<i>Indicateurs de résultats</i>	85
Benchmarking : CFQAI 3h Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels.....	85
Benchmarking : CFQAI 3i Incidence cumulée pour les patients isolés dans les services résidentiels	88
Benchmarking : CFQAI 3j Incidence cumulative pour les patients contentonnés dans les services résidentiels	91
Benchmarking : CFQAI 3k Incidences des mesures de contention dans les services résidentiels	94
Benchmarking : CFQAI 3l Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels en fonction de la durée de la mesure	97
Benchmarking : CFQAI 3m Incidence des mesures de contention dans les services résidentiels en fonction de la durée de la mesure	104
B. PRÉVENTION ET GESTION DE L'AGRESSIVITÉ EN PSYCHIATRIE	112
<i>Indicateurs de structure</i>	112
CFQAI 4.b Politique de formation à la prévention et la gestion de l'agressivité	114
CFQAI 4.c Enregistrement de la sédation.....	116
CFQAI 4.d Enregistrement de la maîtrise physique.....	117
<i>Score global pour les indicateurs de structure</i>	120
<i>Indicateurs de résultats</i>	123
CFQAI 4.g Incidence des sédations.....	123
La sédation est définie comme l'utilisation de médicaments afin de calmer le patient, de réduire le risque par rapport à soi-même ou à d'autres personnes, et d'atteindre une réduction optimale de l'agitation et de l'agression.	123
L'incidence des sédations effectuées suite à une agression exprime le degré avec lequel les sédations sont effectuées en cas d'agressions. La comparaison est obtenue en divisant le nombre de sédations effectuées suite à une agression par le nombre d'agressions.	123
Benchmarking : CFQAI 4g Incidence des sédations dans les services résidentiels	123
Benchmarking : CFQAI 4h Incidence des maîtrises physiques dans les services résidentiels.....	126

I. Introduction

Liste des indicateurs

Hôpitaux généraux

A. Escarres

Indicateurs de prévention des escarres

I. Indicateurs de structure

- 1.a Présence d'un protocole de prévention Evidence Based
- 1.b Présence d'un(e) infirmier(e) de référence escarres
- 1.c Présence d'un comité "escarres" multidisciplinaire
- 1.d Mesure de prévalence des escarres
- 1.e Disponibilité du matériel de prévention des escarres

II. Indicateurs de processus

- 1.f Evaluation du risque. Pourcentage de patients dont le risque d'escarre a été évalué
- 1.g Prévention adéquate. Pourcentage de patients avec prévention adéquate

III. Indicateurs de résultats

- 1.h Prévalence instantanée escarres
- 1.i Prévalence escarres acquises dans l'institution
- 1.j Prévalence escarres acquises du talon et du sacrum

B. Dénutrition

Indicateurs de détection et prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition

I. Indicateurs de structure

- 2.a Présence d'un protocole Evidence Based de détection et prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition
- 2.b Présence d'un infirmier ayant une expérience en nutrition
- 2.c Organisation de formations continues pour la détection et la prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition
- 2.d Présence d'un comité de pilotage nutritionnel organisationnel et d'une équipe nutritionnelle clinique multidisciplinaire

II. Indicateurs de processus

- 2.e Pourcentage de patients dont le risque nutritionnel a été évalué.
- 2.f Pourcentage de la prévention adéquate de la dénutrition notée au dossier

Hôpitaux psychiatriques et généraux avec un service psychiatrique

A. Mesures de privation de liberté en psychiatrie

Indicateurs relatifs aux mesures de privation de liberté en psychiatrie

I. Indicateurs de structure

- 3.a Présence d'un Programme d'Amélioration Continue de la Qualité des moyens de privation de liberté
- 3.b Motivation isolement/contention dans le dossier. Les raisons d'isolement et de contention sont à inscrire dans le dossier
- 3.c Procédure de privation liberté. Présence d'une procédure de prévention et d'utilisation des mesures de privation de liberté
- 3.d Enregistrement des isolements
- 3.e Enregistrement des contentions

II. Indicateurs de processus

- 3.f Surveillance des isolements et contentions . Surveillance du patient augmentée
- 3.g Consentement des patients isolés et attachés . Consentement du patient demandé

III. Indicateurs de résultats

- 3.h Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels
- 3.i Pourcentage des patients dans la population qui sont isolés.
Incidence cumulée pour les patients isolés dans les services résidentiels
- 3.j Pourcentage des patients dans la population qui sont contentonnés.
Incidence cumulative pour les patients contentonnés dans les services résidentiels
- 3.k Incidence des mesures de contention dans les services résidentiels
- 3.l Durée de l'isolement
Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels en fonction de la durée de la mesure
- 3.m Durée de la contention
Incidence des mesures de contention dans les services résidentiels en fonction de la durée de la mesure

B. Prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

Indicateurs relatifs à la prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

I. Indicateurs de structure

- 4.a Enregistrement des agressions
- 4.b politique de formation à la prévention et la gestion de l'agressivité
- 4.c Enregistrement de la sédation
- 4.d Enregistrement de la maîtrise physique
- 4.e Concertation interdisciplinaire agressivité

II. Indicateurs de processus

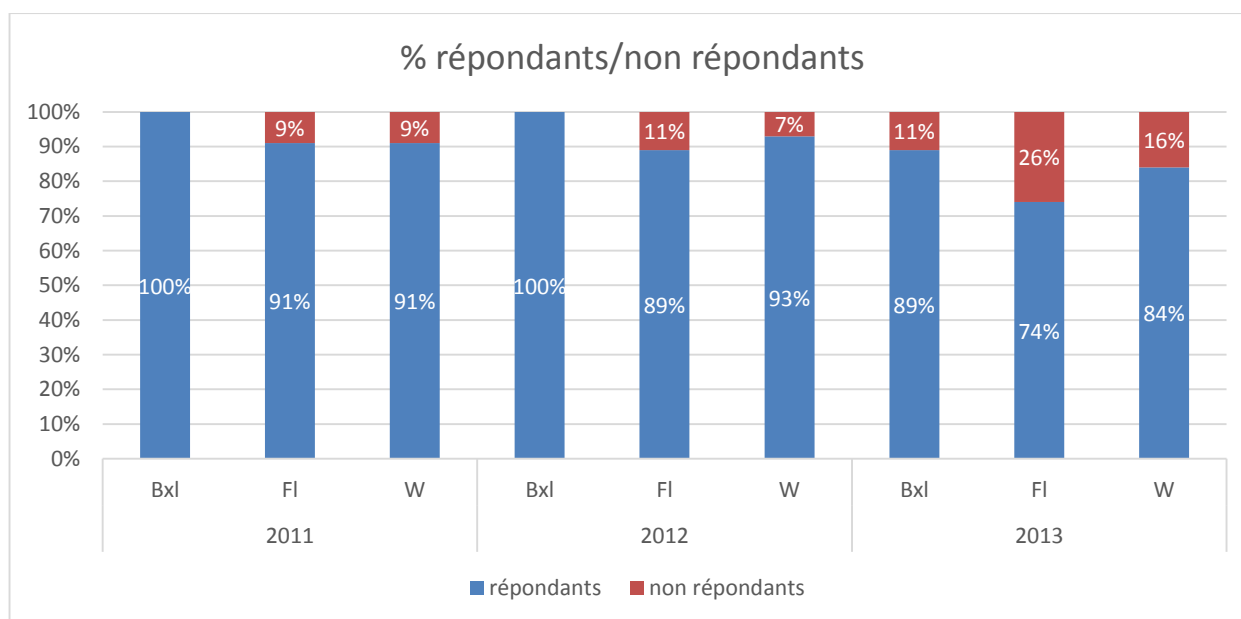
- 4.f Evaluation du risque de comportement agressif

III. Indicateurs de résultats

- 4.g Incidence des sédations
- 4.h Incidence des maîtrises physiques

Taux de réponse par région

	Répondants						Pas de réponse					
	2011		2012		2013		2011		2012		2013	
Bruxelles	18	100%	18	100%	16	89%	0	0%	0	0%	2	11%
Flandre	60	91%	59	89%	49	74%	6	9%	7	11%	17	26%
Wallonie	40	91%	41	93%	37	84%	4	9%	3	7%	7	16%



II. Méthodologie

Le CFQAI a pour mandat de définir et de développer un ensemble d'indicateurs qui permettent d'évaluer l'activité infirmière.

L'objectif du Conseil est principalement de soutenir les hôpitaux dans leur processus d'amélioration continue de la qualité des soins. Les résultats des indicateurs récoltés peuvent aider les hôpitaux à s'auto-évaluer. Cette méthode peut soutenir les bonnes pratiques.

Cette première évaluation doit être considérée comme une « mesure au temps 0 » : une évolution positive des résultats des indicateurs est espérée au fil des années.

Il existe une base méthodologique sur le plan de la construction des indicateurs : le Conseil a décidé d'adopter le principe de suivis d'ISI (indicateurs relatifs aux soins infirmiers) dans ses activités futures d'évaluation de la qualité de l'activité infirmière.

Pour le développement d'un système d'ISI, le CFQAI opte pour le modèle conceptuel des indicateurs de Donabedian dans lequel les indicateurs :

- ☐ évaluent la structure dans laquelle les infirmiers sont organisés,
- ☐ évaluent les processus dans lesquels le soin infirmier est inclus et
- ☐ évaluent les résultats des soins infirmiers ou si le résultat escompté est atteint.

La sélection des ISI doit être mûrement réfléchi. Ils ne doivent pas uniquement être pertinents ou valides, mais aussi fiables, mesurables et exécutables. Ils doivent permettre une analyse comparative, soutenir la pratique quotidienne et pouvoir l'améliorer.

Indicateurs de structure

Les premiers indicateurs étudiés dans le rapport sont des indicateurs de structure. Ces indicateurs sont calculés grâce à des critères, ç-à-d des questions pour lesquelles une réponse dichotomique est attendue (oui ou non). Le nombre de critères par indicateur varie de 2 à 4. Un hôpital qui répond par la négative à un critère sera considéré comme ne rencontrant pas ce critère. Le nombre total de critères (pour l'ensemble des indicateurs de structure) dépend du thème abordé. Pour tous les indicateurs de structure, le premier critère est indépendant alors que les suivants sont dépendants de celui-ci. Concrètement, si le premier critère n'est pas rencontré, les critères suivants ne pourront obligatoirement pas être rencontrés. Par contre, si le premier critère est rencontré, les critères suivants peuvent varier librement.

Dans ce rapport, les résultats suivants sont présentés :

1. Pour chaque indicateur de structure, le nombre et le pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent de 0 à X critères (en fonction du nombre de critères de l'indicateur).

Sur cette base, par indicateur et par hôpital, un score en pourcentage est calculé grâce à la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de critères rencontrés par l'hôpital pour un indicateur}}{\text{Nombre de critères total de cet indicateur}} \times 100$$

2. Pour chaque indicateur de structure, le nombre et le pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent chaque critère. Pour les critères indépendants, le numérateur correspond au nombre d'hôpitaux répondants. Pour les critères dépendants d'un indicateur, le numérateur sera le nombre d'hôpitaux ayant rencontré le premier critère de cet indicateur.
3. Pour chaque indicateur de structure, un benchmarking comparant le score (voir formule ci-dessus) des hôpitaux qui ont été classés par catégorie de lits (< 400 lits; 400 à 800 lits et plus de 800 lits) et par score individuel.
4. Pour chaque indicateur de structure, un benchmarking comparant le score (voir formule ci-dessus) des hôpitaux qui ont été classés par région (Région bruxelloise; Flandre; Wallonie)
5. Pour l'ensemble des indicateurs de structure, le nombre et le pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent de 0 à x critères.

Sur cette base, par hôpital, un score global en pourcentage est calculé grâce à la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de critères rencontrés par l'hôpital pour tous les indicateurs}}{15 (= \text{Nombre total de critères})} \times 100$$

6. Pour l'ensemble des indicateurs de structure, un benchmarking comparant le score global (voir formule ci-dessus) des hôpitaux qui ont été classés par catégorie de lits (< 400 lits ; 400 à 800 lits ; et plus de 800 lits) et par score individuel.
7. Pour l'ensemble des indicateurs de structure, un benchmarking comparant le score global (voir formule ci-dessus) des hôpitaux qui ont été classés par région (Région bruxelloise ; Flamande ; Wallonie)

Indicateurs de processus

Le deuxième type d'indicateurs abordés dans ce rapport sont des indicateurs de processus. Ces indicateurs sont calculés grâce à des proportions de patients répondants aux conditions de l'indicateur par rapport à un total de patients.

Les résultats suivants sont présentés :

1. Pour chaque indicateur de processus, le nombre et le pourcentage d'hôpitaux qui soit, n'ont pas mesuré l'indicateur soit, ont obtenu une proportion entrant dans l'une des catégories suivantes :
 - 0% des patients
 - entre 1 et 20% des patients
 - entre 21 et 40% des patients
 - entre 41 et 60% des patients
 - entre 61 et 80% des patients
 - entre 81 et 100% des patients

2. Pour chaque indicateur de processus, un benchmarking comparant le score (proportion) des hôpitaux qui ont mesuré l'indicateur. Les hôpitaux sont classés par catégorie de lits (< 400 lits; 400 à 800 lits et plus de 800 lits) et par score individuel.

Indicateurs de résultats

Les derniers indicateurs de ce rapport sont des indicateurs de résultats . Ces indicateurs sont calculés sur base des pourcentages de patients répondants aux conditions de l'indicateur par rapport à un total de patients. La somme de ces indicateurs (nombre de patients suivant la catégorie) donnera la prévalence instantanée totale des patients.

Les résultats suivants sont présentés :

1. Pour chaque indicateur de résultats, le nombre et le pourcentage d'hôpitaux qui soit, n'ont pas mesuré l'indicateur soit, ont obtenu une proportion entrant dans l'une des catégories suivantes :
 - 0% des patients
 - entre 1 et 20% des patients
 - entre 21 et 40% des patients
 - entre 41 et 60% des patients
 - entre 61 et 80% des patients
 - entre 81 et 100% des patients

2. Pour chaque indicateur de processus, un benchmarking comparant le score (proportion) des hôpitaux qui ont mesuré l'indicateur. Les hôpitaux sont classés par catégorie de lits (< 400 lits; 400 à 800 lits et plus de 800 lits) et par score individuel.

III. Hôpitaux généraux

A. Escarres

Une escarre est une lésion localisée de la peau et/ou du tissu sous-jacent, généralement à hauteur d'une saillie osseuse, résultant d'une pression combinée à un frottement. Divers autres facteurs favorisants ou influençants sont également associés aux escarres ; la signification de ces facteurs fait l'objet d'études (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009).

Indicateurs de structure

CFQAI 1a Protocole Evidence Based pour la prévention d'escarres

Indicateur CFQAI 1a : Protocole Evidence Based pour la prévention d'escarres est calculé grâce aux 3 critères ci-dessous :

Critère 1 : Existe-t-il au 31/12/2013, dans l'hôpital, un protocole Evidence Based ?

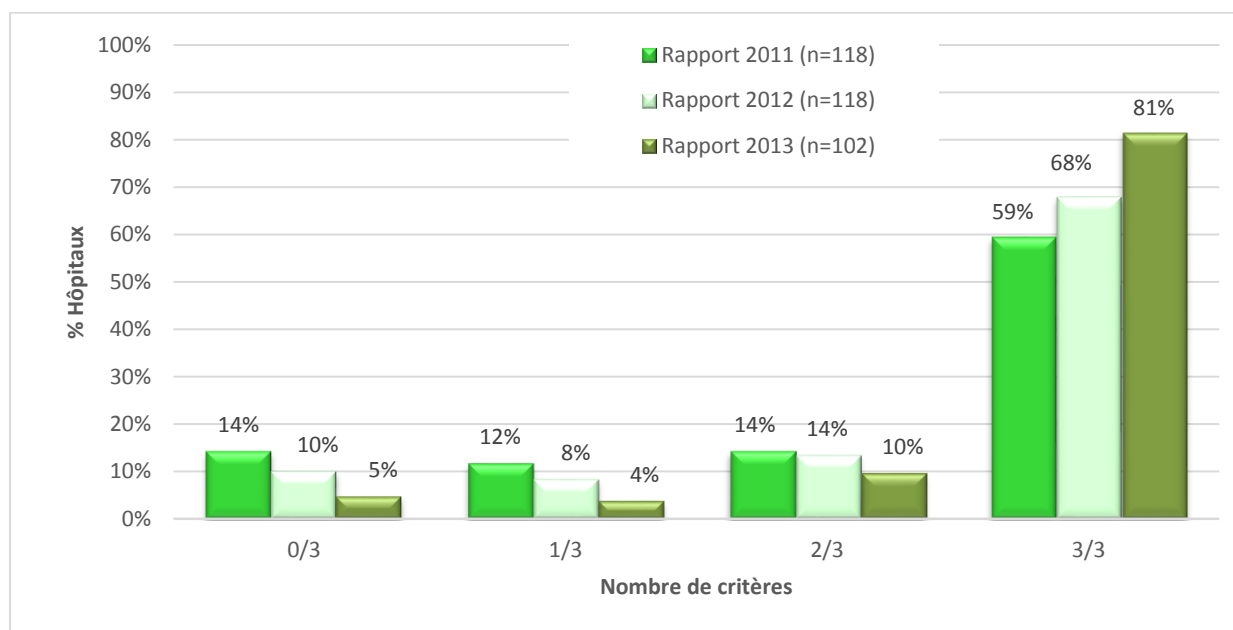
Si oui,

Critère 2 : Le responsable du document est-il identifié sur le protocole ?

Critère 3 : La date de validité et de révision est-elle indiquée sur le protocole ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1, 2 ou 3 critère(s) de l'indicateur CFQAI 1a

Evolution 2011-2012-2013



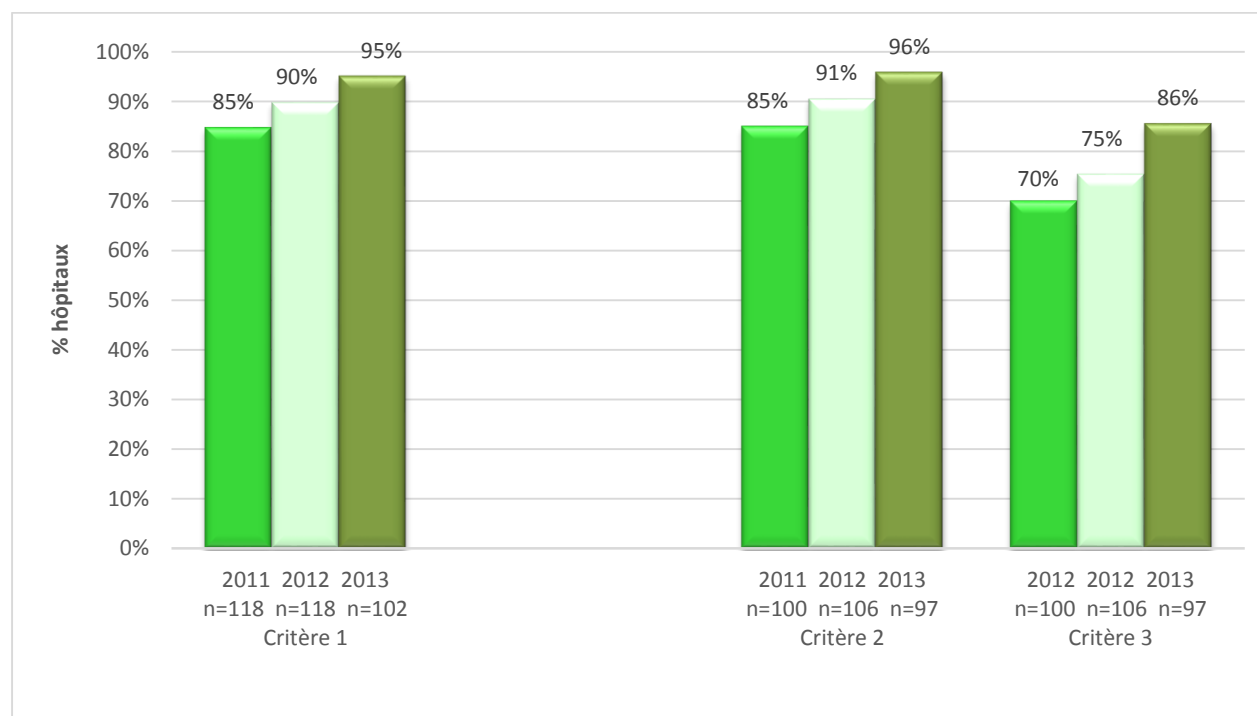
Nombre et pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0,1,2 ou 3 critère(s) de l'indicateur CFQAI 1a

Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/3	17	14,4%	12	10,2%	5	4,9%	-9,5%
33%	1/3	14	11,9%	10	8,5%	4	3,9%	-7,9%
67%	2/3	17	14,4%	16	13,6%	10	9,8%	-4,6%
100%	3/3	70	59,3%	80	67,8%	83	81,4%	+22,1%
TOTAL		118	100%	118	100%	102	100%	

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 1a

Evolution 2011-2012-2013



Critères 2 et 3 dépendent du critère 1. Seuls les hôpitaux qui répondent au premier critère peuvent répondre aux deux autres.

CFQAI 1b Infirmier(e) de référence escarres

Indicateur CFQAI1b : Infirmier(e) de référence escarres est calculé grâce aux 4 critères ci-dessous :

Critère 1 : Existe-t-il au 31/12/2013 dans l'hôpital une infirmière de référence "escarres"? (attention : ceci est différent d'une infirmière de référence pour les plaies sauf si celle-ci combine explicitement les 2 fonctions)

Si oui,

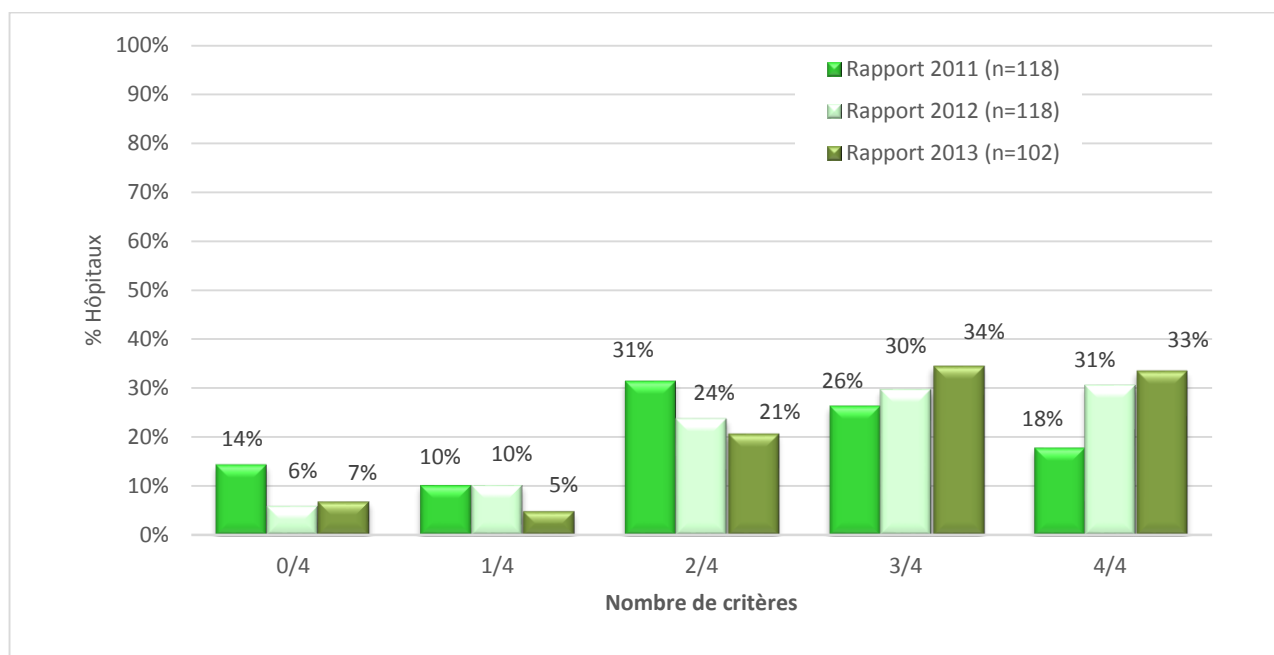
Critère 2 : Est-ce qu'il y a une description de fonction de l'infirmière de référence "escarres" dans votre institution ?

Critère 3 : L'infirmière de référence "escarres" est-elle dédiée à cette fonction $\geq 1/5$ ETP (au moins 8h par semaine) ?

Critère 4 : L'infirmière de référence "escarres" a durant cette année organisé au moins une action de formation interne concernant les escarres et leur prévention ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1, 2, 3 ou 4 critère(s) de l'indicateur CFQAI 1b

Evolution 2011-2012-2013



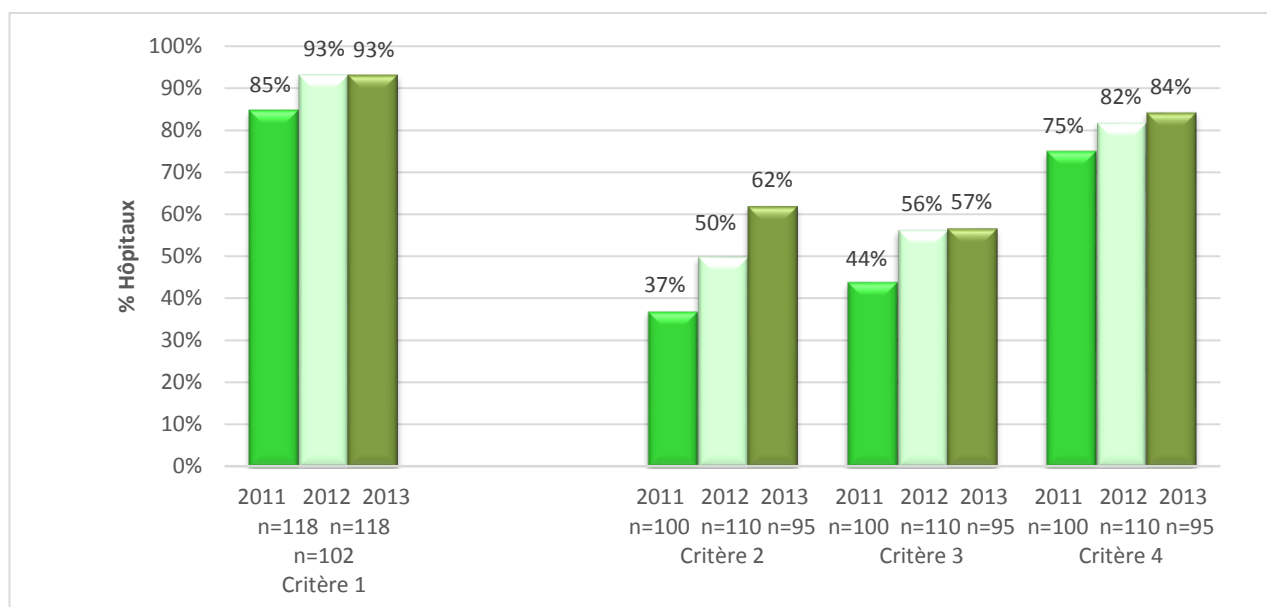
Nombre et pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0,1,2 ou 3 critère(s) l'indicateur CFQAI 1b

Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/4	17	14,4%	7	5,9%	7	6,9%	-7,5%
25%	1/4	12	10,2%	12	10,2%	5	4,9%	-5,3%
50%	2/4	37	31,4%	28	23,7%	21	20,6%	-10,8%
75%	3/4	31	26,3%	35	29,7%	35	34,3%	+8,0%
100%	4/4	21	17,8%	36	30,5%	34	33,3%	+15,5%
TOTAL		118	100%	118	100%	102	100%	

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 1b

Evolution 2011-2012-2013



Critères 2, 3 et 4 dépendent du critère 1. Seuls les hôpitaux qui ont répondu au critère 1, peuvent répondre aux trois suivant.

CFQAI 1c Comité "escarres" multidisciplinaire

Indicateur CFQAI 1c : Comité "escarres" multidisciplinaire est calculé grâce aux 2 critères ci-dessous :

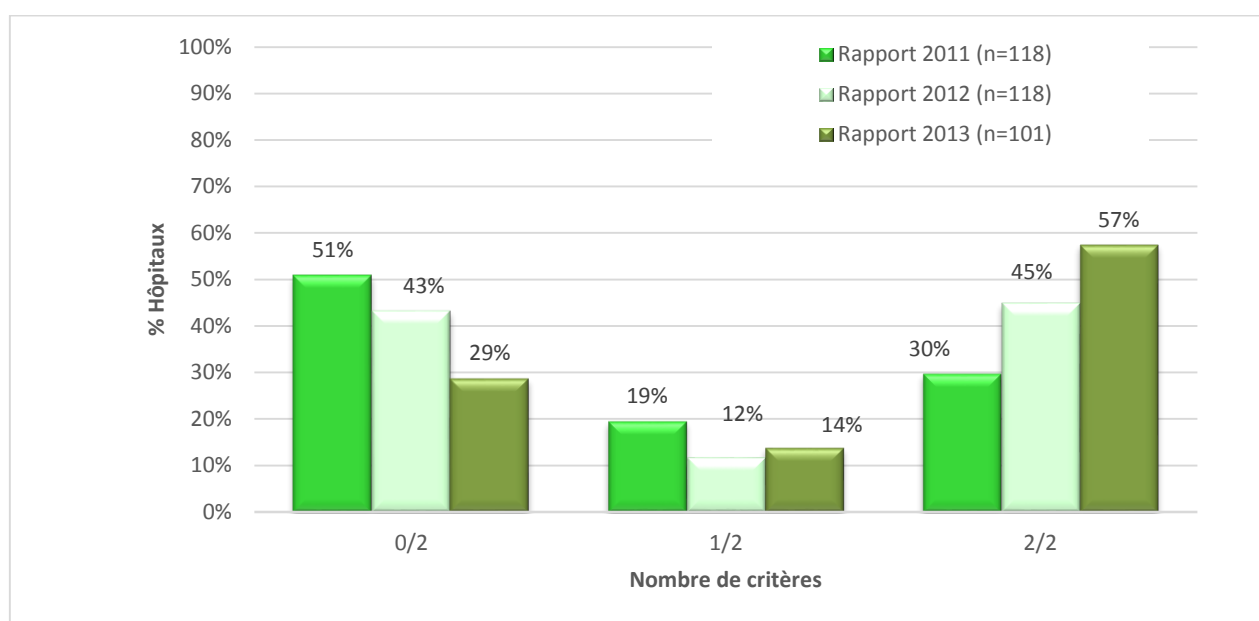
Critère 1 : Existe-t-il au 31/12/2013 dans l'hôpital un comité "escarres" multidisciplinaire? (attention : ceci est différent d'un comité pour les plaies sauf si celui-ci combine explicitement les 2 fonctions)

Si oui,

Critère 2 : Ce comité s'est-il réuni au moins 3x en 2013 ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s) de l'indicateur CFQAI 1c

Evolution 2011-2012-2013



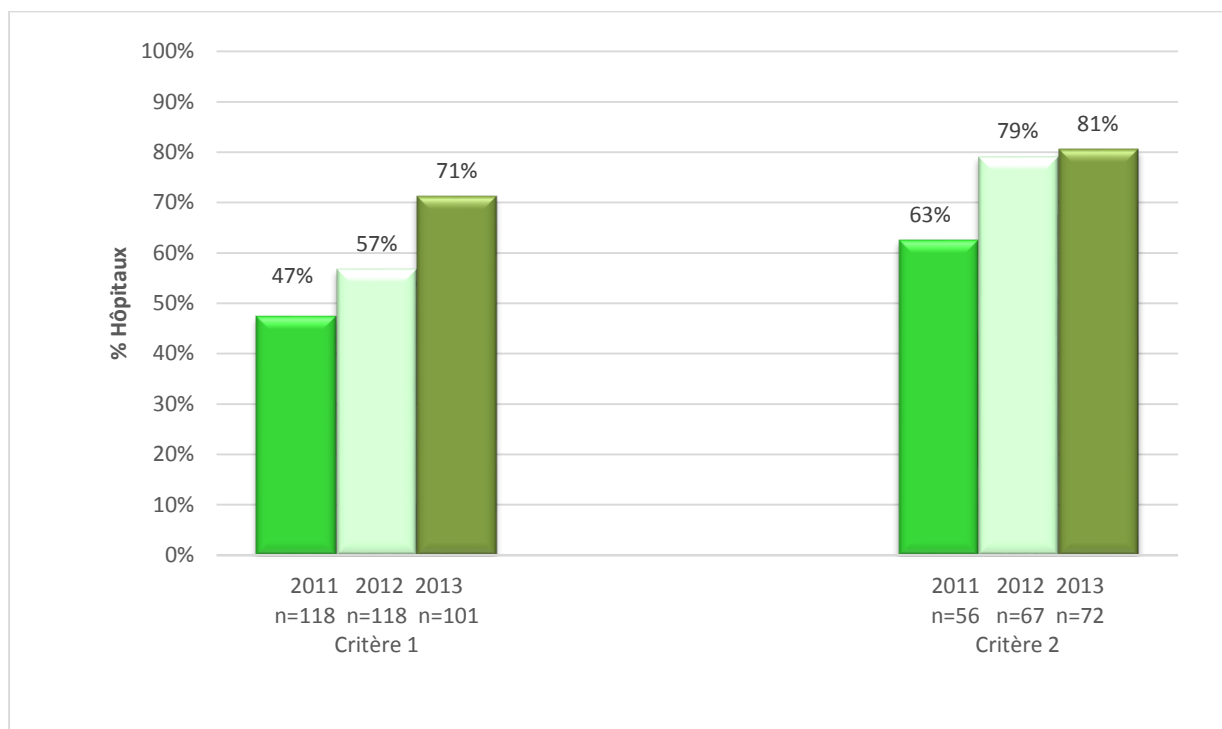
Nombre et pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0,1 ou 2 critère(s) l'indicateur CFQAI 1c

Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/2	60	50,8%	51	43,2%	29	28,7%	-22,1%
50%	1/2	23	19,5%	14	11,9%	14	13,9%	-5,6%
100%	2/2	35	29,7%	53	44,9%	58	57,4%	+27,8%
TOTAL		118	100%	118	100%	101	100%	

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 1c

Evolution 2011-2012-2013



Le critère 2 dépend du critère 1. Seuls les hôpitaux ayant répondu au premier critère pourront répondre au suivant.

CFQAI 1d Mesurer la prévalence des escarres

Indicateur CFQAI 1d : Mesurer la prévalence des escarres est calculé grâce aux 4 critères ci-dessous :

Critère 1 : Au plus tard le 31/12/2013 une mesure régulière de la prévalence des escarres a-t-elle été effectuée ?

Si oui,

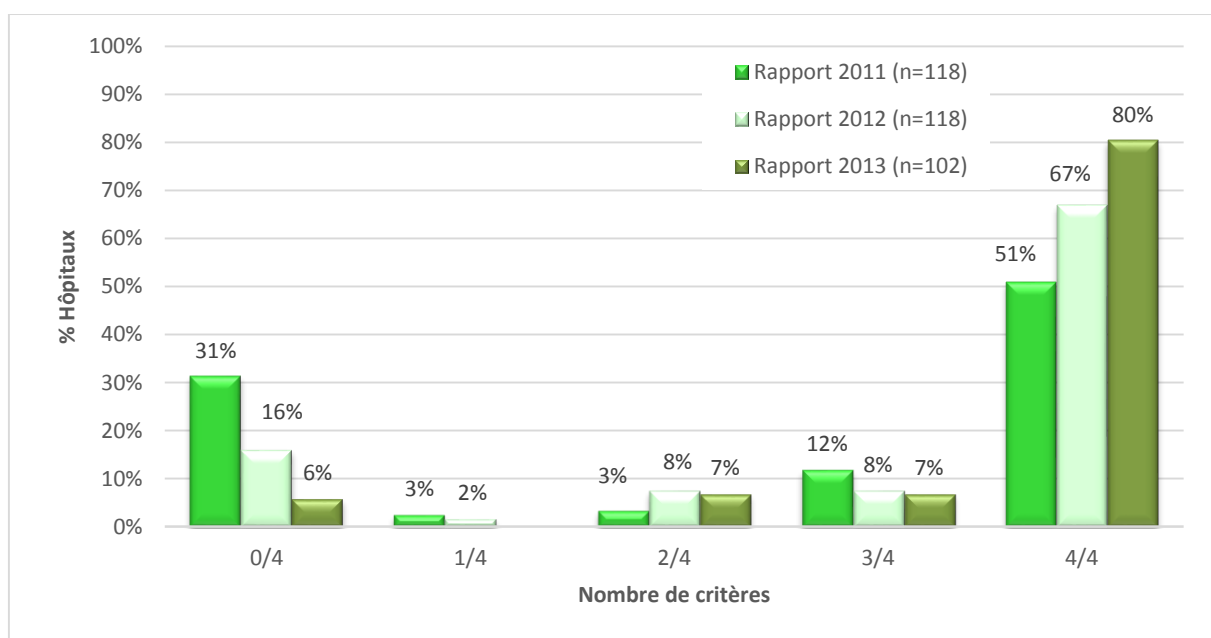
Critère 2 : Les résultats de ces mesures sont-ils enregistrés dans une base de données ?

Critère 3 : Les résultats de ces mesures sont-ils publiés dans un rapport (interne) ?

Critère 4 : Ce rapport est-il diffusé au sein des différentes unités participantes ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s) de l'indicateur CFQAI 1d

Evolution 2011-2012-2013



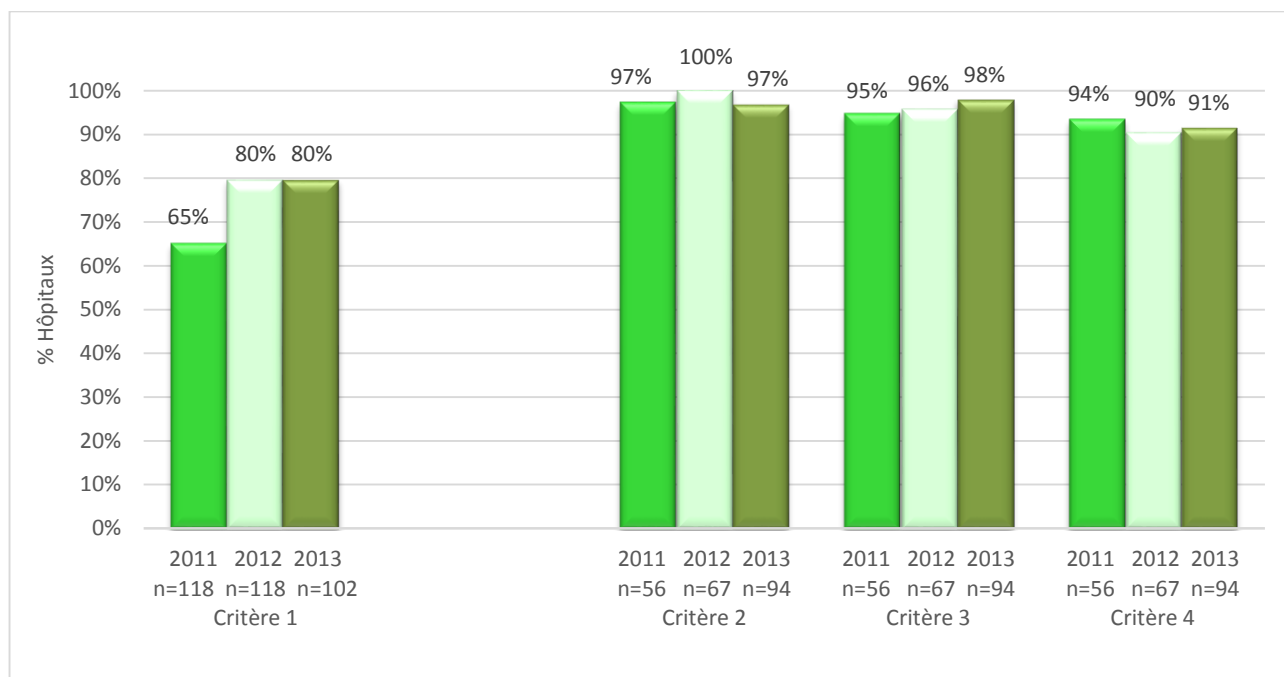
Nombre et pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent les critères de l'indicateur CFQAI 1d

Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/4	37	31,4%	19	16,1%	6	5,9%	-25,5%
25%	1/4	3	2,5%	2	1,7%	0	0,0%	-2,5%
50%	2/4	4	3,4%	9	7,6%	7	6,9%	+3,5%
75%	3/4	14	11,9%	9	7,6%	7	6,9%	-5,0%
100%	4/4	60	50,8%	79	66,9%	82	80,4%	+29,5%
TOTAL		118	100%	118	100%	102	100%	

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 1d

Evolution 2011-2012-2013



Les critères 2, 3 et 4 dépendent du critère 1. Seuls les hôpitaux ayant répondu au premier critère pourront répondre aux trois suivants.

CFQAI 1e Disponibilité de matériel de prévention

Indicateur CFQAI 1e : Disponibilité de matériel de prévention est calculé grâce aux 2 critères ci-dessous :

Critère 1 : Au plus tard le 31/12/2013 le matériel de prévention décrit ci-dessous est-il disponible ?

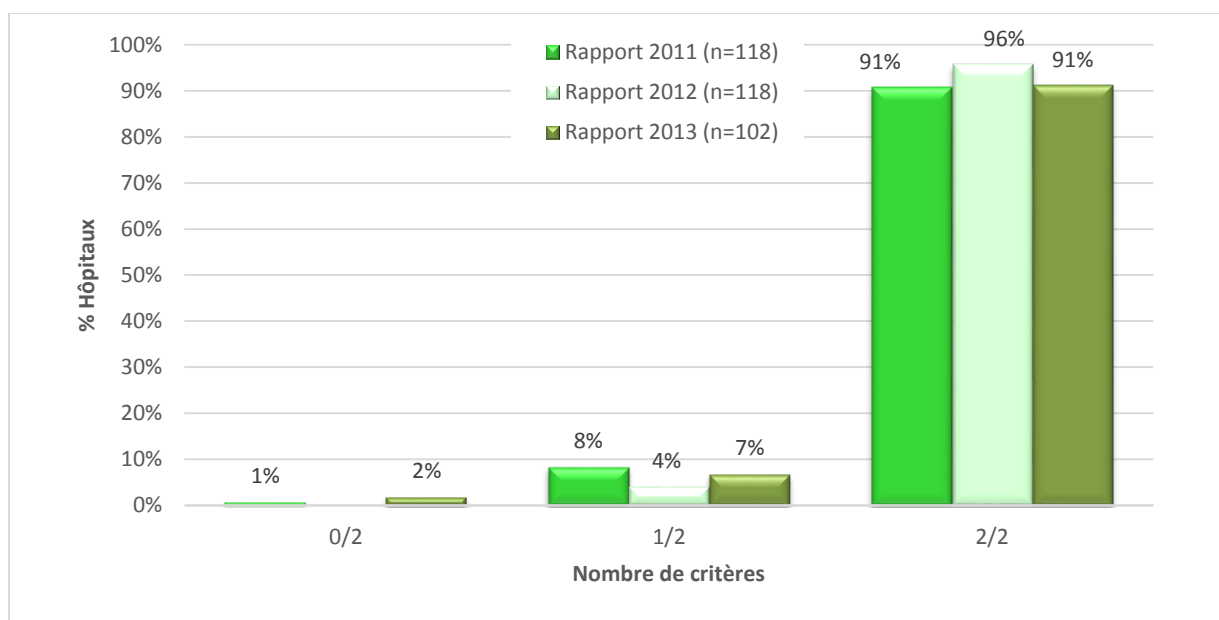
Si oui,

Critère 2 : Tout ce matériel de prévention peut-il être mis à la disposition d'une unité de soins dans les 4h de sa demande, tous les jours de la semaine, y compris le dimanche ?

Le graphique et tableau qui suivent présentent le pourcentage et le nombre d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s).

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s) de l'indicateur CFQAI 1e

Evolution 2011-2012-2013



Nombre et pourcentage des hôpitaux qui rencontrent les critères de l'indicateur CFQAI 1e

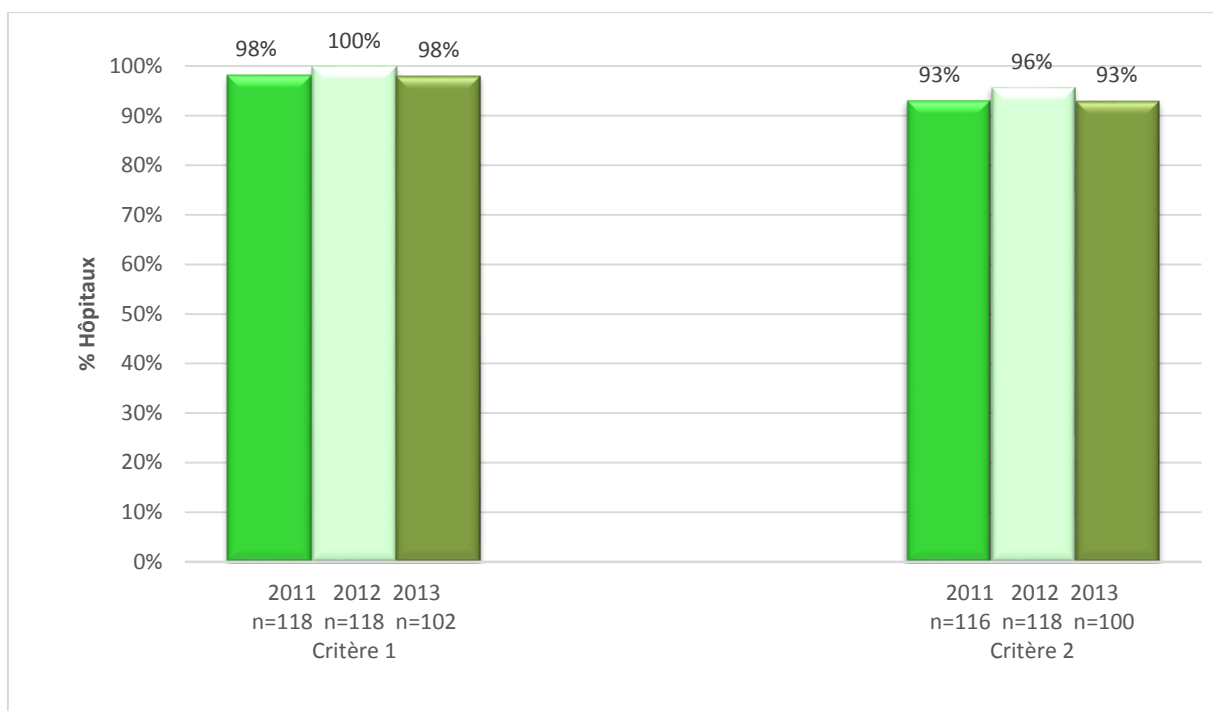
Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/2	1	0,8%	0	0,0%	2	2,0%	+1,1%
50%	1/2	10	8,5%	5	4,2%	7	6,9%	-1,6%
100%	2/2	107	90,7%	113	95,8%	93	91,2%	+0,5%
TOTAL		118	100%	118	100%	102	100%	

Plus de 90% des hôpitaux remplissent les 2 critères de cet indicateur.

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 1e

Evolution 2011-2012-2013



Le critère 2 dépend du critère 1. Seuls les hôpitaux ayant répondu au premier critère pourront répondre au suivant.

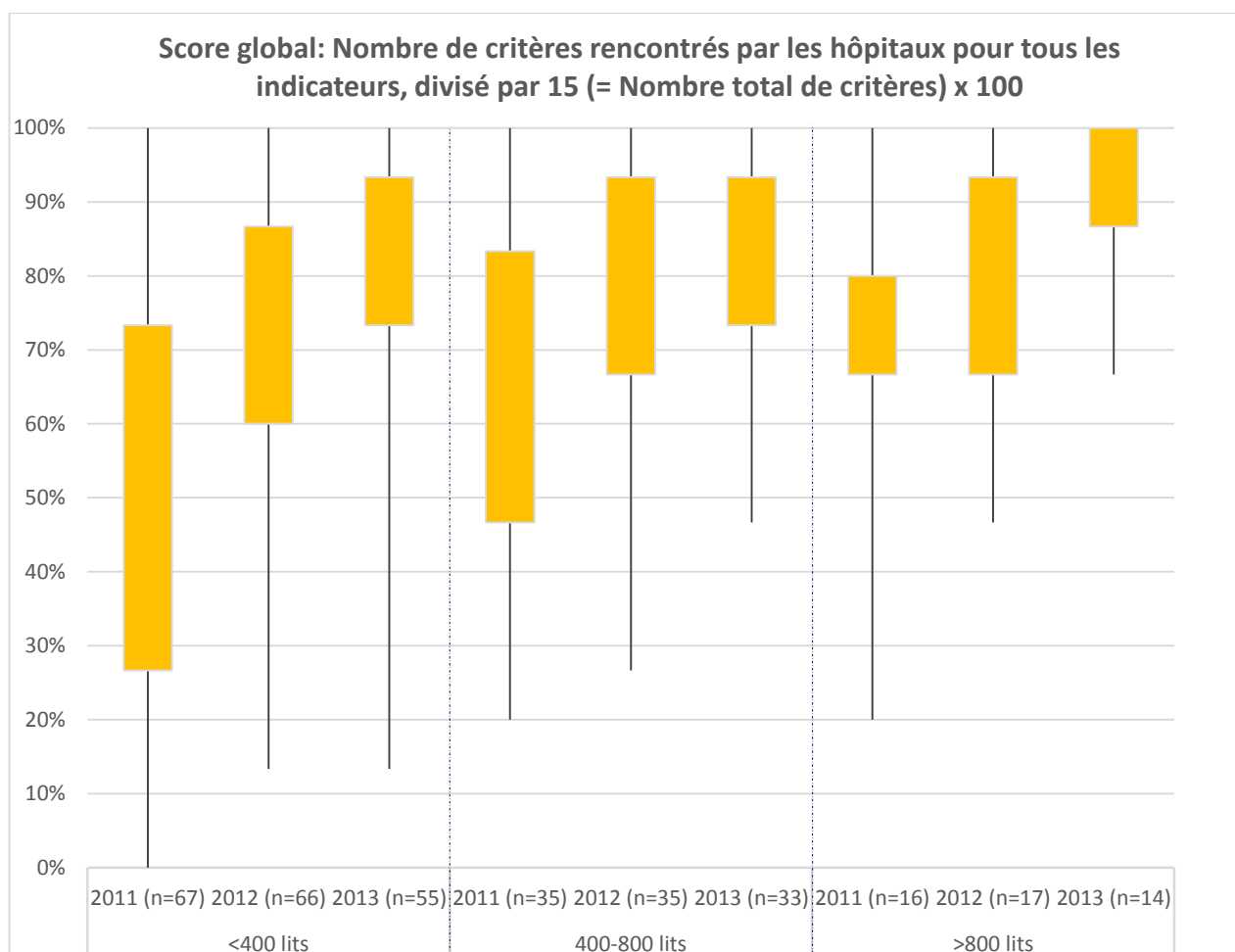
Score global pour les indicateurs de structure

Le tableau ci-dessous est un benchmarking dans lequel les hôpitaux sont classés par région (Bruxelles (n=16); Flandre (n=49); Wallonie (n=37)) et par score global individuel.

Hôpitaux classés en fonction de la région et de leur score global pour les indicateurs de structure (n=102) en 2013

Score total indicateurs de structure (n =15)	Bruxelles (n=16)		Flandre (n=49)		Wallonie (n=37)		Total	
0/15 critère	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
1/15 critère	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
2/15 critères	1	0,0%	0	0,0%	1	2,7%	1	1,0%
3/15 critères	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
4/15 critères	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
5/15 critères	0	6,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%
6/15 critères	1	6,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%
7/15 critères	1	6,3%	0	0,0%	1	2,7%	2	2,0%
8/15 critères	1	6,3%	0	0,0%	1	2,7%	2	2,0%
9/15 critères	0	0,0%	2	4,1%	1	2,7%	3	2,9%
10/15 critères	4	25,0%	3	6,1%	1	2,7%	8	7,8%
11/15 critères	2	12,5%	9	18,4%	7	18,9%	18	17,6%
12/15 critères	1	6,3%	8	16,3%	3	8,1%	12	11,8%
13/15 critères	3	18,8%	10	20,4%	3	8,1%	16	15,7%
14/15 critères	0	0,0%	7	14,3%	14	37,8%	21	20,6%
15/15 critères	2	12,5%	10	20,4%	4	10,8%	16	15,7%
Sans réponses	0	0,0%	0	0,0%	1	2,7%	1	1,0%
Total	16	100,0%	49	100,0%	37	100,0%	102	100,0%

Le graphique ci-dessous est un benchmarking dans lequel les hôpitaux sont classés par catégorie de lits (< 400 lits; 400 à 800 lits; > 800 lits) et par score global individuel pour les indicateurs de structure.



Le tableau des scores globaux (cf. 15 critères) montre clairement que les hôpitaux, sur les trois années d'enregistrement, évoluent de façon à rencontrer tous les critères.

Indicateurs de processus

CFQAI 1f Evaluation du risque

Indicateur CFQAI 1f : Evaluation du risque est calculé grâce au numérateur et dénominateur ci-dessous:

Numérateur : nombre de patients chez qui le risque a été évalué et dont on trouve le résultat de l'évaluation dans le dossier

Dénominateur : nombre de patients présents dans l'institution dans les secteurs concernés

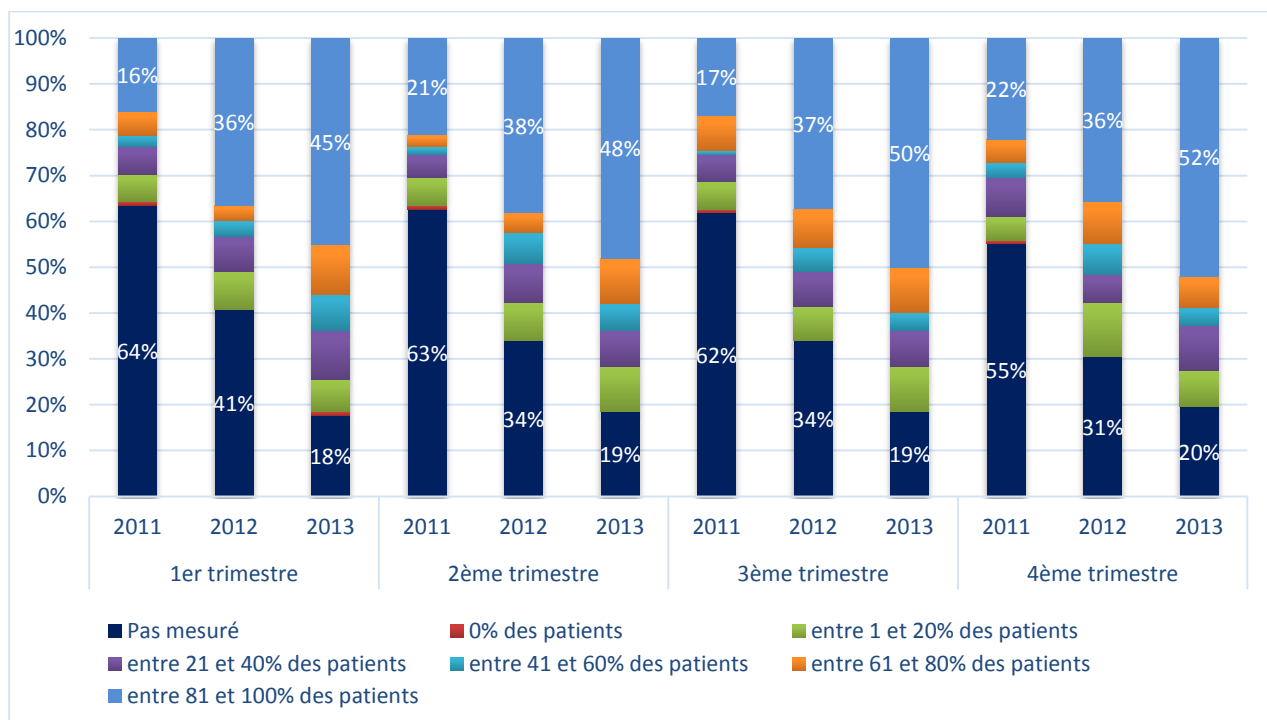
Cet indicateur ne mesure donc pas le risque d'escarre en tant que tel, mais plutôt le pourcentage de patients chez qui ce risque a été évalué et dont on trouve le résultat de cette évaluation dans le dossier.

Le graphique suivant présente le pourcentage et le nombre d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur, soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories suivantes :

- 0% des patients
- entre 1 et 20% des patients
- entre 21 et 40% des patients
- entre 41 et 60% des patients
- entre 61 et 80% des patients

Pourcentage d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur CFQAI 1f, soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories précitées

Evolution 2011 (n=118) -2012 (n=118) -2013 (n=102)



En 2013, 52% des hôpitaux avaient, au 4^{ème} jour d'enregistrement (4^{ème} trimestre), plus de 80% des patients chez qui le risque avait été évalué et dont on trouvait le résultat de l'évaluation dans leur dossier. En 2012 et 2011 le résultat était de seulement 36% et 22%. Le % de 'non mesuré' a évolué de 55% en 2011 à 20% en 2013 (4^{ème} trimestre).

CFQAI 1g Prévention adéquate

Indicateur CFQAI 1g1 : Prévention adéquate: Prévention Escarres au Lit est calculé grâce au numérateur et dénominateur ci-dessous:

Numérateur : nombre de patients à risque qui ont bénéficié d'une prévention adéquate au lit

Dénominateur : nombre de patients à risque observés

Indicateur CFQAI 1g2 : Prévention adéquate: Prévention au Fauteuil est calculé grâce au numérateur et dénominateur ci-dessous :

Numérateur : nombre de patients à risque qui ont bénéficié d'une prévention adéquate au fauteuil

Dénominateur : nombre de patients à risque observés

Indicateur CFQAI 1g3 : Prévention adéquate: Prévention Générale est calculé grâce au numérateur et dénominateur ci-dessous :

Numérateur : nombre de patients à risque qui ont bénéficié d'une prévention adéquate générale

Dénominateur : nombre de patients à risque observés

La prévention adéquate générale n'est pas considérée comme la combinaison de la prévention adéquate au lit et au fauteuil.

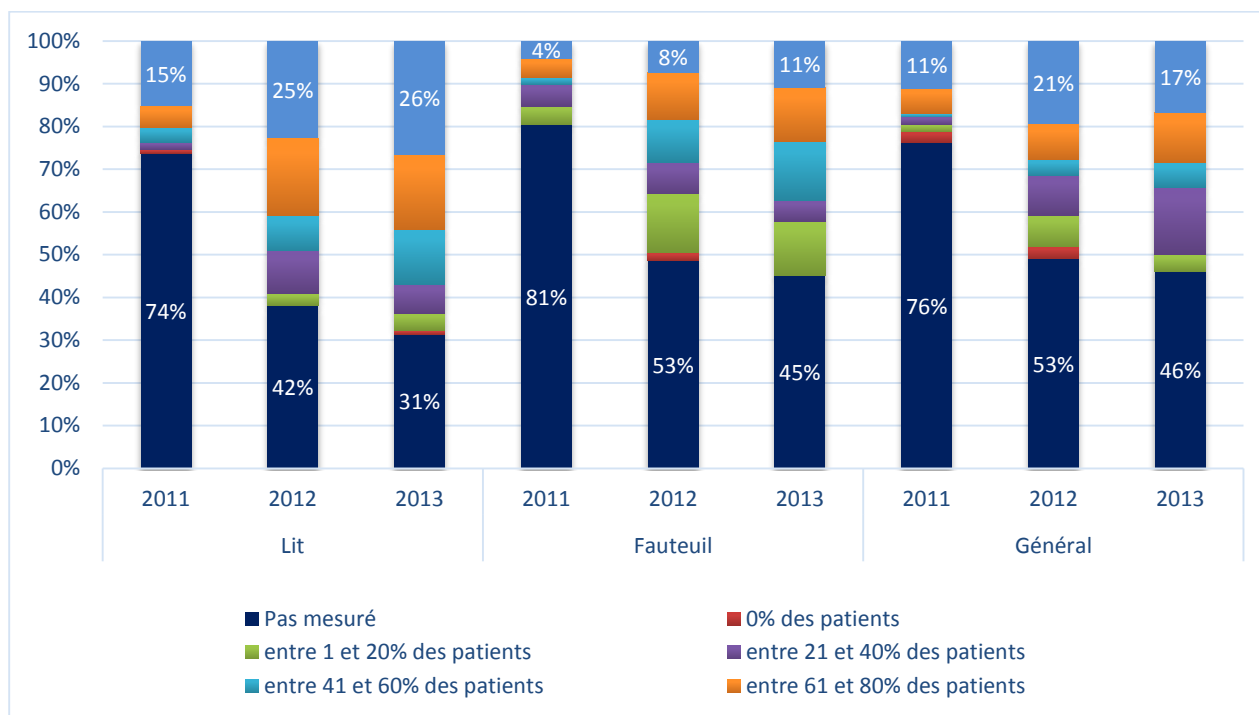
La mesure de la prévention adéquate générale concerne le fait qu'une observation infirmière de l'état de la peau et/ou des points de pression (en dehors de la description des plaies) a été réalisée et indiquée au dossier des patients à risque d'escarre et ce, dans un délai de moins de 24h. En outre, la mesure de la prévention adéquate générale implique qu'un schéma de positionnement et de mobilisation se trouve dans le dossier ou la chambre des patients à risque si ces patients peuvent être mobilisés et qu'ils n'ont pas de matelas dynamique.

Les graphiques et tableaux qui suivent présentent le pourcentage et le nombre d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur, soit ont obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories suivantes :

- 0% des patients
- entre 1 et 20% des patients
- entre 21 et 40% des patients
- entre 41 et 60% des patients
- entre 61 et 80% des patients
- entre 81 et 100% des patients

Pourcentage d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré les indicateurs CFQAI 1g1, 1g2, et 1g3, soit ont obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories précitées

Evolution 2011 (n=118) -2012 (n=118) -2013 (n=102)



L'indicateur de prévention adéquate au lit pour les escarres, en 2013, n'a pas été mesuré pour **31%** des hôpitaux. Pour 2012 et 2011 cela était respectivement de 42 et 76%. Mais seulement **26%** des hôpitaux en 2013 ont observé une prévention escarres adéquate et l'ont enregistrée dans le dossier patient chez plus de 80% des patients lors de l'enregistrement au 4^{ème} jour (4^{ème} trimestre). Les résultats pour la prévention au fauteuil et la prévention générale sont comparables mais sont moins bons que ceux observés pour la prévention au lit. Nous avons respectivement 45% et 46% de 'non mesuré' et 11 et 17 % d'évaluation du risque et transmission du résultat dans le dossier patient pour plus de 80% des patients pour le 4^{ème} jour d'enregistrement (4^{ème} trimestre).

Indicateurs de résultats

CFQAI 1h Prévalence instantanée escarres

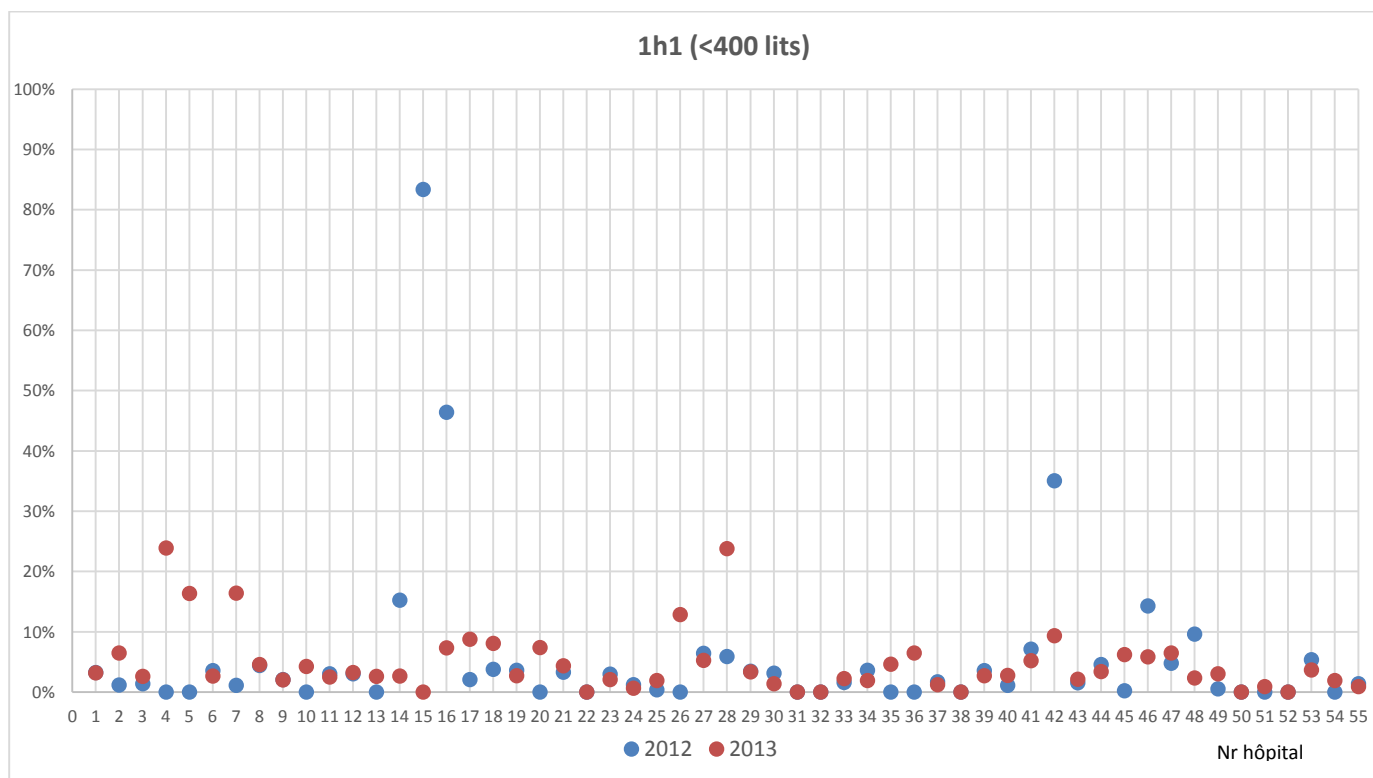
Prévalence escarres Catégorie I - indicateur (CFQAI 1h1)

La lésion de Catégorie I est une rougeur ne disparaissant pas à la pression sur une peau intacte. La zone peut être douloureuse, dure, molle, plus chaude ou plus froide par rapport au tissu adjacent. La Catégorie I peut être difficile à observer chez les personnes à la peau sombre. Ceci pourrait impliquer que ces personnes soient des « personnes à risque ».

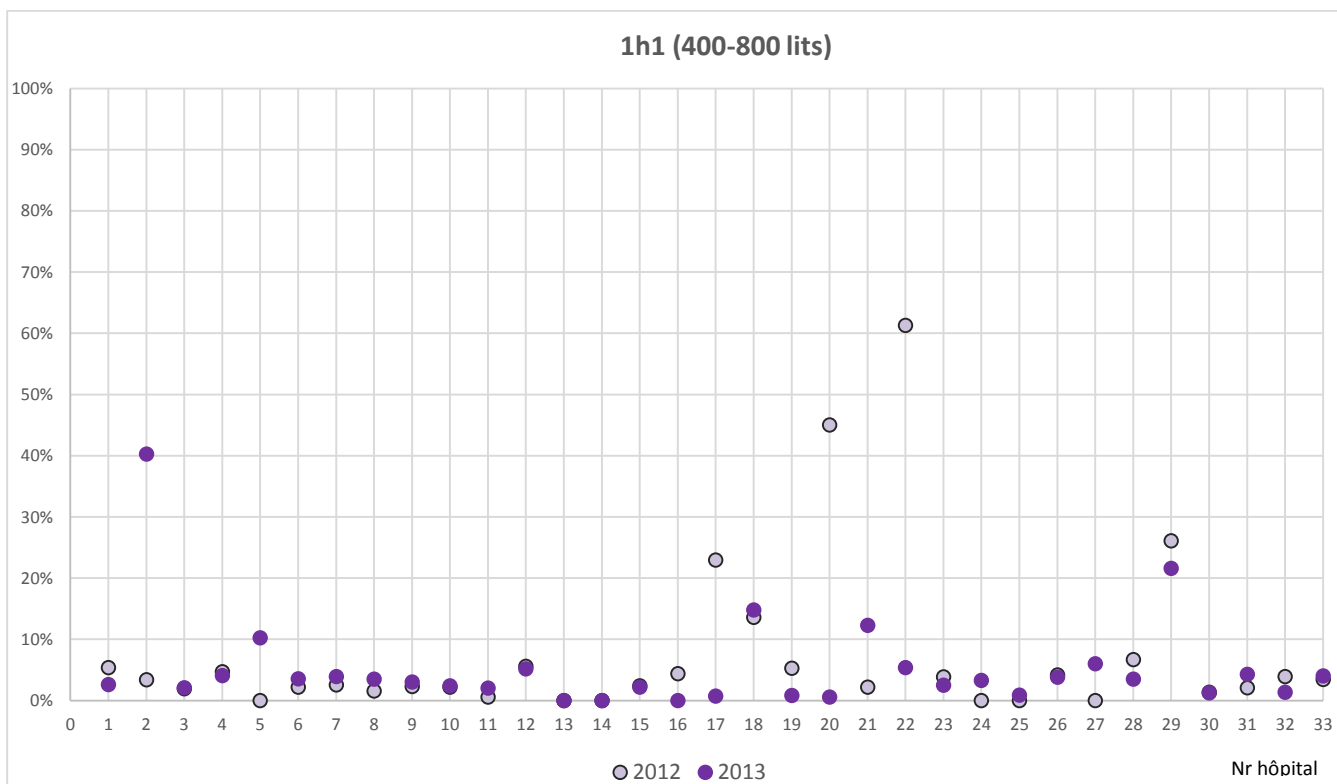
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients observés.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux qui ont enregistré tous les critères	68	76
Nombre de patients observés	81480	113359
Nombre d'escarres cat 1	2846	3503
Prevalence	3,49%	3,09%

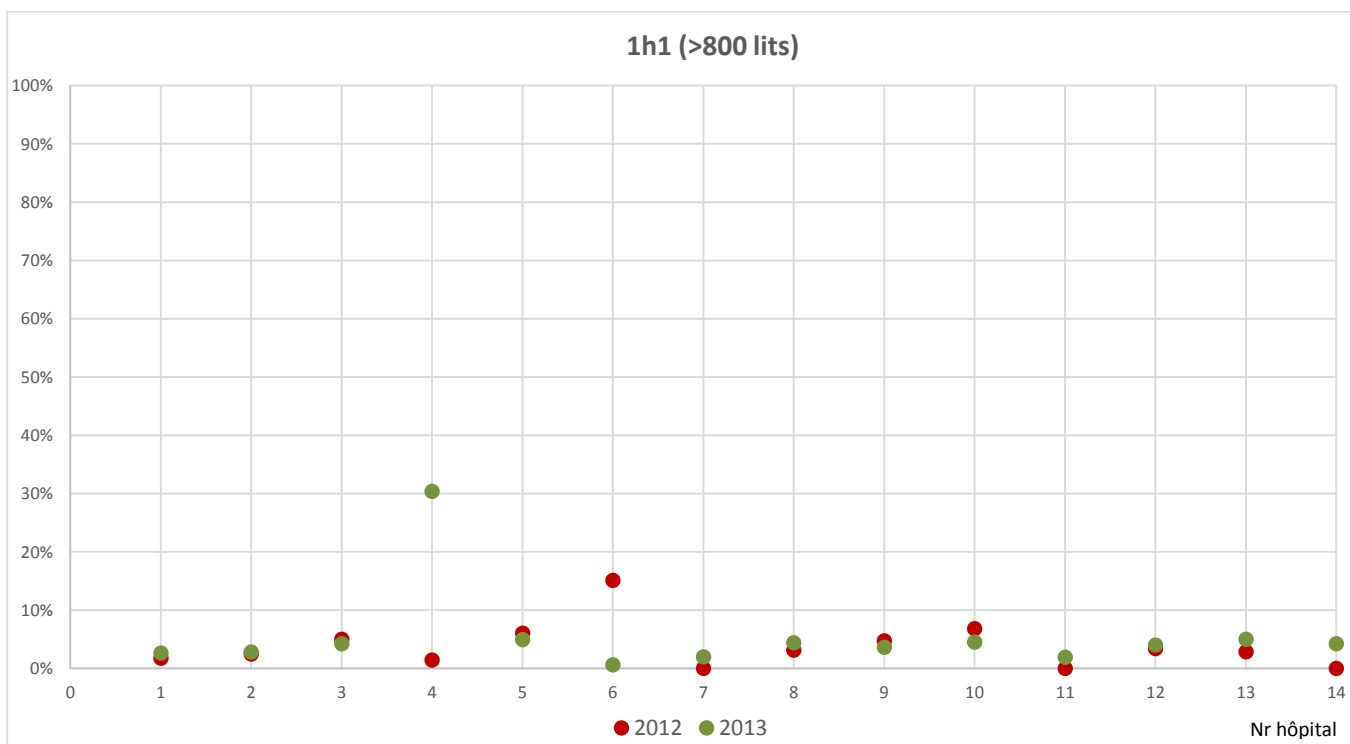
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie I



Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie I



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie I



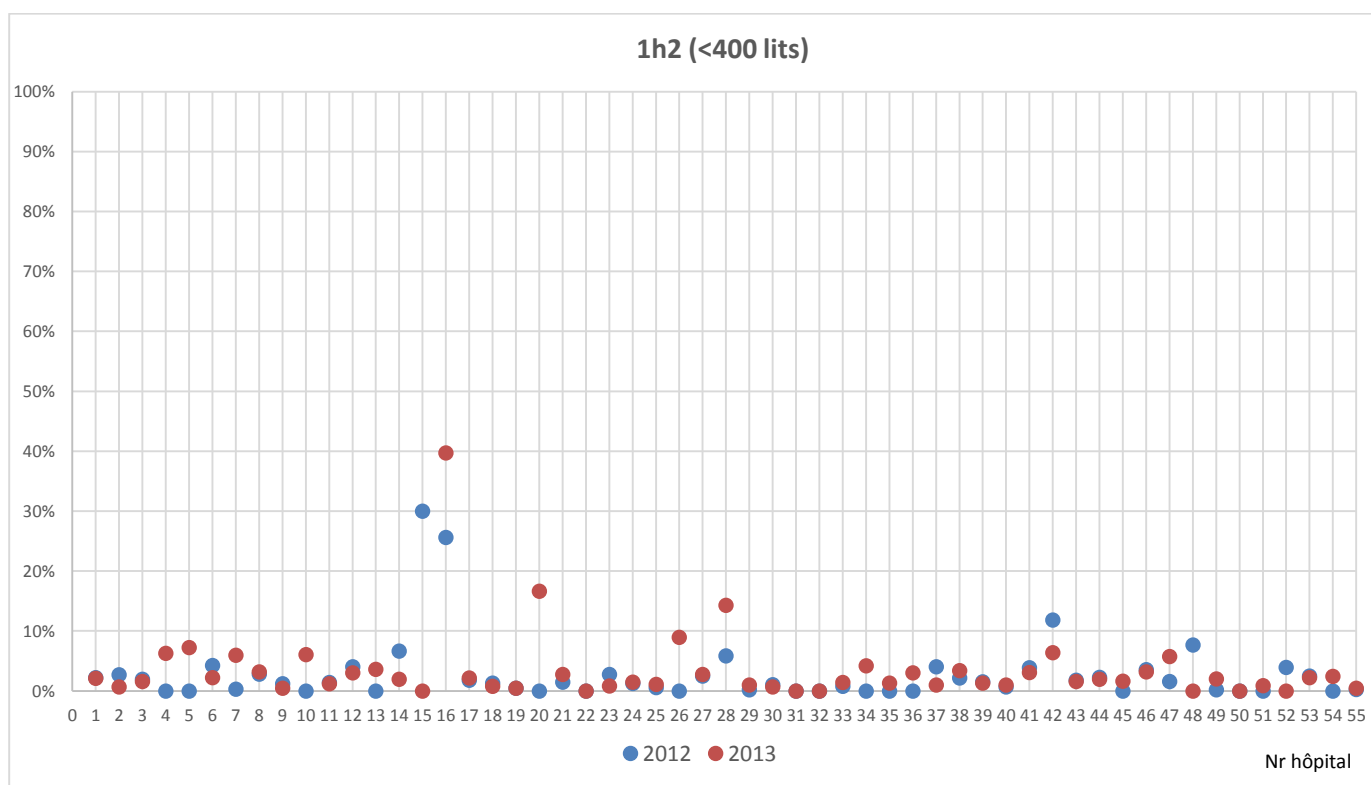
Prévalence escarres Catégorie II - indicateur (CFQAI 1h2)

La lésion de Catégorie II est une disparition d'une partie de la couche cutanée ou phlyctène. Elle se présente comme une plaie superficielle luisante ou sèche, sans exsudat ou contusion. Cette catégorie ne peut servir à décrire des skin tears, des lésions dues aux pansements, des dermatites associées à l'incontinence, la macération ou des éraflures.

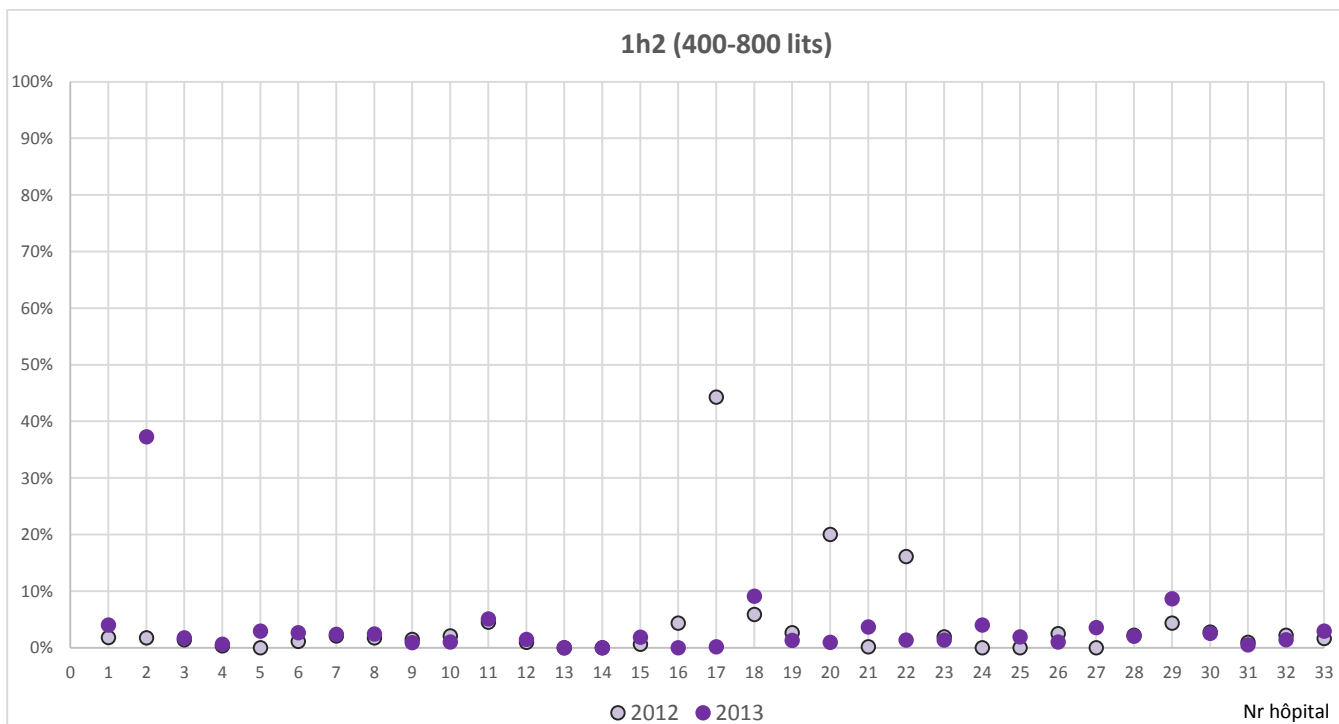
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie II comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients observés.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux qui ont enregistré tous les critères	68	77
Nombre de patients observés	81270	113878
Nombre d'escarres cat 2	1562	1914
Prevalence	1,92%	1,68%

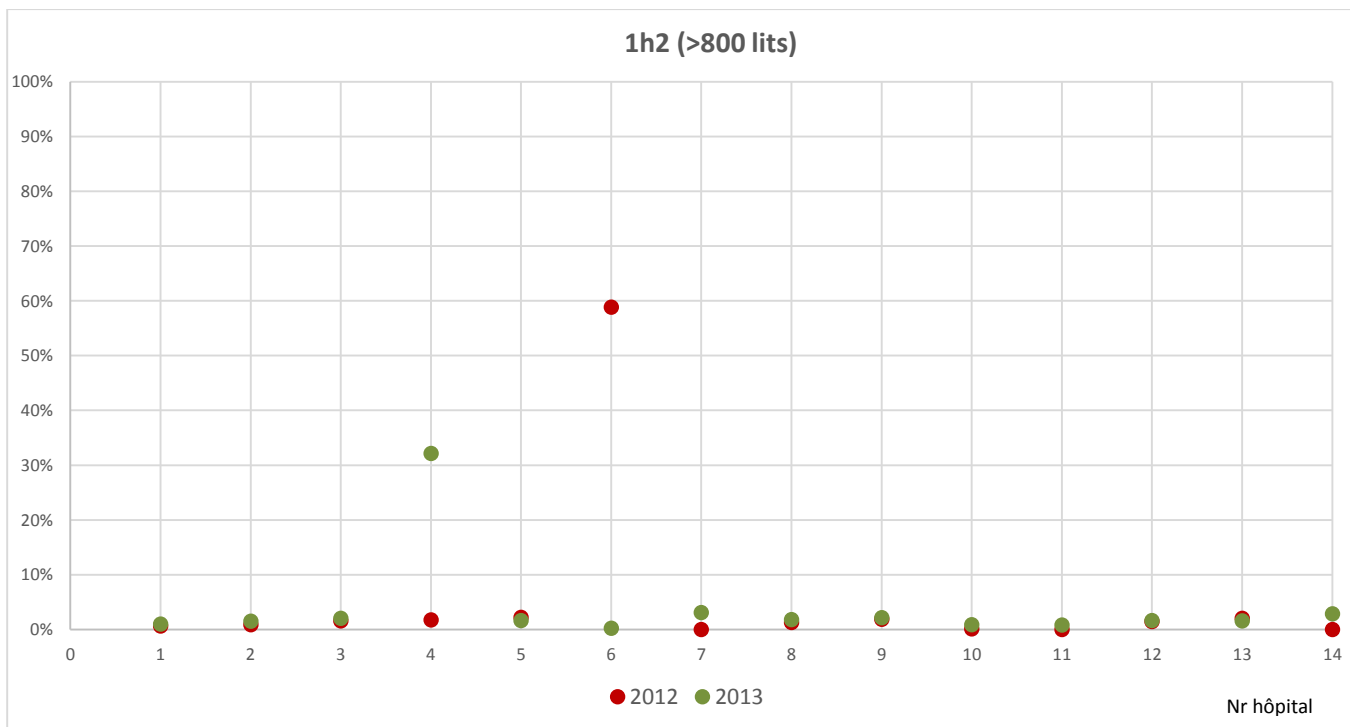
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie II



Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie II



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie II



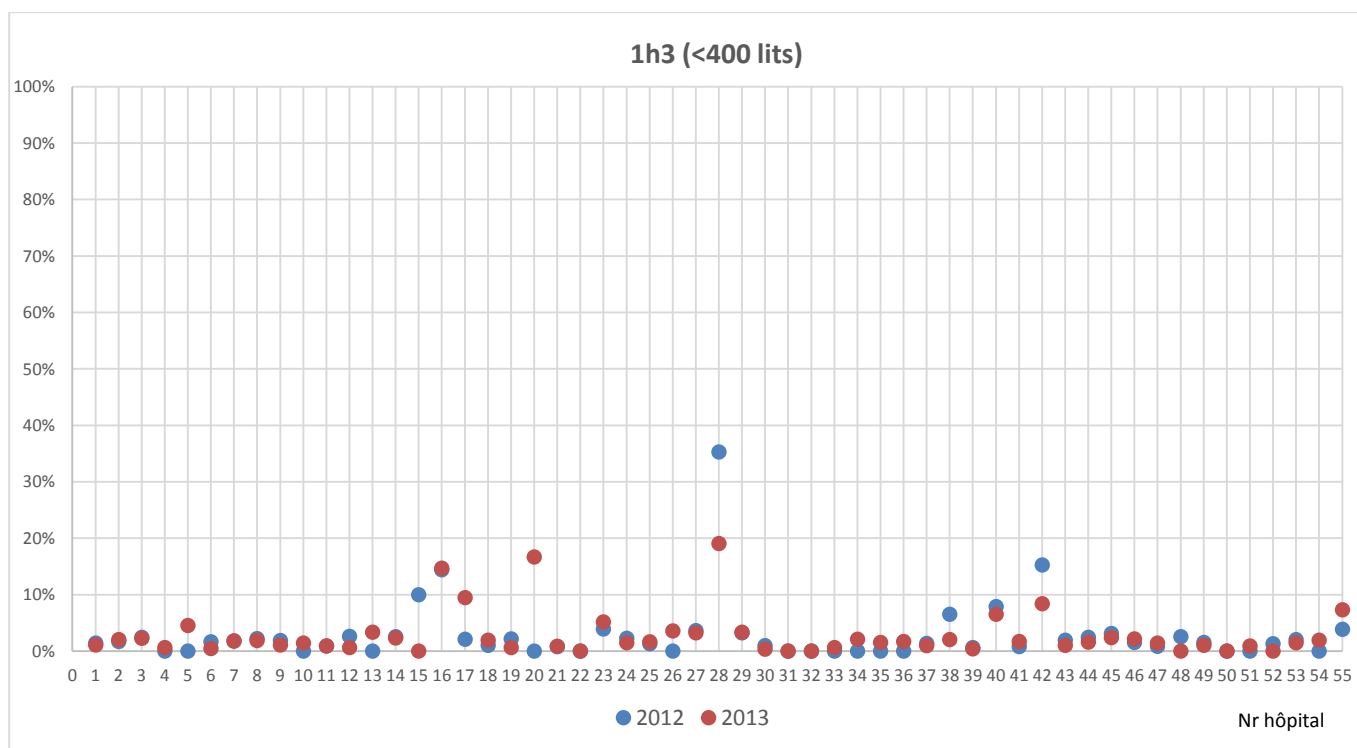
Prévalence escarres Catégorie III - indicateur (CFQAI 1h3)

La lésion de Catégorie III est une disparition d'une couche cutanée complète (tissu adipeux visible). La profondeur des escarres de catégorie III varie selon la localisation anatomique. Le pont nasal, l'oreille, l'occiput et la cheville n'ont pas de tissu (adipeux) sous-cutané et les escarres de catégorie III peuvent dès lors être superficielles. En revanche, les zones à forte quantité de tissu adipeux peuvent développer des escarres de catégorie III extrêmement profondes. L'os et les tendons ne sont pas visibles ni directement palpables.

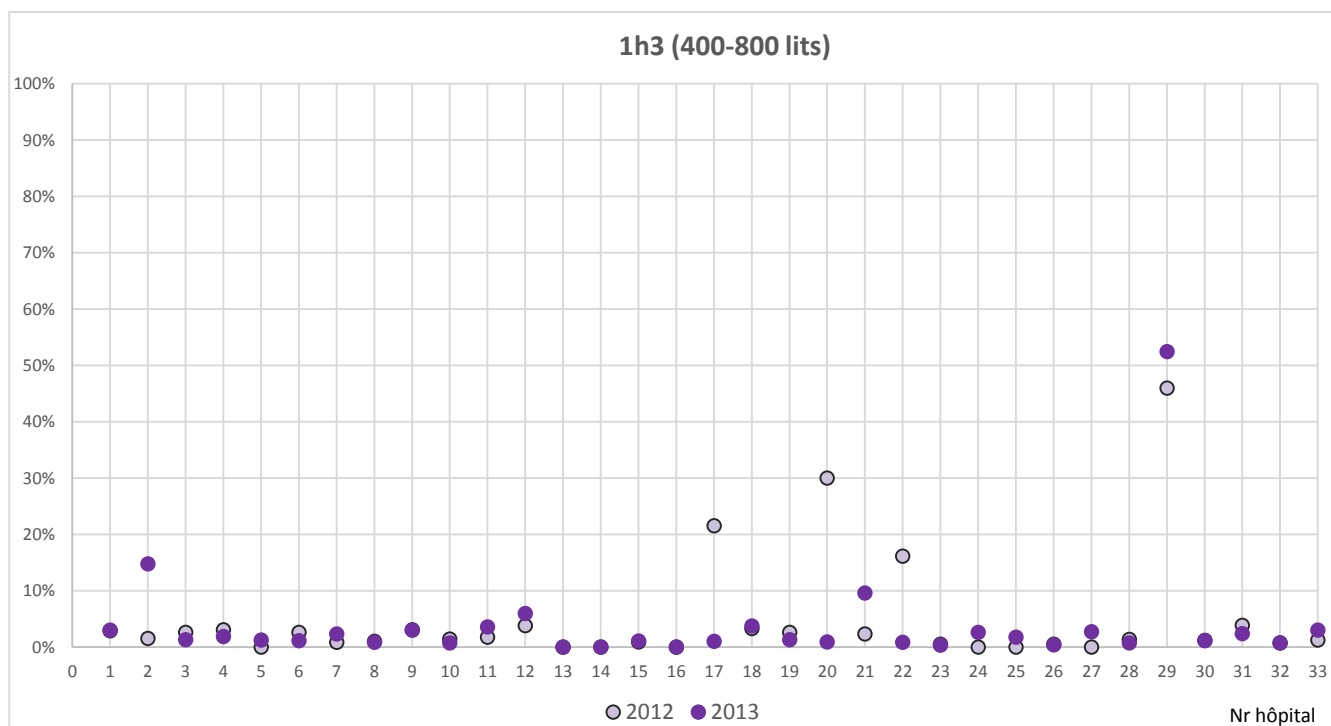
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie III comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients observés.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux qui ont enregistré tous les critères	67	76
Nombre de patients observés	78563	112854
Nombre d'escarres cat 3	1670	1872
Prevalence	2,13%	1,66%

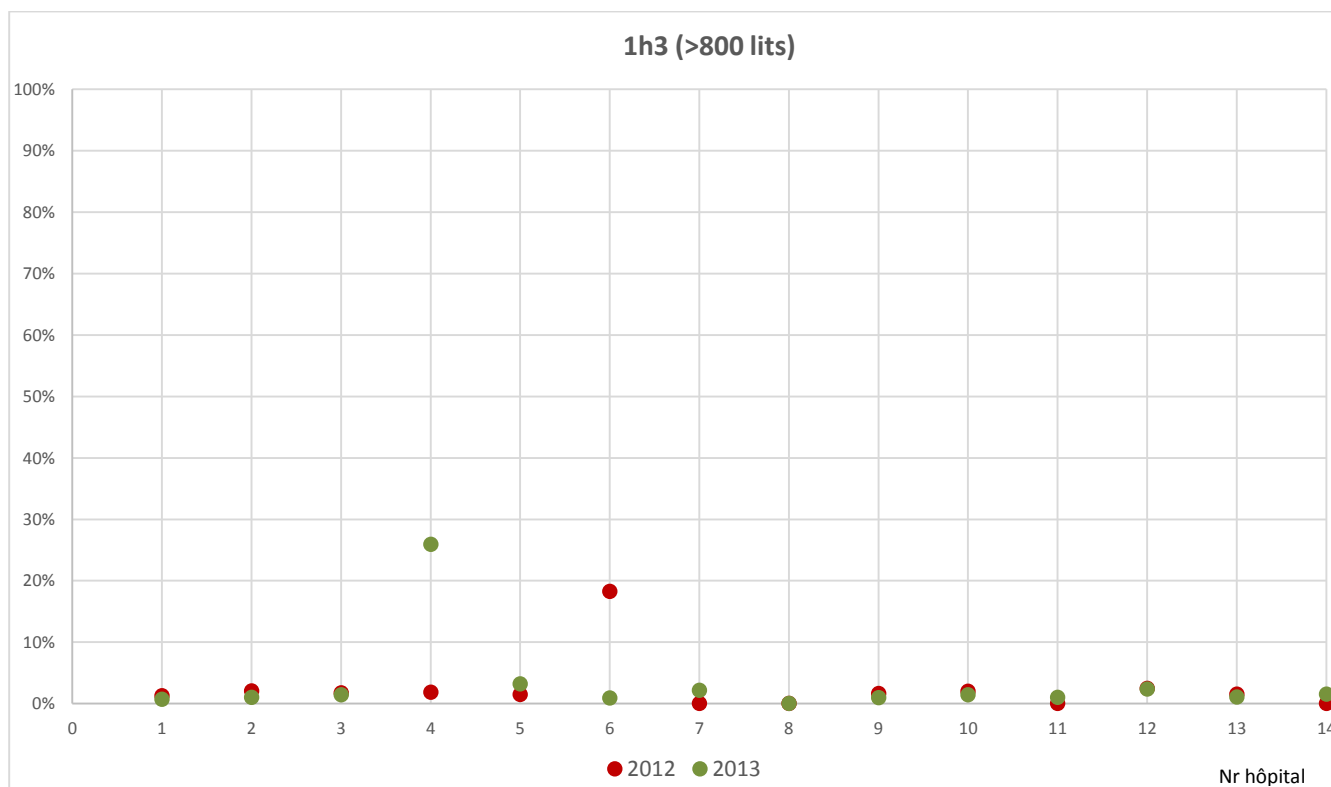
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie III



Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie III



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie III



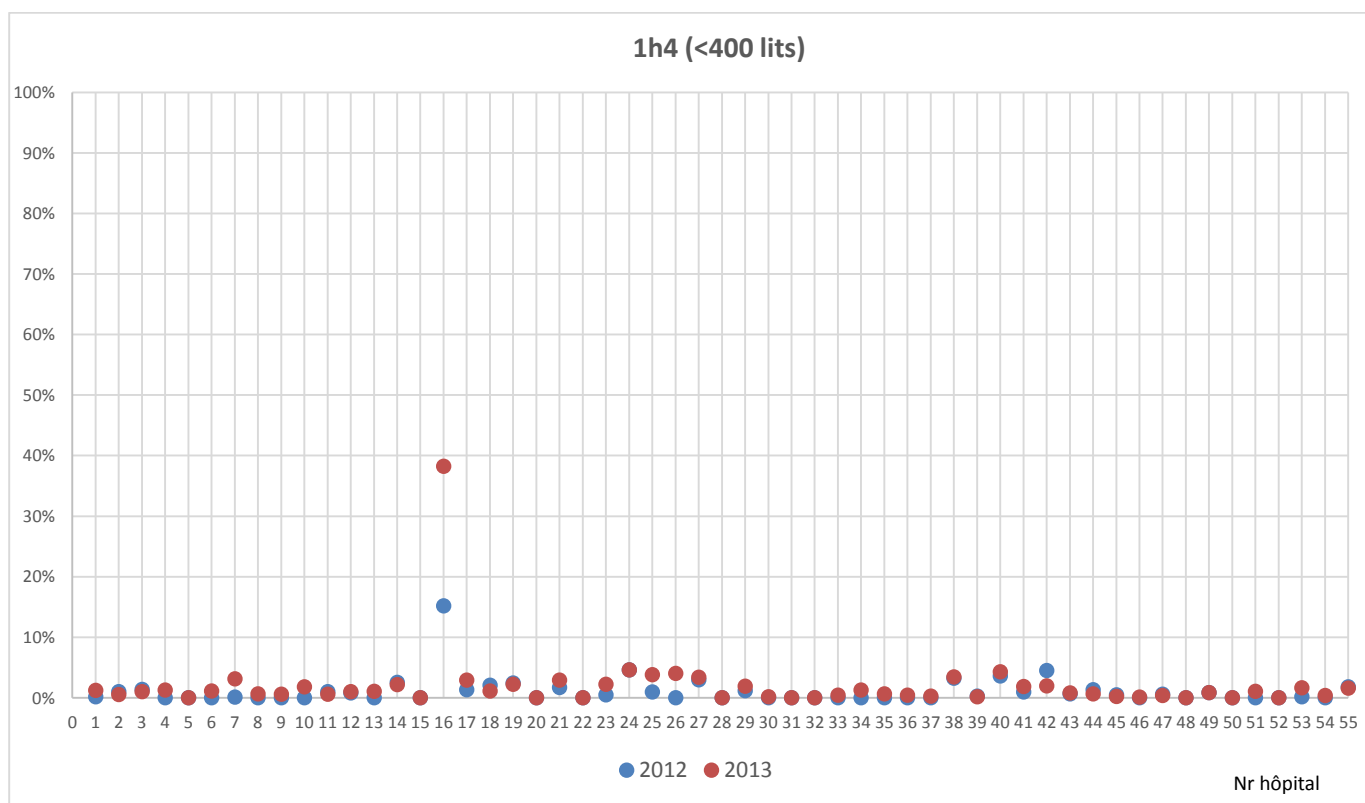
Prévalence escarres Catégorie IV-indicateur (CFQAI 1h4)

La lésion de Catégorie IV est une disparition d'une couche de tissus complète (muscle/os visible). La profondeur des escarres de catégorie IV varie selon la localisation anatomique. Le pont nasal, l'oreille, l'occiput et la cheville n'ont pas de tissu (adipeux) sous-cutané et ces escarres peuvent être superficielles. Les escarres de catégorie IV peuvent s'étendre aux muscles et/ou aux structures de soutien. L'os à nu/le tissu musculaire est visible et directement palpable.

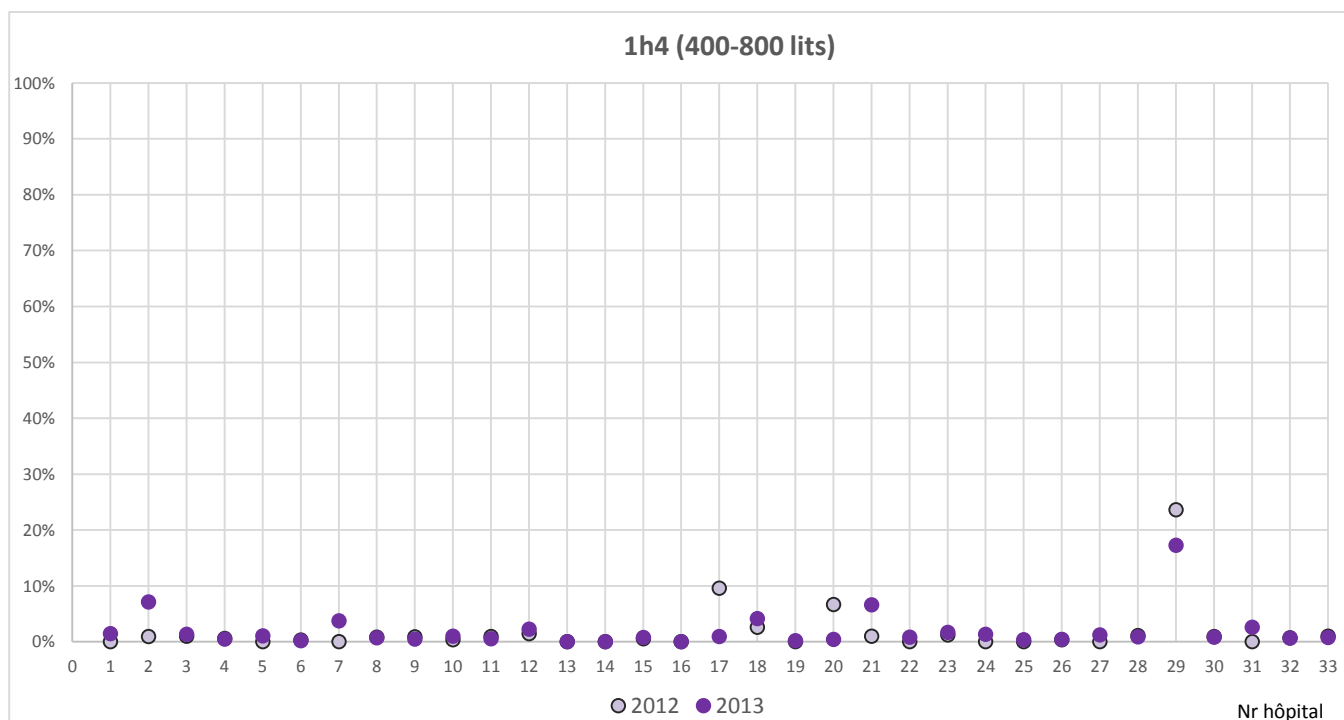
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie IV comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients observés.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux qui ont enregistré tous les critères	67	76
Nombre de patients observés	79064	110386
Nombre d'escarres cat 4	879	1225
Prevalence	1,11%	1,11%

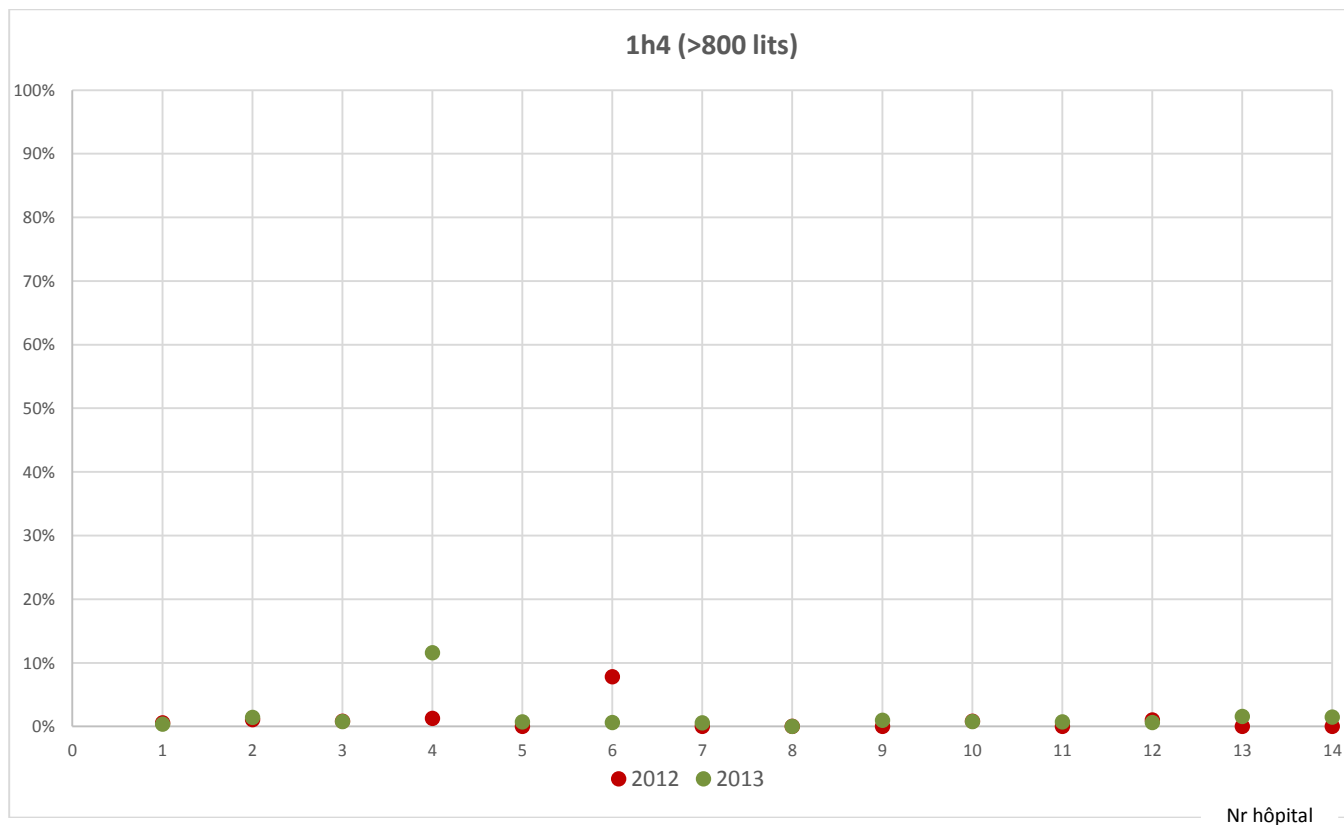
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie IV



Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie IV



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie IV

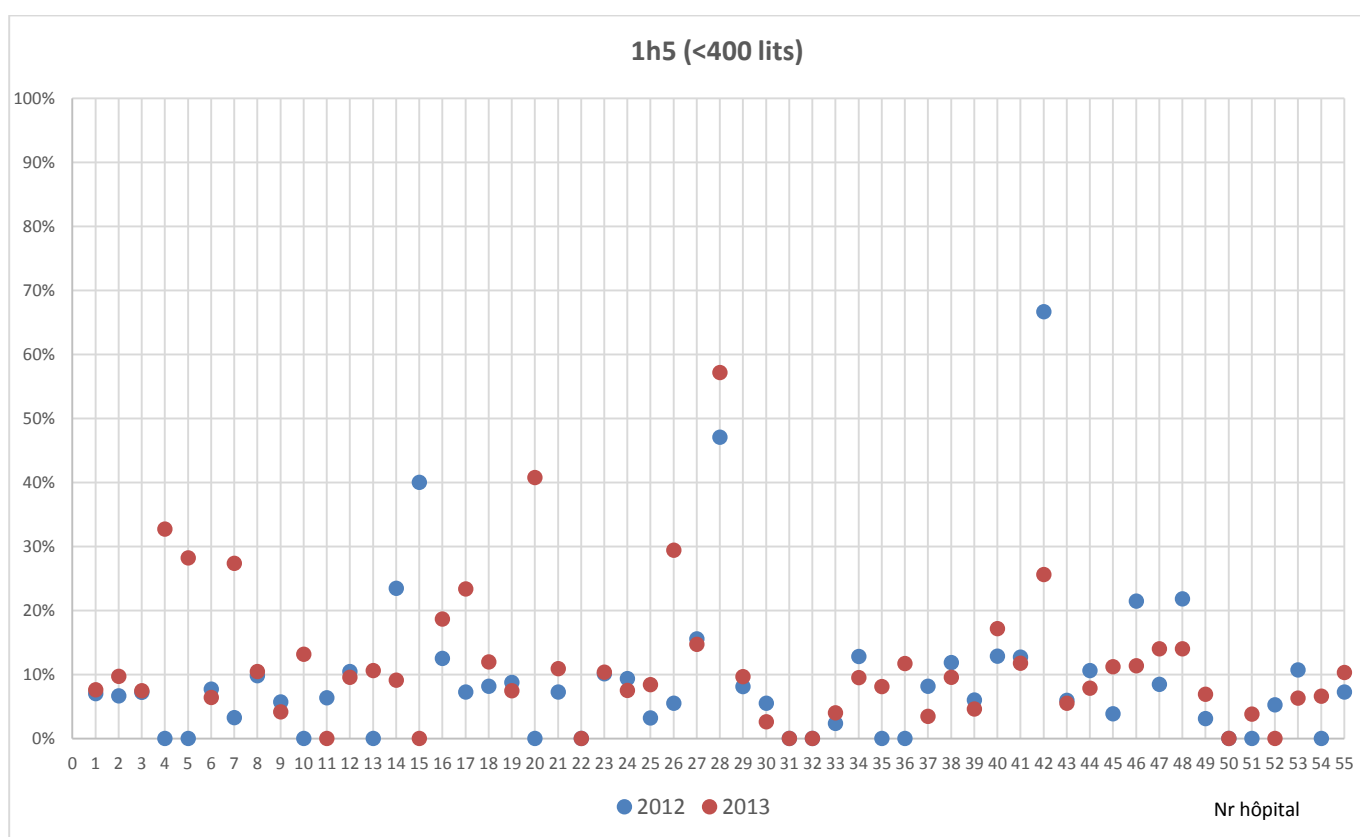


Prévalence escarres Catégorie I ou supérieure-indicateur (CFQAI 1h5)

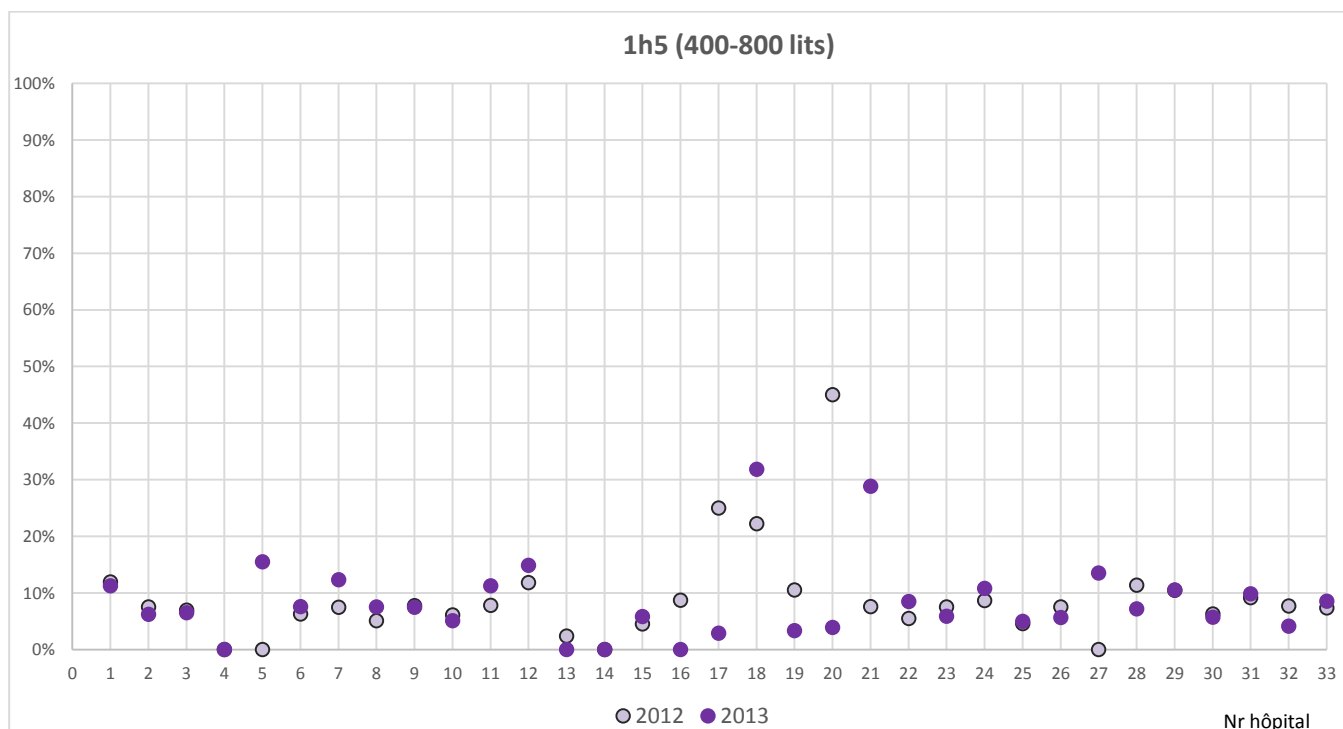
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I ou de Catégorie supérieure sur le nombre de patients observés.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux qui ont enregistré tous les critères	70	77
Nombre de patients observés	90095	115114
Nombre total d'escarres cat 1 ou supérieure	7041	8481
Prevalence	7,82%	7,37%

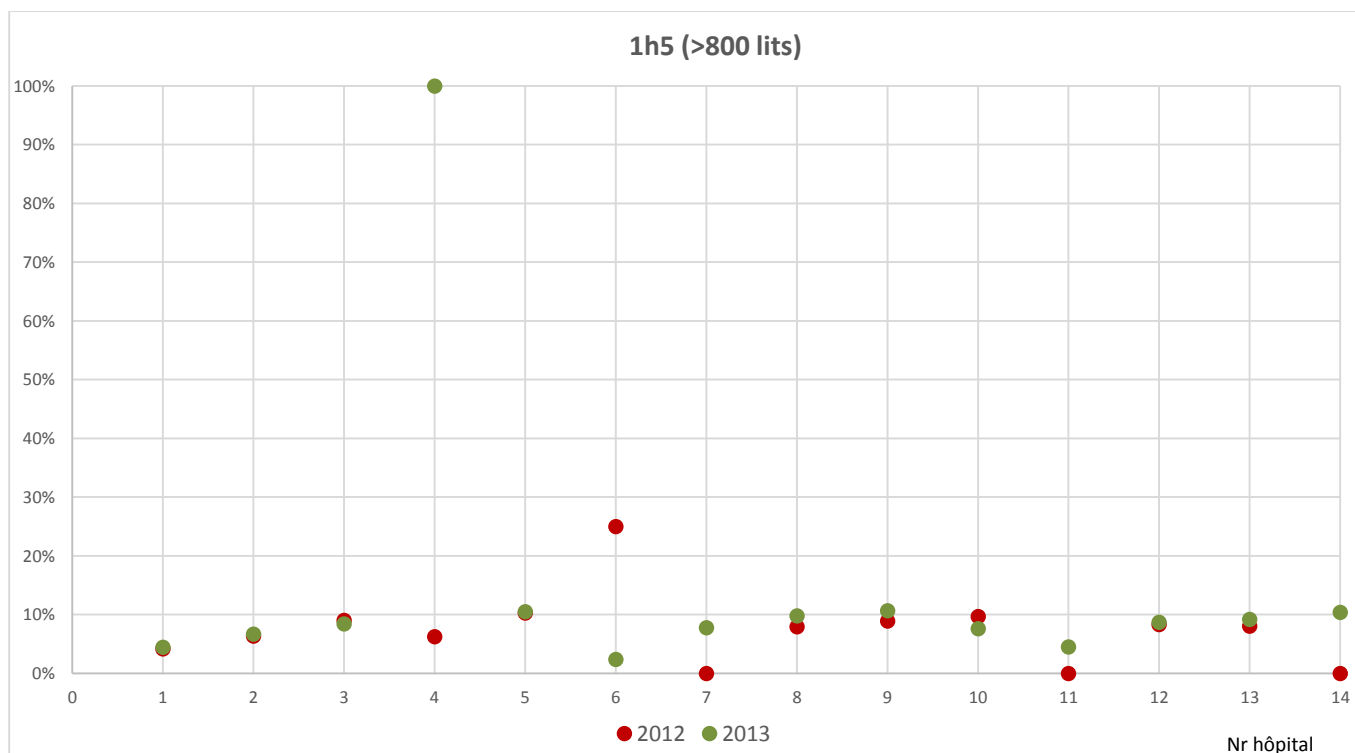
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie I ou supérieure



Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie I ou supérieure



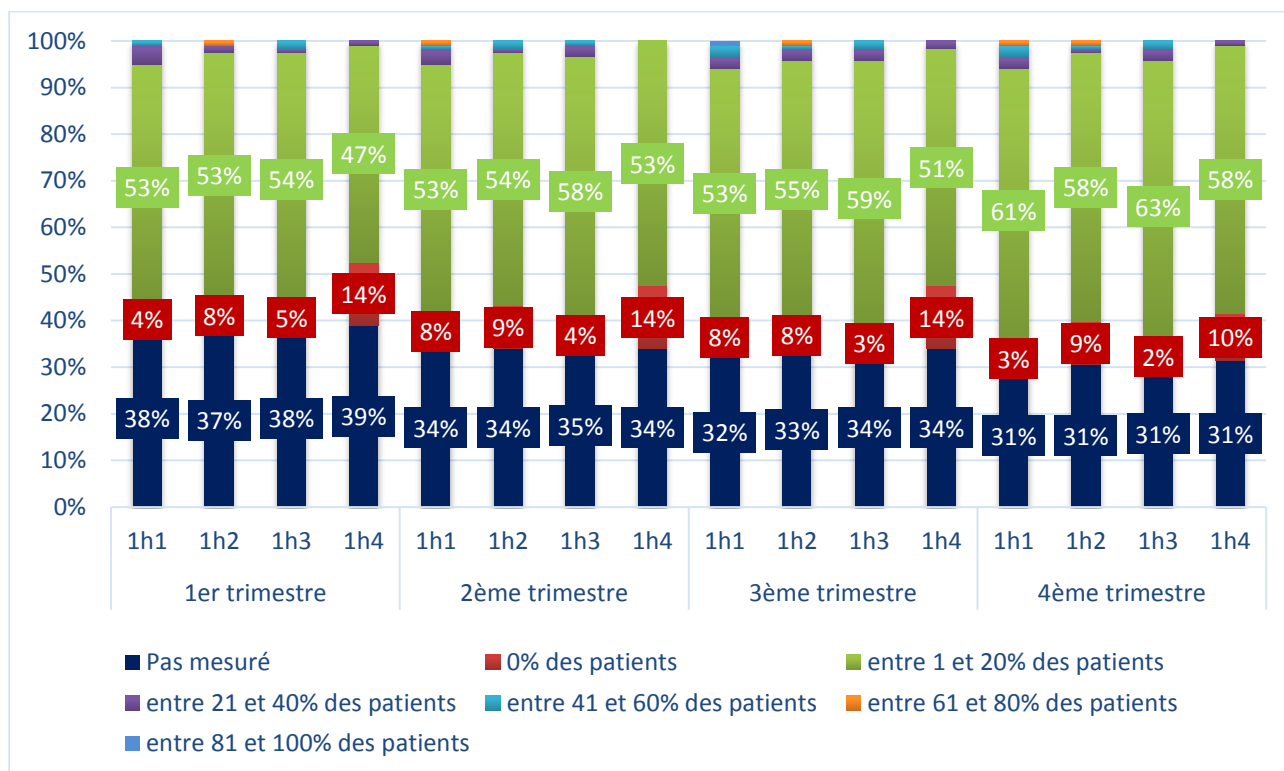
Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie I ou supérieure



Prévalence escarres Catégories I – II – III et IV (CFQAI 1h1 – 1h2 – 1h3 et 1h4)

Pourcentage des hôpitaux qui ont mesurés les indicateurs CFQAI 1h1 – 1h2 – 1h3 et 1h4

Année 2013 (n=118)



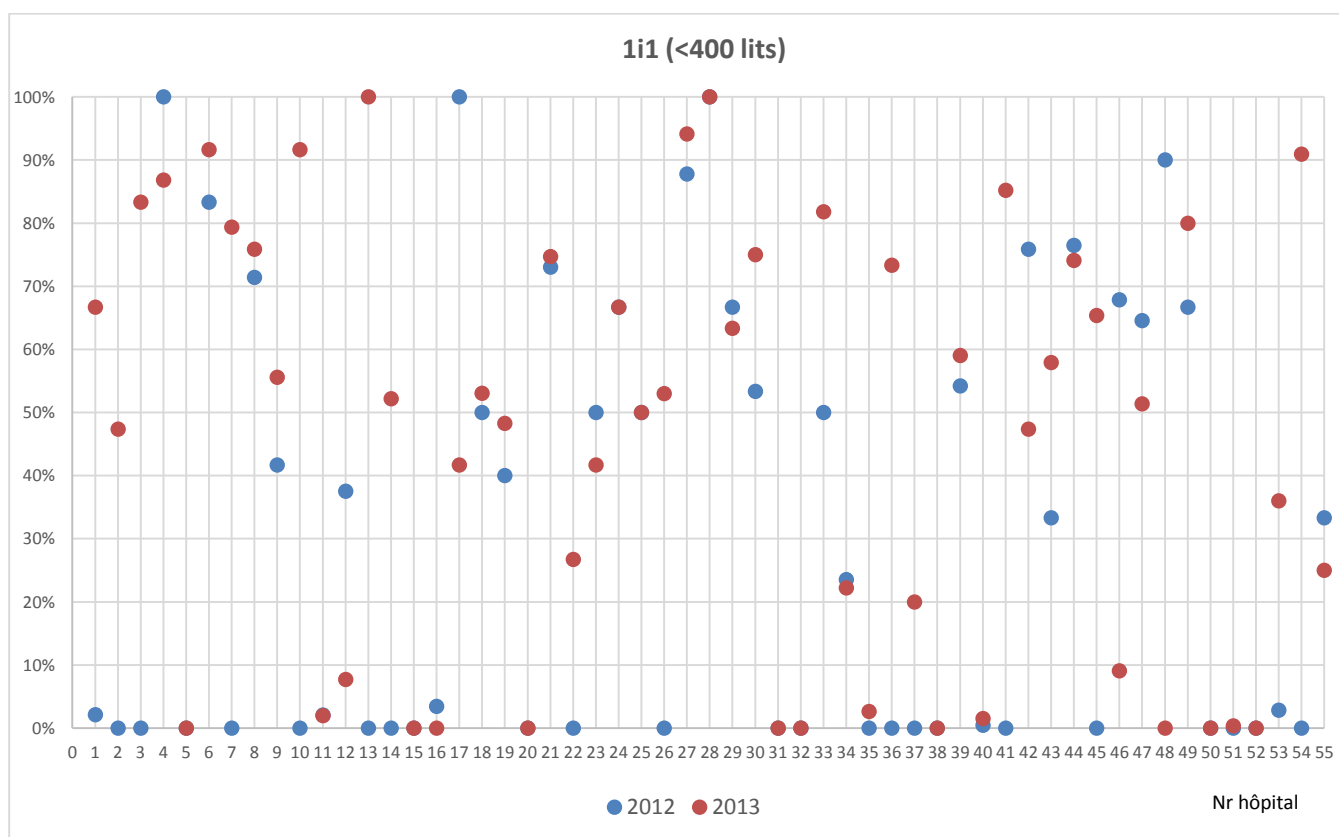
CFQAI 1i Prévalence escarres acquises dans l'institution

Prévalence escarres acquises de Catégorie I - indicateur (CFQAI 1i1)

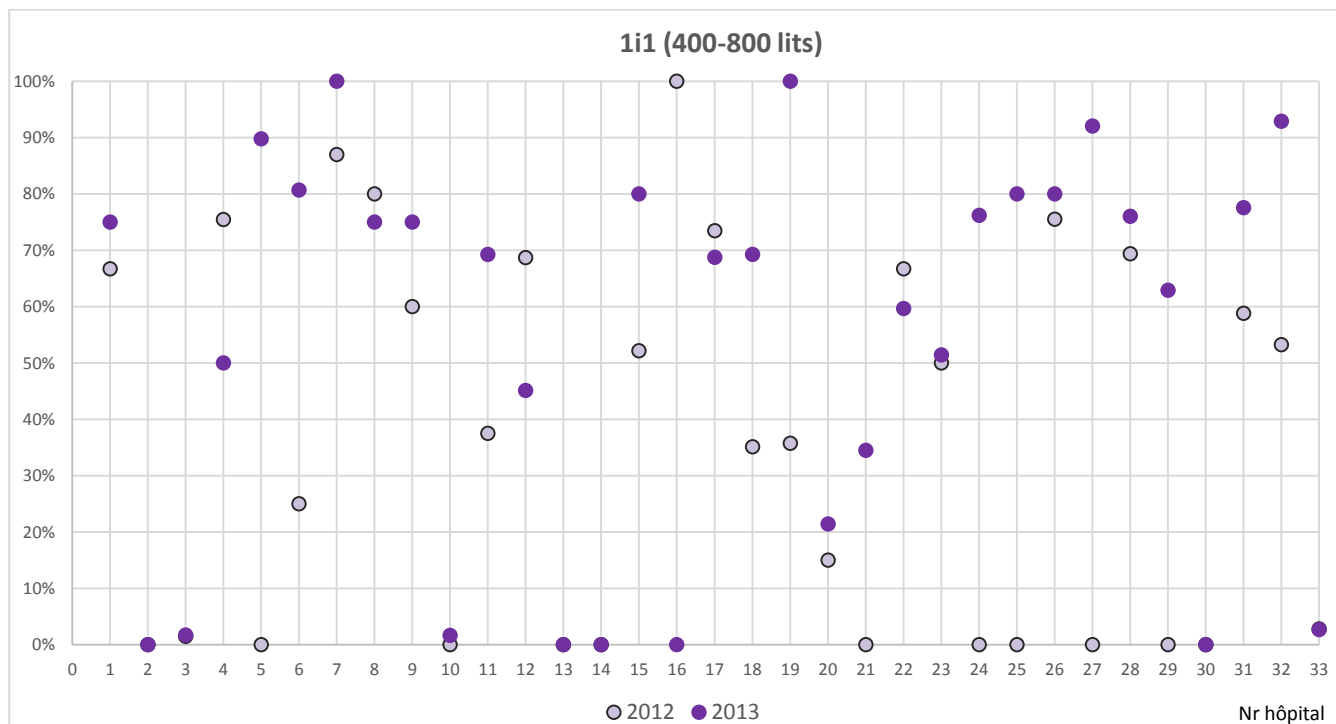
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux qui ont enregistré tous les critères	58	73
Nombre de patients	2846	3503
Nombre d'escarres acquises cat 1	1545	2299
Prevalence	54,29%	65,63%

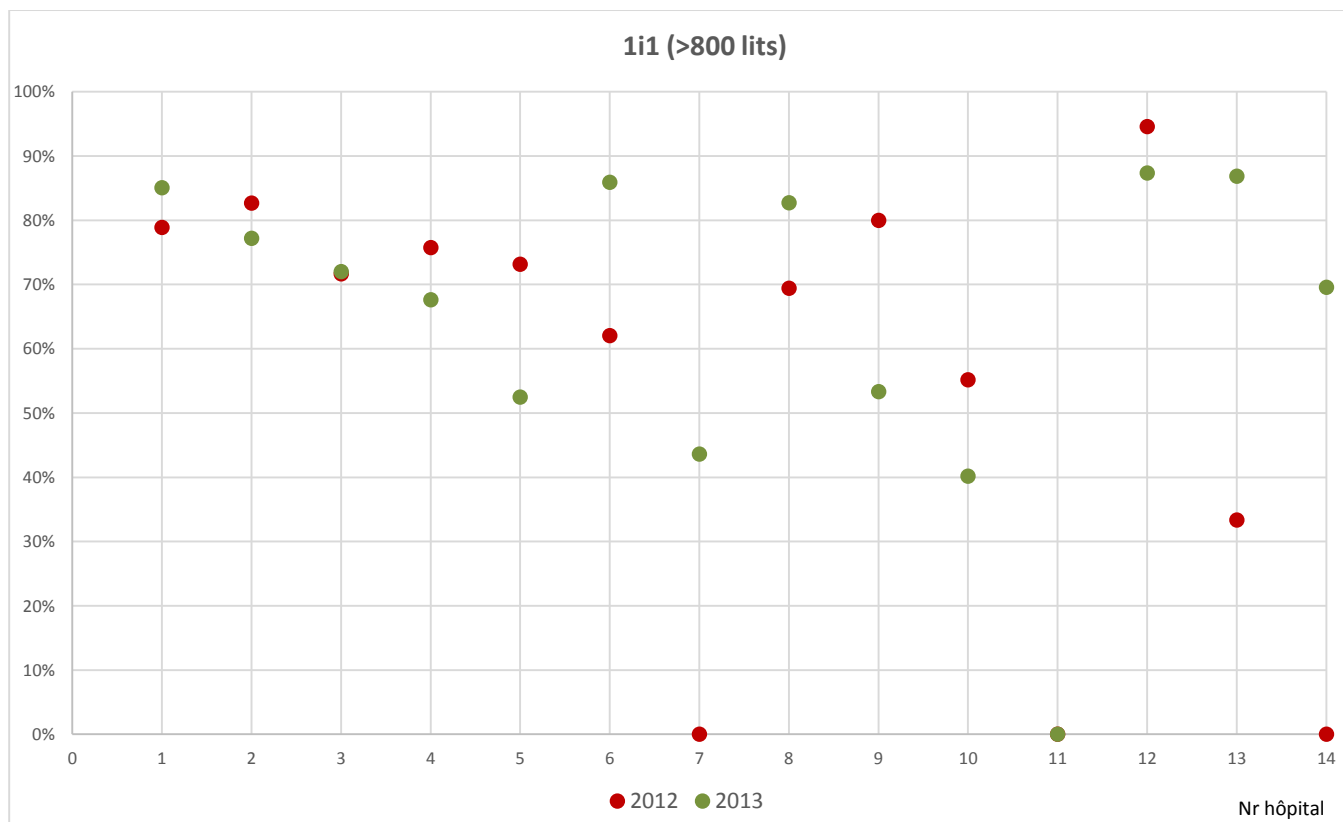
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I



**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises
Catégorie I**



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I

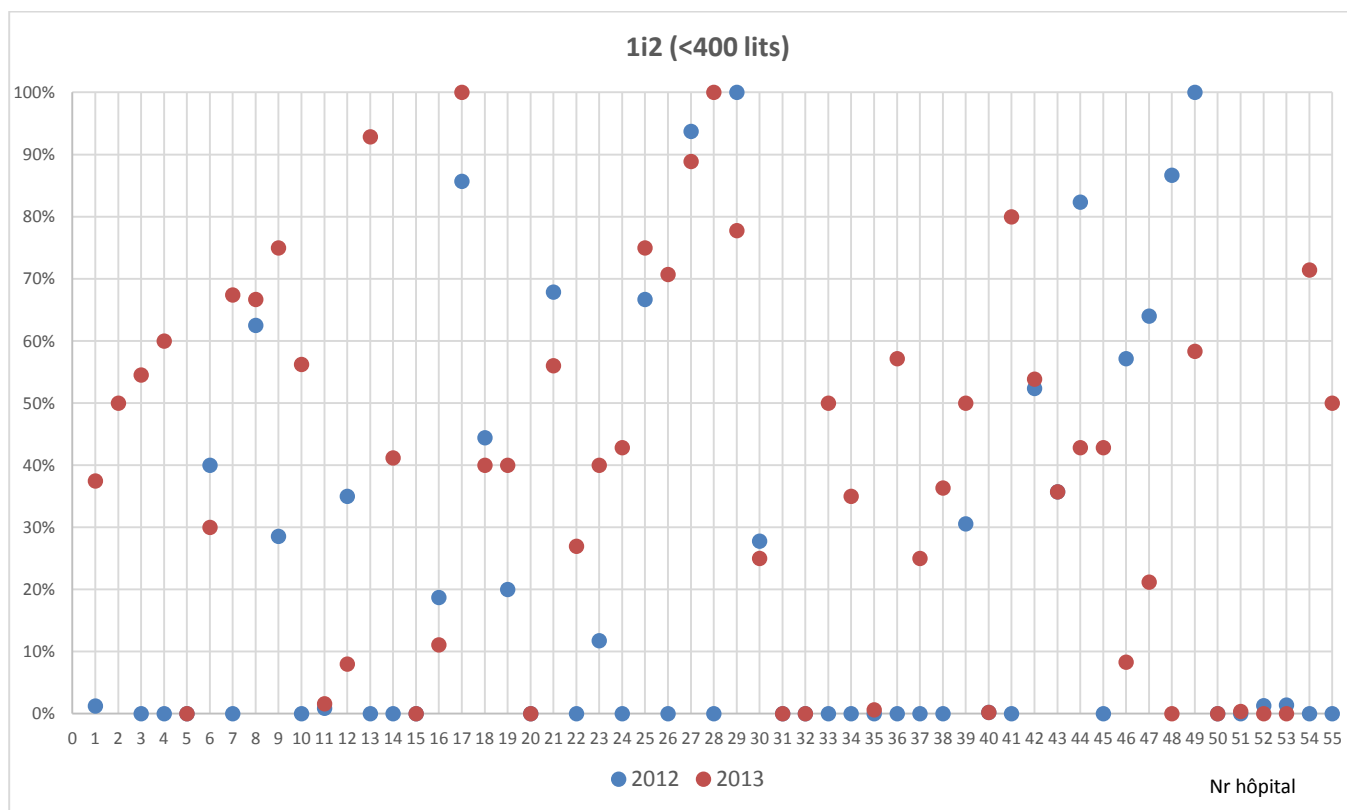


Prévalence escarres acquises de Catégorie II - indicateur (CFQAI 1i2)

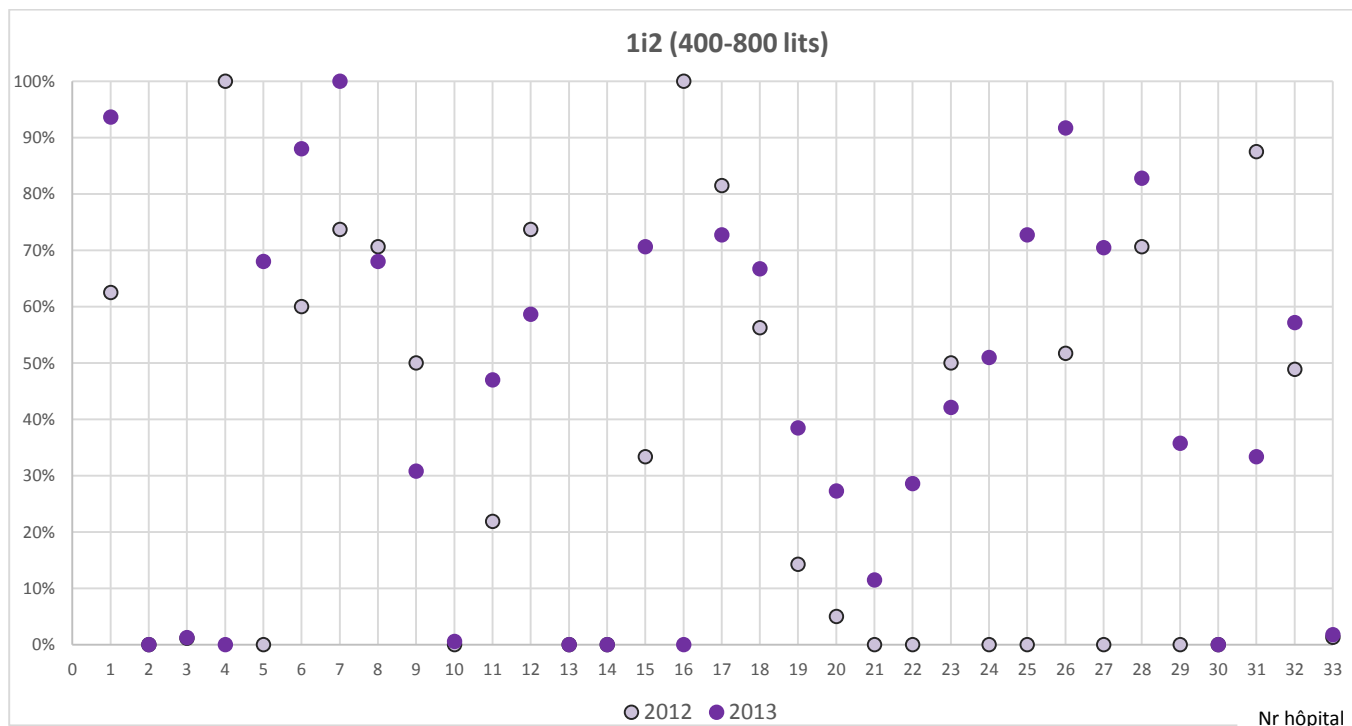
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie II comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie II comme catégorie d'escarre la plus élevée.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux qui ont enregistré tous les critères	57	73
Nombre de patients	1562	1914
Nombre d'escarres acquises cat 2	787	1059
Prevalence	50,38%	55,33%

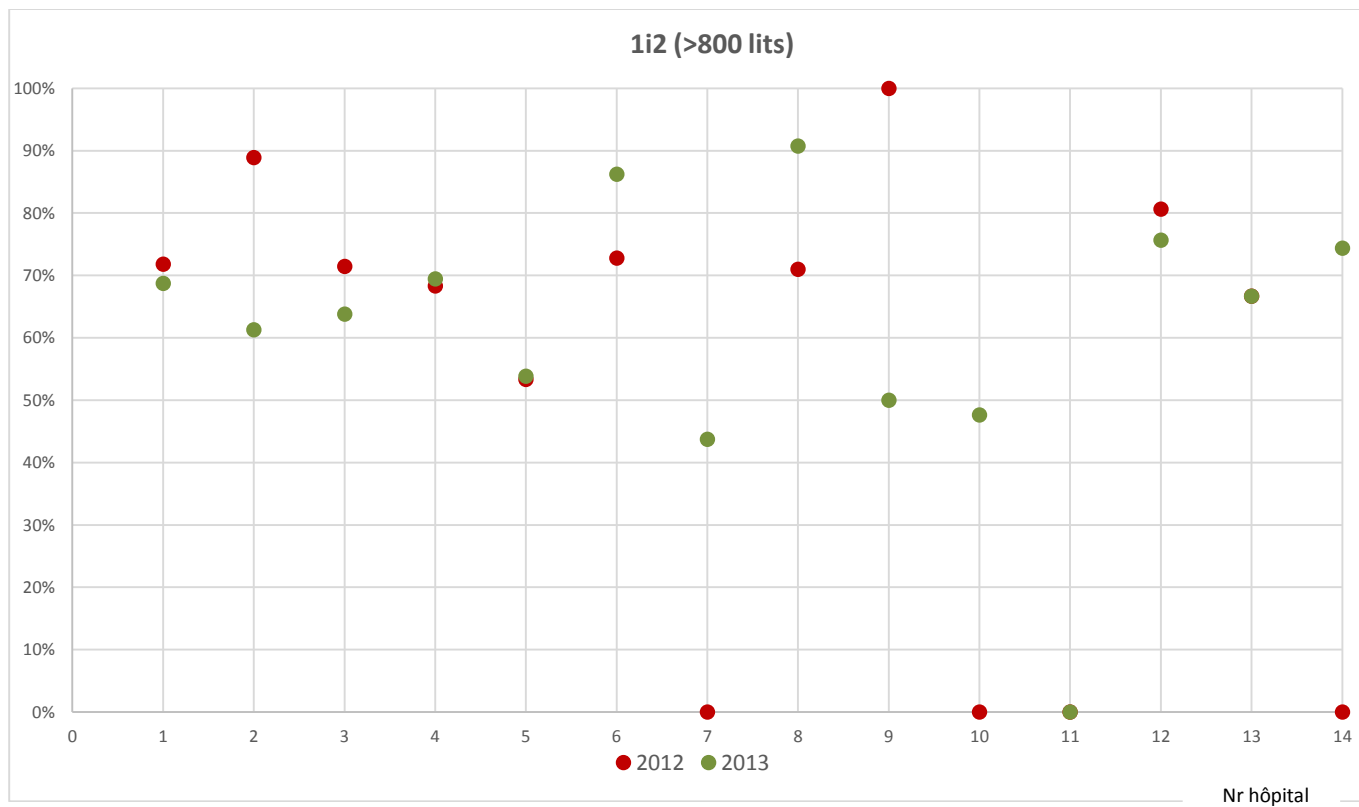
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie II



**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises
Catégorie II**



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie II

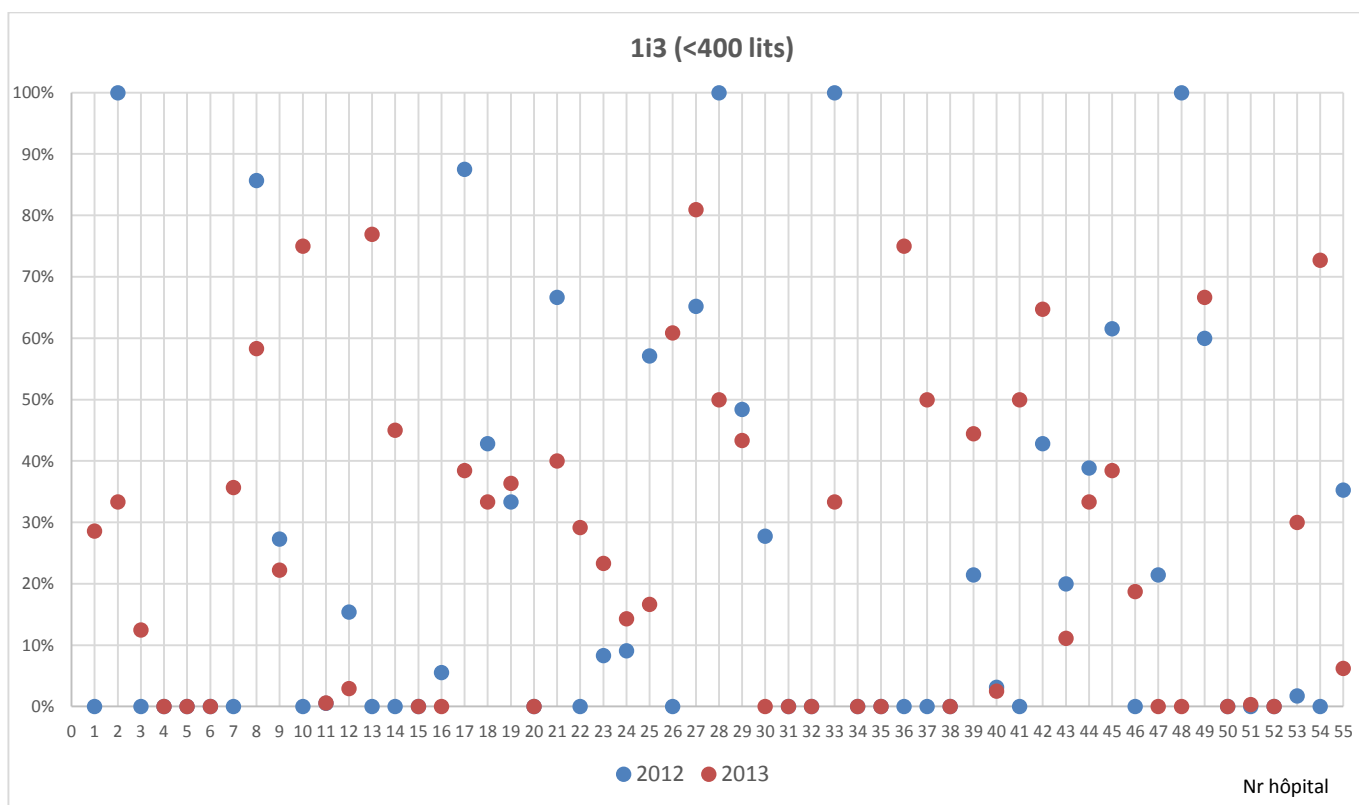


Prévalence escarres acquises de Catégorie III - indicateur (CFQAI 1i3)

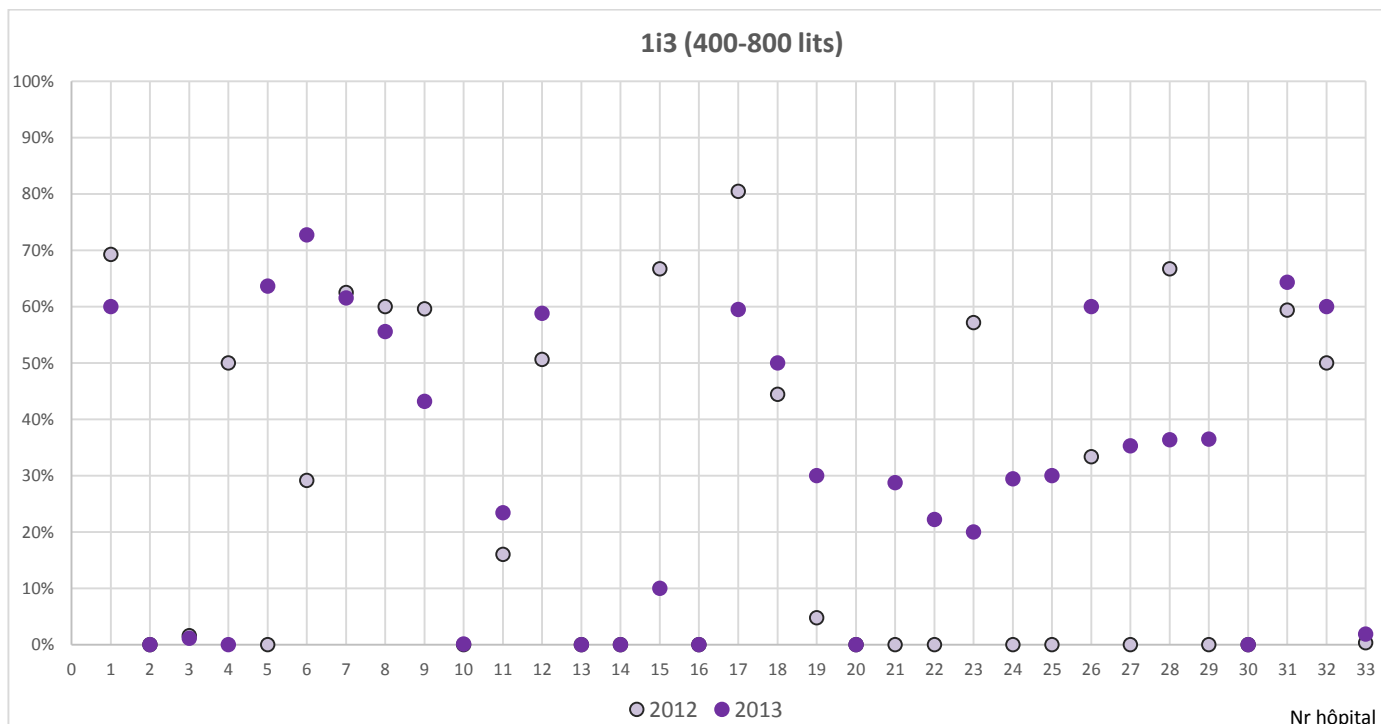
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie III comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie III comme catégorie d'escarre la plus élevée.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux qui ont enregistré tous les critères	56	72
Nombre de patients	1670	1872
Nombre d'escarres acquises cat 3	845	845
Prevalence	50,60%	45,14%

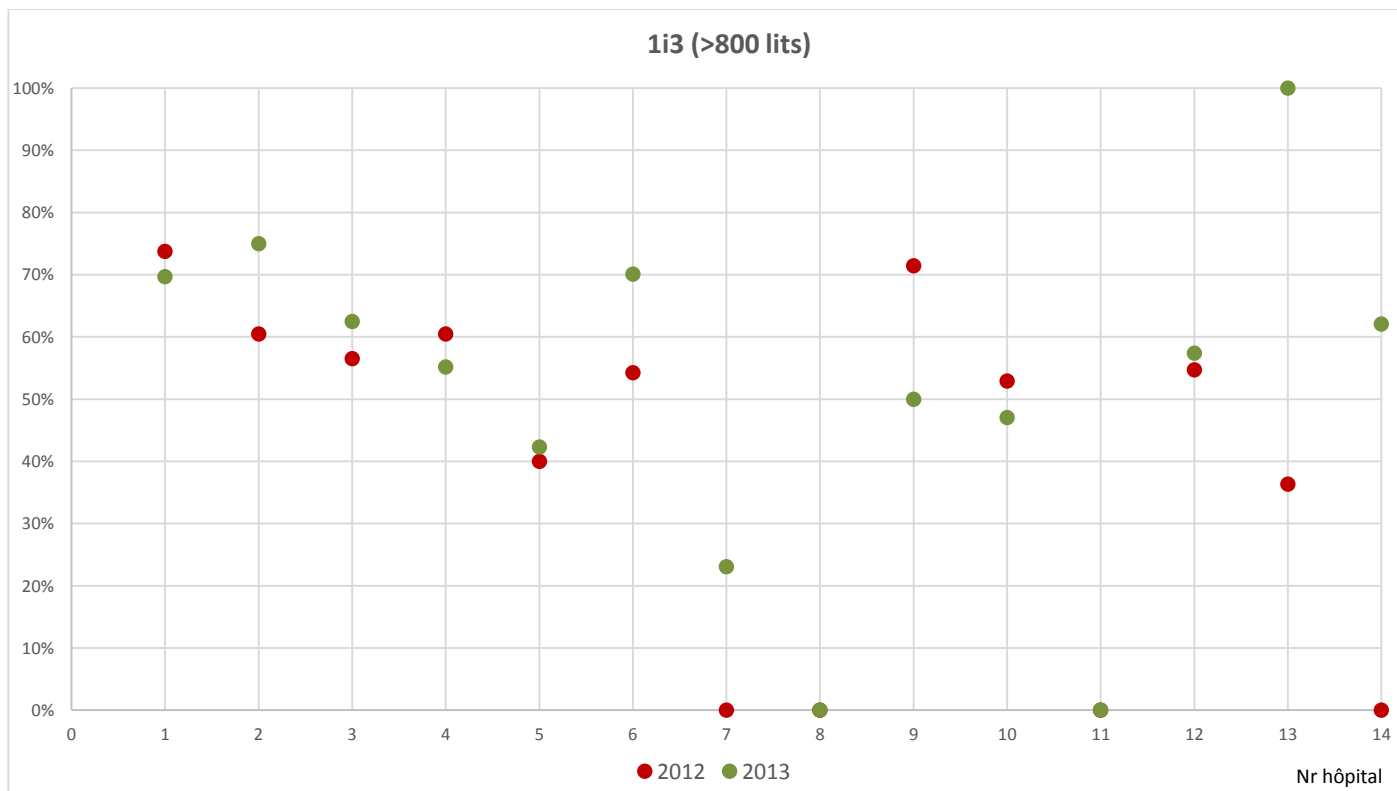
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie III



**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises
Catégorie III**



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie III

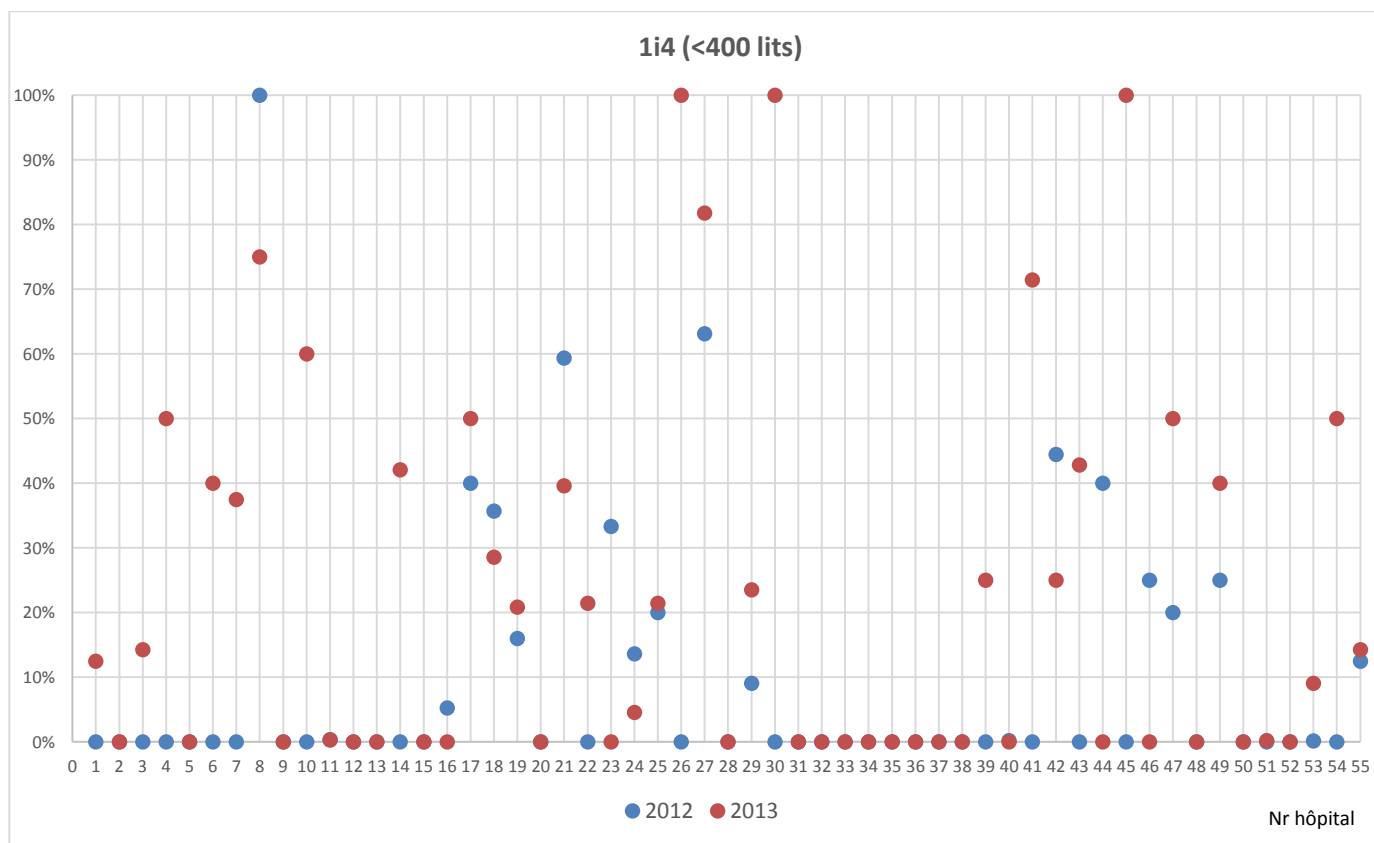


Prévalence escarres acquises de Catégorie IV - indicateur (CFQAI 1i4)

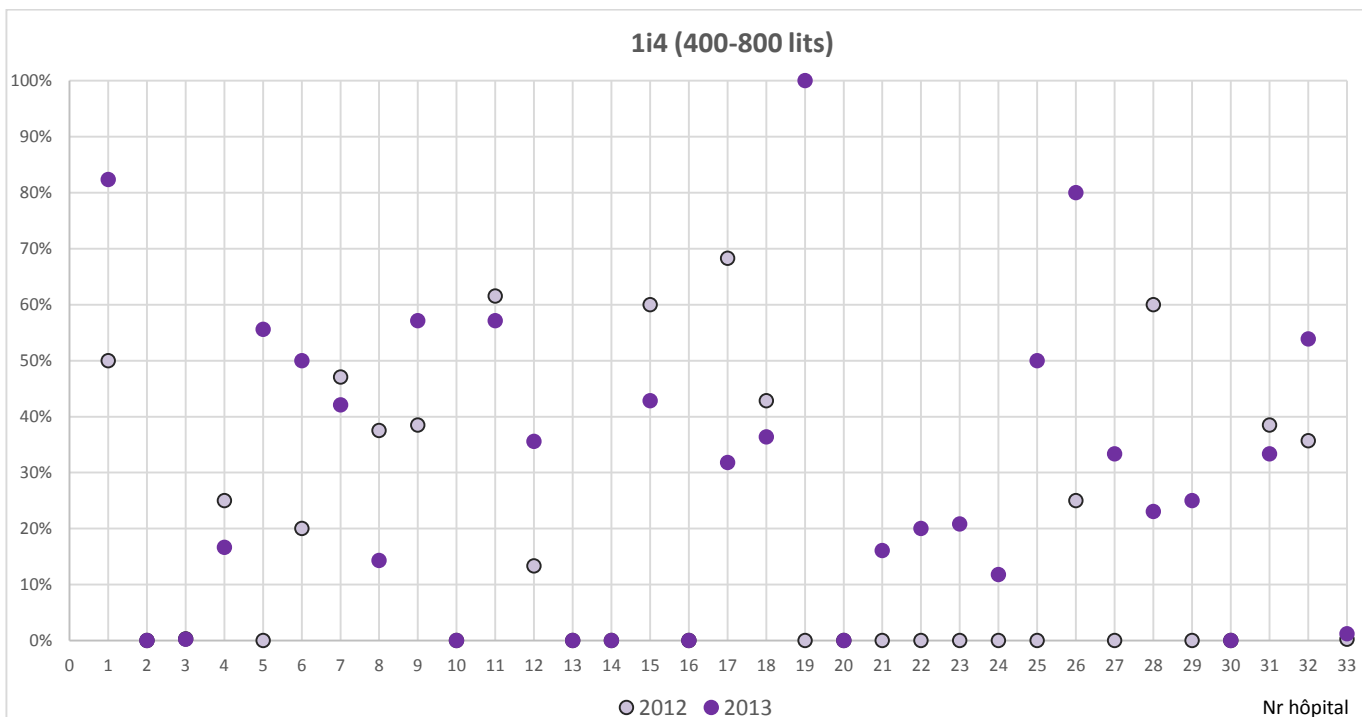
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie IV comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie IV comme catégorie d'escarre la plus élevée.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux qui ont enregistré tous les critères	56	73
Nombre de patients	879	1226
Nombre d'escarres acquises cat 4	231	414
Prevalence	26,28%	33,77%

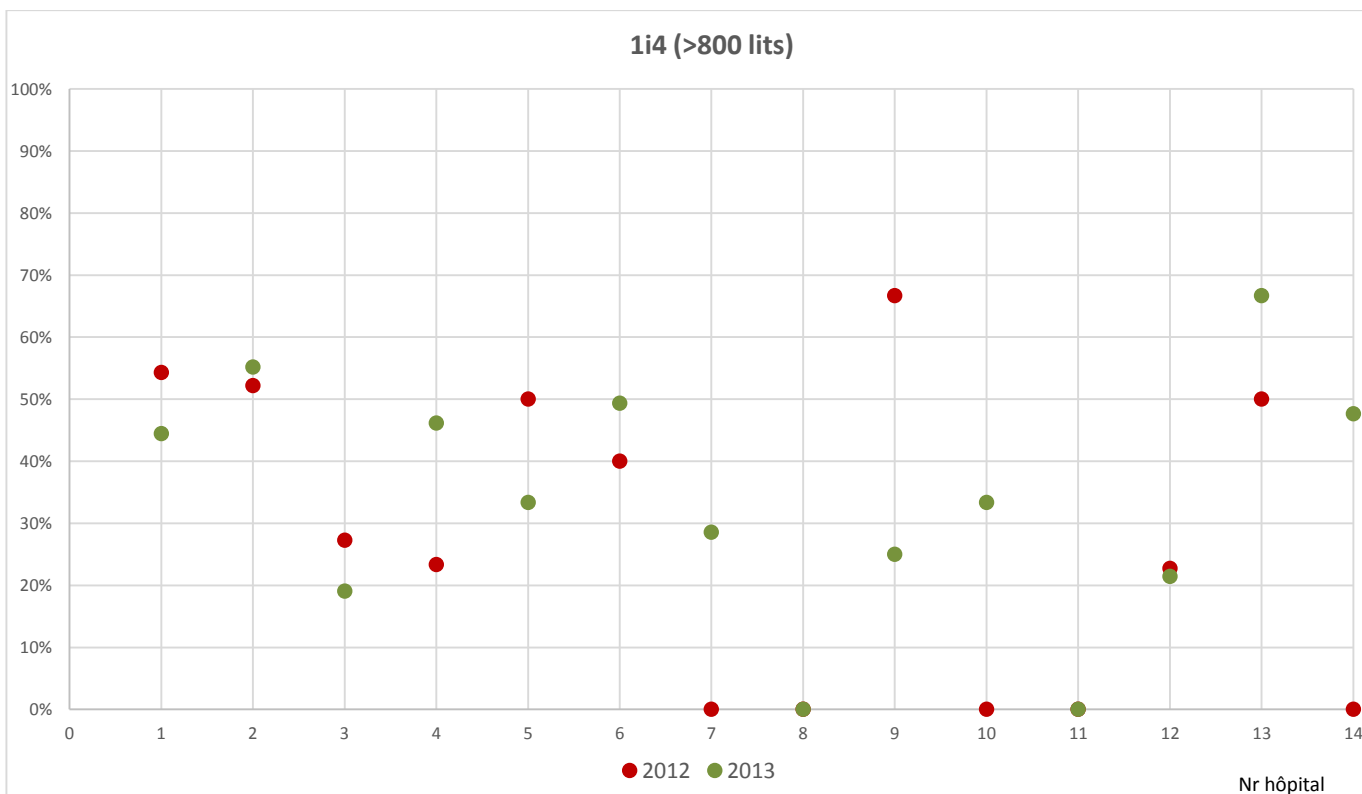
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie IV



**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises
Catégorie IV**



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie IV



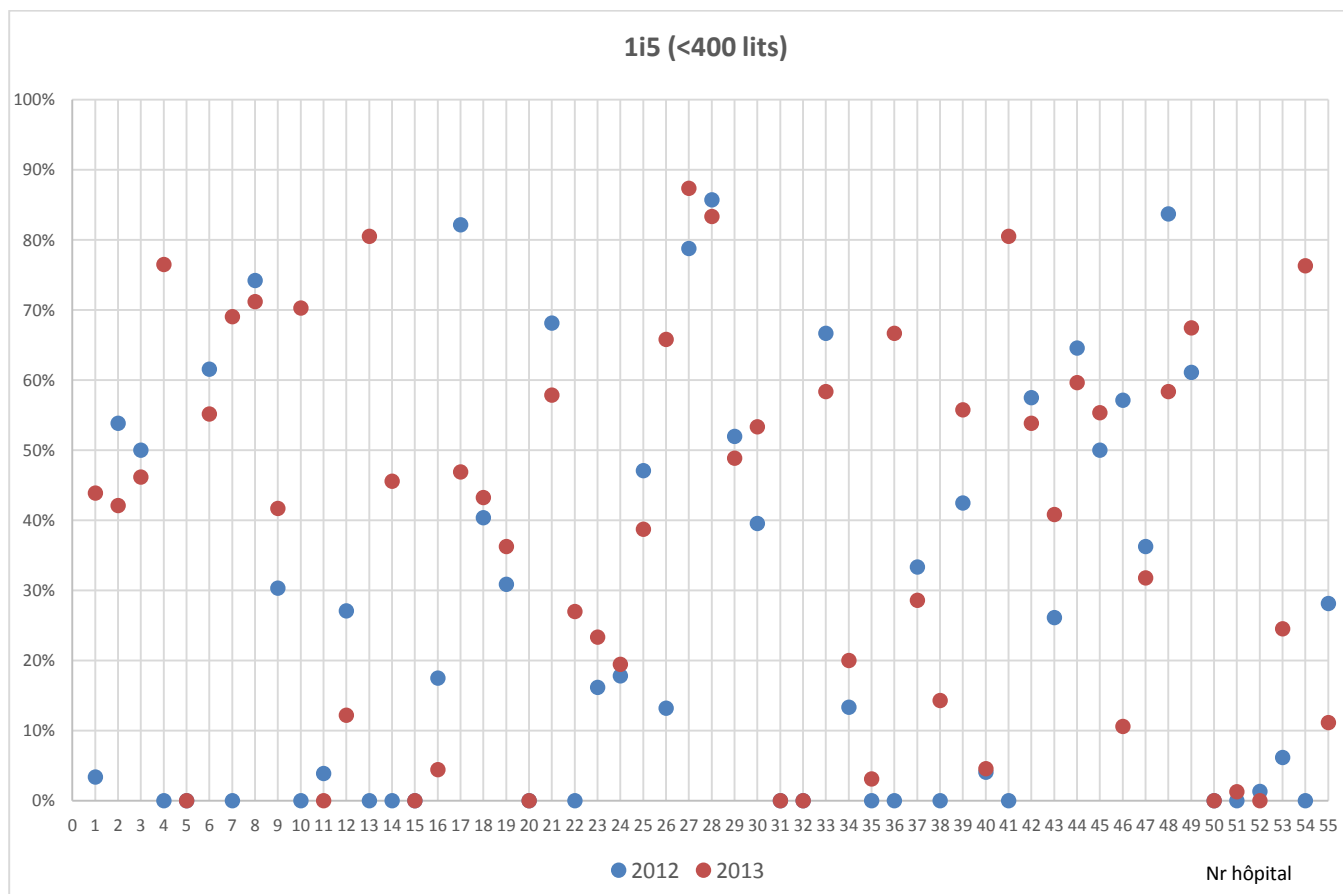
Prévalence escarres acquise de Catégorie I ou supérieure-indicateur (CFQAI 1i5)

Total des escarres acquises

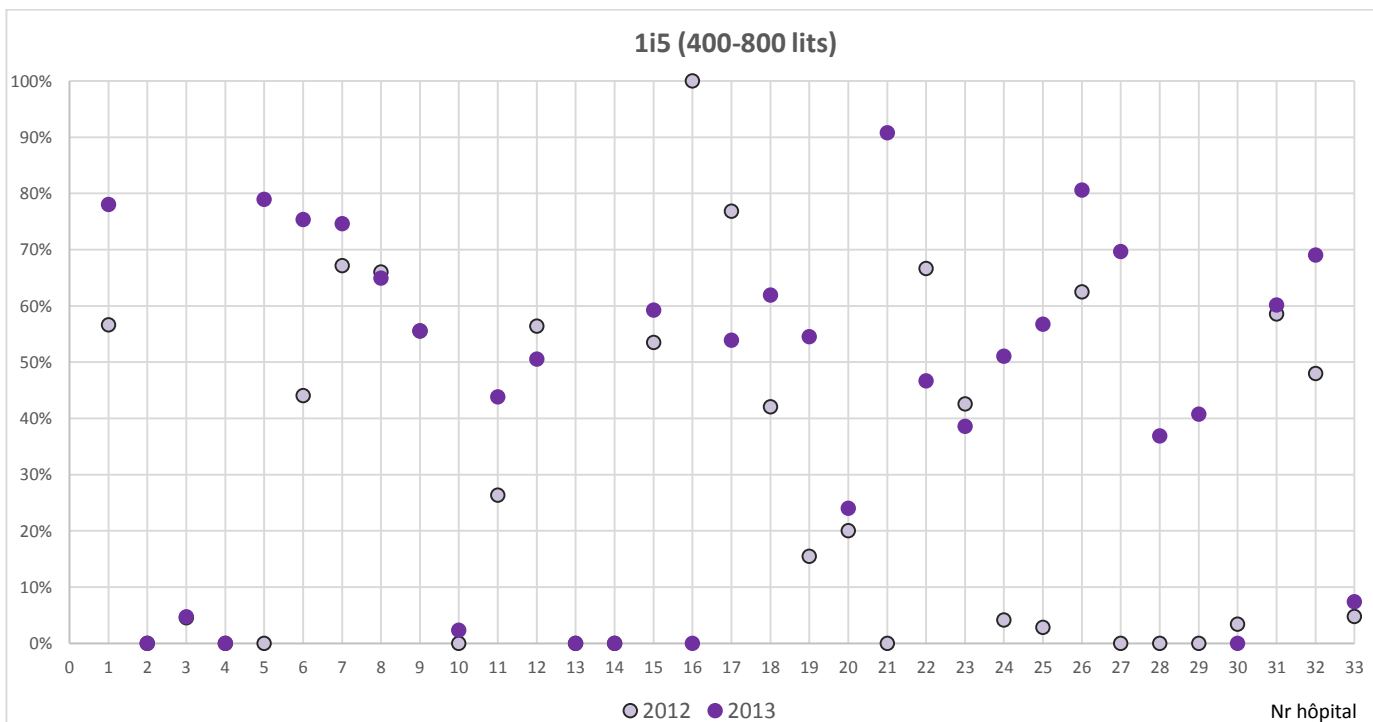
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise dans l'institution de Catégorie I ou de Catégorie supérieure sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I ou de Catégorie supérieure.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	60	76
Nombre de patients	7041	8481
Nombre total d'escarres acquises	3331	4750
Prevalence	47,31%	56,01%

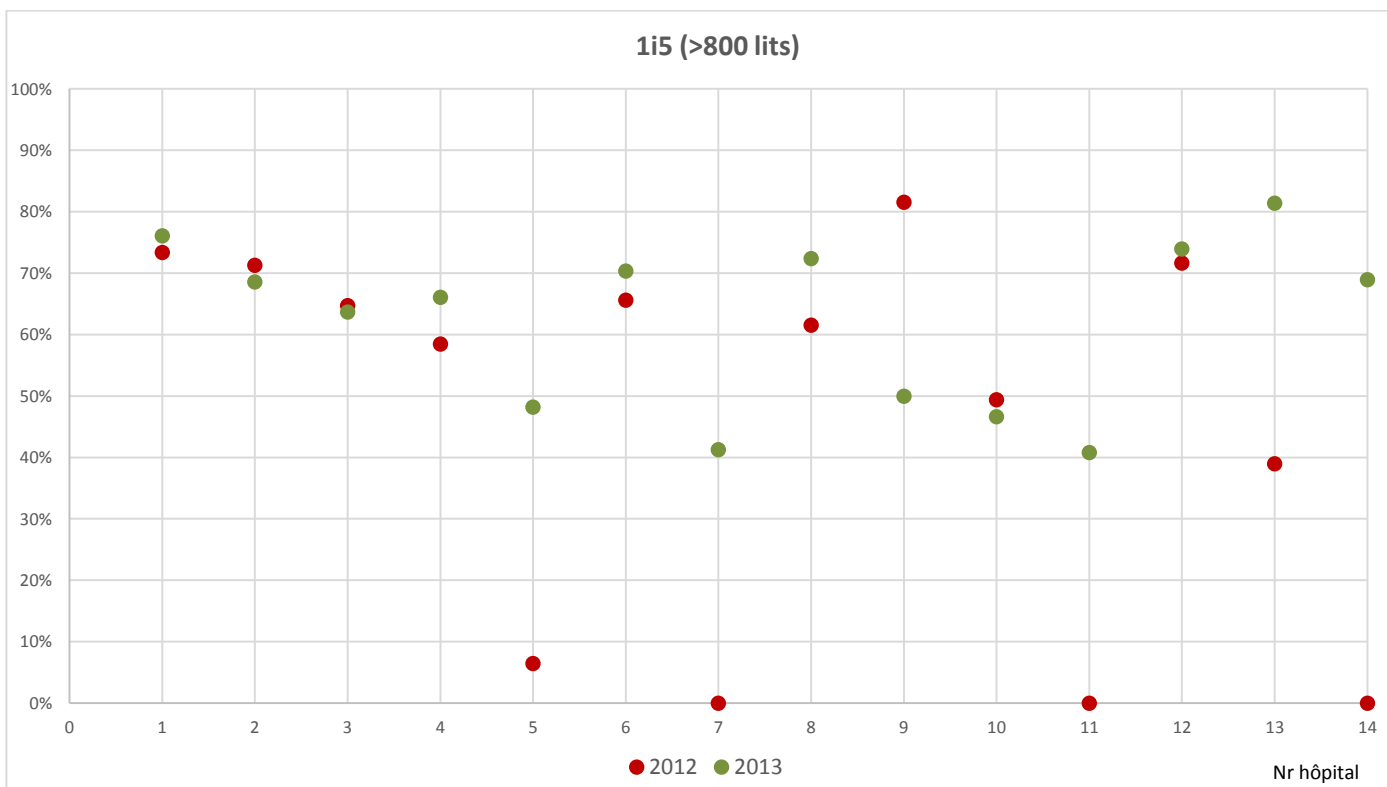
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I ou supérieure



**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises
Catégorie I ou supérieure**



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I ou supérieure



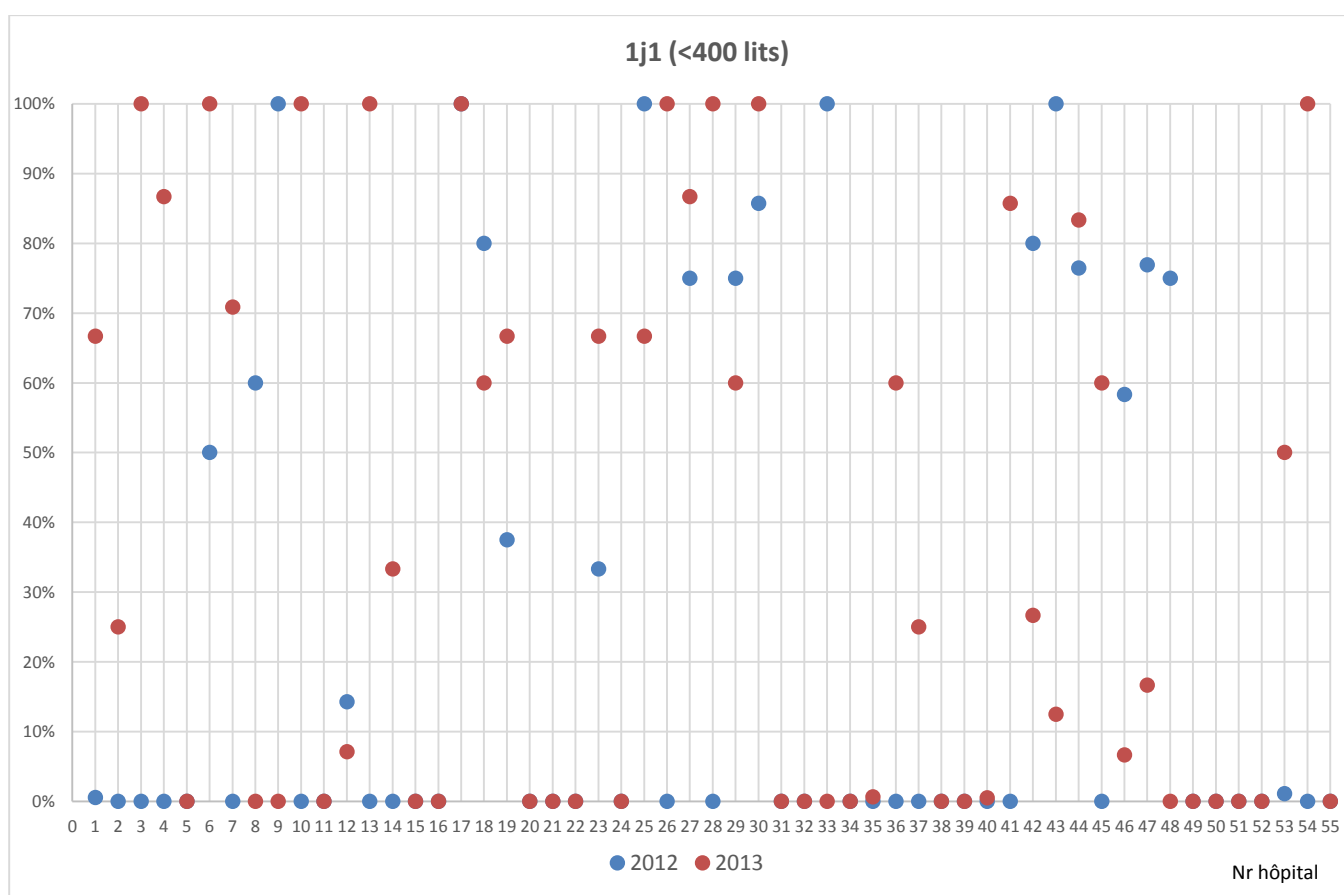
CFQAI 1j Prévalence escarres acquises du talon et du sacrum

Prévalence escarres acquises de Catégorie I - talon (CFQAI 1j1)

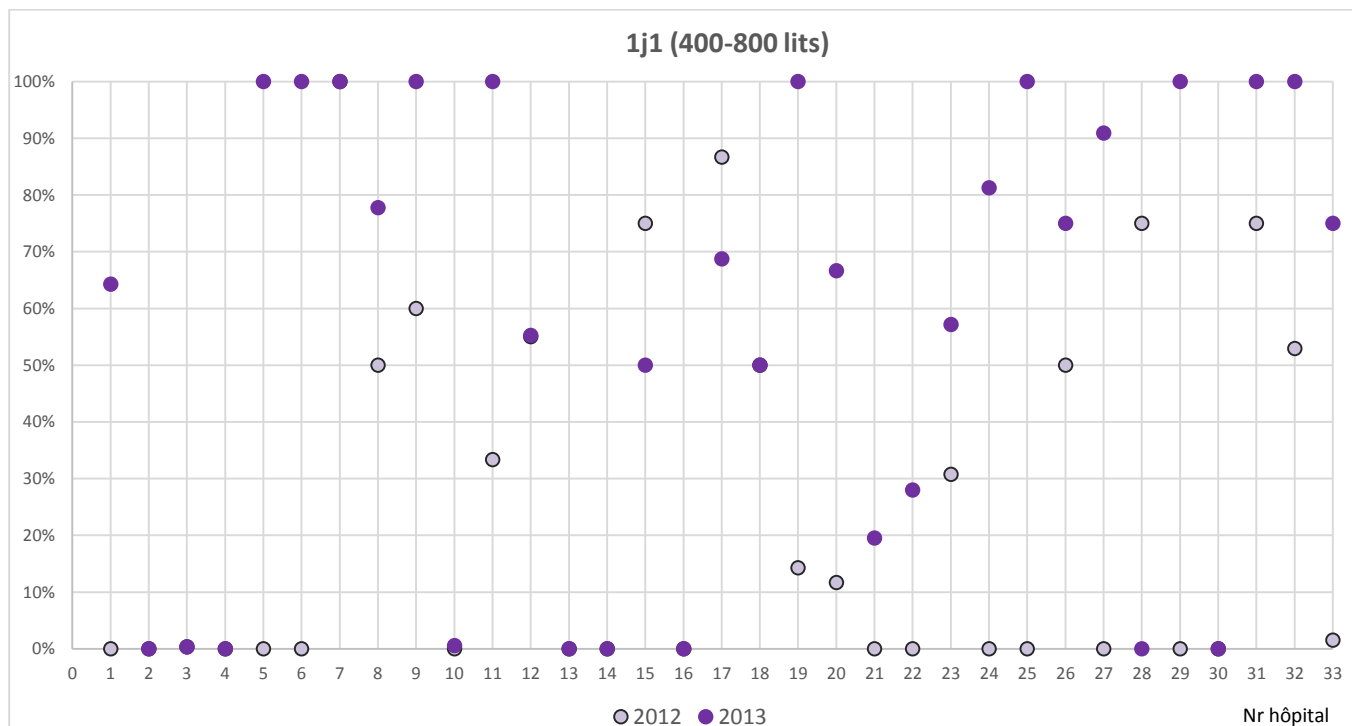
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du talon sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du talon.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	51	64
Nombre de patients	4674	5173
Nombre d'escarres acquises cat 1 - talon	346	525
Prevalence	7,40%	10,15%

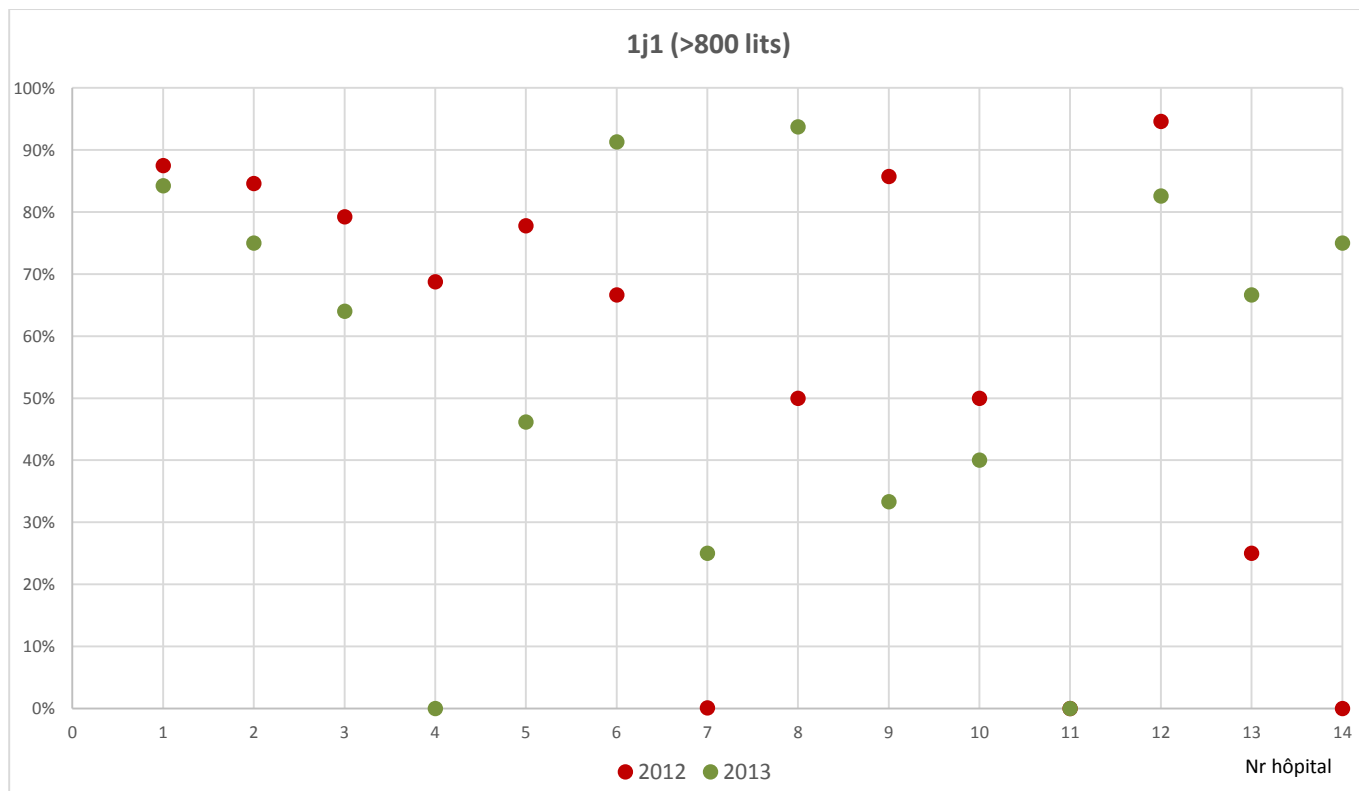
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I - talon



**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises
Catégorie I - talon**



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I - talon

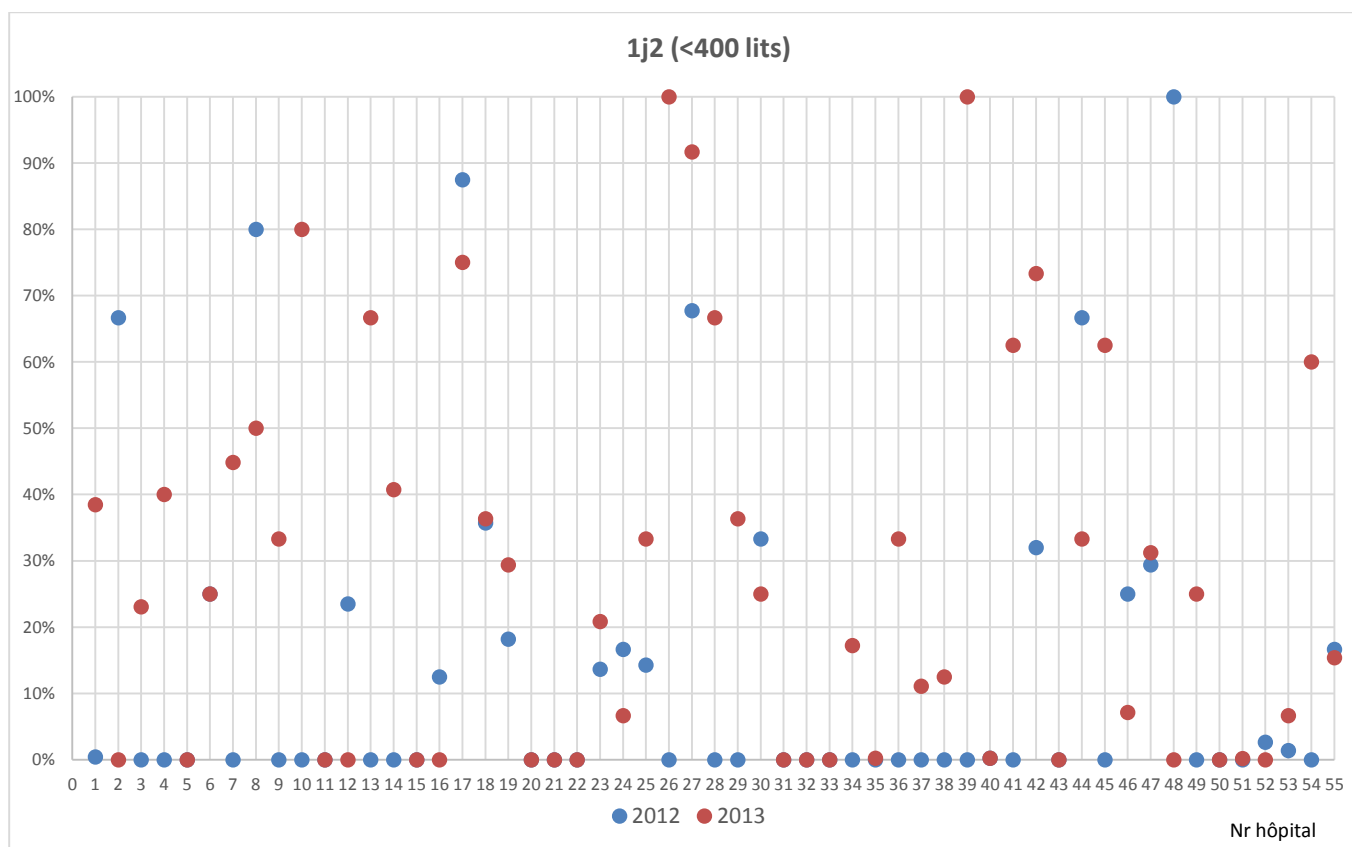


Prévalence escarres acquises de Catégorie II-IV – talon (CFQAI 1j2)

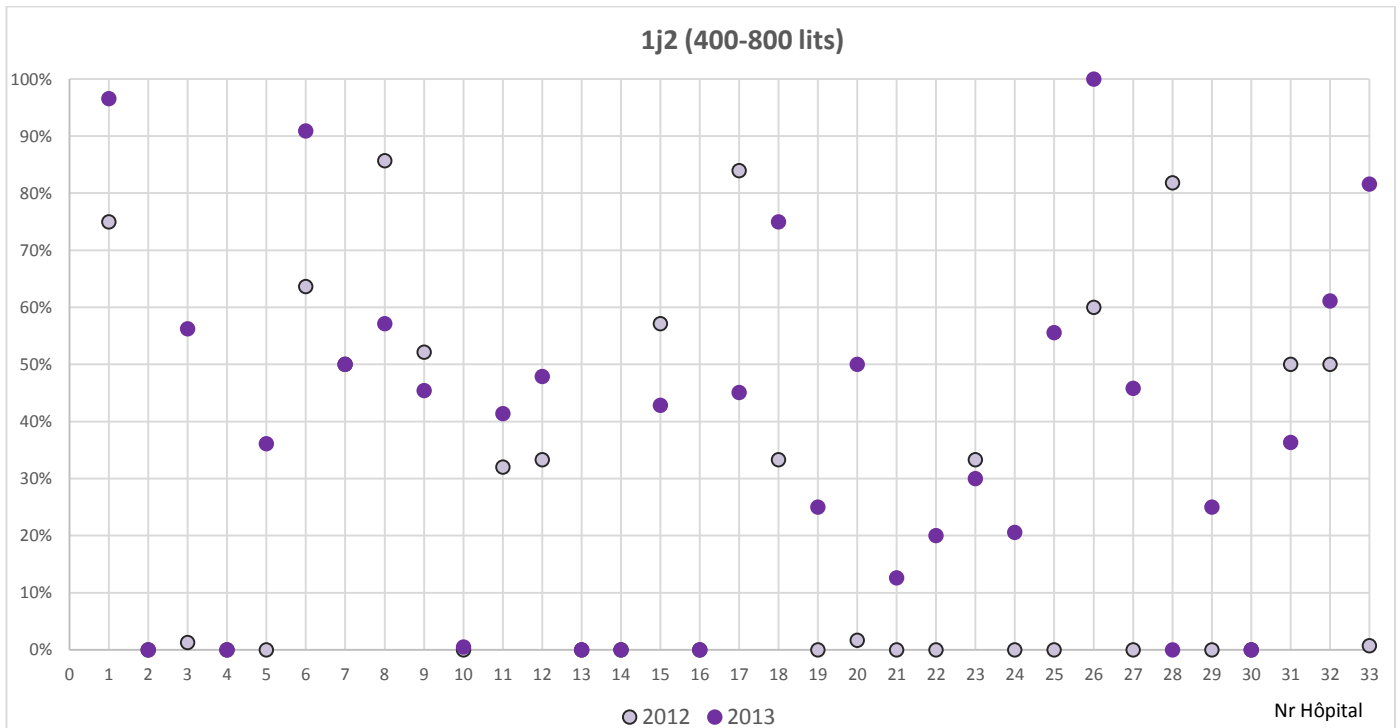
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie II-IV comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du talon sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie II-IV comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du talon.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	51	65
Nombre de patients	5067	4624
Nombre d'escarres acquises cat 2 - talon	460	690
Prevalence	9,08%	14,92%

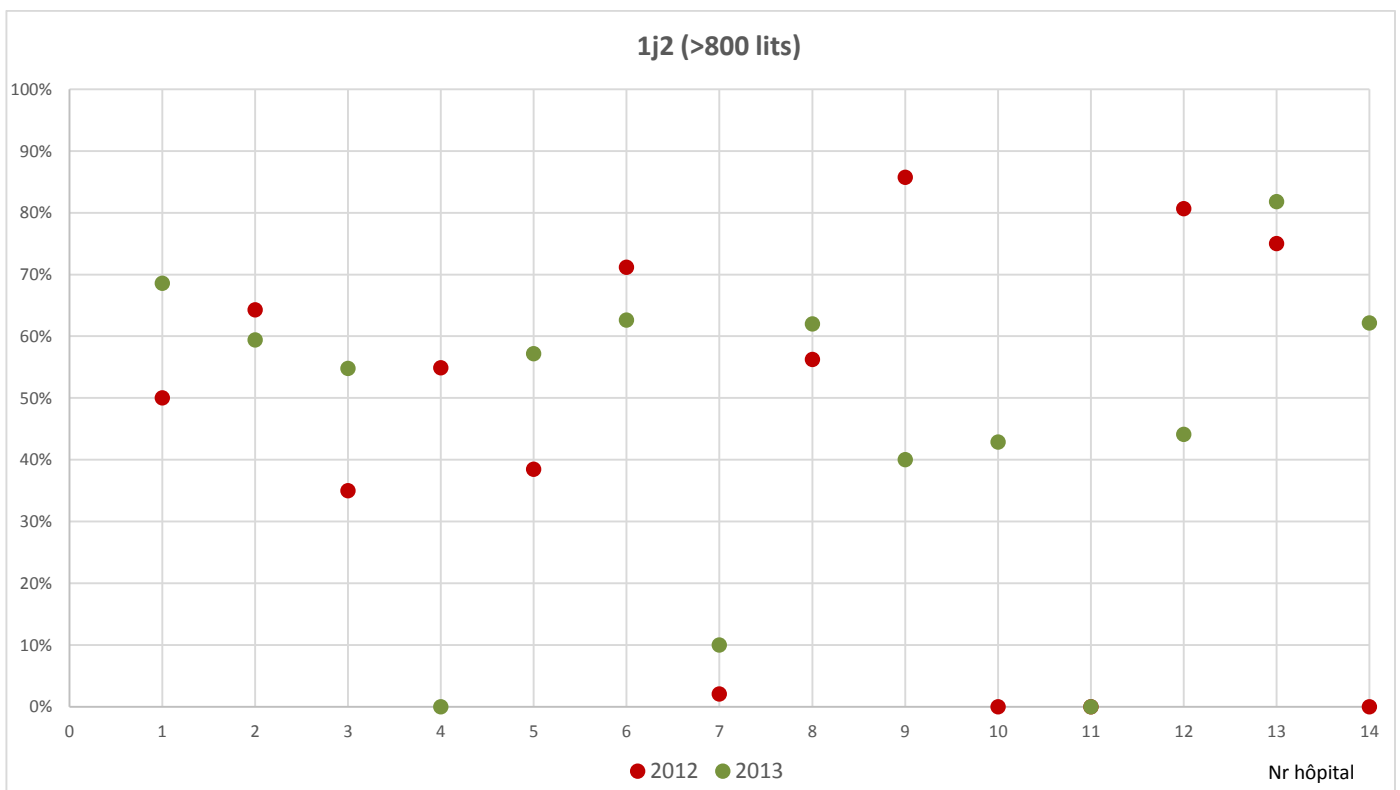
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie II-IV – talon



**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises
Catégorie II-IV - talon**



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie II-IV - talon

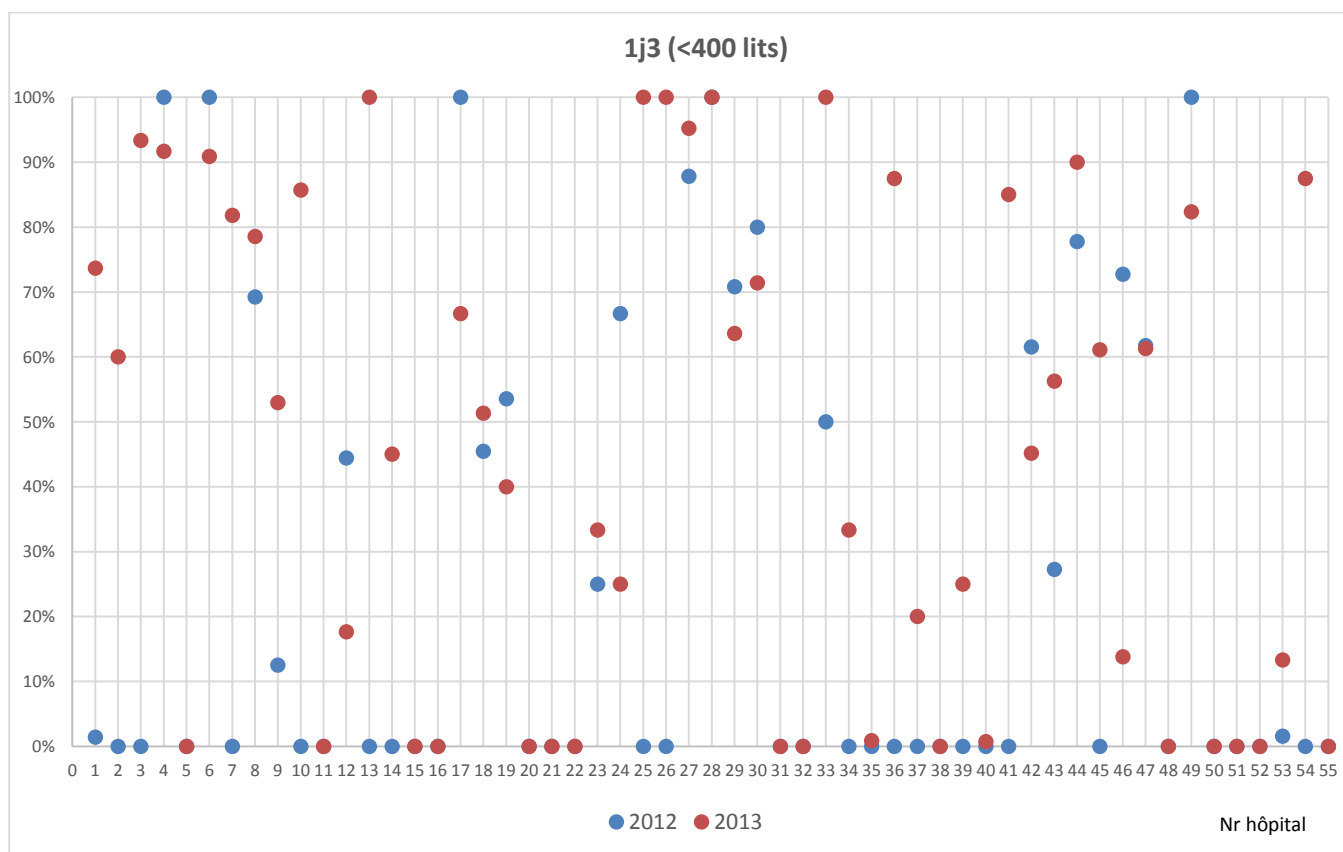


Prévalence escarres acquises de Catégorie I – sacrum (CFQAI 1j3)

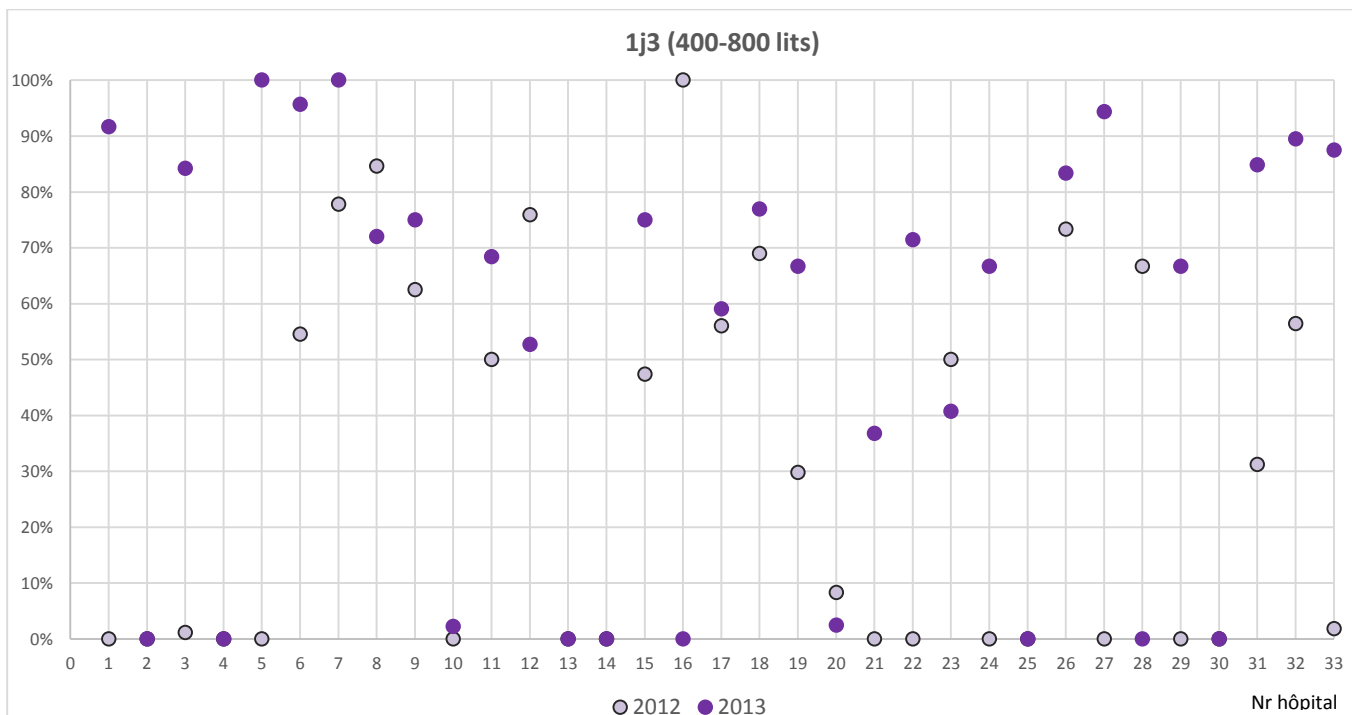
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du sacrum sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du sacrum.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	52	64
Nombre de patients	5523	5196
Nombre d'escarres acquises cat 3 - talon	883	1439
Prevalence	15,99%	27,69%

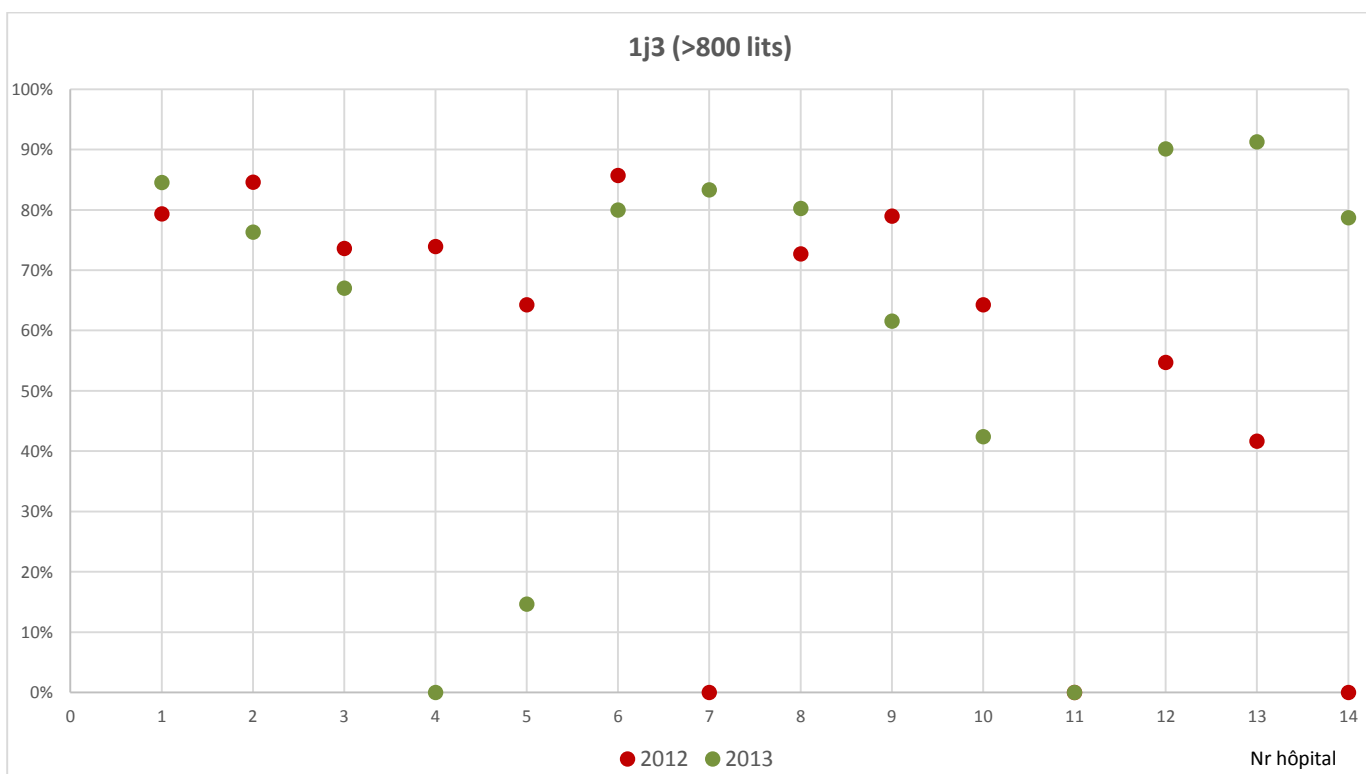
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I - sacrum



**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises
Catégorie I - sacrum**



Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I - sacrum

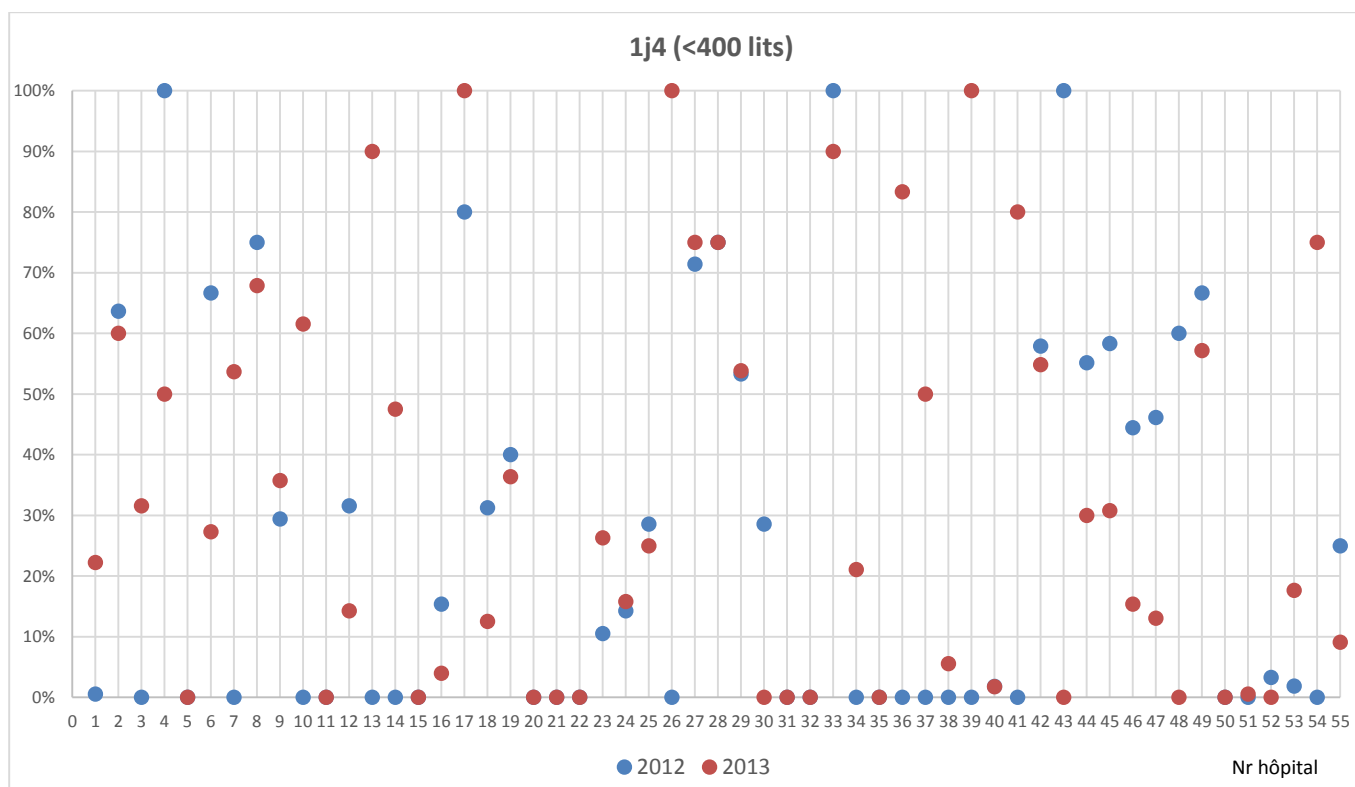


Prévalence escarres acquises de Catégorie II-IV – sacrum (CFQAI 1j4)

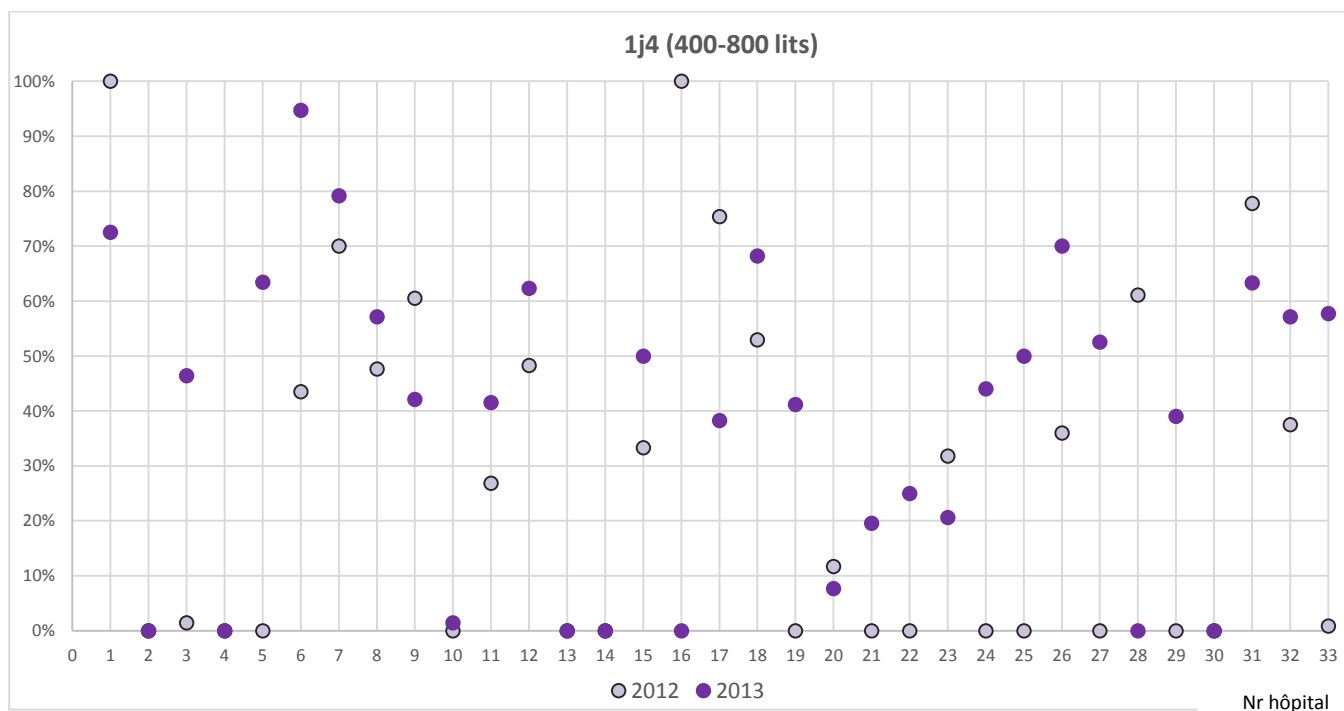
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie II-IV comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du sacrum sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie II-IV comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du sacrum.

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	51	65
Nombre de patients	5608	5221
Nombre d'escarres acquises cat 4 - talon	765	1049
Prevalence	13,64%	20,09%

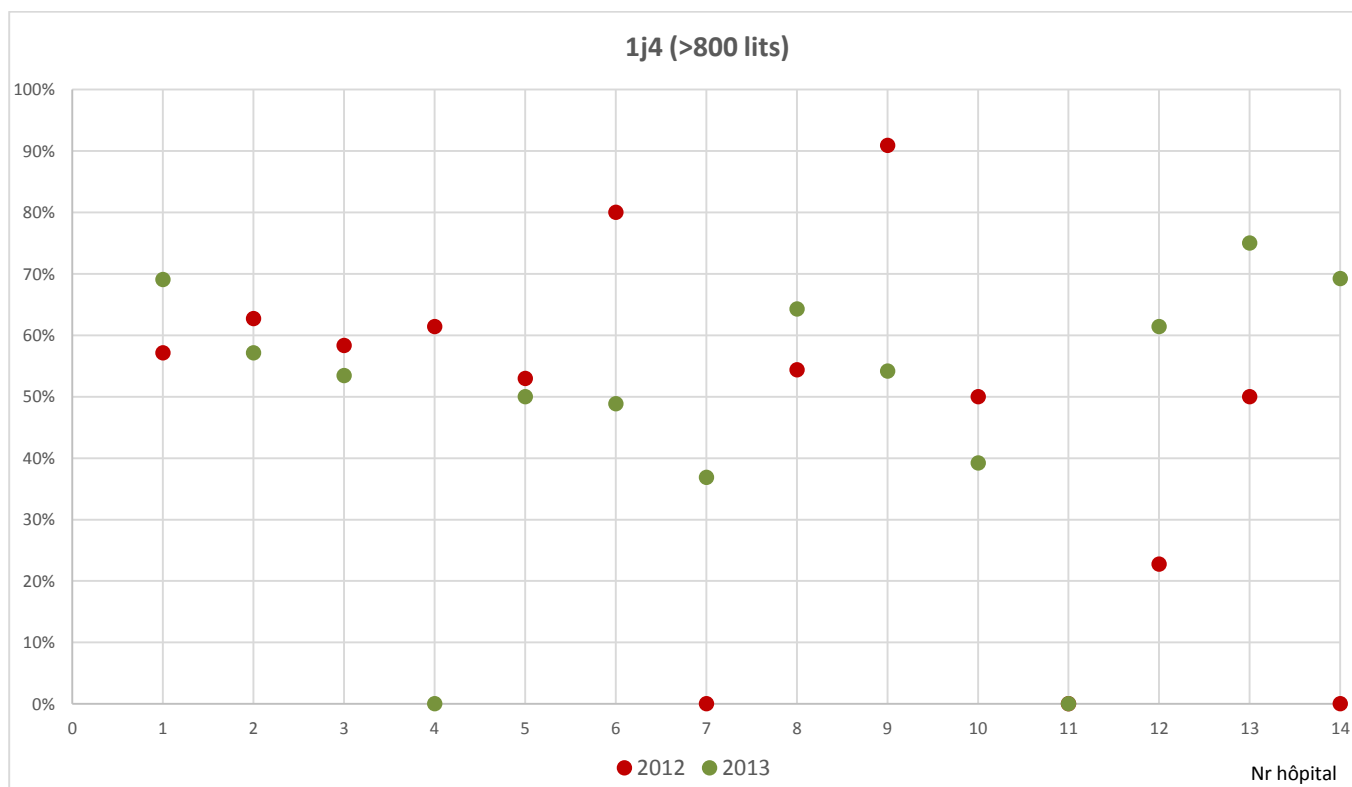
Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie II- IV - sacrum



**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises
Catégorie II- IV - sacrum**



**Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie II- IV –
sacrum**



B .Dénutrition

Indicateurs de structure

CFQAI 2a. Présence d'un protocole Evidence Based de détection et prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition

Indicateur CFQAI 2a : Présence d'un protocole Evidence Based de détection et prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition est calculé grâce aux 3 critères ci-dessous :

Critère 1 : Existe-t-il au 31/12/2013, dans l'hôpital, **un protocole Evidence Based** pour le screening, le monitoring et le soutien nutritionnel pour la prise en charge de la dénutrition ?

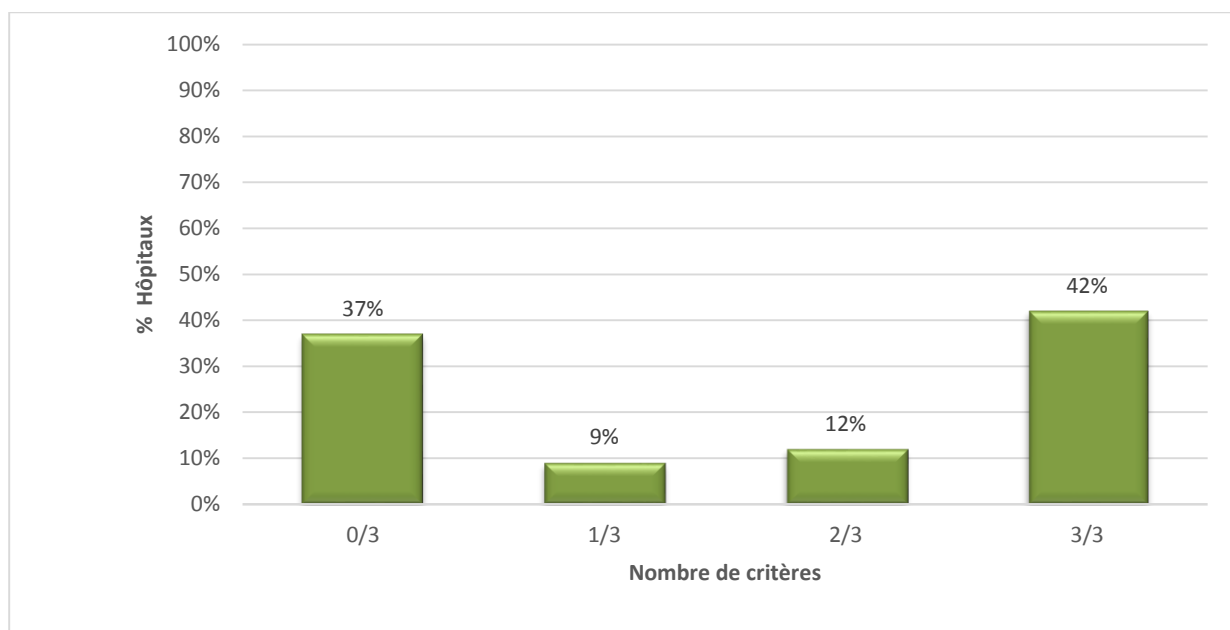
Si oui,

Critère 2: Le responsable du document est-il identifié et mentionné dessus ?

Critère 3 : La date de validité et/ou de péremption et/ou de révision du protocole est-elle indiquée sur celui-ci ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1, 2 ou 3 critère(s) de l'indicateur CFQAI 2a

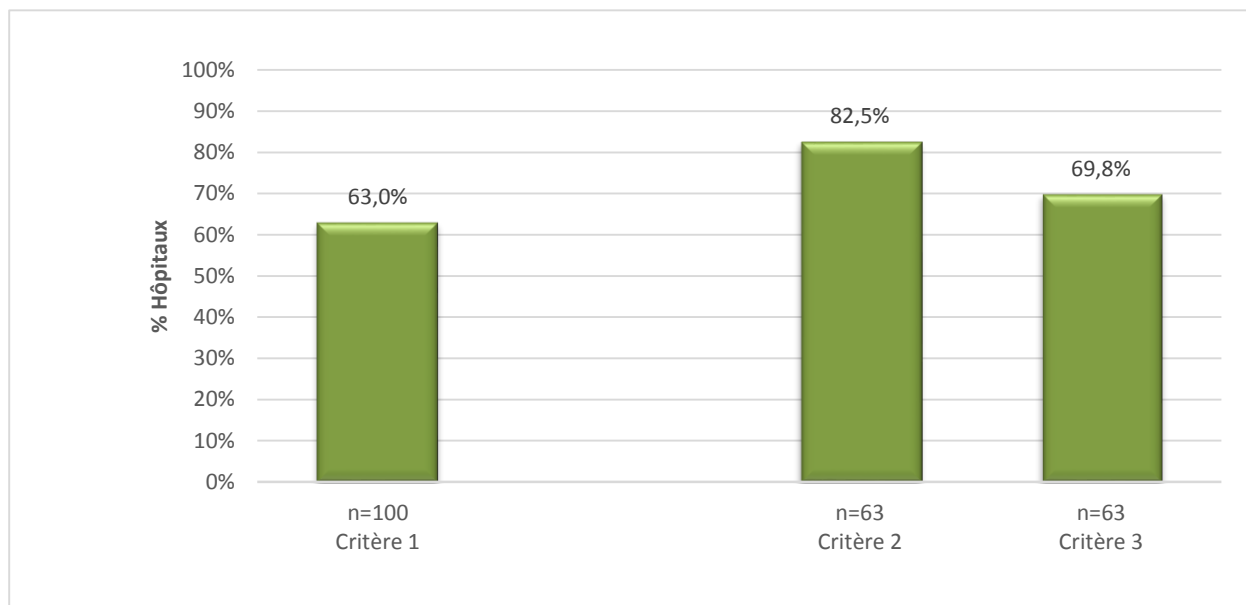
Année 2013 (n=100)



Parmi les 100 hôpitaux répondants, 42% répondent aux trois critères et 37% soit un tiers ne disposent pas de protocoles.

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 2a

Année 2013



63% des hôpitaux travaillent avec des protocoles Evidence Based parmi ceux-ci 8 sur 10 identifient l'auteur de ces protocoles et 7/10 notifient une date de validité et/ou de révision de ces protocoles.

CFQAI 2b Présence d'un infirmier ayant une expérience en nutrition

Indicateur CFQAI 2b: infirmier ayant une expérience en nutrition est calculé grâce aux 5 critères ci-dessous:

Critère 1 : Existe-t-il au 31/12/2013 dans l'hôpital un **infirmier ayant une expérience en nutrition**?

Critère 2 : Existe-t-il une **description de fonction** de l'infirmier ayant une expérience en nutrition dans votre institution ?

Si oui au critère 1,

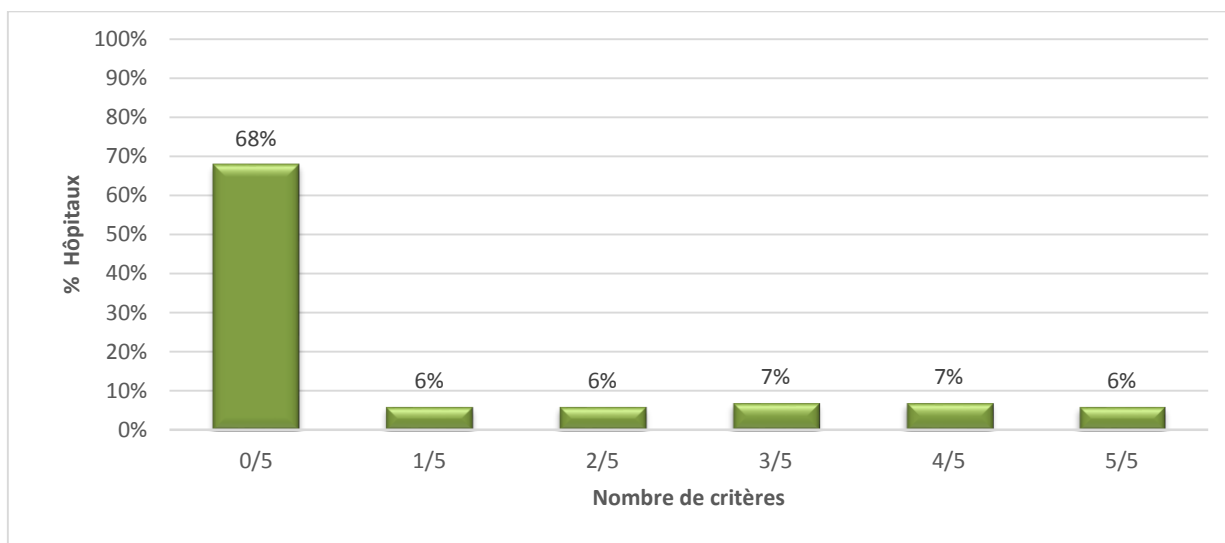
Critère 3 : L'infirmier ayant une expérience en nutrition est-il **dédié** à cette fonction $\geq 1/2$ ETP (au moins 19 h par semaine) ?

Critère 4 : L'infirmier ayant une expérience en nutrition a-t-il durant cette année organisé **au moins une action de formation interne** concernant la dénutrition, sa prévention et sa prise en charge multidisciplinaire ?

Critère 5 : L'infirmier ayant une expérience en nutrition a-t-il durant cette année participé à des **formations continues** spécifiques à la nutrition, la prévention de la dénutrition et sa prise en charge multidisciplinaire et ce, au minimum 15h /an ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1, 2, 3, 4 ou 5 critère(s) de l'indicateur CFQAI 2b

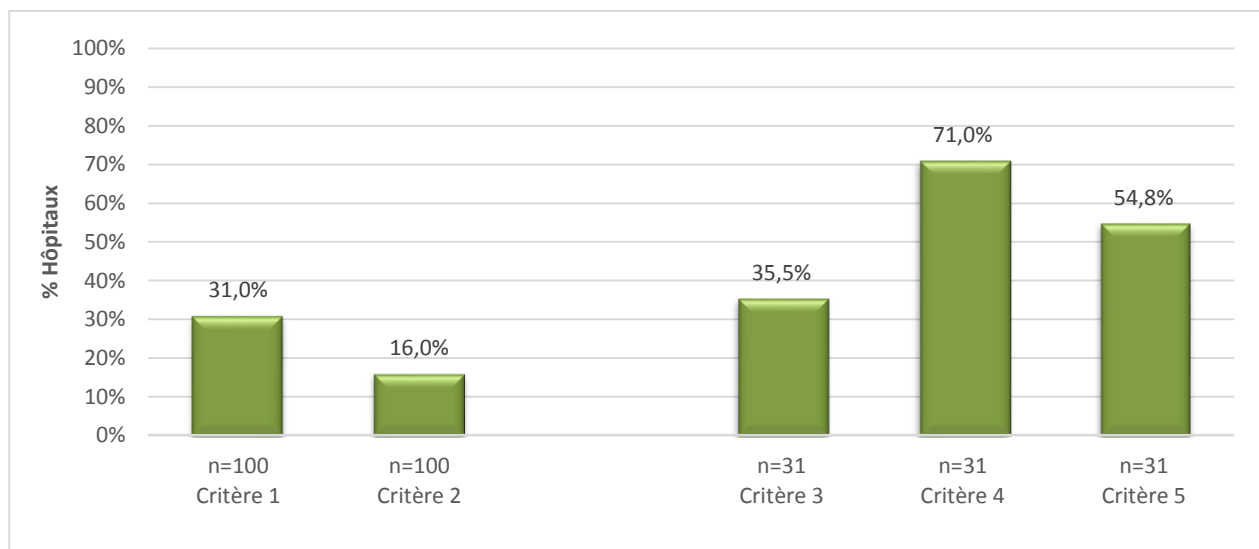
Année 2013 (n=100)



Près de 7 hôpitaux sur 10 ne remplissent aucun critère de cet indicateur.

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 2b

Année 2013



31% des institutions bénéficient de la présence d'un infirmier ayant une expertise en nutrition et la moitié ont décrit le profil de fonction de cet infirmier.

Parmi ces hôpitaux,

1. 35% autorise cet infirmier a dédicacé la moitié de son tima de travail à la fonction d'expert en nutrition.
2. 71% offre la possibilité à cet infirmier de donner des formations en interne
3. 55% autorise cet infirmier à suivre des formations continues concernant la prévention et la détection de la malnutrition.

CFQAI 2c Organisation de formations continues pour la détection et la prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition

Indicateur C 2c : Organisation de formations continues pour la détection et la prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition est calculé grâce aux 2 critères ci-dessous :

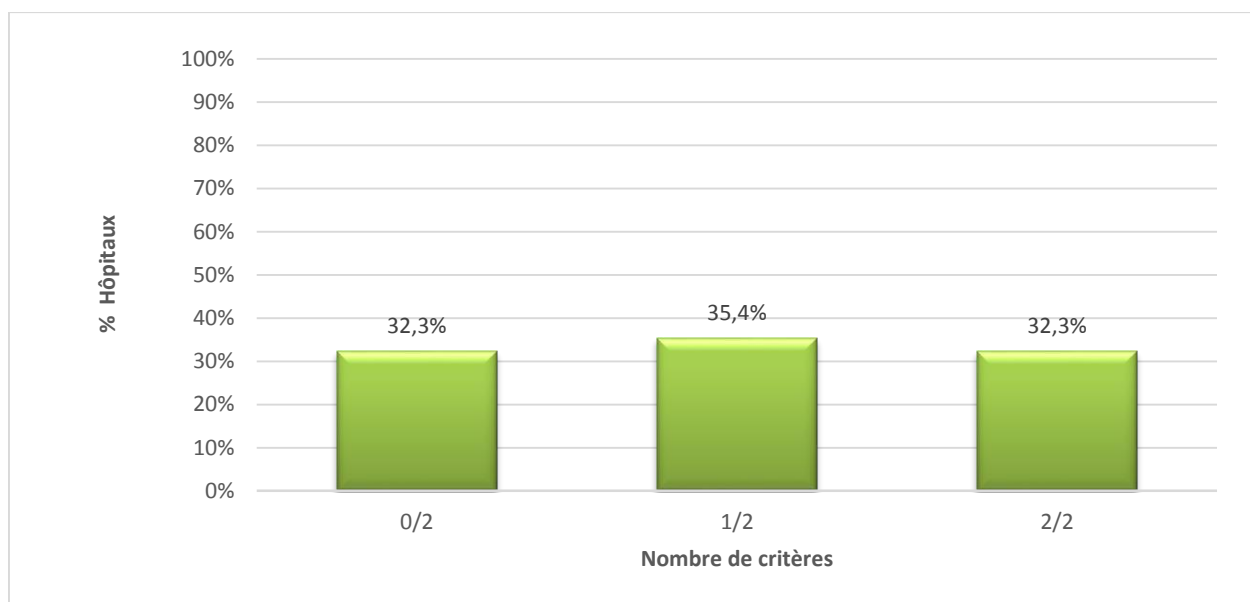
Critère 1 : En 2013, y a-t-il eu au sein de votre institution **au minimum une formation organisée** ayant pour thème la dénutrition, son dépistage, son évaluation et son traitement ?

Si oui,

Critère 2 : Les formations organisées au sein de votre institution ont-elles abordées **TOUS** les thèmes proposés dans la motivation du choix de l'indicateur (cf. Points 1 à 5) ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1ou 2 critère(s) de l'indicateur CFQAI 2c

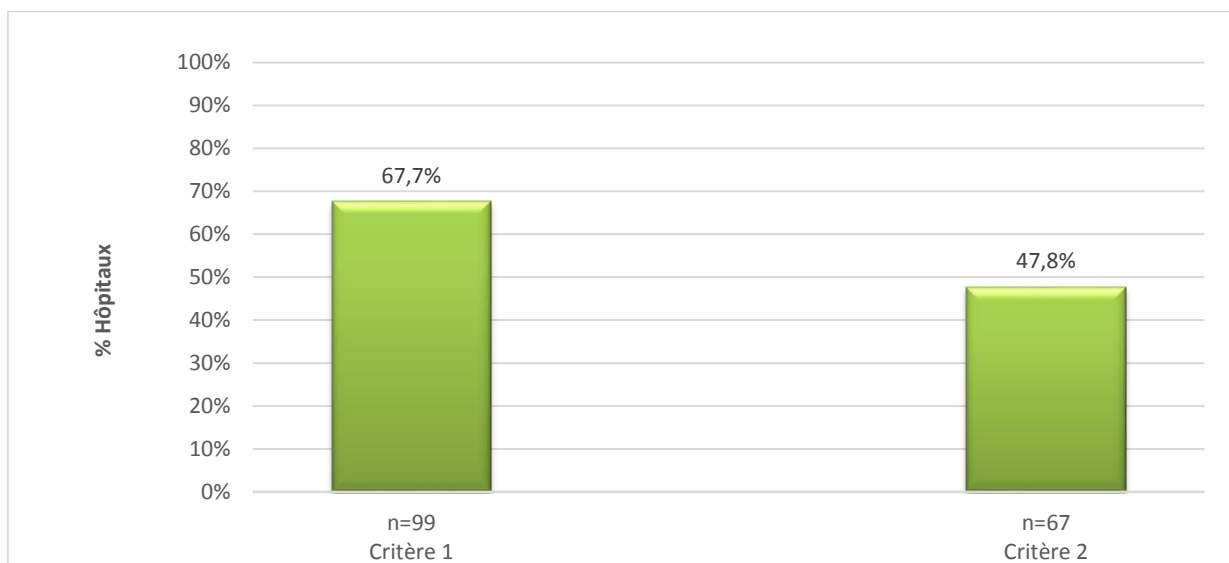
Année 2013 (n=99)



Répartition uniforme de la mise en place des divers critères (30%).

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 2c

Année 2013



Près de 7 hôpitaux sur 10 organisent au minimum une formation ayant pour thème la dénutrition, son dépistage, son évaluation et son traitement.

La moitié de ces formations organisées abordent tous les thèmes proposés càd :

1. La dénutrition : la prévalence, la détection et l'approche
2. Le soutien oral nutritionnel et les suppléments
3. La nutrition entérale : les contre-indications, les complications, les modes d'administration et les produits diététiques utilisés
4. La nutrition parentérale : les contre-indications, les complications, les modes d'administration et produits diététiques utilisés
5. Les aspects éthiques et juridiques de la dénutrition.

CFQAI 2d Présence d'un comité de pilotage nutritionnel organisationnel et d'une équipe nutritionnelle clinique multidisciplinaire

Indicateur CFQAI 2d: Présence d'un comité de pilotage nutritionnel organisationnel et d'une équipe nutritionnelle clinique multidisciplinaire est calculé grâce aux 6 critères ci-dessous :

Critère 1 : Existe-t-il au 31/12/2013 un comité de pilotage nutritionnel organisationnel dans votre institution ?

Si oui,

Critère 2 : Ce comité est-il distinct du comité de direction en 2013 ?

Critère 3 : Ce comité s'est-il réuni au moins 3x en 2013 ?

Critère 4 : Existe-t-il au 31/12/2013 une équipe nutritionnelle clinique multidisciplinaire dans votre institution ?

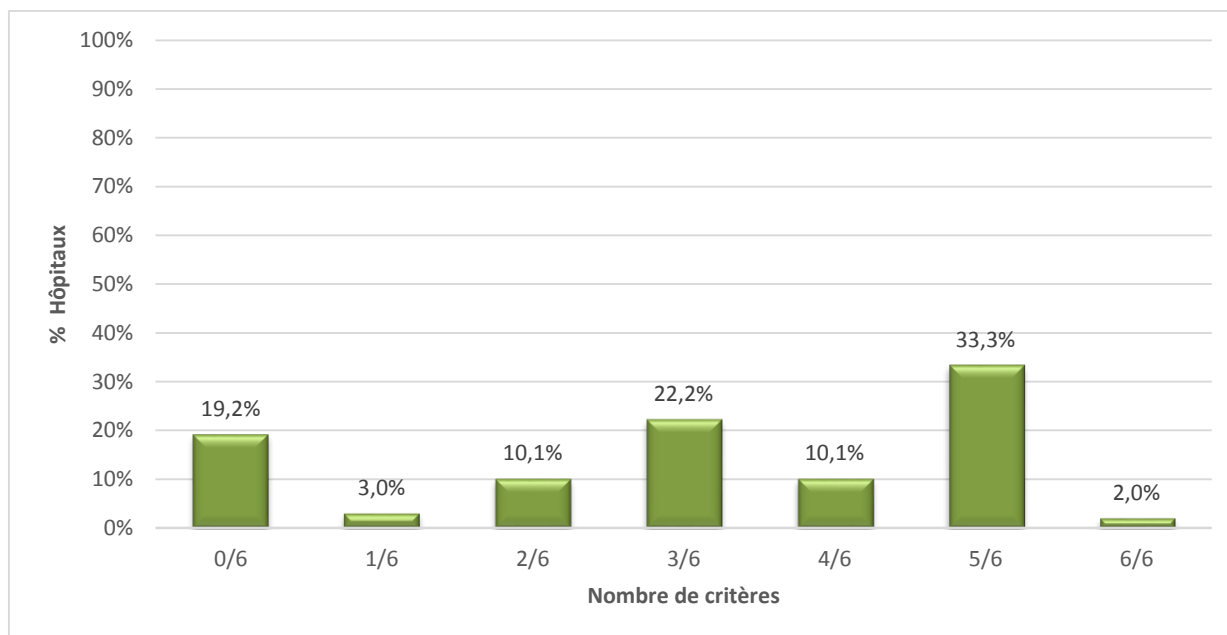
Si oui,

Critère 5 : Cette équipe s'est-elle **réunie au moins 4x** en 2013 ?

Critère 6 : Si votre institution ne dispose pas d'un comité de pilotage nutritionnel organisationnel mais dispose d'une équipe nutritionnelle clinique multidisciplinaire, cette équipe s'est-elle **réunie avec le comité de direction au moins 2x** en 2013 ?

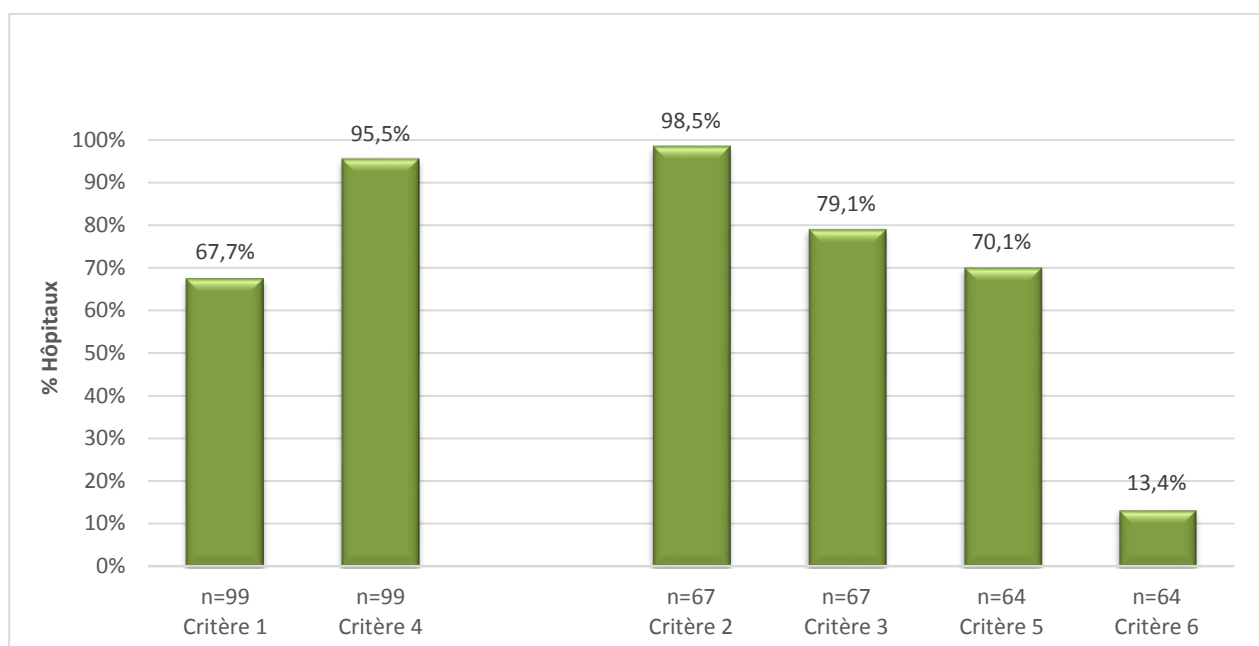
CFQAI 2d Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 critère(s) de l'indicateur CFQAI 2d

Année 2013 (n=99)



1/3 des hôpitaux remplissent 5 critères sur 6.

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 2d



Presque 7 hôpitaux sur 10 ont un comité de pilotage nutritionnel organisationnel alors que 9/10 possèdent en leur sein une équipe nutritionnelle.

Parmi les 67 institutions/100 ayant un comité de pilotage nutritionnel organisationnel.

1. Dans 9/10 ce comité est distinct du comité de direction et
2. dans 8/10 le comité de pilotage nutritionnel organisationnel s'est réuni au moins 3x en 2013

Parmi les institutions ayant une équipe nutritionnelle, seuls 64/99 soit 63% répondent aux critères 5 et 6.

Sur ces 63% de répondants,

1. 70% permettent aux équipes nutritionnelles de se réunir au moins 4x/an
2. 13% ont organisé au moins deux rencontres entre l'équipe nutritionnelle et le comité de direction.

Score global pour les indicateurs de structure

Le tableau ci-dessous est un benchmarking dans lequel les hôpitaux sont classés par région (Bruxelles (n=16); Flandre (n=49); Wallonie (n=37)) et par score global individuel.

Hôpitaux classés en fonction de la région et de leur score global pour les indicateurs de structure (n=102)

	Bruxelles (n=16)		Flandre (n=49)		Wallonie (n=37)		Belgique (n=102)	
0/16 critères	5	31,25%	1	2,04%	5	13,51%	11	10,78%
1/16 critères	0	0,00%	2	4,08%	1	2,70%	3	2,94%
2/16 critères	0	0,00%	1	2,04%	3	8,11%	4	3,92%
3/16 critères	0	0,00%	4	8,16%	3	8,11%	7	6,86%
4/16 critères	1	6,25%	3	6,12%	2	5,41%	6	5,88%
5/16 critères	0	0,00%	6	12,24%	4	10,81%	10	9,80%
6/16 critères	0	0,00%	6	12,24%	2	5,41%	8	7,84%
7/16 critères	3	18,75%	5	10,20%	3	8,11%	11	10,78%
8/16 critères	1	6,25%	6	12,24%	2	5,41%	9	8,82%
9/16 critères	1	6,25%	2	4,08%	0	0,00%	3	2,94%
10/16 critères	2	12,50%	4	8,16%	4	10,81%	10	9,80%
11/16 critères	1	6,25%	1	2,04%	2	5,41%	4	3,92%
12/16 critères	0	0,00%	1	2,04%	3	8,11%	4	3,92%
13/16 critères	0	0,00%	3	6,12%	2	5,41%	5	4,90%
14/16 critères	0	0,00%	1	2,04%	1	2,70%	2	1,96%
15/16 critères	1	6,25%	1	2,04%	0	0,00%	2	1,96%
16/16 critères	0	0,00%	1	2,04%	5	13,51%	1	0,98%
Sans réponses	1	6,25%	2	4,08%	1	2,70%	2	1,96%
Total	16	100,00%	1	2,04%	3	8,11%	102	100,00%

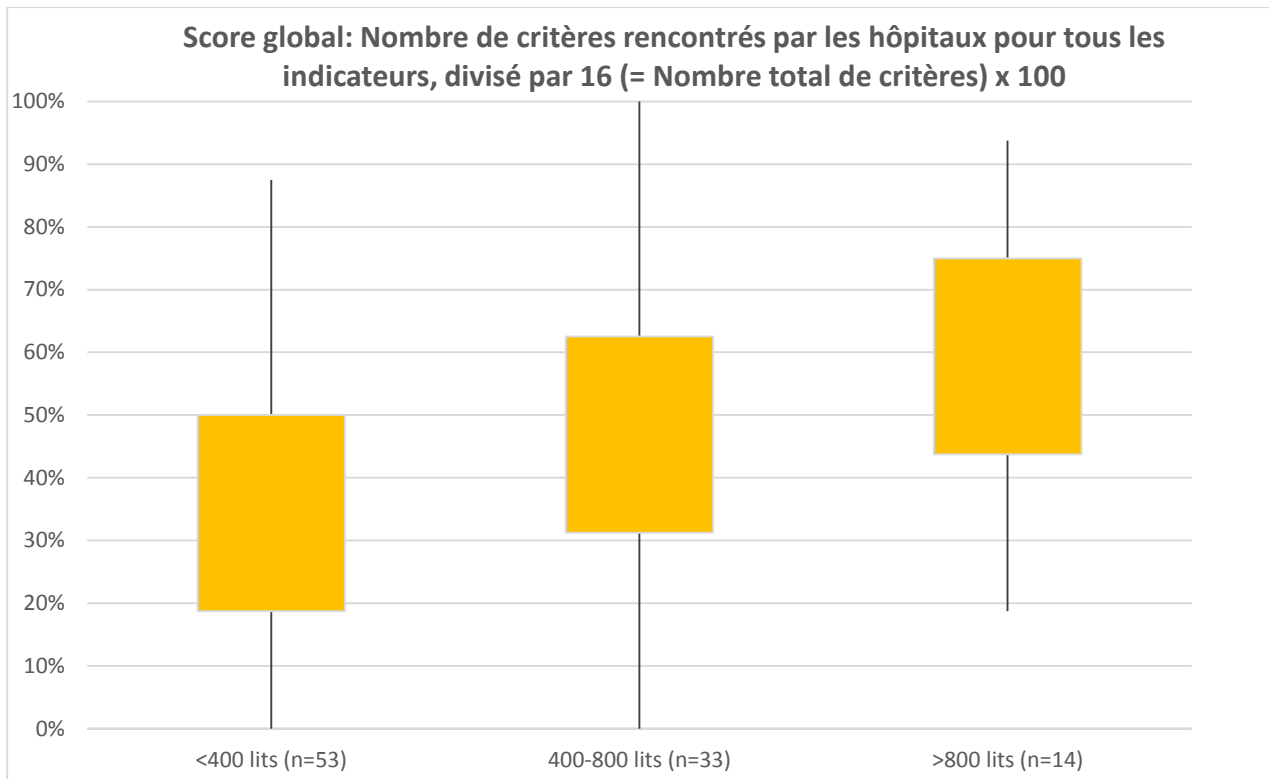
Seule la région néerlandophone du pays répond aux 16 critères des indicateurs de structure (2,4%).

La répartition la plus uniforme parmi les trois régions se situe au niveau de 10 critères atteints sur 16 (12,5% Bruxelles, 10,81% Wallonie et 8,16% pour la Flandre).

On remarque qu'une attention plus particulière doit être faite par les hôpitaux de Bruxelles, plus de 30% ne répondent à aucun des critères sur les 16.

Le graphique ci-dessous est un benchmarking dans lequel les hôpitaux sont classés par catégorie de lits (< 400 lits; 400 à 800 lits; > 800 lits) et par score global individuel pour les indicateurs de structure.

Année 2013



Indicateurs de Processus

CFQAI 2e Pourcentage de patients dont le risque nutritionnel a été évalué.

Indicateur CFQAI 2e : Pourcentage de patients dont le risque nutritionnel a été évalué est calculé grâce au numérateur et dénominateur ci-dessous :

Numérateur: Nombre de patients chez qui le risque nutritionnel a été évalué et dont le résultat de l'évaluation est transcrite dans le dossier

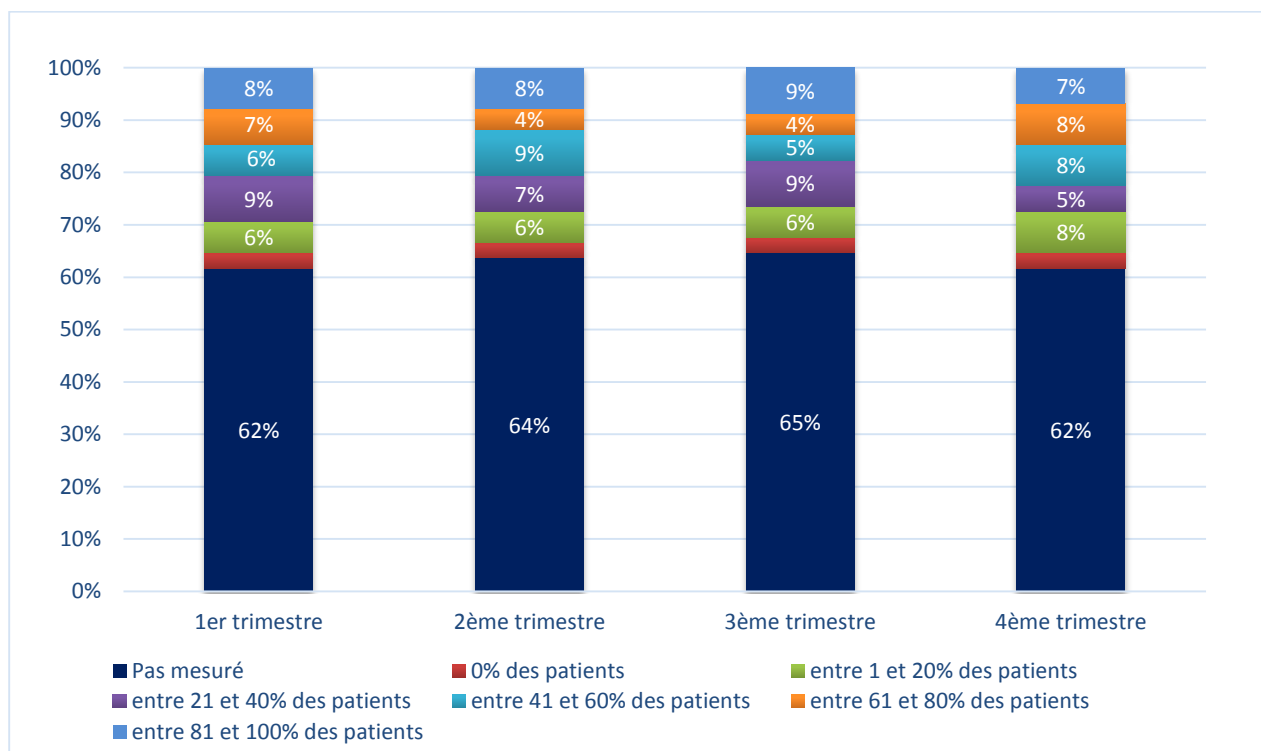
Dénominateur: Nombre de patients présents dans les secteurs concernés de l'institution

Le graphique présentent le pourcentage et le nombre d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur, soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories suivantes :

- 0% des patients
- entre 1 et 20% des patients
- entre 21 et 40% des patients
- entre 41 et 60% des patients
- entre 61 et 80% des patients
- entre 81 et 100% des patients

Pourcentage d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur CFQAI 2e soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories précitées

Année 2013 (n=102)



Plus de 60% parmi les 102 hôpitaux répondants n'ont pas mesuré l'indicateur « % de patients dont le risque a été évalué par trimestre »

1. 3% indiquent que 0% de patients ont été évalués
2. Entre 3 et 6% ont évalué <20% de patients par trimestre
3. 5 à 9% ont évalué entre 20 et 40% de patients par trimestre
4. 5 à 9% ont évalué entre 40 et 60% de patients par trimestre
5. 4 à 9% ont évalué entre 60 et 80% de patients par trimestre
6. 7 à 9% ont évalué entre 80 et 100% de patients par trimestre

Les résultats sont très interpellants, ils sont soit le reflet d'une première mesure soit du manque d'intérêt des équipes soignantes face à la problématique de la dénutrition (année 0).

CFQAI 2f Pourcentage de la prévention adéquate de la dénutrition notée au dossier

Indicateur CFQAI 2f : Pourcentage de patients dont le risque nutritionnel a été évalué est calculé grâce au numérateur et dénominateur ci-dessous :

Numérateur : Nombre de patients qui ont bénéficié de la prévention : mesure poids/taille à l'admission

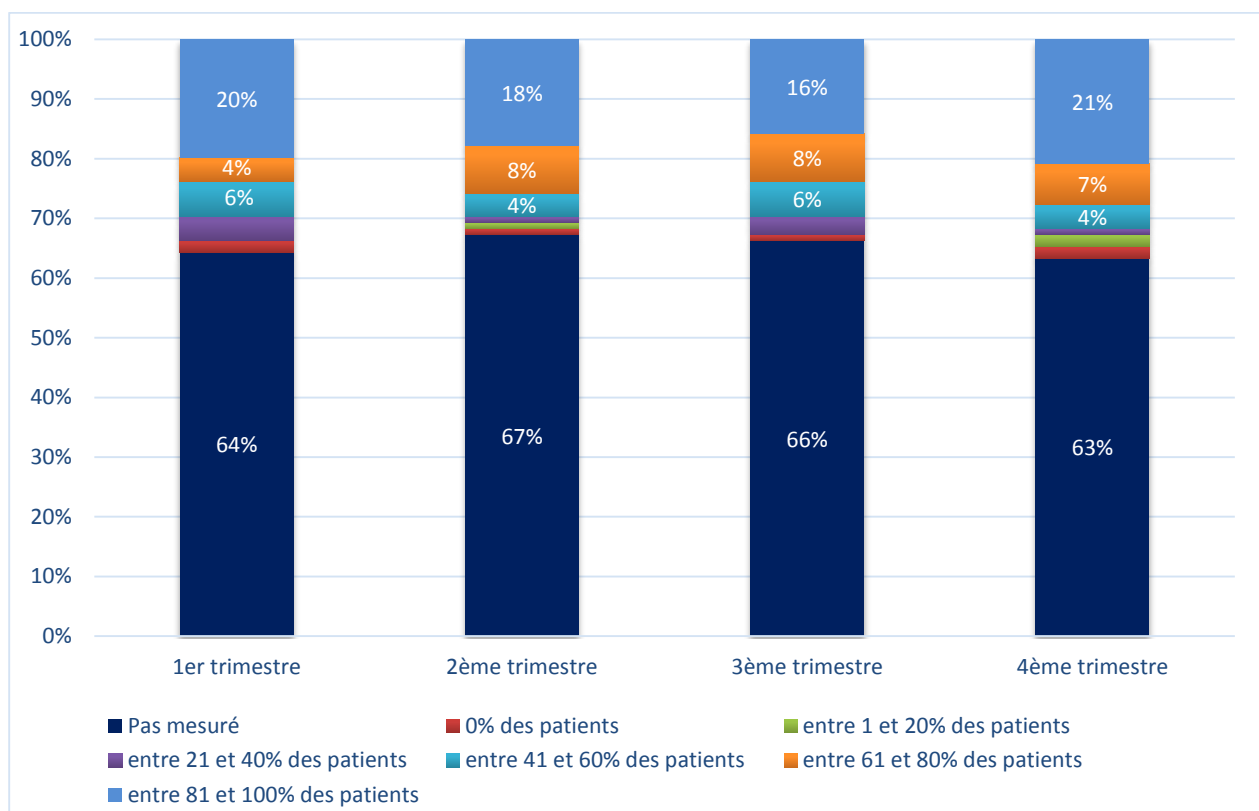
Dénominateur : Nombre de patients présents dans les secteurs concernés de l'institution

Le graphique présentent le pourcentage et le nombre d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur, soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories suivantes :

- 0% des patients
- entre 1 et 20% des patients
- entre 21 et 40% des patients
- entre 41 et 60% des patients
- entre 61 et 80% des patients
- entre 81 et 100% des patients

CFQAI 2f1

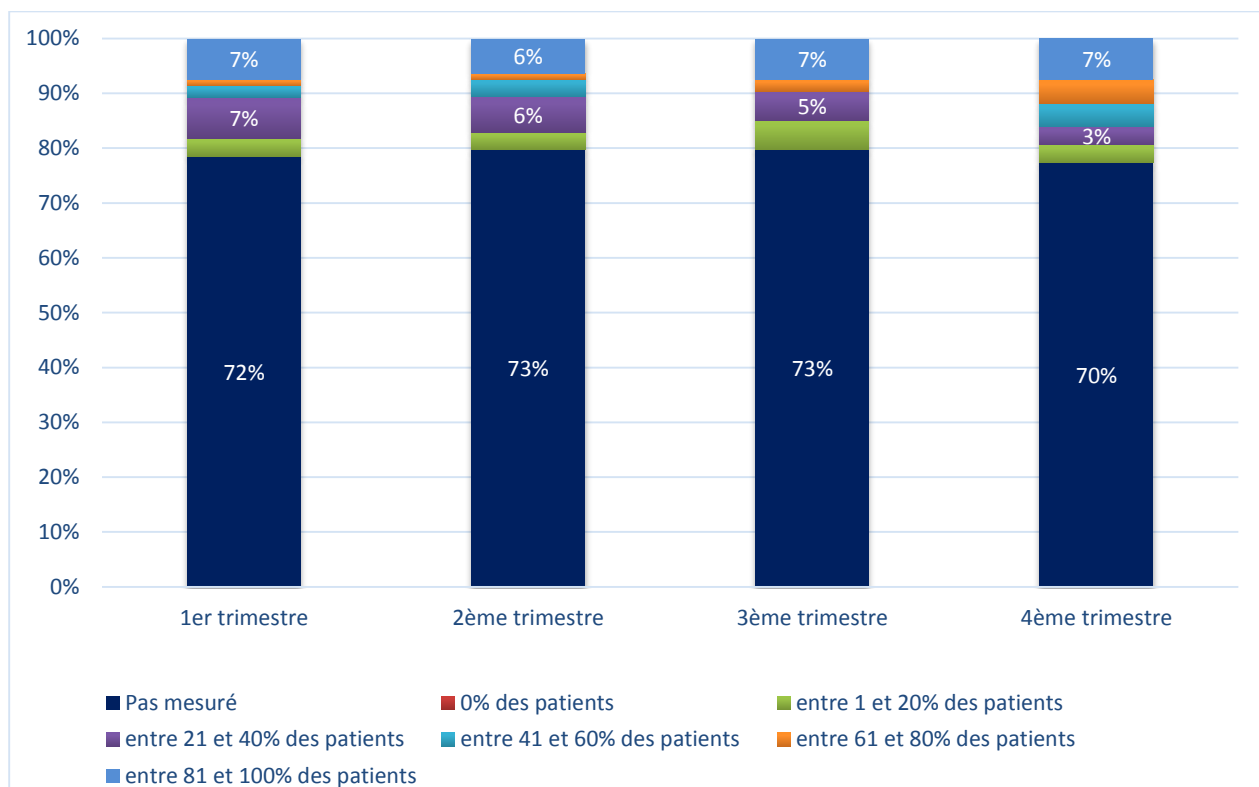
Année 2013 (n=101)



Durant les 4 trimestres de 2013, l'indicateur « mesure du poids/taille à l'admission » n'a pas été mesuré dans plus de 60% des hôpitaux généraux. +/- 20% des hôpitaux ont pesé ou mesuré entre 80 et 100% des patients.

CFQAI 2f2

Année 2013 (n=71)

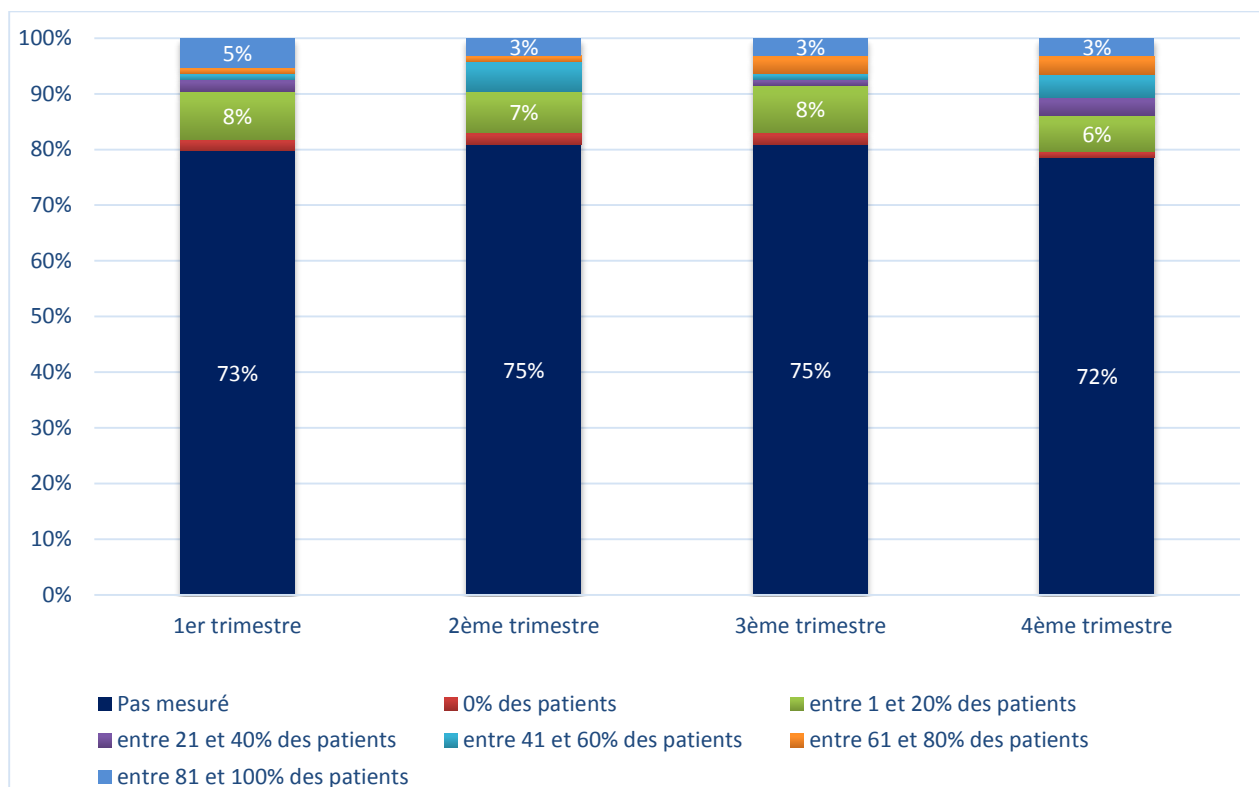


Plus de 70% des hôpitaux généraux n'ont pas mesuré cet indicateur.

Attention ce critère ne représente pas la population complète des hôpitaux car lors de l'envoi de l'outil de récolte des données ce critère ne figurait pas dans le listing de questions. Un erratum a été envoyé plus tard, ce qui explique cette différence dans le n.

CFQAI 2f3

Année 2013 (n=71)



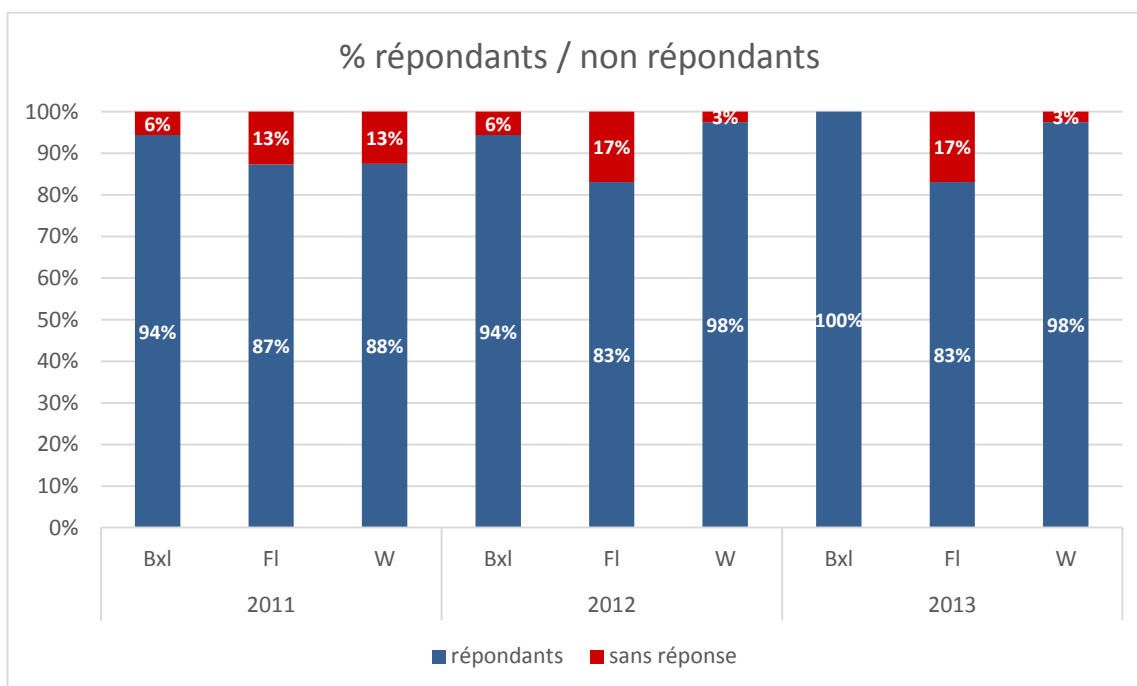
Plus de 70% des hôpitaux généraux n'ont pas mesuré cet indicateur.

Attention ce critère ne représente pas la population complète des hôpitaux car lors de l'envoi de l'outil de récolte des données ce critère ne figurait pas dans le listing de questions. Un erratum a été envoyé plus tard, ce qui explique cette différence dans le n.

IV. Psychiatrie

Taux de réponse par région

	Répondants						Pas de réponse					
	2011		2012		2013		2011		2012		2013	
Bruxelles	17	94%	17	94%	18	100%	1	6%	1	6%	0	0%
Flandre	62	87%	59	83%	59	83%	9	13%	12	17%	12	17%
Wallonie	35	88%	39	98%	39	98%	5	13%	1	3%	1	3%



A. Mesures de privations de liberté en psychiatrie

Indicateurs de structure

CFQAI 3.a Programme d'Amélioration Continue de la Qualité

Indicateur CFQAI 3a : Programme d'Amélioration Continue de la Qualité est calculé grâce aux 6 critères ci-dessous :

Critère 1 : En 2013 un groupe de pilotage pour améliorer la qualité des privations de liberté s'est réuni au moins 4 fois sur l'année?

Critère 2 : Le groupe de pilotage est pluridisciplinaire, comportant au moins un infirmier et un psychiatre, la direction est également représentée ?

Critère 3 : Le groupe a une mission, officialisée dans l'institution, de validation de procédure/protocoles de privation de liberté ?

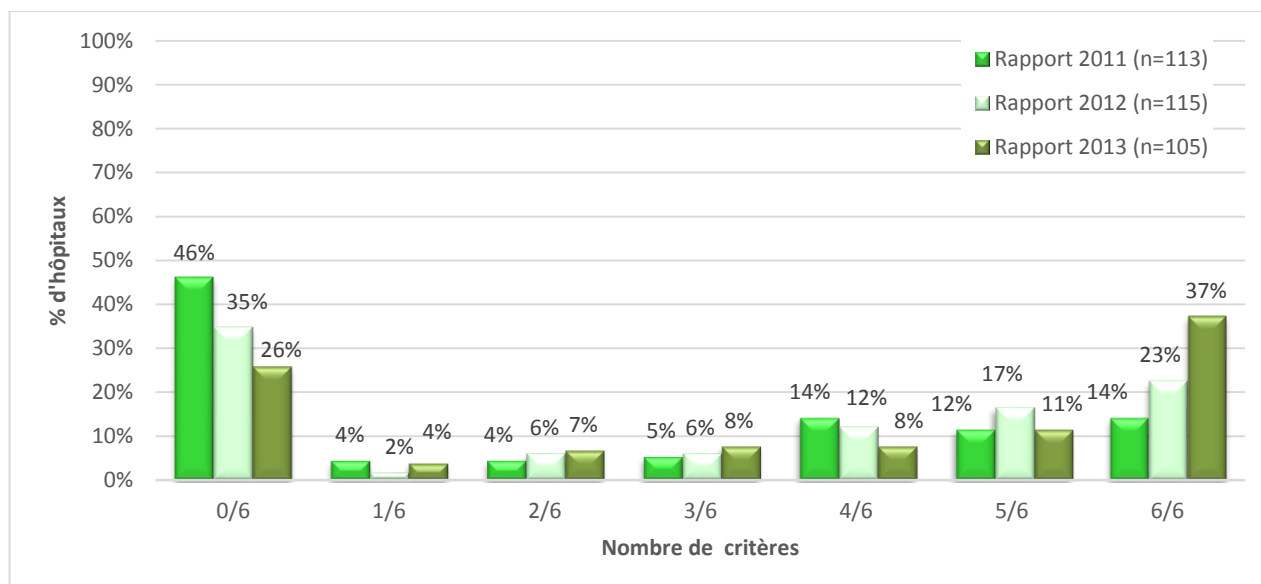
Critère 4 : Le groupe a une mission, officialisée dans l'institution, de gestion des enregistrements liés à la privation de liberté (çàd de déterminer leurs fréquences et modalités) ?

Critère 5 : Le groupe a une mission, officialisée dans l'institution, de gestion de la formation du personnel dans le domaine de la privation de liberté (çàd de déterminer les contenus et publics cibles) ?

Critère 6 : Le groupe a une mission, officialisée dans l'institution, d'organiser l'équipe d'intervention (çàd déterminer qui doit faire quoi en cas d'incident) ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 critère(s) de l'indicateur CFQAI 3a

Evolution 2011-2012-2013



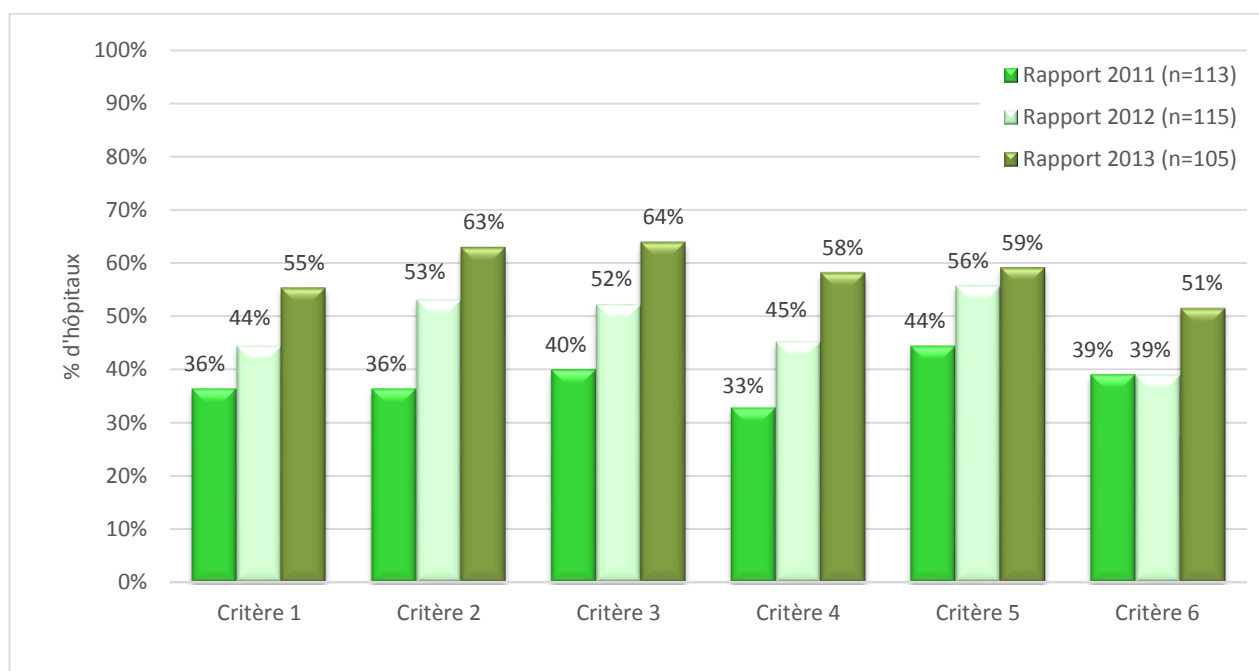
Nombre et pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 critère(s) l'indicateur CFQAI 3a

Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/6	52	46%	40	35%	27	26%	-20%
17%	1/6	5	4%	2	2%	4	4%	0%
33%	2/6	5	4%	7	6%	7	7%	+3%
50%	3/6	6	5%	7	6%	8	8%	+3%
67%	4/6	16	14%	14	12%	8	8%	-6%
83%	5/6	13	12%	19	17%	12	11%	-1%
100%	6/6	16	14%	26	23%	39	37%	+23%
TOTAL		113	100%	115	100%	105	100%	

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) l'indicateur CFQAI 3a

Evolution 2011-2012-2013



CFQAI 3.b Motivation isolement/contention dans le dossier

Indicateur CFQAI 3b : Motivation isolement/contention dans le dossier est calculé grâce aux 2 critères ci-dessous :

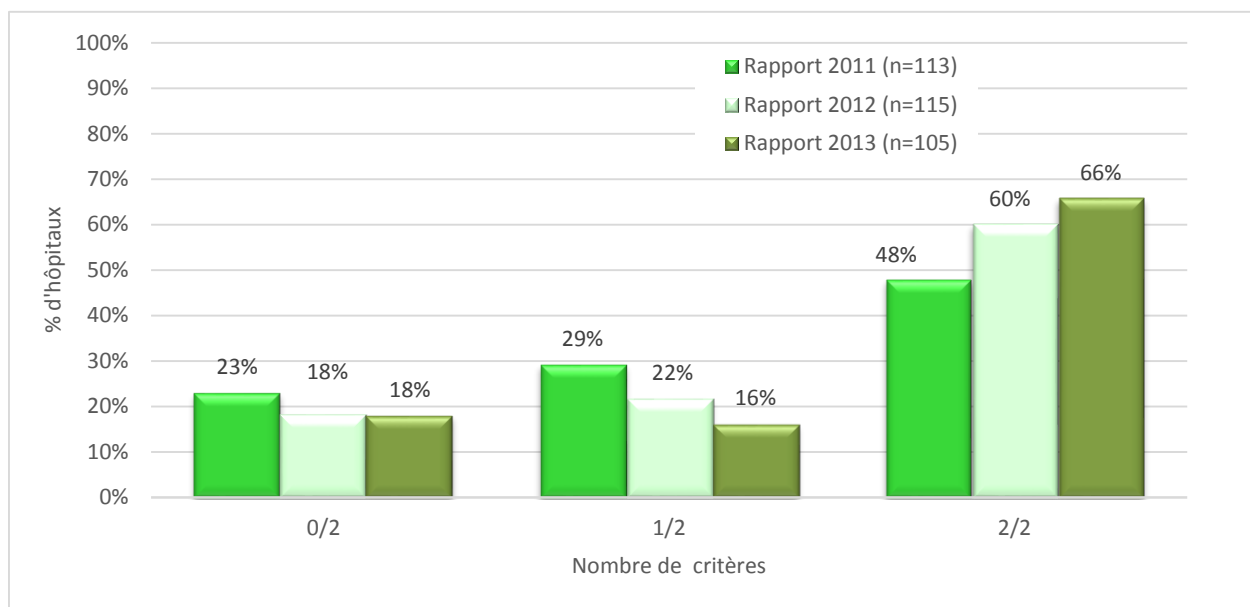
Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a une procédure institutionnelle qui indique que toute mesure d'isolement/contention doit être justifiée au dossier du patient.

Si oui,

Critère 2 : La procédure institutionnelle mentionne les 5 raisons susmentionnées comme justifications possibles pour un isolement ou une contention.

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s) l'indicateur CFQAI 3b

Evolution 2011-2012-2013



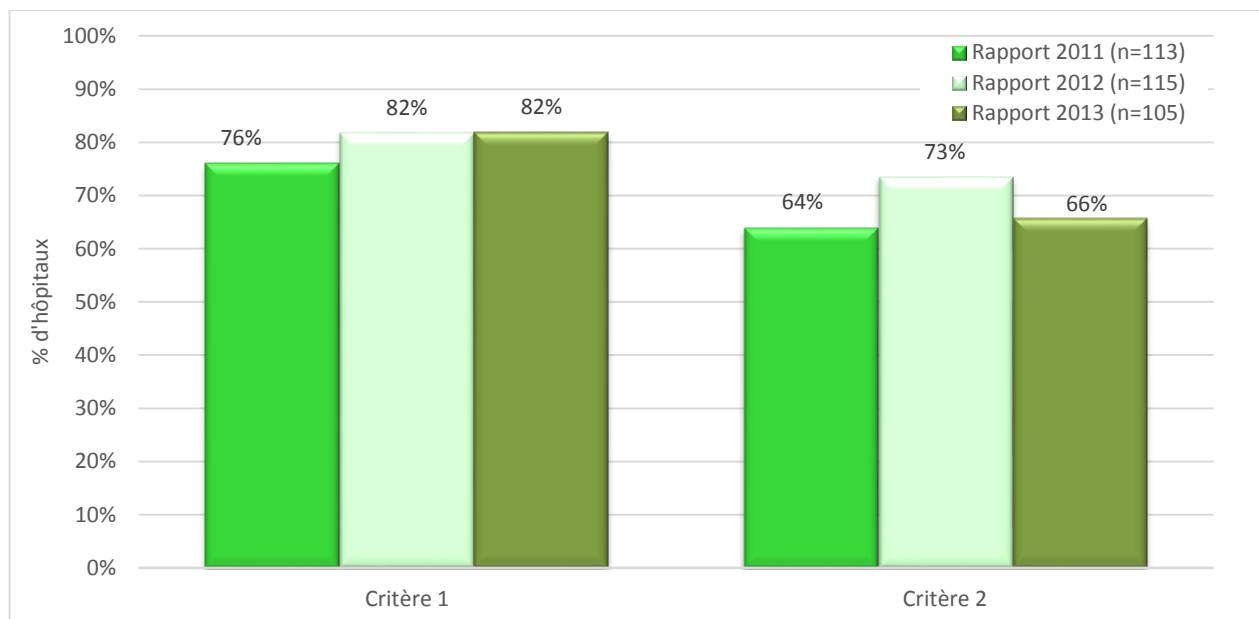
Nombre et pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0,1 ou 2 critère(s) l'indicateur CFQAI 3b

Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/2	26	23%	21	18%	19	18%	-4,9%
50%	1/2	33	29%	25	22%	17	16%	-13,0%
100%	2/2	54	48%	69	60%	69	66%	+17,9%
TOTAL		113	100%	115	100%	105	100%	

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) l'indicateur CFQAI 3b

Evolution 2011-2012-2013



CFQAI 3.c Procédure de privation liberté

Indicateur CFQAI 3c : Procédure Privation Liberté est calculé grâce aux 2 critères ci-dessous :

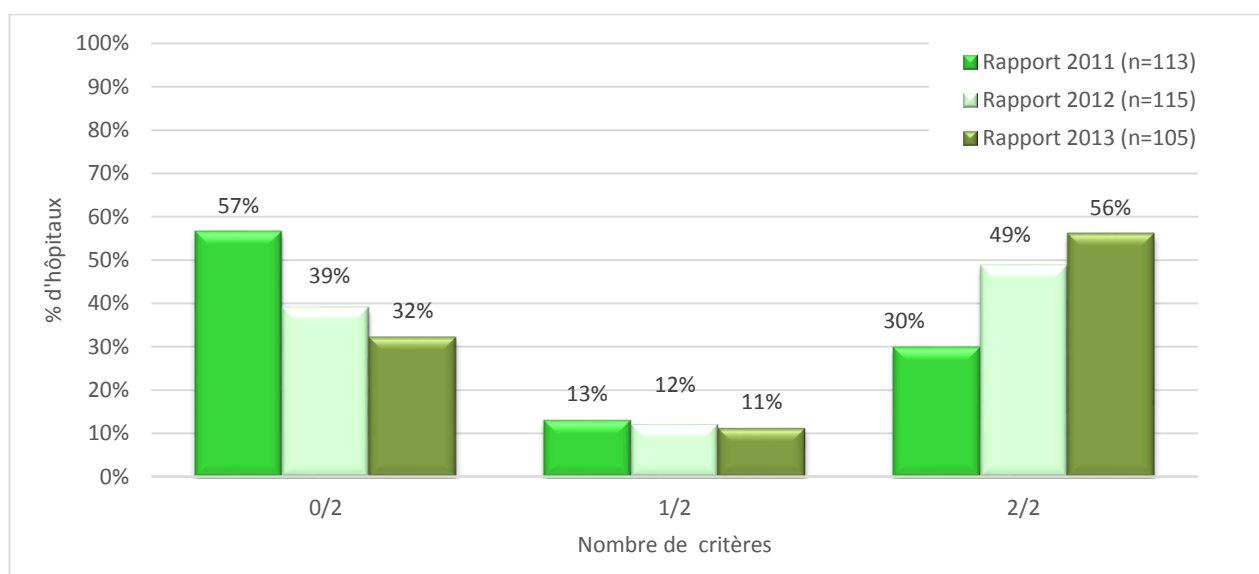
Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a une procédure institutionnelle ou un plan de soin standard concernant les mesures de privation de liberté reprenant les 6 éléments susmentionnés.

Si oui,

Critère 2 : La date de validité et de révision est-elle indiquée sur le document ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent les critères de l'indicateur CFQAI 3c

Evolution 2011-2012-2013



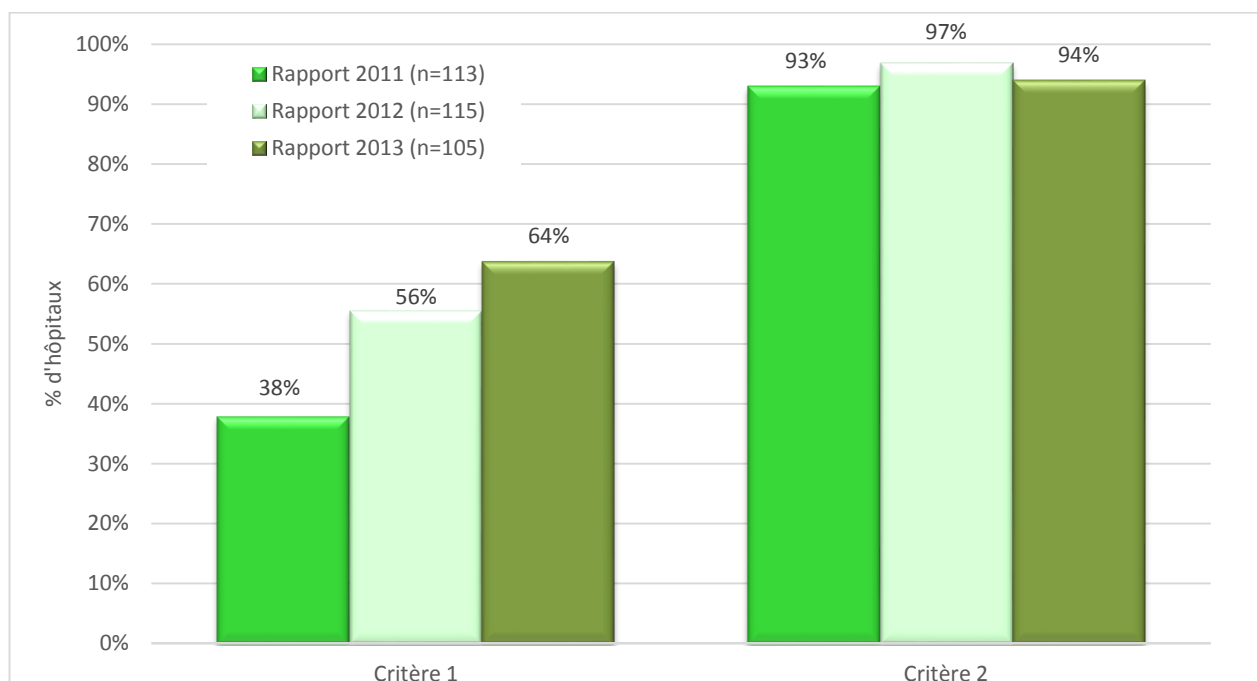
Nombre et pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0,1 ou 2 critère(s) l'indicateur CFQAI 3c

Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/2	64	57%	45	39%	34	32%	-24,2%
50%	1/2	15	13%	14	12%	12	11%	-1,9%
100%	2/2	34	30%	56	49%	59	56%	+26,1
TOTAL		113	100%	115	100%	105	100%	

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 3c

Evolution 2011-2012-2013



CFQAI 3.d Enregistrement des isolements

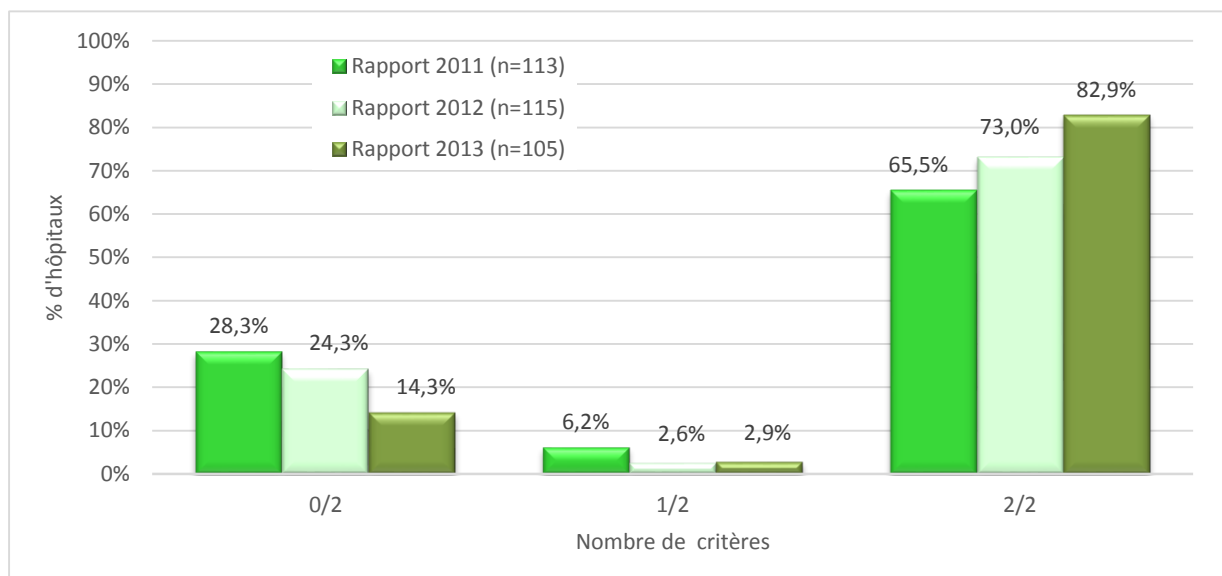
Indicateur CFQAI 3d : Enregistrement des isolements est calculé grâce aux 2 critères ci-dessous :

Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie quelle est l'incidence des mesures d'isolement – telle que décrite au point précédent.

Critère 2 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie quelle est l'incidence de patients isolés - telle que décrite au point précédent.

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent les critères de indicateur CFQAI 3d

Evolution 2011-2012-2013



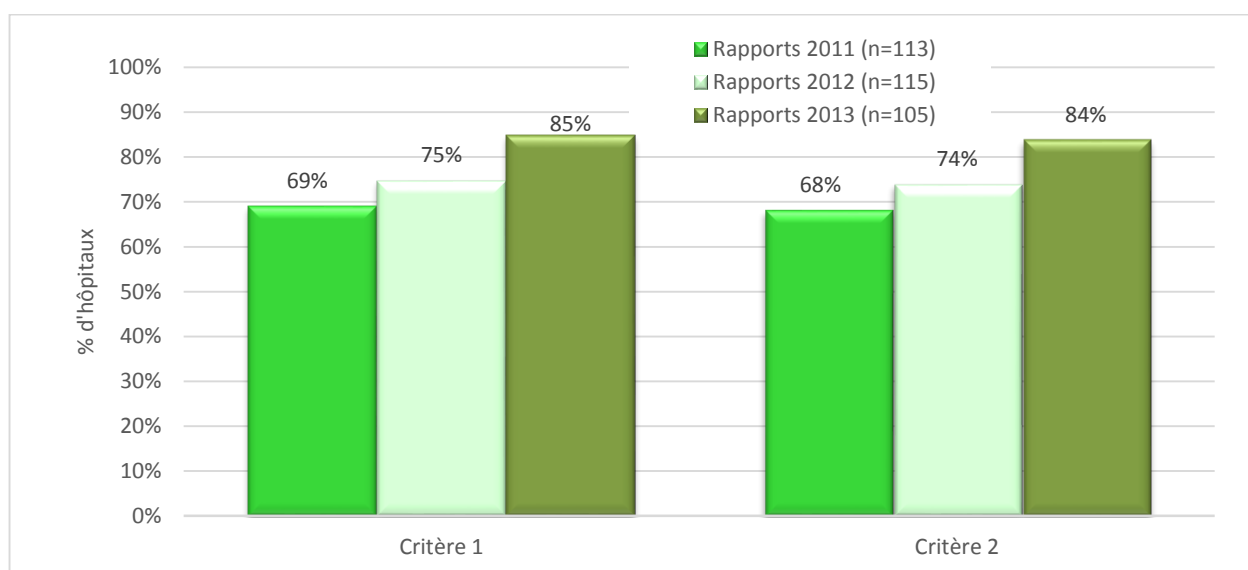
Nombre et pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0,1 ou 2 critère(s) l'indicateur CFQAI 3d

Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/2	32	28,3%	28	24,3%	15	14,3%	-14,0%
50%	1/2	7	6,2%	3	2,6%	3	2,9%	-3,3%
100%	2/2	74	65,5%	84	73,0%	87	82,9%	+17,4%
TOTAL		113	100%	115	100%	105	100%	

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 3d

Evolution 2011-2012-2013



CFQAI 3.e Enregistrement des contentions

Indicateur CFQAI 3e : Enregistrement des contentions est calculé grâce aux 4 critères ci-dessous :

Critère 1 : AU 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie quelle est l'incidence des patients ayant eu une contention – telle que décrite au point précédent.

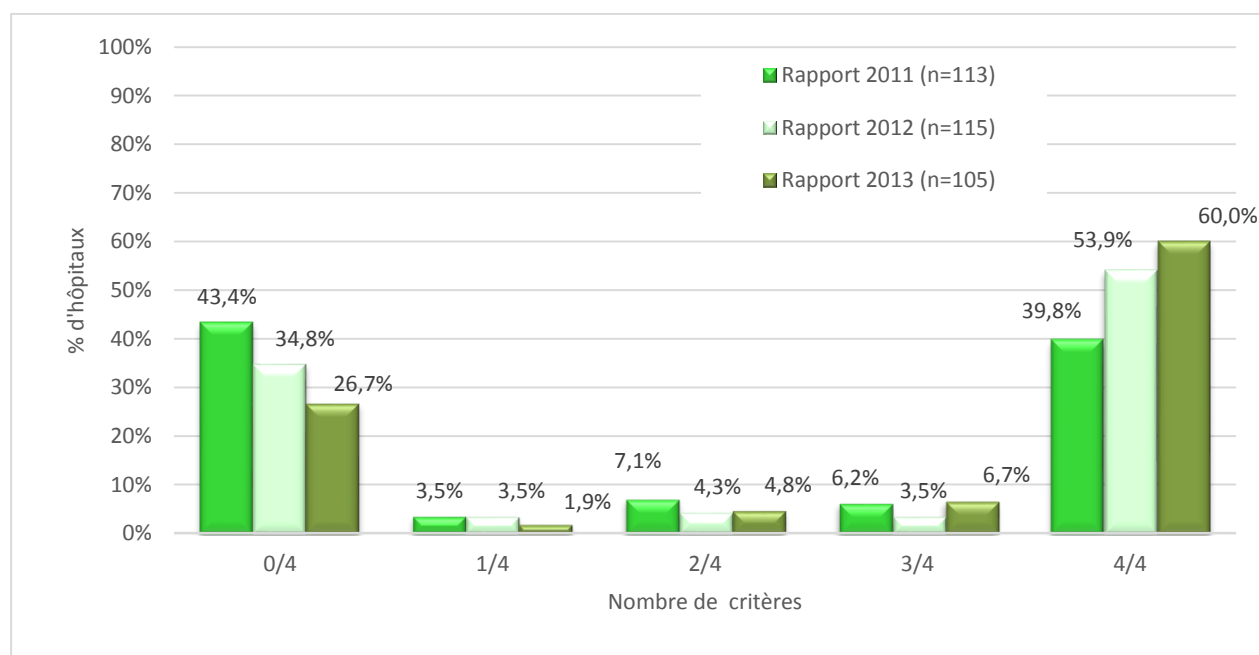
Critère 2 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie quelle est l'incidence des contentions – telle que décrite au point précédent.

Critère 3 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie quelle est la durée des contentions – telle que décrite au point précédent.

Critère 4 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de quelle est le moment des contentions (jour/nuit).

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent les critères de l'indicateur CDQAI 3e

Evolution 2011-2012-2013



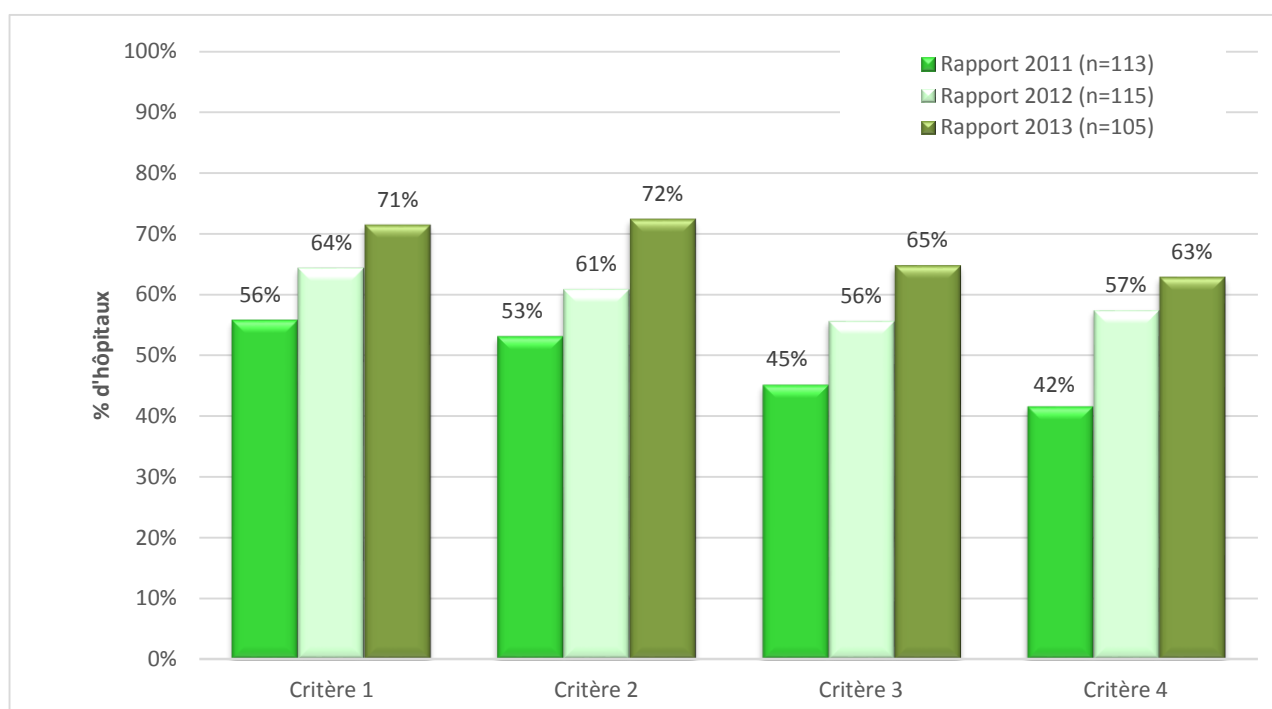
Nombre et pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0,1,2 ou 3 critère(s) l'indicateur CFQAI 3e

Evolution 2011-2012-2013

Score final de l'indicateur	Nb critères	Rapport 2011		Rapport 2012		Rapport 2013		Evolution %
		Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	Nb hôpitaux	% hôpitaux	
0%	0/4	49	43,4%	40	34,8%	28	26,7%	-16,7%
25%	1/4	4	3,5%	4	3,5%	2	1,9%	-1,6%
50%	2/4	8	7,1%	5	4,3%	5	4,8%	-2,3%
75%	3/4	7	6,2%	4	3,5%	7	6,7%	+0,5%
100%	4/4	45	39,8%	62	53,9%	63	60,0%	+20,2%
TOTAL		113	100%	115	100%	105	100%	

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s)critère(s) de l'indicateur CFQAI 3e

Evolution 2011-2012-2013



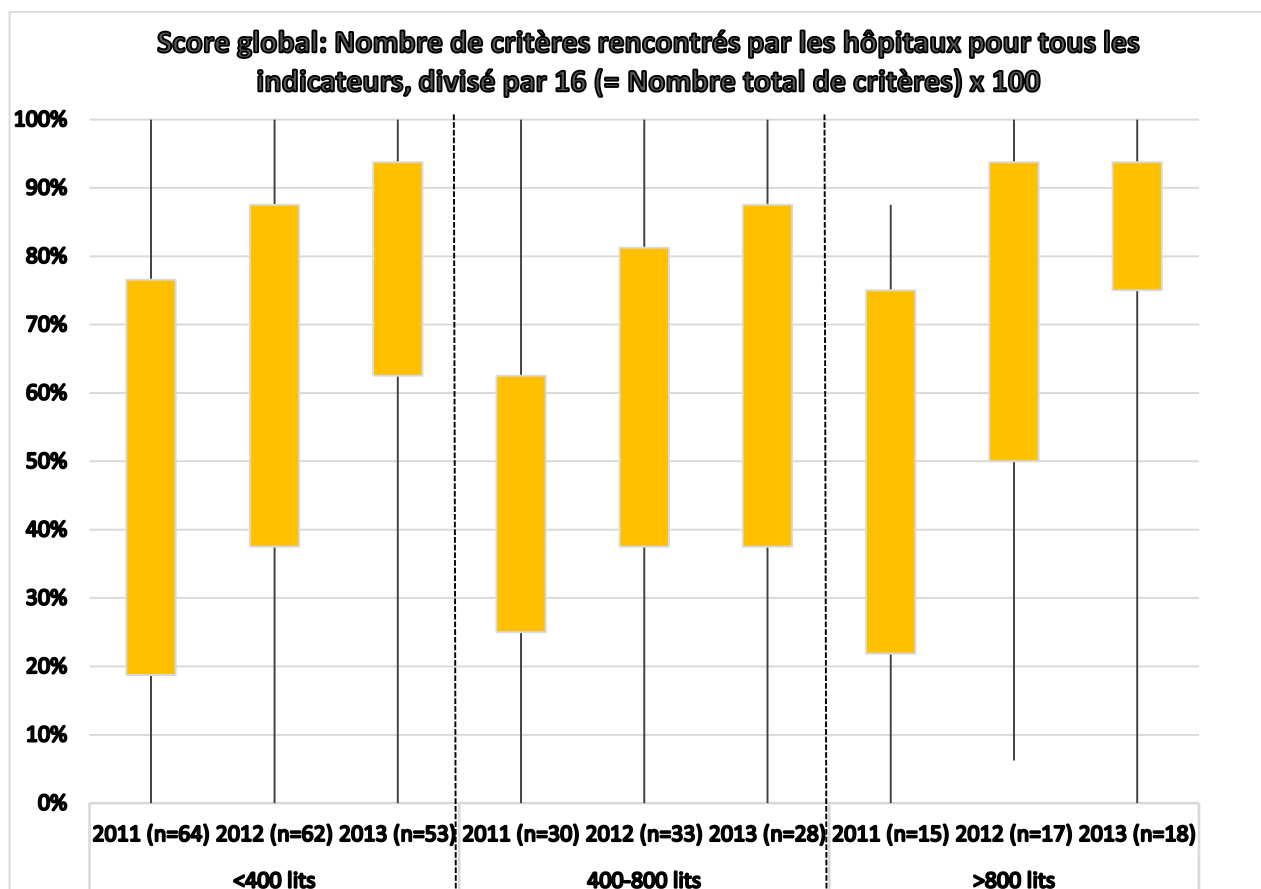
Score global pour les indicateurs de structure

Le tableau ci-dessous est un benchmarking dans lequel les hôpitaux sont classés par région (Bruxelles (n=13); Flandre (n=58); Wallonie (n=34)) et par score global individuel.

Hôpitaux classés en fonction de la région et de leur score global pour les indicateurs de structure (n=105) en 2013

Tot sruct	Bruxelles (n=13)		Flandre (n=58)		Wallonie (n=34)		Total	
0/16 critère	5	38,5%	4	6,9%	2	5,9%	11	10,5%
1/16 critère	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
2/16 critères	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%
3/16 critères	0	0,0%	3	5,2%	0	0,0%	3	2,9%
4/16 critères	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%	1	1,0%
5/16 critères	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	1	1,0%
6/16 critères	1	7,7%	0	0,0%	2	5,9%	3	2,9%
7/16 critères	1	7,7%	2	3,4%	0	0,0%	3	2,9%
8/16 critères	0	0,0%	3	5,2%	1	2,9%	4	3,8%
9/16 critères	0	0,0%	1	1,7%	4	11,8%	5	4,8%
10/16 critères	0	0,0%	7	12,1%	5	14,7%	12	11,4%
11/16 critères	1	7,7%	4	6,9%	2	5,9%	7	6,7%
12/16 critères	0	0,0%	3	5,2%	5	14,7%	8	7,6%
13/16 critères	0	0,0%	5	8,6%	1	2,9%	6	5,7%
14/16 critères	1	7,7%	5	8,6%	4	11,8%	10	9,5%
15/16 critères	1	7,7%	10	17,2%	1	2,9%	12	11,4%
16/16 critères	2	15,4%	10	17,2%	6	17,6%	18	17,1%
Total	13	100,0%	58	100,0%	34	100,0%	105	100,0%

Le graphique ci-dessous est un benchmarking dans lequel les hôpitaux sont classés par catégorie de lits (< 400 lits ; 400 à 800 lits ; > 800 lits) et par score global individuel pour les indicateurs de structure.



Le tableau 'score global' (cf. 16 critères) démontre clairement que les hôpitaux et les services psychiatriques dans les trois régions ont une évolution positive par rapport aux différents critères.

Indicateurs de processus

CFQAI 3.f Surveillance des isolements et contentions

Indicateur CFQAI 3f : Surveillance des isolements et contentions est calculé grâce au numérateur et dénominateur ci-dessous :

Numérateur : Nombre de patients attachés/isolés chez qui la surveillance a été effectuée et dont on trouve les 5 types de résultats dans le dossier.

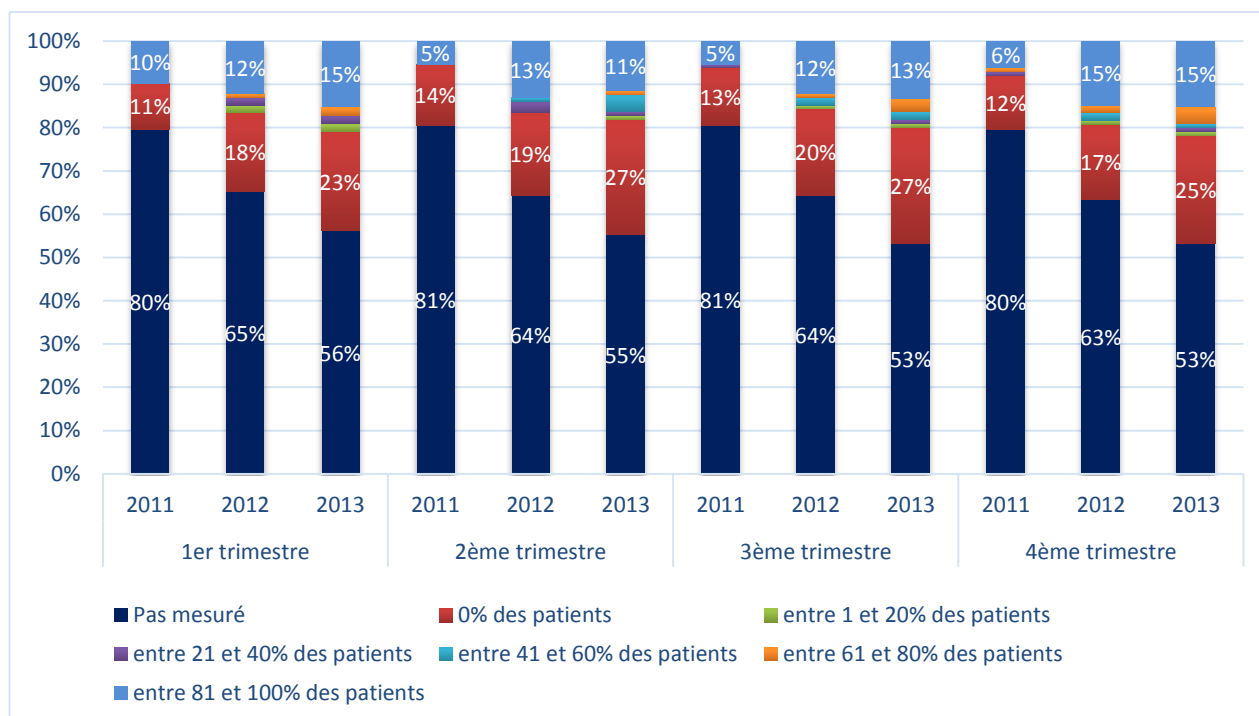
Dénominateur : Nombre de patients attachés/isolés ces jours-là dans les secteurs concernés.

Le tableau ci-dessous présente le pourcentage et le nombre d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur, soit ont obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories suivantes :

- 0% des patients
- entre 1 et 20% des patients
- entre 21 et 40% des patients
- entre 41 et 60% des patients
- entre 61 et 80% des patients
- entre 81 et 100% des patients

Pourcentage d'hôpitaux qui , soit n'ont pas mesuré l'indicateur CFQAI 3f, soit ont obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories précitées

Evolution 2011 (n=113) -2012 (n=115) -2013 (n=105)



En 2013, **53%** des hôpitaux qui ont répondu, n'ont pas mesuré l'indicateur 'Surveillance des isolements et contentions'. En 2012 et 2011 le pourcentage des hôpitaux qui n'ont pas mesuré cet indicateur est respectivement de 63% et 80%. Mais seulement **15%** des hôpitaux qui ont répondu en 2013 ont noté les

résultats de la surveillance des isolements et contentions dans le dossier patient et cela pour $\geq 80\%$ des patients (4^{ème} trimestre).

CFQAI 3g Consentement des patients isolés et attachés

Indicateur CFQAI 3g : Consentement des patients isolés et attachés est calculé grâce au basis van de numérateur et dénominateur ci-dessous :

Numérateur : Nombre de patients attachés/isolés chez qui une note sur le consentement se trouve dans le dossier.

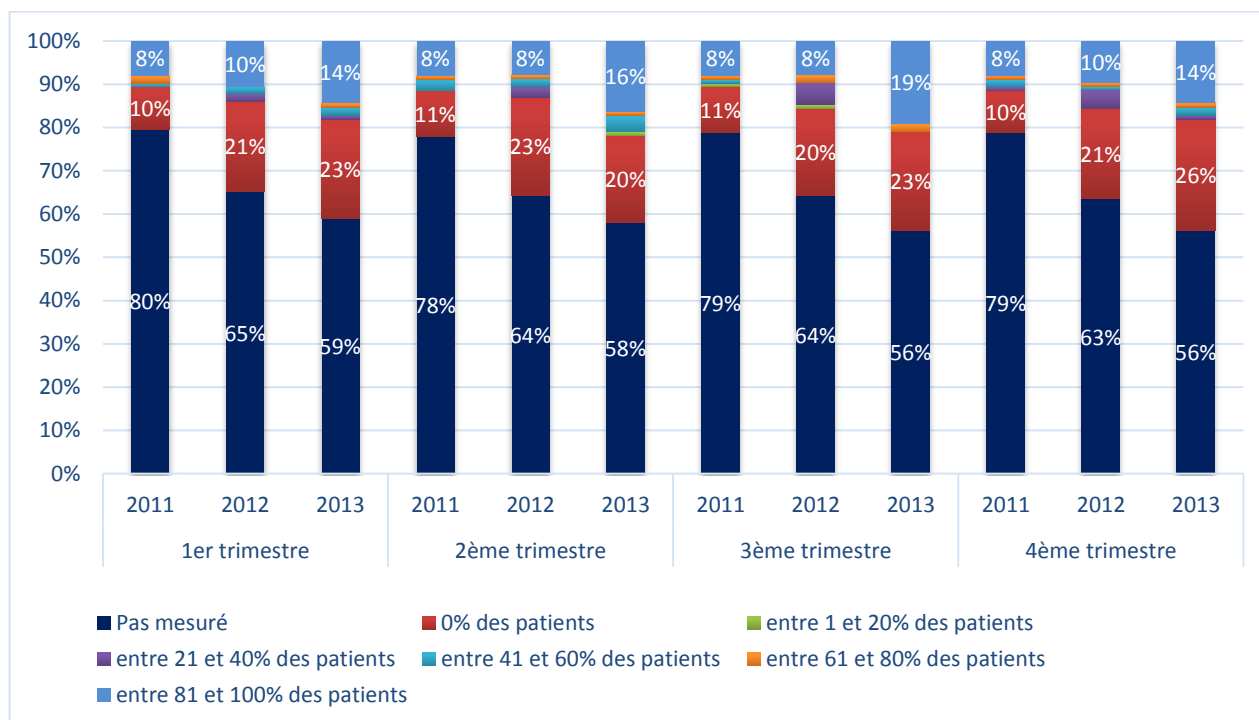
Dénominateur : Nombre de patients attachés/isolés ces jours-là dans les secteurs concernés.

Le tableau ci-dessous présente le pourcentage et le nombre d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur, soit ont obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories suivantes :

- 0% des patients
- entre 1 et 20% des patients
- entre 21 et 40% des patients
- entre 41 et 60% des patients
- entre 61 et 80% des patients
- entre 81 et 100% des patients

Pourcentage d'hôpitaux qui , soit n'ont pas mesuré l'indicateur CFQAI 3g, soit ont obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories précitées

Evolution 2011 (n=113) -2012 (n=115) -2013 (n=105)



L'indicateur « Consentement des patients isolés et attachés » n'a, en 2013, pas été mesuré par **56%** des hôpitaux. En 2012 et 2011 les taux étaient de 63 et 79%. Mais seulement **14%** des hôpitaux qui ont répondu en 2013 ont noté les consentements dans le dossier patient et cela pour $\geq 80\%$ des patients (4^{ème} trimestre).

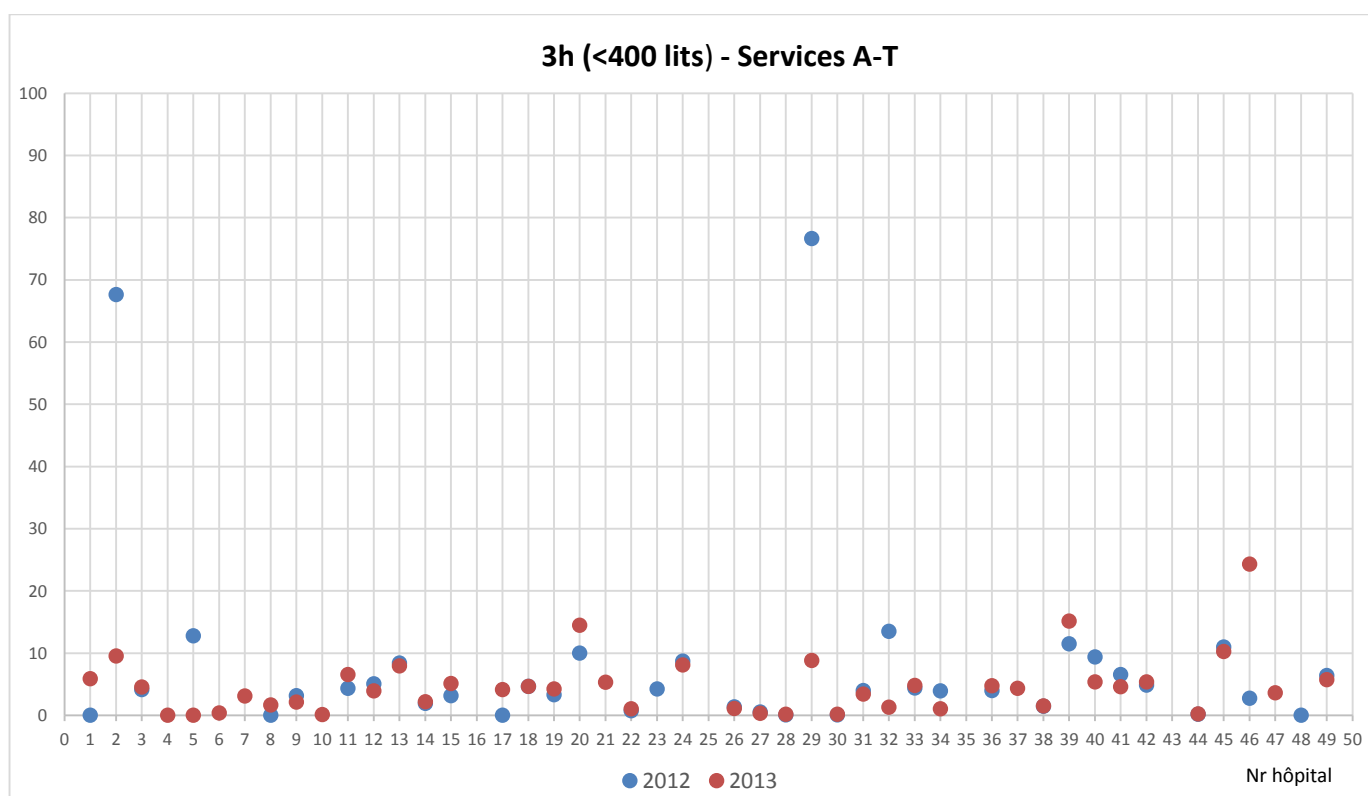
Indicateurs de résultats

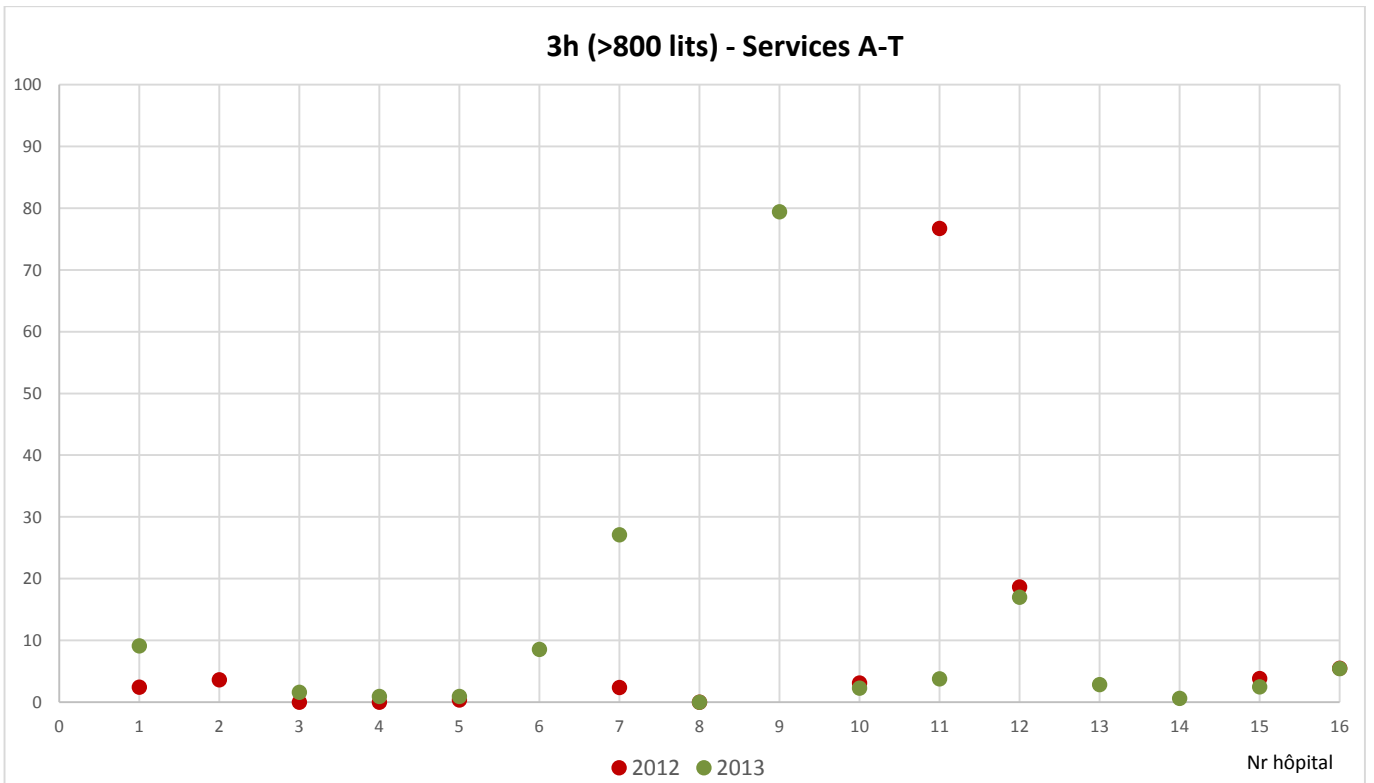
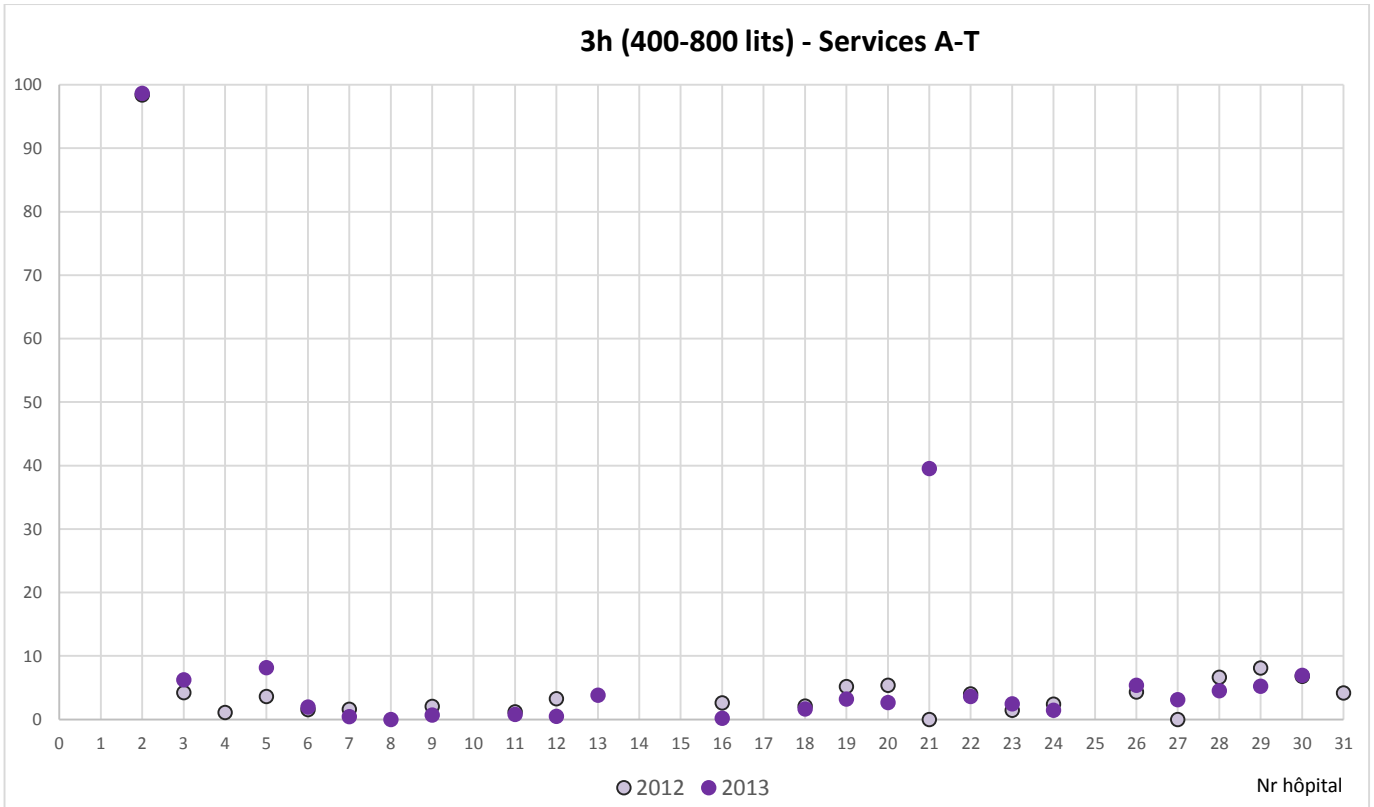
Benchmarking : CFQAI 3h Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels

L'incidence des mesures d'isolement exprime le degré avec lequel des mesures d'isolement sont prises. La comparaison est obtenue en divisant le nombre de mesures par le nombre de journées d'hospitalisation.

3h1 – Service résidentiels A et T

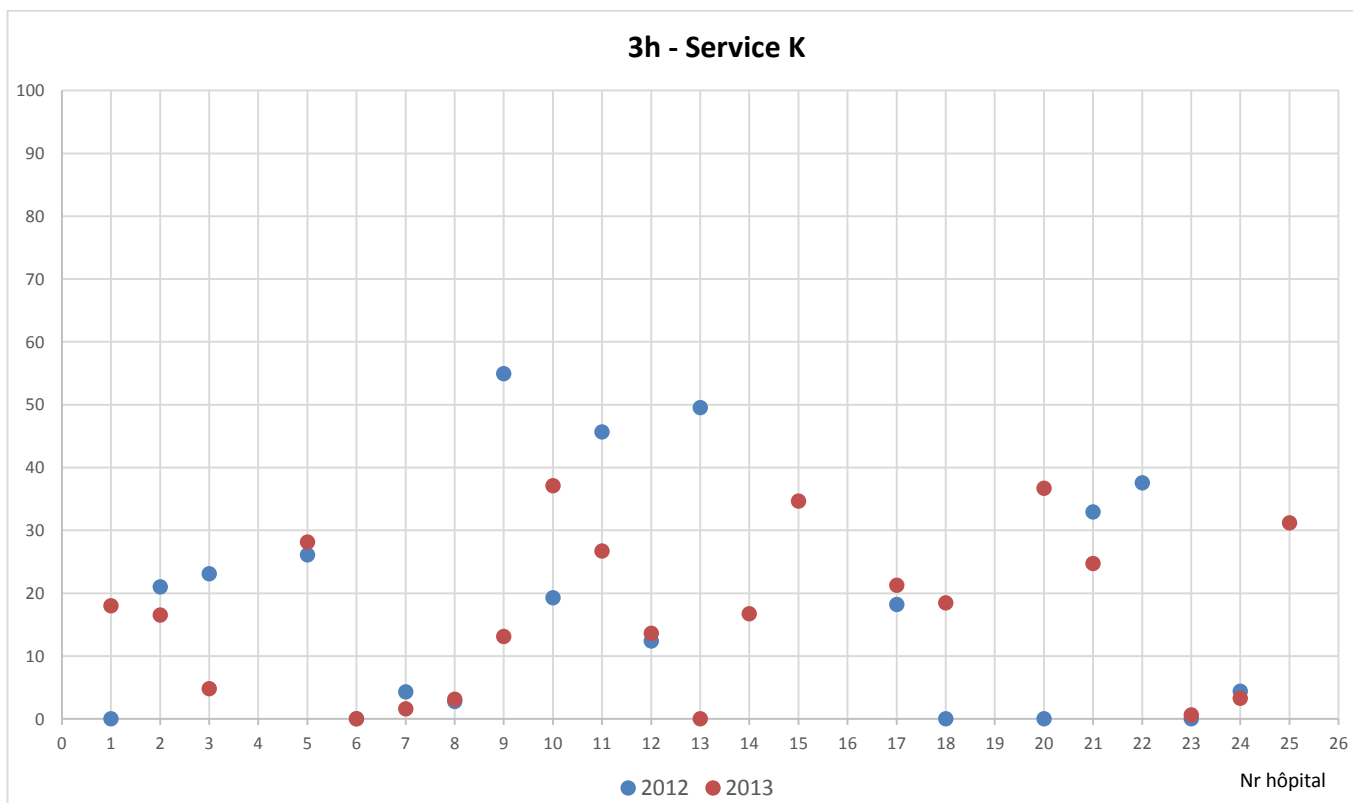
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	67	79
Nombre total de journées d'hospitalisation	2828932	3294548
Nombre total d'isolement	18267	33657
Incidence	6,46	10,22





3h2 – Service residential K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	33	19
Nombre total de journées d'hospitalisation	105168	154723
Nombre total d'isolement	3773	2469
Incidence	35,88	15,96



Benchmarking : CFQAI 3i Incidence cumulée pour les patients isolés dans les services résidentiels

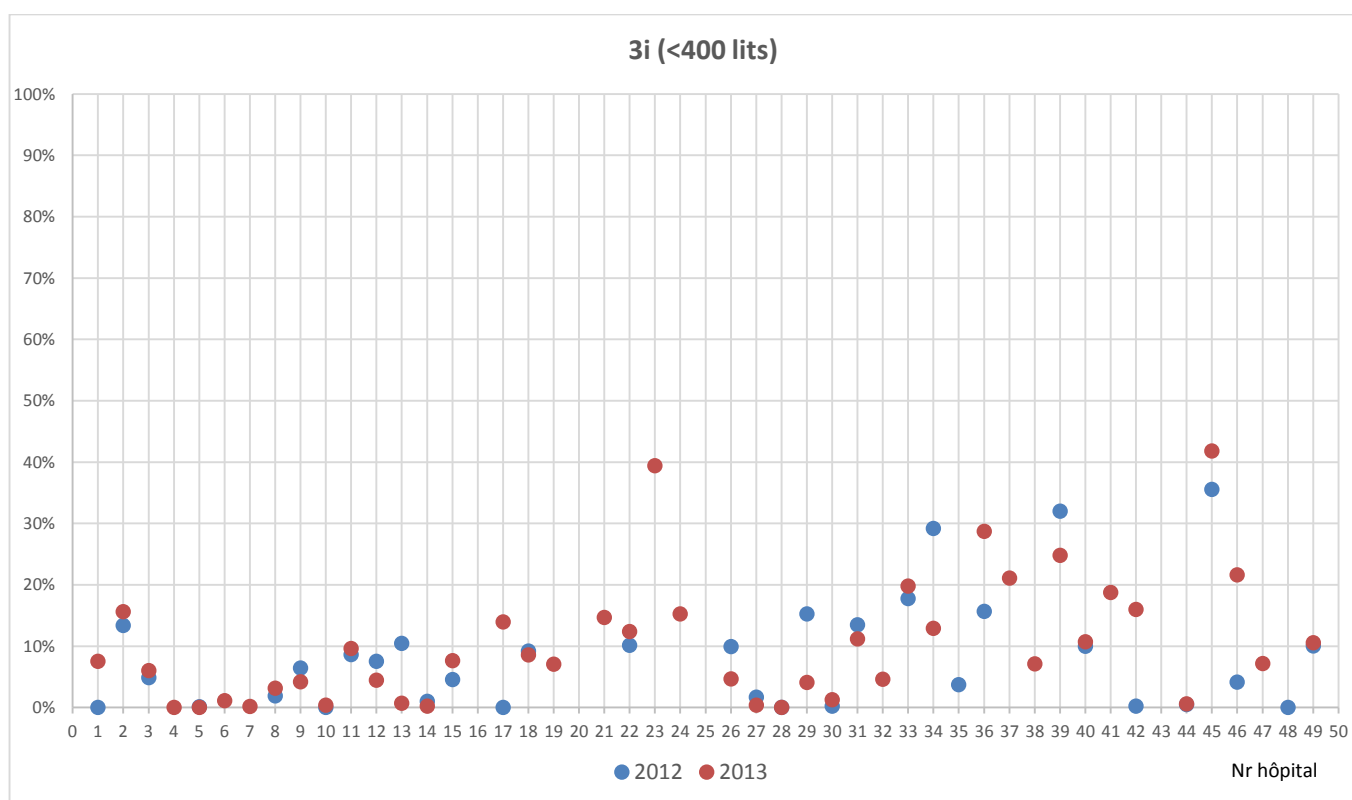
Pour le CFQAI, un isolement est : l'ensemble des mesures qui sont prises afin d'héberger un patient seul dans un espace fermé, avec une contention ou non. Cet espace peut être une chambre d'isolement conçue à cet effet, mais éventuellement également un autre espace ou la chambre du patient.

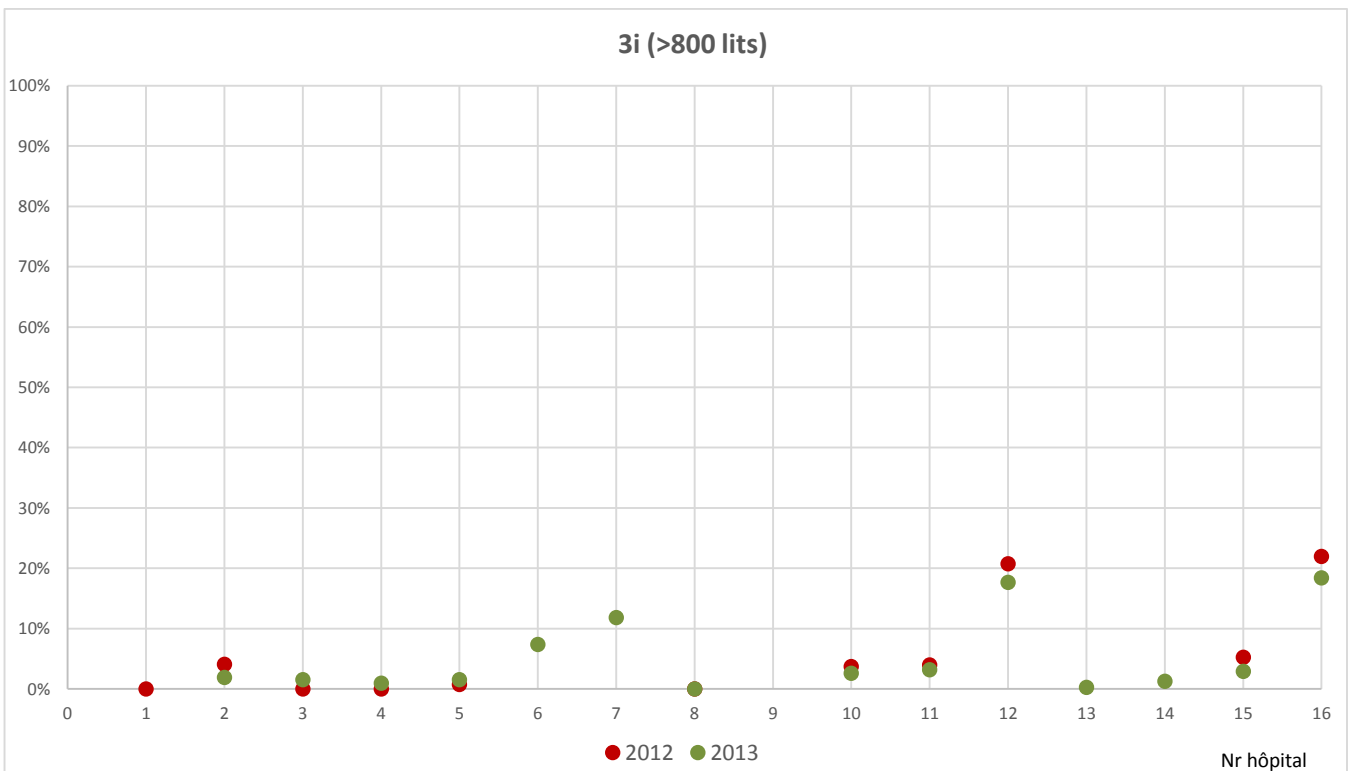
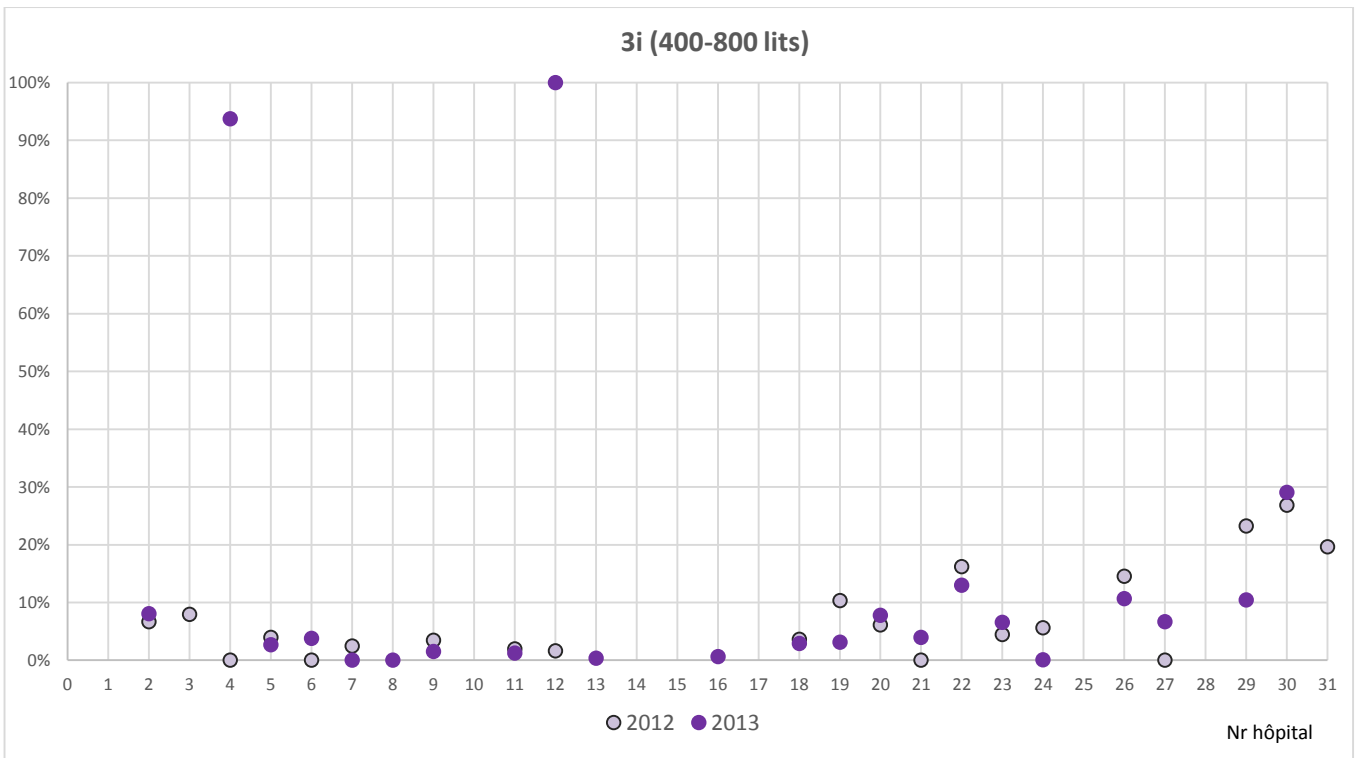
Nous ne tenons pas compte des isolements pour des raisons infectieuses

L'incidence cumulative pour les patients isolés exprime la proportion de patients de l'institution isolés au moins une fois au cours de la période de référence.

3i1 – Services résidentiels A et T

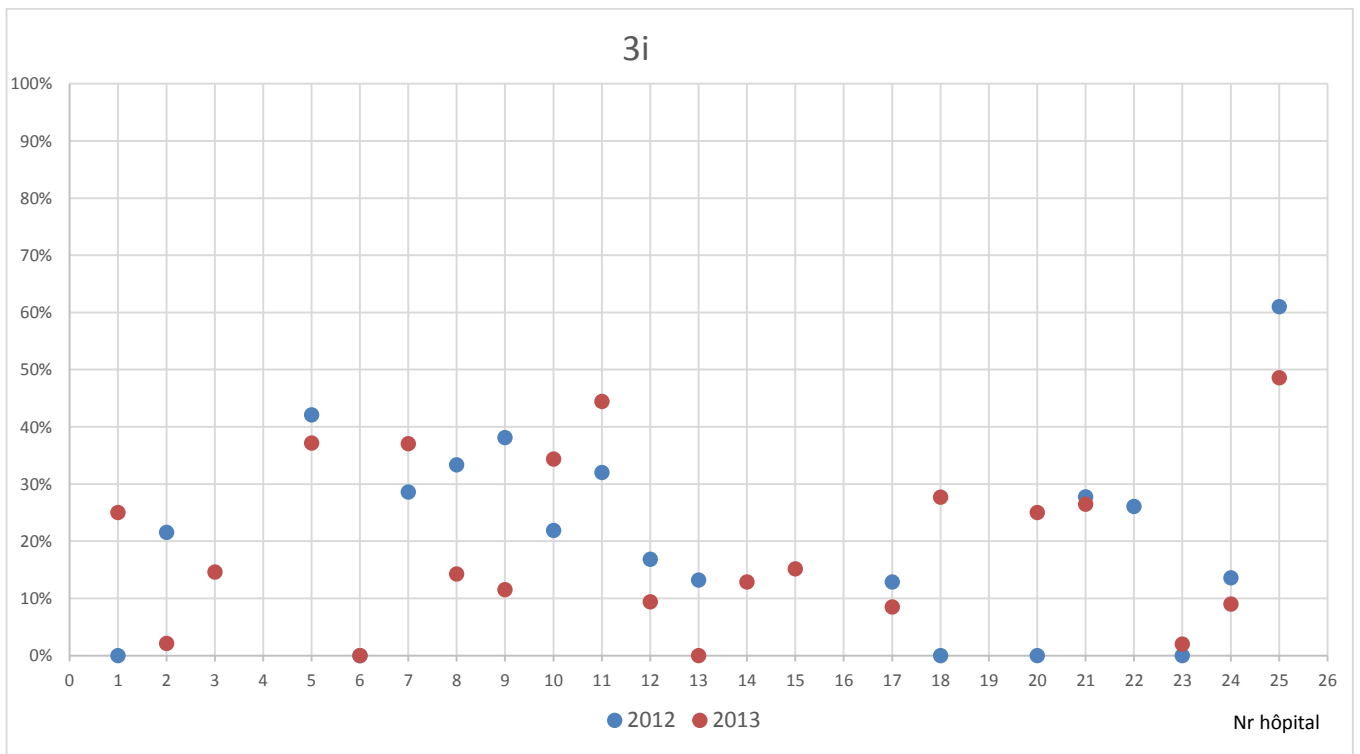
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	57	75
Nombre total de patients	198086	249518
Nombre patients isolés	4519	5511
Incidence	2,28%	2,21%





3i2 – Service K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	29	19
Nombre total de patients	13270	9643
Nombre patients isolés	420	523
Incidence	3,17%	5,42%



Benchmarking : CFQAI 3j Incidence cumulative pour les patients contentionnés dans les services résidentiels

Le terme “contention” est compris comme : l’ensemble des mesures concernant l’utilisation et l’application de moyens de contention et de protection, par lesquels l’entièreté ou une partie du corps est immobilisé.

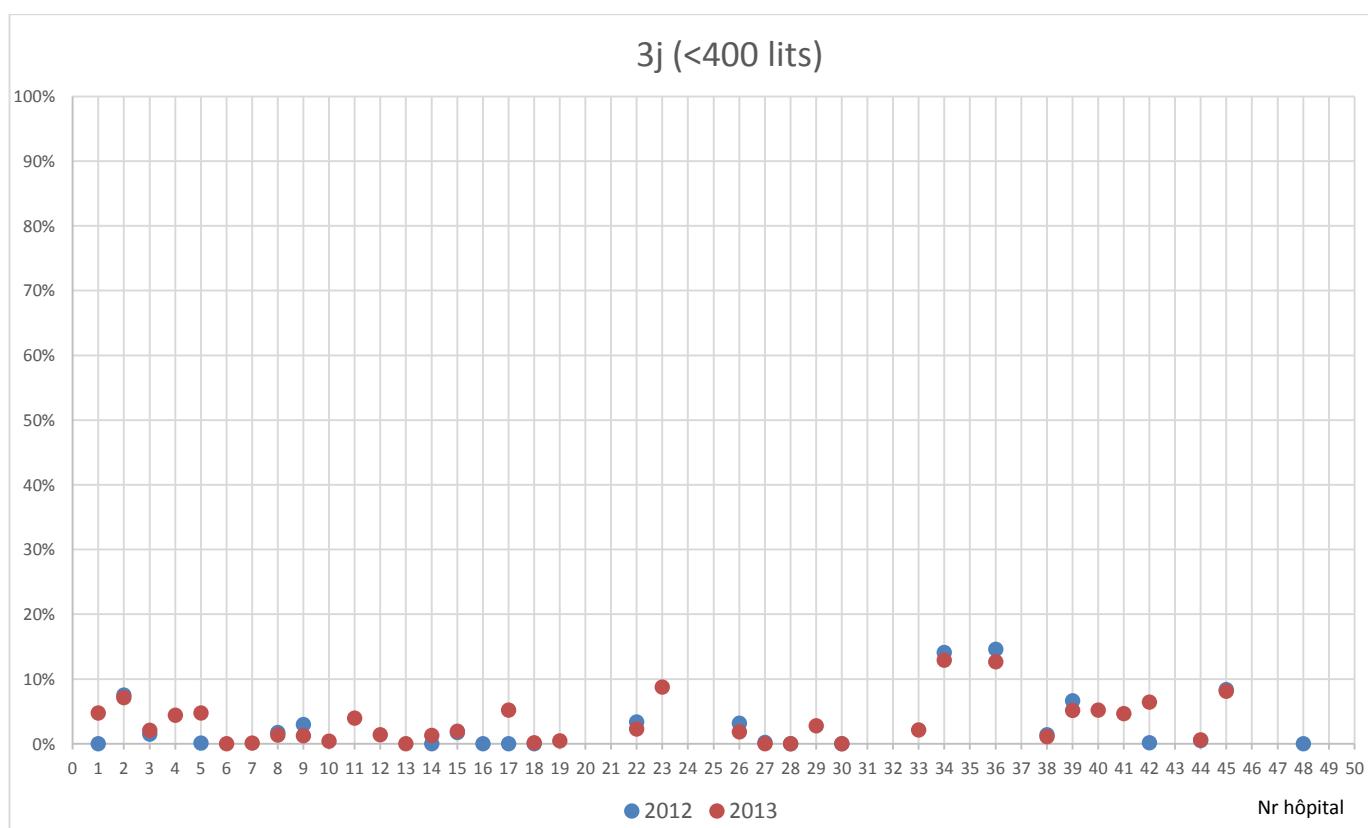
La mesure de contention a pour objectif de mettre un patient, dont le comportement est considéré comme dangereux ou mal adapté à la situation, en sécurité.

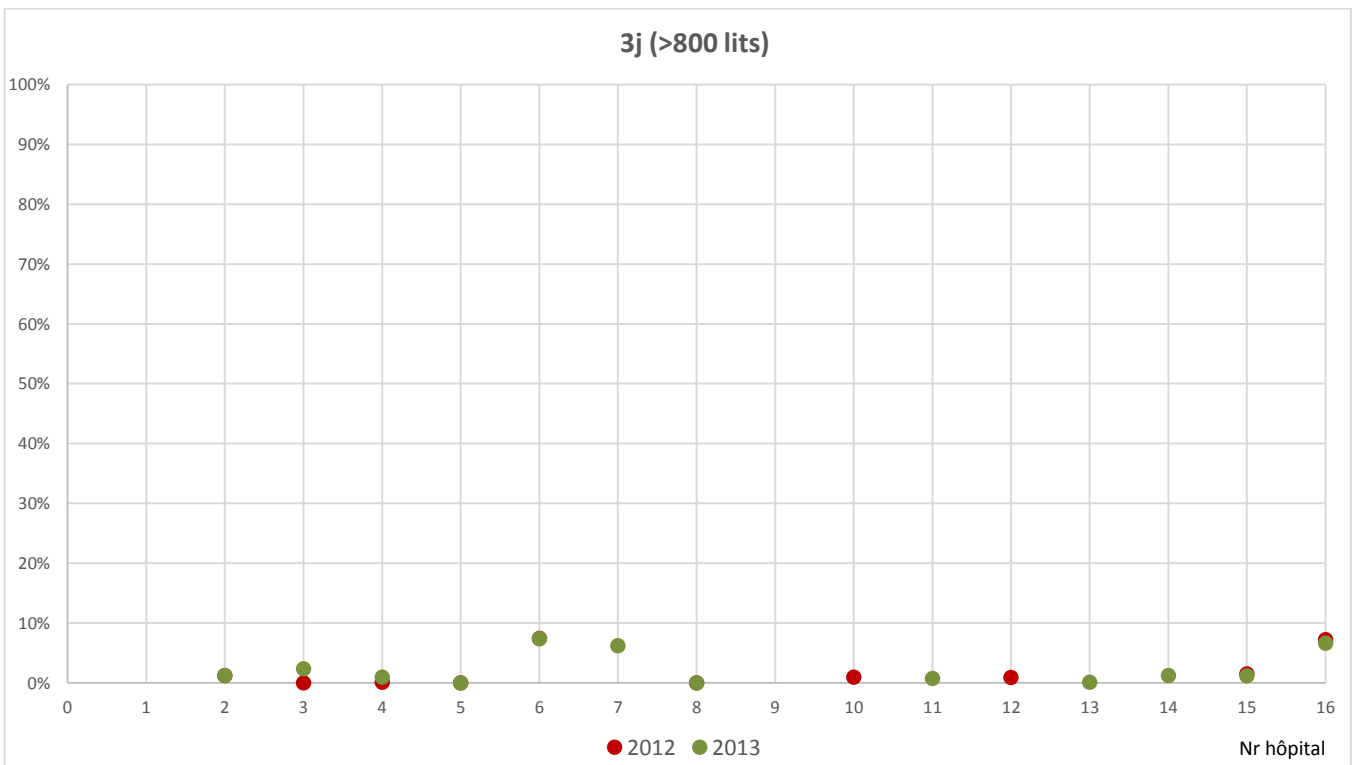
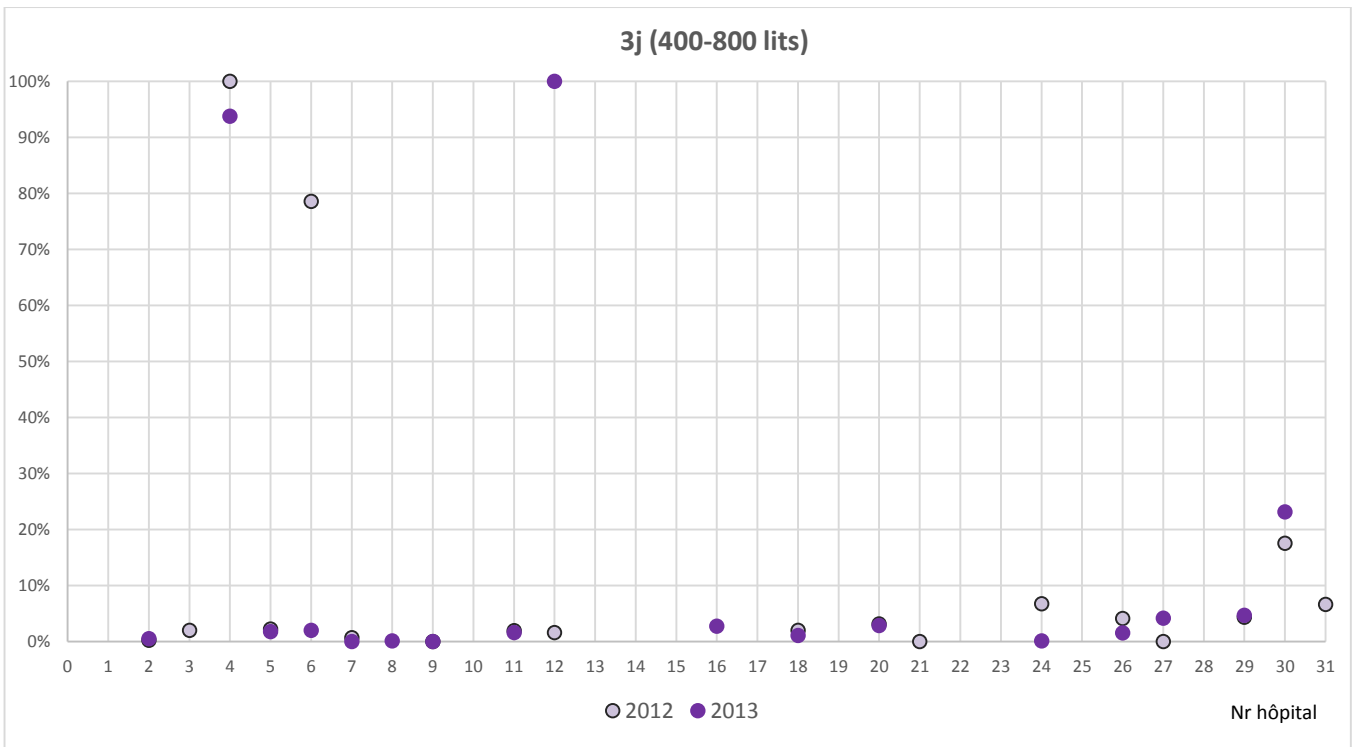
Nous ne tenons pas compte des contentions pour raisons orthopédiques ou fonctionnelles.

L’incidence cumulative pour les patients contentionnés exprime la proportion de patients de l’institution contentionnés au moins une fois au cours de la période de référence.

3j1– Services résidentiels A et T

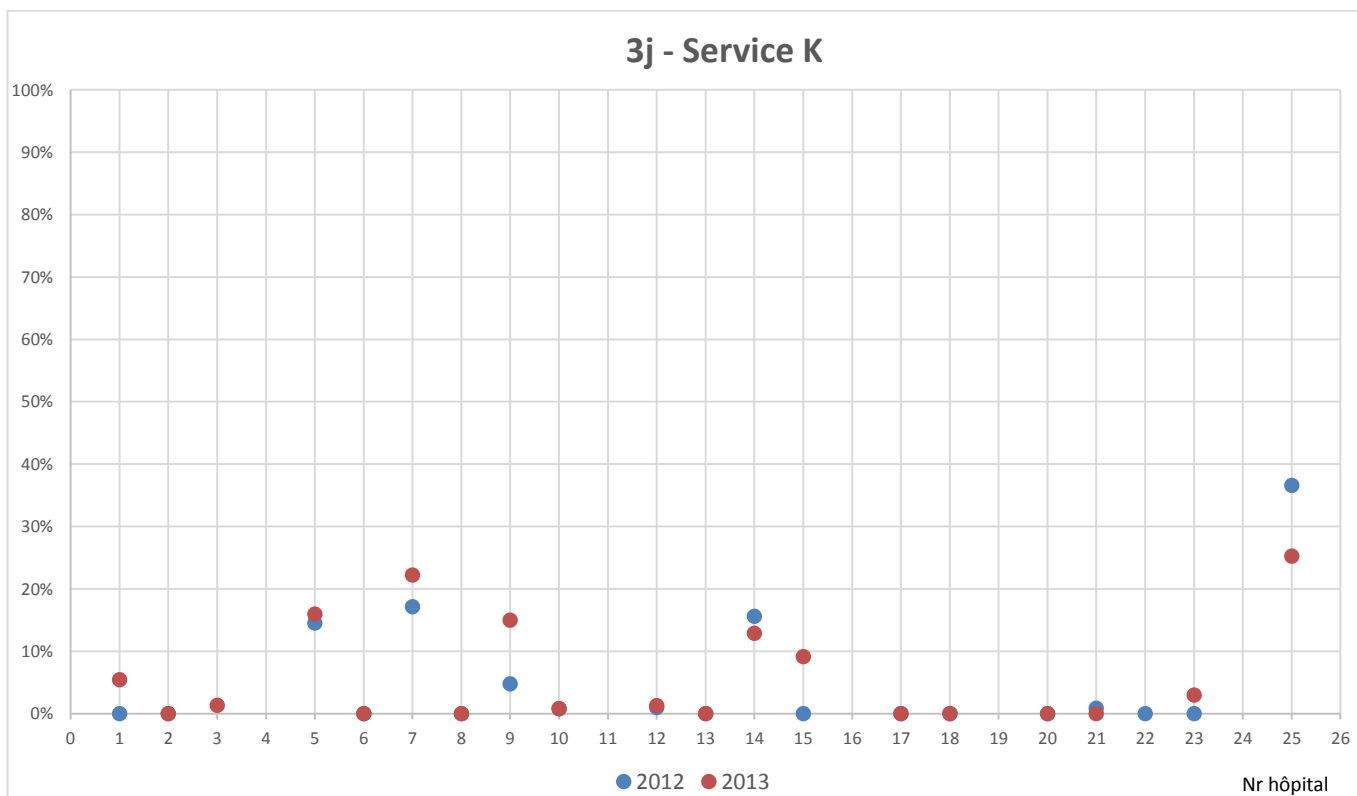
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	46	56
Nombre total de patients	205031	208773
Nombre patients contentionnés	1285	1774
Incidence	0,63%	0,85%





3j2 – Service K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	30	11
Nombre total de patients	13149	9352
Nombre patients contentionnés	86	119
Incidence	0,65%	1,27%



Benchmarking : CFQAI 3k Incidences des mesures de contention dans les services résidentiels

Le terme “contention” est compris comme : l’ensemble des mesures concernant l’utilisation et l’application de moyens de contention et de protection, par lesquels l’entièreté ou une partie du corps est immobilisé.

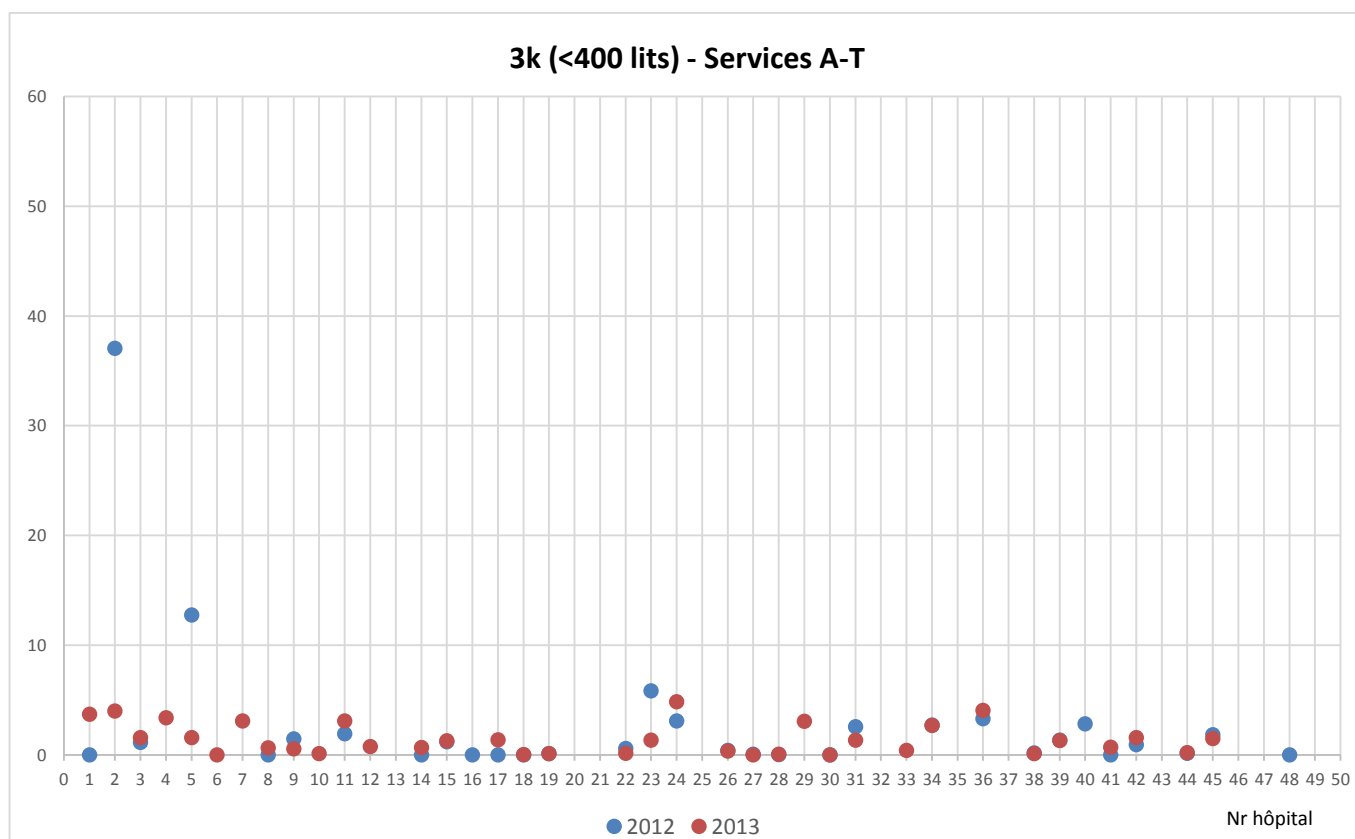
La mesure de contention a pour objectif de mettre un patient, dont le comportement est considéré comme dangereux ou mal adapté à la situation, en sécurité.

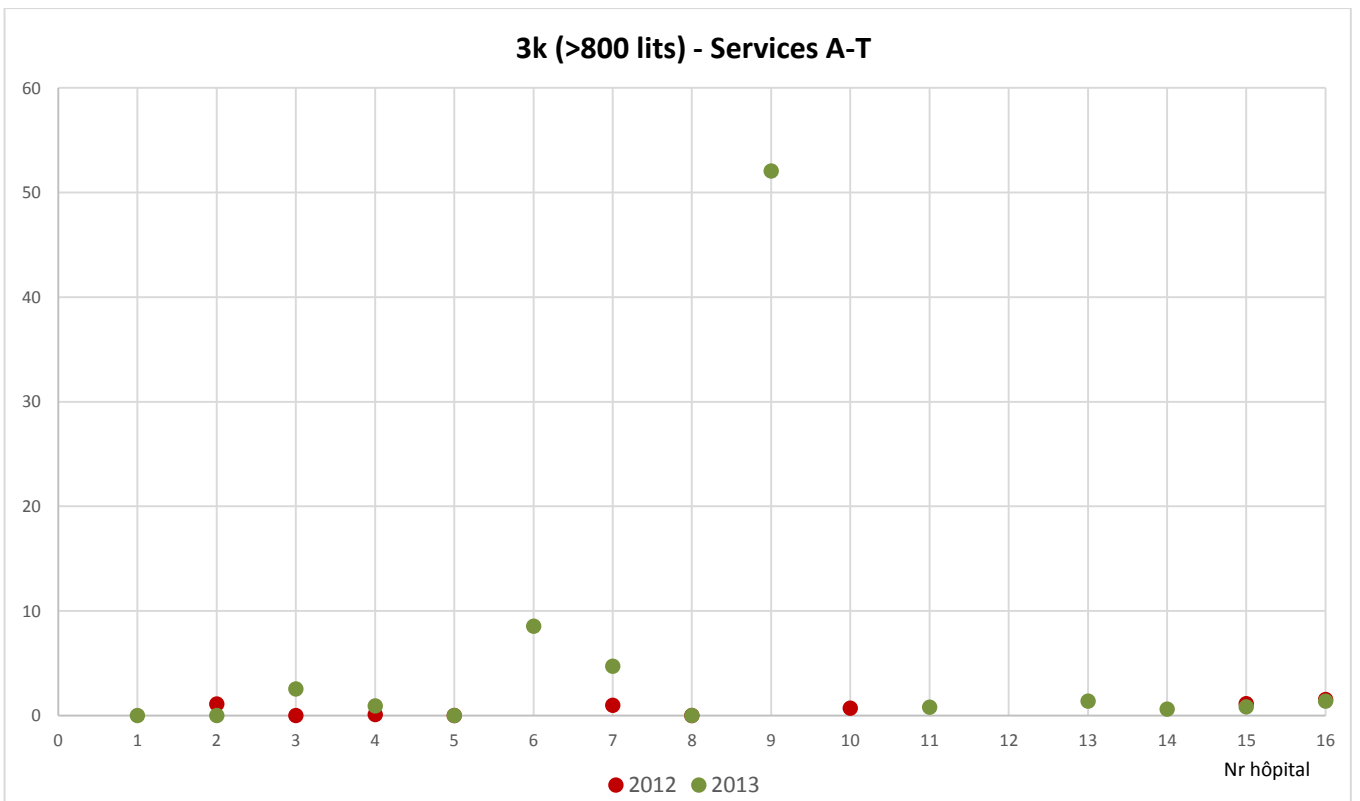
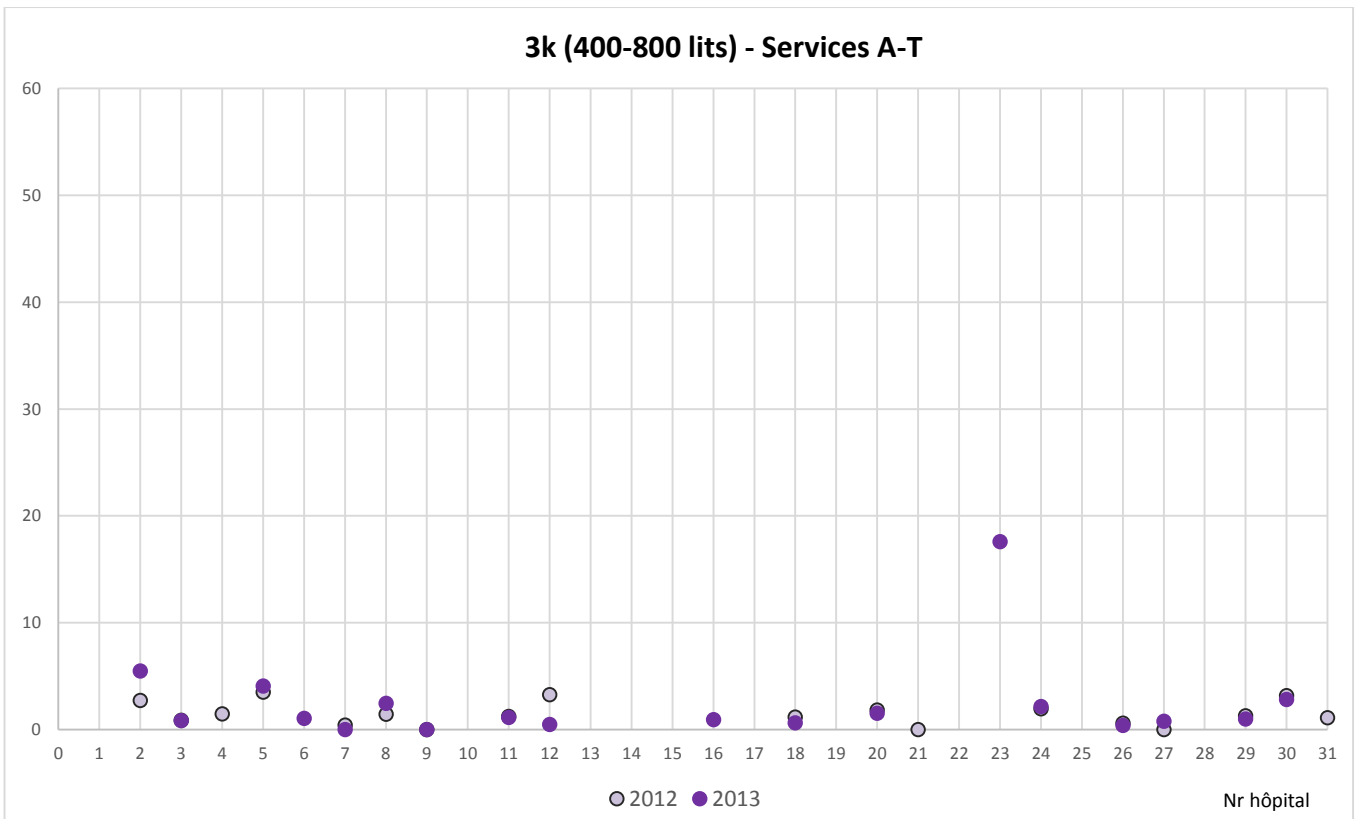
L’incidence des mesures de contention exprime le degré avec lequel des mesures de contention sont prises.

La comparaison est obtenue en divisant le nombre de mesures par le nombre de journées d’hospitalisation.

3k1- Services résidentiels A et T

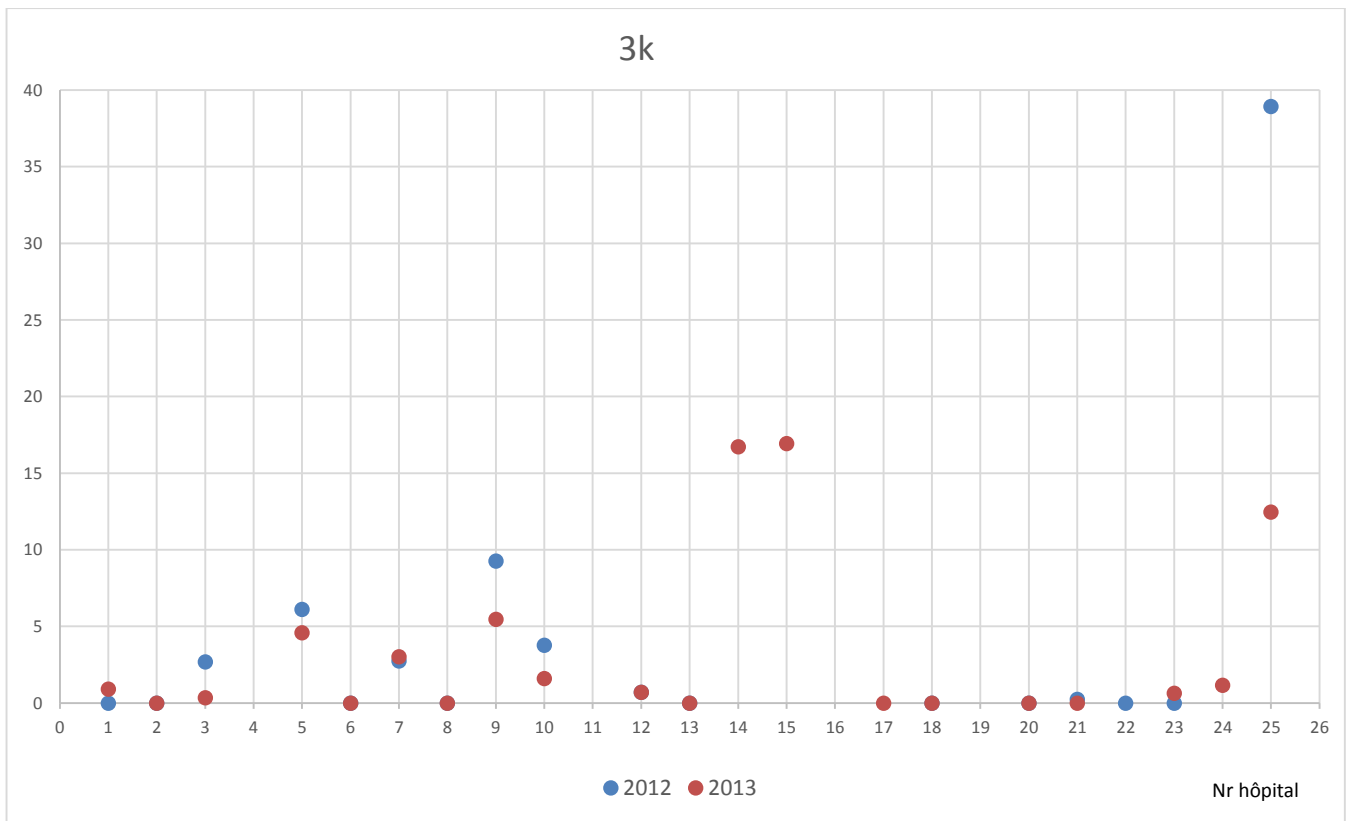
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	54	58
Nombre total de journées d'hospitalisation	1952230	2307518
Nombre de contentions	3675	4580
Incidence	1,88	1,98





3k2 – Service K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	31	12
Nombre total de journées d'hospitalisation	87295	141416
Nombre de contentions	608	326
Incidence	6,96	2,31



Benchmarking : CFQAI 3I Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels en fonction de la durée de la mesure

Pour le CFQAI, un isolement est : l'ensemble des mesures qui sont prises afin d'héberger un patient seul dans un espace fermé, avec une contention ou non. Cet espace peut être une chambre d'isolement conçue à cet effet, mais éventuellement également un autre espace ou la chambre du patient.

Un isolement pendant lequel un patient peut sortir temporairement, une ou plusieurs fois, de l'espace fermé pour être ensuite à nouveau isolé dans le cadre d'une décision et selon ce qui a été convenu, compte pour une même application.

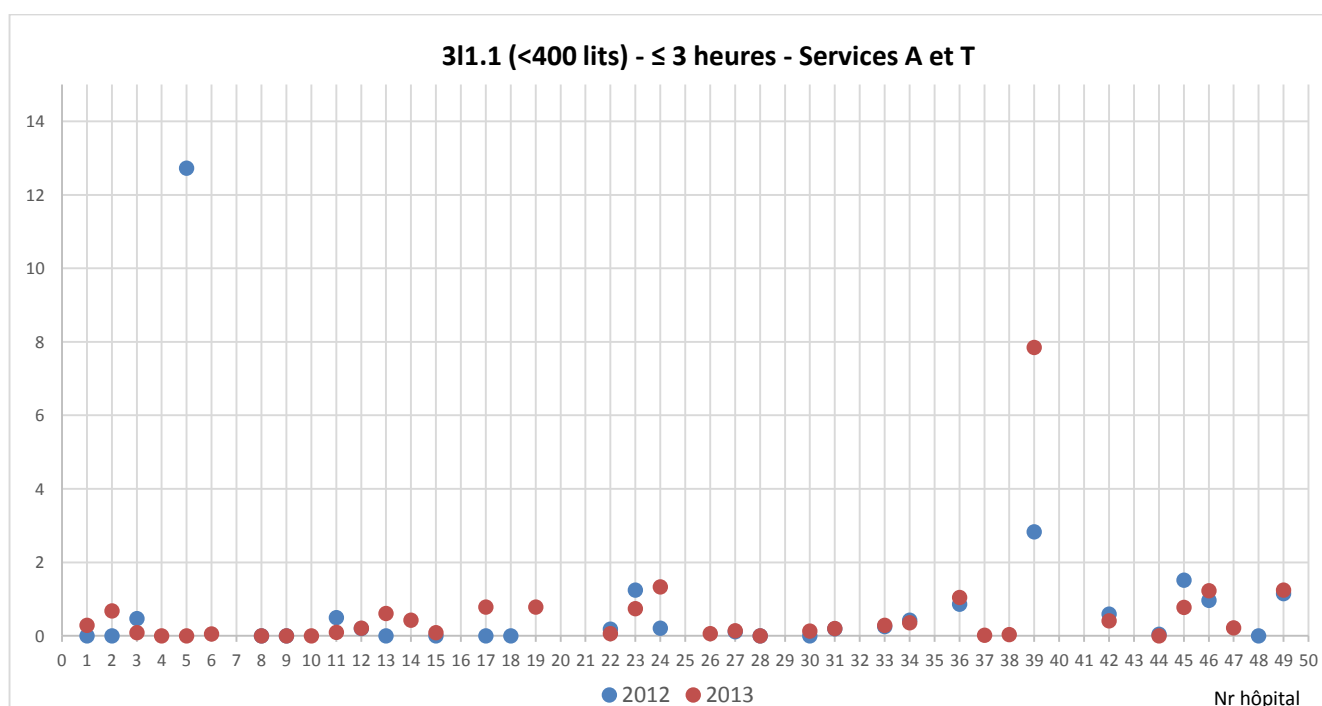
L'incidence des mesures d'isolement exprime le degré avec lequel des mesures d'isolement sont prises. La comparaison est obtenue en divisant le nombre de mesures par le nombre de journées d'hospitalisation.

Pour la durée de l'isolement, 3 catégories sont prévues :

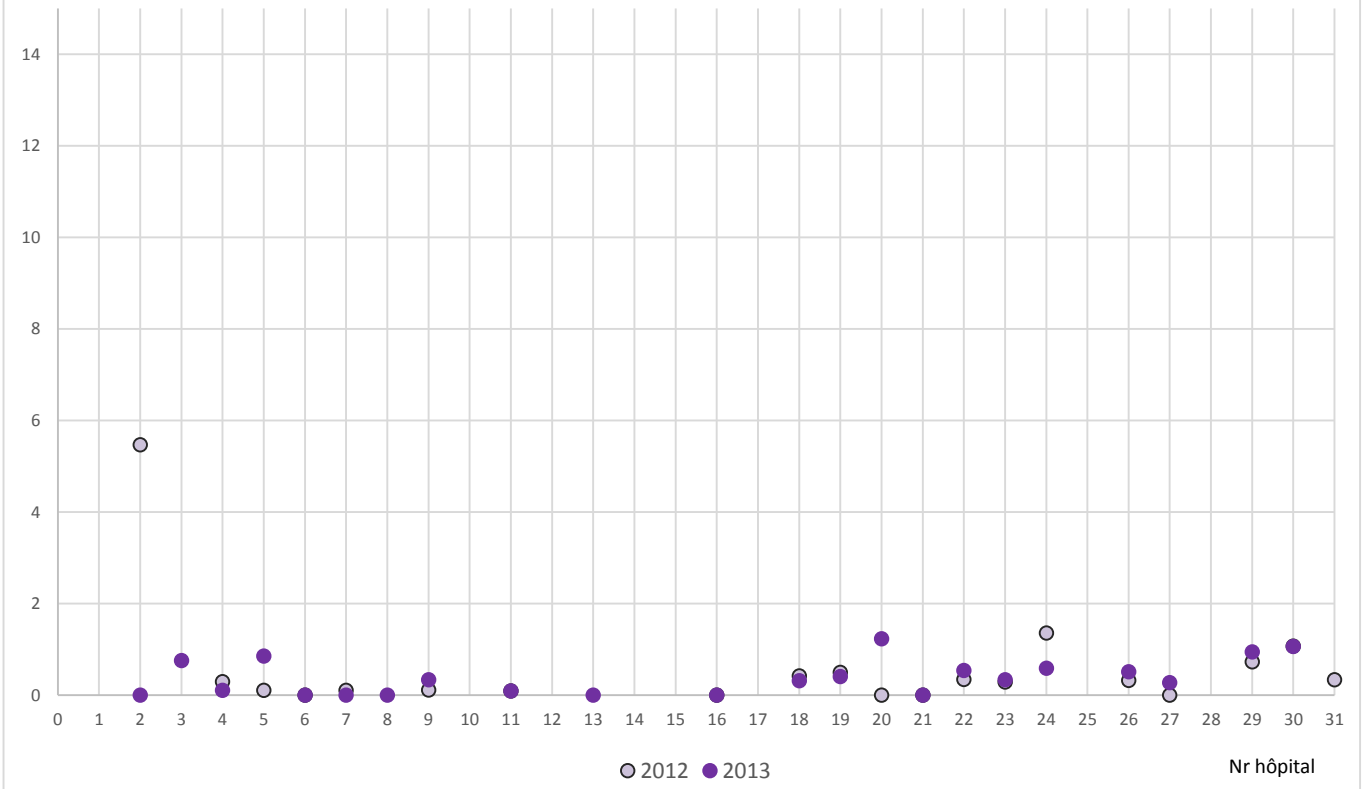
- Nombre d'isollements d'une durée ≤ 3 heures
- Nombre d'isollements d'une durée >3 heures à ≤ 24 heures
- Nombre d'isollements d'une durée >24 heures

3I1.1 ≤ 3 heures - Services A et T

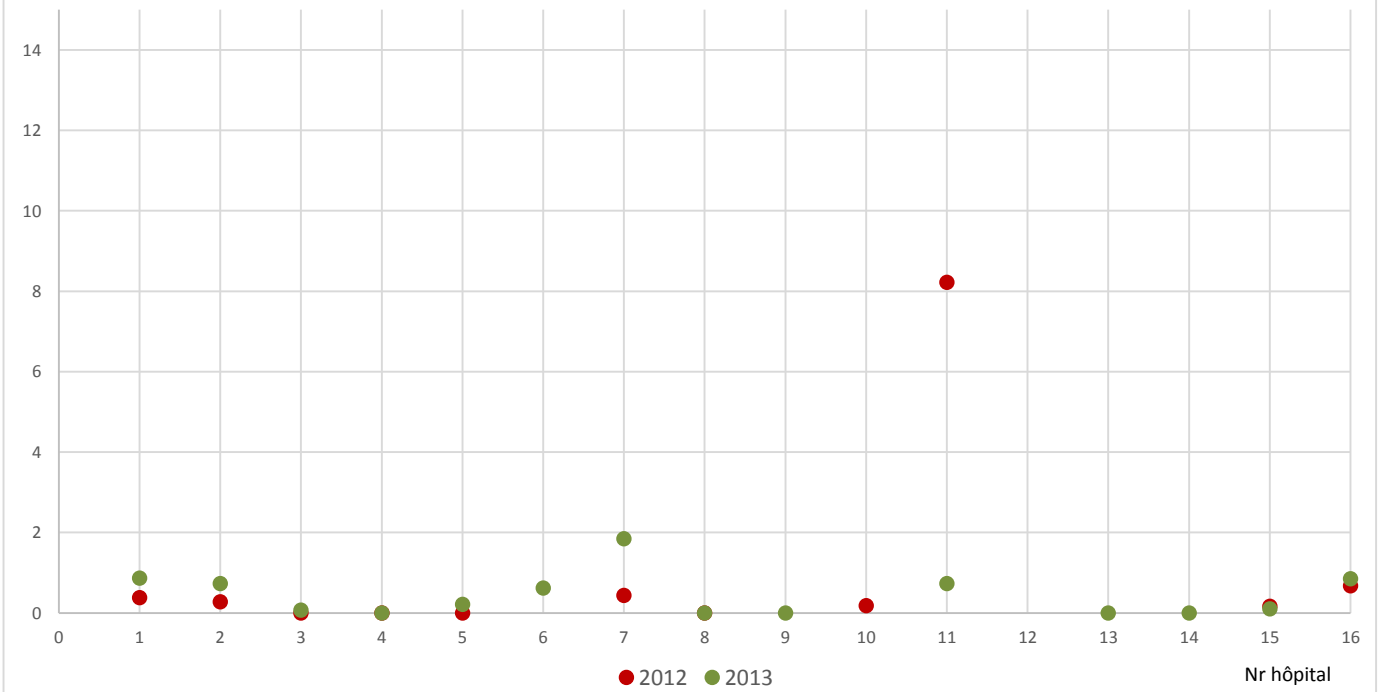
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	54	53
Nombre total de journées d'hospitalisation	2211619	2525651
Nombre d'isollements	1876	1784
Incidence	0,85	0,71



311.1 (400-800 lits) - ≤ 3 heures - Services A et T

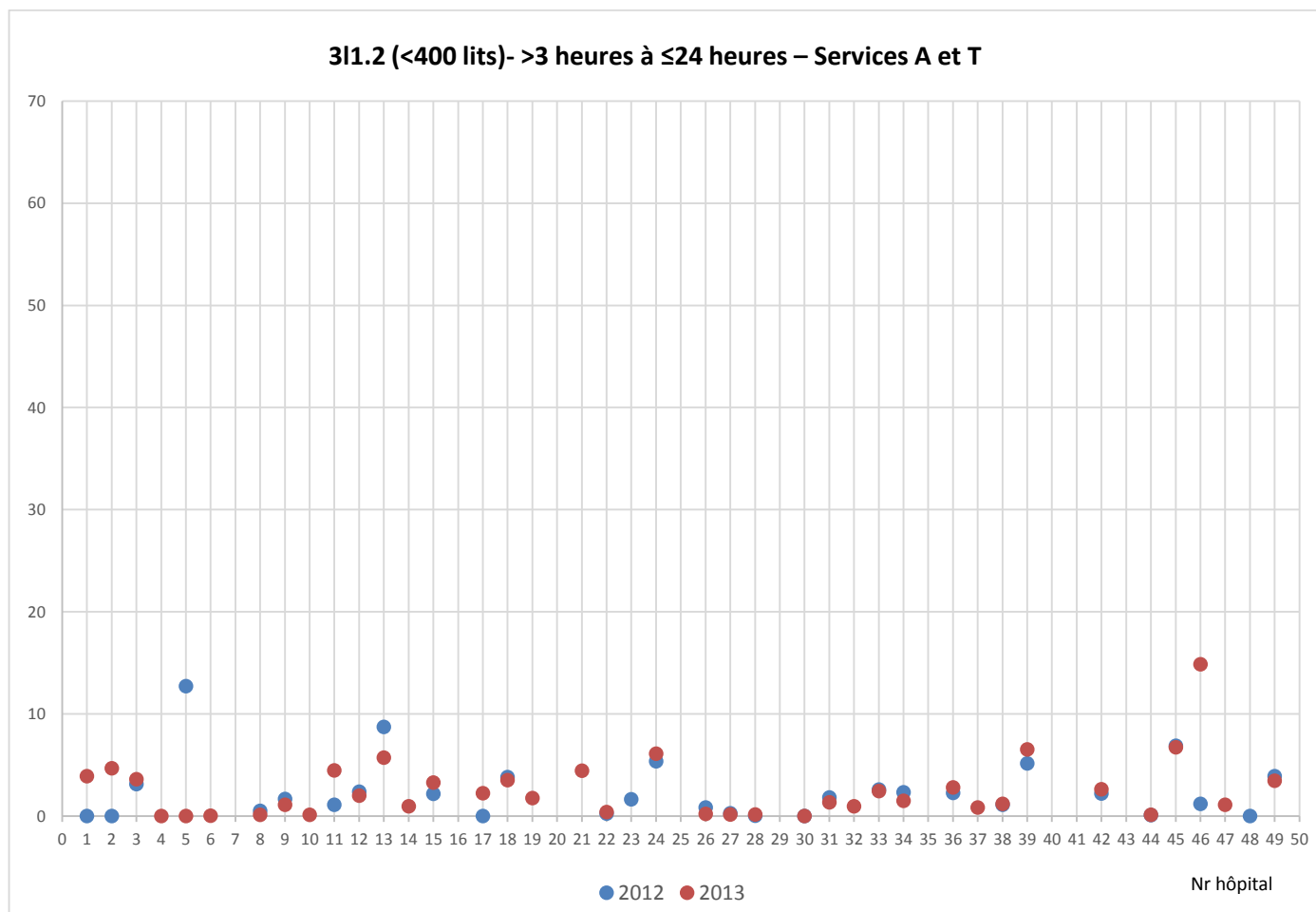


311.1 (>800 lits) - ≤ 3 heures - Services A et T



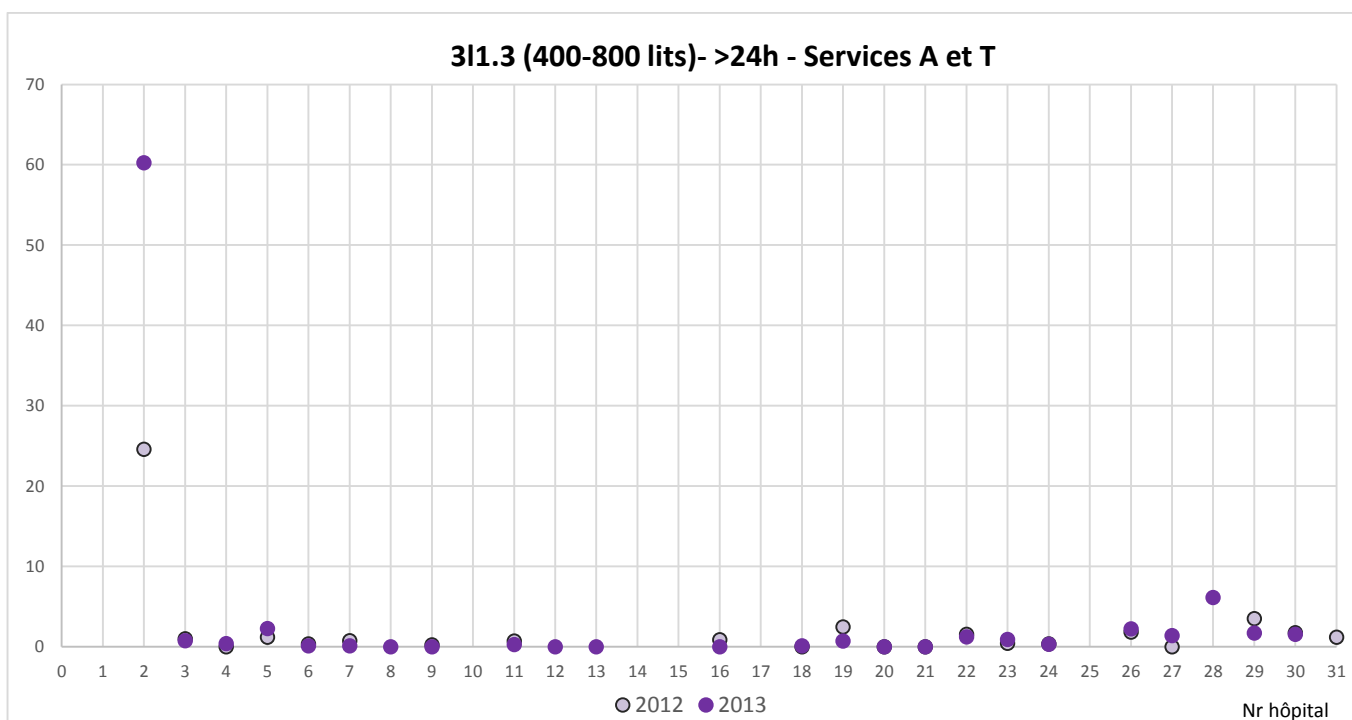
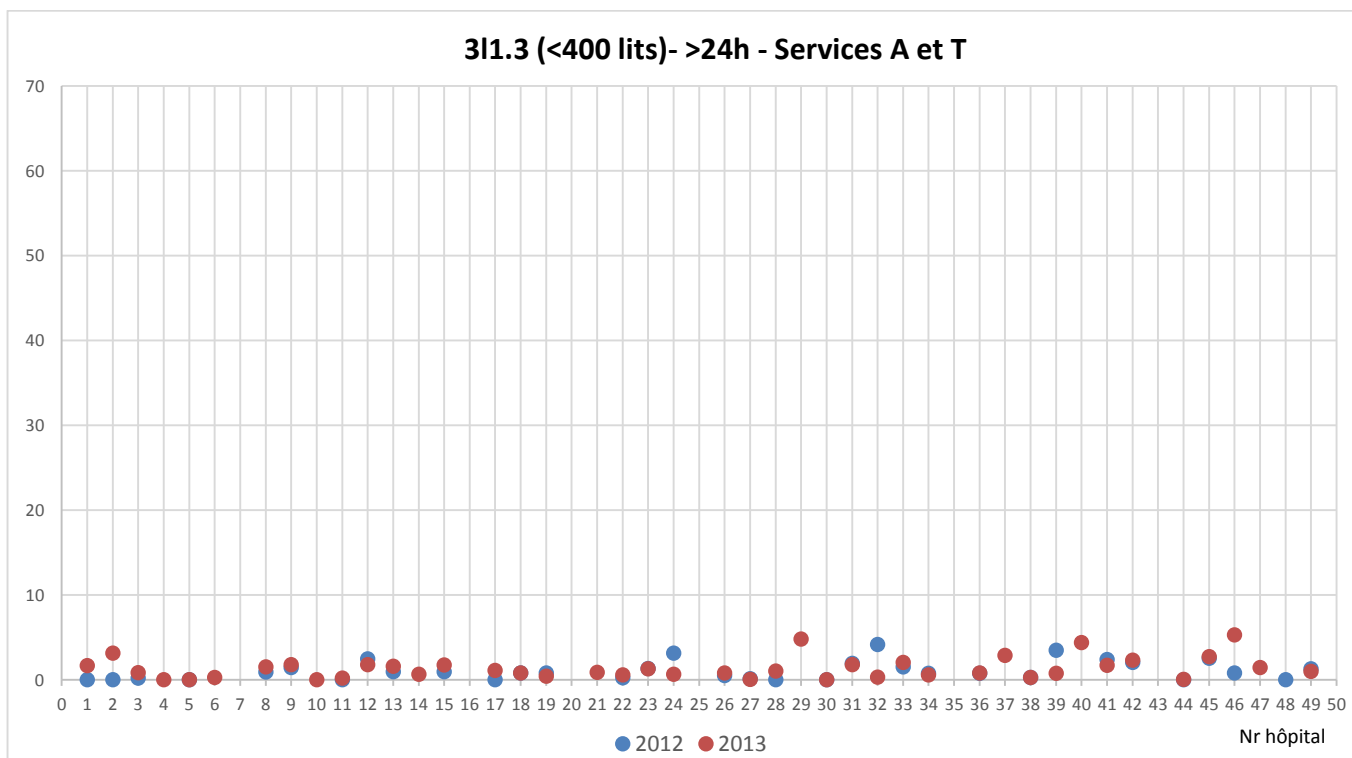
311.2 >3 heures à ≤24 heures – Services A et T

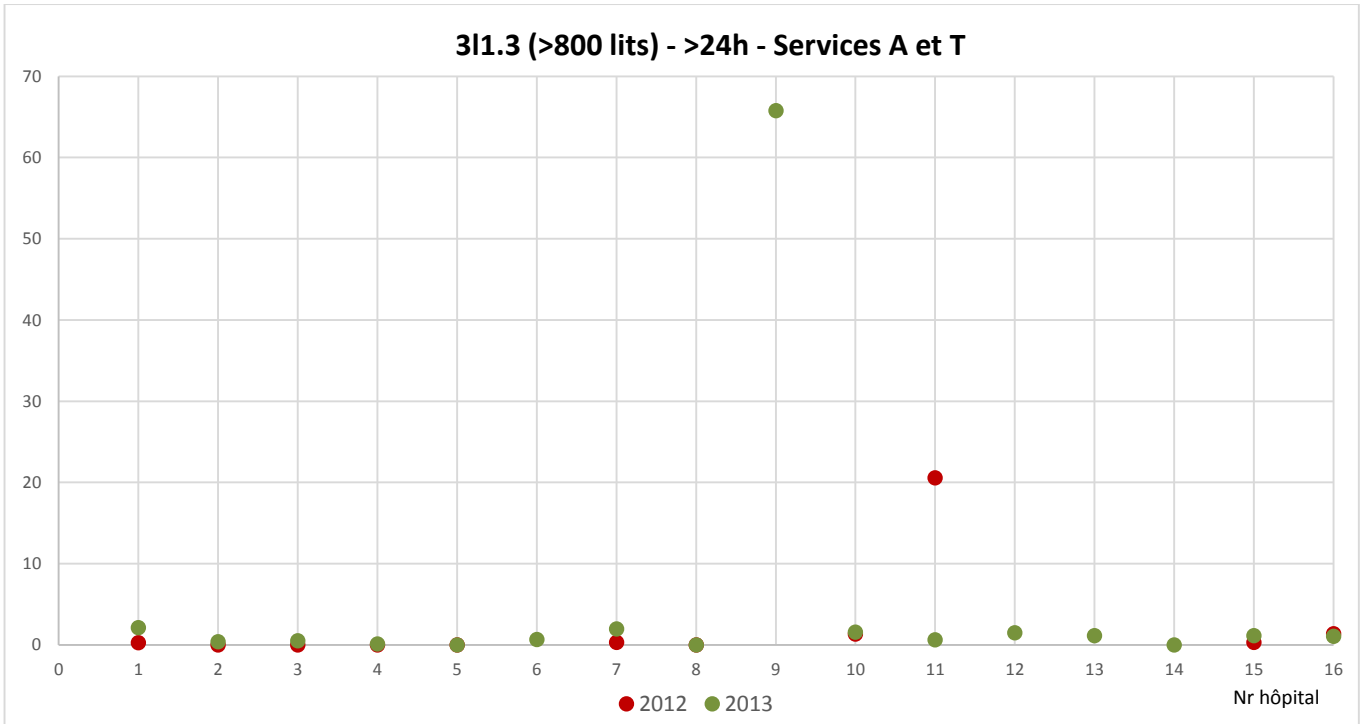
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	56	70
Nombre total de journées d'hospitalisation	2315879	2876364
Nombre d'isolements	5488	21297
Incidence	2,37	7,40



3I1.3 >24 heures – Services A et T

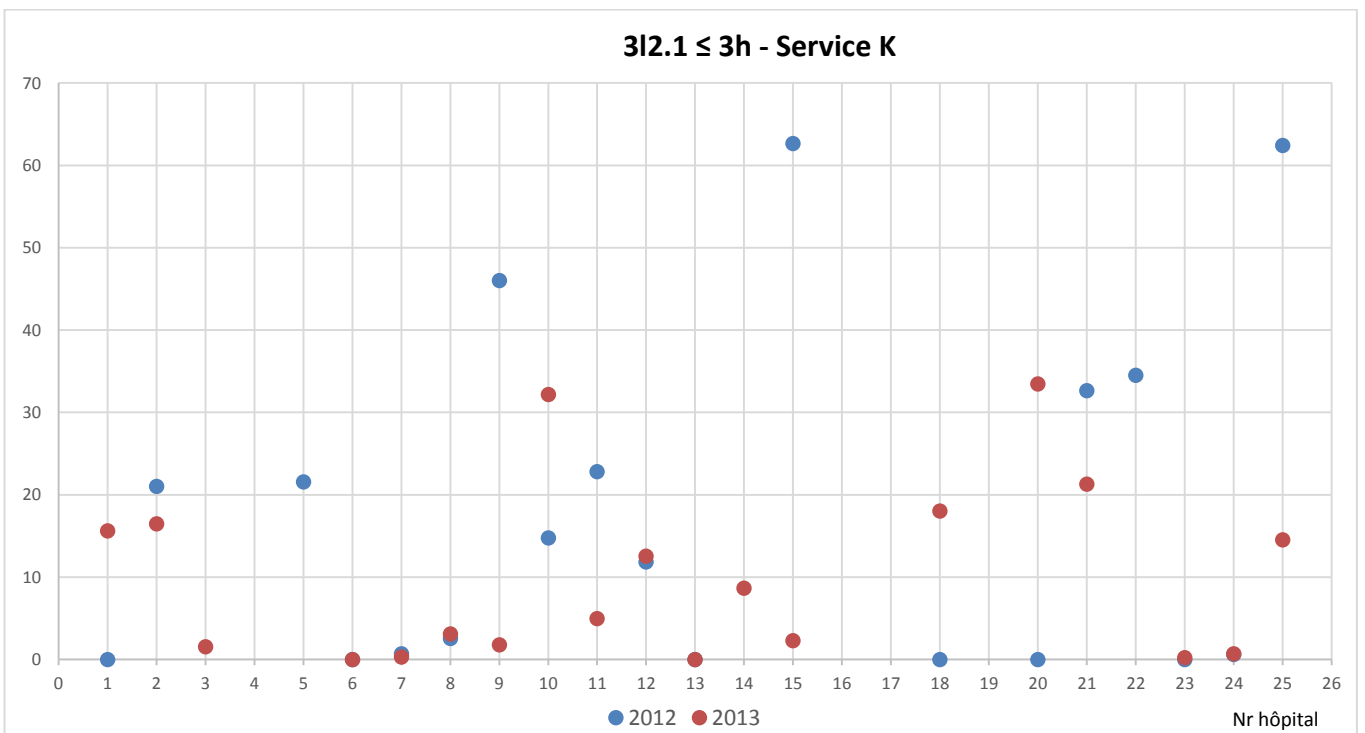
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	61	68
Nombre total de journées d'hospitalisation	2516352	3238253
Nombre d'isolements	3377	4698
Incidence	1,34	1,45





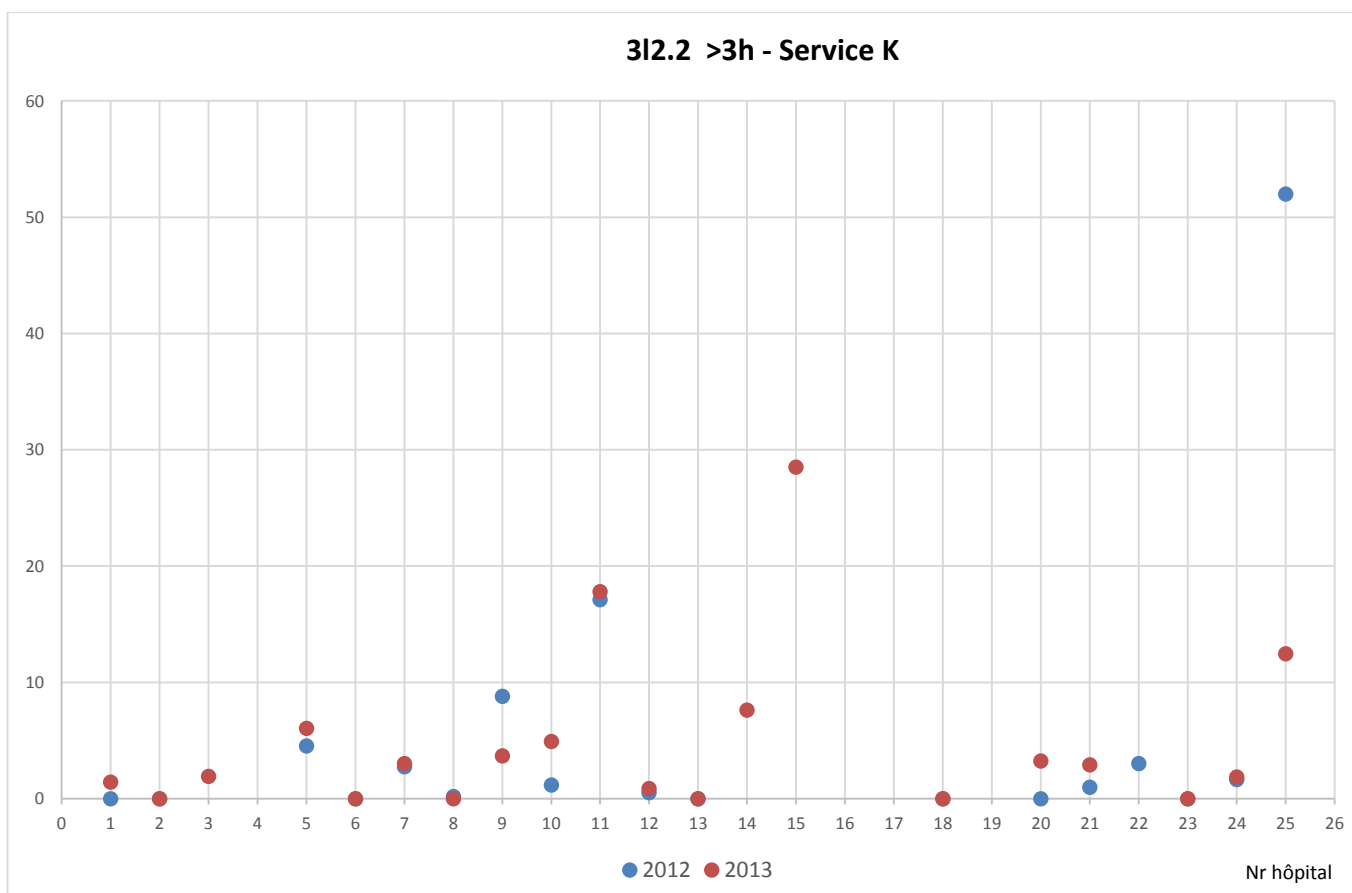
3I2.1 ≤ 3 heures - Service K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	28	18
Nombre total de journées d'hospitalisation	76833	136813
Nombre d'isolements	1617	1804
Incidence	21,05	13,19



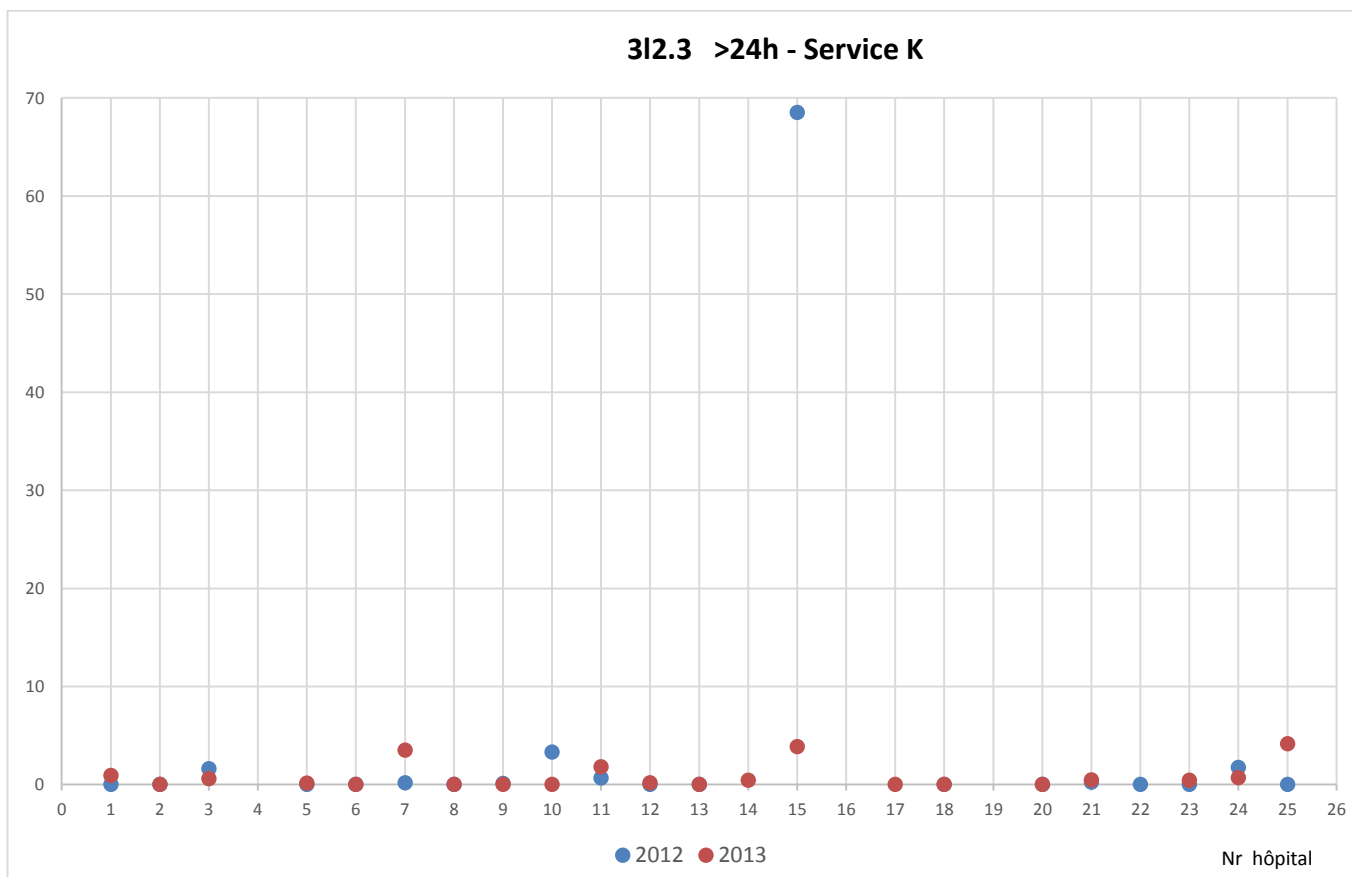
3I2.2 >3 heures à ≤24 heures – Service K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	29	14
Nombre total de journées d'hospitalisation	80850	150913
Nombre d'isolements	1463	462
Incidence	18,10	3,06



312.3 >24 heures – Service K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	30	12
Nombre total de journées d'hospitalisation	117110	155379
Nombre d'isolements	183	79
Incidence	1,56	0,51



Benchmarking : CFQAI 3m Incidence des mesures de contention dans les services résidentiels en fonction de la durée de la mesure

Le terme “contention” est compris comme : l’ensemble des mesures concernant l’utilisation et l’application de moyens de contention et de protection, par lesquels l’entièreté ou une partie du corps est immobilisé.

La mesure de contention a pour objectif de mettre un patient, dont le comportement est considéré comme dangereux ou mal adapté à la situation, en sécurité.

L’incidence des mesures de contention exprime le degré avec lequel des mesures de contention sont prises.

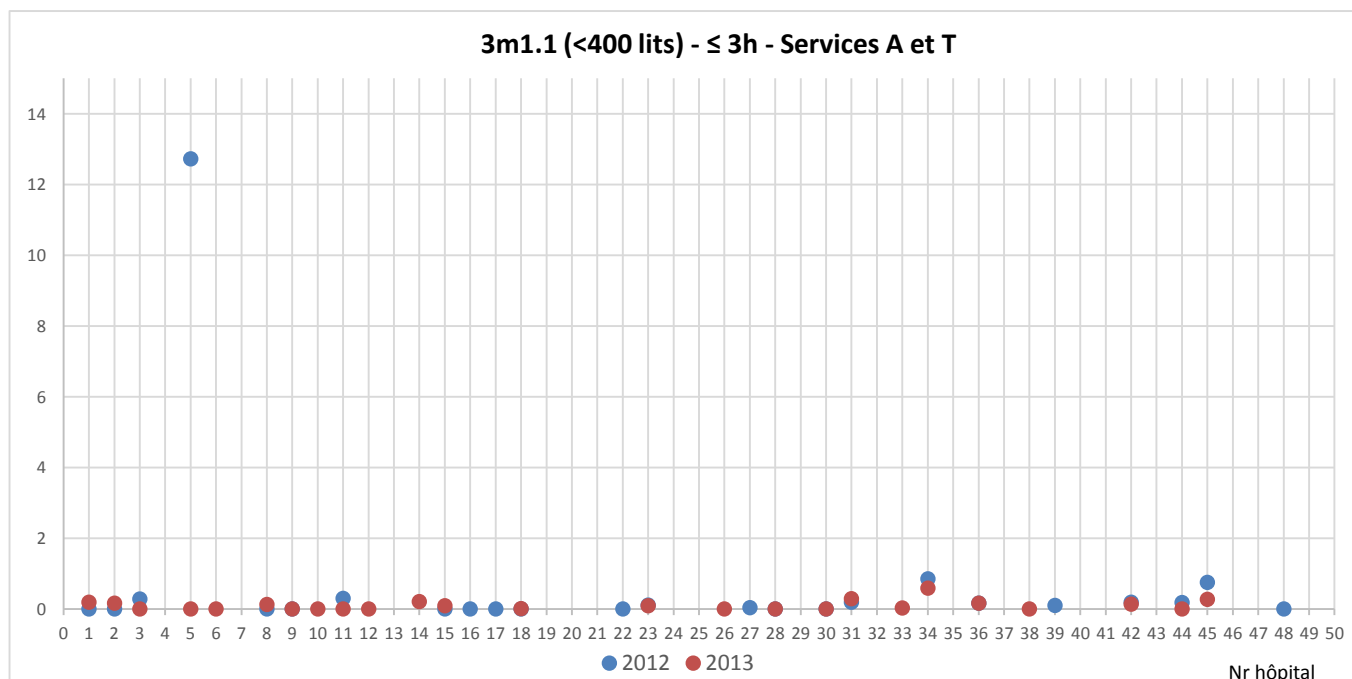
La comparaison est obtenue en divisant le nombre de mesures par le nombre de journées d’hospitalisation.

Pour la durée de la contention, 3 catégories sont prévues :

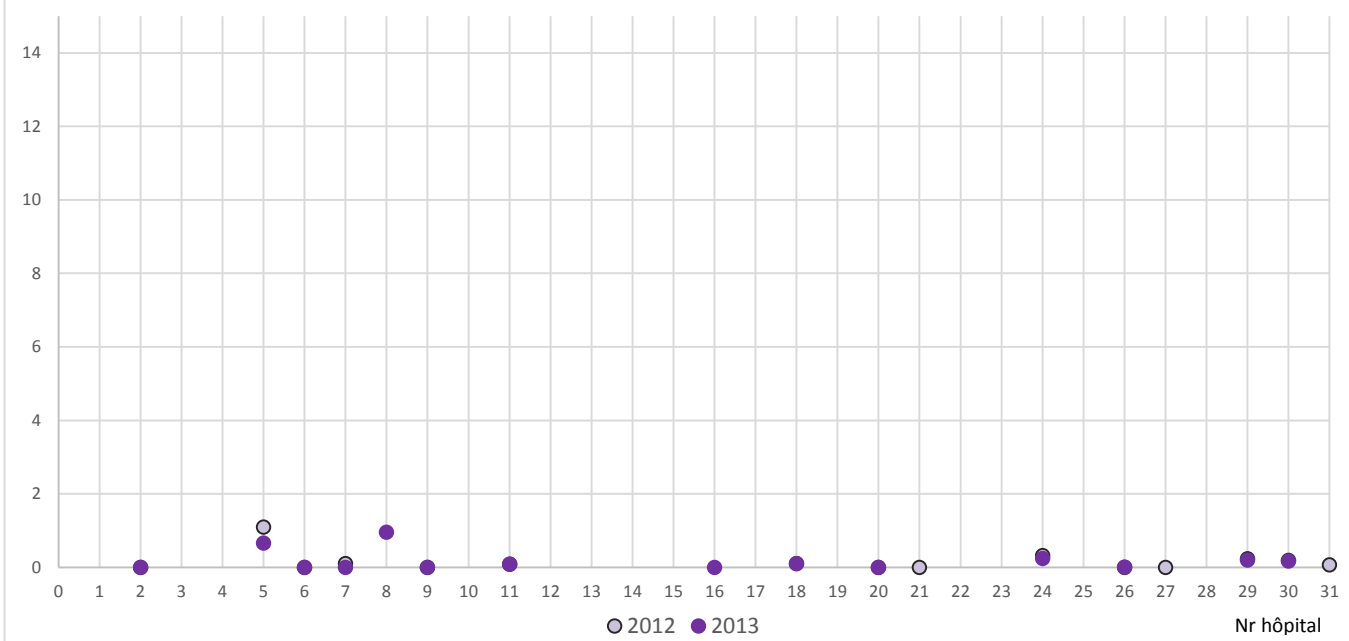
- Nombre de contentions d’une durée ≤ 3 heures
- Nombre de contentions d’une durée >3 heures à ≤ 24 heures
- Nombre de contentions d’une durée >24 heures

3m1.1 ≤ 3 heures - Services A et T

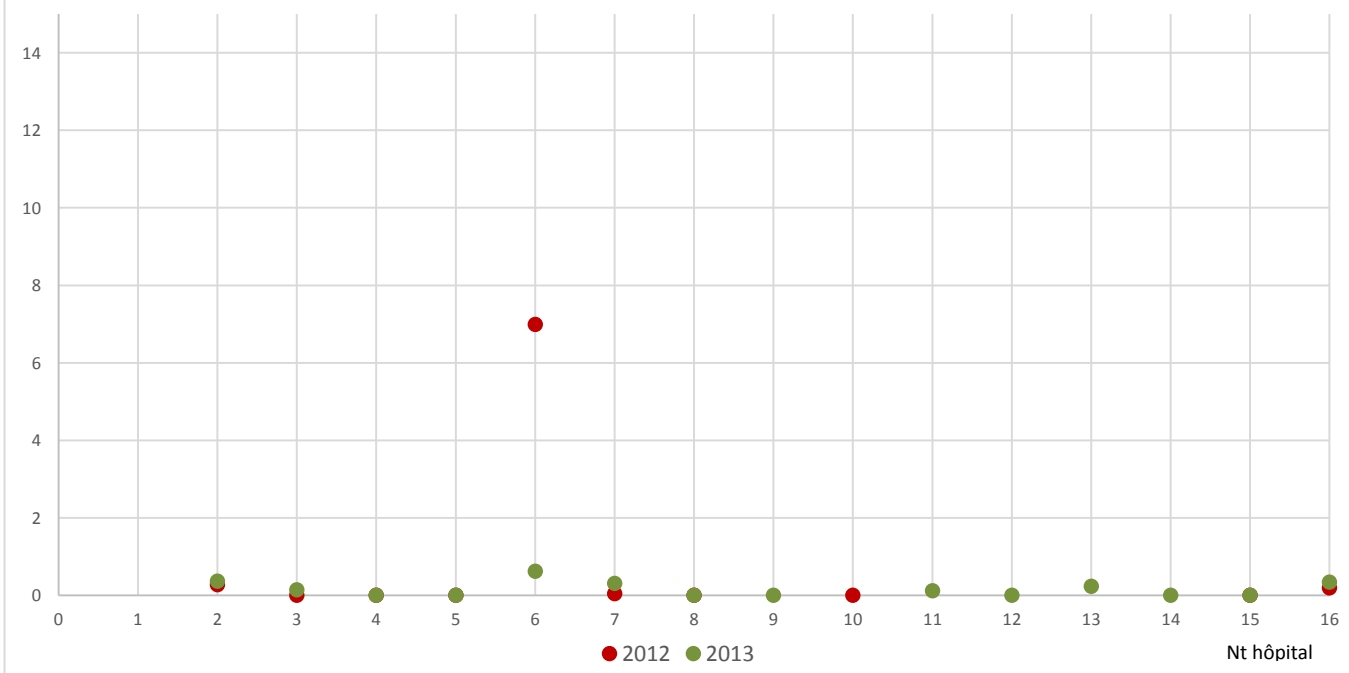
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	41	28
Nombre total de journées d'hospitalisation	1429422	1749526
Nombre de contentions	406	292
Incidence	0,28	0,17



3m1.1 (400-800 lits) - ≤ 3h - Services A et T

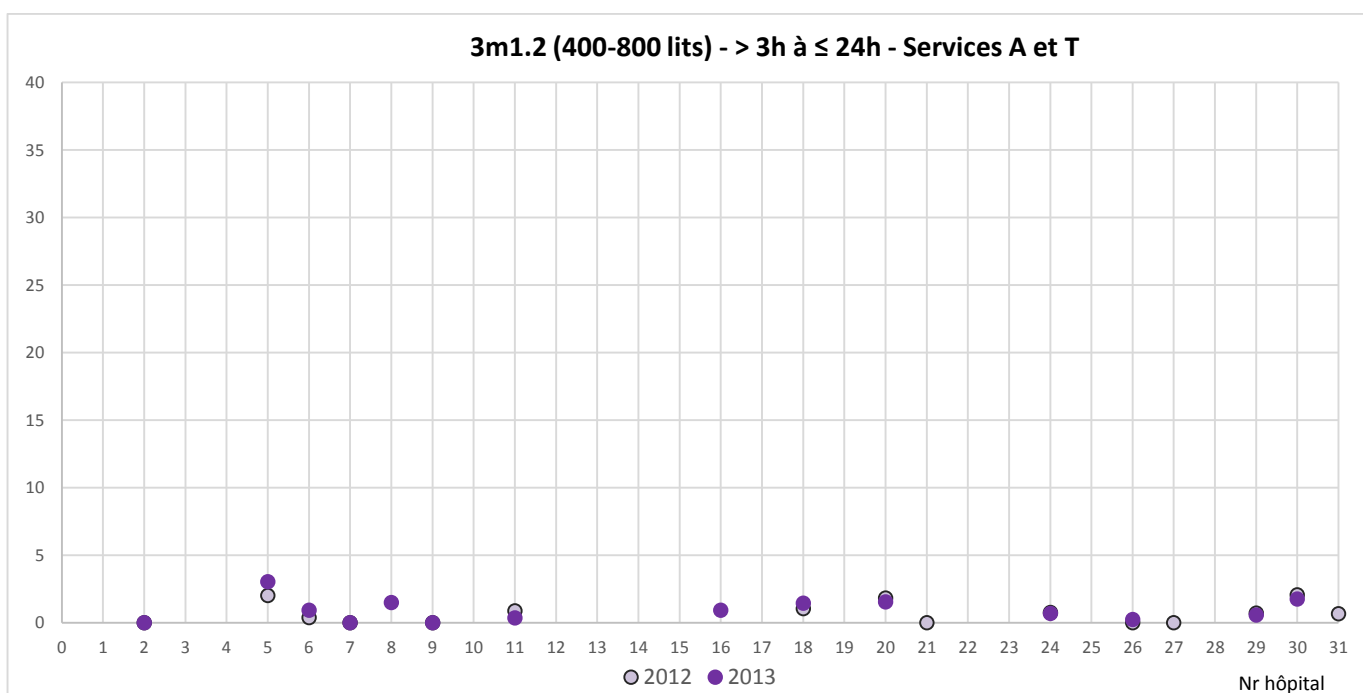
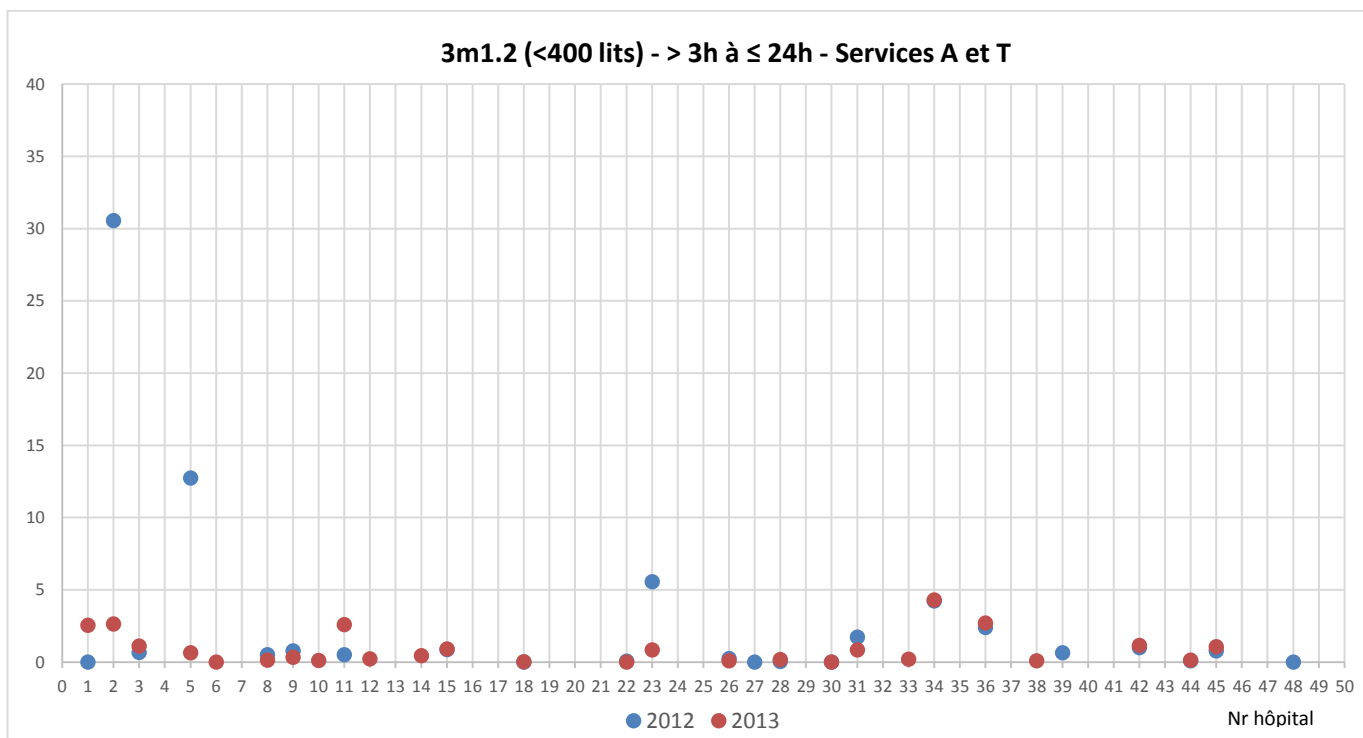


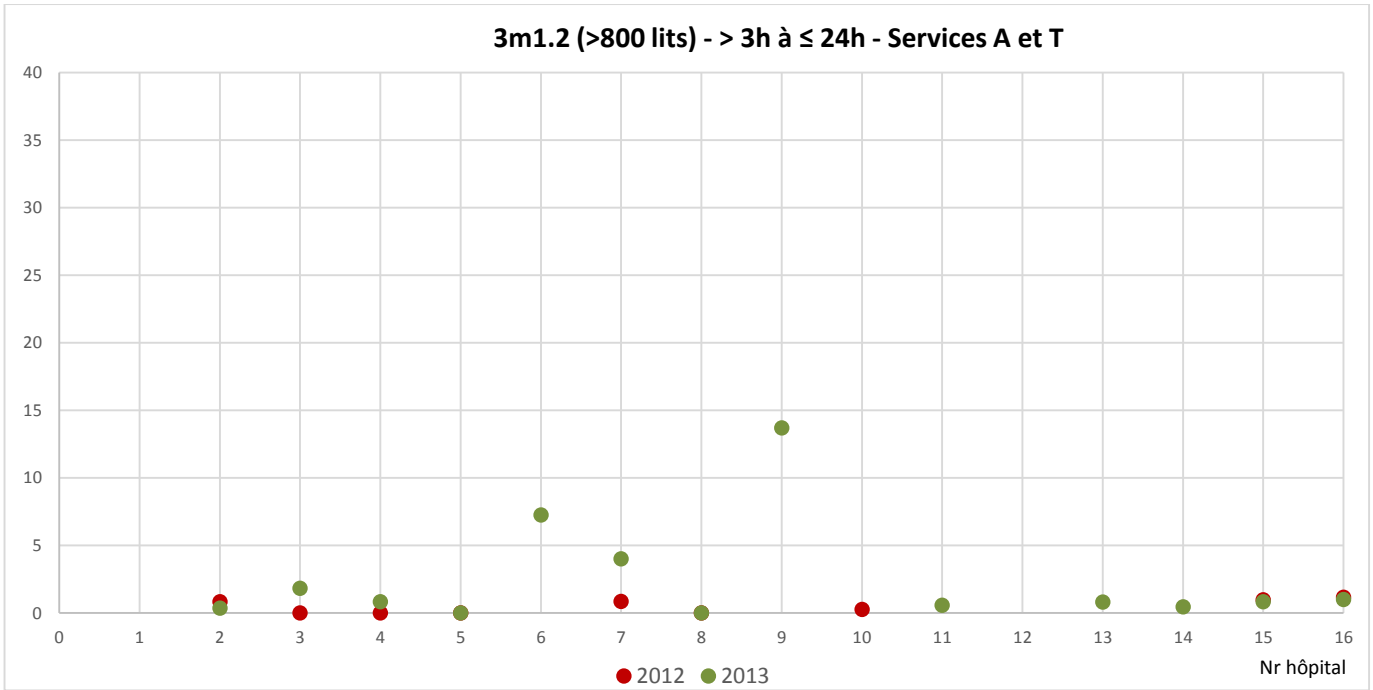
3m1.1 (>800 lits) - ≤ 3h - Services A et T



3m1.2 >3 heures à ≤24 heures – Services A et T

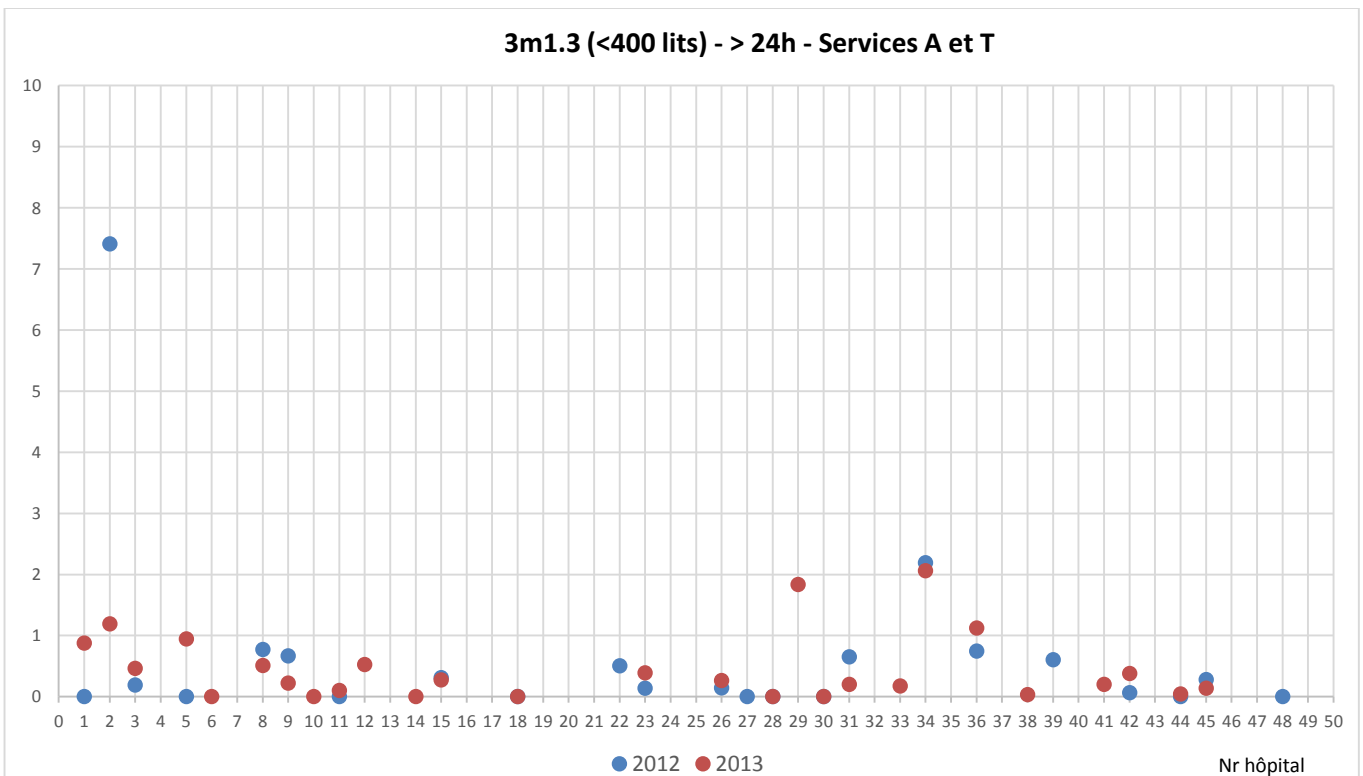
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	42	45
Nombre total de journées d'hospitalisation	1479025	1702083
Nombre de contentions	2408	2197
Incidence	1,63	1,29

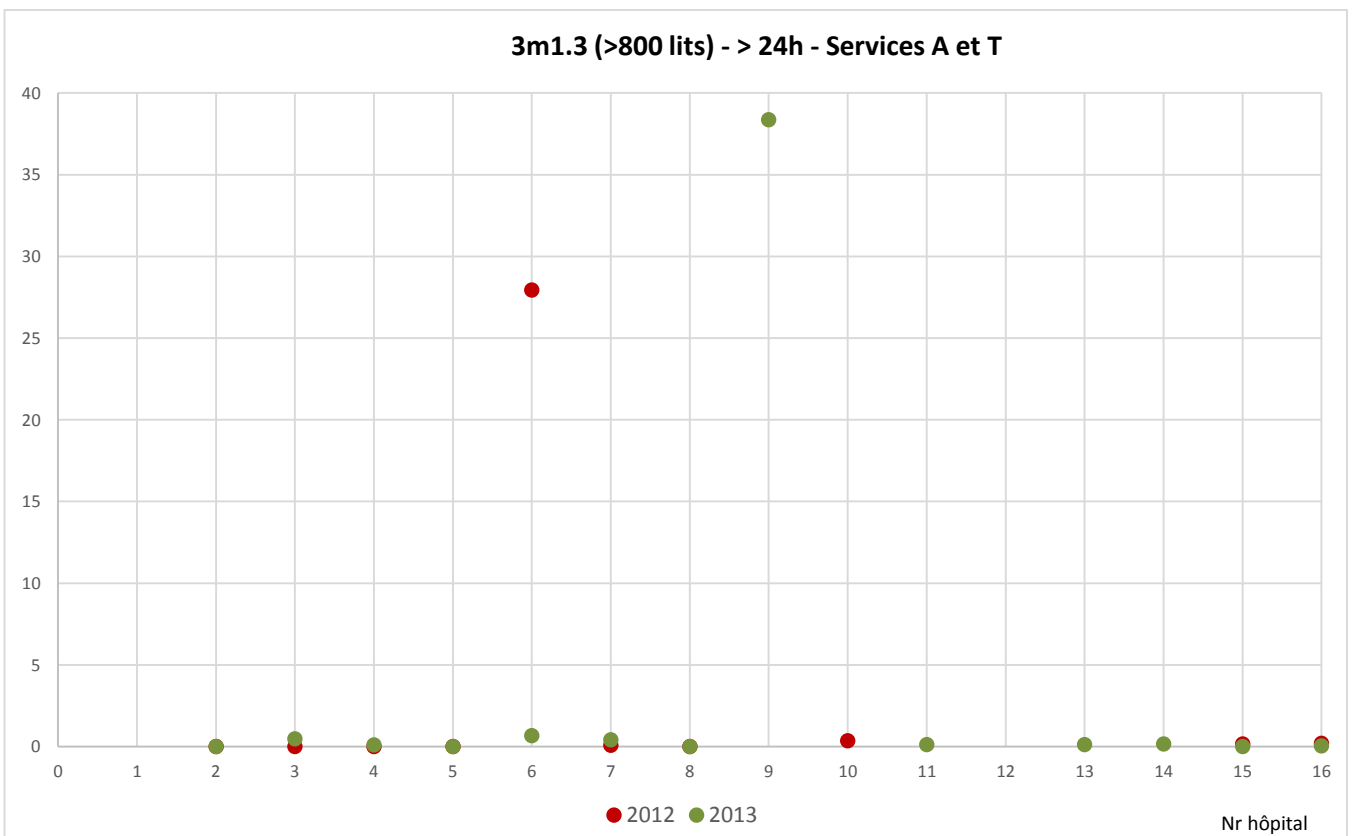
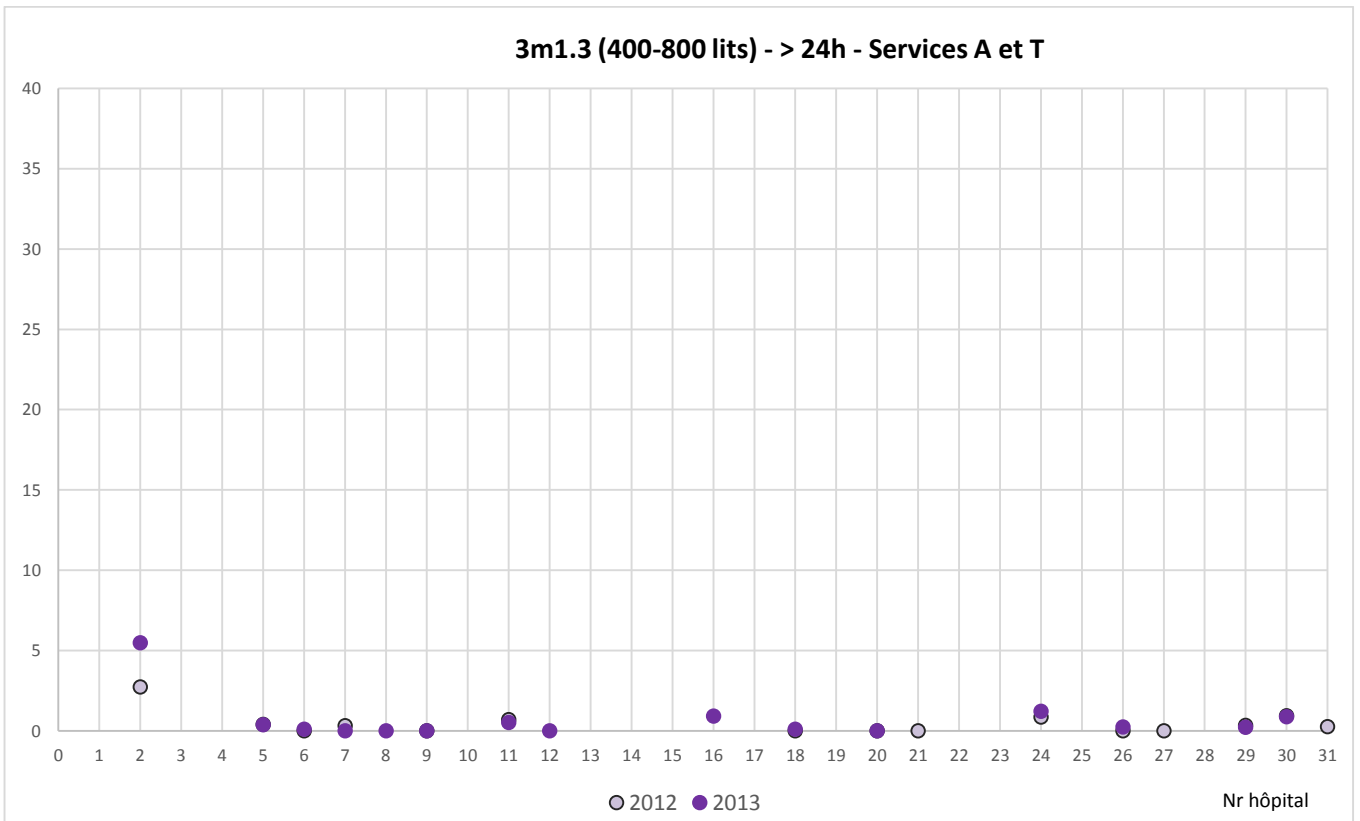




3m1.3 >24 heures – Services A et T

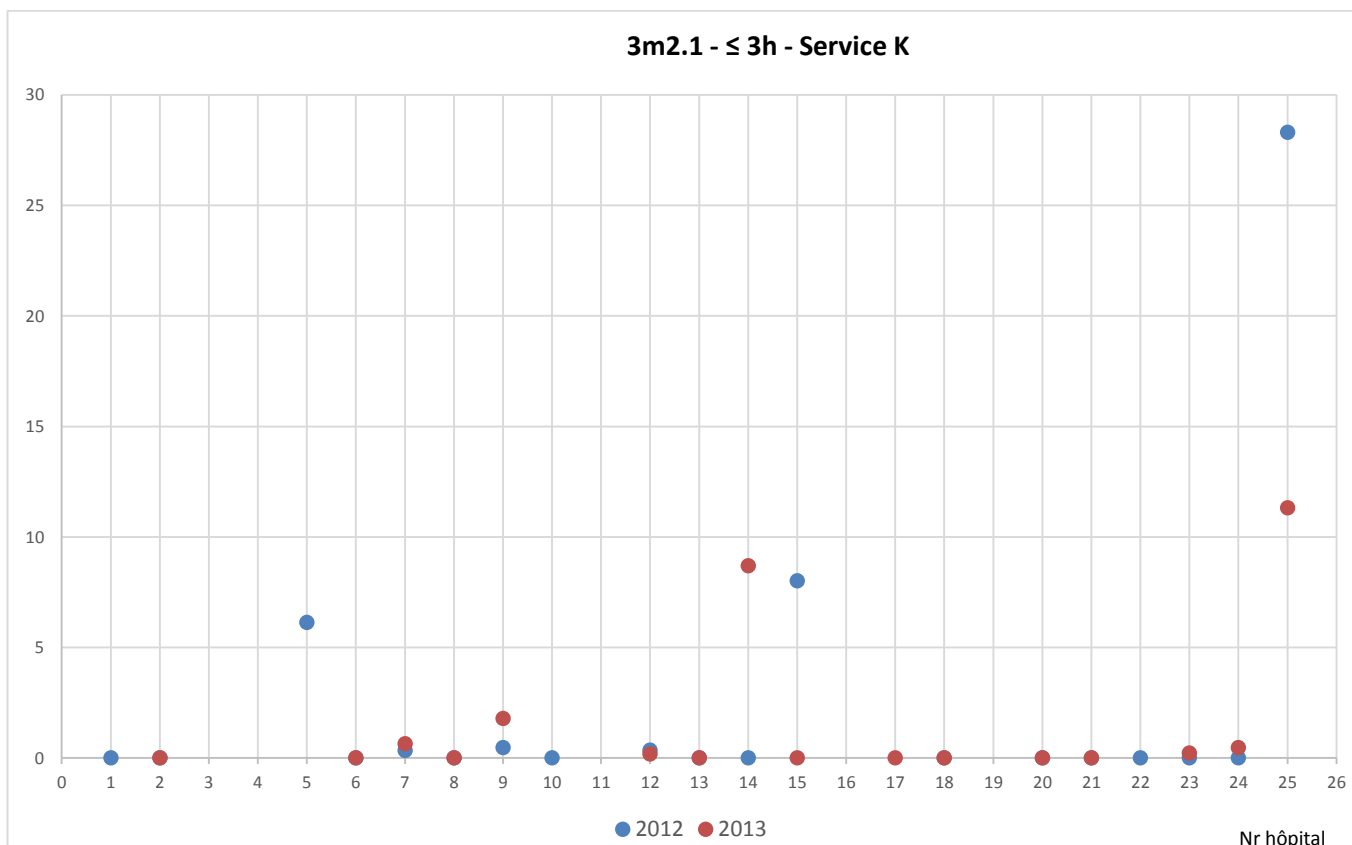
	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	43	40
Nombre total de journées d'hospitalisation	1496238	1878783
Nombre de contentions	678	859
Incidence	0,45	0,46





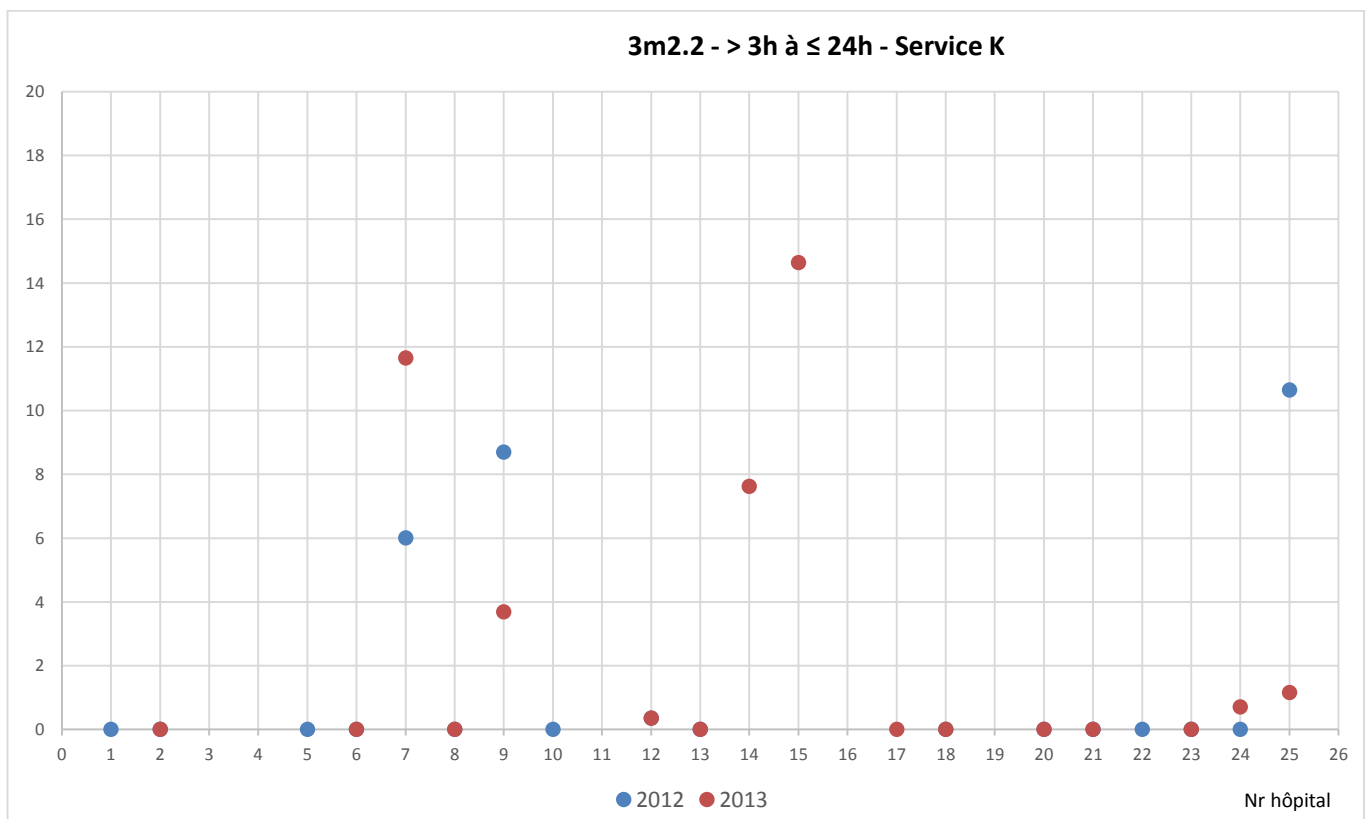
3m2.1 ≤ 3 heures – Service K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	29	7
Nombre total de journées d'hospitalisation	63747	115190
Nombre de contentions	158	119
Incidence	2,48	1,03



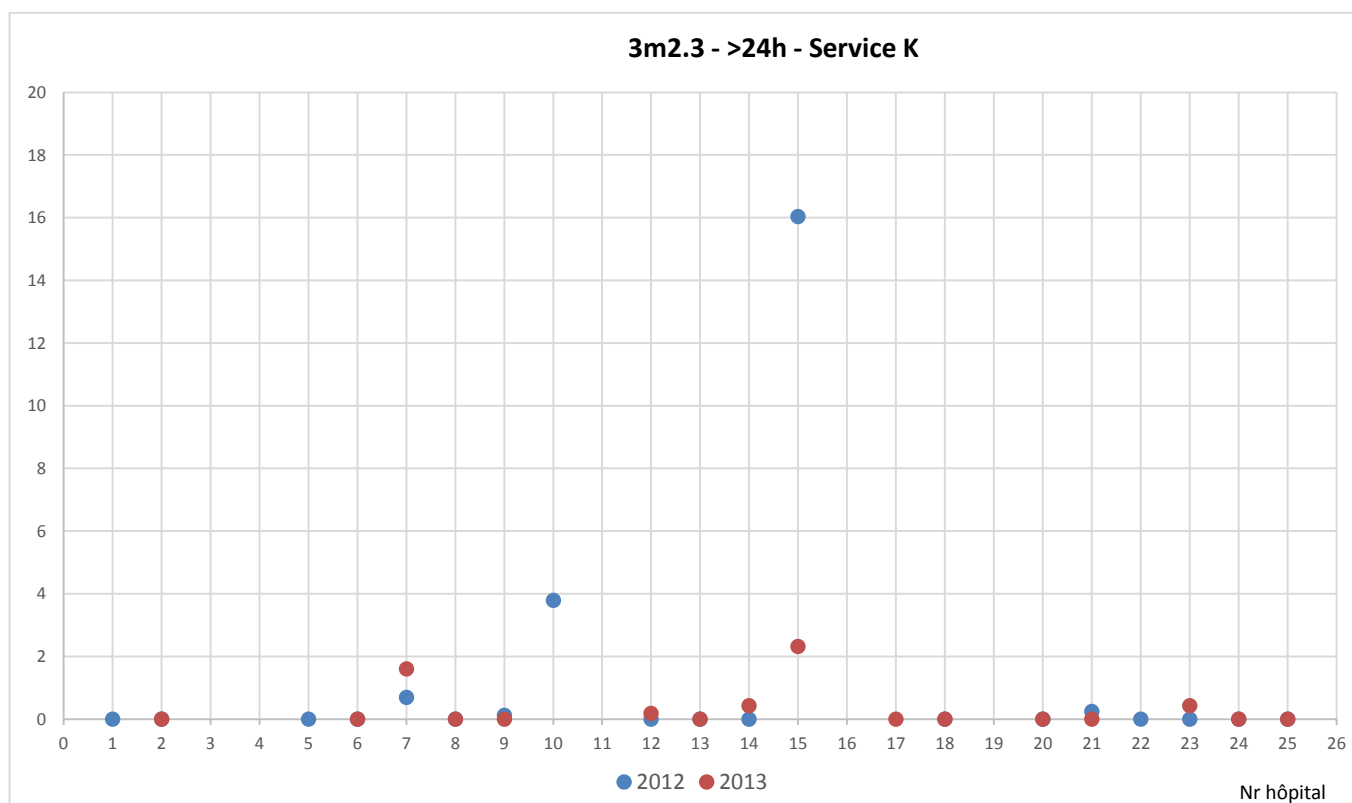
3m2.2 >3 heures à ≤24 heures – Service K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	29	7
Nombre total de journées d'hospitalisation	63747	95394
Nombre de contentions	377	169
Incidence	5,91	1,77



3m2.3 >24 heures – Service K

	2012	2013
Nombre d'hôpitaux	29	5
Nombre total de journées d'hospitalisation	63747	115190
Nombre de contentions	60	19
Incidence	0,09%	0,16



B. Prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

Indicateurs de structure

CFQAI 4.a Enregistrement des agressions déclarées

Indicateur CFQAI 4a : L'enregistrement des agressions déclarées des patients est calculée grâce aux 2 critères ci-dessous :

- Unités A et T (CFQAI 4aPSY1)

Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie (A et T) quelle est l'incidence des agressions des patients ?

Critère 2 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie (A et T) quelle est l'incidence des patients agressifs au moins une fois durant leur hospitalisation ?

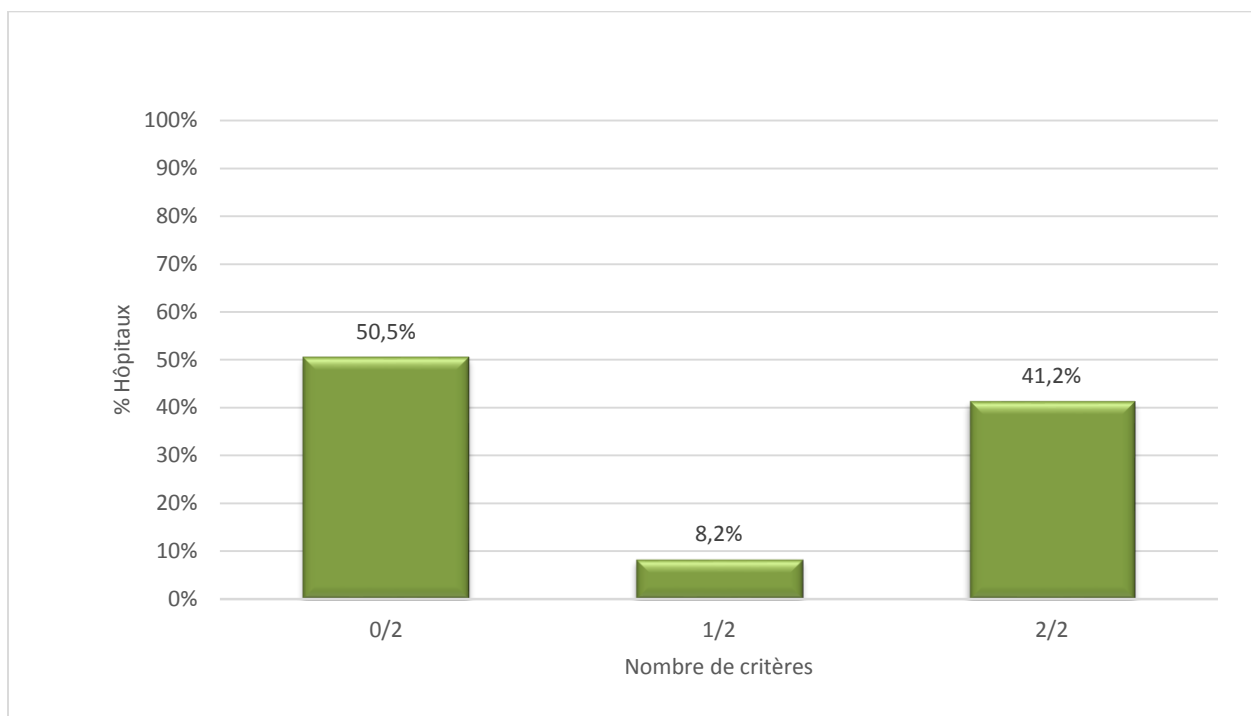
- unités K (CFQAI 4aPSY2)

Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie (K) quelle est l'incidence des agressions des patients ?

Critère 2 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie (K) quelle est l'incidence des patients agressifs au moins une fois durant leur hospitalisation ?

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s) de l'indicateur CFQAI 4a

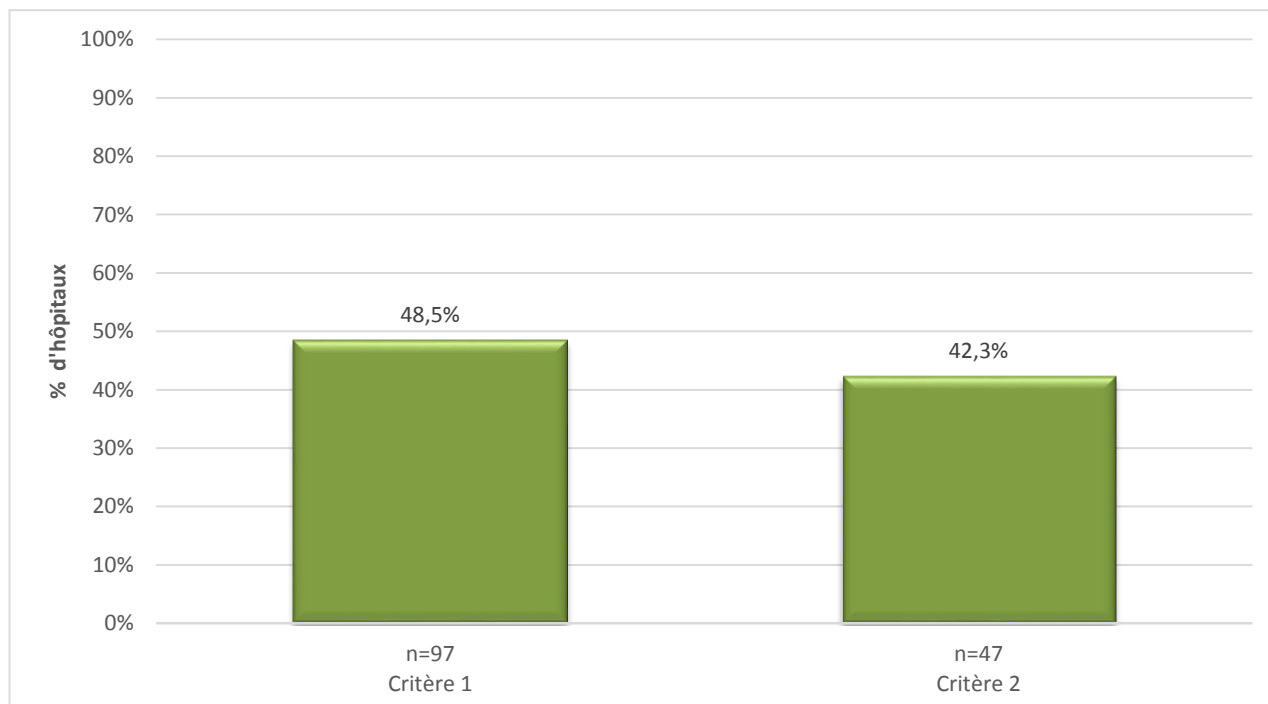
Année 2013 (n=97)



Sur les 105 hôpitaux, 97 ont répondu à l'indicateur. 8 hôpitaux n'ont pas de services A – T.

Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 4a

Année 2013



CFQAI 4.b Politique de formation à la prévention et la gestion de l'agressivité

Indicateur CFQAI 4b : La formation à la prévention et la gestion de l'agressivité est calculée grâce aux 2 critères ci-dessous

- unités A et T (CFQAI 4bPSY1)

Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution une description formelle de la politique de formation des infirmiers à la prévention et la gestion de l'agressivité pour les unités A et T qui répond aux 5 premiers critères repris dans le tableau ?

Critère 2 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution une description formelle de la politique de formation des infirmiers aux techniques BLS- et CPR-pour les unités A et T ?

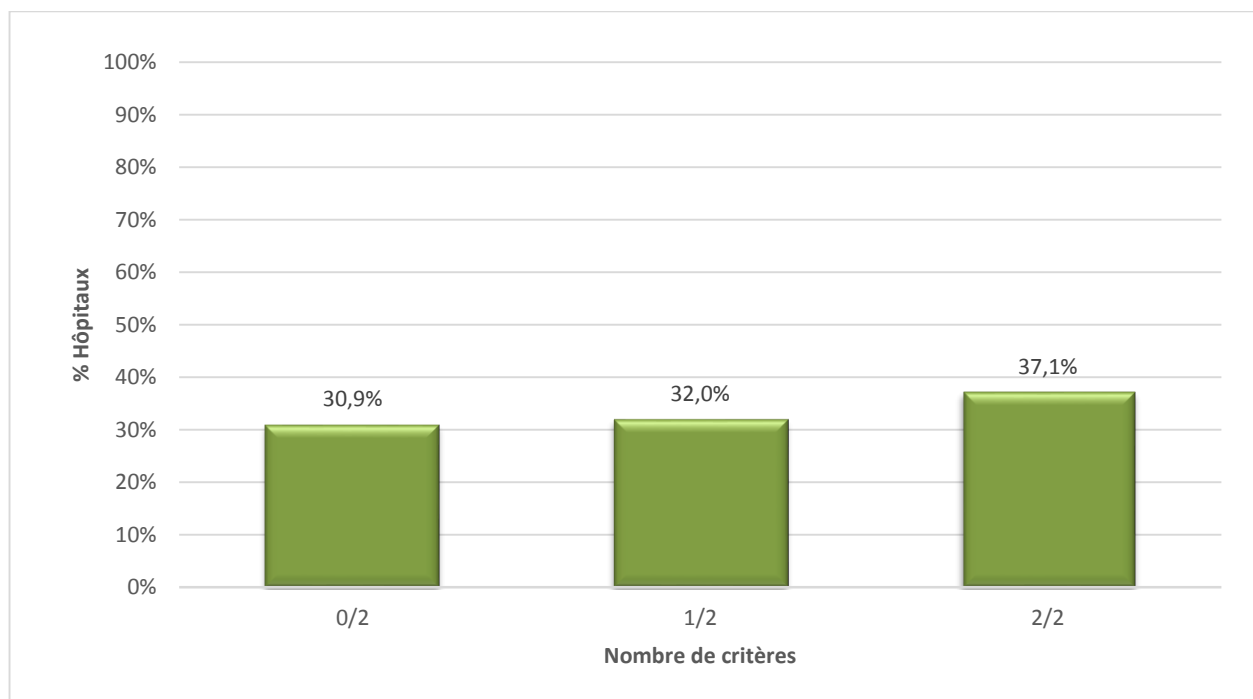
- unités K (CFQAI 4bPSY2)

Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution une description formelle de la politique de formation des infirmiers à la prévention et la gestion de l'agressivité pour les unités K qui répond aux 5 premiers critères repris dans le tableau ?

Critère 2 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution une description formelle de la politique de formation des infirmiers aux techniques BLS- et CPR-pour les unités K ?

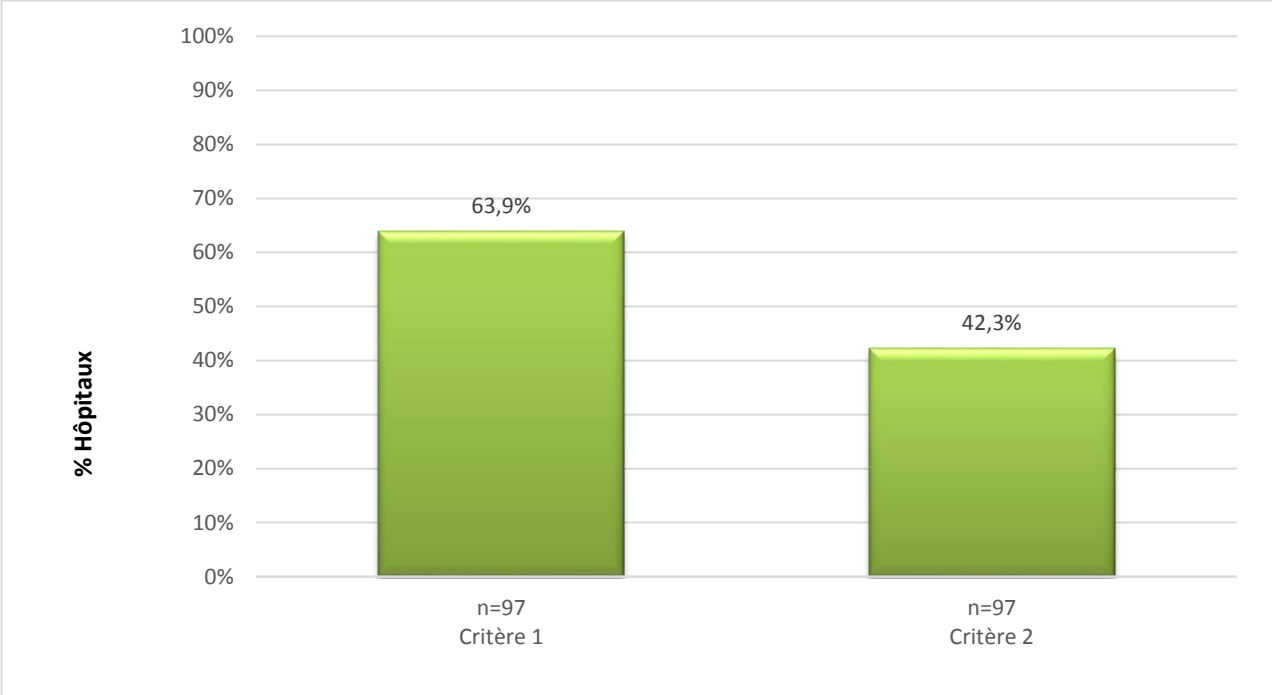
Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s) de l'indicateur CFQAI 4b (n=97)

Année 2013 (n=97)



Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 4b

Année 2013



CFQAI 4.c Enregistrement de la sédation

Indicateur CFQAI 4c : L'enregistrement de la sédation est calculé grâce aux 2 critères ci-dessous :

- unités A et T (CFQAI 4cPSY1)

Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie (A et T) quelle est l'incidence des patients agressifs ayant reçu une sédation ?

Critère 2 : Au 31/12/2013 il existe une procédure dans l'hôpital précisant la manière de faire la sédation lors d'agressions dans les unités de soins de psychiatrie A- et T ?

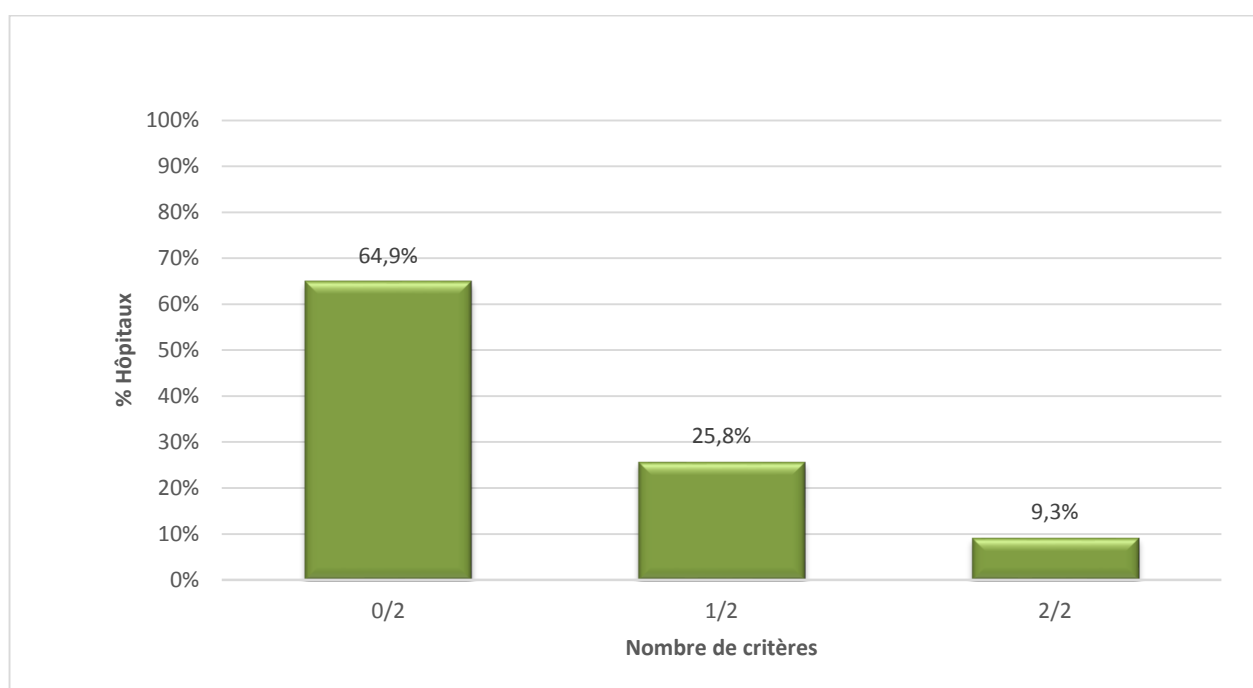
- unités K (CFQAI 4cPSY2)

Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie (K) quelle est l'incidence des patients agressifs ayant reçu une sédation ?

Critère 2 : Au 31/12/2013 il existe une procédure dans l'hôpital précisant la manière de faire la sédation lors d'agressions dans les unités de soins de psychiatrie K ?

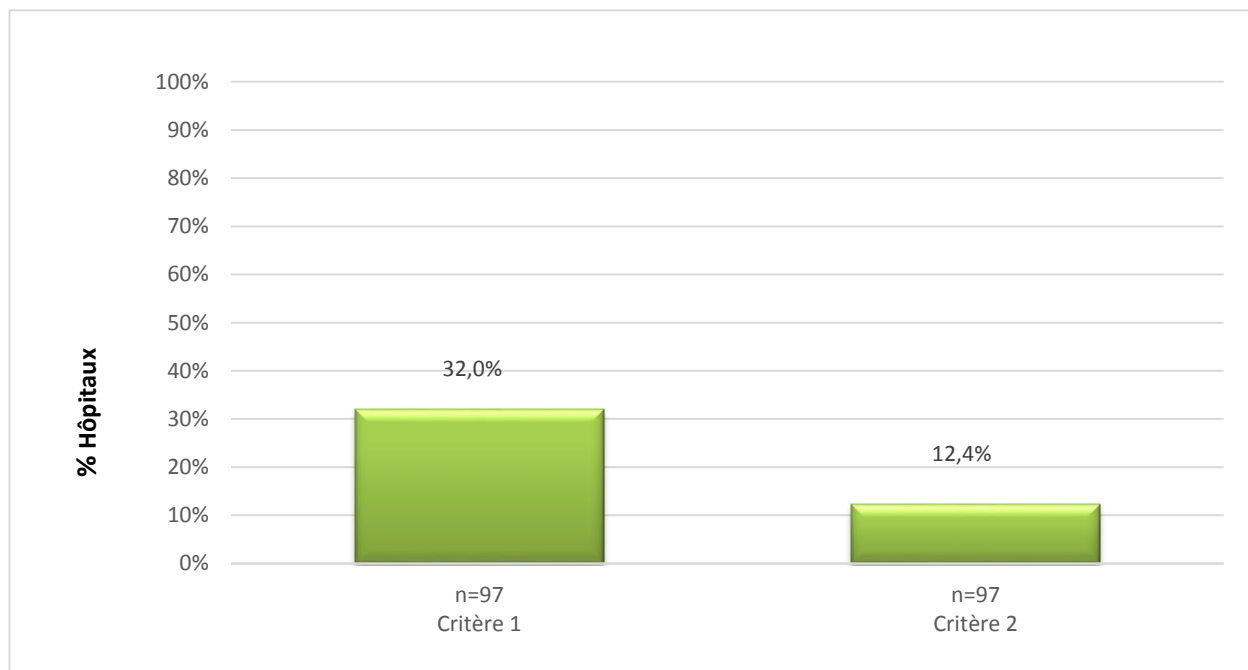
Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s) de l'indicateur CFQAI 4c (n=97)

Année 2013 (n=97)



Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 4c

Année 2013



CFQAI 4.d Enregistrement de la maîtrise physique

Indicateur CFQAI 4d : l'enregistrement de la maîtrise physique est calculé grâce aux 2 critères ci-dessous :

- unités A et T (CFQAI 4cPSY1)

Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie (A et T) quelle est l'incidence des patients agressifs ayant été maîtrisés physiquement ?

Critère 2 : Au 31/12/2013 il existe une procédure dans l'hôpital précisant la manière de maîtriser physiquement le patient lors d'agressions dans les unités de soins de psychiatrie A- et T ?

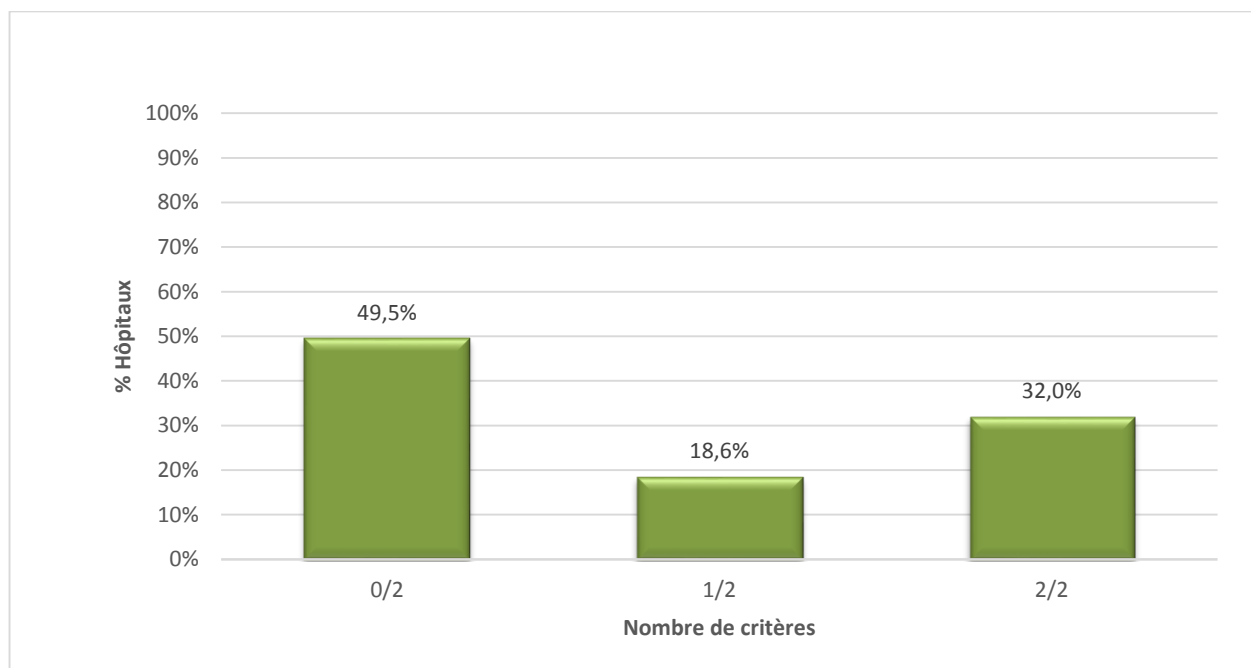
- unités K (CFQAI 4cPSY2)

Critère 1 : Au 31/12/2013 il y a dans l'institution un enregistrement qui permet au minimum de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie (K) quelle est l'incidence des patients agressifs ayant été maîtrisés physiquement ?

Critère 2 : Au 31/12/2013 il existe une procédure dans l'hôpital précisant la manière de maîtriser physiquement le patient lors d'agressions dans les unités de soins de psychiatrie K ?

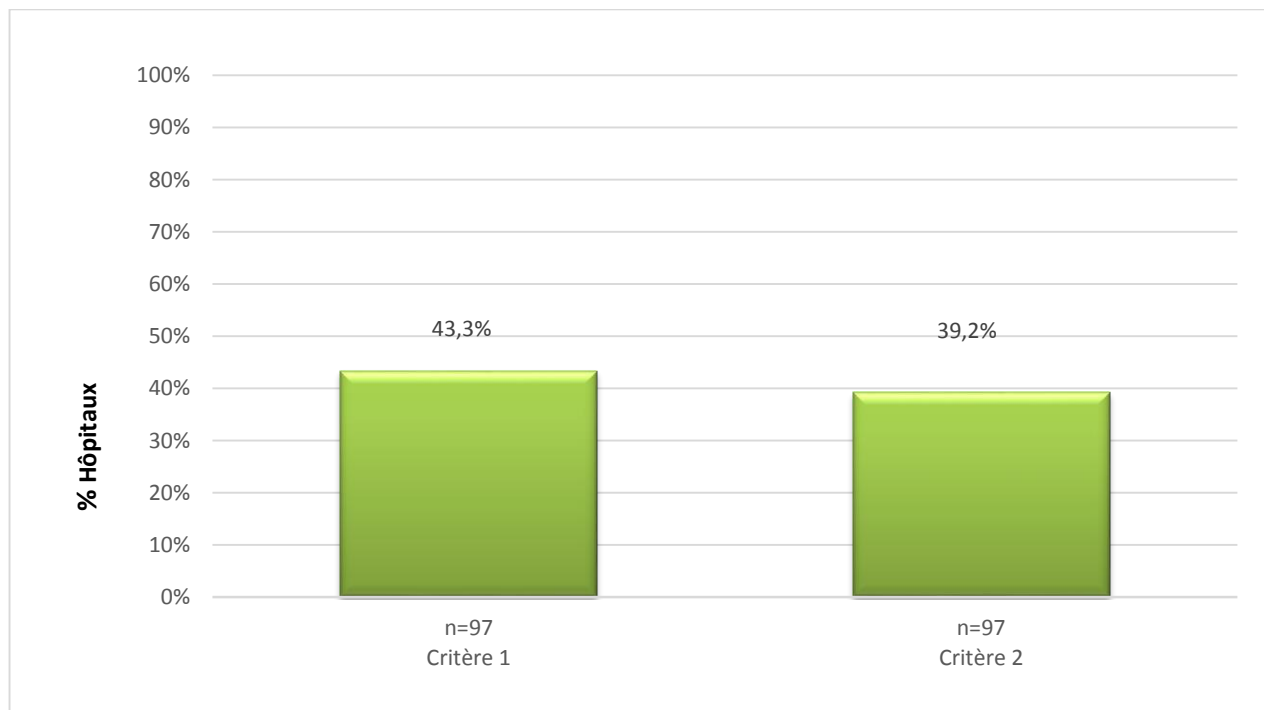
Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s) de l'indicateur CFQAI 4d

Année 2013 (n=97)



Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 4d

Année 2013



CFQAI 4.e Concertation interdisciplinaire agressivité

Indicateur CFQAI 4e : l'intégration d'une concertation interdisciplinaire au sujet de l'agressivité dans une structure de l'hôpital est calculée grâce aux 2 critères ci-dessous :

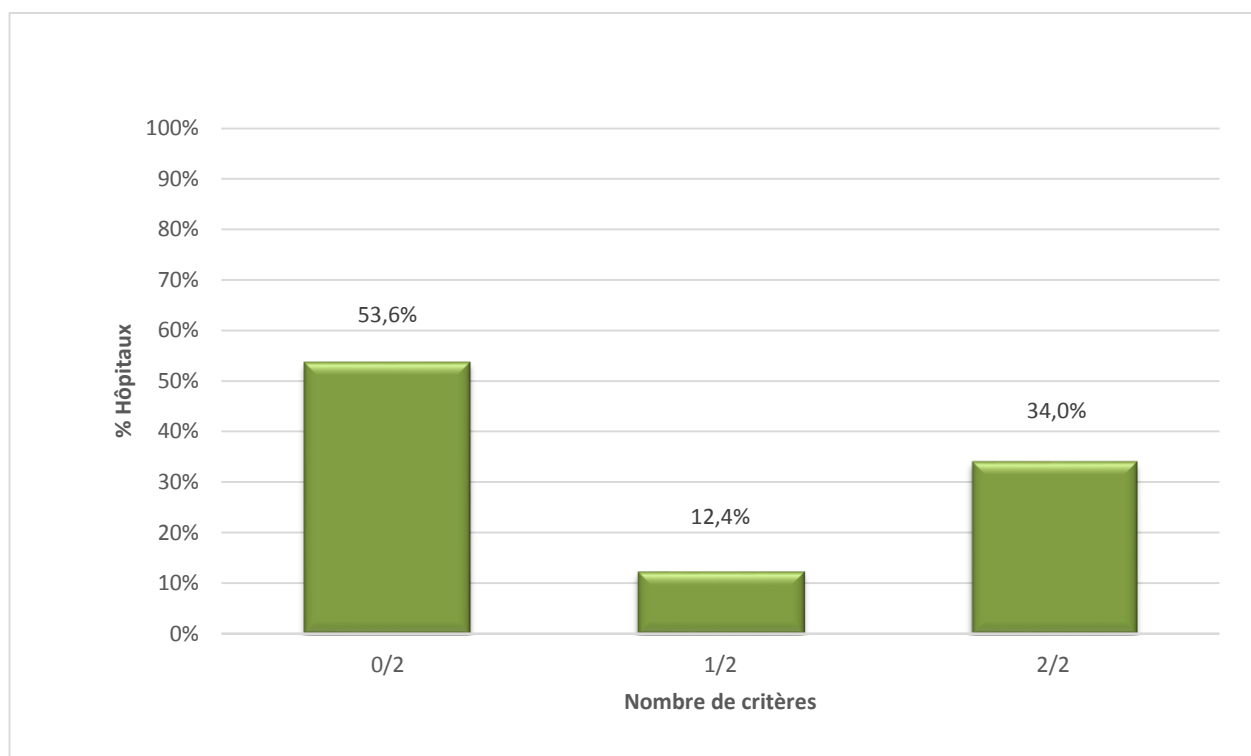
- unités A-, T-, et K (CFQAI 4ePSY1)

Critère 1 : Au 31/12/2013 une concertation interdisciplinaire au sujet de l'agressivité au sein des unités A-, T- et K est intégrée dans une structure de l'hôpital ?

Critère 2 : Cette concertation a eu lieu au moins 3 fois en 2013 ?

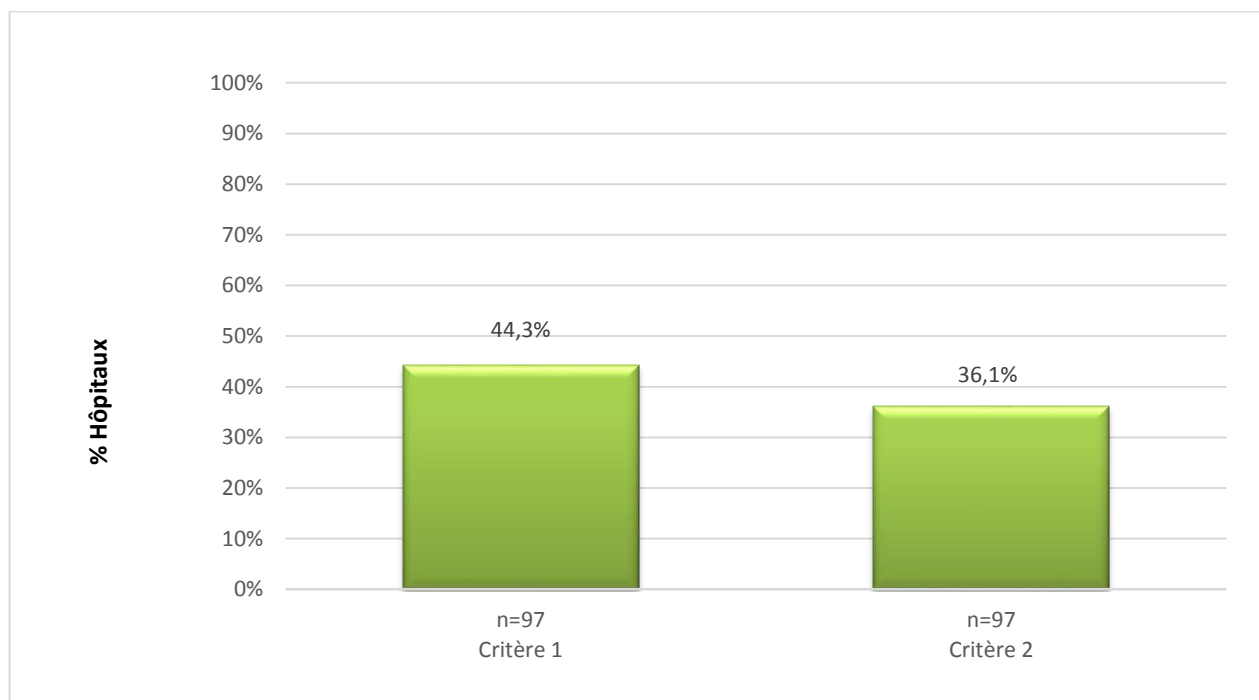
Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1 ou 2 critère(s) de l'indicateur CFQAI 4e

Année 2013 (n=97)



Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent le(s) critère(s) de l'indicateur CFQAI 4e

Année 2013



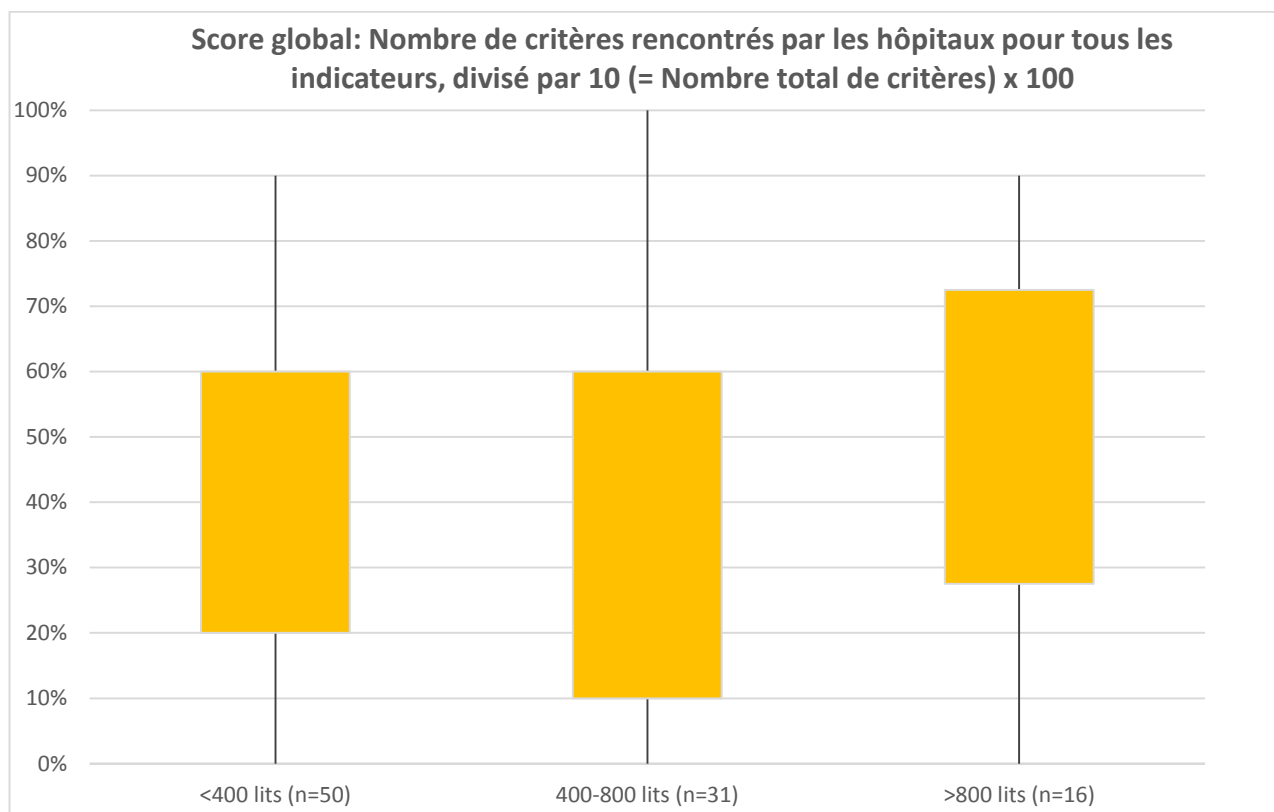
Score global pour les indicateurs de structure

Le tableau ci-dessous est un benchmarking dans lequel les hôpitaux sont classés par région (Bruxelles (n=11); Flandre (n=54); Wallonie (n=32)) et par score global individuel.

Hôpitaux classés en fonction de la région et de leur score global pour les indicateurs de structure (n=97)

	Bruxelles(n=11)		Flandre (n=54)		Wallonie (n=32)		Belgique (n=97)	
0/10 critères	0	0,00%	6	11,11%	8	25,00%	14	14,43%
1/10 critères	3	27,27%	2	3,70%	10	31,25%	15	15,46%
2/10 critères	1	9,09%	3	5,56%	5	15,63%	9	9,28%
3/10 critères	1	9,09%	4	7,41%	3	9,38%	8	8,25%
4/10 critères	2	18,18%	8	14,81%	4	12,50%	14	14,43%
5/10 critères	0	0,00%	5	9,26%	0	0,00%	5	5,15%
6/10 critères	0	0,00%	9	16,67%	0	0,00%	9	9,28%
7/10 critères	1	9,09%	5	9,26%	0	0,00%	6	6,19%
8/10 critères	2	18,18%	6	11,11%	1	3,13%	9	9,28%
9/10 critères	1	9,09%	5	9,26%	0	0,00%	6	6,19%
10/10 critères	0	0,00%	1	1,85%	1	3,13%	2	2,06%

Le graphique ci-dessous est un benchmarking dans lequel les hôpitaux sont classés par catégorie de lits (< 400 lits; 400 à 800 lits; > 800 lits) et par score global individuel pour les indicateurs de structure.



Les hôpitaux répondent entre 10 et 70% à tous les critères (cf 10) de l'indicateur structure.

CFQAI 4.f Evaluation du risque de comportement agressif

Indicateur CFQAI 4f : l'évaluation à l'admission du risque de comportement agressif est calculé grâce au numérateur et dénominateur ci-dessous :

Numérateur : Nombre de patients, hospitalisés dans les unités de soins (A- et T) ou (K) –et ayant déjà commis une agression, chez qui le risque a été évalué au moins pendant la période d'admission (c.a.d. avant, pendant et/ou après la période d'admission) et dont on trouve le résultat de l'évaluation dans le dossier du patient .

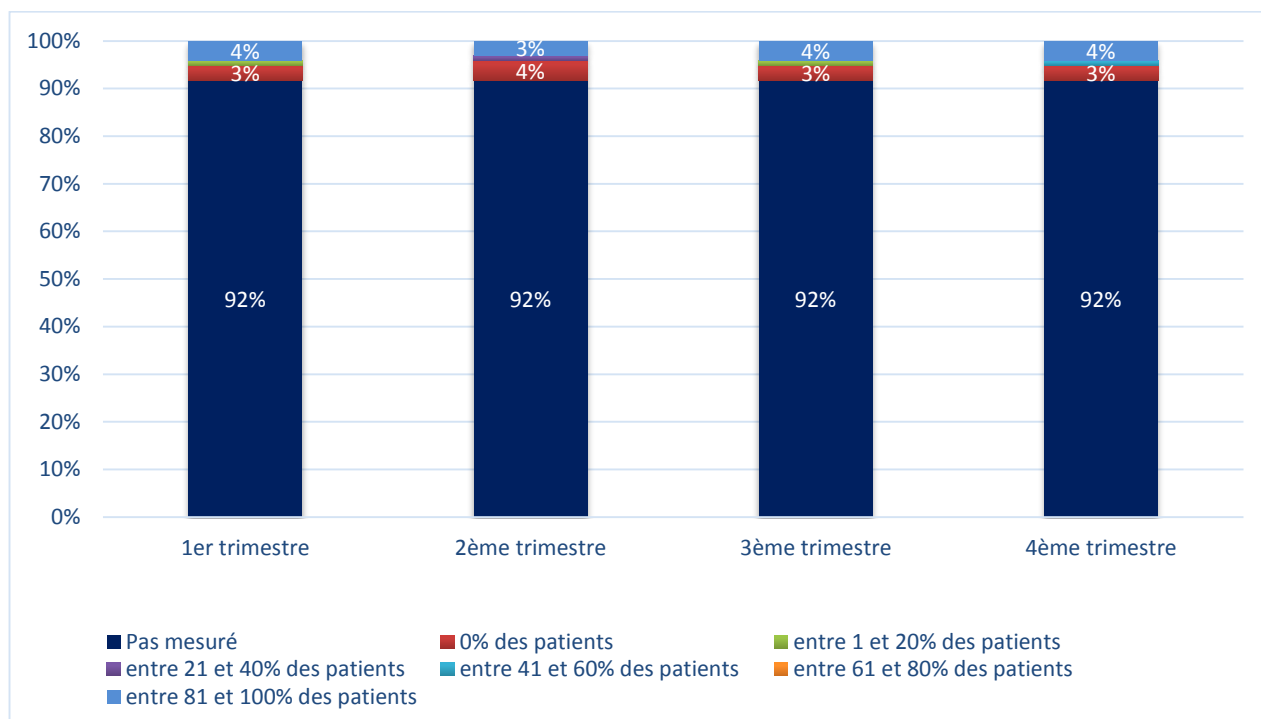
Dénominateur: Nombre de patients présents dans l'institution dans les unités de soins concernées (A et T) et (K) qui ont déjà commis une agression.

Le graphique présentent le pourcentage et le nombre d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur, soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories suivantes :

- 0% des patients
- entre 1 et 20% des patients
- entre 21 et 40% des patients
- entre 41 et 60% des patients
- entre 61 et 80% des patients
- entre 81 et 100% des patients

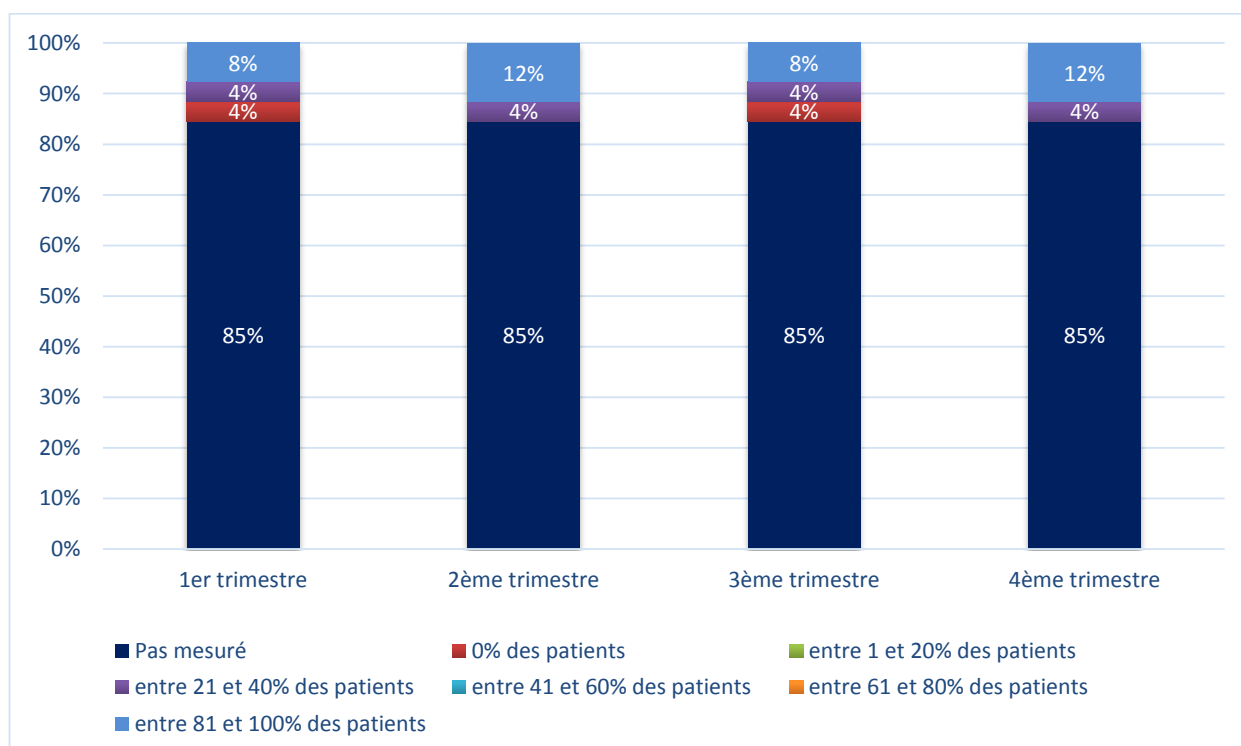
Pourcentage d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur CFQAI 4f soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories précitées (unités A/T)

Année 2013 (n=97)



Pourcentage d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur CFQAI 4f soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories précitées (unité K)

Année 2013 (n=26)



Indicateurs de résultats

CFQAI 4.g Incidence des sédations

La sédation est définie comme l'utilisation de médicaments afin de calmer le patient, de réduire le risque par rapport à soi-même ou à d'autres personnes, et d'atteindre une réduction optimale de l'agitation et de l'agression.

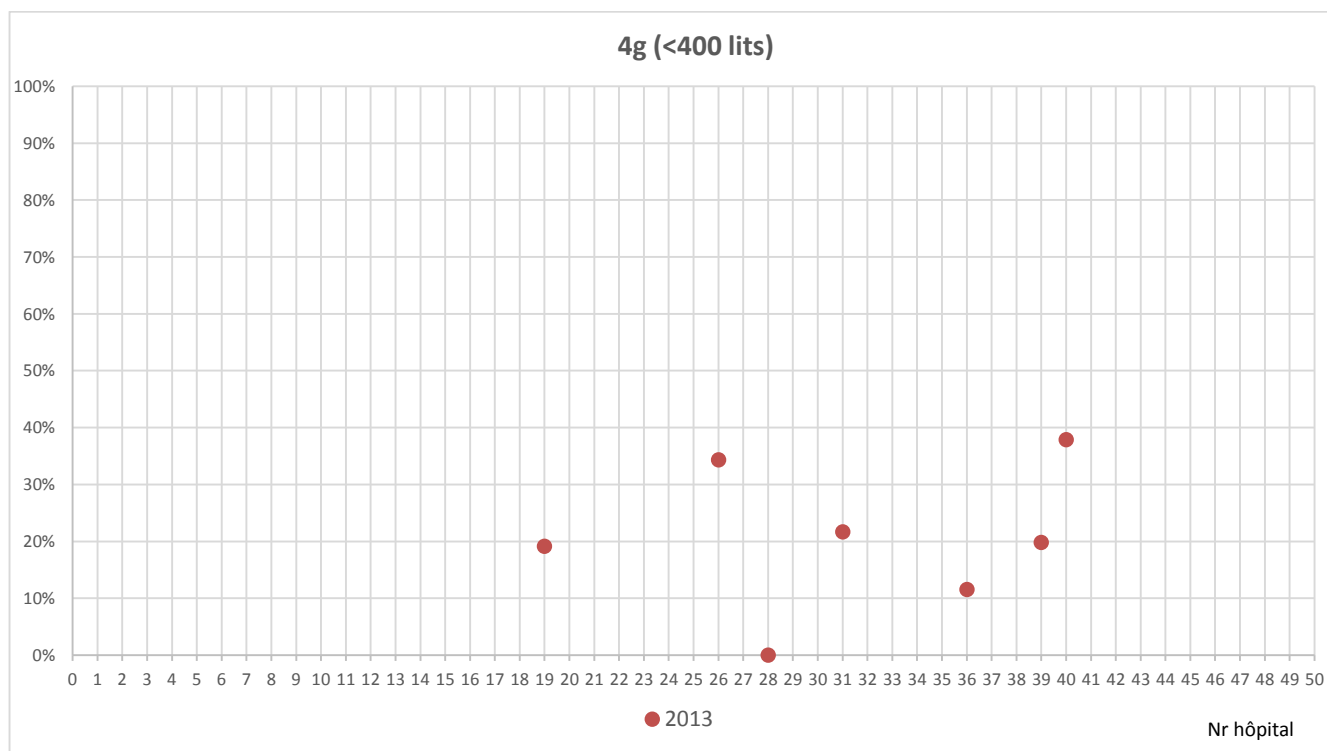
L'incidence des sédations effectuées suite à une agression exprime le degré avec lequel les sédations sont effectuées en cas d'agressions.

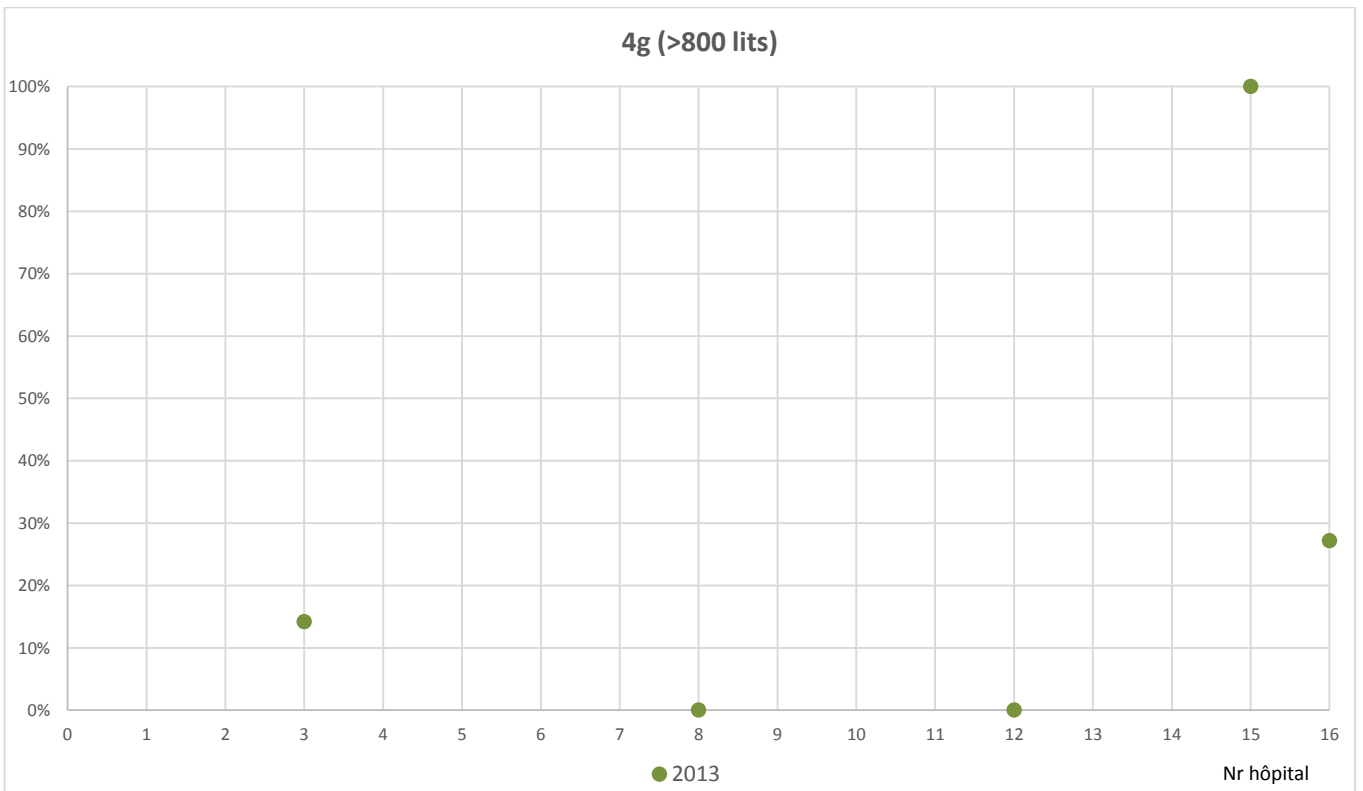
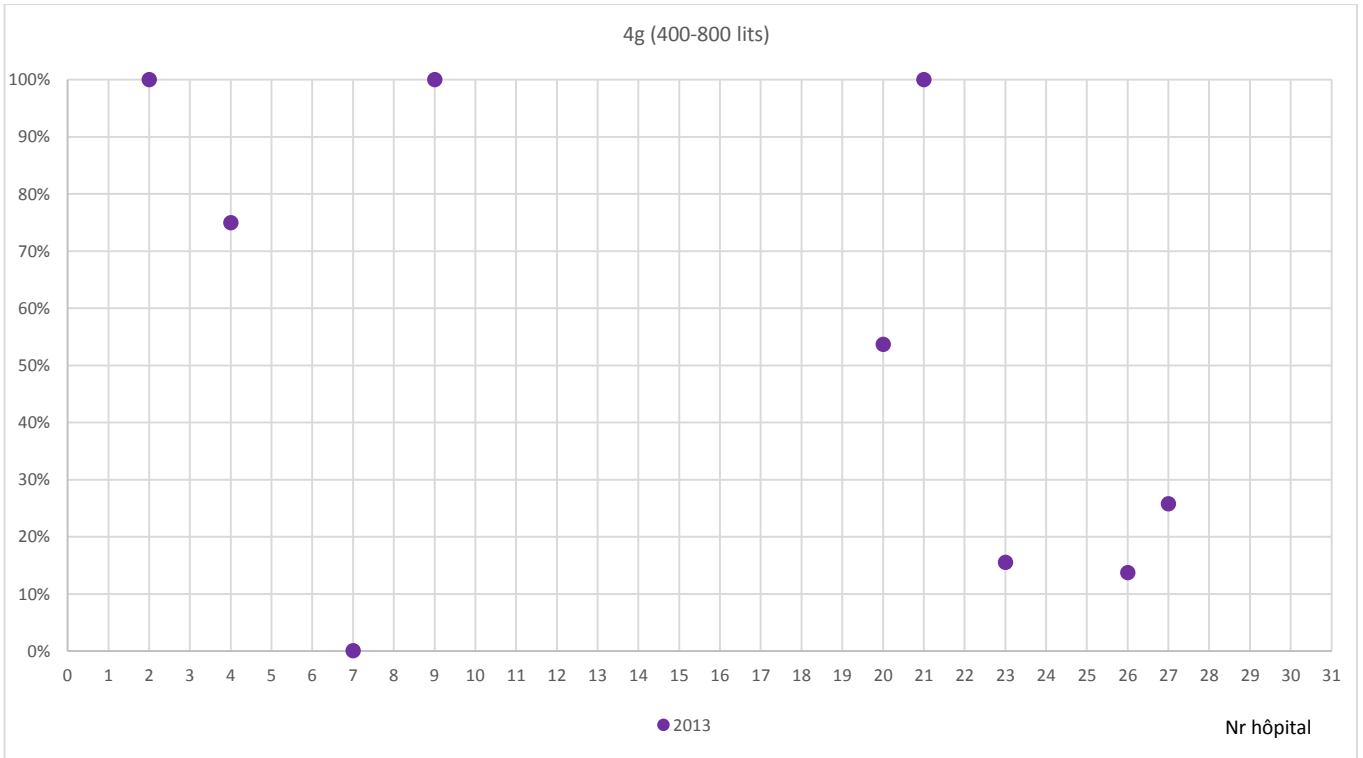
La comparaison est obtenue en divisant le nombre de sédations effectuées suite à une agression par le nombre d'agressions.

Benchmarking : CFQAI 4g Incidence des sédations dans les services résidentiels

4g1 – Services résidentiels A et T

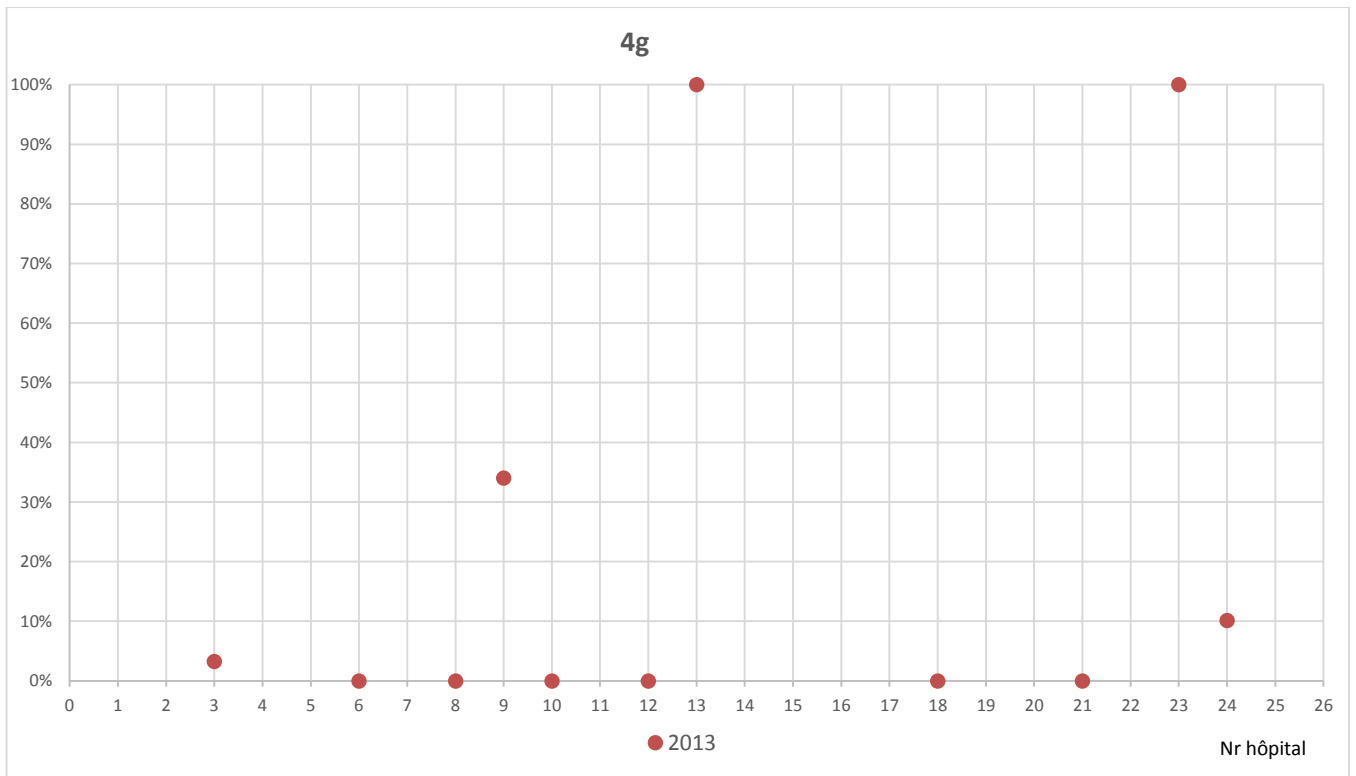
	2013
Nombre d'hôpitaux	19
Nombre total d'agressions	48577
Nombre total de sédations	836
Incidence	1,72





4g2 – Services résidentiels K

	2013
Nombre d'hôpitaux	5
Nombre total d'agressions	18038
Nombre total de sédations	61
Incidence	0,34



CFQAI 4.h Incidence des maîtrises physiques

La maîtrise physique est définie comme une méthode de contention physique qui requiert des compétences et l'entraînement pratique des professionnels des soins de santé désignés à cet effet afin d'éviter que des patients se fassent mal, mettent en danger d'autres personnes ou compromettent sévèrement l'environnement thérapeutique.

Le but de la maîtrise physique est d'immobiliser le patient concerné de manière sécurisée. L'isolement n'est pas compris.

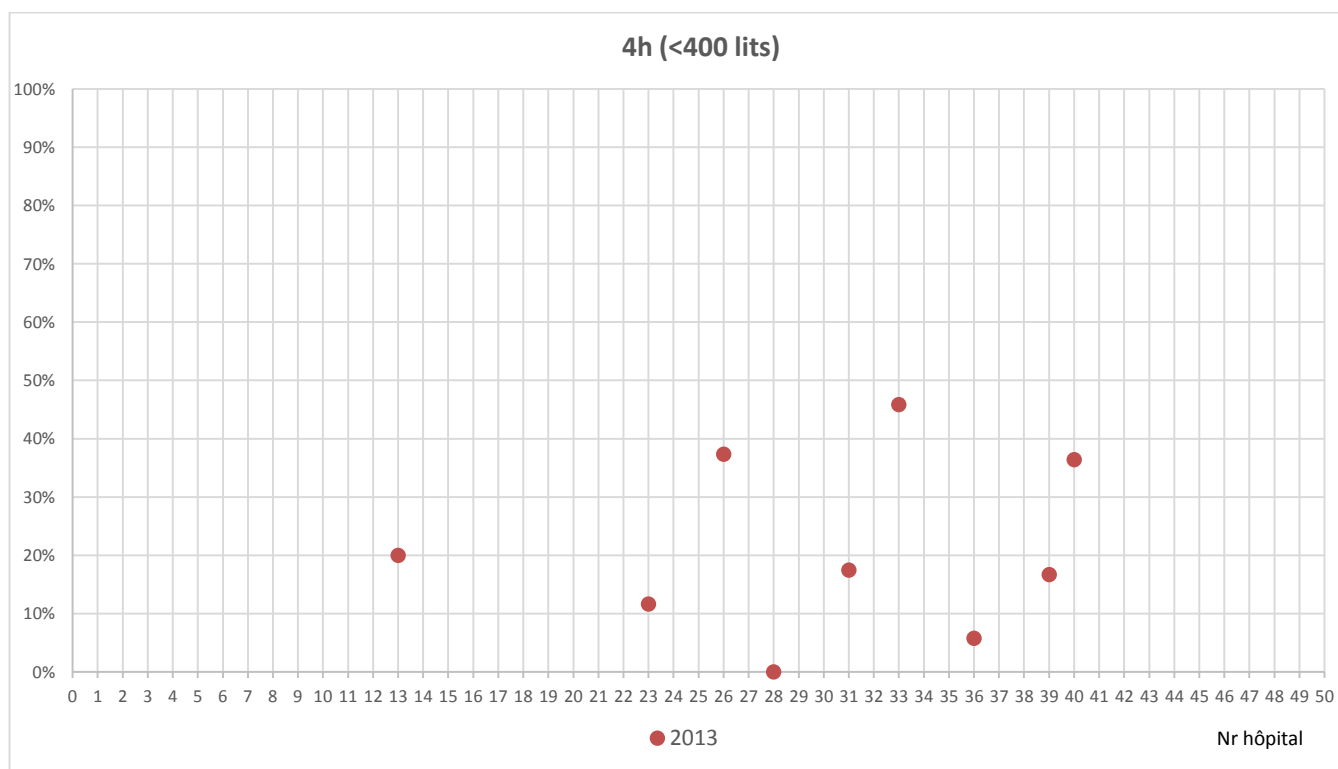
L'incidence des maîtrises physiques pratiquées suite à une agression exprime le degré avec lequel les maîtrises physiques sont pratiquées en cas d'agressions.

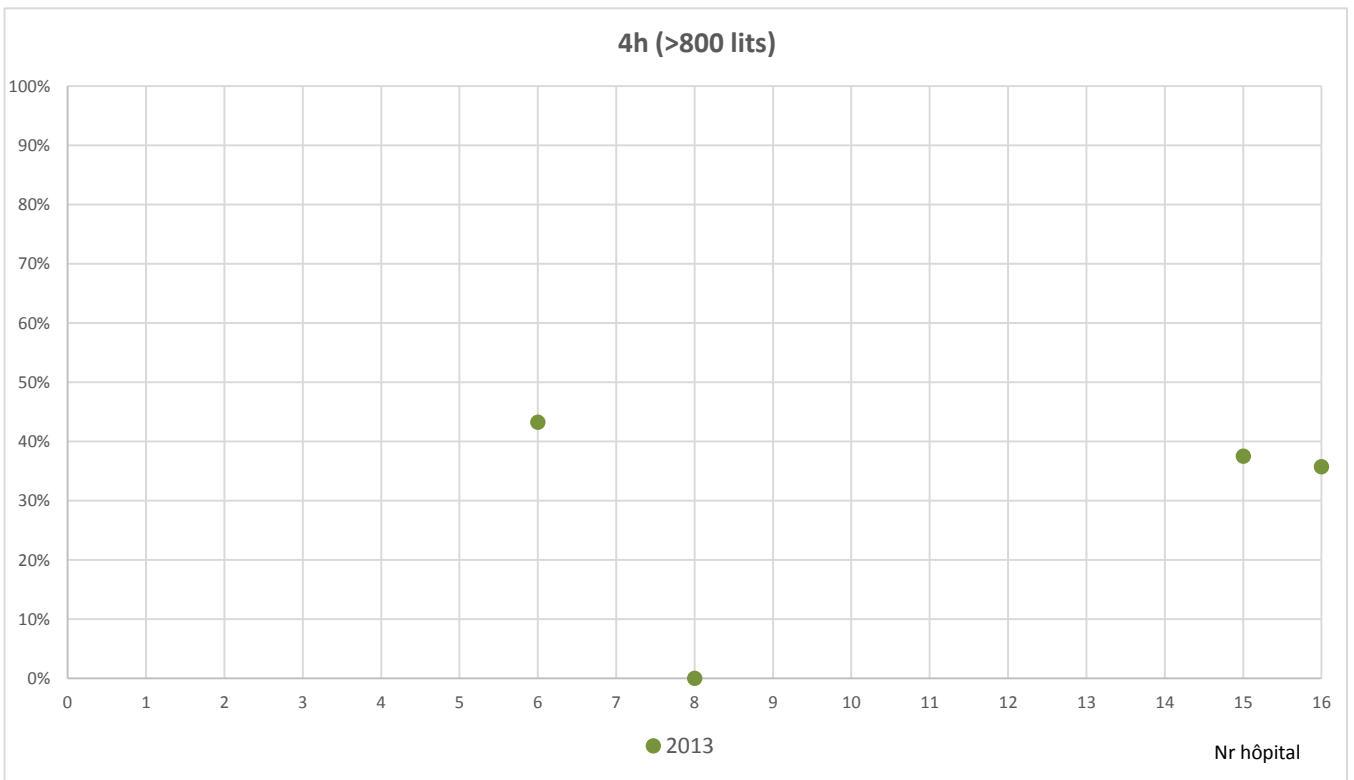
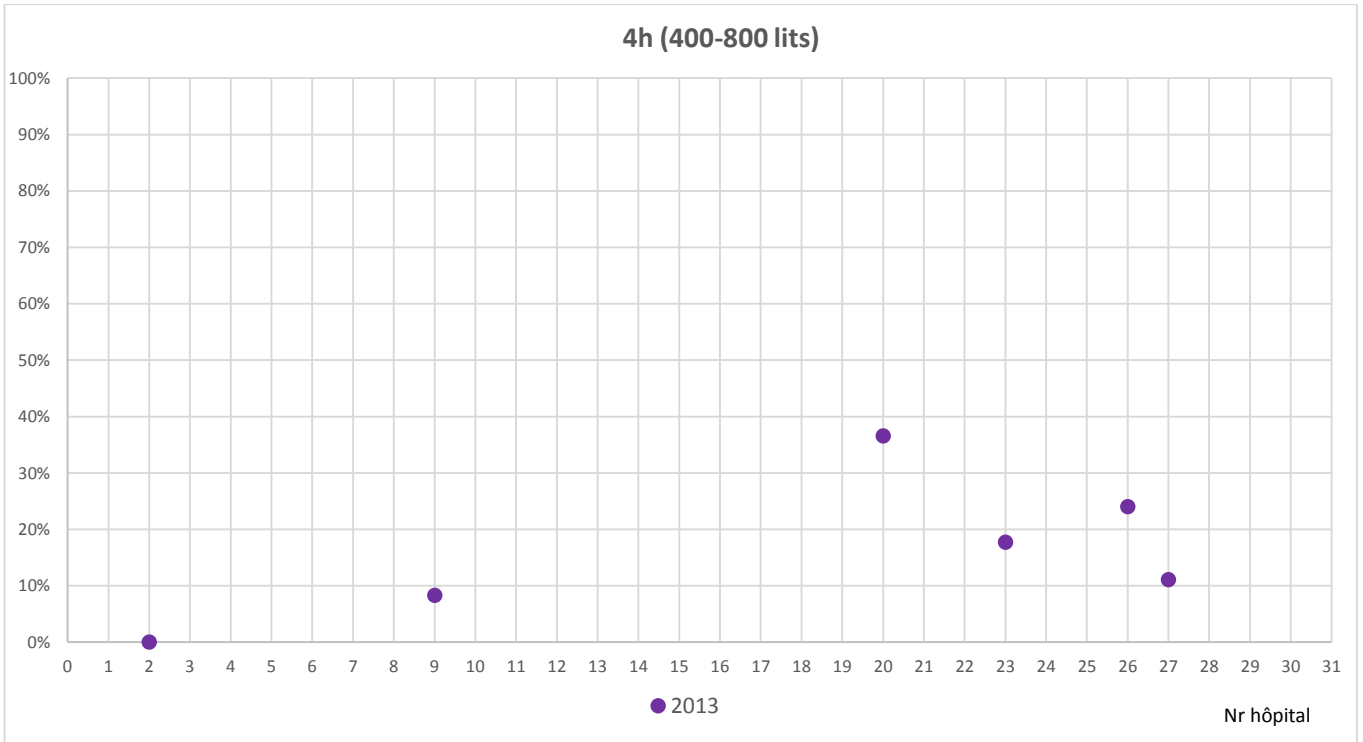
La comparaison est obtenue en divisant le nombre de maîtrises physiques pratiquées suite à une agression par le nombre d'agressions.

Benchmarking : CFQAI 4h Incidence des maîtrises physiques dans les services résidentiels

4h1 – Services résidentiels A et T

	2013
Nombre d'hôpitaux	17
Nombre total d'agressions	39808
Nombre de maîtrises physiques	988
Incidences	2,48





4h2 – Service résidentiel K

	2013
Nombre d'hôpitaux	9
Nombre total d'agressions	7142
Nombre de maîtrises physiques	359
Incidence	5,03

