

**SYNTHESE DES RESULTATS DES  
INDICATEURS CFQAI 2012-2013-2014**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
LISTE DES INDICATEURS.....	6
TAUX DE RÉPONSE PAR RÉGION .....	9
<b>II. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>10</b>
INDICATEURS DE STRUCTURE.....	10
INDICATEURS DE PROCESSUS.....	11
INDICATEURS DE RÉSULTATS .....	12
<b>III. HÔPITAUX GÉNÉRAUX .....</b>	<b>13</b>
A. ESCARRES .....	13
<i>Indicateurs de processus</i> .....	13
CFQAI 1f Evaluation du risque.....	13
CFQAI 1g Prévention adéquate .....	15
<i>Indicateurs de résultats</i> .....	17
CFQAI 1h Prévalence instantanée escarres.....	17
CFQAI 1i Prévalence escarres acquises dans l’institution.....	28
CFQAI 1j Prévalence escarres acquises du talon et du sacrum .....	38
B .DÉNUTRITION .....	46
<i>Indicateurs de structure</i> .....	46
CFQAI 2a. Présence d'un protocole Evidence Based de détection et prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition	46
CFQAI 2b Présence d'un infirmier ayant une expérience en nutrition .....	47
CFQAI 2c Organisation de formations continues pour la détection et la prise en charge multidisciplinaire de la dénutrition .....	50
CFQAI 2d Présence d'un comité de pilotage nutritionnel organisationnel et d'une équipe nutritionnelle clinique multidisciplinaire.....	52
<i>Score global pour les indicateurs de structure</i> .....	54
<i>Indicateurs de Processus</i> .....	56
CFQAI 2e Pourcentage de patients dont le risque nutritionnel a été évalué. ....	56
CFQAI 2f Pourcentage de la prévention adéquate de la dénutrition notée au dossier .....	58
<i>Indicateurs de Résultats</i> .....	62
CFQAI 2g Prévalence des patients à risque de dénutrition ou dénutris qui ont été pesés au minimum deux fois.....	62
CFQAI 2h Prévalence des patients à risque de dénutrition ou dénutris qui ont bénéficié d'une consultation diététique notée au dossier.....	58
<b>IV. PSYCHIATRIE.....</b>	<b>70</b>
A. MESURES DE PRIVATIONS DE LIBERTÉ EN PSYCHIATRIE.....	70
<i>Indicateurs de processus</i> .....	70
CFQAI 3.f Surveillance des isolements et contentions .....	70
CFQAI 3g Consentement des patients isolés et attachés .....	72
<i>Indicateurs de résultats</i> .....	73
Benchmarking : CFQAI 3h Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels.....	73
Benchmarking : CFQAI 3i Incidence cumulée pour les patients isolés dans les services résidentiels .....	76
Benchmarking : CFQAI 3j Incidence cumulative pour les patients contentonnés dans les services résidentiels .....	79
Benchmarking : CFQAI 3k Incidences des mesures de contention dans les services résidentiels .....	82
Benchmarking : CFQAI 3l Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels en fonction de la durée de la mesure .....	85
Benchmarking : CFQAI 3m Incidence des mesures de contention dans les services résidentiels en fonction de la durée de la mesure.....	95
B. PRÉVENTION ET GESTION DE L'AGRESSIVITÉ EN PSYCHIATRIE .....	105
<i>Indicateurs de processus</i> .....	105
CFQAI 4.f Evaluation du risque de comportement agressif.....	105

<i>Indicateurs de résultats</i> .....	107
CFQAI 4.g Incidence des sédations.....	107
Benchmarking : CFQAI 4g Incidence des sédations dans les services résidentiels .....	107
Benchmarking : CFQAI 4h Incidence des maîtrises physiques dans les services résidentiels.....	110

Le quatrième rapport du Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière que vous consultez, aborde des thèmes liés aux soins ainsi que les indicateurs qui ont été développés au cours des dernières années et utilisés dans les hôpitaux.

Vous découvrirez d'emblée les premiers résultats du thème "dénutrition".

Le rapport 2012-2013-2014 décrit les résultats qui ont été atteints en ce qui concerne le monitoring de l'évaluation de la qualité des thèmes liés aux soins et constitue un reflet de cette période. Avec ce rapport, nous visons à rendre davantage compréhensible, au moyen de graphiques, le résultat des évaluations de tous les hôpitaux participants du pays.

Raison pour laquelle la transparence de la qualité des soins infirmiers est nécessaire.

Ces dernières années, ni les pouvoirs publics, ni le Conseil fédéral pour la qualité de l'activité infirmière (CFQAI) n'ont ménagé leurs efforts afin d'améliorer les connaissances en matière de qualité des soins infirmiers dans les hôpitaux. Celles-ci existaient déjà dans une certaine mesure, mais il y avait peu ou pas d'uniformité dans les thématiques de soins, dans les définitions et dans les instruments de mesure, ce qui ne permettait pas d'établir des comparaisons fiables. Les directions hospitalières étaient parties prenantes pour le développement de thématiques spécifiques à l'art infirmier. De nombreux hôpitaux ont procédé à plus ou moins grande échelle, seuls ou en collaboration, à l'enregistrement d'informations relatives à la qualité et ont pris part à l'élaboration de projets de qualité et aux initiatives. Par des thématiques de soins correctement définies et standardisées, avec des indicateurs spécifiques pour mesurer la qualité des soins infirmiers, il est à présent possible de fournir aux infirmiers, aux hôpitaux et au public un aperçu de l'évolution de la qualité des soins infirmiers dans les hôpitaux du pays. Vous remarquerez que des avancées ont été enregistrées au cours des dernières années, mais qu'il reste du chemin à parcourir.

La mesure systématique de la qualité peut déboucher sur des décisions stratégiques adaptées et permettre une correction basée sur des résultats. Ensemble sur la voie d'objectif commun : de meilleurs soins pour le patient.

Cette voie qui a été empruntée doit être poursuivie : s'arrêter ne constitue pas une option. Un manque d'information sur la qualité peut donner lieu à une qualité médiocre des soins. Seuls des soins de qualité et efficaces motivent et stimulent les collaborateurs, tout en constituant un bénéfice pour le patient, pour les dispensateurs de soins et pour la société. En améliorant la transparence, nous souhaitons améliorer la visibilité et la notion de "qualité". Les moyens mis à disposition dans le cadre des soins doivent être engagés de manière aussi efficace que possible.

En utilisant ces informations qui se veulent le reflet de la situation, les infirmiers et leurs directions peuvent évaluer et corriger leurs processus de soins, afin que leurs prestations restent satisfaisantes et s'améliorent.

Responsable des soins

Depuis 2010, le CFQAI fournit, par le biais de thématiques correctement préparées et d'indicateurs, un appui destiné à rendre visible la qualité des soins et à fournir un pilotage. Nous entendons ainsi offrir aux directions infirmières une assistance dans le cadre de leur mission. Le cœur de l'AR du 27/4/2007 relatif à "*l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux* " rend les directions infirmières responsables de l'administration de soins de qualités et justifiés. Ainsi, cet AR rend obligatoire l'enregistrement, l'évaluation et l'analyse des données de qualité, ainsi que la rédaction d'un rapport annuel et sa diffusion au département infirmier. Le contrôle externe est effectué par le CFQAI, qui à son tour établit un rapport tel que celui-ci. Les directions elles-mêmes pilotent et rendent la surveillance systématique opérationnelle, l'enregistrement, la maîtrise, l'amélioration et la sensibilisation de la qualité des soins. Il ne s'agit pas là d'un processus bureaucratique, mais d'une approche dynamique et cyclique.

Les membres du Conseil fédéral attendent des directions des hôpitaux qu'elles fournissent un feed-back des résultats à leurs collaborateurs. Les rapports successifs permettent de mieux visualiser le développement et l'évolution de son propre hôpital. Chaque hôpital reçoit un numéro qui lui est propre. Sur la base de l'évaluation, des mesures nécessaires peuvent être proposées en vue d'améliorer la qualité des soins, de poursuivre cette amélioration et de la piloter. De même, un *benchmarking* est possible, les hôpitaux étant subdivisés en groupes et en fonction de leur taille.

Les membres du groupe de travail 'indicateurs qualité' ont établi ce rapport, mes sincères remerciements pour cela.

Les rapports du Conseil fédéral sont à la disposition de chacun sur le site web <http://www.cfgai.be>. Ces rapports détaillés comportent les thématiques liées aux soins, la description des indicateurs de qualité (structure, processus et résultat) ainsi que les méthodologies et critères employés. Ils permettent d'esquisser une image claire de la mesure dans laquelle les hôpitaux belges évoluent dans le cadre des thématiques liées aux soins.

Nous vous en souhaitons bonne réception.

Cordialement,

Paul Matthys

Coordinateur du CFQAI.

# I. Introduction

## Liste des indicateurs

### *Hôpitaux généraux*

#### A. Escarres

##### *Indicateurs de prévention des escarres*

###### I. 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

###### II. 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

###### III. Indicateurs de résultats

- 2.g Prévalence des patients à risque de dénutrition ou dénutris qui ont été pesés au minimum deux fois
- 2.h Prévalence des patients à risque de dénutrition ou dénutris qui ont bénéficié d'une consultation diététique 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

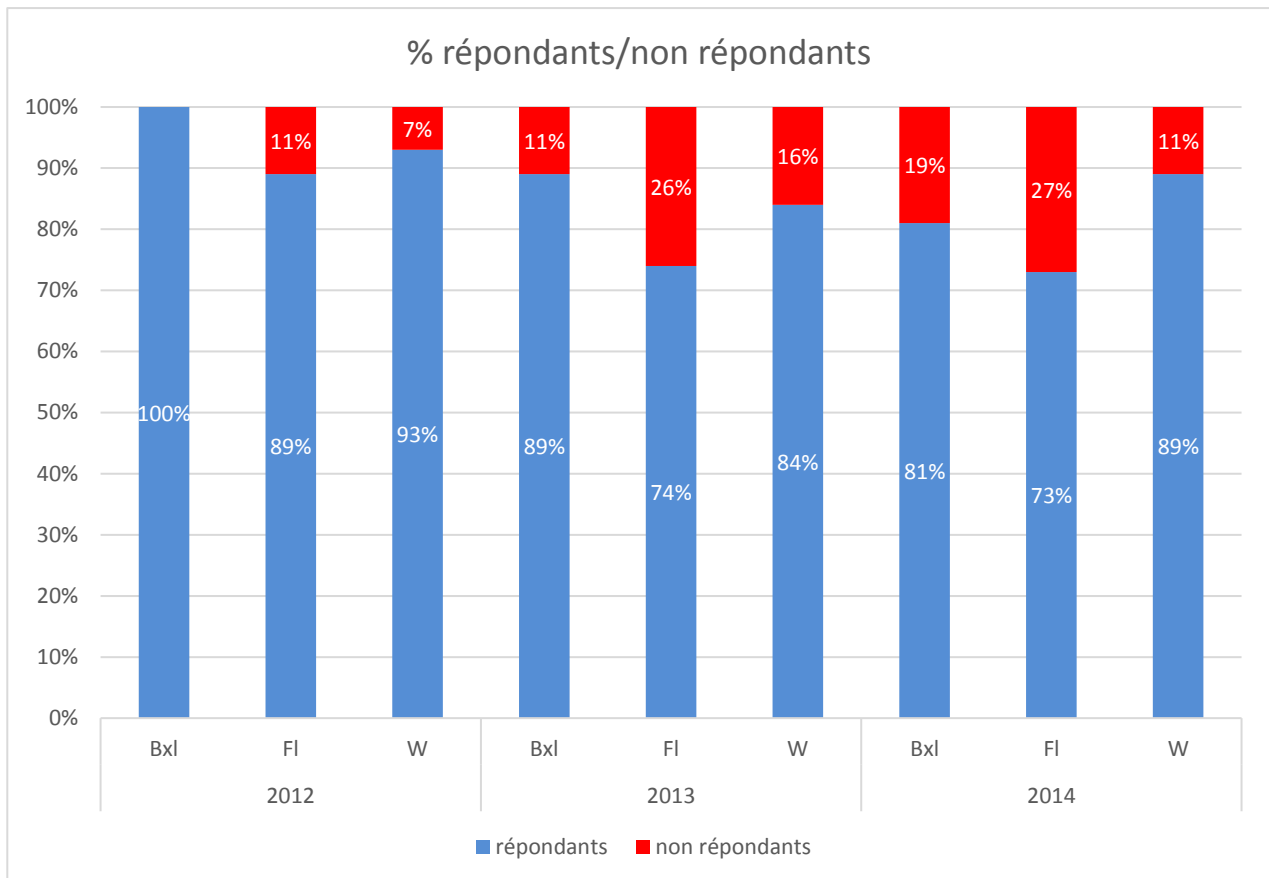
#### III. Indicateurs de résultats

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



## Taux de réponse par région

	Répondants						Pas de réponse					
	2012		2013		2014		2012		2013		2014	
Bruxelles	18	100%	16	89%	13	81%	0	0%	2	11%	3	19%
Flandre	59	89%	49	74%	48	73%	7	11%	17	26%	18	27%
Wallonie	41	93%	37	84%	39	89%	3	7%	7	16%	5	11%



## 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 :

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

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 favorisant ou influençant 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 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

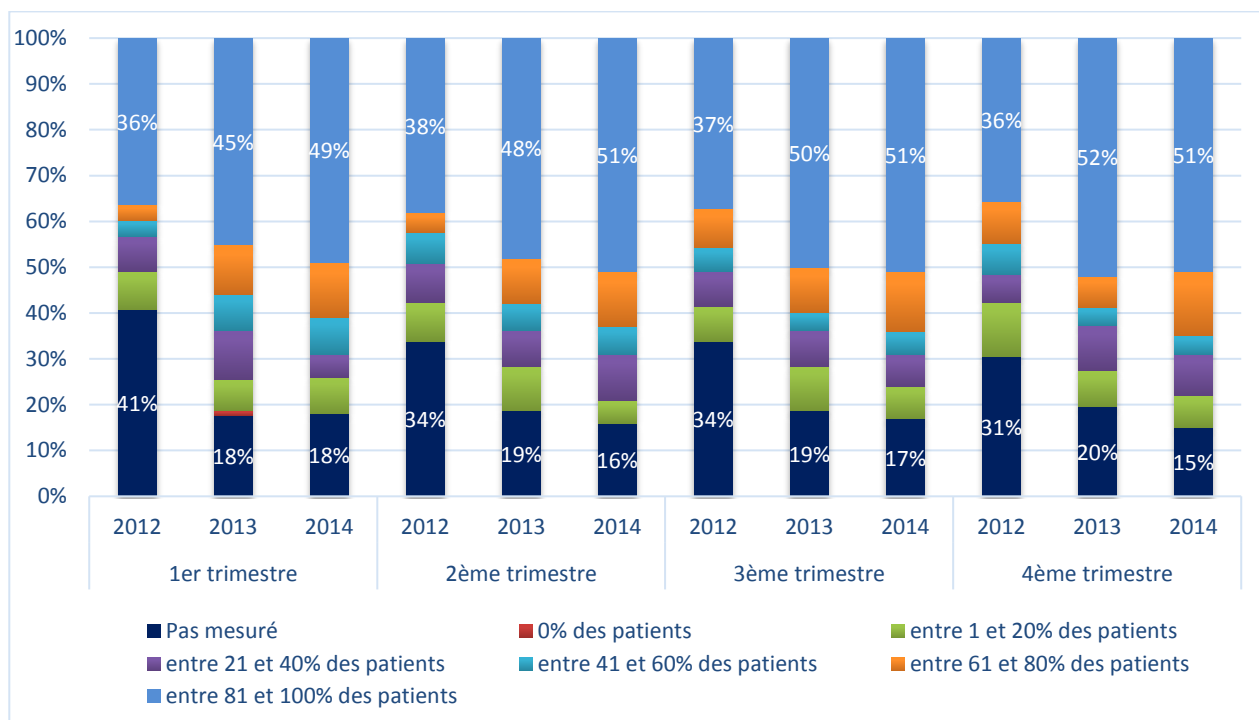
Cet indicateur ne mesure donc pas le risque d'escarre en tant que tel, mais plutôt le pourcentage de patients chez qui ce risque a été évalué et dont on trouve le résultat de cette évaluation dans le dossier.

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
- entre 81 et 100% 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 2012 (n=118) -2013 (n=102) -2014 (n=100)



En 2014, 51% des hôpitaux avaient au 4<sup>ème</sup> jour d'enregistrement (4<sup>ème</sup> 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 2013 et 2012 le résultat était de 52% et 36%. Le % de 'non mesuré' a évolué de 31% en 2012 à **15%** en 2014 (4<sup>ème</sup> 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.

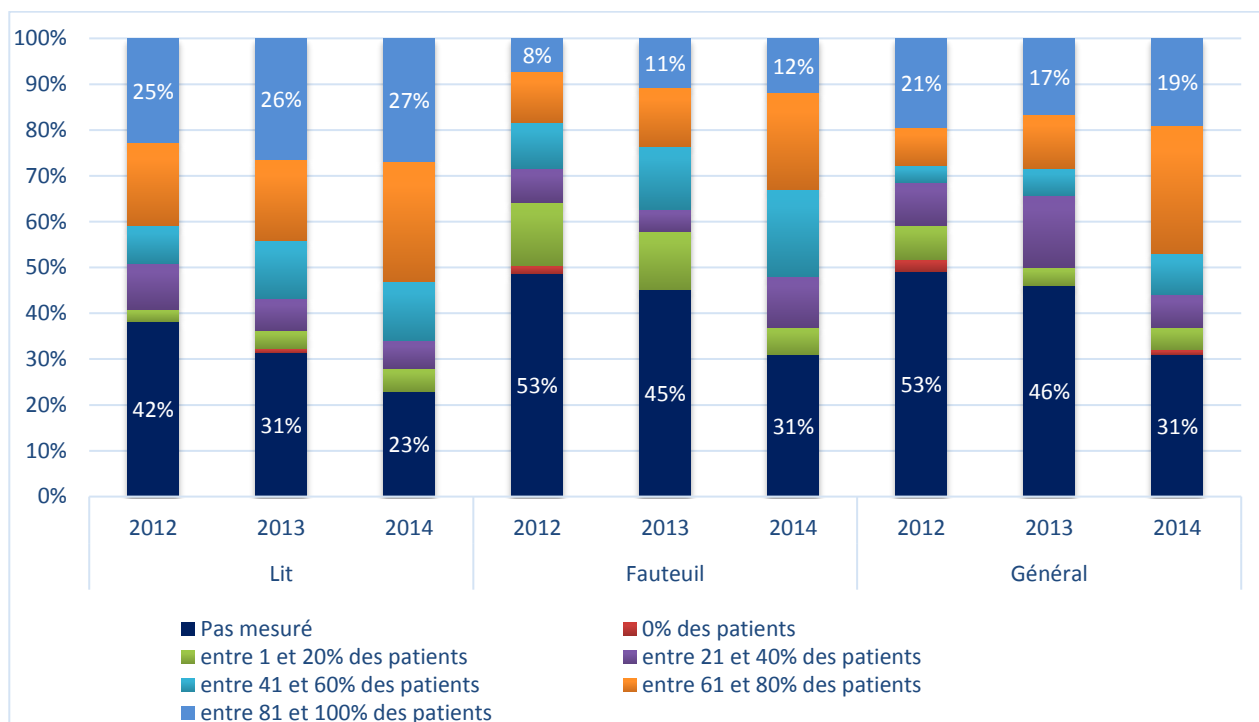
La mesure de la prévention adéquate générale concerne le fait qu'une observation infirmière de l'état de la peau et/ou des points de pression (en dehors de la description des plaies) a été réalisée et indiquée au dossier des patients à risque d'escarre et ce, dans un délai de moins de 24h. En outre, 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 2012 (n=118) -2013 (n=102) -2014 (n=100)



L'indicateur de prévention adéquate au lit pour les escarres, en 2014, n'a pas été mesuré pour **23%** des hôpitaux. Pour 2013 et 2012 cela était respectivement de 31 et 42%. Mais seulement **27%** des hôpitaux en 2014 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<sup>ème</sup> jour (4<sup>ème</sup> 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 31% de 'non mesuré' et 12 et 19 % d'évaluation du risque et transmission du résultat dans le dossier patient pour plus de 80% des patients pour le 4<sup>ème</sup> jour d'enregistrement (4<sup>ème</sup> trimestre).



## Indicateurs de résultats

### CFQAI 1h Prévalence instantanée escarres

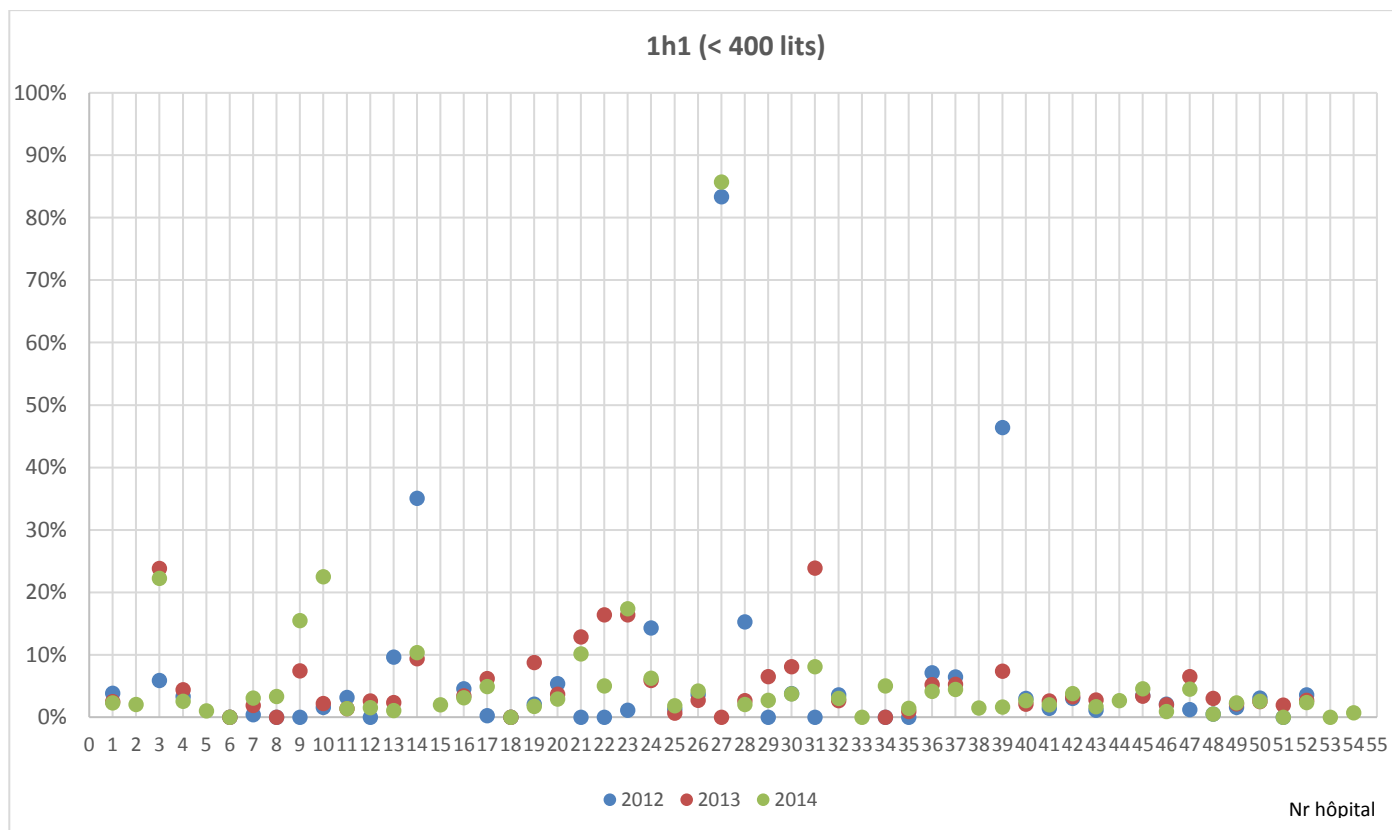
Prévalence escarres Catégorie I - indicateur (CFQAI 1h1)

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 ».

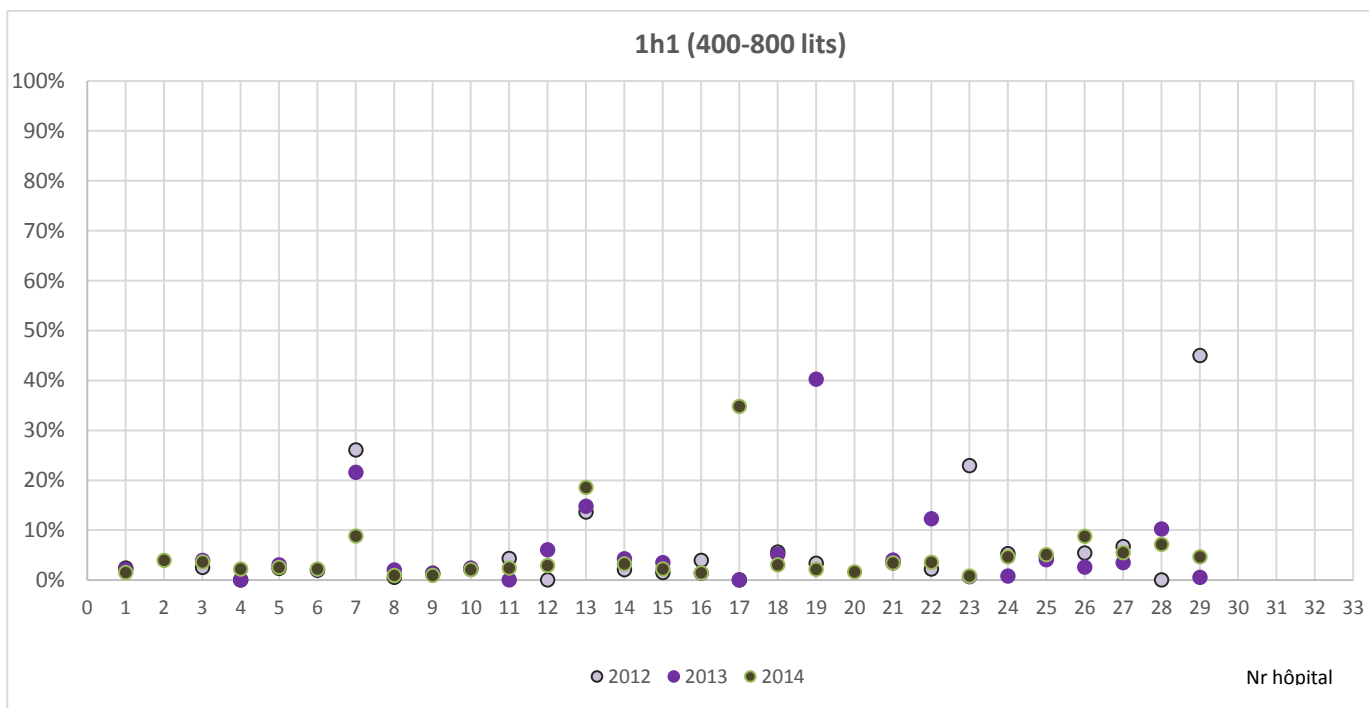
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients observés.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux qui ont répondu à tous les critères	68	76	86
Nombre de patients observés	81480	113359	149538
Nombre d'escarres cat 1	2846	3503	3675
Prevalence	3,49%	3,09%	2,46%

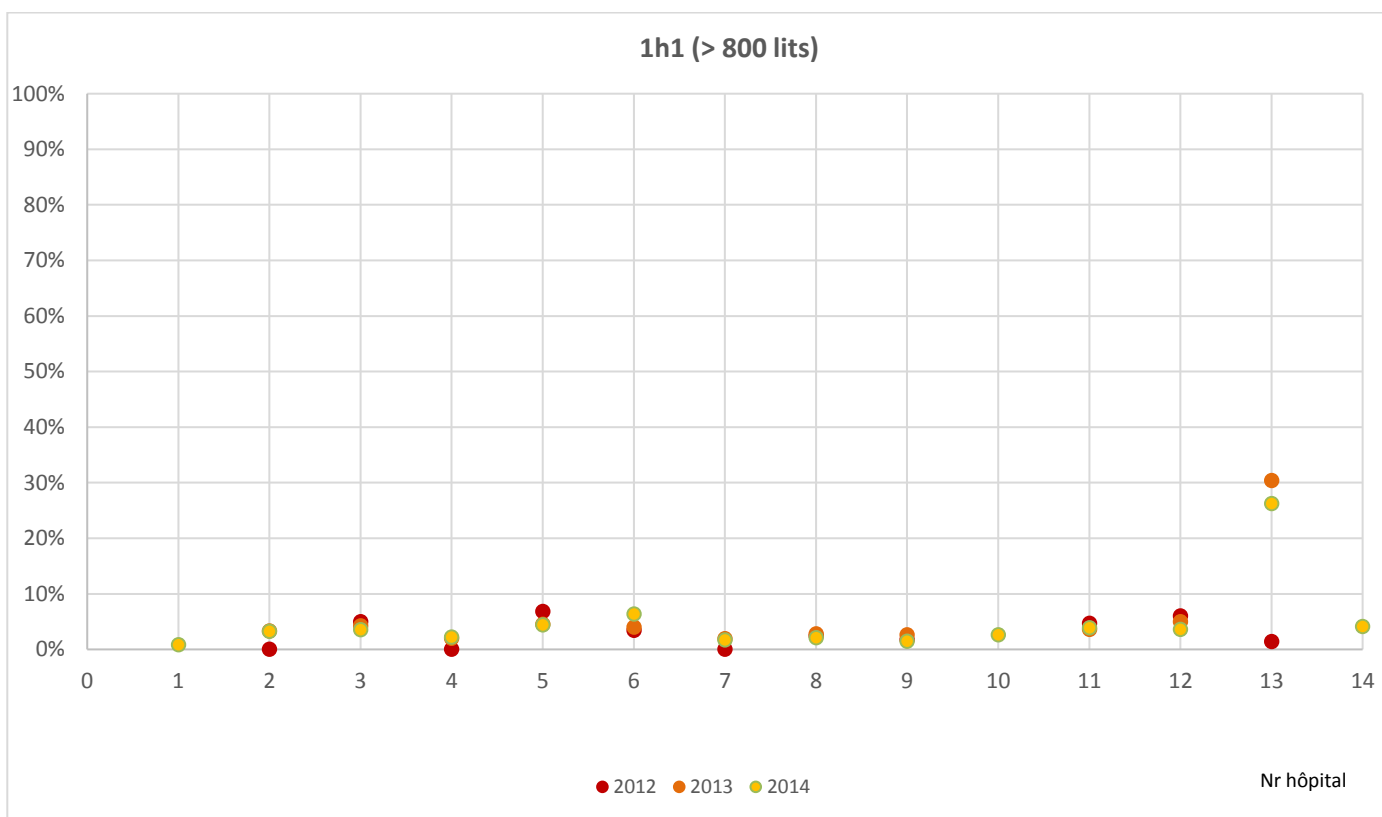
### Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie I



### 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



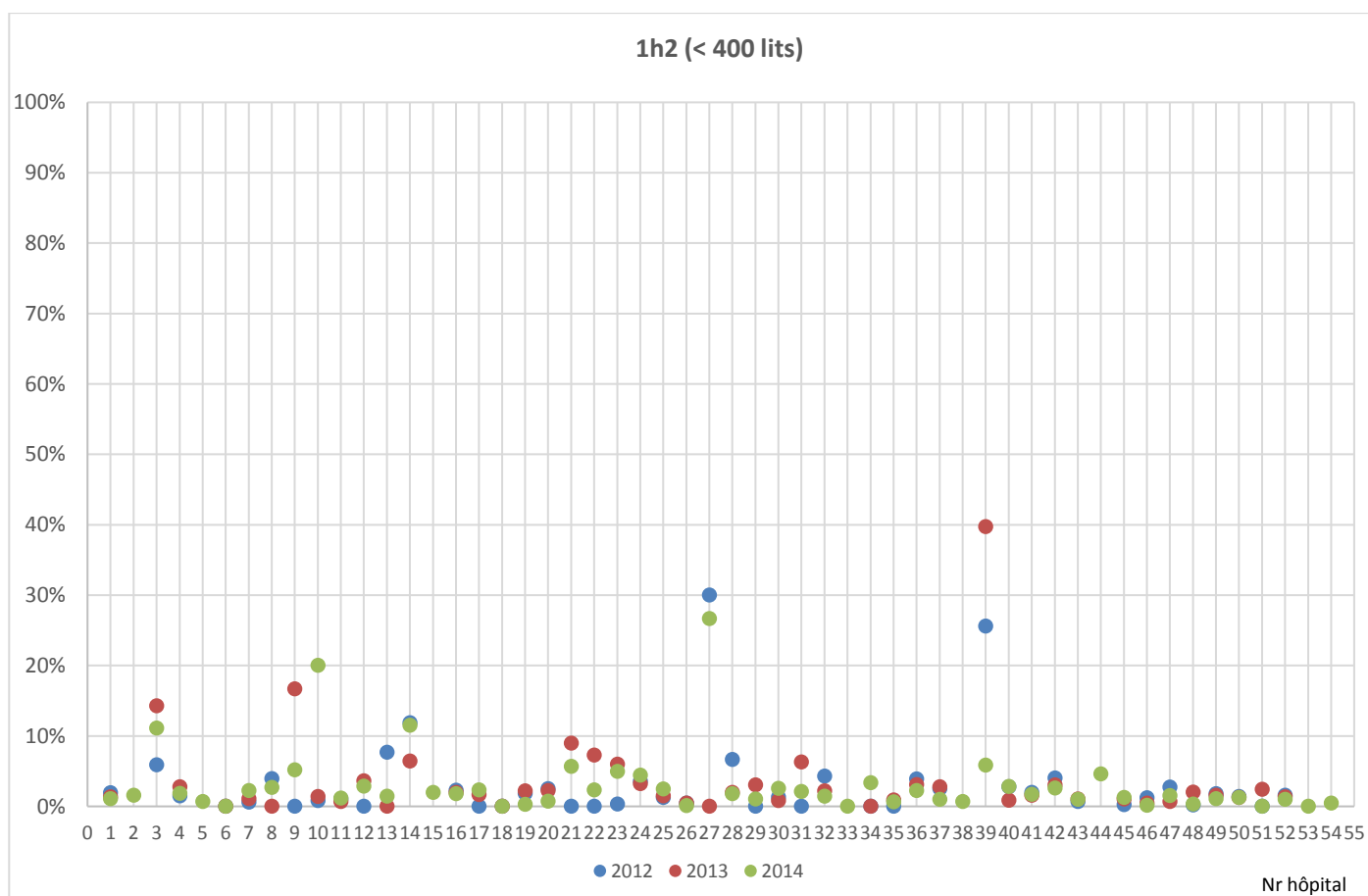
## Prévalence escarres Catégorie II - indicateur (CFQAI 1h2)

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.

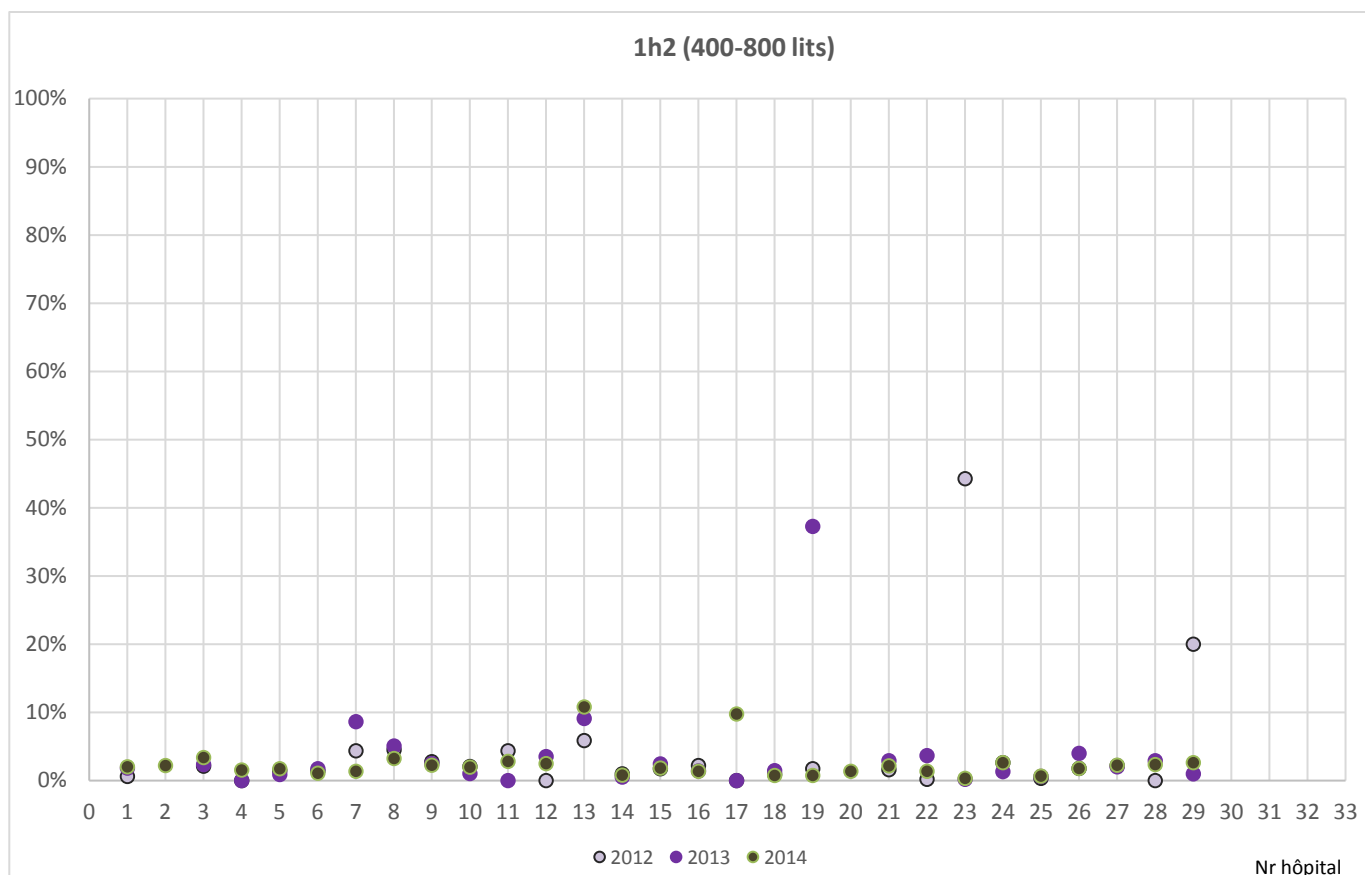
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie II comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients observés.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	68	77	86
Nombre de patients observés	81270	113878	149532
Nombre d'escarres cat 2	1562	1914	1977
Prevalence	1,92%	1,68%	1,32%

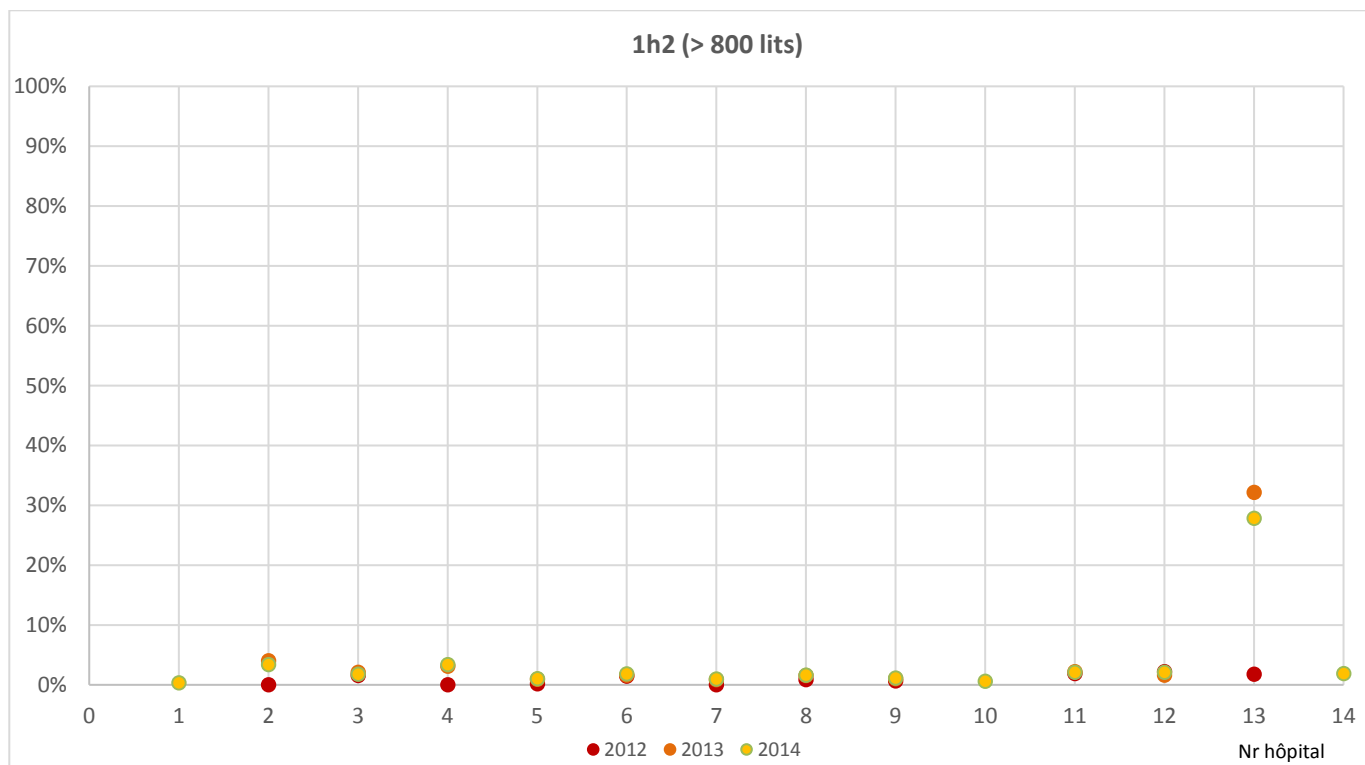
## Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie II



### 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



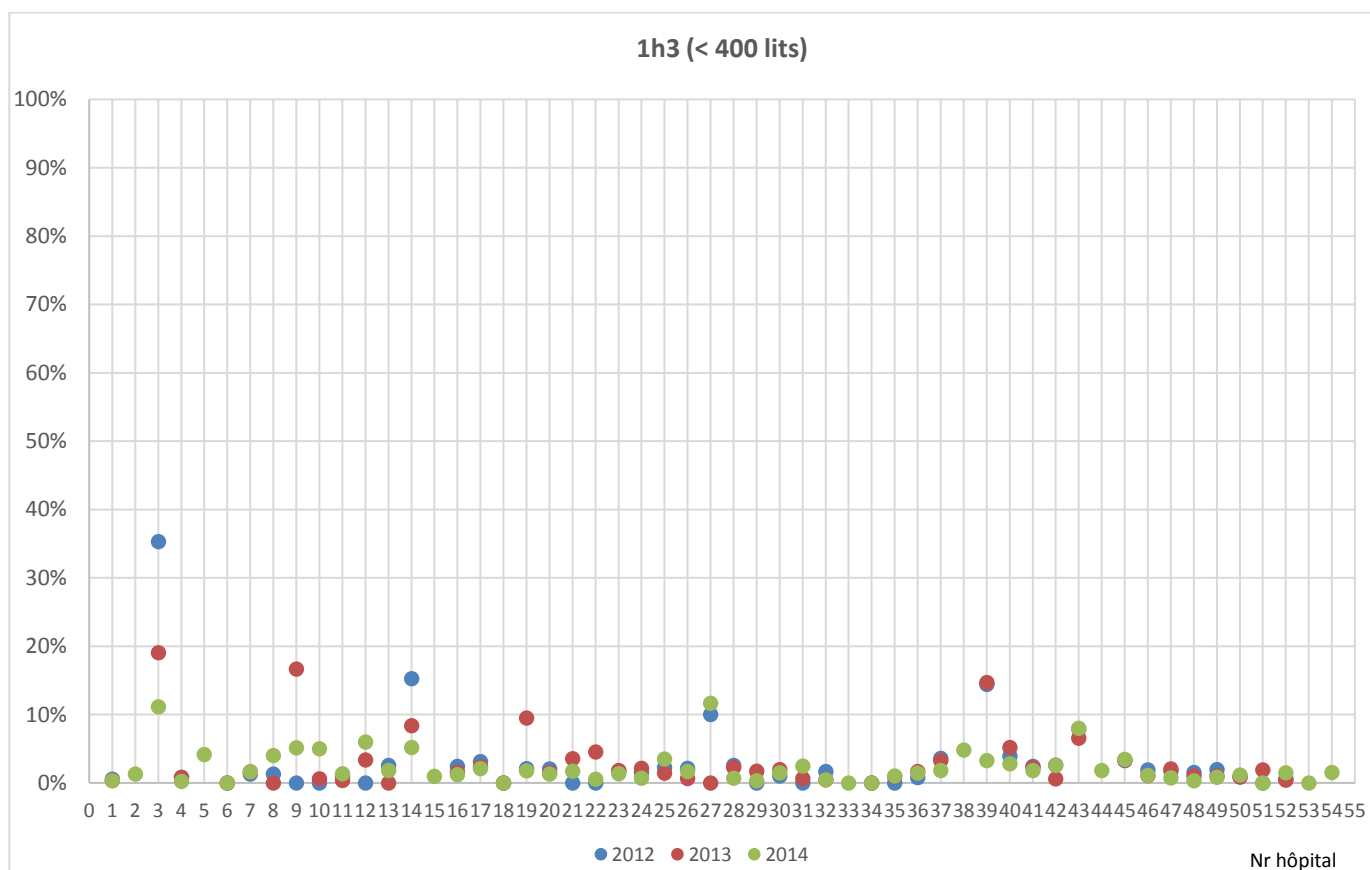
### Prévalence escarres Catégorie III - indicateur (CFQAI 1h3)

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.

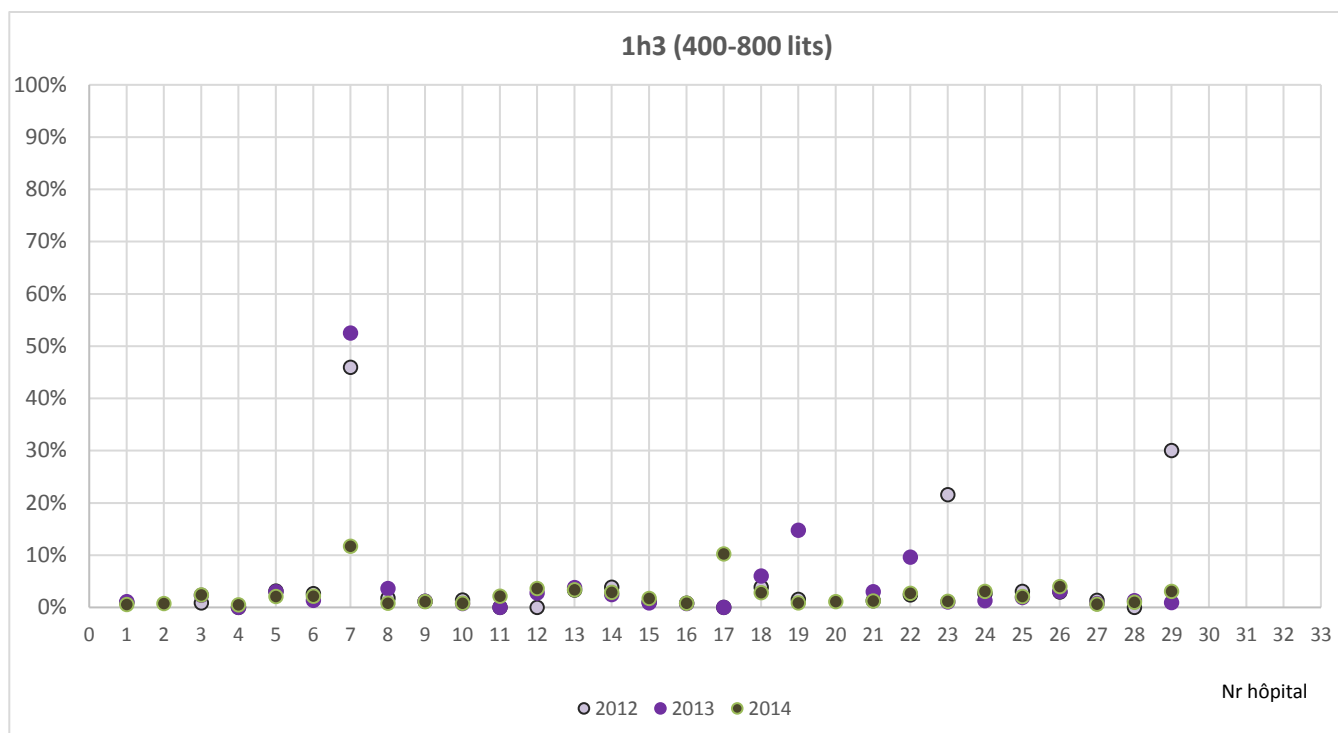
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie III comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients observés.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	67	76	85
Nombre de patients observés	78563	112854	146467
Nombre d'escarres cat 3	1670	1872	2186
Prevalence	2,13%	1,66%	1,49%

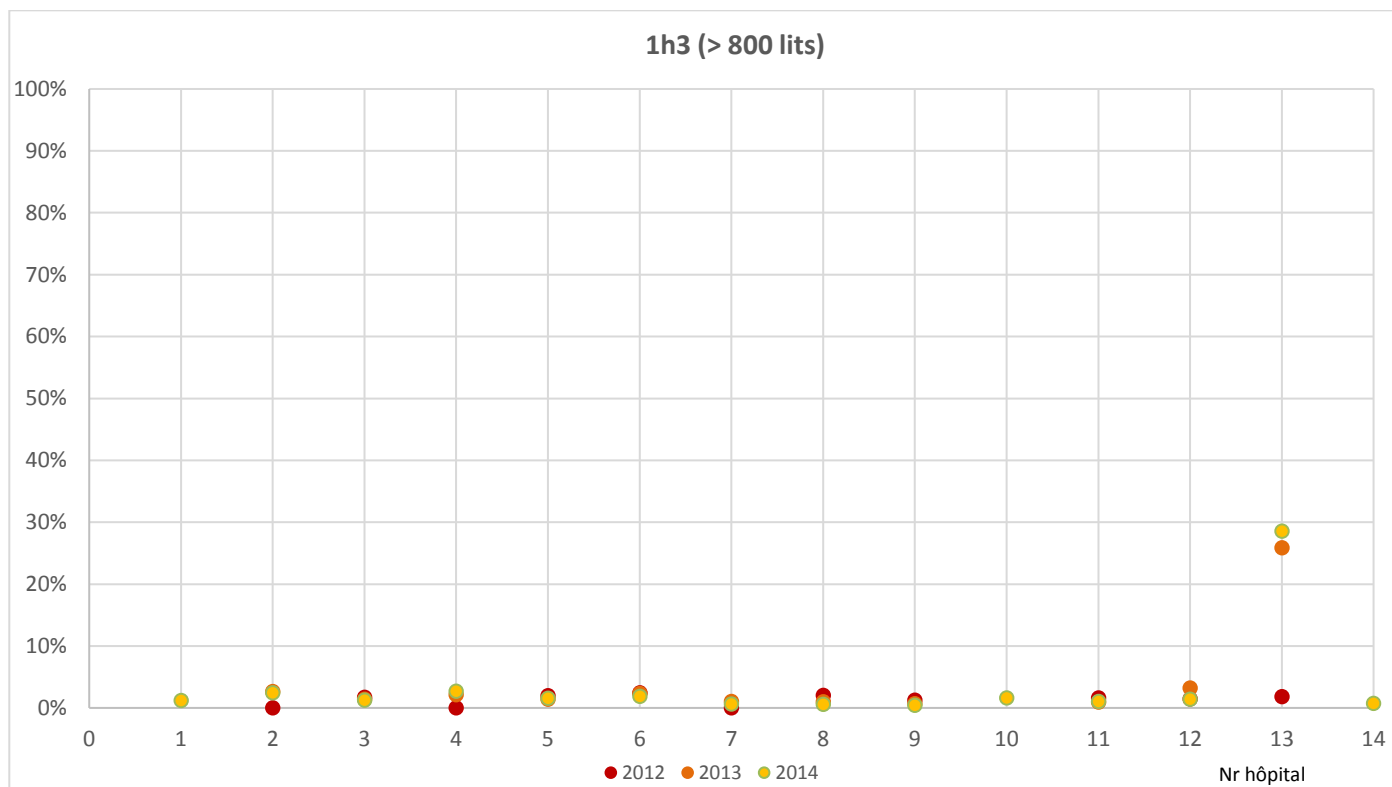
### Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie III



### 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



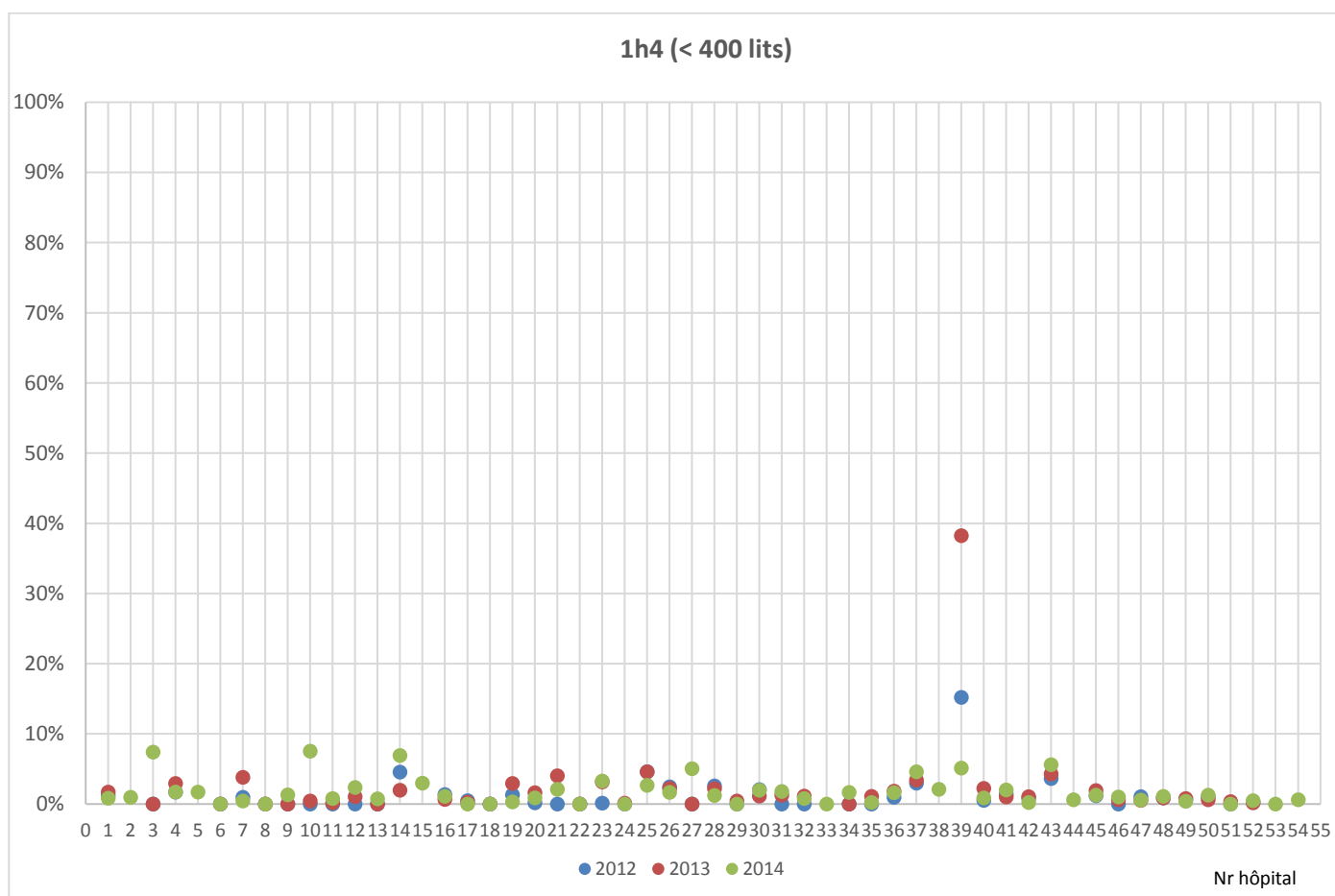
### Prévalence escarres Catégorie IV-indicateur (CFQAI 1h4)

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.

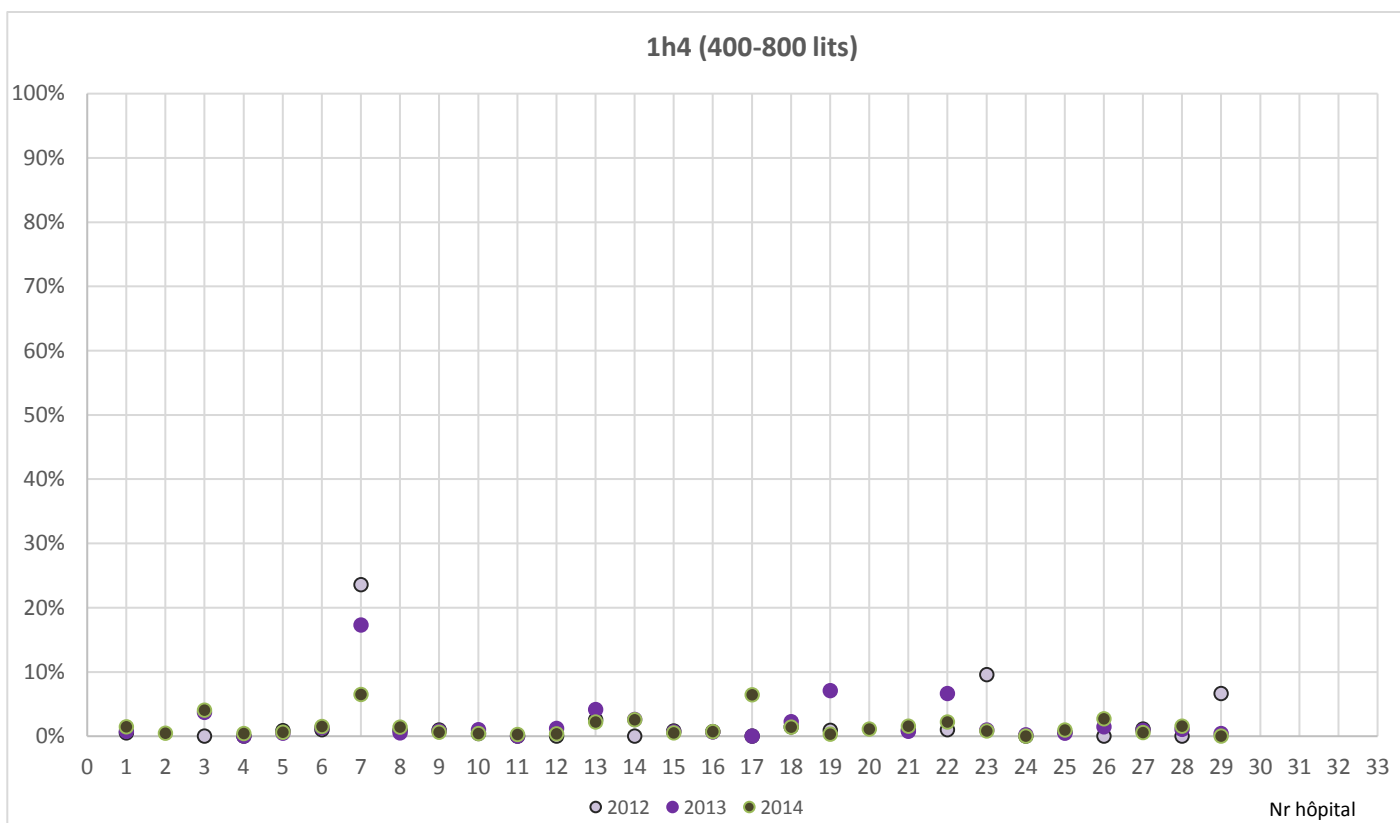
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie IV comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients observés.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	67	76	85
Nombre de patients observés	79064	110386	146441
Nombre d'escarres cat 4	879	1225	1314
Prevalence	1,11%	1,11%	0,90%

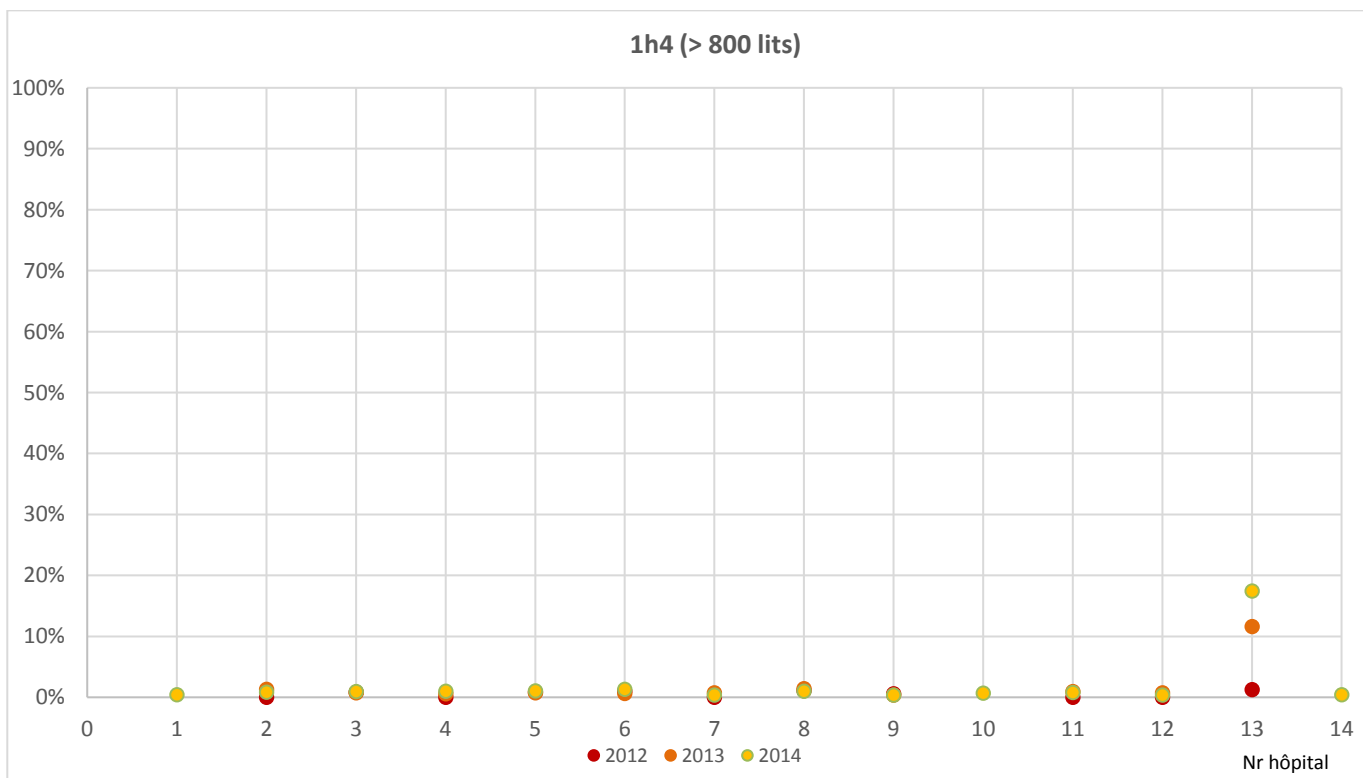
### Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie IV



### 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



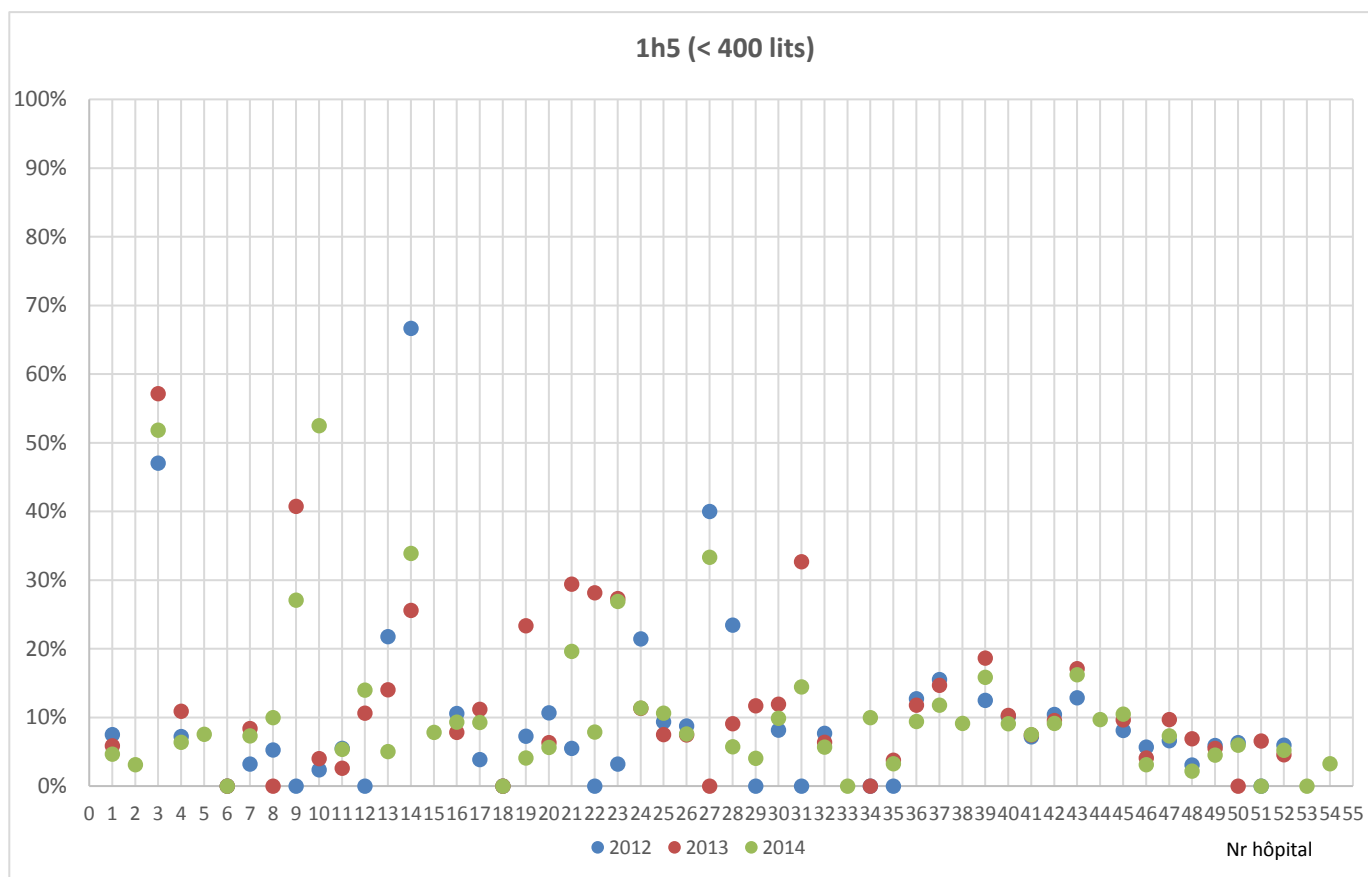


### Prévalence escarres Catégorie I ou supérieure-indicateur (CFQAI 1h5)

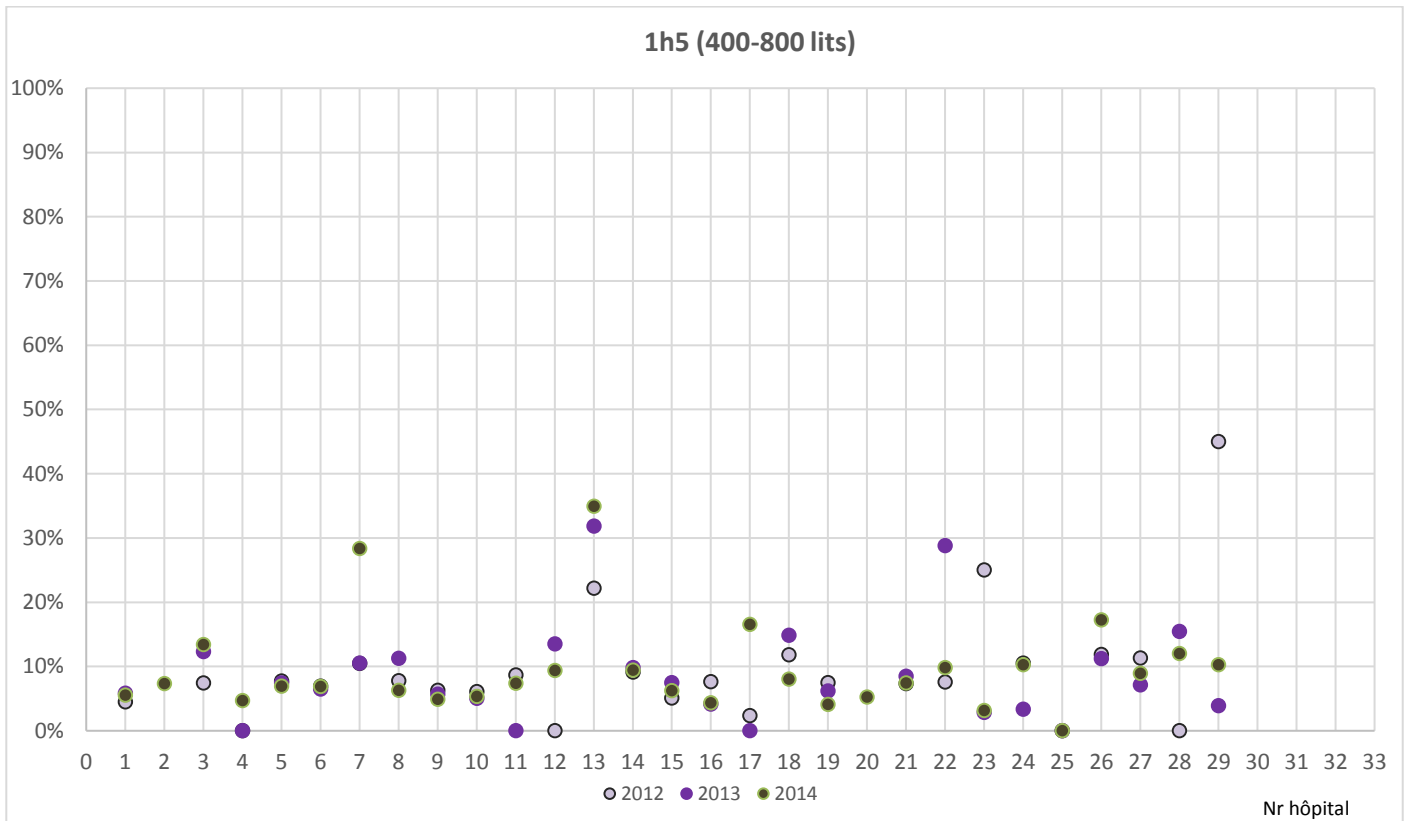
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I ou de Catégorie supérieure sur le nombre de patients observés.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	70	77	85
Nombre de patients observés	90095	115114	148096
Nombre total d'escarres cat 1 ou supérieure	7041	8481	9069
Prevalence	7,82%	7,37%	6,12%

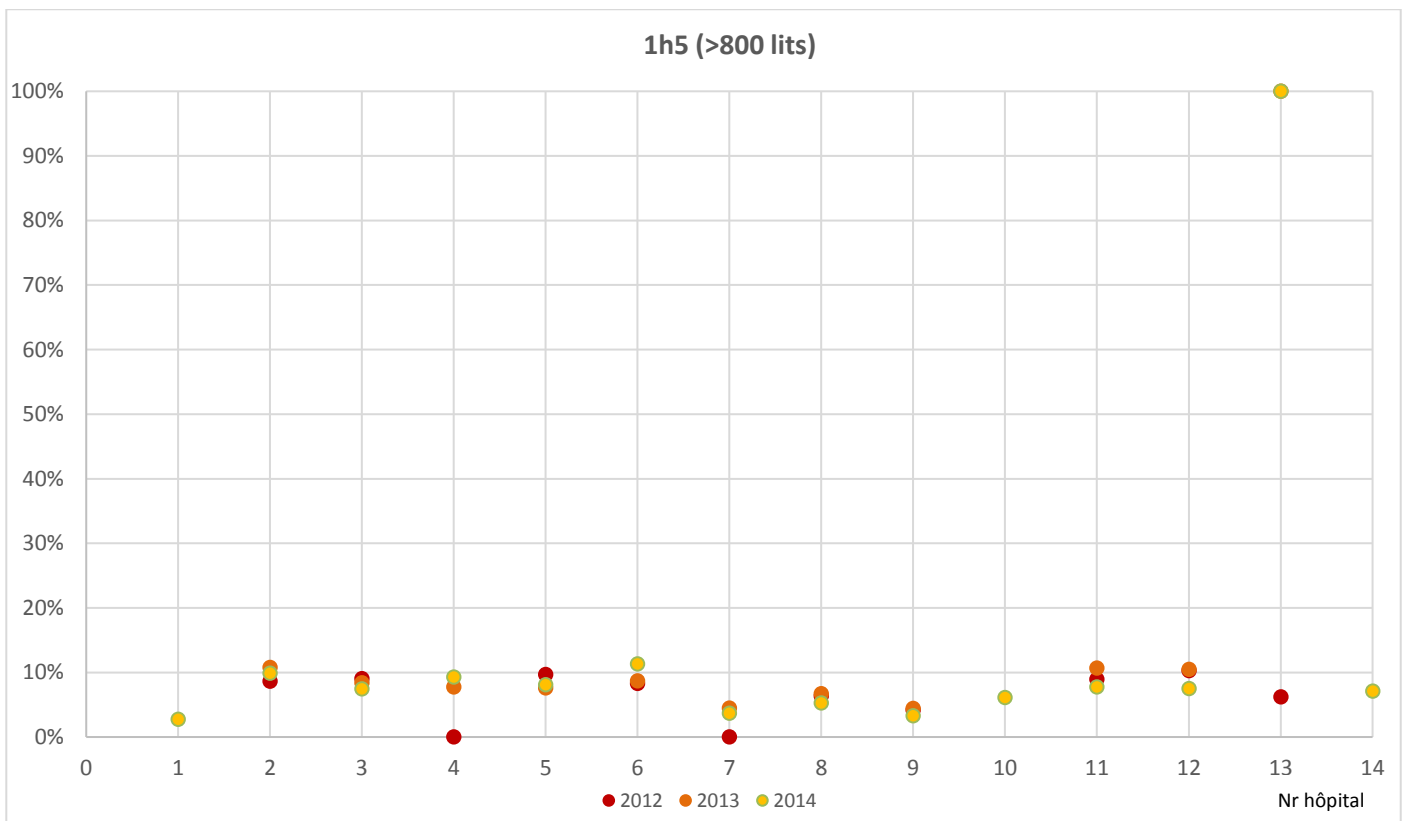
### Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie I ou supérieure



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



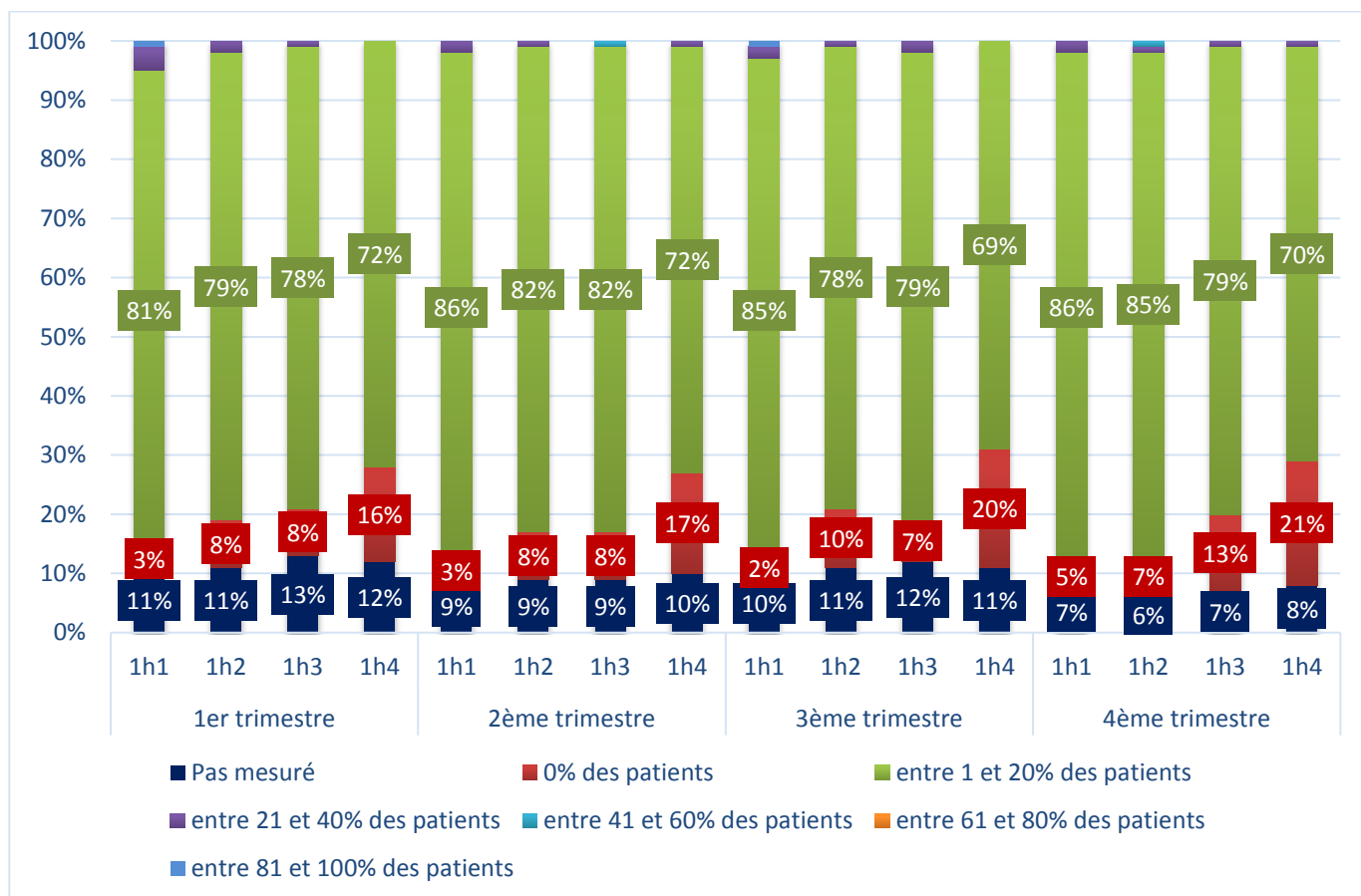
**Hôpitaux de >800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres Catégorie I ou supérieure**



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 2014 (n=100)



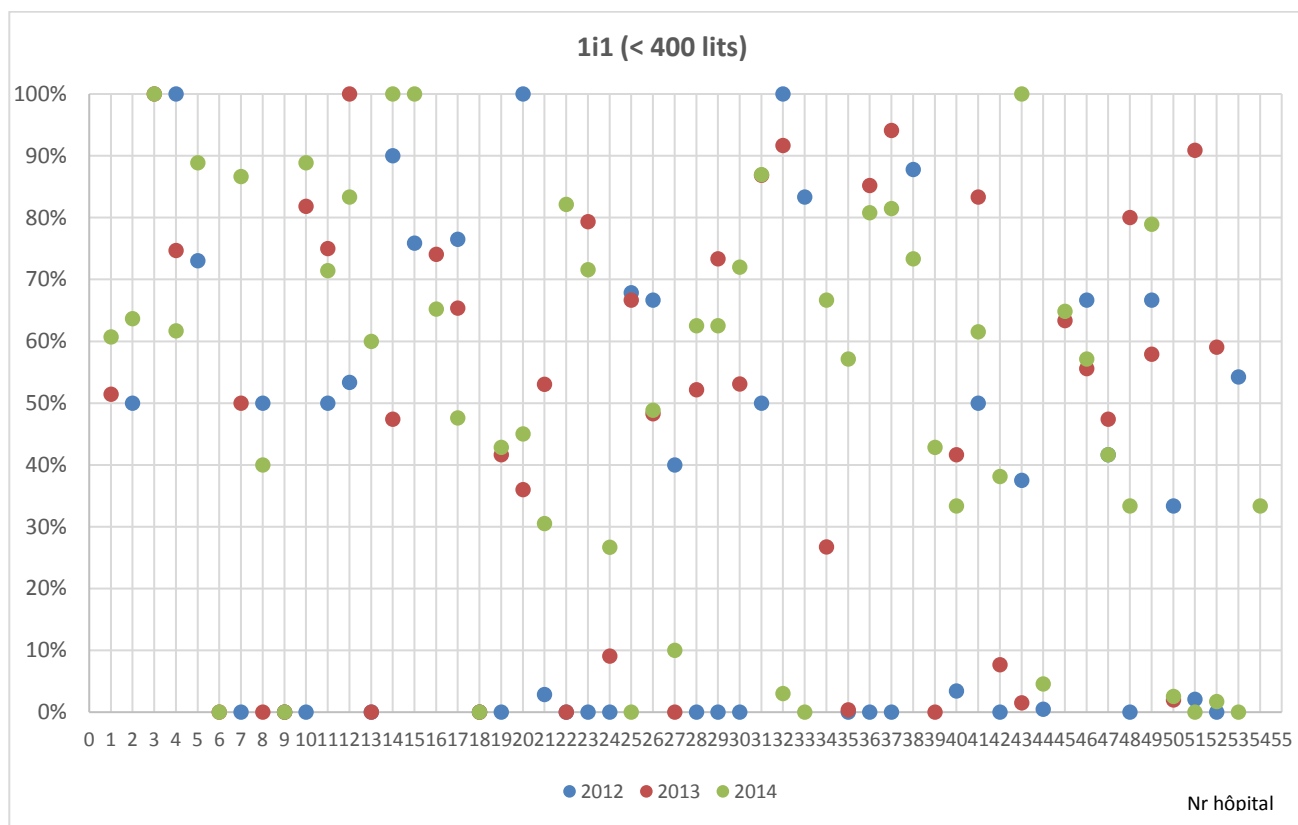
## CFQAI 1i Prévalence escarres acquises dans l'institution

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

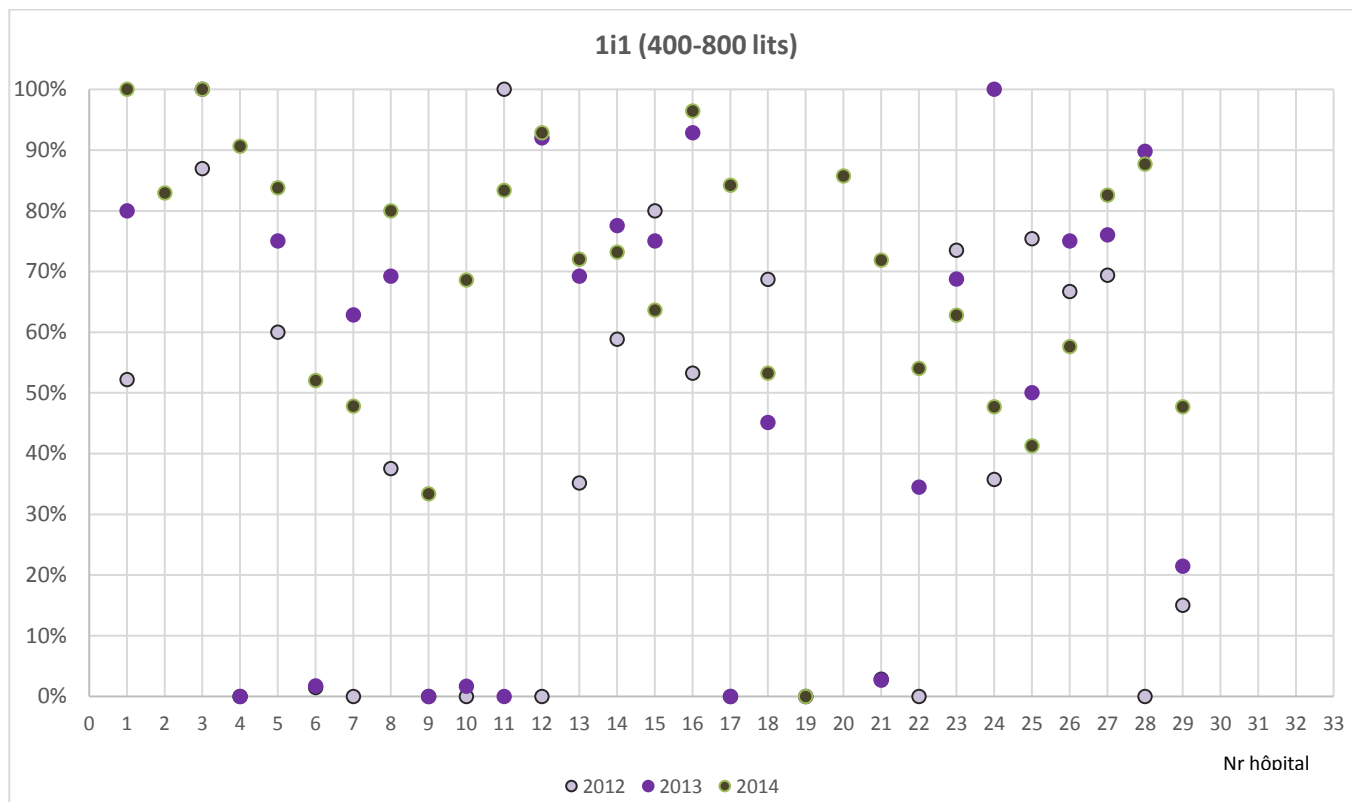
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	58	73	85
Nombre de patients	2846	3503	8985
Nombre d'escarres acquises cat 1	1545	2299	2564
Prevalence	54,29%	65,63%	28,54%

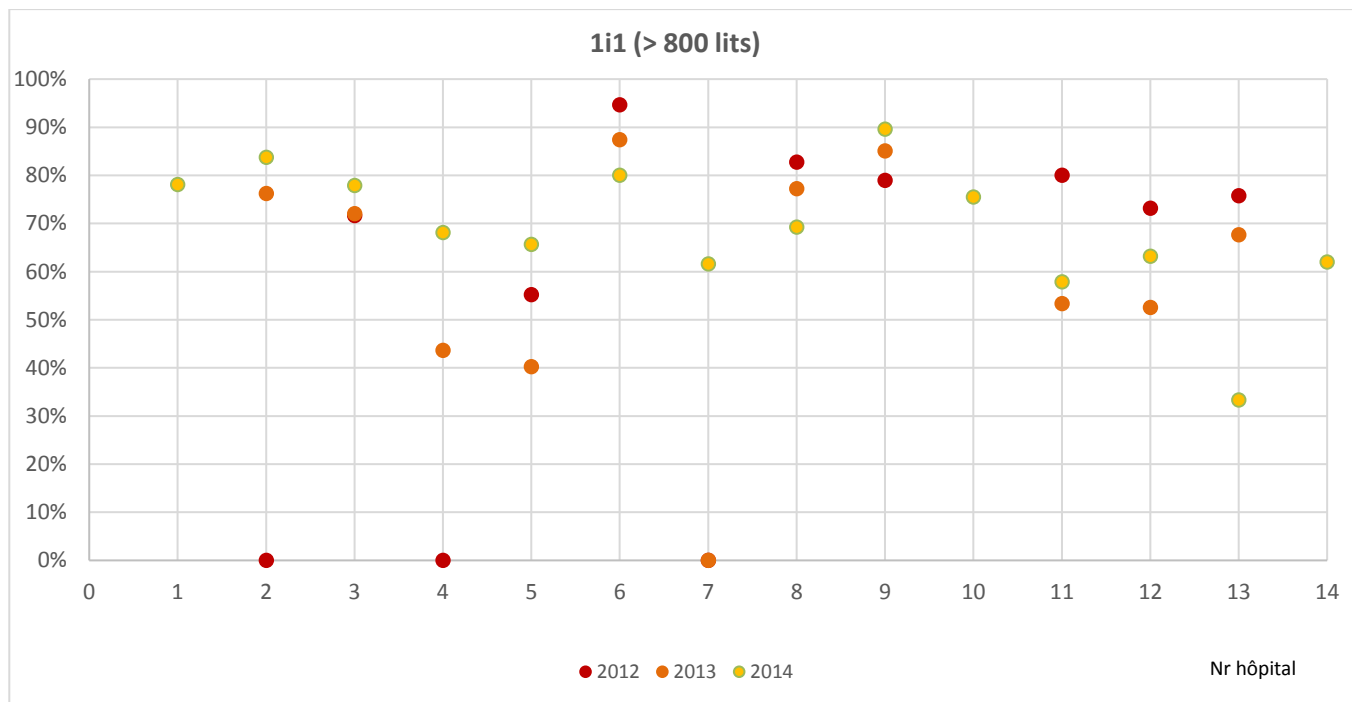
### **Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I**



**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**

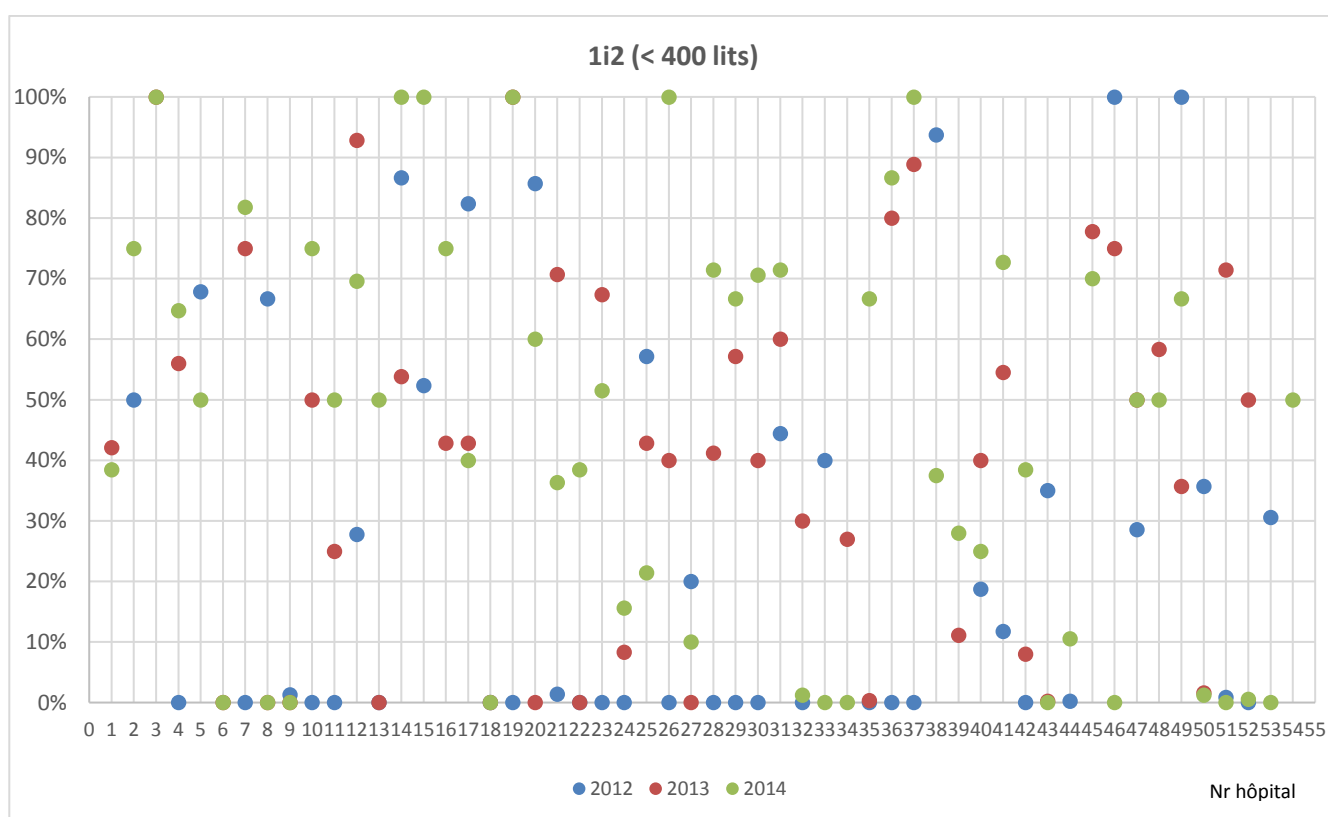


### Prévalence escarres acquises de Catégorie II - indicateur (CFQAI 1i2)

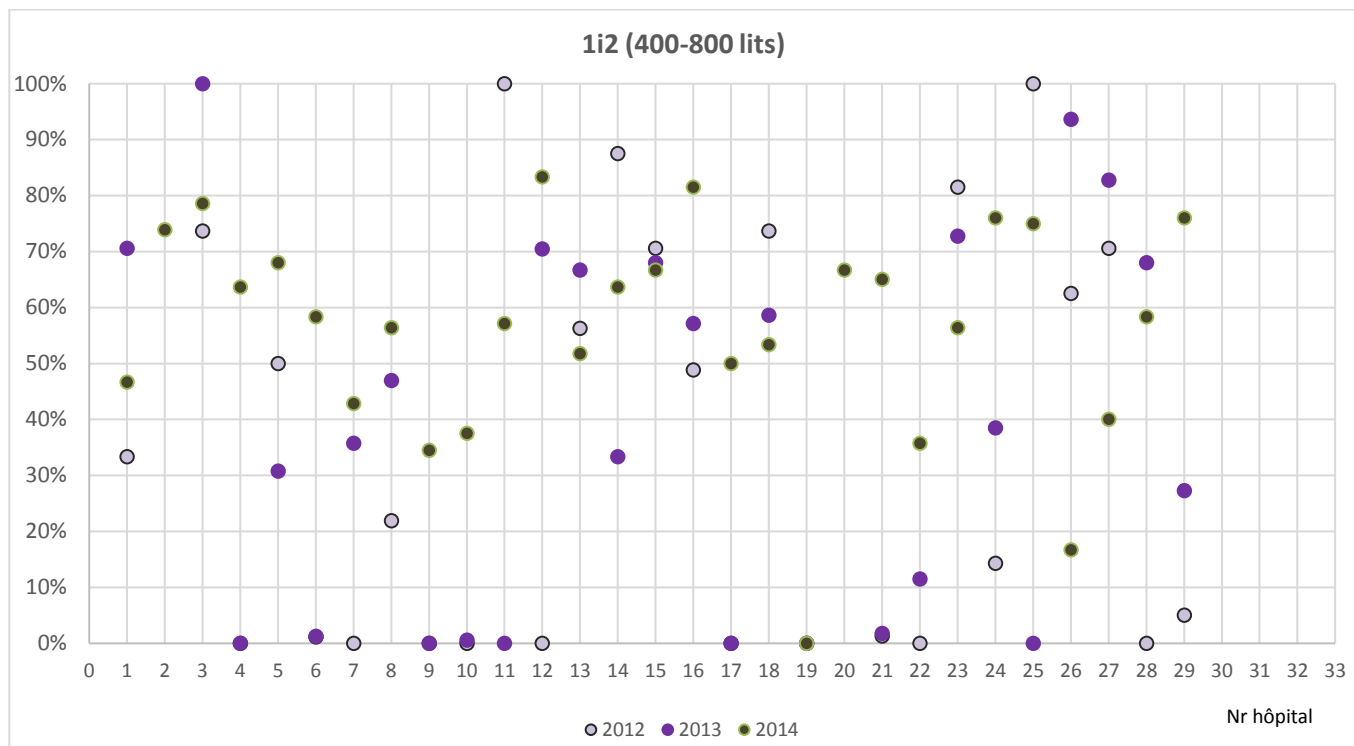
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie II comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie II comme catégorie d'escarre la plus élevée.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	57	73	85
Nombre de patients	1562	1914	7385
Nombre d'escarres acquises cat 2	787	1059	1234
Prevalence	50,38%	55,33%	16,71%

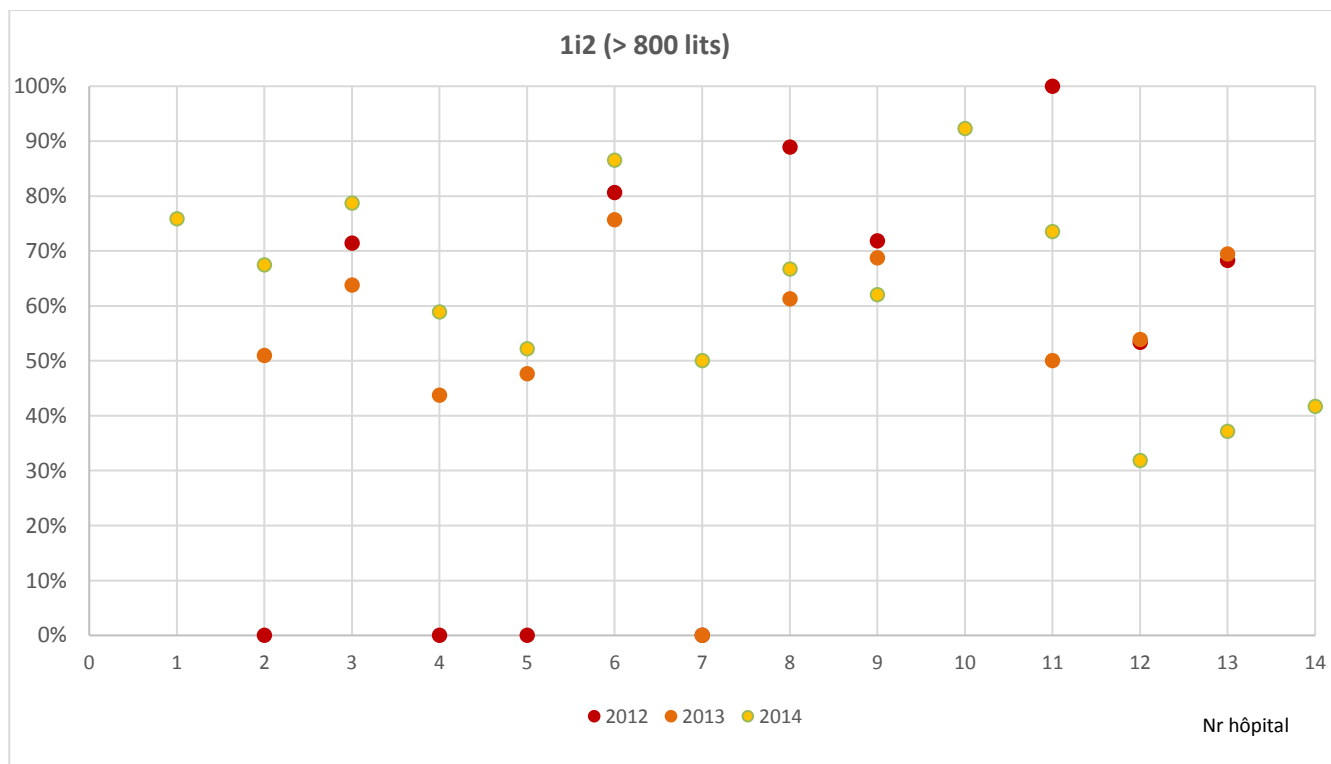
### Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie II



**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**

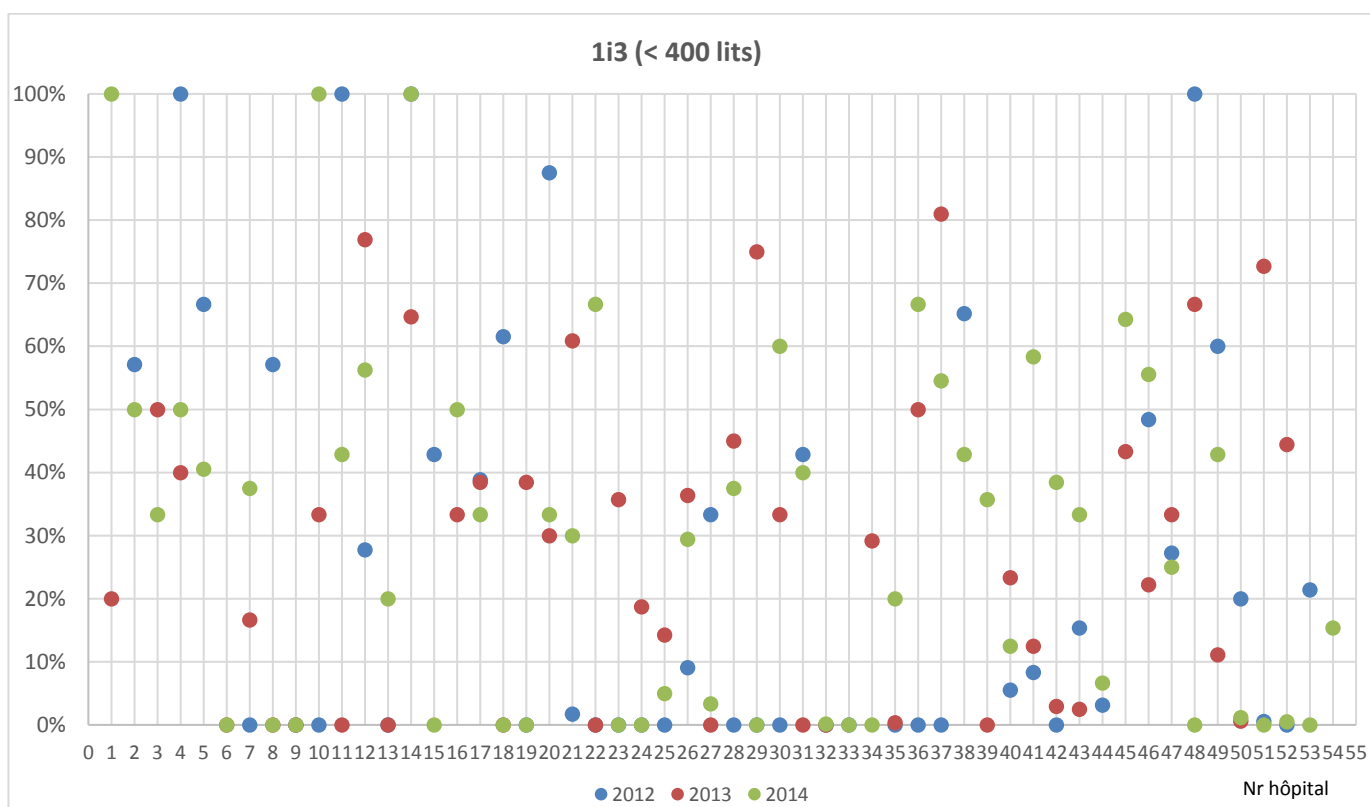


### Prévalence escarres acquises de Catégorie III - indicateur (CFQAI 1i3)

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.

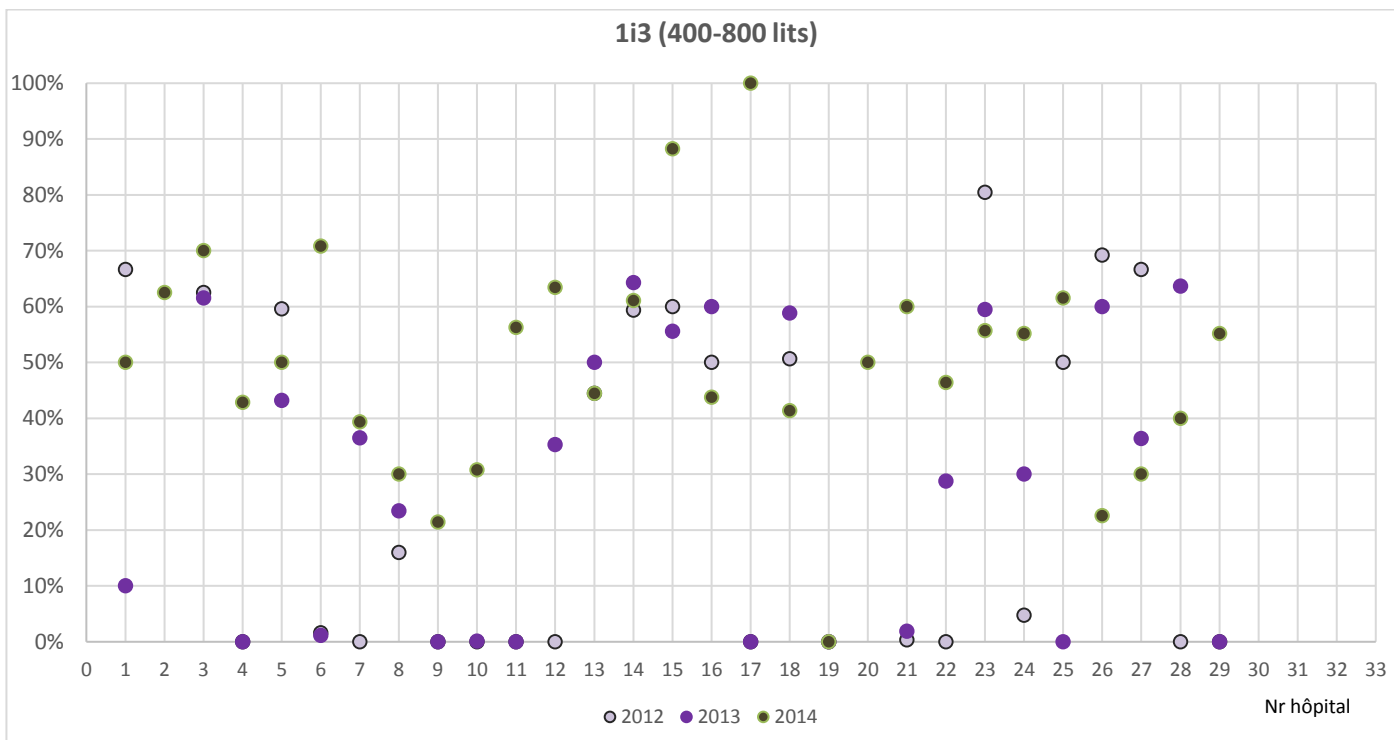
	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	56	72	85
Nombre de patients	1670	1872	7507
Nombre d'escarres acquises cat 3	845	845	1128
Prevalence	50,60%	45,14%	15,03%

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

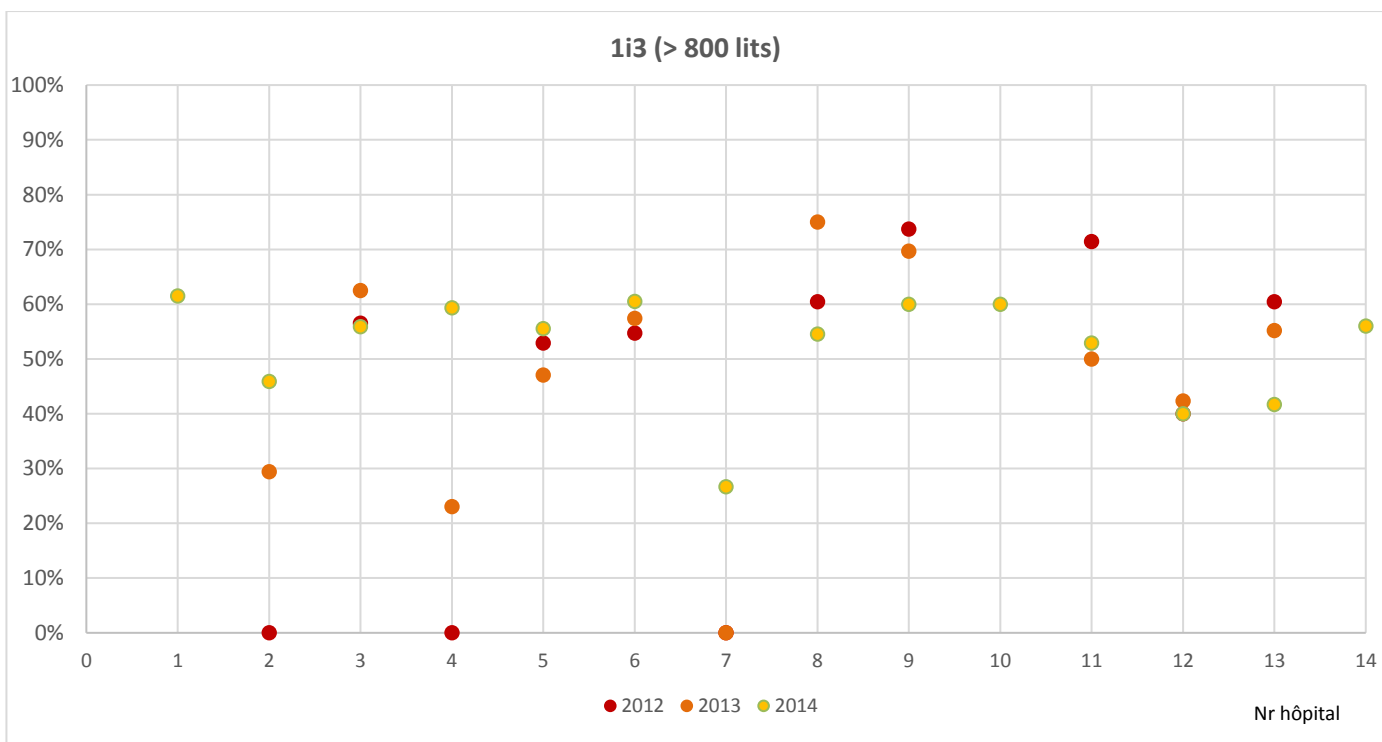




**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises  
Catégorie III**



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

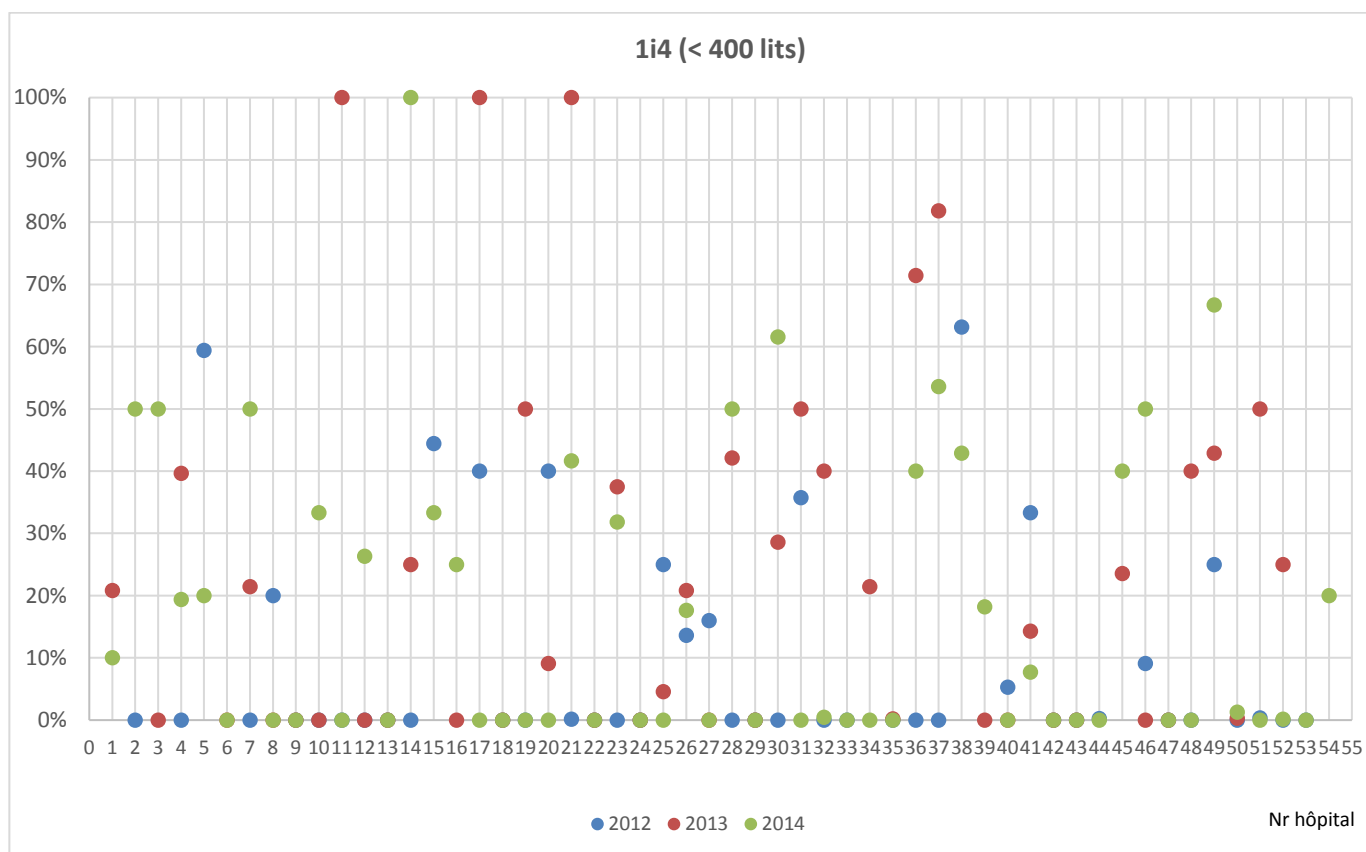


### Prévalence escarres acquises de Catégorie IV - indicateur (CFQAI 1i4)

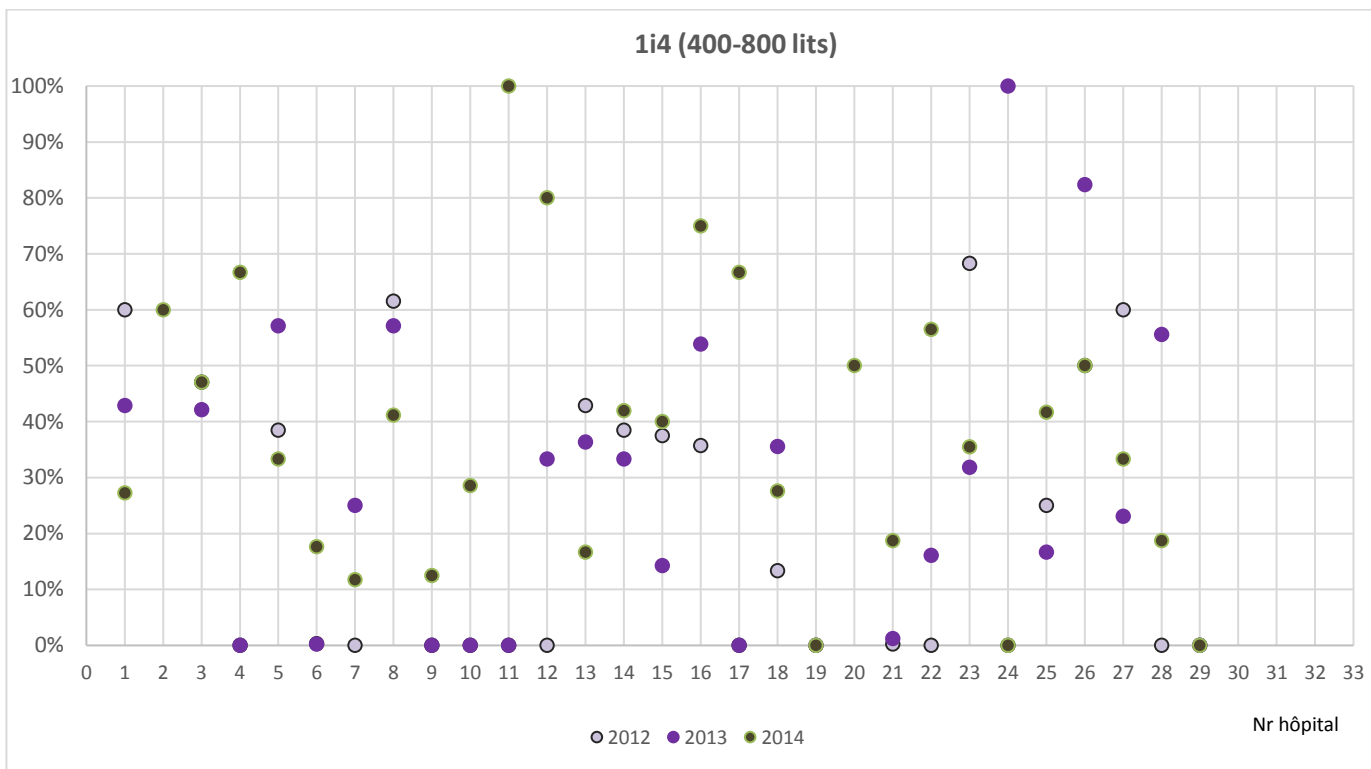
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie IV comme catégorie d'escarre la plus élevée sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie IV comme catégorie d'escarre la plus élevée.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	56	73	84
Nombre de patients	879	1226	6647
Nombre d'escarres acquises cat 4	231	414	498
Prevalence	26,28%	33,77%	7,49%

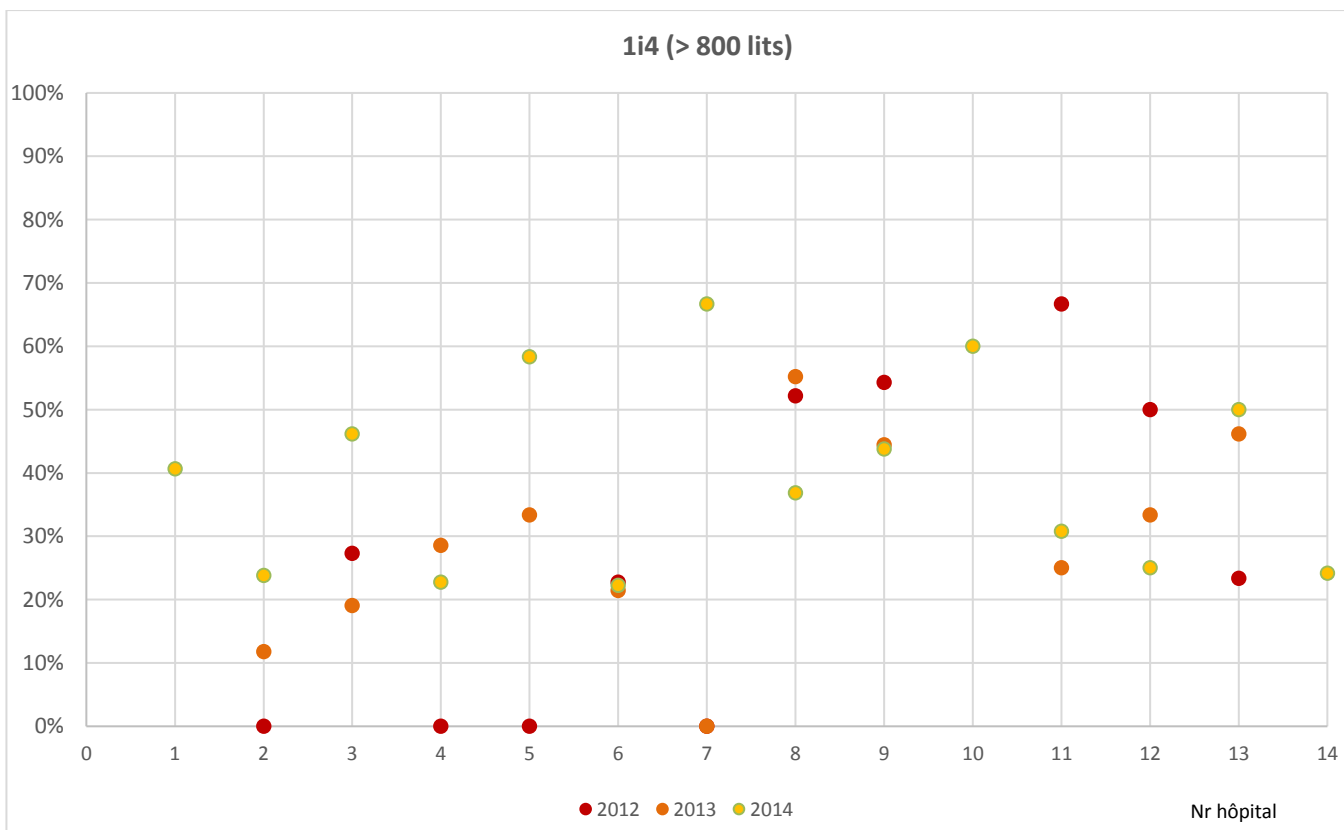
### Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie IV



**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**



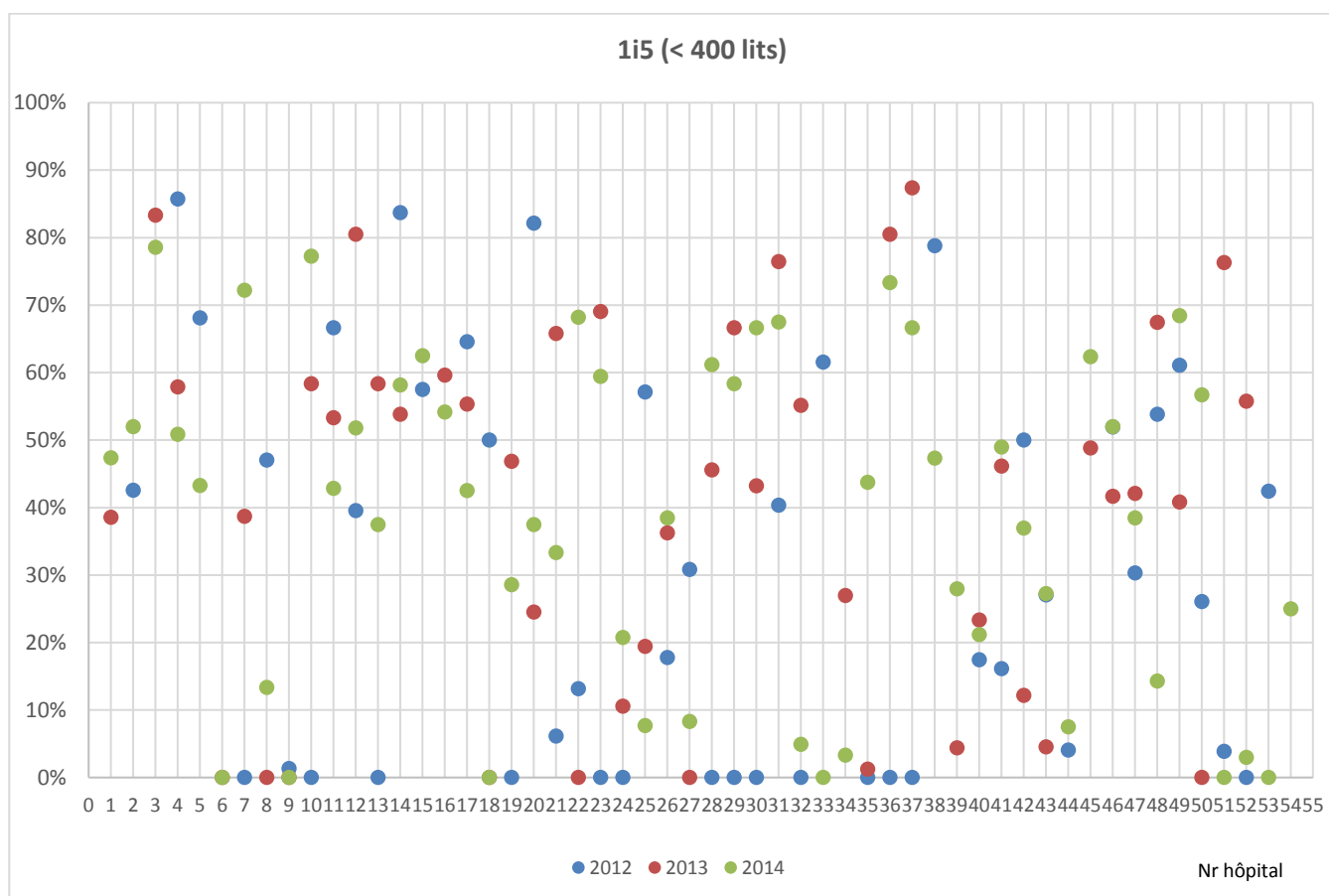
*Prévalence escarres acquise de Catégorie I ou supérieure-indicateur (CFQAI 1i5)*

*Total des escarres acquises*

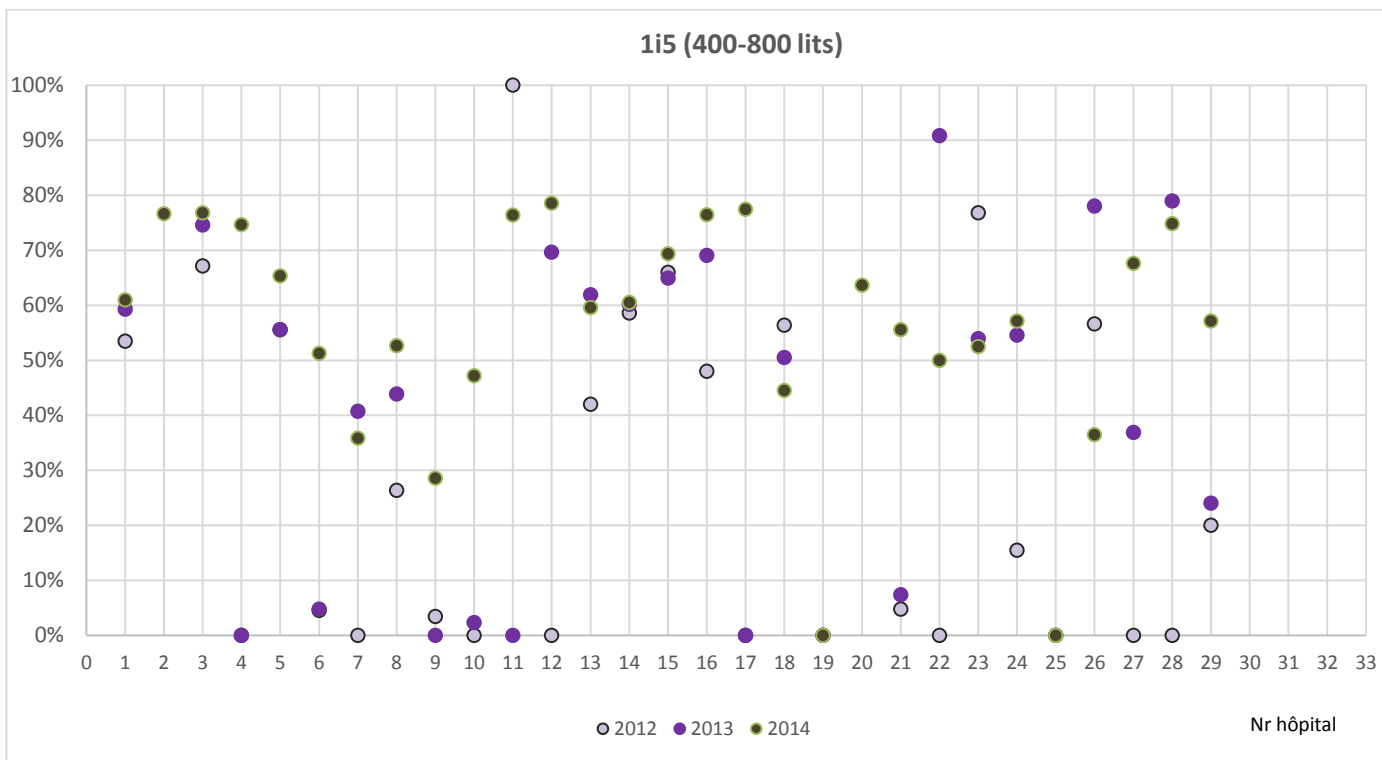
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise dans l'institution de Catégorie I ou de Catégorie supérieure sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I ou de Catégorie supérieure.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	60	76	85
Nombre de patients	7041	8481	12427
Nombre total d'escarres acquises	3331	4750	5326
Prevalence	47,31%	56,01%	42,86%

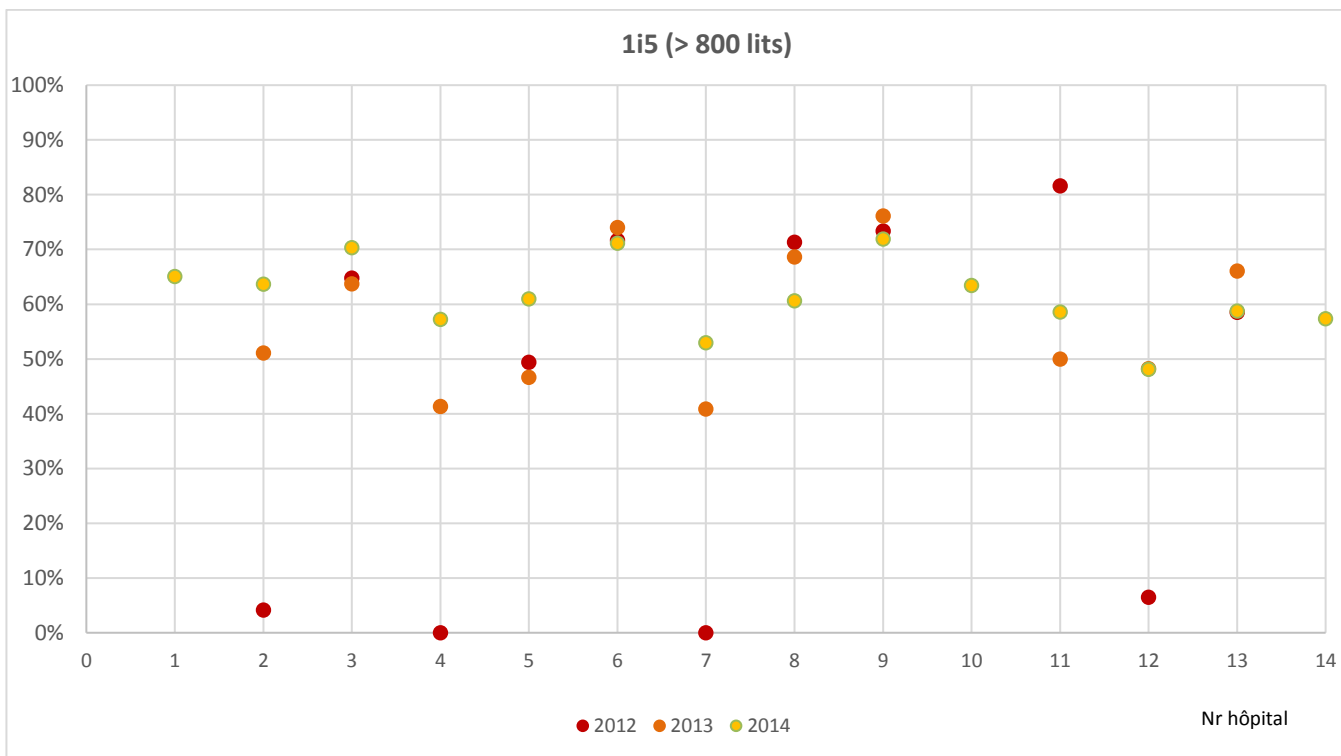
**Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I ou supérieure**



**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**



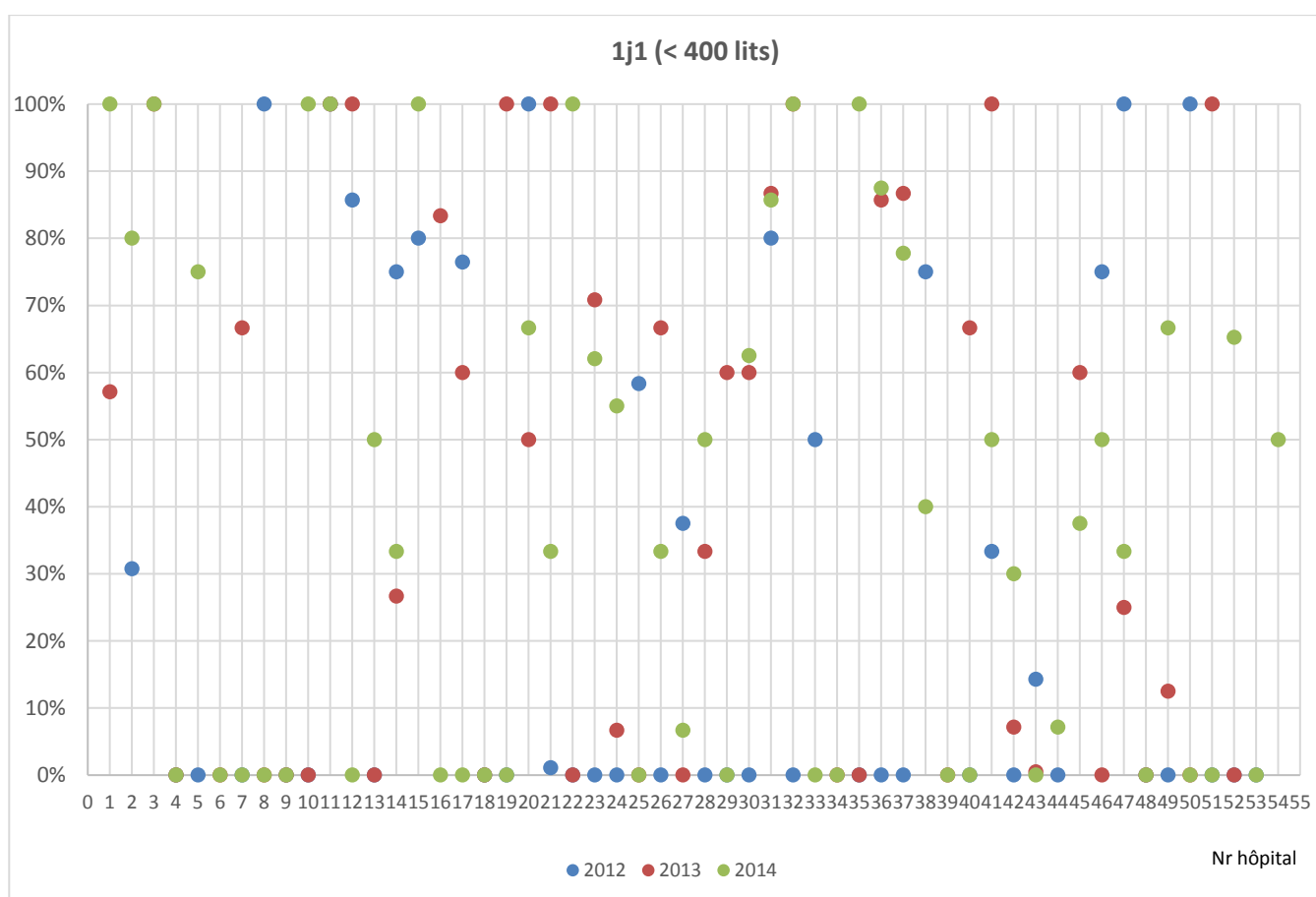
## CFQAI 1j Prévalence escarres acquises du talon et du sacrum

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

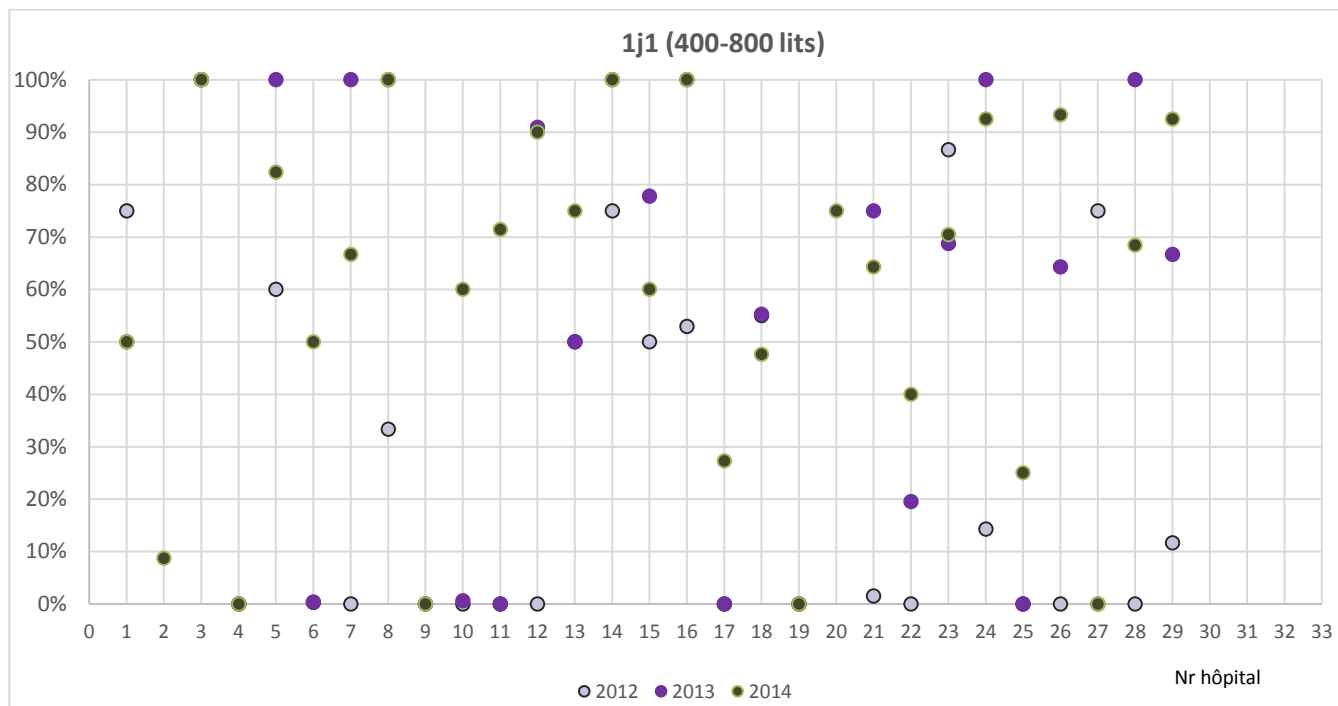
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du talon sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du talon.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	51	64	74
Nombre de patients	4674	5173	1041
Nombre d'escarres acquises cat 1 - talon	346	525	667
Prevalence	7,40%	10,15%	64,07%

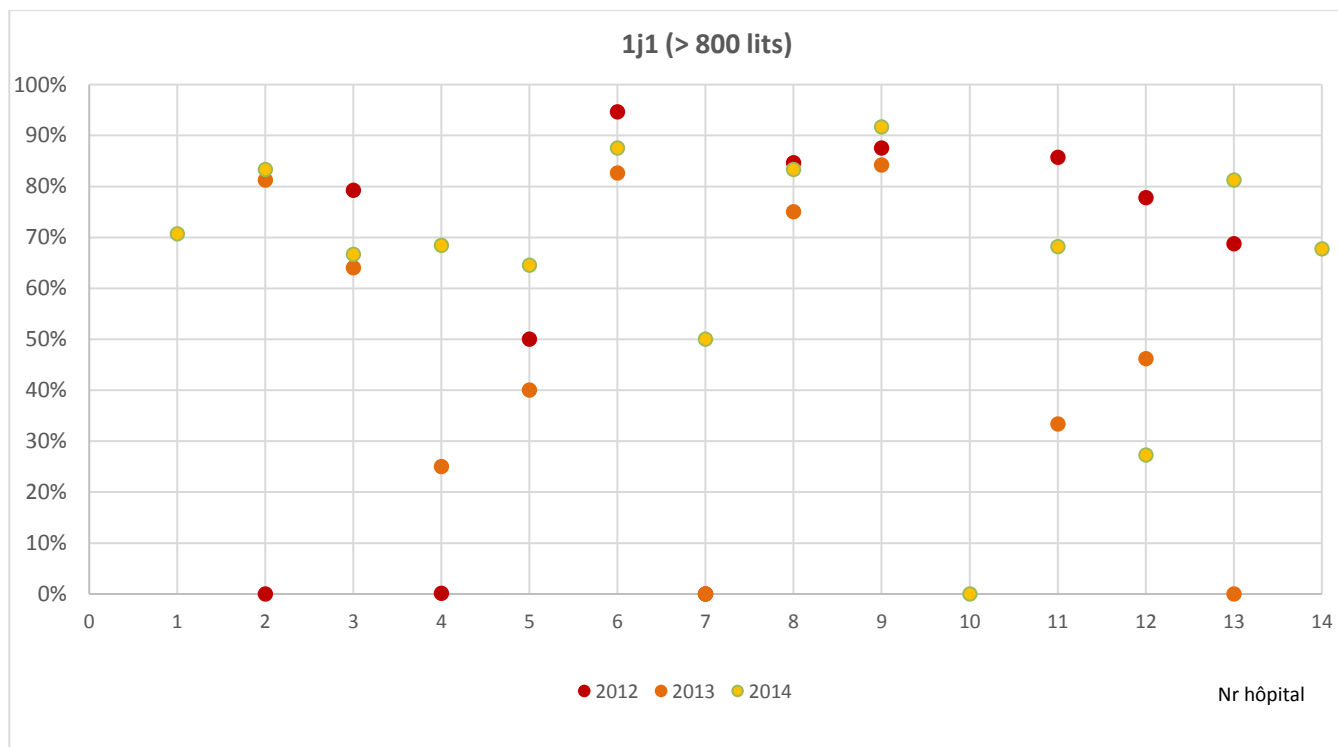
### Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I - talon



**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**

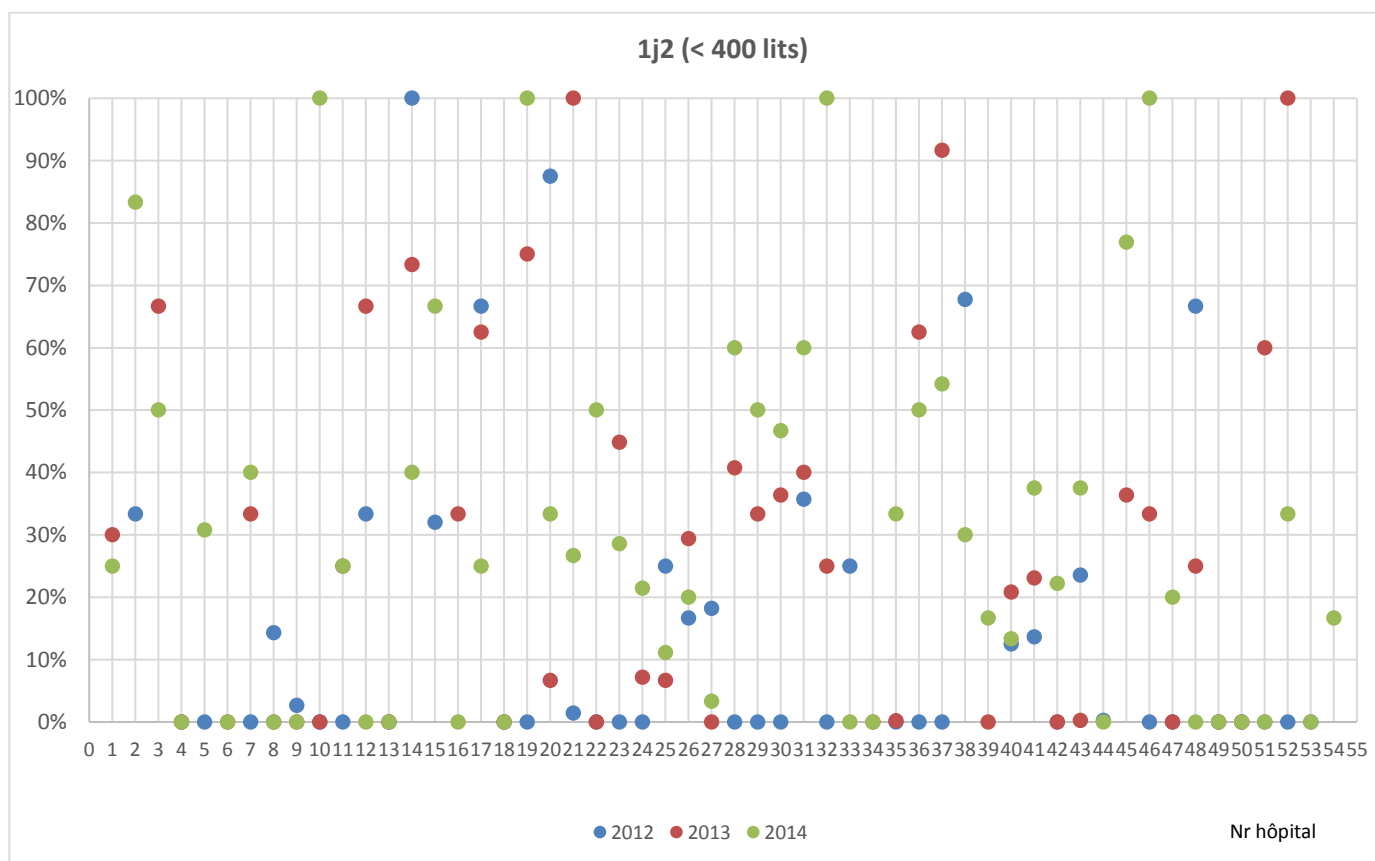


### Prévalence escarres acquises de Catégorie II-IV – talon (CFQAI 1j2)

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.

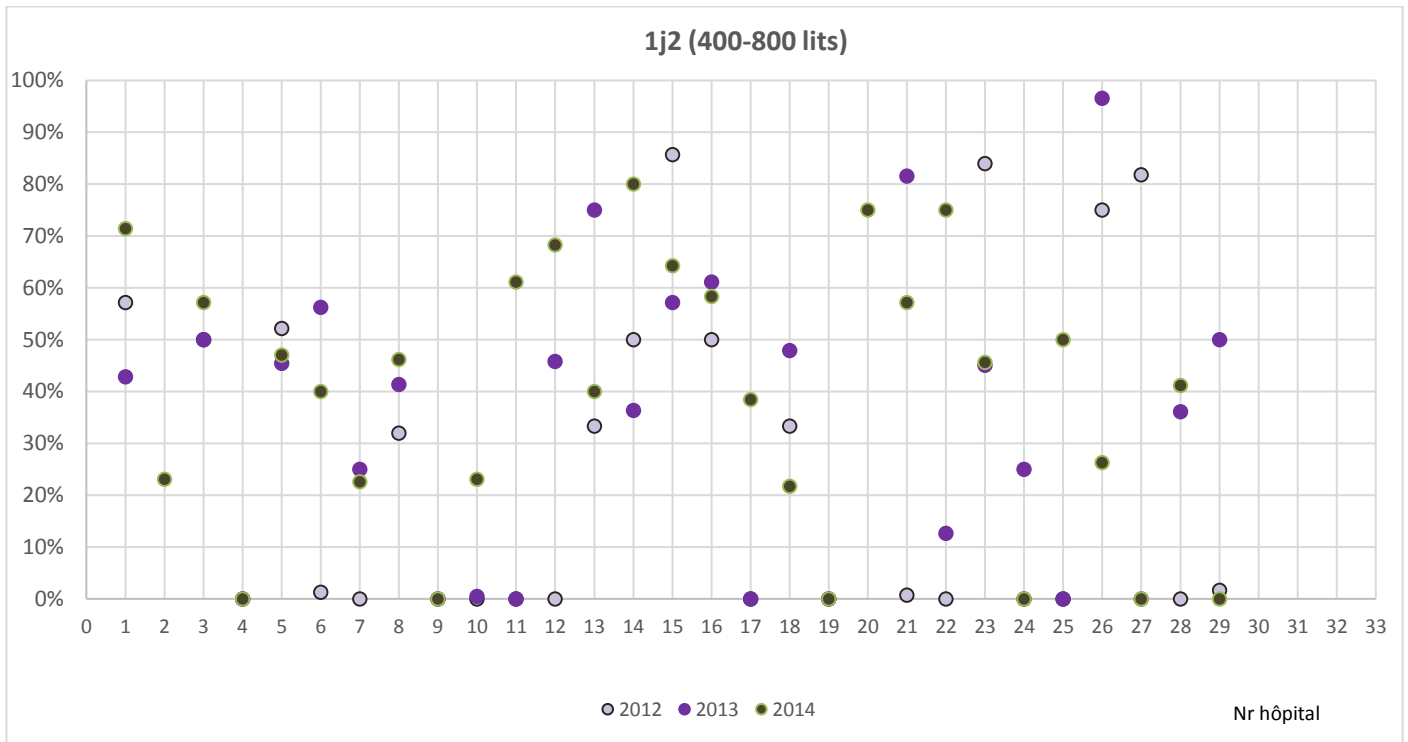
	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	51	65	74
Nombre de patients	5067	4624	1653
Nombre d'escarres acquises cat 2 - talon	460	690	731
Prevalence	9,08%	14,92%	44,22%

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

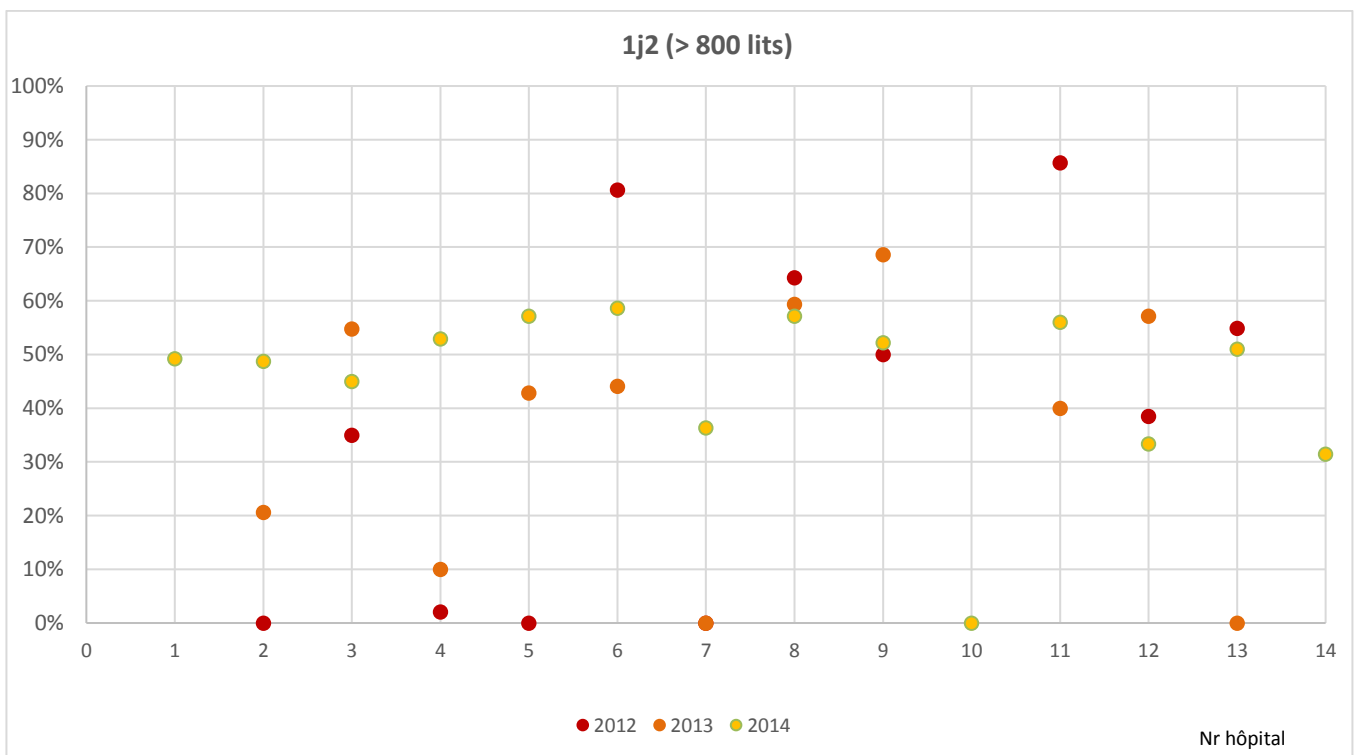




**Hôpitaux entre 400 et 800 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises  
Catégorie II-IV - talon**



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

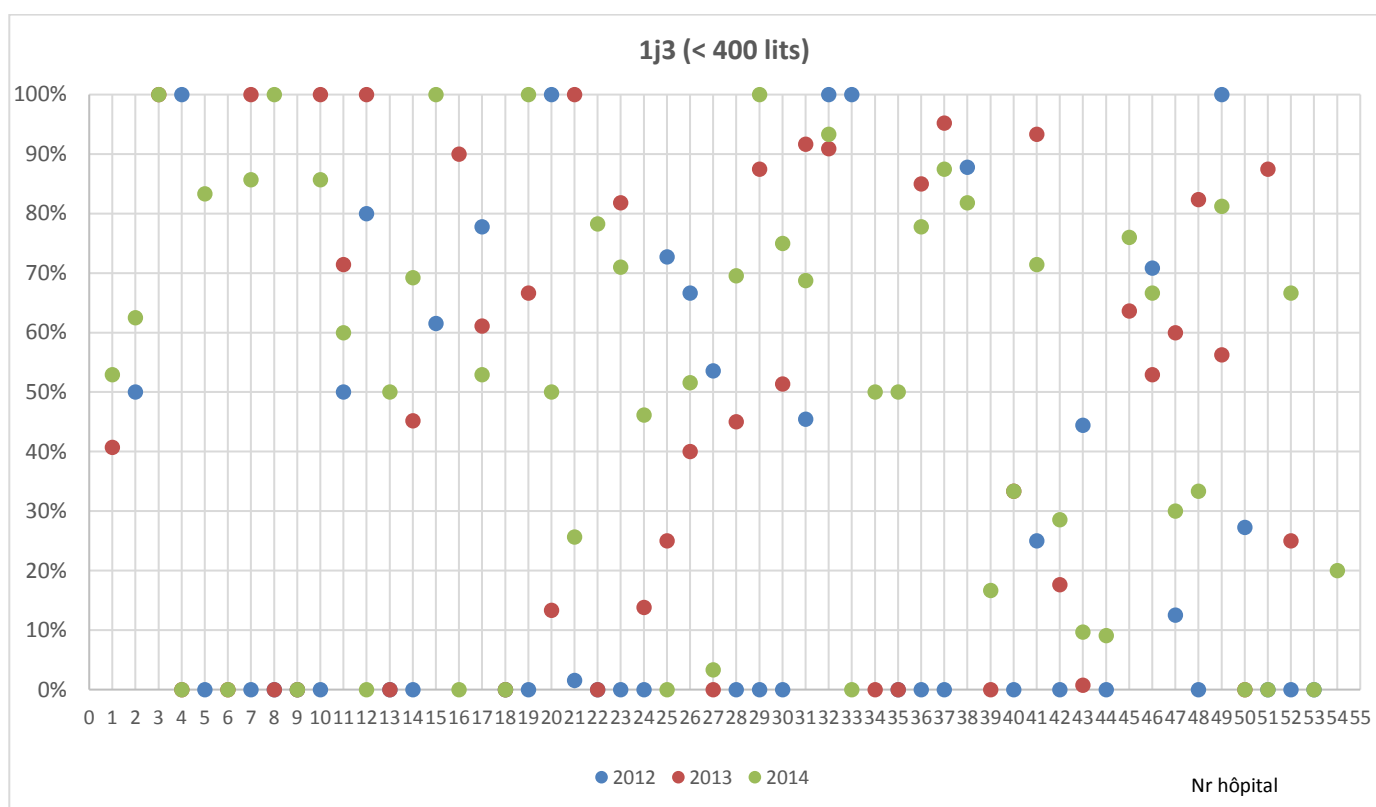


### Prévalence escarres acquises de Catégorie I – sacrum (CFQAI 1j3)

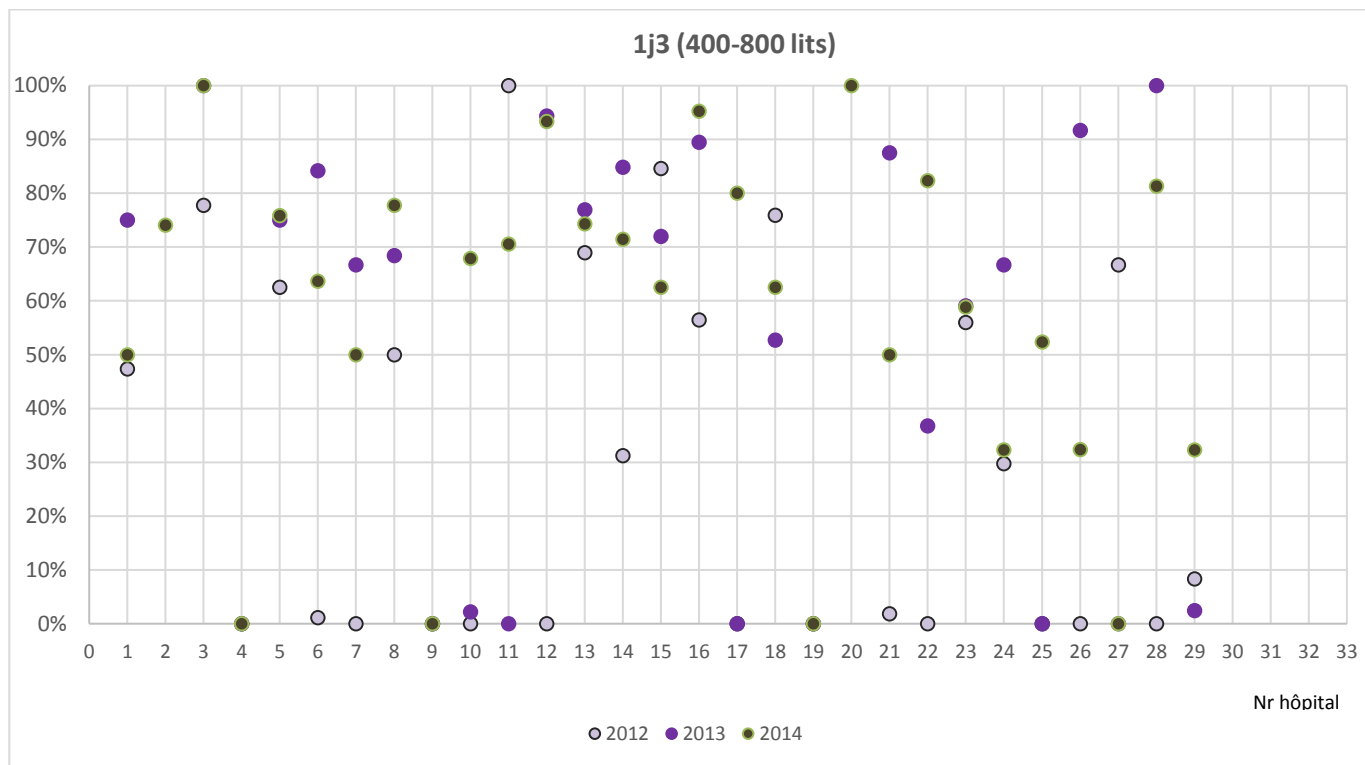
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du sacrum sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie I comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du sacrum.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	52	64	74
Nombre de patients	5523	5196	2555
Nombre d'escarres acquises cat 3 - talon	883	1439	1658
Prevalence	15,99%	27,69%	64,89%

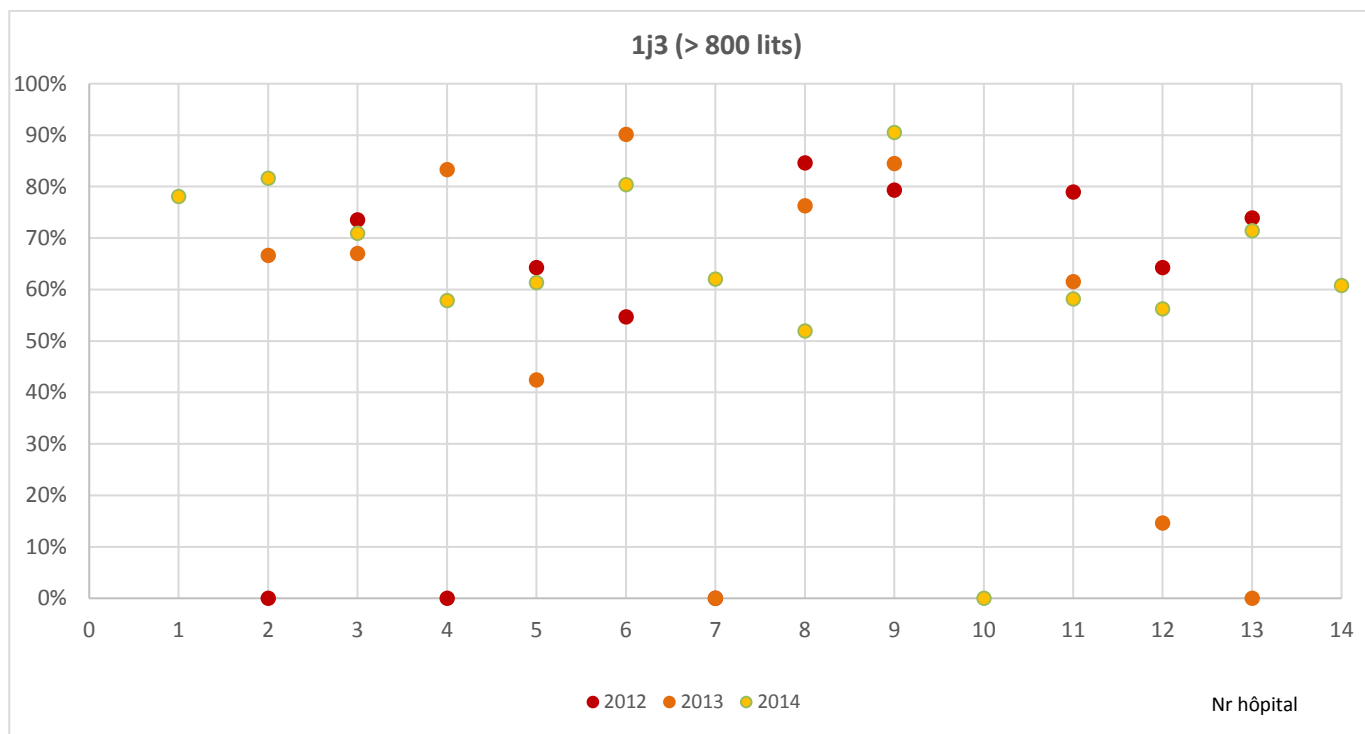
### Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie I - sacrum



**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**

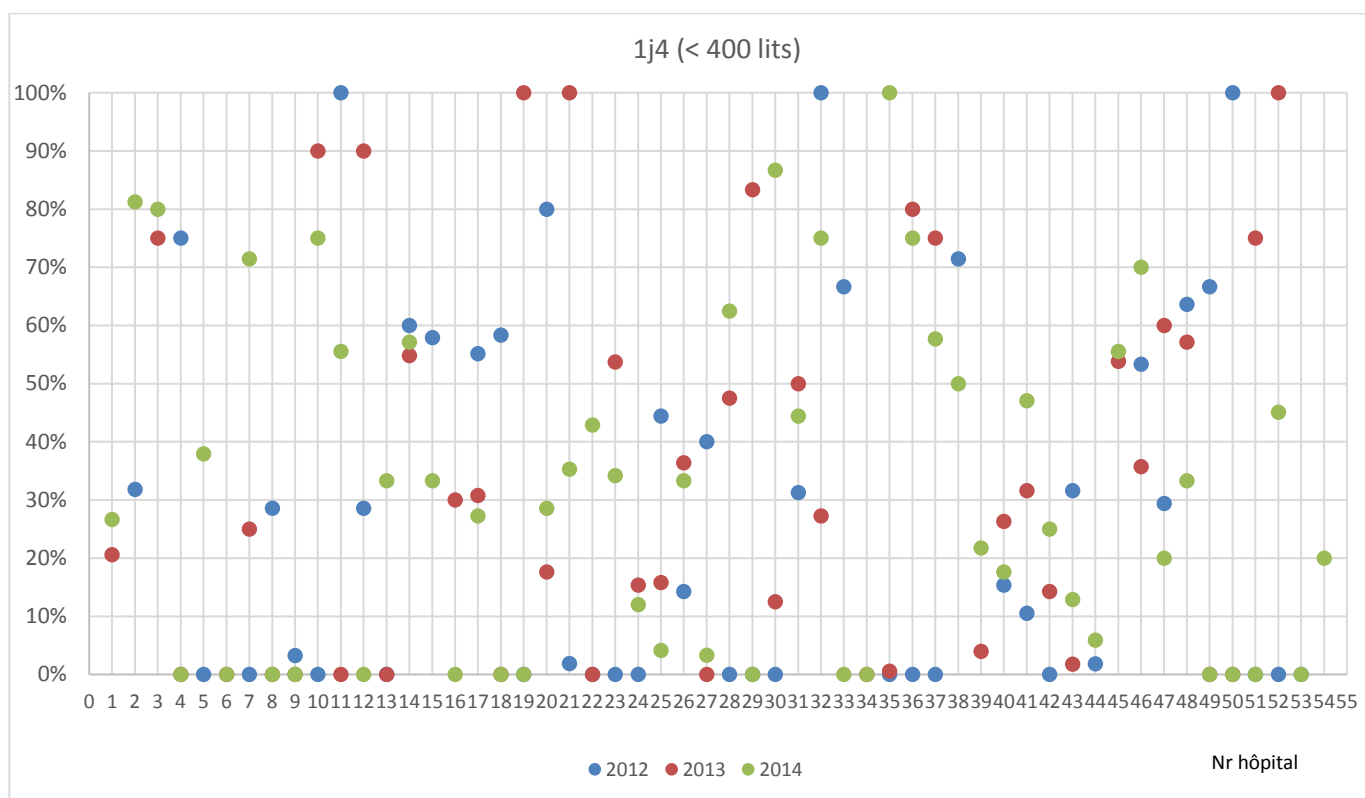


### Prévalence escarres acquises de Catégorie II-IV – sacrum (CFQAI 1j4)

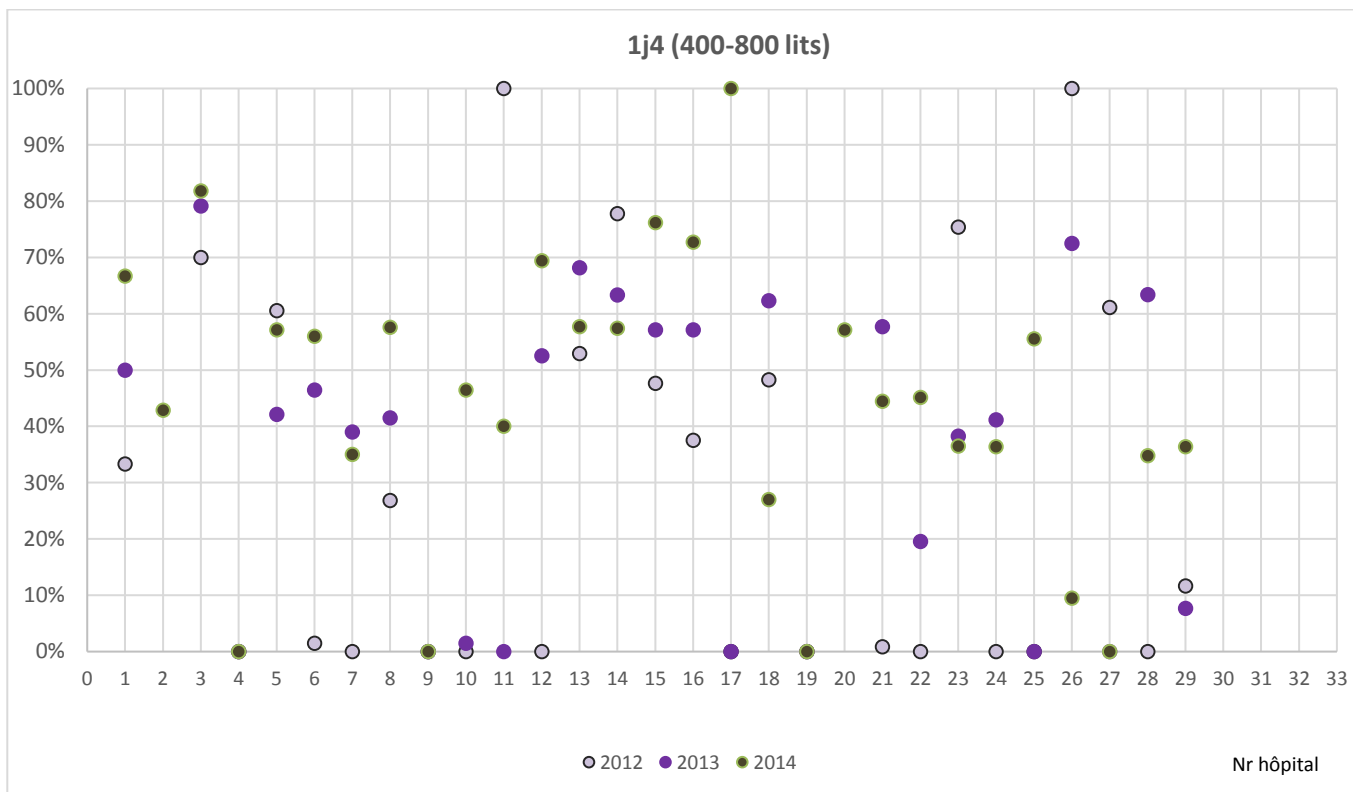
Cet indicateur mesure le nombre de patients présentant une escarre acquise de Catégorie II-IV comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du sacrum sur le nombre de patients présentant une escarre de Catégorie II-IV comme catégorie d'escarre la plus élevée au niveau du sacrum.

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	51	65	74
Nombre de patients	5608	5221	2696
Nombre d'escarres acquises cat 4 - talon	765	1049	1385
Prevalence	13,64%	20,09%	51,37%

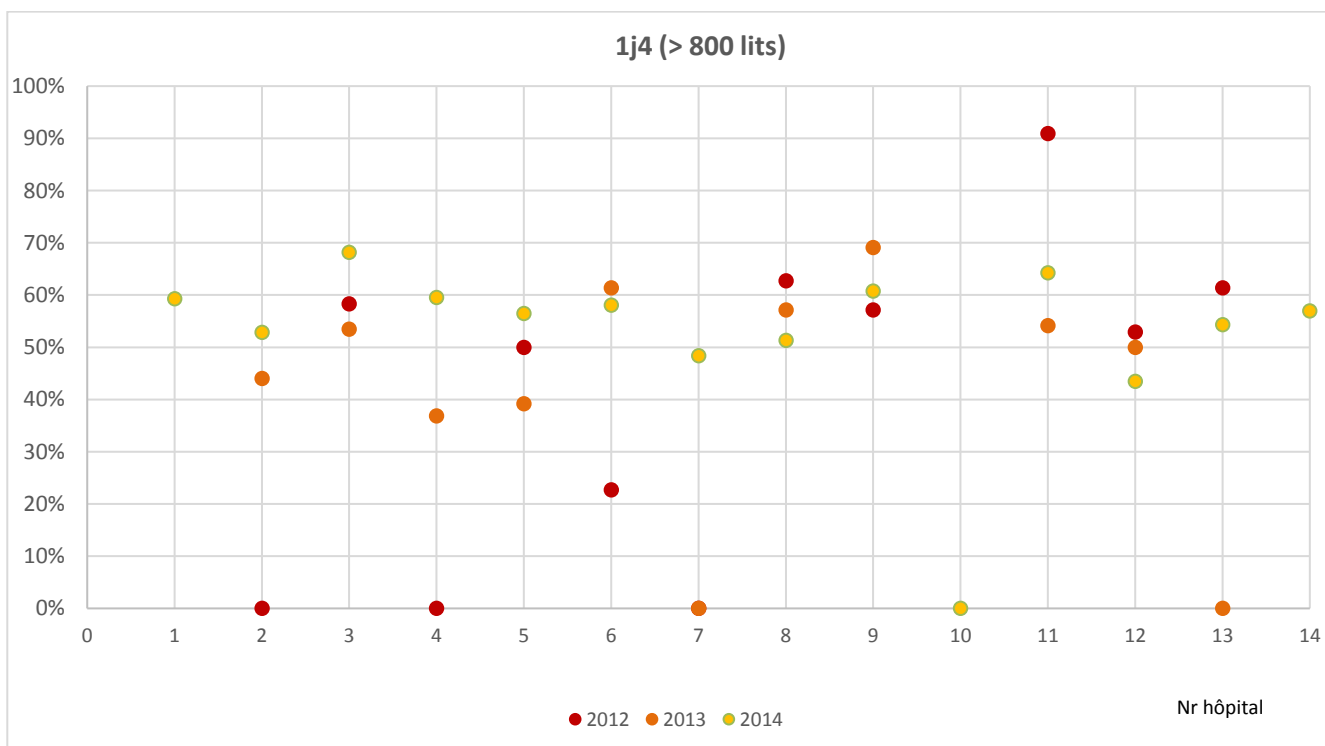
### Hôpitaux de <400 lits classés en fonction de leur score à l'indicateur escarres acquises Catégorie II- IV - sacrum



**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 31/12/2014, dans l'hôpital, **un protocole Evidence Based** pour le screening, le monitoring et le soutien nutritionnel pour la prise en charge de la dénutrition ?

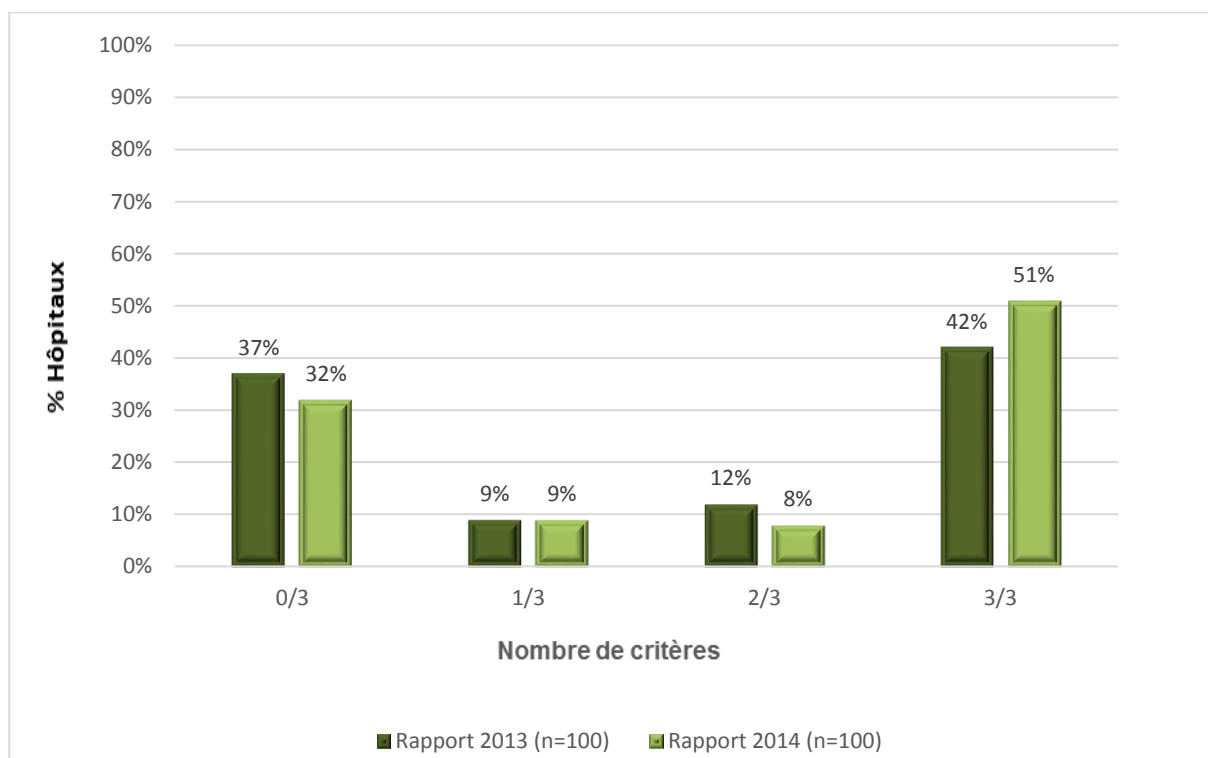
Si oui,

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**

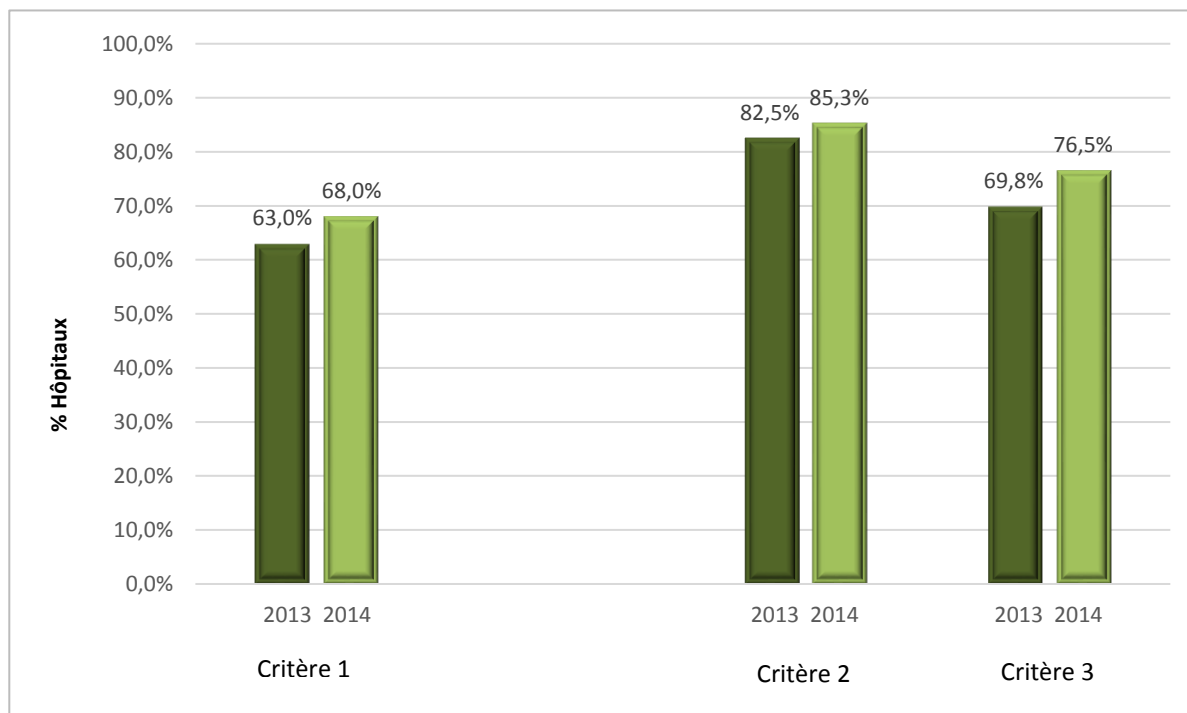
**Années 2013 (n=100) – 2014 (n=100)**



Pour 2014 l'on constate une légère augmentation des hôpitaux qui ont répondu aux trois critères. Parmi les 100 hôpitaux répondants, 51% répondent aux trois critères contre 42% en 2013. Un tiers, 32%, ne disposent toujours pas de protocoles en 2014.

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

Années 2013 - 2014



En 2014 68% des hôpitaux travaillent avec des protocoles Evidence Based parmi ceux-ci 85% identifient l'auteur de ces protocoles et 76,5% 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 31/12/2014 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 ?

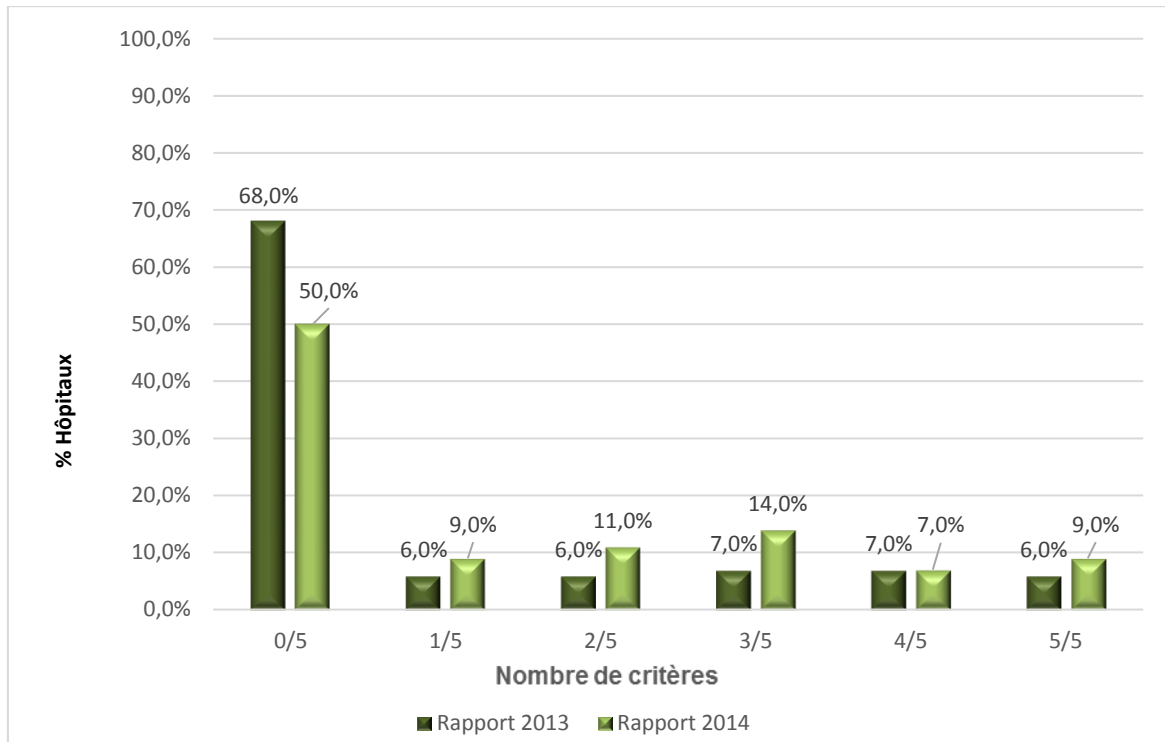
Si oui au critère 1,

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**  
**Années 2013 (n=100) – 2014 (n=100)**



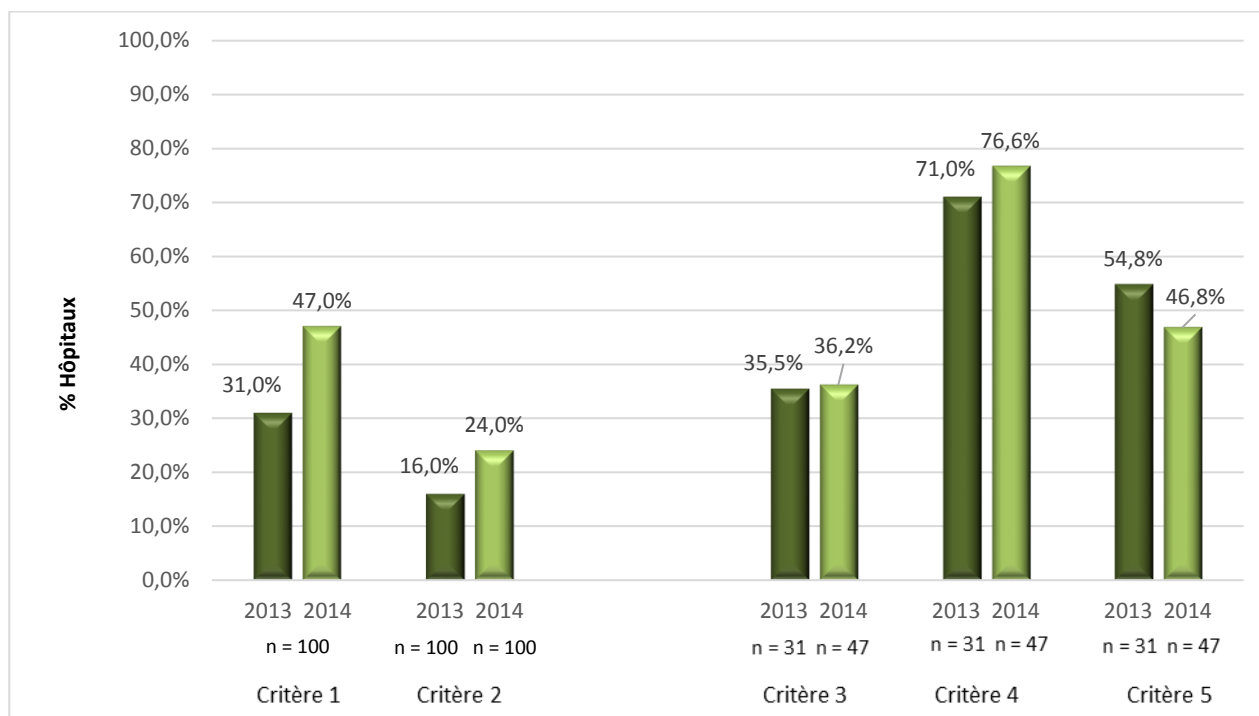
Une relative amélioration est constatée en 2014 dans le nombre d'hôpitaux qui remplissent au moins un critère, ils ne sont plus que 5 hôpitaux sur 10 à ne remplir aucun critère de cet indicateur pour 2014.

La présence d'un infirmier ayant une expertise en nutrition reste problématique dans les hôpitaux et il semble que malgré la structuralisation des équipes nutritionnelles dans les hôpitaux généraux, la détection et la prise en charge de la dénutrition reste un domaine peu géré par les infirmiers.



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

Années 2013 - 2014



En 2014 47% 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. 36,2% autorise cet infirmier à dédicacé la moitié de son tima de travail à la fonction d'expert en nutrition.
2. Près de 77% offre la possibilité à cet infirmier de donner des formations en interne
3. Une baisse des hôpitaux autorisant cet infirmier à suivre des formations continues concernant la prévention et la détection de la malnutrition est observée. En 2013 la moitié des hôpitaux (55%) remplissaient ce critère contre 47% pour 2014.

## **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 :

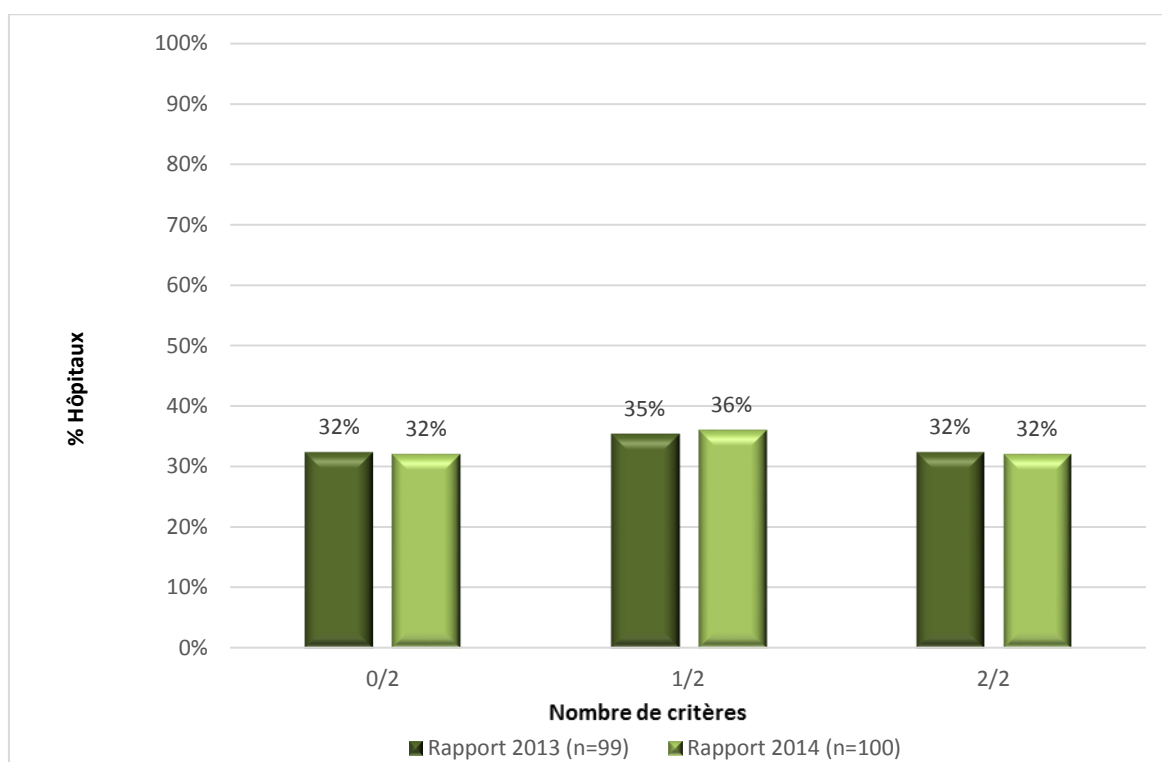
Critère 1 : En 2014, y a-t-il eu au sein de votre institution **au minimum une formation organisée** ayant pour thème la dénutrition, son dépistage, son évaluation et son traitement ?

Si oui,

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

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

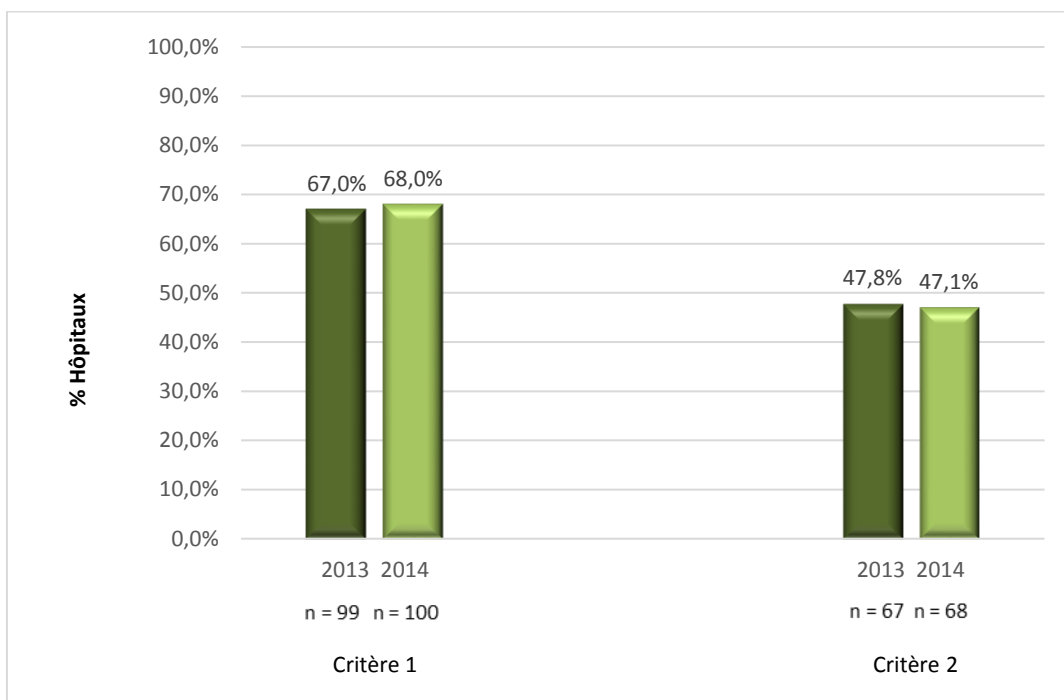
**Années 2013 (n=99) – 2014 (n=100)**



La répartition reste uniforme de la mise en place des divers critères en 2014 (30%).  
Mais cela reste un pourcentage très faible.

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

Années 2013 - 2014



Les résultats obtenus en 2014 sont équivalents à ceux de 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 c'est-à-dire :

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 31/12/2014 un comité de pilotage nutritionnel organisationnel dans votre institution ?

Si oui,

Critère 2 : Ce comité est-il distinct du comité de direction en 2014 ?

Critère 3 : Ce comité s'est-il réuni au moins 3x en 2014 ?

Critère 4 : Existe-t-il au 31/12/2014 une équipe nutritionnelle clinique multidisciplinaire dans votre institution ?

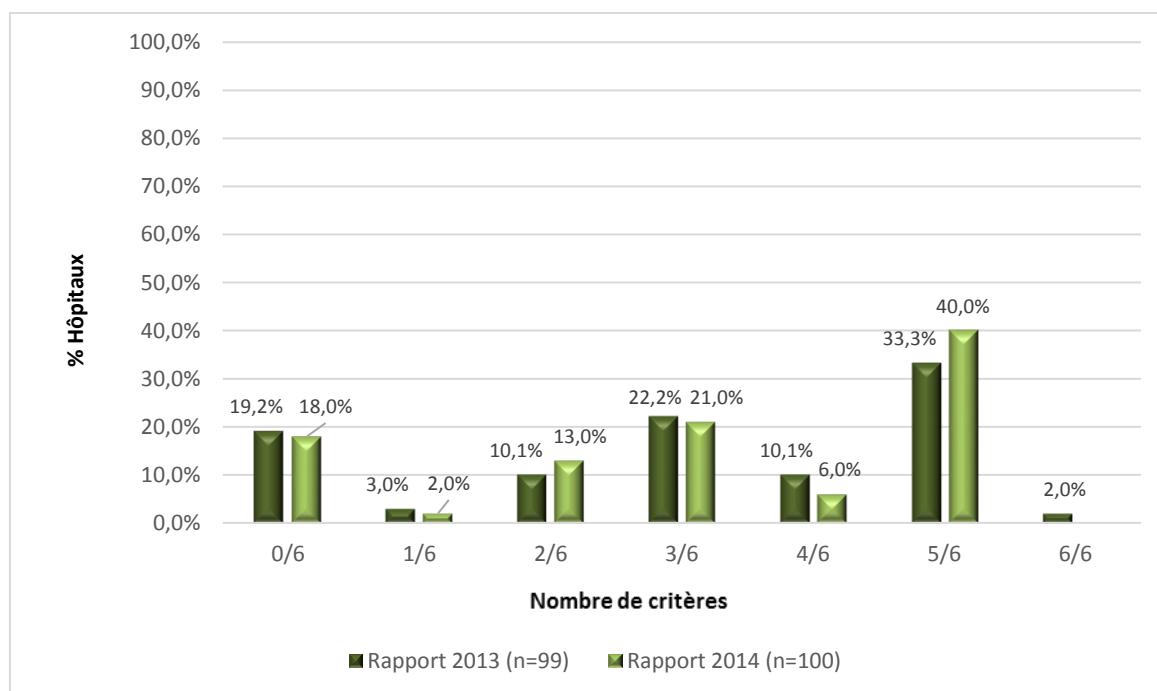
Si oui,

Critère 5 : Cette équipe s'est-elle **réunie au moins 4x** en 2014 ?

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 2014 ?

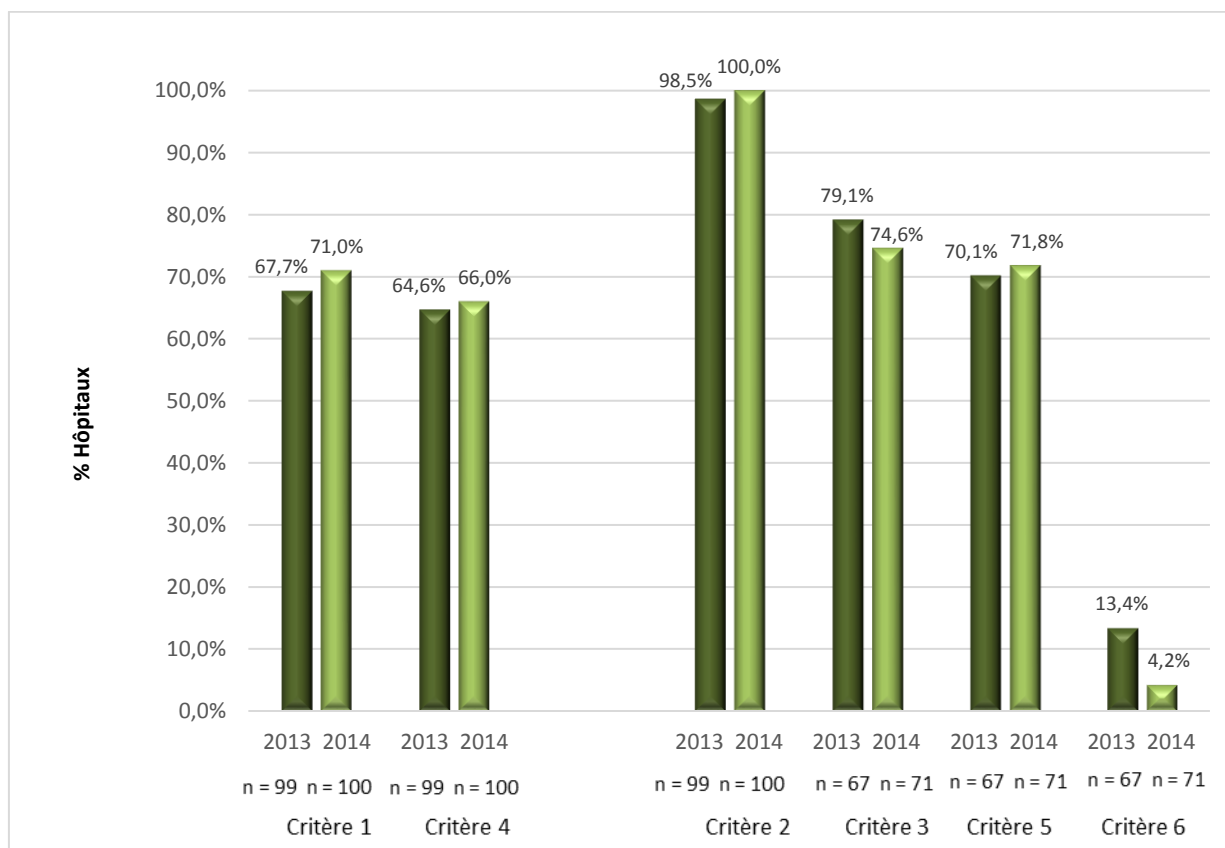
### CFQAI 2d Pourcentage d'hôpitaux qui rencontrent 0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 critère(s) de l'indicateur CFQAI 2d

Années 2013 (n=99) – 2014 (n=100)



En 2014, 4 hôpitaux sur 10 remplissent 5 critères sur 6, contre 3 sur 10 en 2013. Petite augmentation.

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



En 2014, 7 hôpitaux sur 10 ont un comité de pilotage nutritionnel organisationnel et 100% possèdent en leur sein une équipe nutritionnelle.

Parmi les hôpitaux ayant un comité de pilotage nutritionnel.

1. Tous ont un comité qui est distinct du comité de direction et
2. le comité de pilotage nutritionnel organisationnel s'est réuni au moins 3x en 2014 dans 75% des hôpitaux concernés

Parmi les institutions ayant une équipe nutritionnelle, 66% répondent aux critères 5 et 6 de la manière suivante :

1. 72% permettent aux équipes nutritionnelles de se réunir au moins 4x/an
2. Seulement 4% 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 ; Flandre ; Wallonie ) et par score global individuel.

### Hôpitaux classés en fonction de la région et de leur score global pour les indicateurs de structure

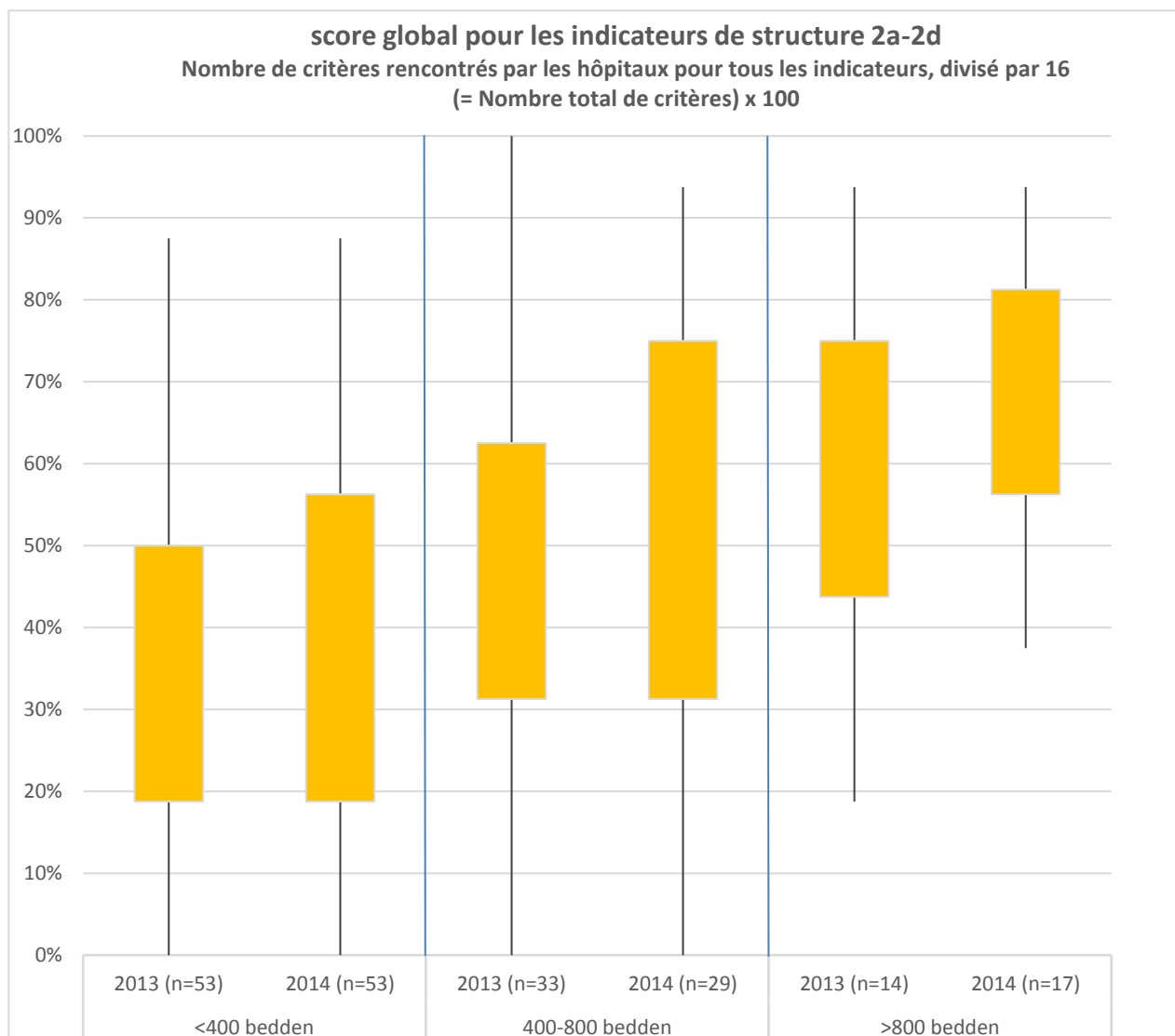
Tot struct	Bruxelles				Flandre				Wallonie				Belgique			
	2013		2014		2013		2014		2013		2014		2013		2014	
0/16 critère	5	31,25%	4	30,77%	1	2,00%	2	4,17%	5	11,63%	3	7,69%	11	10,09%	9	9,00%
1/16 critère	0	0,00%	0	0,00%	2	4,00%	1	2,08%	1	2,33%	1	2,56%	3	2,75%	2	2,00%
2/16 critères	0	0,00%	0	0,00%	1	2,00%	1	2,08%	3	6,98%	4	10,26%	4	3,67%	5	5,00%
3/16 critères	0	0,00%	0	0,00%	4	8,00%	2	4,17%	3	6,98%	3	7,69%	7	6,42%	5	5,00%
4/16 critères	1	6,25%	0	0,00%	3	6,00%	2	4,17%	2	4,65%	2	5,13%	6	5,50%	4	4,00%
5/16 critères	0	0,00%	0	0,00%	6	12,00%	4	8,33%	4	9,30%	3	7,69%	10	9,17%	7	7,00%
6/16 critères	0	0,00%	0	0,00%	6	12,00%	7	14,58%	2	4,65%	2	5,13%	8	7,34%	9	9,00%
7/16 critères	3	18,75%	1	7,69%	5	10,00%	7	14,58%	3	6,98%	3	7,69%	11	10,09%	11	11,00%
8/16 critères	1	6,25%	1	7,69%	6	12,00%	6	12,50%	2	4,65%	1	2,56%	9	8,26%	8	8,00%
9/16 critères	1	6,25%	2	15,38%	2	4,00%	1	2,08%	0	0,00%	2	5,13%	3	2,75%	5	5,00%
10/16 critères	2	12,50%	2	15,38%	4	8,00%	4	8,33%	4	9,30%	4	10,26%	10	9,17%	10	10,00%
11/16 critères	1	6,25%	0	0,00%	1	2,00%	2	4,17%	2	4,65%	2	5,13%	4	3,67%	4	4,00%
12/16 critères	0	0,00%	2	15,38%	1	2,00%	0	0,00%	3	6,98%	5	12,82%	4	3,67%	7	7,00%
13/16 critères	0	0,00%	0	0,00%	3	6,00%	5	10,42%	2	4,65%	2	5,13%	5	4,59%	7	7,00%
14/16 critères	0	0,00%	0	0,00%	1	2,00%	1	2,08%	1	2,33%	2	5,13%	2	1,83%	3	3,00%
15/16 critères	1	6,25%	1	7,69%	1	2,00%	3	6,25%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,83%	4	4,00%
16/16 critères	0	0,00%	0	0,00%	1	2,00%	0	0,00%	5	11,63%	0	0,00%	6	5,50%	0	0,00%
Sans réponse	1	6,25%	0	0,00%	2	4,00%	0	0,00%	1	2,33%	0	0,00%	4	3,67%	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00%</b>	<b>13</b>	<b>100,00%</b>	<b>50</b>	<b>100,00%</b>	<b>48</b>	<b>100,00%</b>	<b>43</b>	<b>100,00%</b>	<b>39</b>	<b>100,00%</b>	<b>109</b>	<b>100,00%</b>	<b>100</b>	<b>100,00%</b>

Pour 2014, nous constatons qu'aucun hôpital ne répond aux 16 critères des indicateurs de structure.

La répartition la plus uniforme parmi les trois régions se situe au niveau de 10 critères atteints sur 16 (15,38% Bruxelles, 10,26% Wallonie et 8,33% pour la Flandre).

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.

Années 2013 - 2014



## 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 :

*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

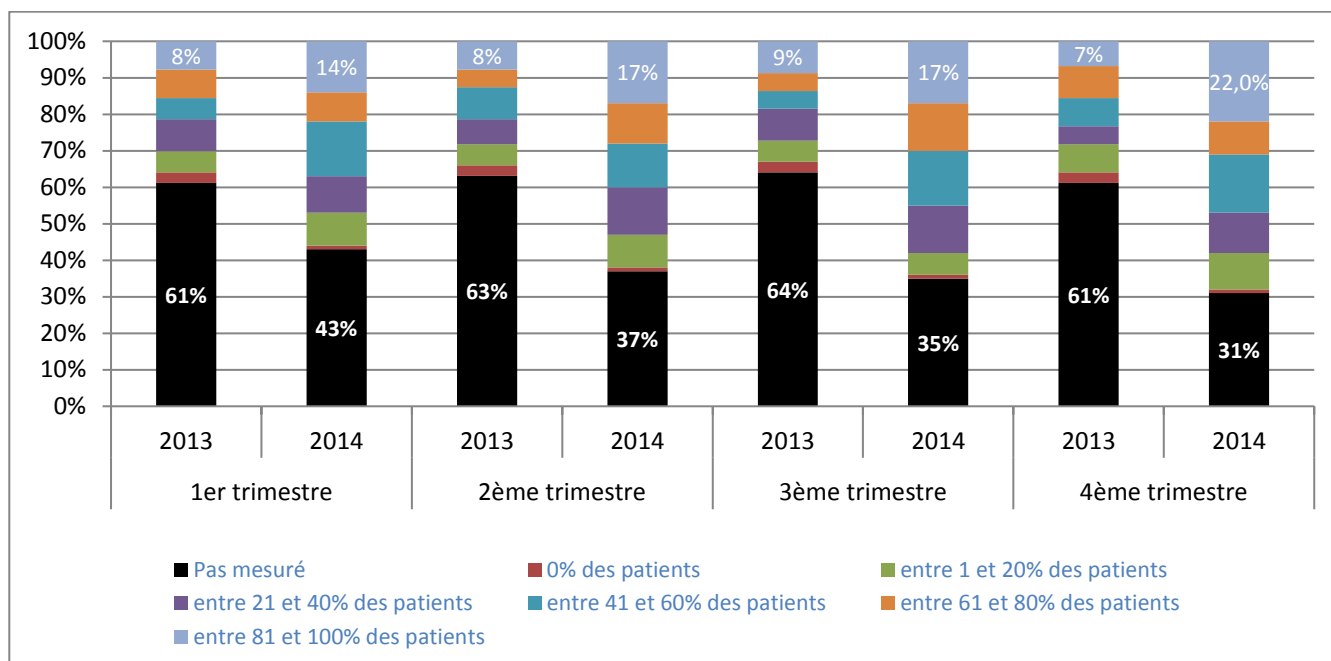
Le graphique présentent le pourcentage et le nombre d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur, soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories suivantes :

- 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**

Années 2013 (n=102) – 2014 (n=100)



Une nette évolution est observée en 2014. Seulement 31% (4<sup>ème</sup> trimestre) des hôpitaux répondants n'ont pas mesuré l'indicateur « % de patients dont le risque a été évalué par trimestre » contre 60% en 2013.

- A. Le critère « pas mesuré » est de 35% pour les 4 trimestres alors qu'en 2013 cette moyenne était de 62%
- B. 1% indique que aucun patient n'a été évalué
- C. 8,5% des hôpitaux répondants ont évalué <20% de patients par trimestre
- D. 11,7% des hôpitaux répondants ont évalué entre 20 et 40% de patients par trimestre
- E. 14,5% des hôpitaux répondants ont évalué entre 40 et 60% de patients par trimestre
- F. 10,2% des hôpitaux répondants ont évalué entre 60 et 80% de patients par trimestre
- G. 17,5% des hôpitaux répondants ont évalué entre 80 et 100% de patients par trimestre

Les résultats obtenus en 2013 étaient interpellants, mais ceux-ci étaient probablement le reflet d'une première mesure ou du manque d'intérêt des équipes soignantes face à la problématique de la dénutrition (année 0). Une évolution positive est constatée dans les résultats de 2014.

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

### CFQAI 2f1 :

Indicateur CFQAI 2f1 : Pourcentage de patients ayant bénéficié d'une prévention adéquate par la mesure d'un poids et d'une taille :

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

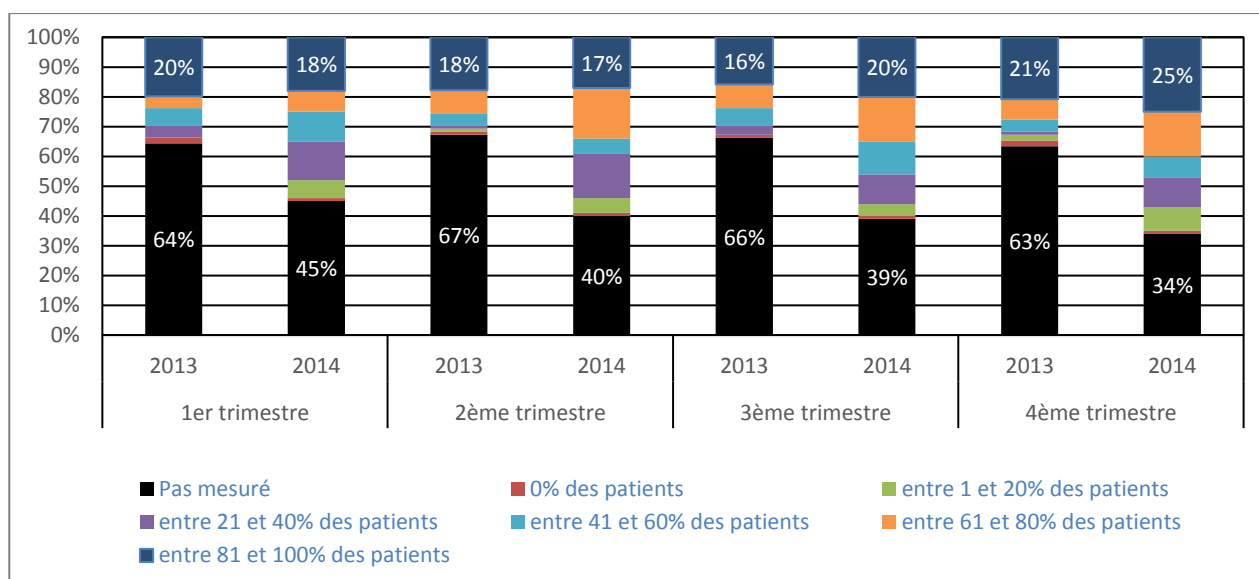
*Dénominateur* : Nombre de patients présents dans les secteurs concernés de l'institution

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**

Années 2013 (n=101) – 2014 (n=100)



Pour cet indicateur une évolution positive est également constatée dans les résultats de 2014. 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. Durant l'année 2014, +/- 40% des patients hospitalisés ne bénéficie toujours pas d'une mesure d'un poids et d'une taille à leur admission.

+/- 20% des hôpitaux pèsent et/ou mesurent entre 80 et 100% des patients admis.

- A. Le critère « pas mesuré » est de 40% pour les 4 trimestres alors qu'en 2013 cette moyenne était de 60%.
- B. 1% des hôpitaux répondants indiquent que 0% de patients n'ont pas été mesuré et/ou pesé à leur admission.
- C. 6 % des hôpitaux répondants indiquent que <20% de patients été mesuré et/ou pesé à leur admission
- D. 11% des hôpitaux répondants indiquent que entre 20 et 40%de patients été mesuré et/ou pesé à leur admission
- E. 18% des hôpitaux répondants indiquent que entre 40 et 60% été mesuré et/ou pesé à leur admission de patients
- F. 13% des hôpitaux répondants indiquent que entre 60 et 80% été mesuré et/ou pesé à leur admission
- G. 20 % des hôpitaux répondants indiquent que entre 80 et 100% de patients été mesuré et/ou pesé à leur admission

## CFQAI 2f2

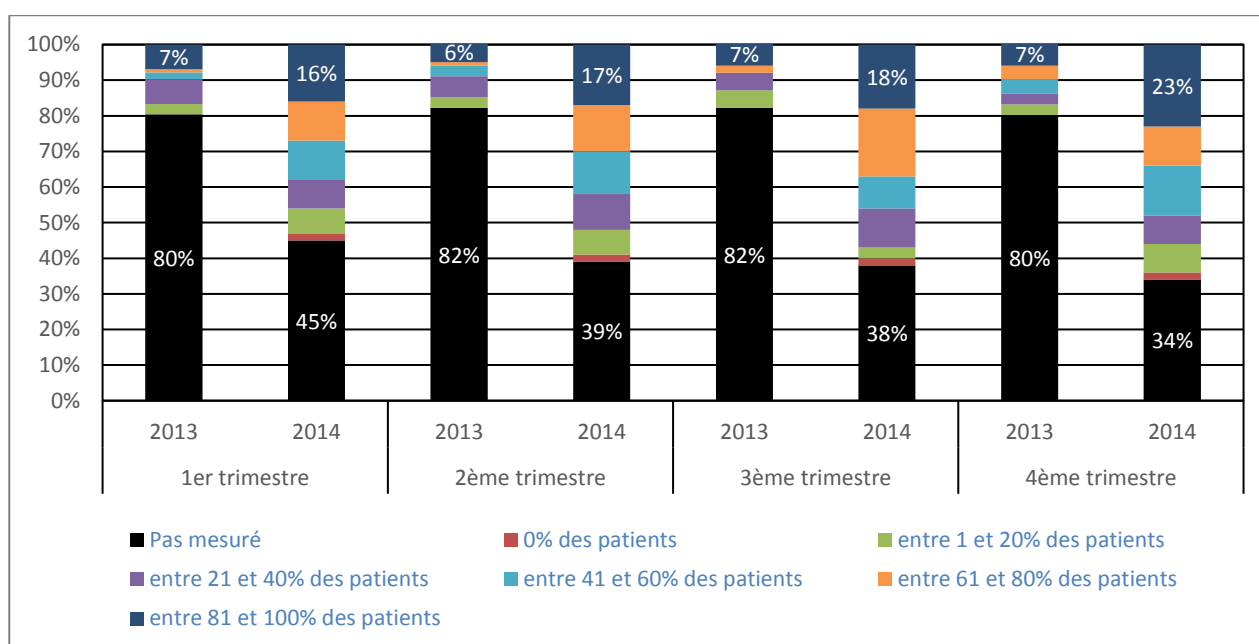
Indicateur CFQAI 2f2 : Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un dépistage nutritionnel à l'aide d'une échelle validée :

*Numérateur* : Nombre de patients à risque ou dénutris qui ont bénéficié d'un dépistage de leur état nutritionnel à l'aide d'une échelle validée.

*Dénominateur* : Nombre de patients identifiés dans leur dossier comme étant à risque de dénutris ou dénutris.

## CFQAI 2f2

Années 2013 (n=71) (102) – 2014 (n=100)



Le critère « non mesuré » était de 80% en 2013 et il reste autour de 40% de moyenne en 2014.

- 2 % des hôpitaux indiquent que 0% des patients ont bénéficié d'un dépistage de leur état nutritionnel à l'aide d'une échelle validée.
- 6 % des hôpitaux indiquent qu'entre 1 et 20% des patients ont bénéficié d'un dépistage de leur état nutritionnel à l'aide d'une échelle validée.
- 9 % des hôpitaux indiquent qu'entre 21 et 40% des patients ont bénéficié d'un dépistage de leur état nutritionnel à l'aide d'une échelle validée.
- 11 % des hôpitaux indiquent qu'entre 41 et 60% des patients ont bénéficié d'un dépistage de leur état nutritionnel à l'aide d'une échelle validée.
- 13 % des hôpitaux indiquent qu'entre 61 et 80% des patients ont bénéficié d'un dépistage de leur état nutritionnel à l'aide d'une échelle validée.
- 18 % des hôpitaux indiquent qu'entre 81 et 100% des patients ont bénéficié d'un dépistage de leur état nutritionnel à l'aide d'une échelle validée.

### CFQAI 2f3

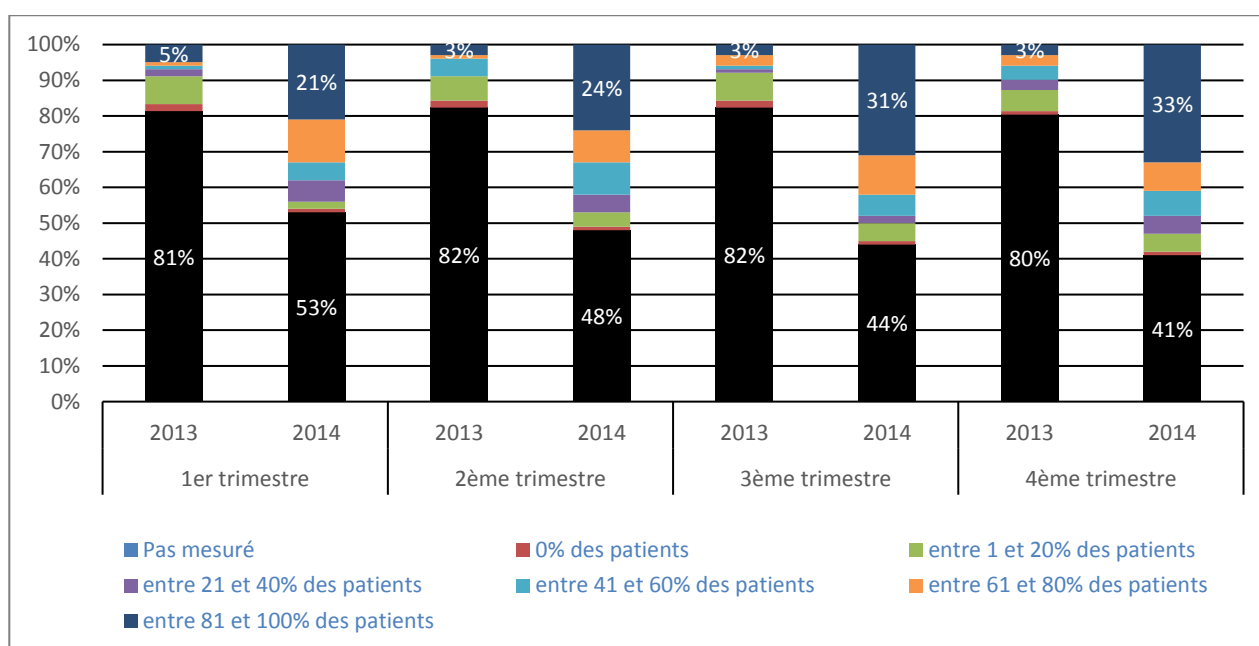
Indicateur CFQAI 2f3 : Pourcentage de patients ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle par un diététicien, un médecin ou un infirmier ayant une expertise en nutrition :

*Numérateur* : Nombre de patients à risque ou dénutris qui ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle par un diététicien, un médecin ou infirmier ayant une expertise en nutrition

*Dénominateur* : Nombre de patients identifiés dans leur dossier comme étant à risque de dénutris ou dénutris.

### CFQAI 2f3

Années 2013 (n=71) (102) – 2014 (n=100)



Le critère « non mesuré » était de 80% en 2013 et il reste autour de 46% de moyenne en 2014.

- A. 1% des hôpitaux indiquent que 0% des patients ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle par un diététicien, un médecin ou infirmier ayant une expertise en nutrition
- B. 4% des hôpitaux indiquent qu'entre 1 et 20% des patients ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle par un diététicien, un médecin ou infirmier ayant une expertise en nutrition
- C. 4,5% des hôpitaux indiquent qu'entre 21 et 40% des patients ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle par un diététicien, un médecin ou infirmier ayant une expertise en nutrition
- D. 7% des hôpitaux indiquent qu'entre 41 et 60% des patients ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle par un diététicien, un médecin ou infirmier ayant une expertise en nutrition
- E. 10% des hôpitaux indiquent qu'entre 61 et 80% des patients ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle par un diététicien, un médecin ou infirmier ayant une expertise en nutrition
- F. 27% des hôpitaux indiquent qu'entre 81 et 100% des patients ont bénéficié d'une évaluation nutritionnelle par un diététicien, un médecin ou infirmier ayant une expertise en nutrition

## Indicateurs de Résultats

### CFQAI 2g Prévalence des patients à risque de dénutrition ou dénutris qui ont été pesés au minimum deux fois.

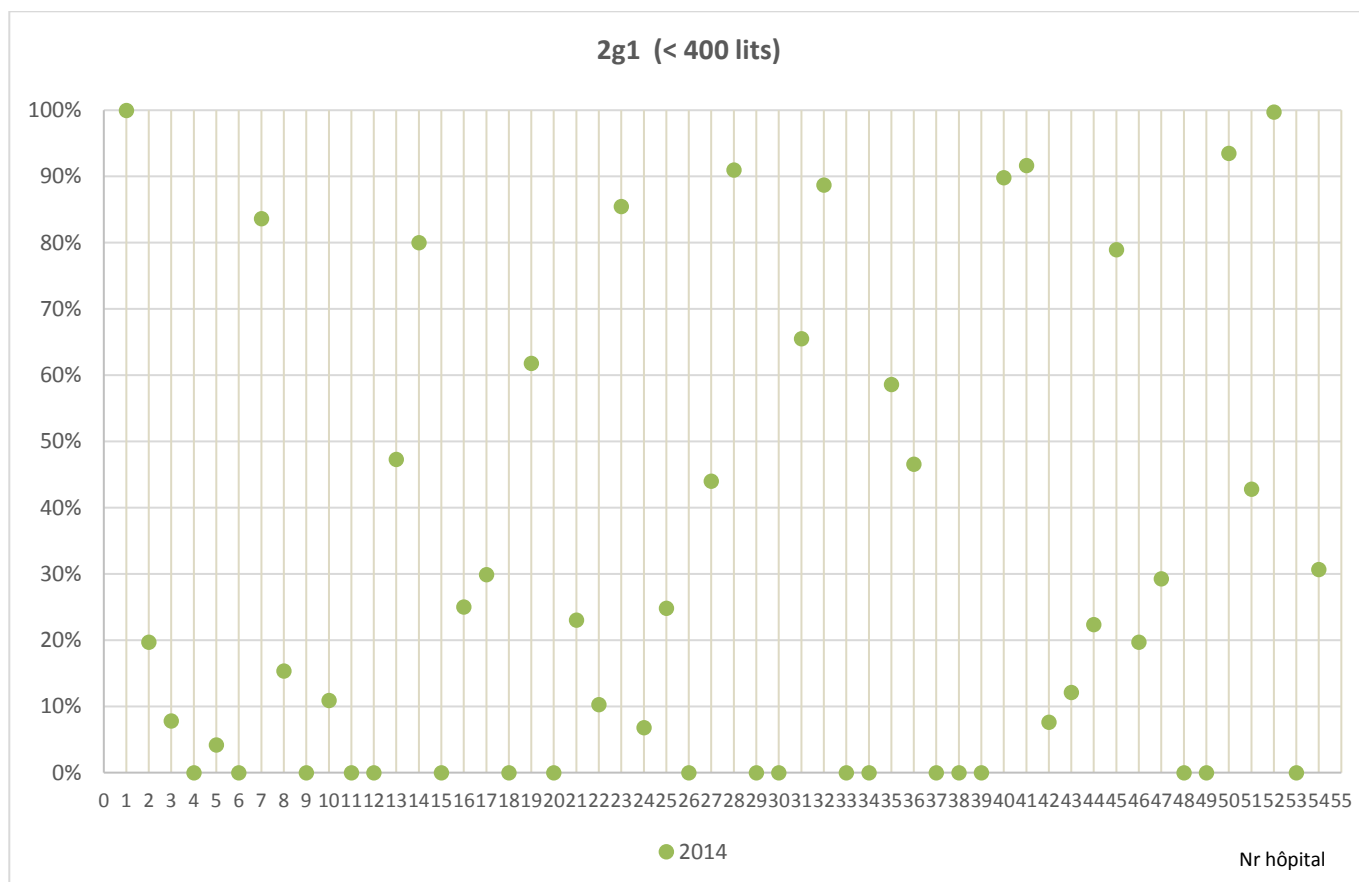
#### CFQAI 2g1

Cet indicateur mesure le nombre de patients *à risque de dénutrition ou dénutris* pesés dans les 48h de leur admission et dont le poids est noté dans le dossier.

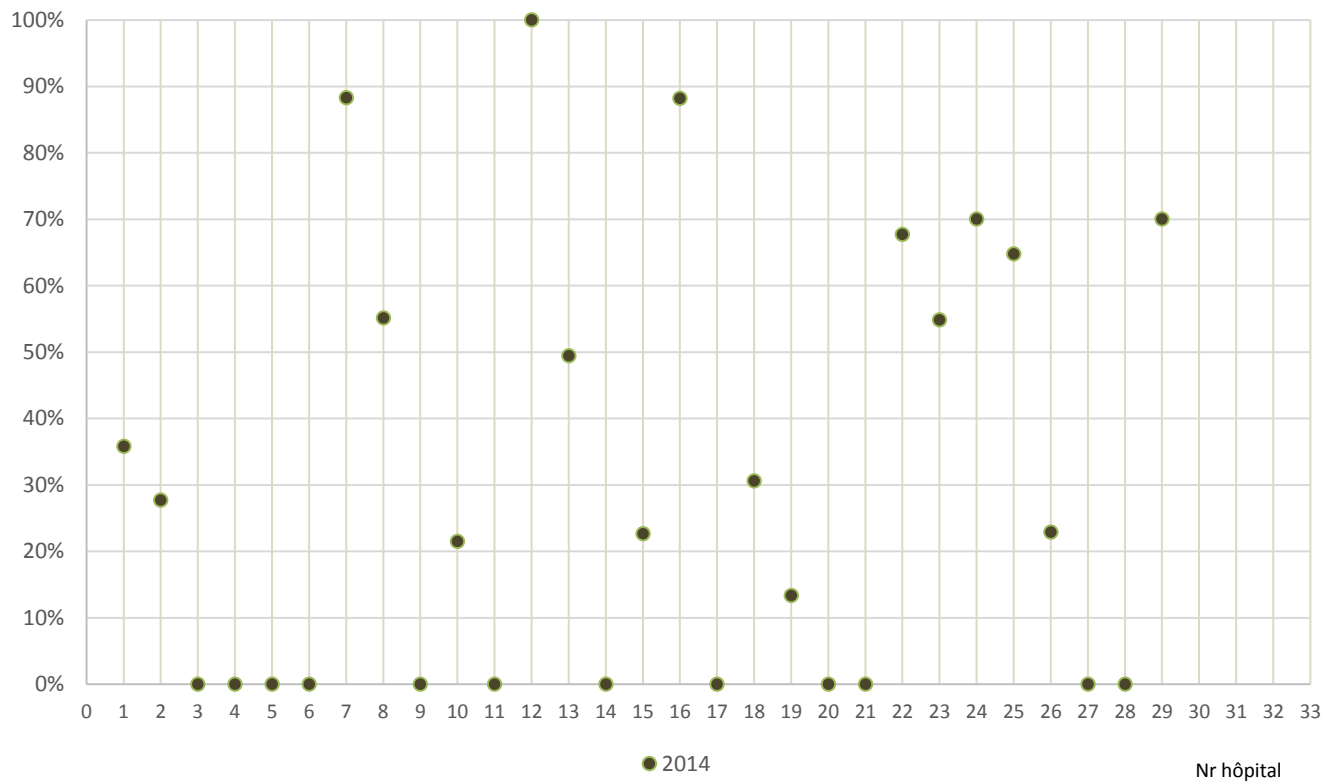
Critère d'inclusion : seuls les hôpitaux ayant envoyé des données pour les 4 trimestres ont été pris en compte

#### 2g1

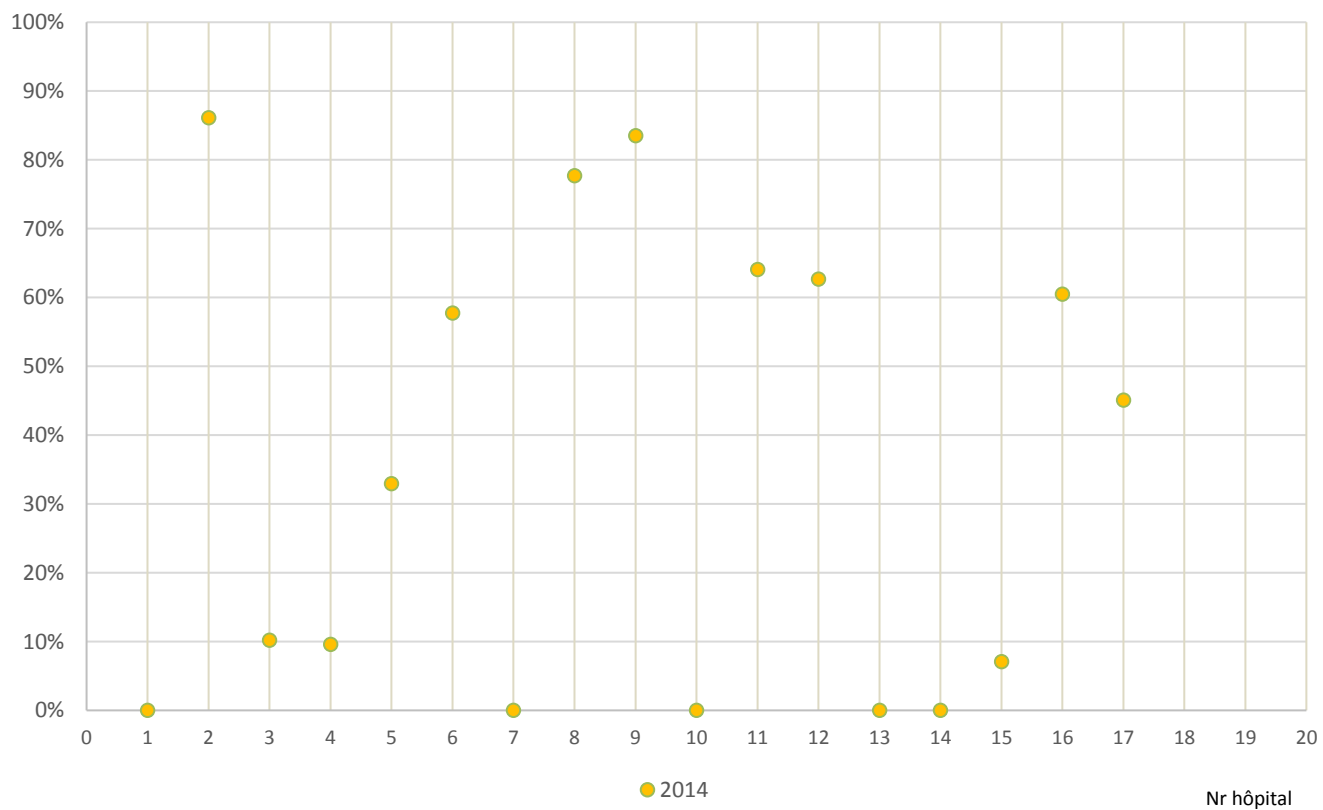
	2014
Nombre d'hôpitaux répondant au critère d'inclusion	43
Nombre de patients admis	111972
Nombre patients à risque, dénutris pesés dans les 48h admission	42992
Prévalence	38,40%



2g1 ( 400 - 800 lits)



2g1 (> 800 lits)



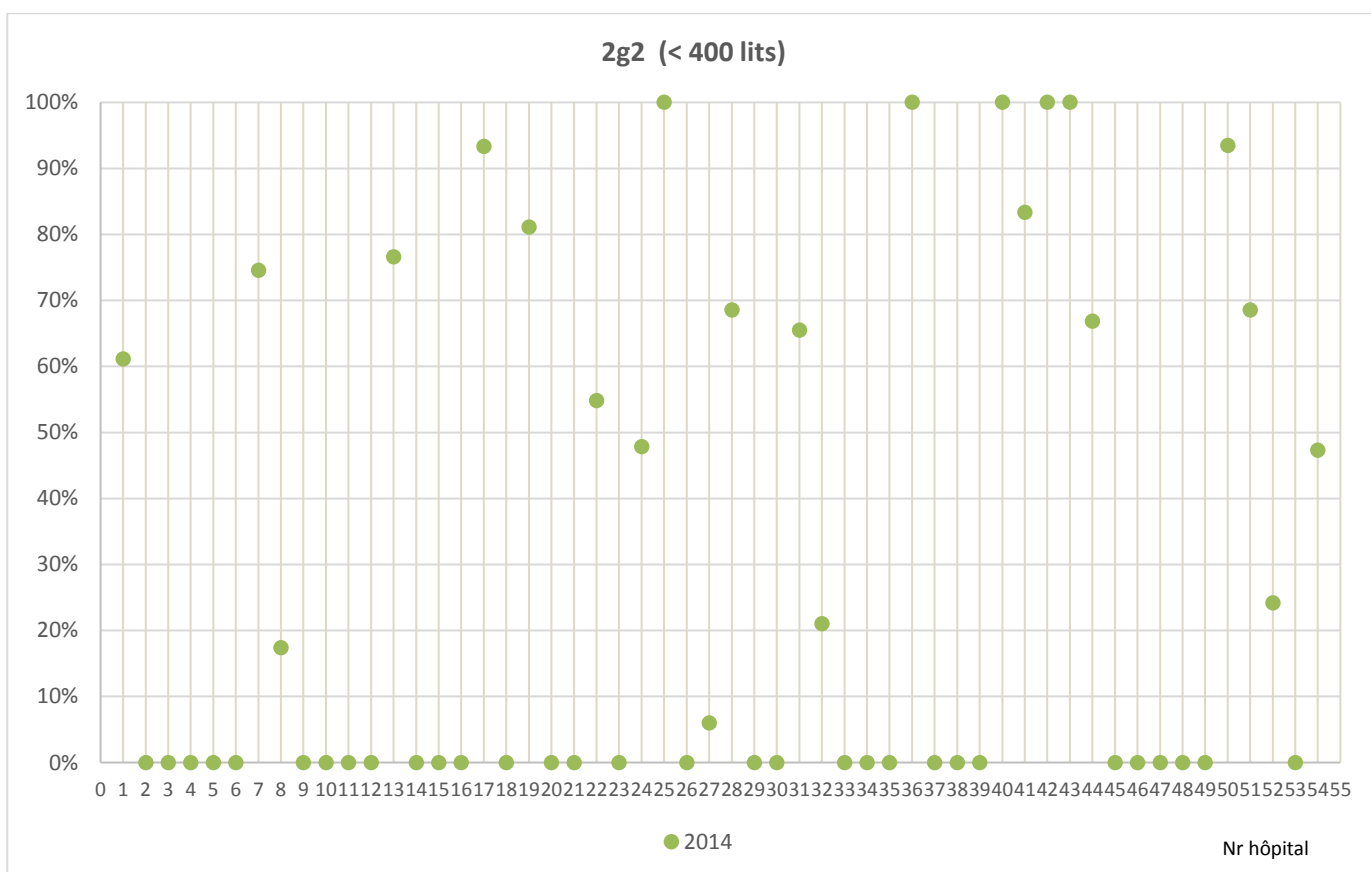
## CFQAI 2g2

Cet indicateur mesure le nombre de patients à *risque de dénutrition ou dénutris* **pesés une seconde fois** et dont le poids est noté dans le dossier.

Critère d'inclusion : seuls les hôpitaux ayant envoyé des données pour les 4 trimestres ont été pris en compte

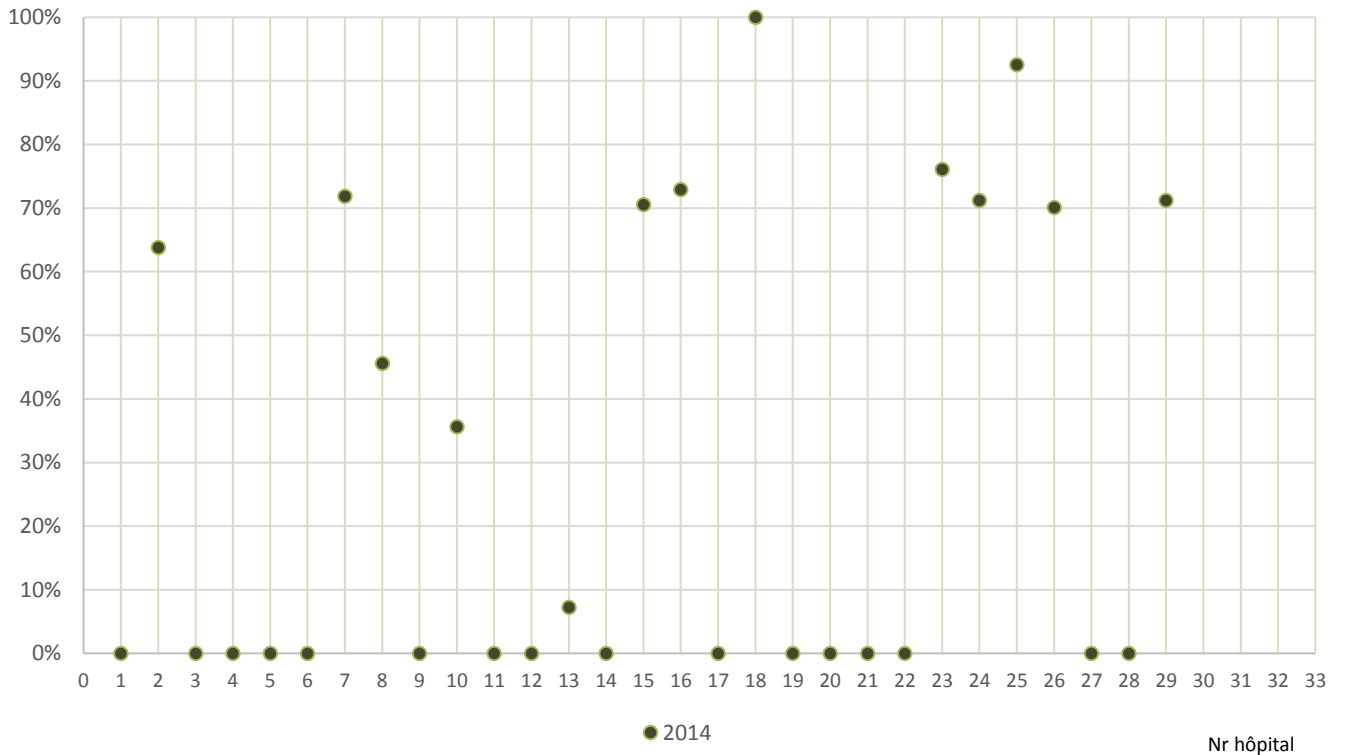
2g2

	2014
Nombre d'hôpitaux répondant au critère d'inclusion	31
Nombre de patients à risque, dénutris	24754
Nombre patients à risque, dénutris pesés une 2ième fois	14755
Prévalence	59,61%

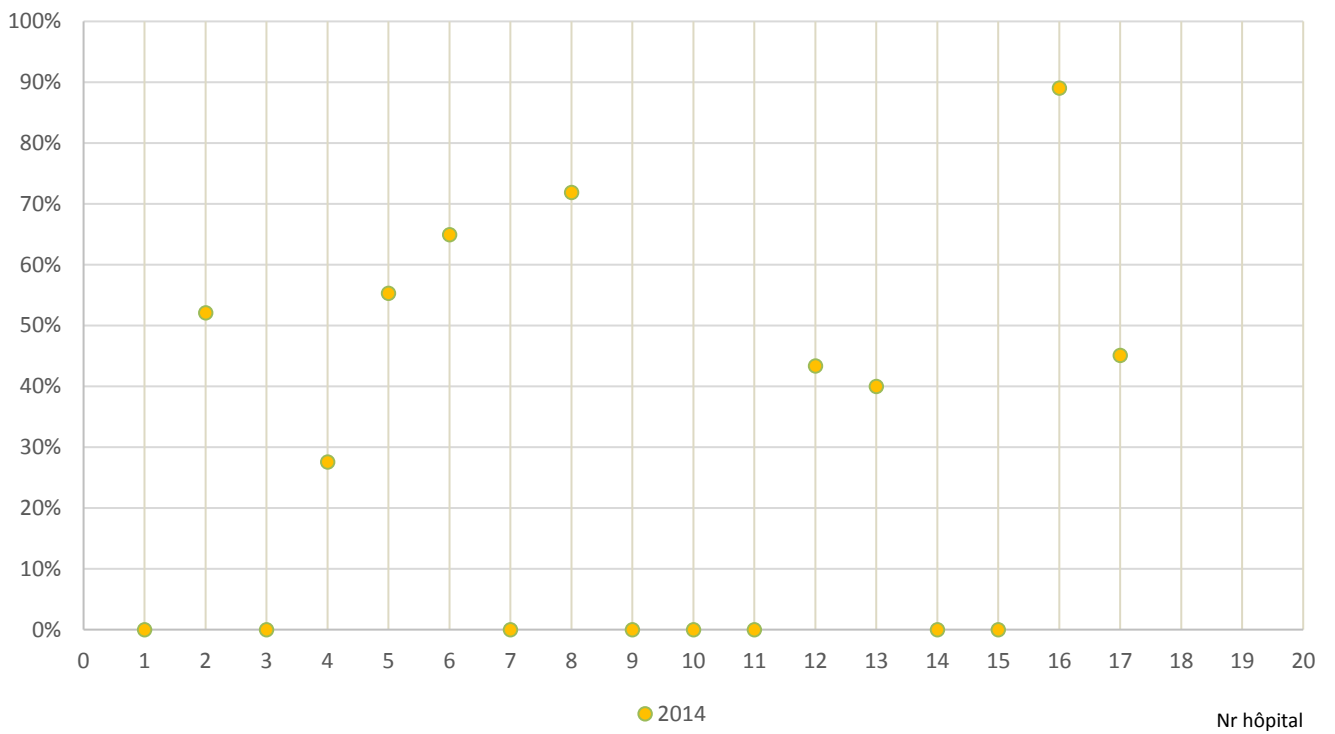




2g2 ( 400 - 800 lits)



2g2 ( > 800 lits)



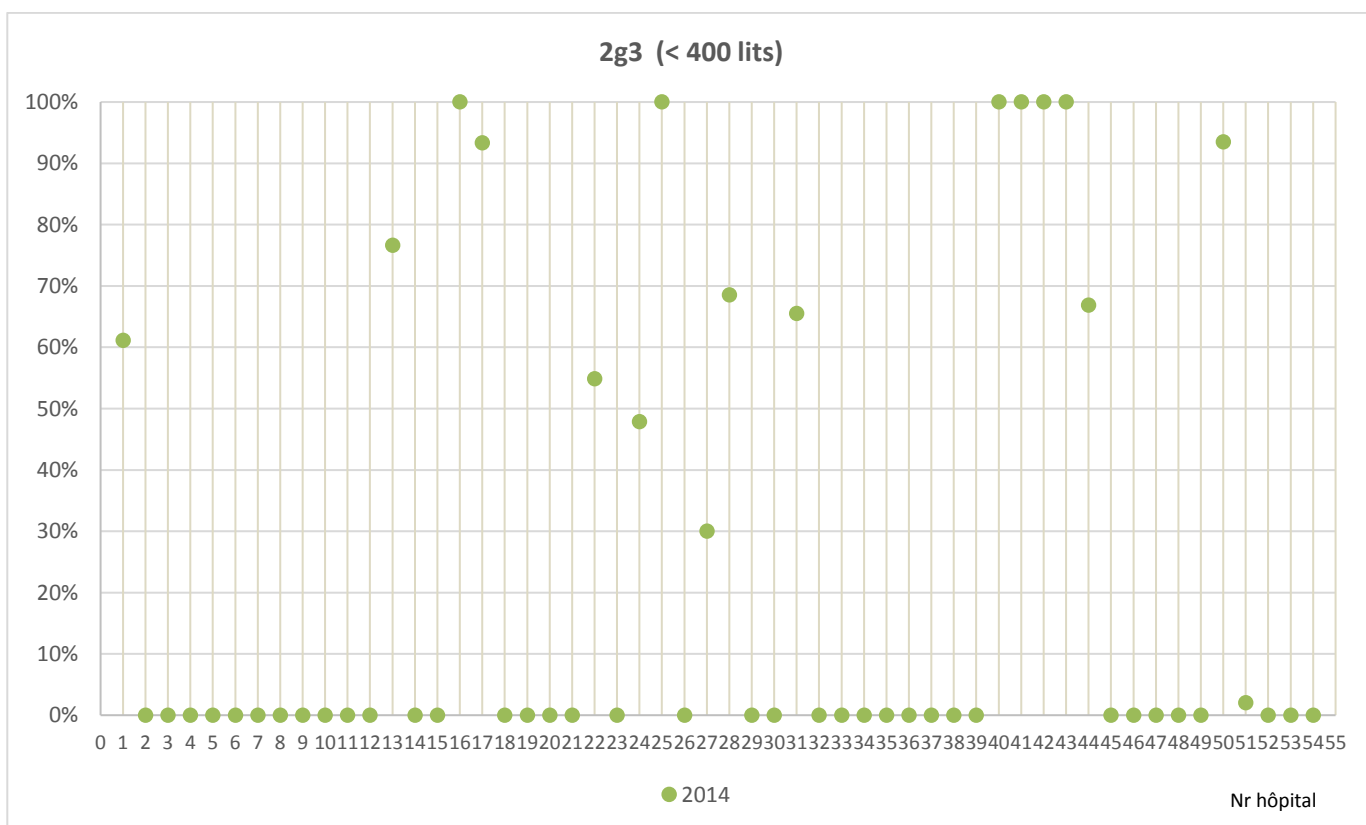
## CFQAI 2g3

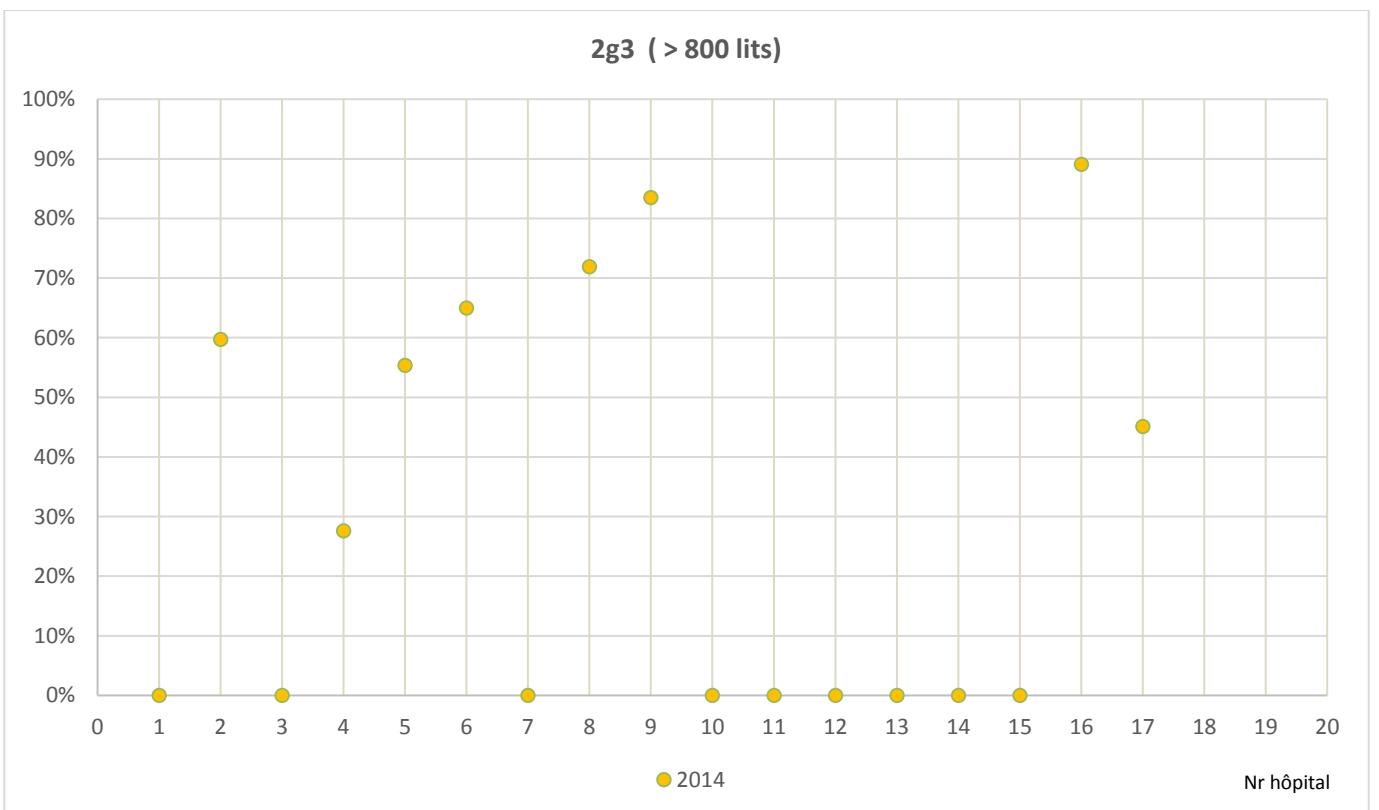
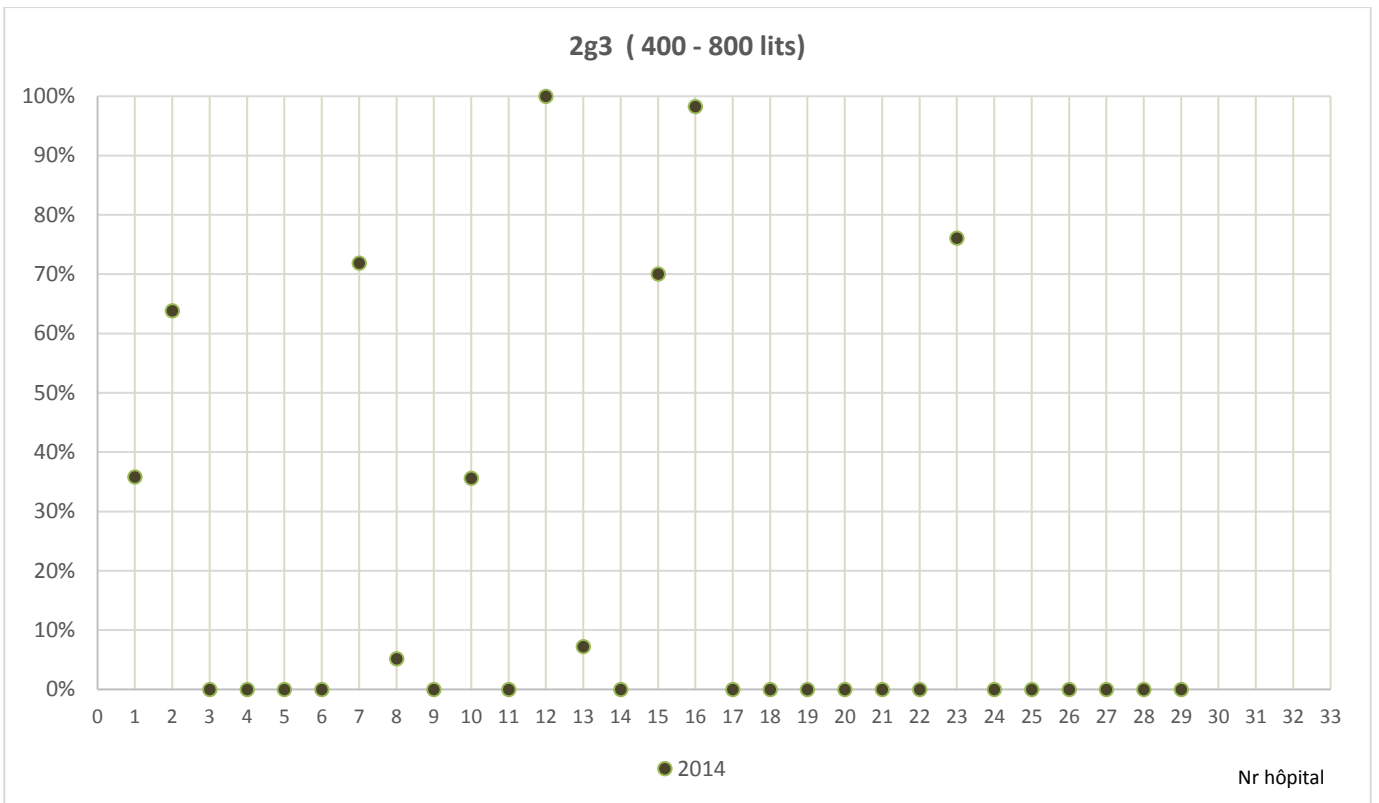
Cet indicateur mesure le nombre de patients à risque de dénutrition ou dénutris dont **la courbe de poids** est présente dans le dossier.

Critère d'inclusion : seuls les hôpitaux ayant envoyé des données pour les 4 trimestres ont été pris en compte

2g3

	2014
Nombre d'hôpitaux répondant au critère d'inclusion	26
Nombre de patients à risque, dénutris	23192
Nombre patients à risque, dénutris courbe poids notée	13310
Prévalence	57,39%





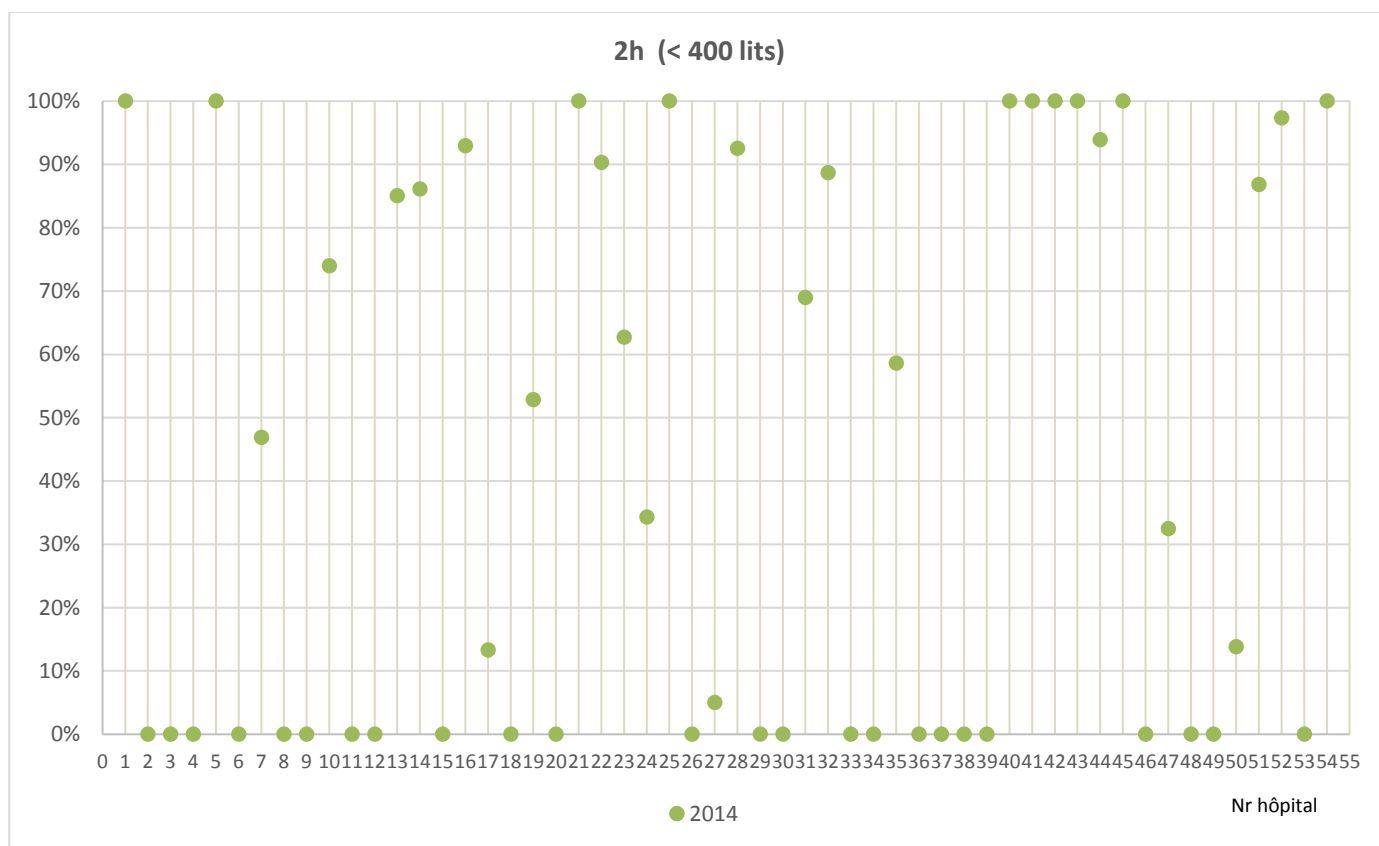
**CFQAI 2h Prévalence des patients à risque de dénutrition ou dénutris qui ont bénéficié d'une consultation diététique notée au dossier.**

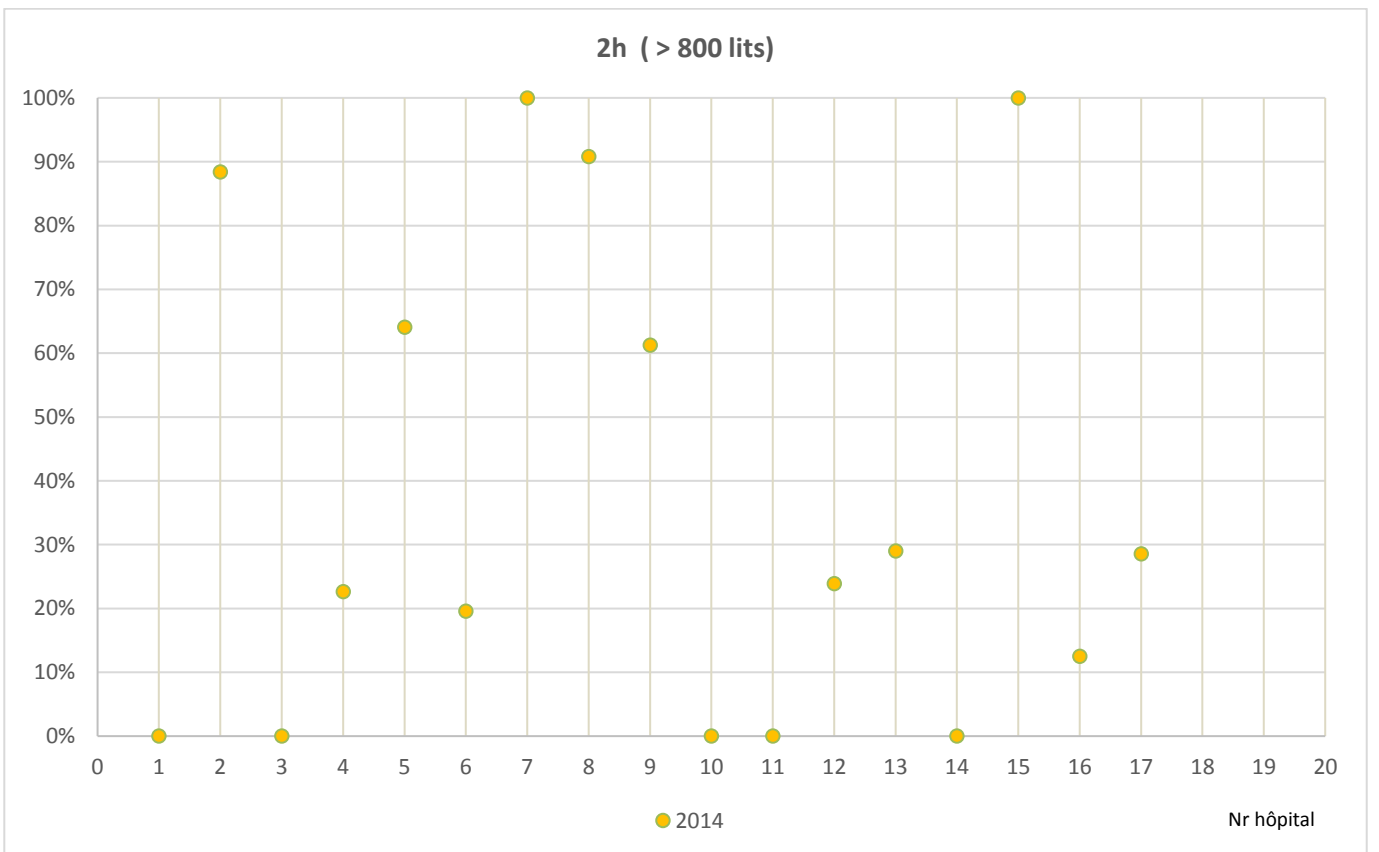
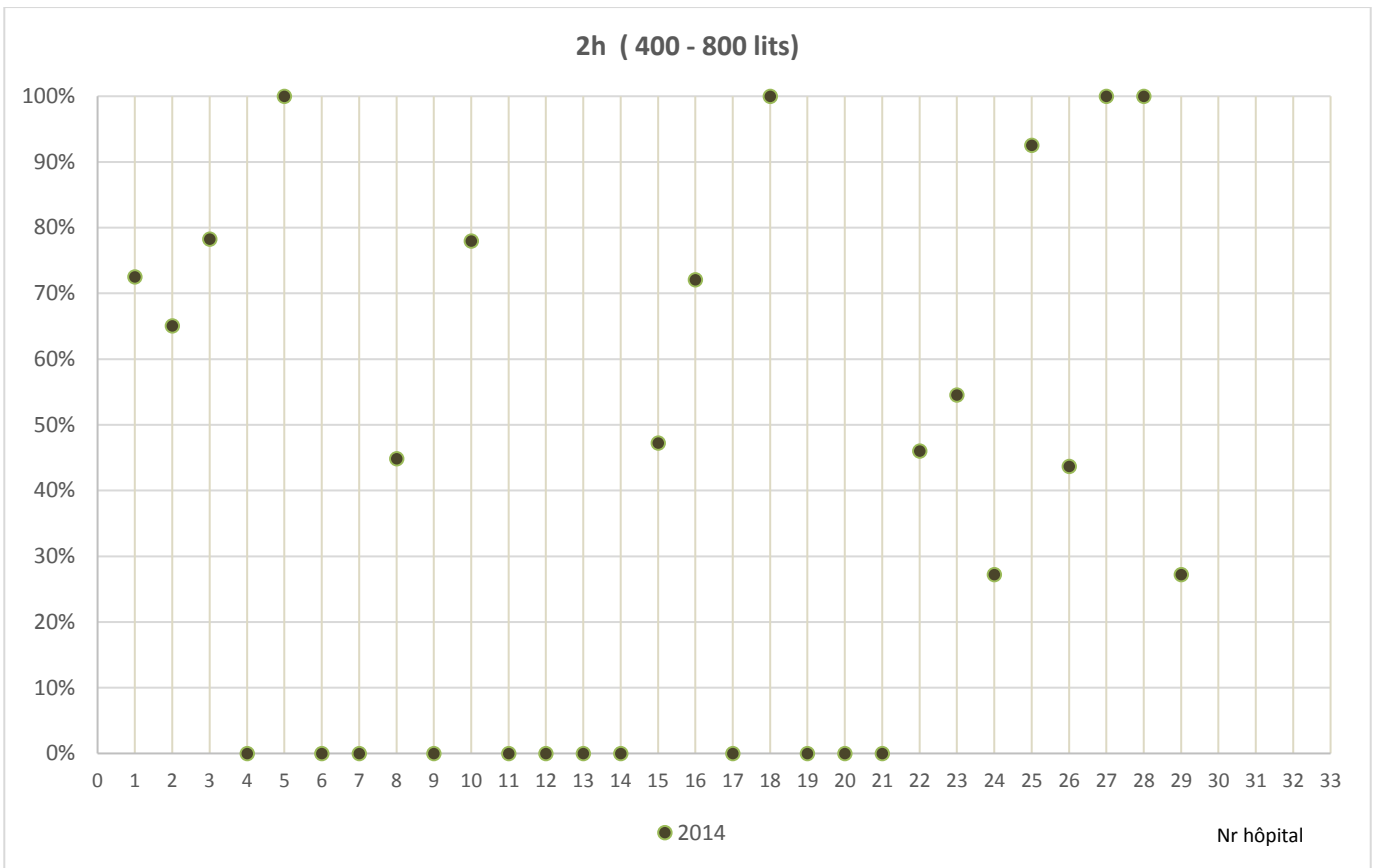
Cet indicateur mesure le nombre de patients dénutris ayant bénéficié d'une consultation diététique notée dans le dossier.

Critère d'inclusion : seuls les hôpitaux ayant envoyé des données pour les 4 trimestres ont été pris en compte

2h

	2014
Nombre d'hôpitaux répondant au critère d'inclusion	41
Nombre de patients à risque, dénutris	32297
Nombre de patients dénutris -consultation diététique	27046
Prévalence	83,74%





## IV. Psychiatrie

### Taux de réponse par région

	Répondants						Pas de réponse					
	2012		2013		2014		2012		2013		2014	
Bruxelles	17	94%	18	100%	11	61%	1	6%	0	0%	7	39%
Flandre	59	83%	59	83%	45	63%	12	17%	12	17%	26	37%
Wallonie	39	98%	39	98%	30	75%	1	3%	1	3%	10	25%

### A. Mesures de privations de liberté en psychiatrie

#### 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.

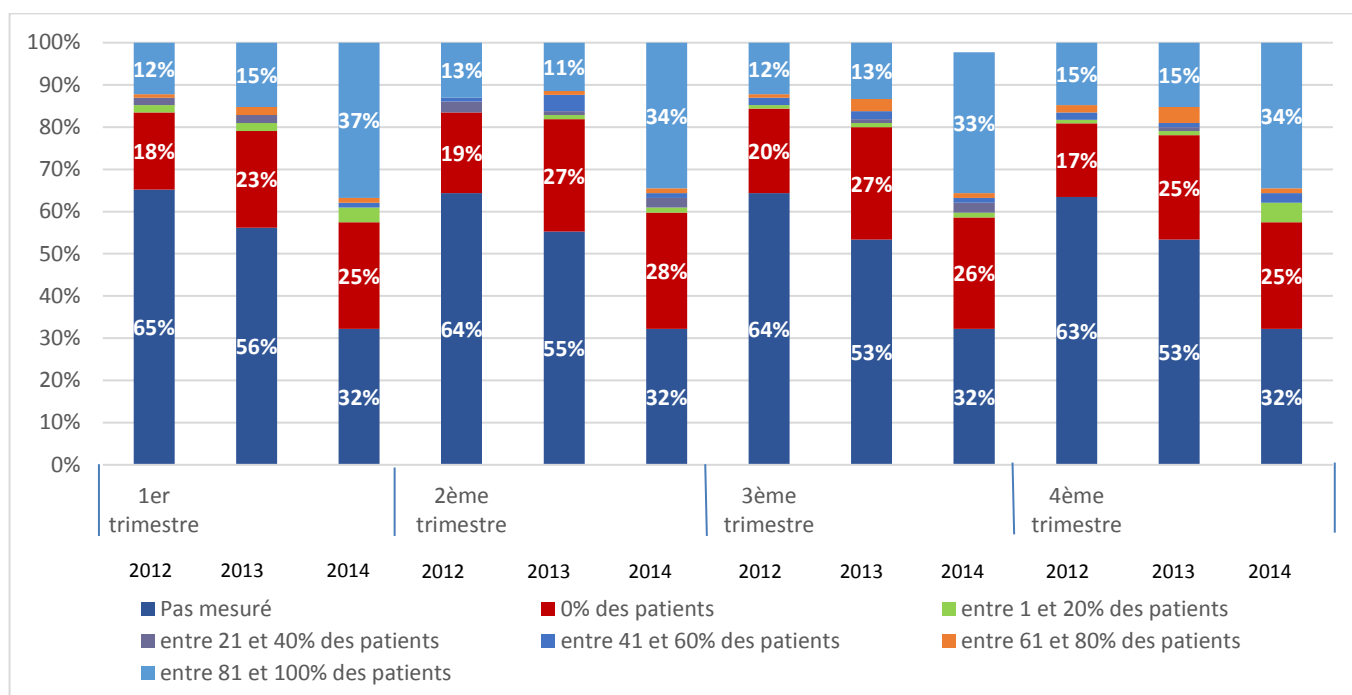
*Dénominateur* : Nombre de patients attachés/isolés ces jours-là dans les secteurs concernés.

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 2012 ( n=115) -2013 (n=105)-2014 (n=87)



En 2014, **32%** des hôpitaux qui ont répondu, n'ont pas mesuré l'indicateur 'Surveillance des isolements et contentions'. En 2013 et 2012 le pourcentage des hôpitaux qui n'ont pas mesuré cet indicateur est respectivement de 53% et 63%.

**34%** des hôpitaux qui ont répondu en 2014 ont noté les résultats de la surveillance des isolements et contentions dans le dossier patient et cela pour  $\geq 80\%$  des patients (4<sup>ième</sup> 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.

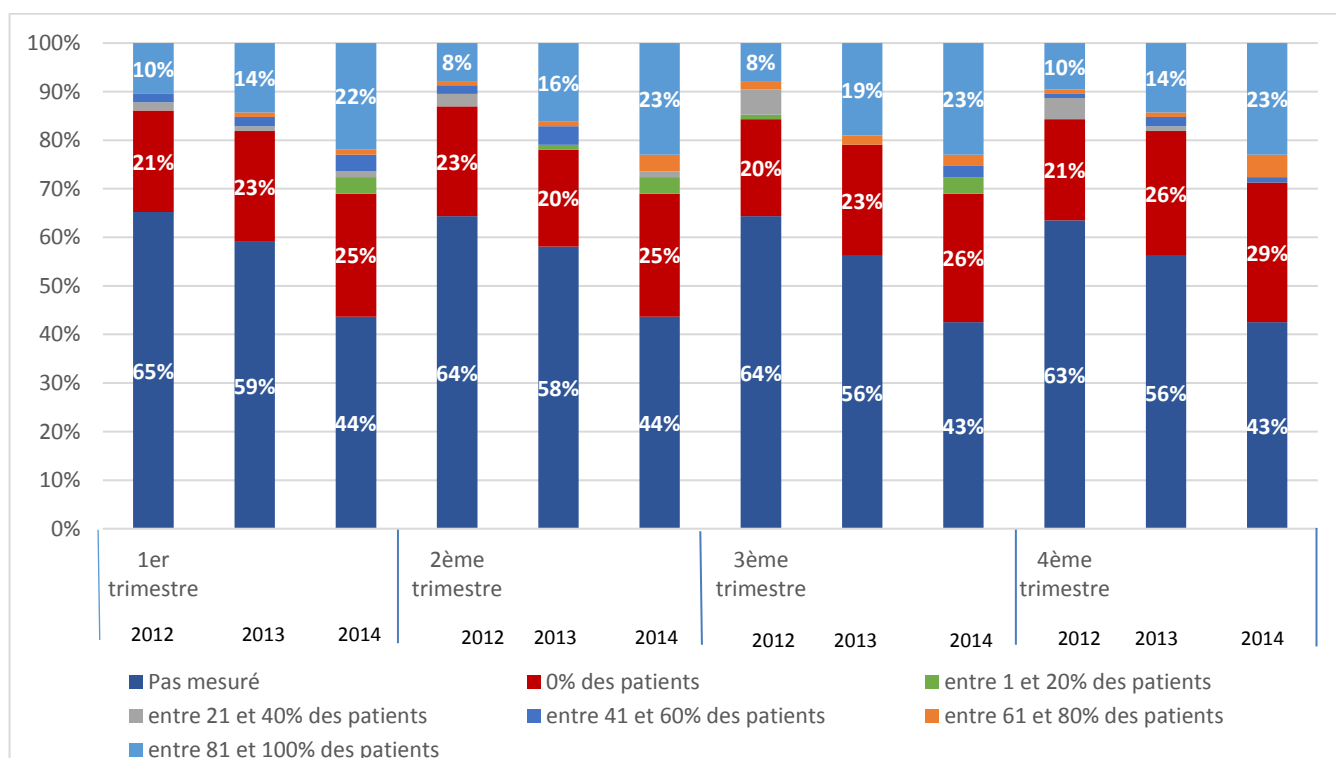
*Dénominateur* : Nombre de patients attachés/isolés ces jours-là dans les secteurs concernés.

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 2012 (n=115) -2013 (n=105) -2014(n=87)**





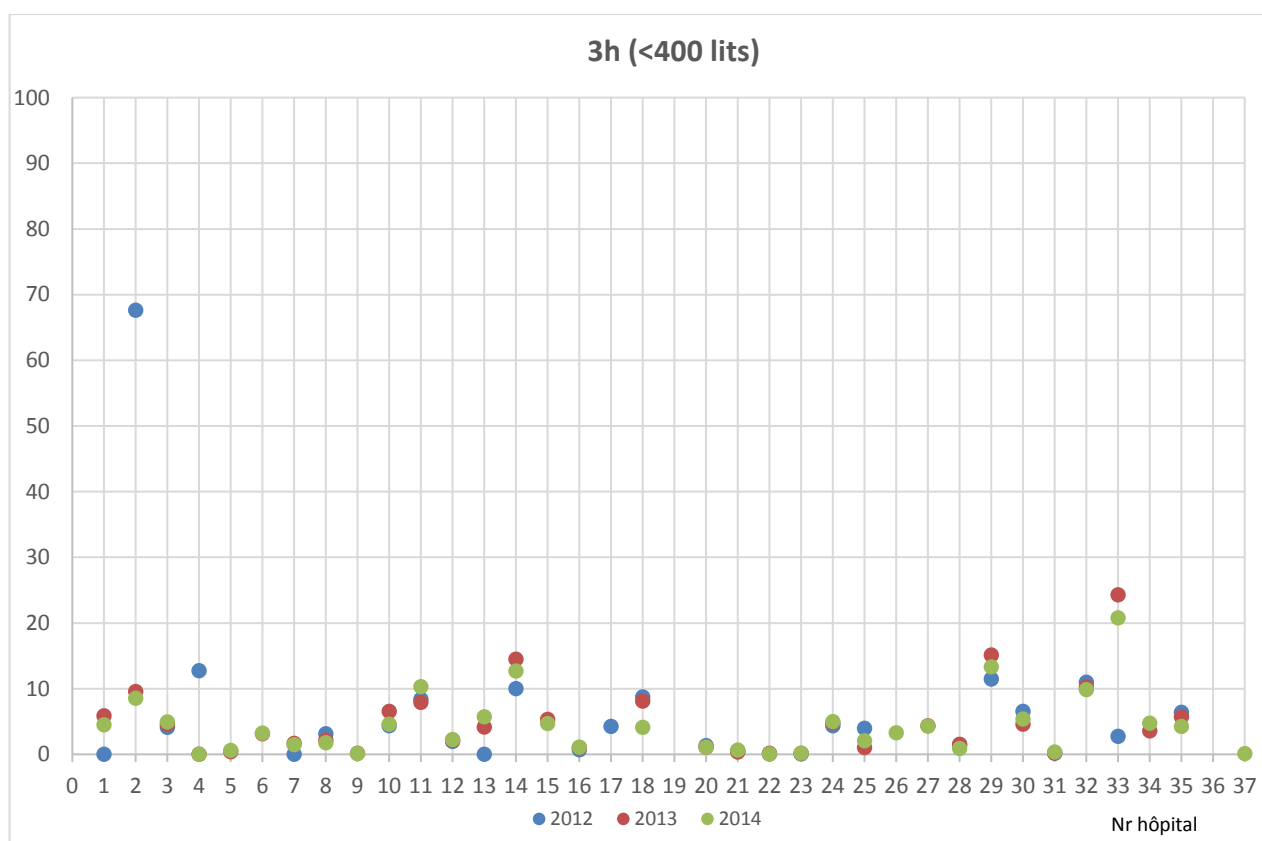
## Indicateurs de résultats

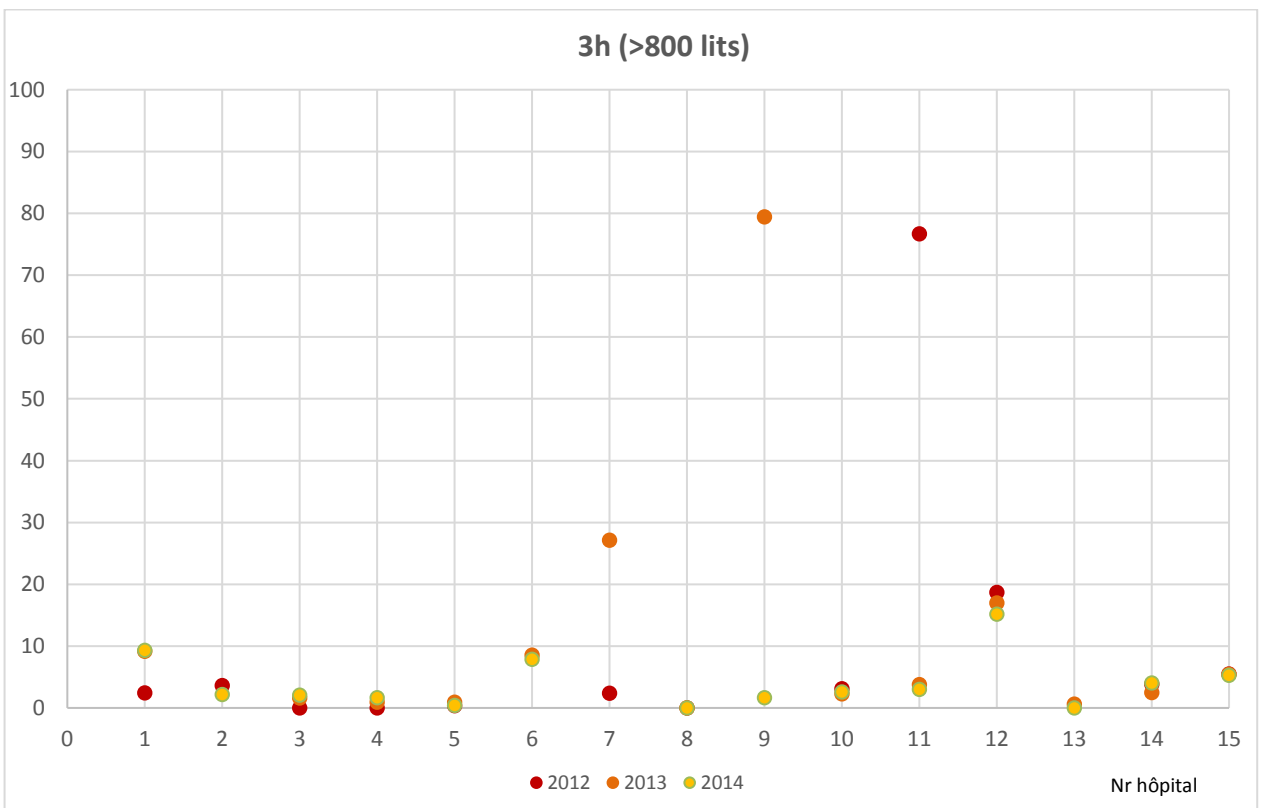
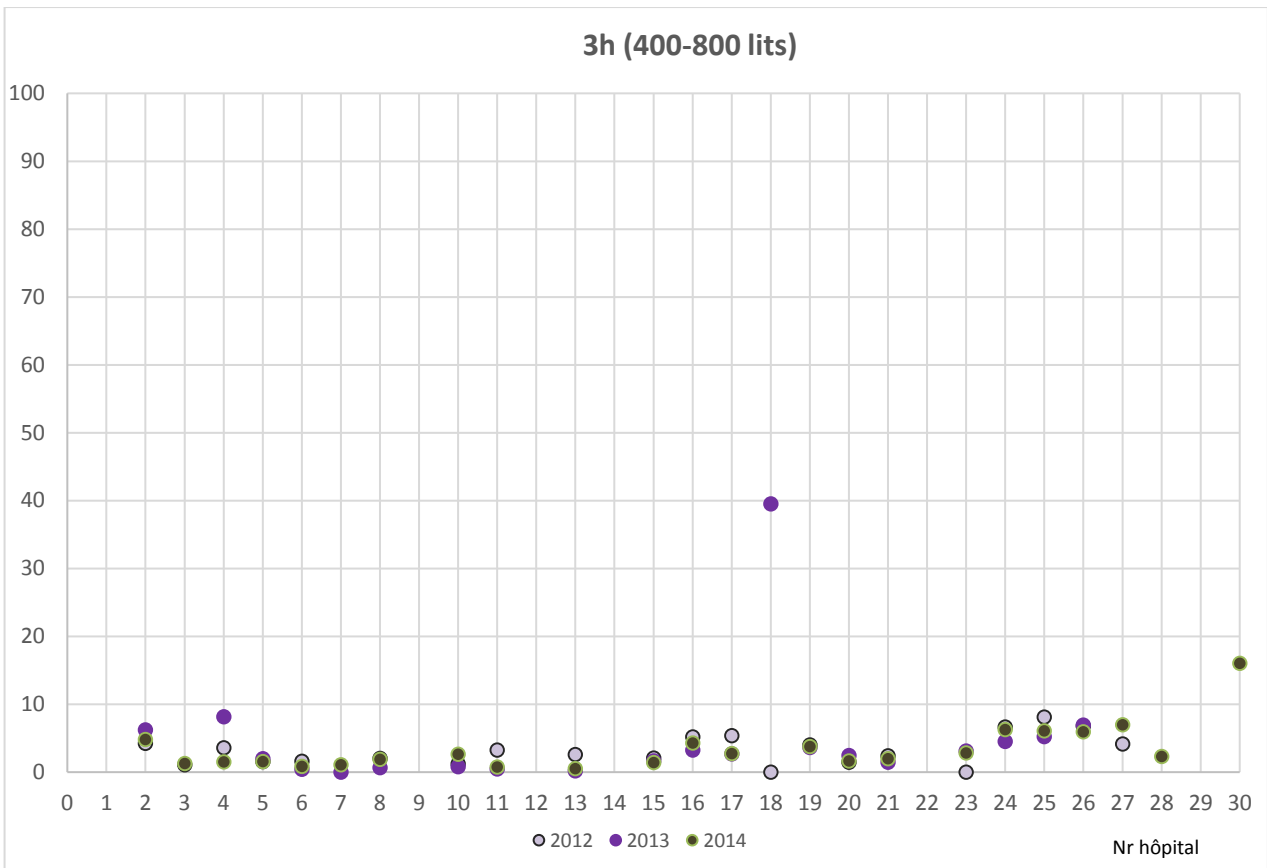
### Benchmarking : CFQAI 3h Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels

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

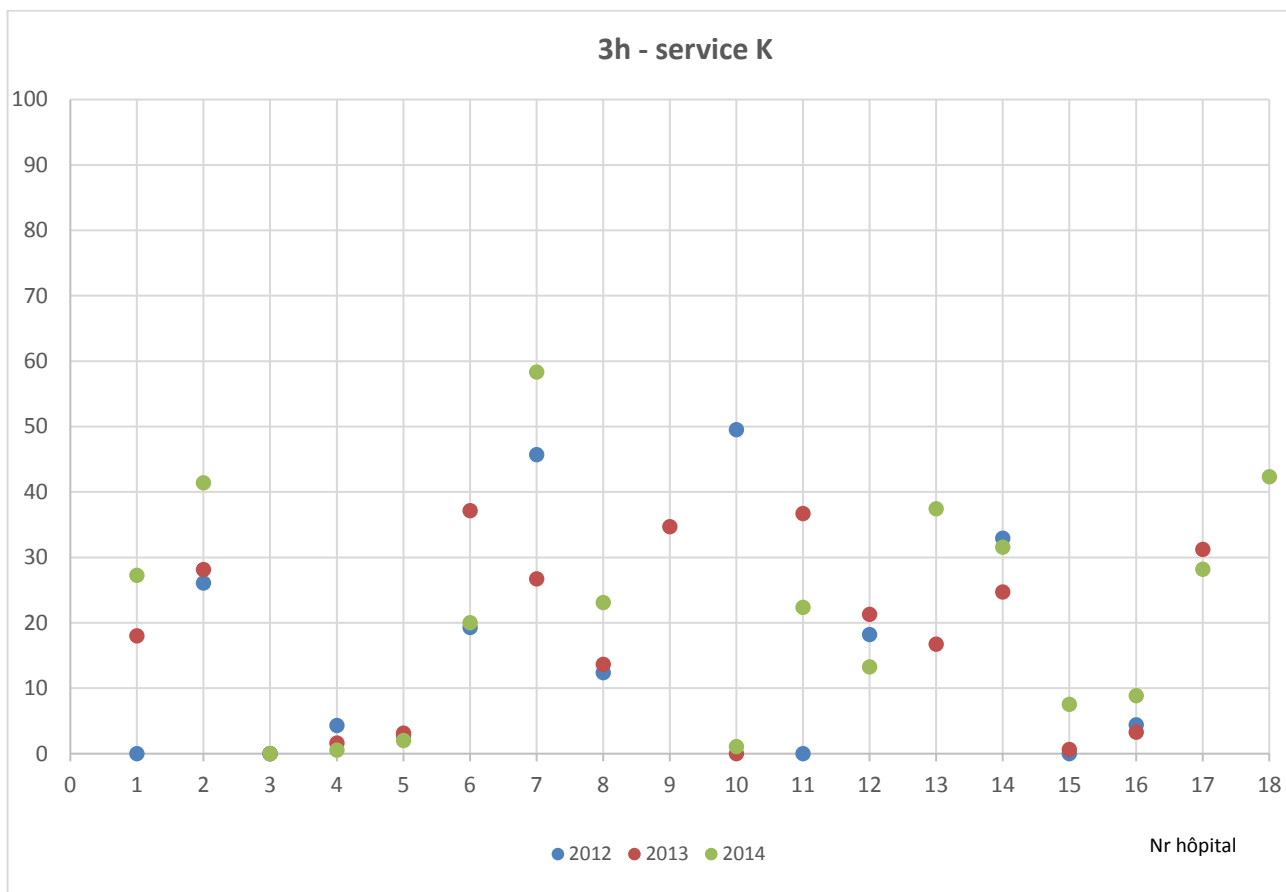
	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	67	79	73
Nombre total de journées d'hospitalisation	2828932	3294548	2865237
Nombre total d'isolement	18267	33657	32708
Incidence	6,46	10,22	11,42





3h2 – Service résidentiel K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	33	19	17
Nombre total de journées d'hospitalisation	105168	154723	120322
Nombre total d'isolement	3773	2469	2522
Incidence	35,88	15,96	20,96



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

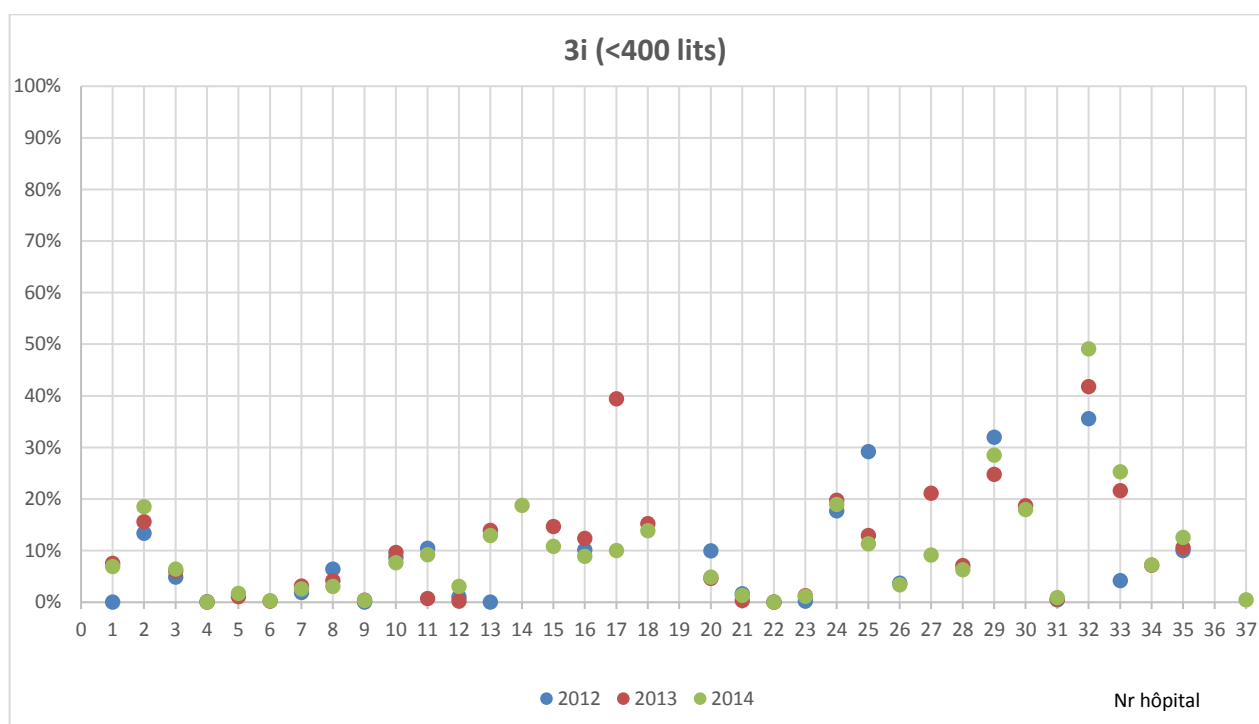
Pour le CFQAI, un isolement est : l'ensemble des mesures qui sont prises afin d'héberger un patient seul dans un espace fermé, avec une contention ou non. Cet espace peut être une chambre d'isolement conçue à cet effet, mais éventuellement également un autre espace ou la chambre du patient.

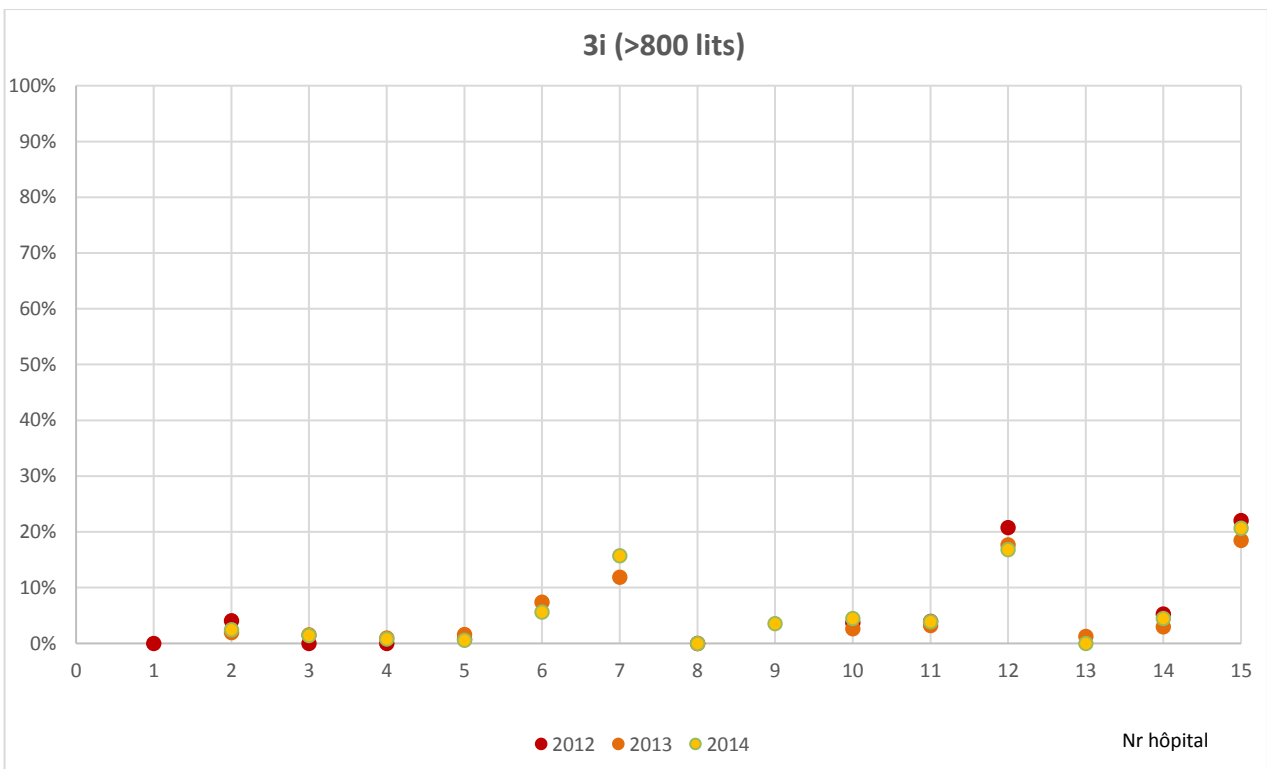
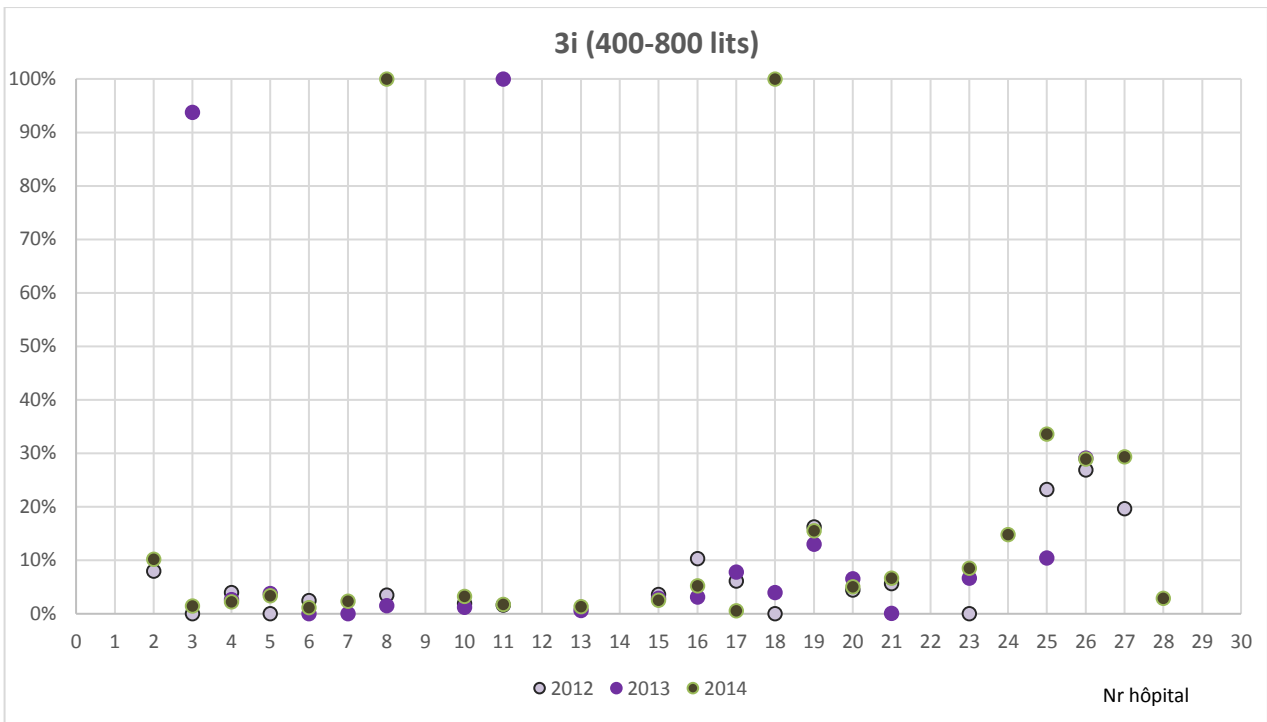
Nous ne tenons pas compte des isolements pour des raisons infectieuses

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

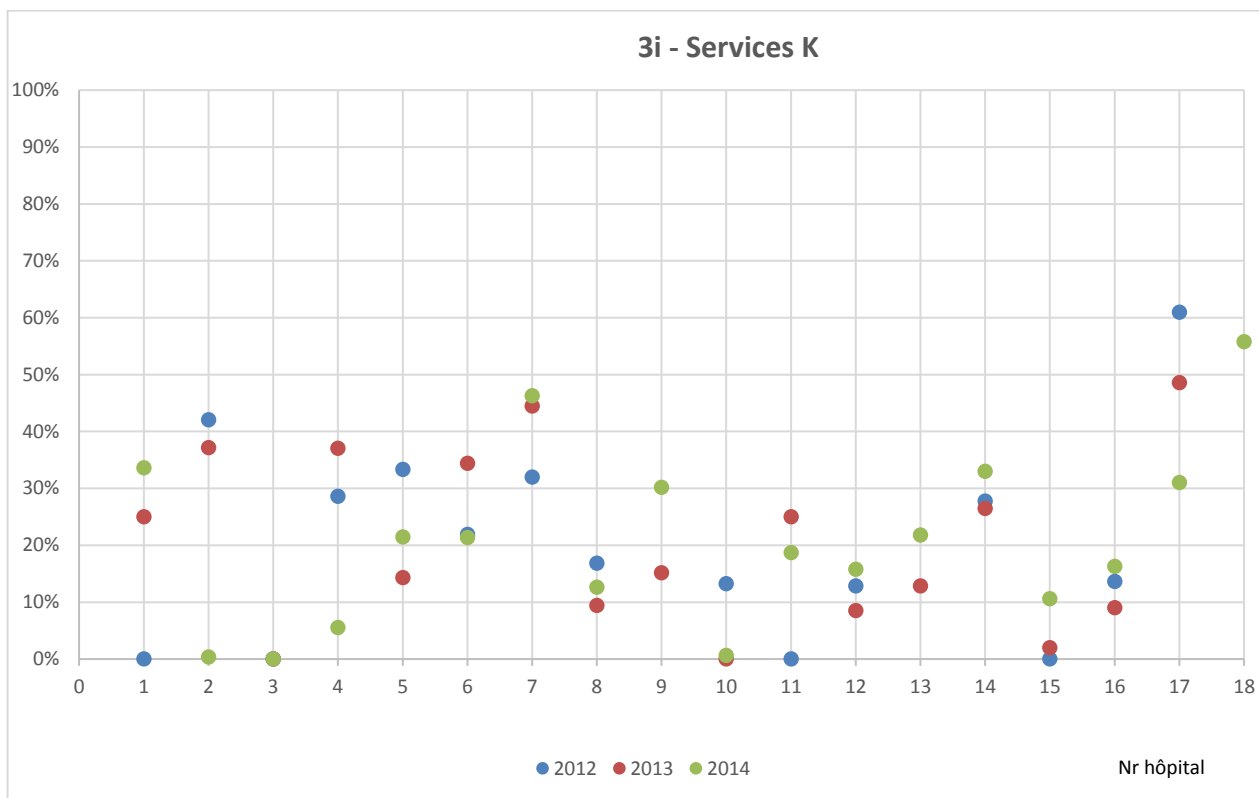
	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	57	75	70
Nombre total de patients	198086	249518	105779
Nombre patients isolés	4519	5511	5829
Incidence	2,28%	2,21%	5,51%





3i2 – Service K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	29	19	17
Nombre total de patients	13270	9643	26720
Nombre patients isolés	420	523	566
Incidence	3,17%	5,42%	2,12%



## **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.

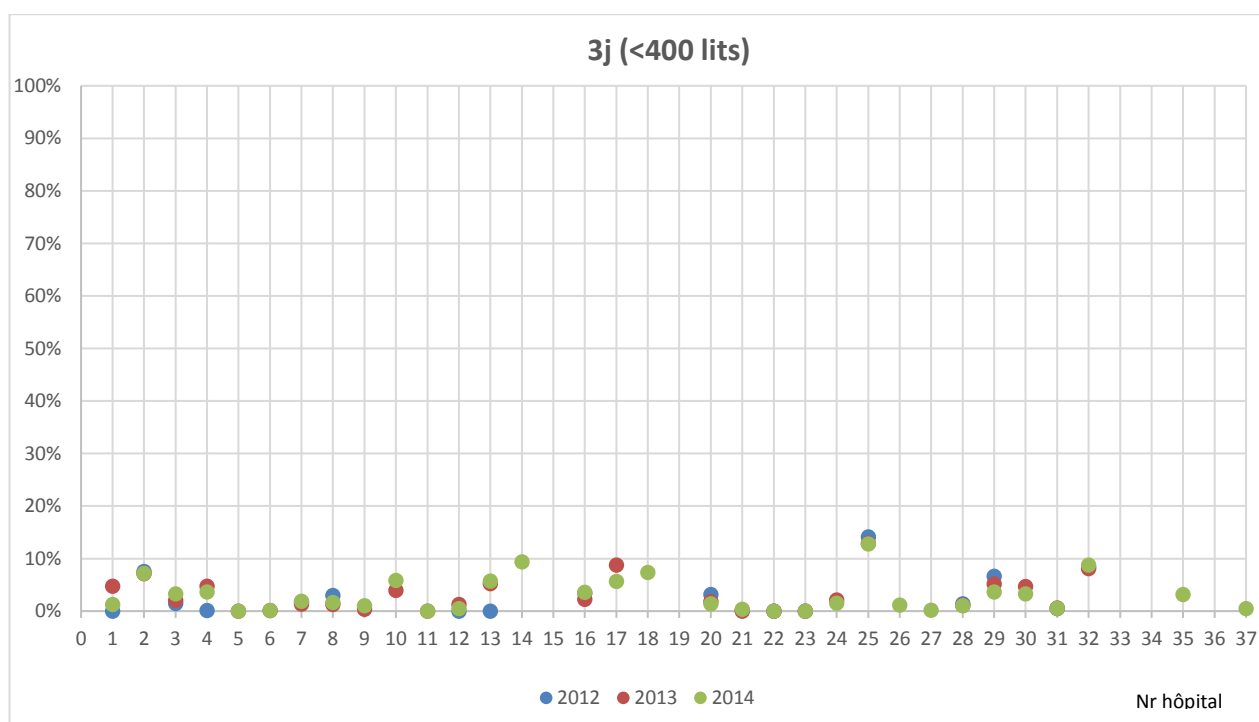
La mesure de contention a pour objectif de mettre un patient, dont le comportement est considéré comme dangereux ou mal adapté à la situation, en sécurité.

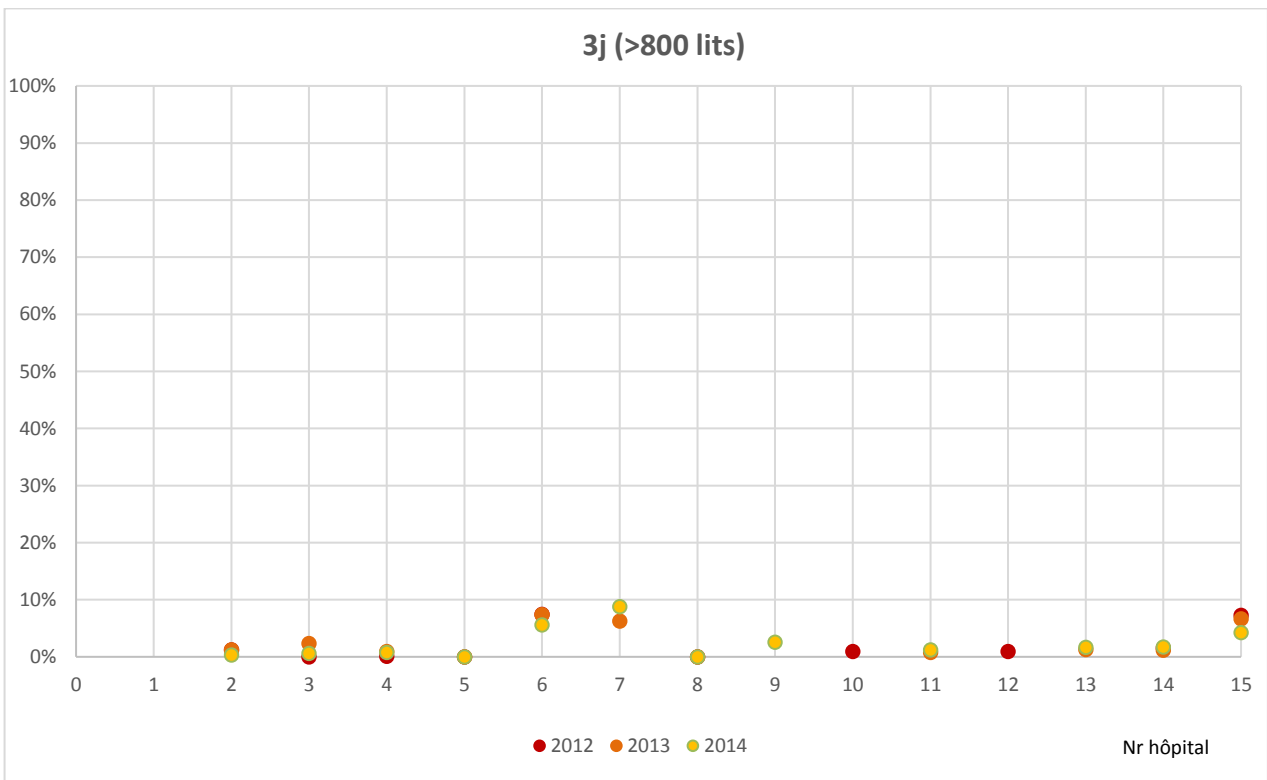
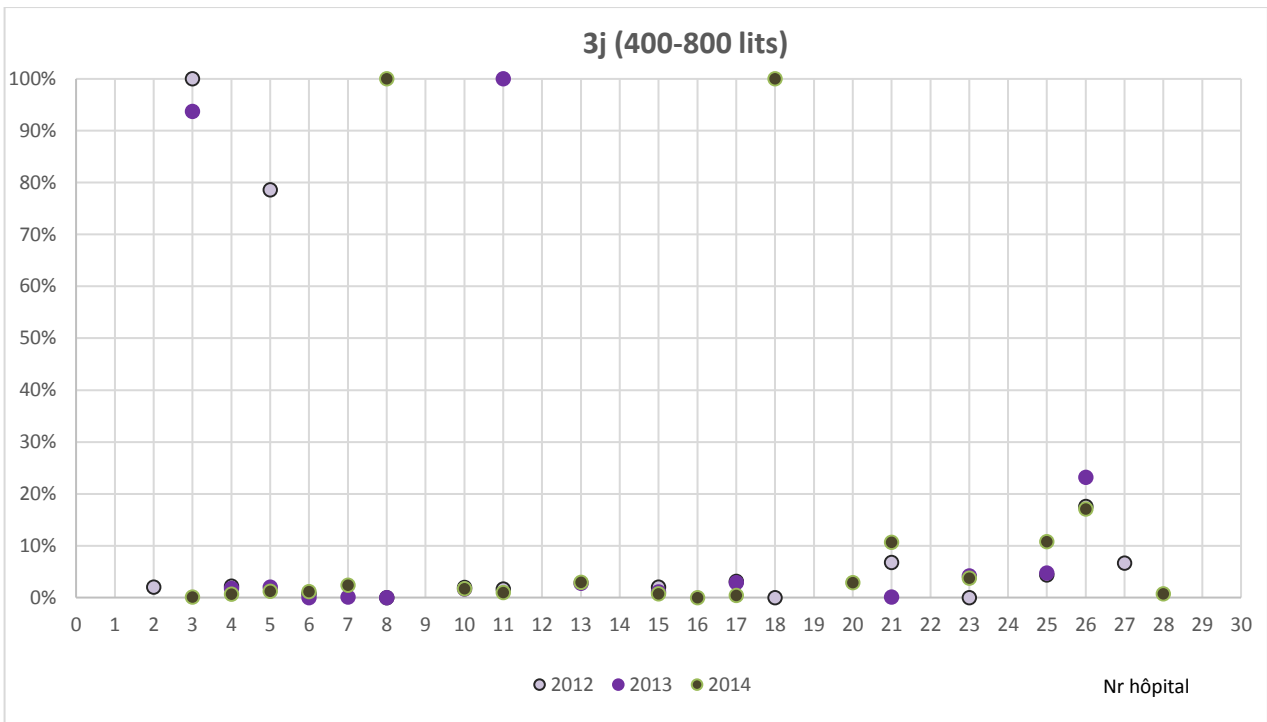
Nous ne tenons pas compte des contentions pour raisons orthopédiques ou fonctionnelles.

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	2014
Nombre d’hôpitaux	46	56	58
Nombre total de patients	205031	208773	92936
Nombre patients contentionnés	1285	1774	1713
Incidence	0,63%	0,85%	1,84%

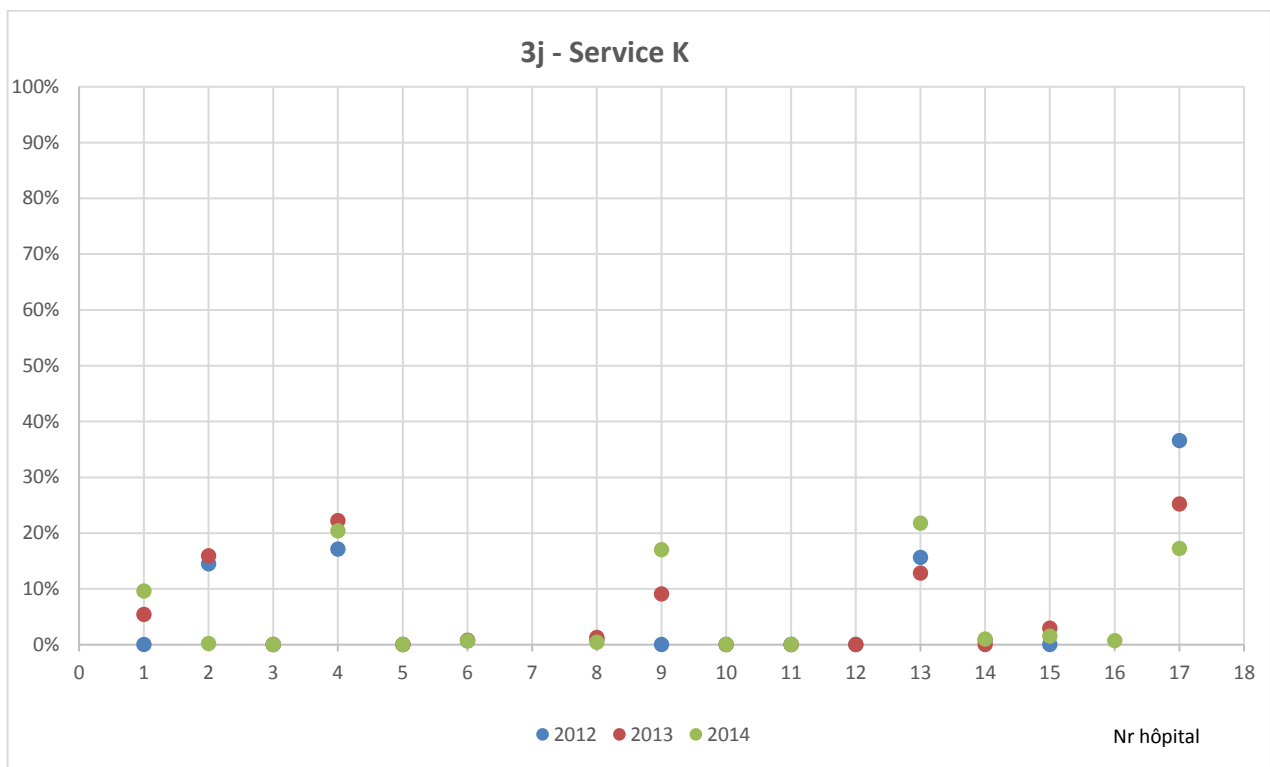






3j2 – Service K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	30	11	11
Nombre total de patients	13149	9352	26384
Nombre patients contentionnés	86	119	129
Incidence	0,65%	1,27%	0,49%



## 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.

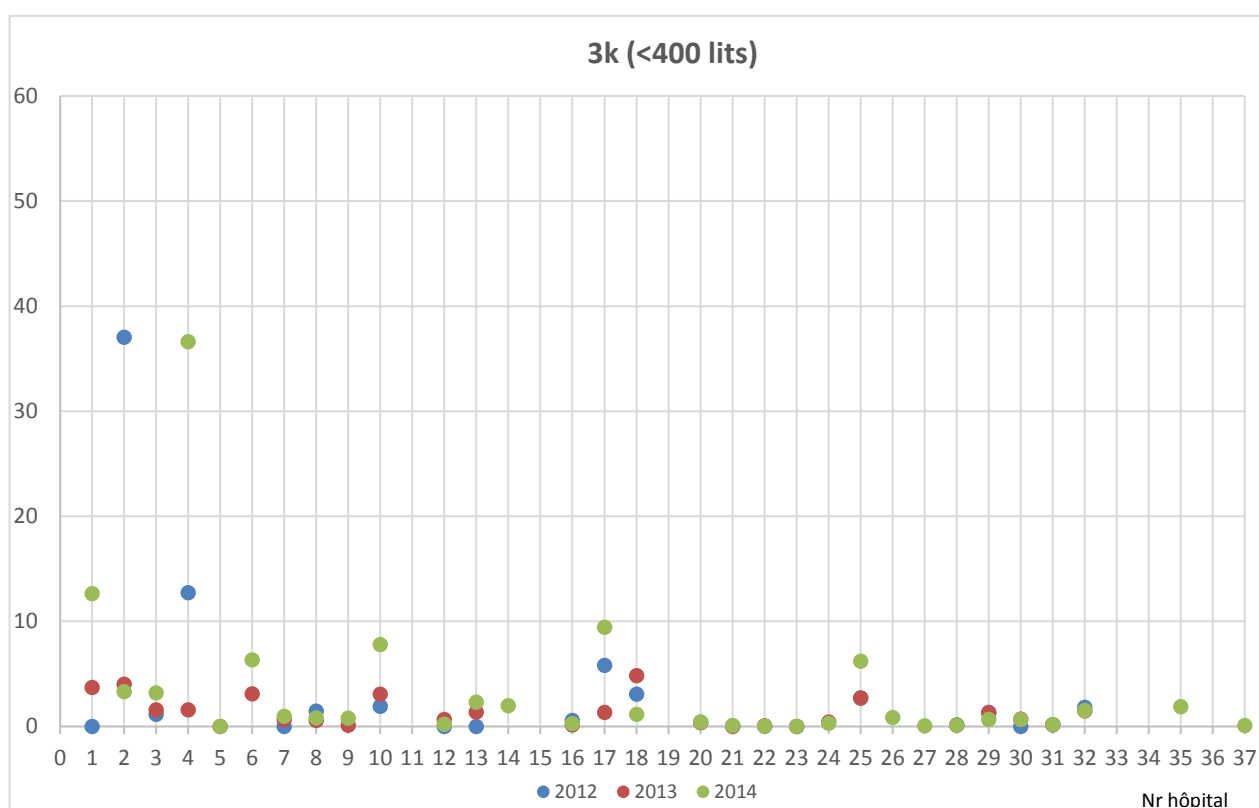
La mesure de contention a pour objectif de mettre un patient, dont le comportement est considéré comme dangereux ou mal adapté à la situation, en sécurité.

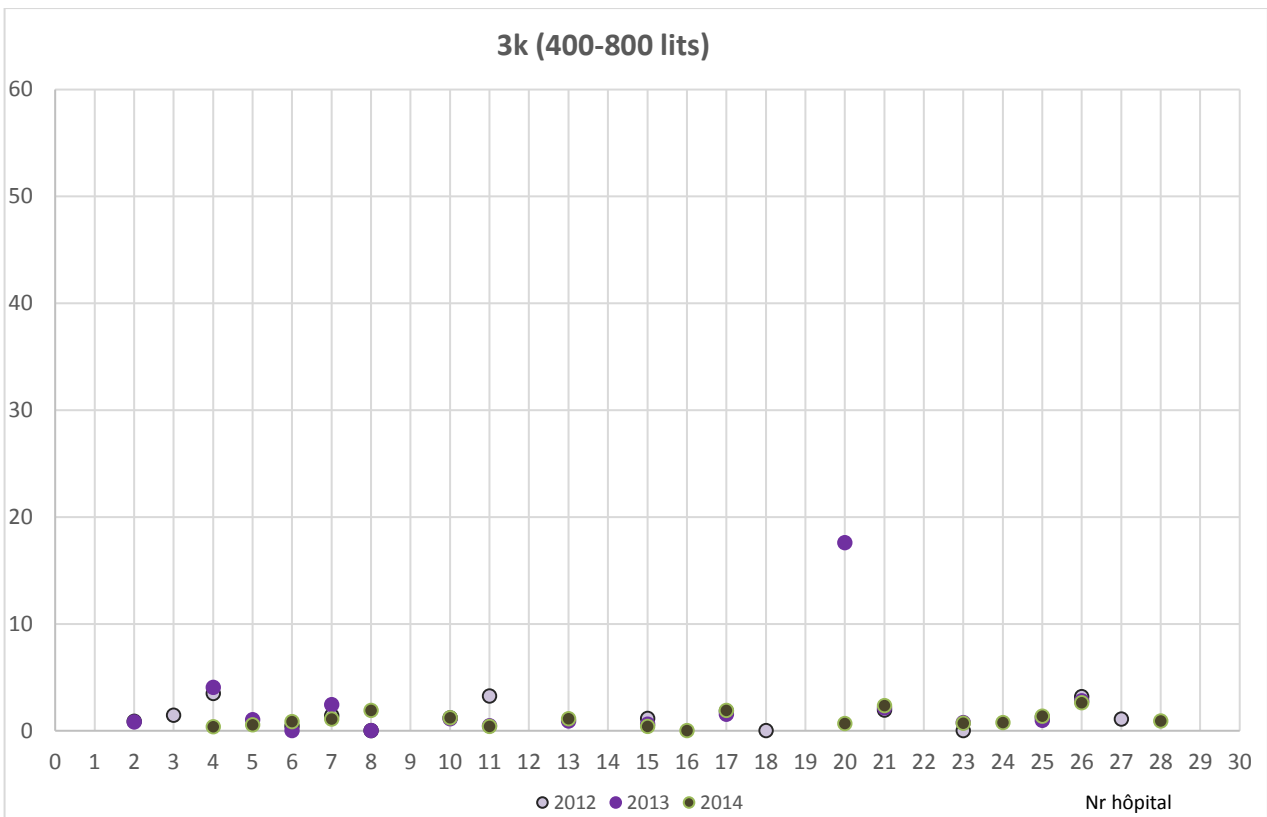
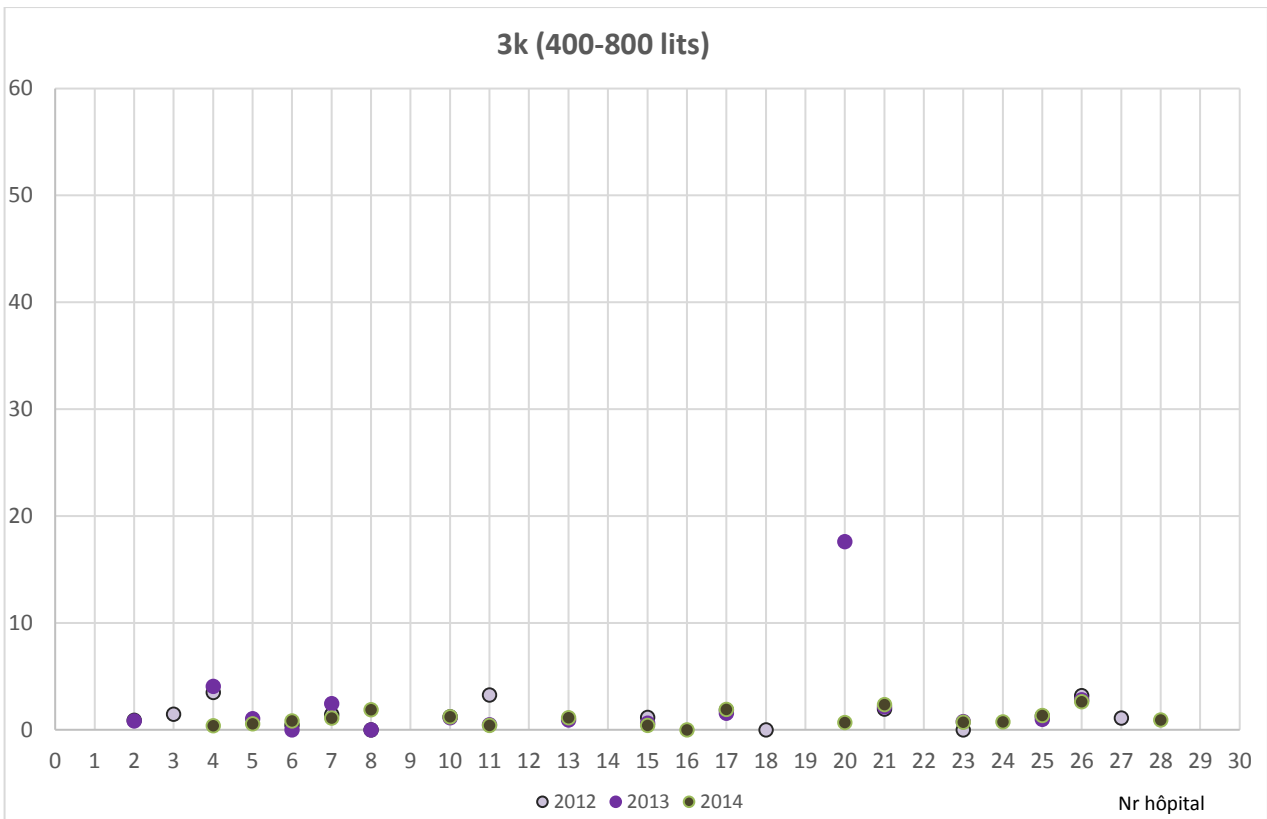
L’incidence des mesures de contention exprime le degré avec lequel des mesures de contention sont prises.

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

### 3k1- Services résidentiels A et T

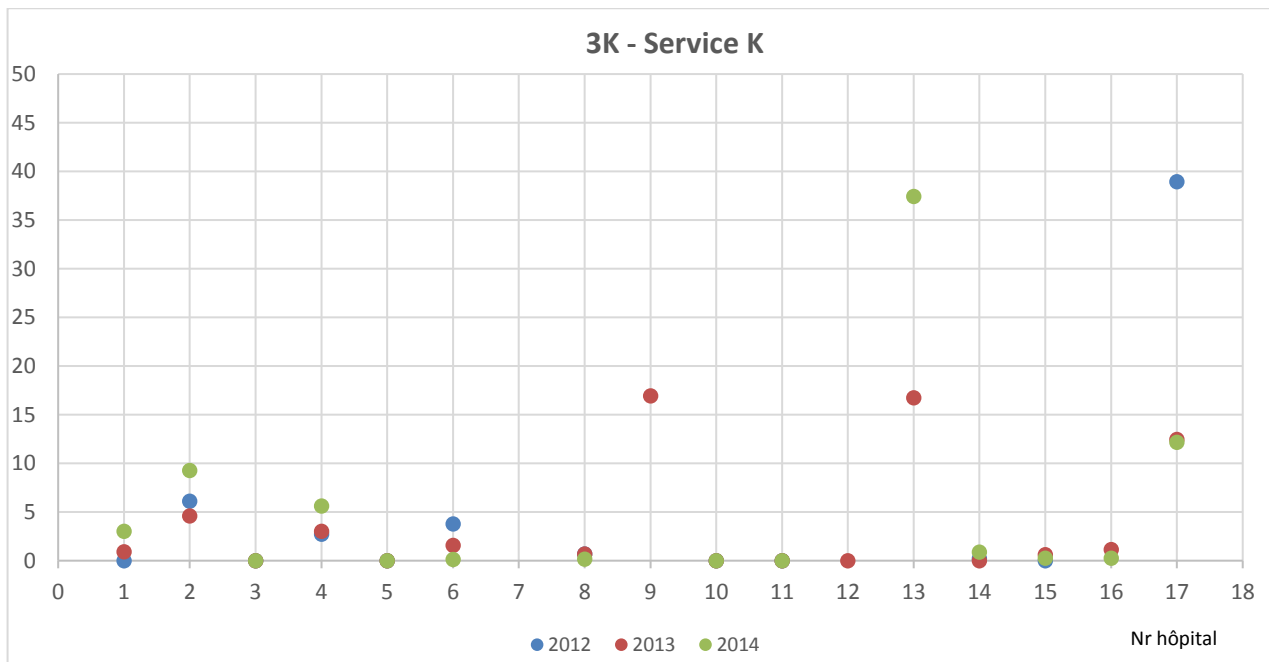
	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	54	58	59
Nombre total de journées d'hospitalisation	1952230	2307518	2142728
Nombre de contentions	3675	4580	4176
Incidence	1,88	1,98	1,95





3k2 – Service K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	31	12	11
Nombre total de journées d'hospitalisation	87295	141416	106826
Nombre de contentions	608	326	464
Incidence	6,96	2,31	4,34



## **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.

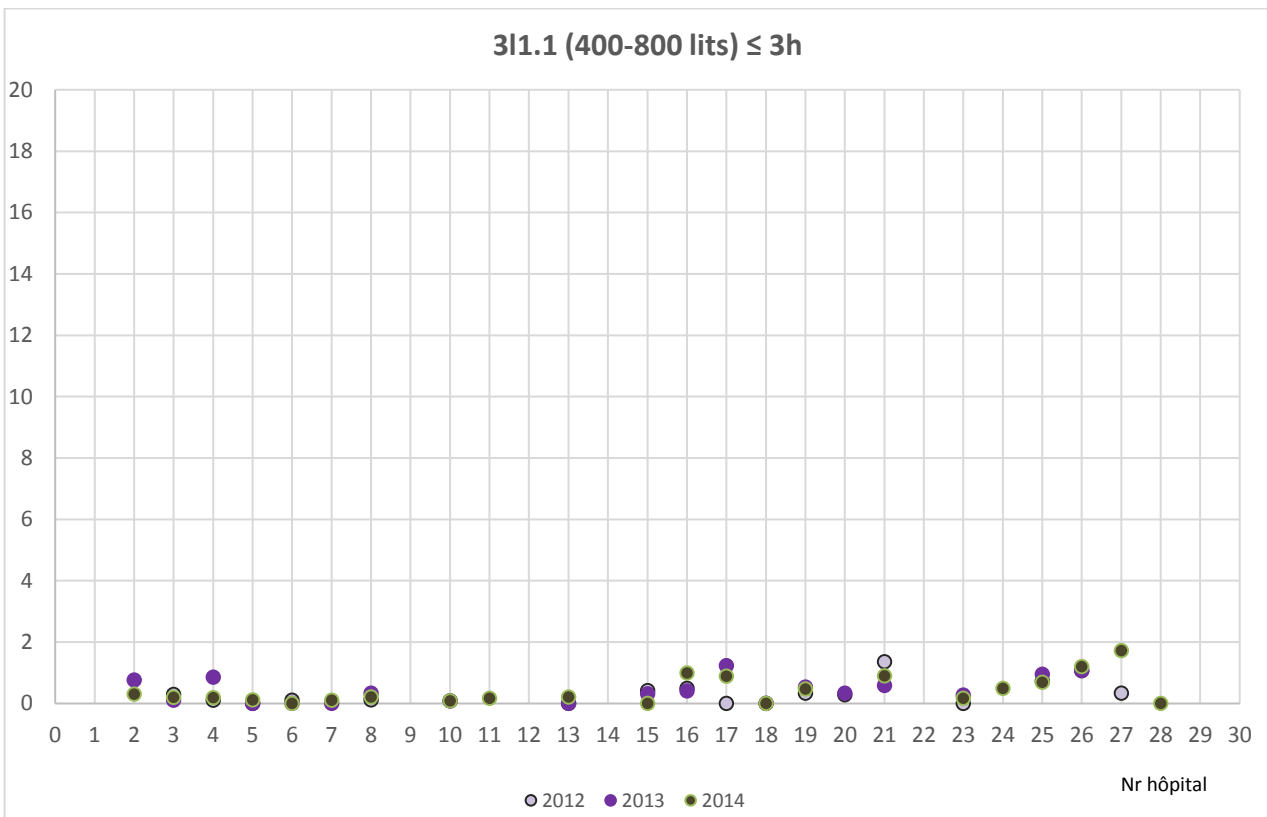
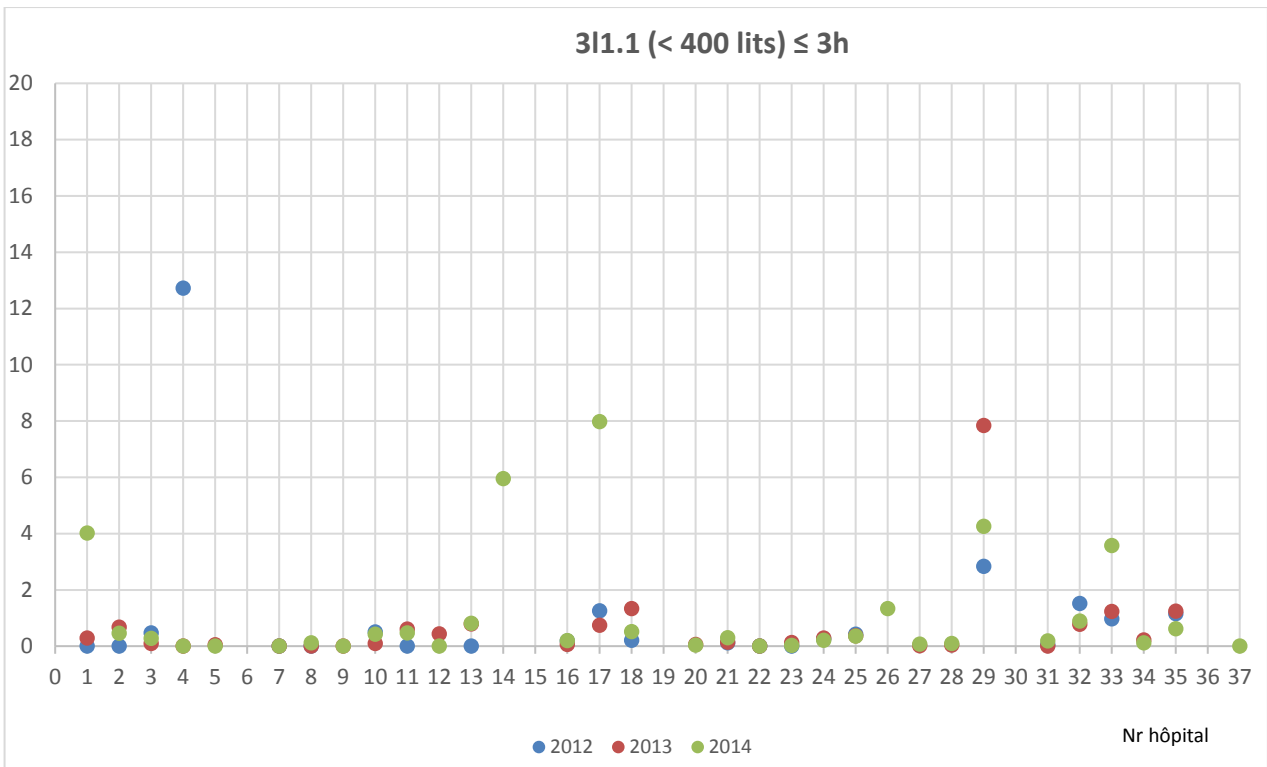
L'incidence des mesures d'isolement exprime le degré avec lequel des mesures d'isolement sont prises. La comparaison est obtenue en divisant le nombre de mesures par le nombre de journées d'hospitalisation.

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

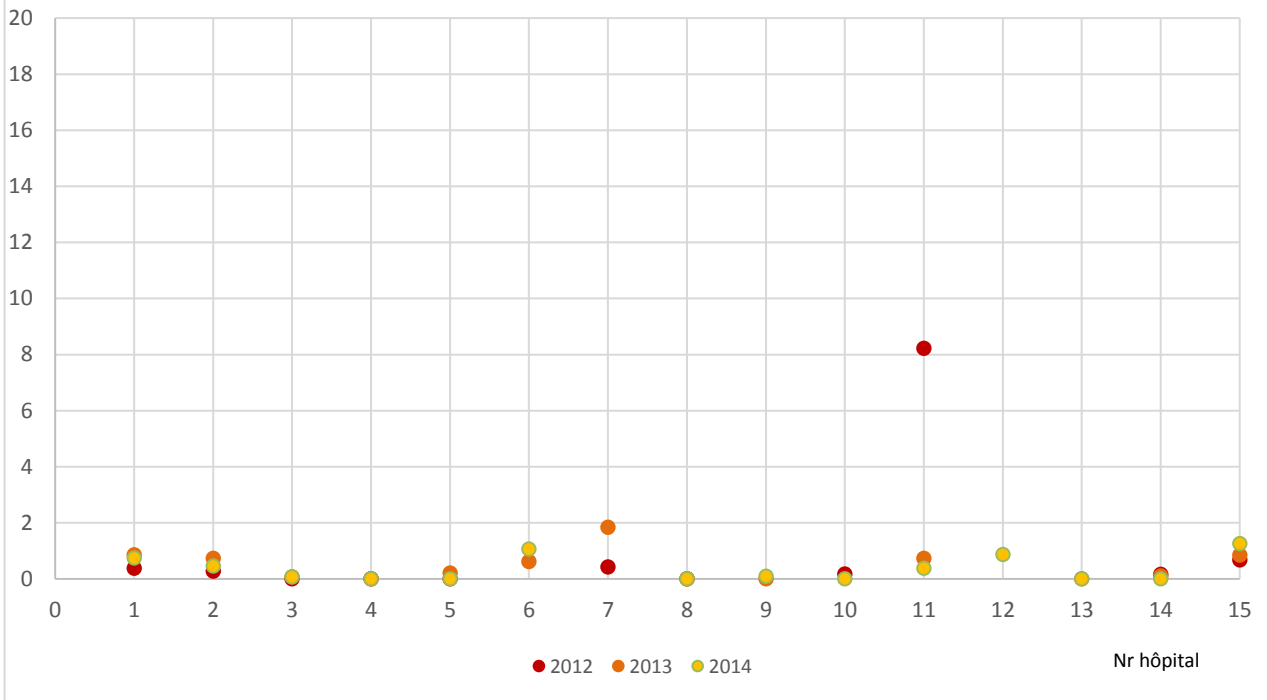
- Nombre d'isolements d'une durée  $\leq 3$  heures
- Nombre d'isolements d'une durée  $> 3$  heures à  $\leq 24$  heures
- Nombre d'isolements d'une durée  $> 24$  heures

### **3I1.1 $\leq 3$ heures - Services A et T**

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Nombre d'hôpitaux	54	53	54
Nombre total de journées d'hospitalisation	2211619	2525651	2521795
Nombre d'isolements	1876	1784	2729
Incidence	0,85	0,71	1,08

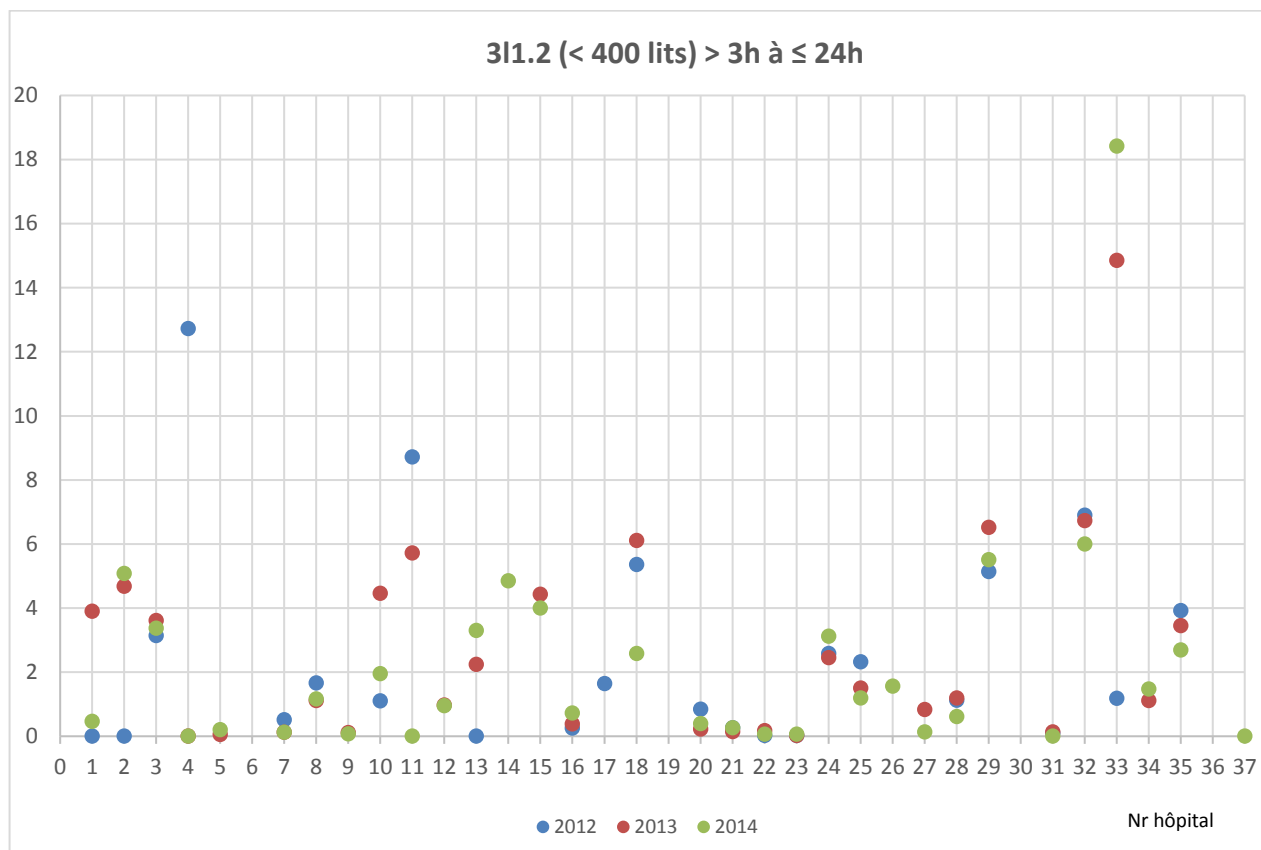


### 3l1.1 (> 800 lits) ≤ 3h



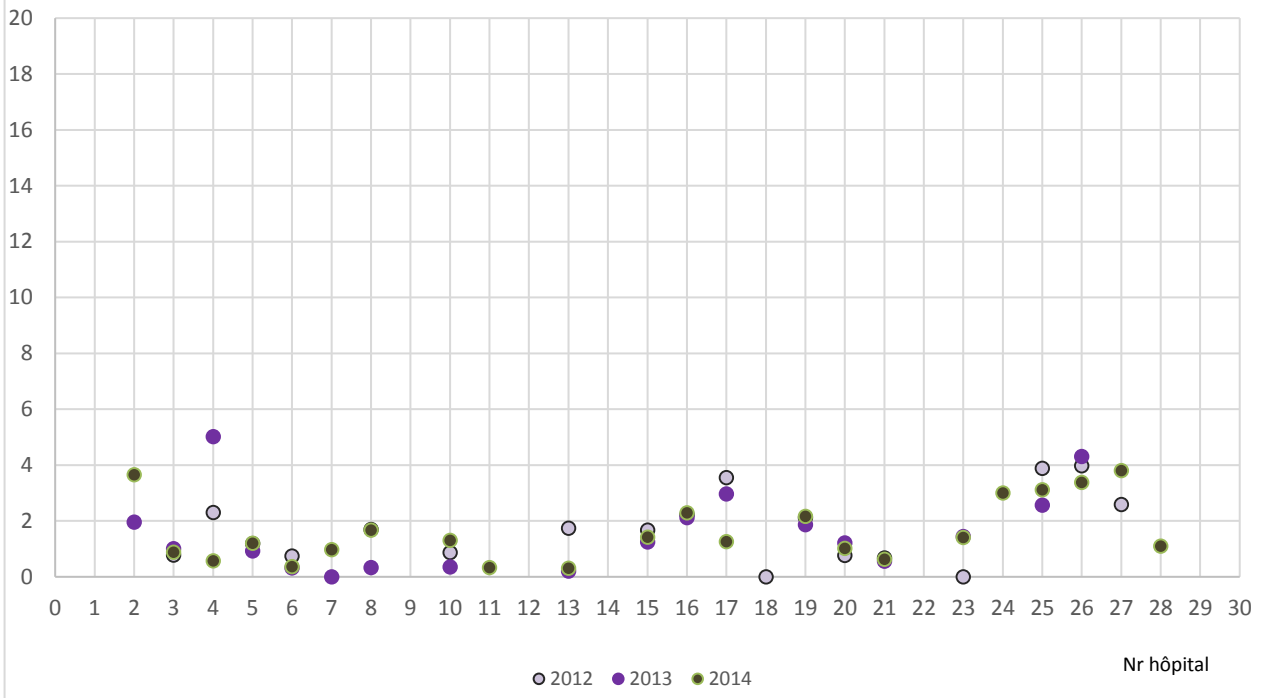
311.2 > 3 heures à ≤ 24 heures – Services A et T

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	56	70	67
Nombre total de journées d'hospitalisation	2315879	2876364	2713848
Nombre d'isolements	5488	21297	24883
Incidence	2,37	7,40	9,17

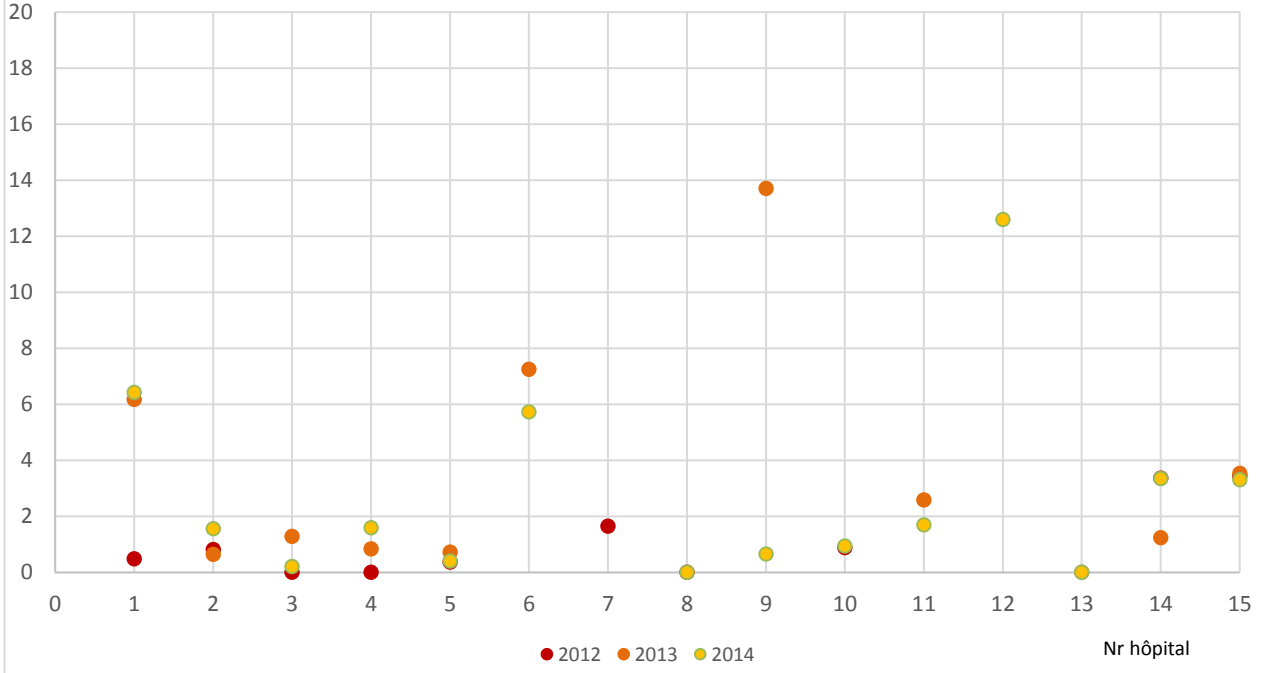




311.2 (400-800 lits) > 3h à ≤ 24h

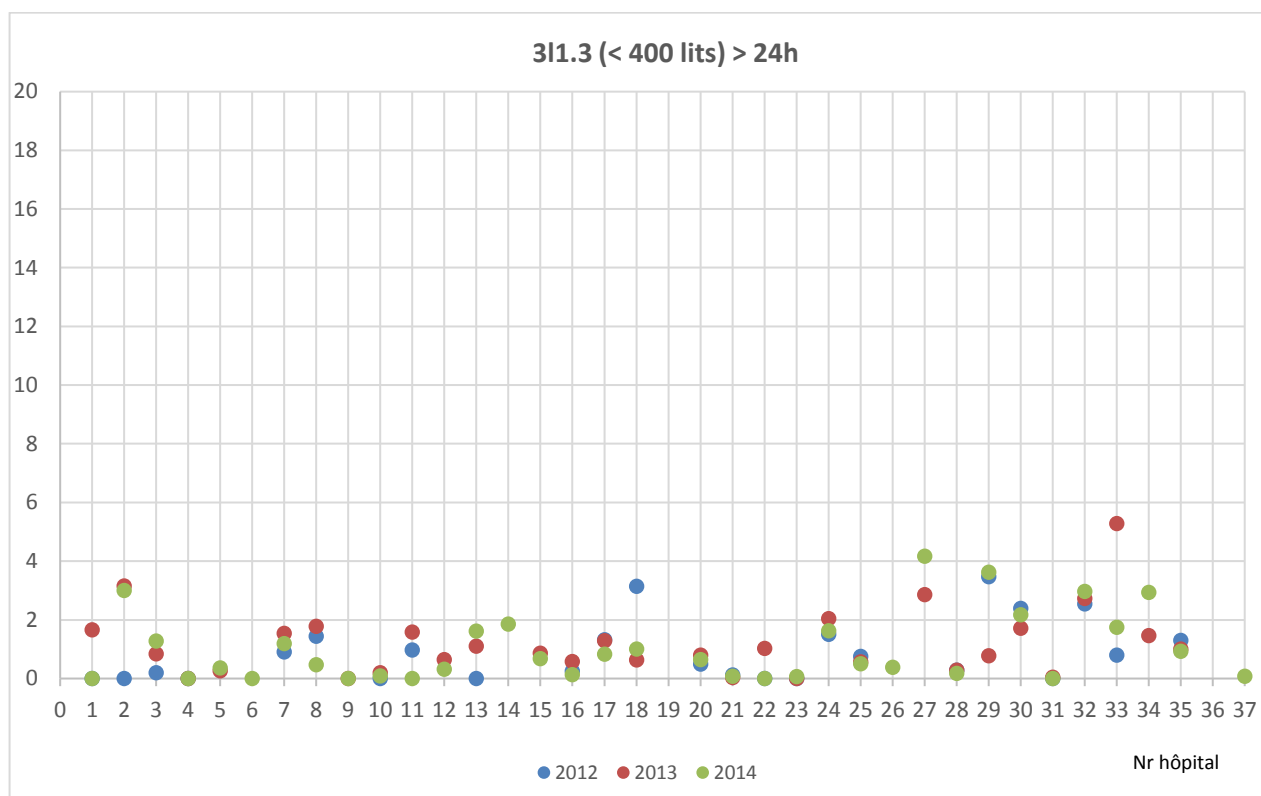


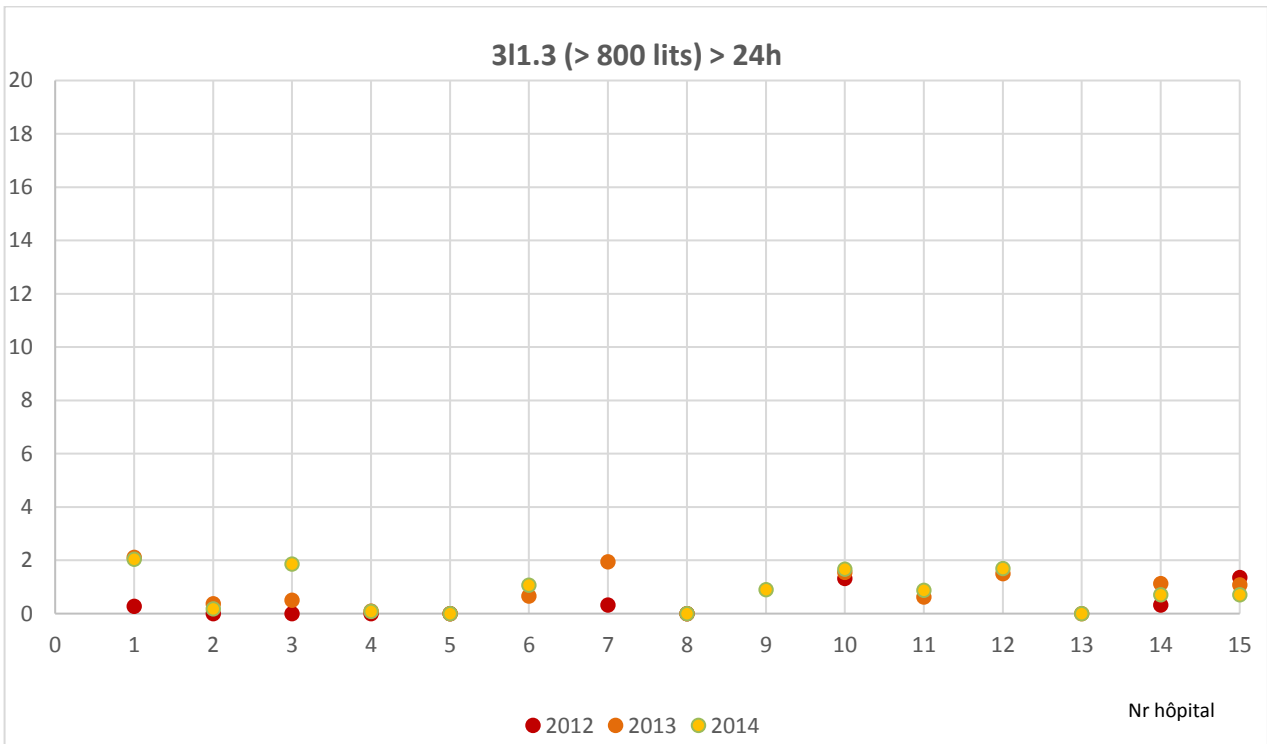
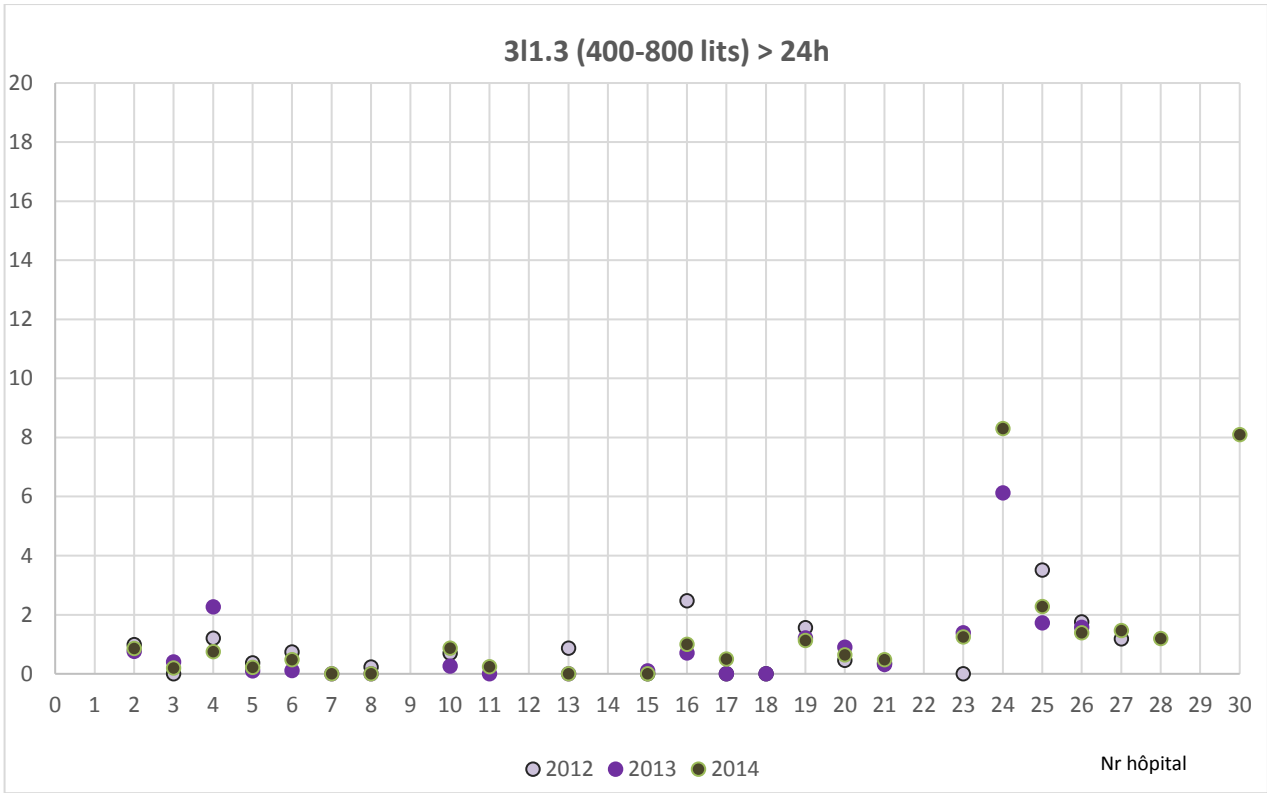
311.2 (> 800 lits) > 3h à ≤ 24h



3I1.3 > 24 heures – Services A et T

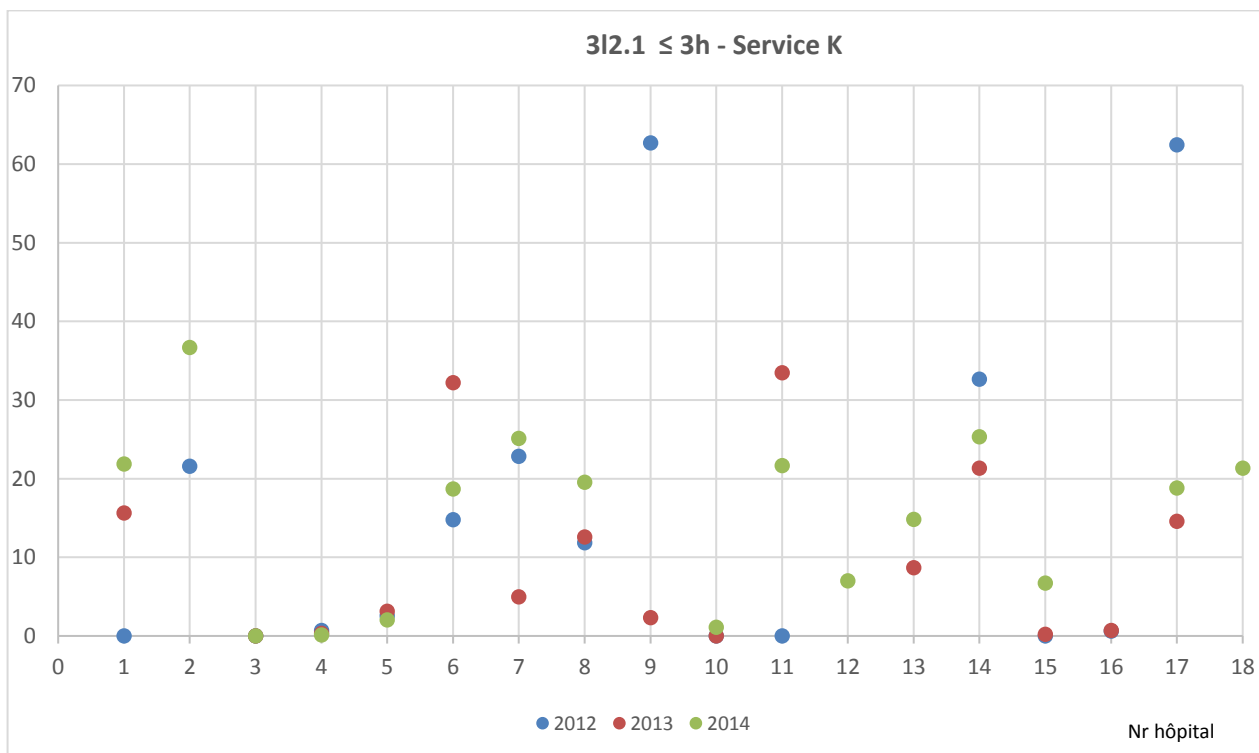
	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	61	68	62
Nombre total de journées d'hospitalisation	2516352	3238253	2845830
Nombre d'isolements	3377	4698	4867
Incidence	1,34	1,45	1,71





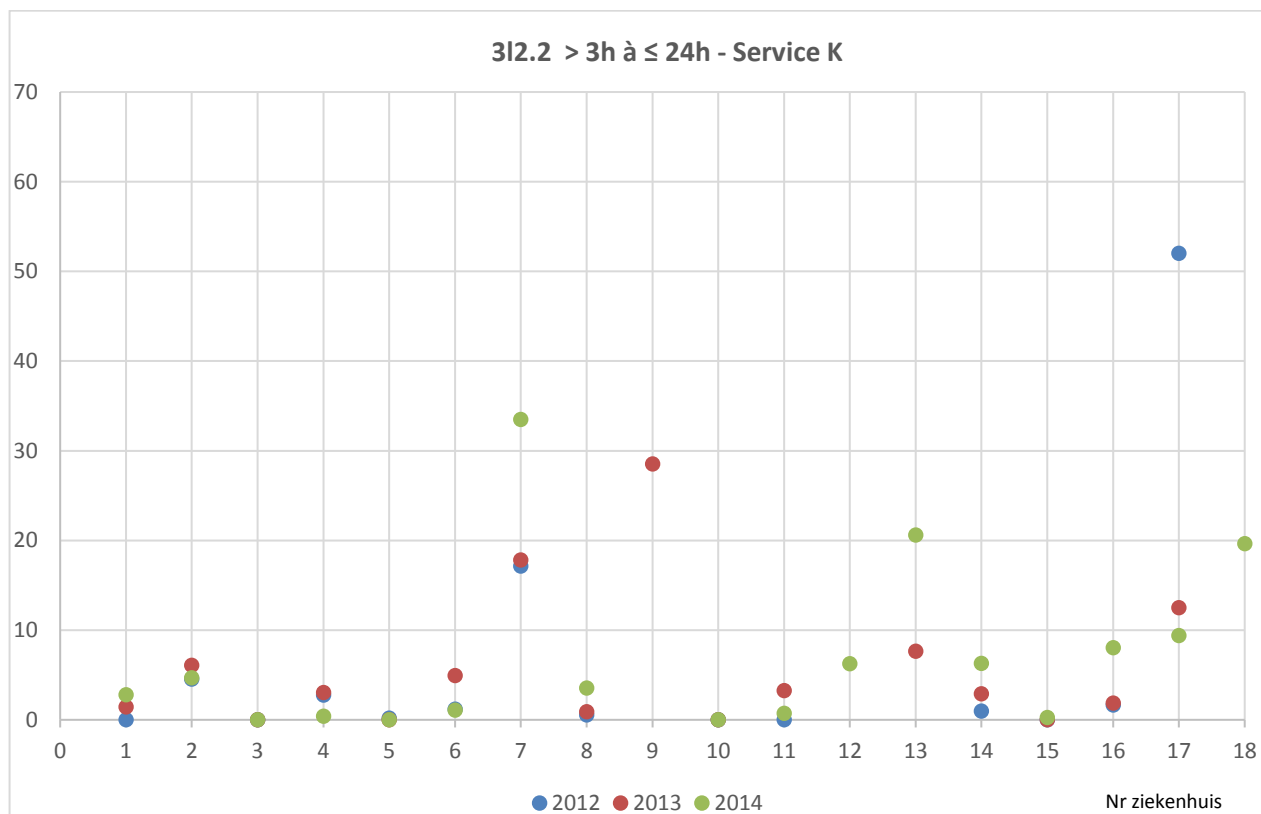
3I2.1 ≤ 3 heures - Service K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	28	18	16
Nombre total de journées d'hospitalisation	76833	136813	101432
Nombre d'isolements	1617	1804	1728
Incidence	21,05	13,19	17,04



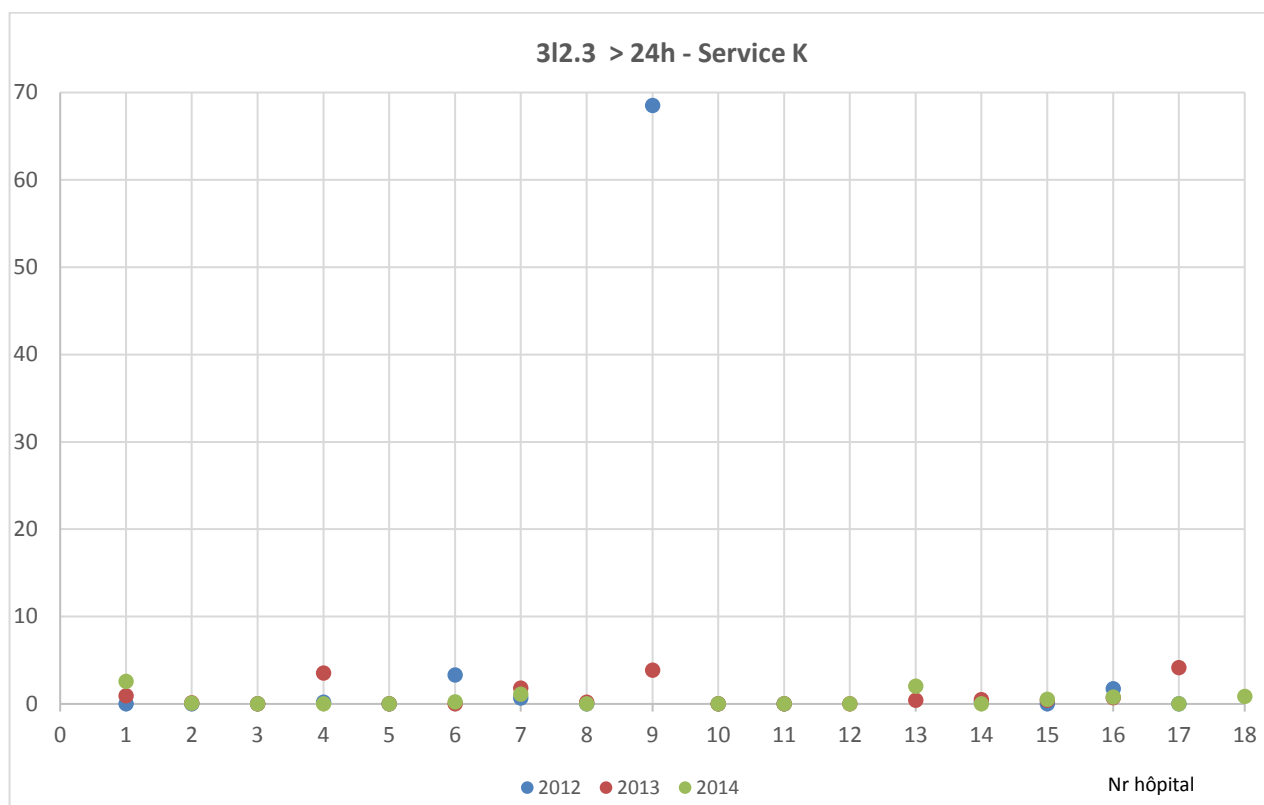
3I2.2 > 3 heures à ≤ 24 heures – Service K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	29	14	15
Nombre total de journées d'hospitalisation	80850	150913	120322
Nombre d'isolements	1463	462	729
Incidence	18,10	3,06	6,06



3I2.3 > 24 heures – Service K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	30	12	9
Nombre total de journées d'hospitalisation	117110	155379	120322
Nombre d'isolements	183	79	67
Incidence	1,56	0,51	0,56



## **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.

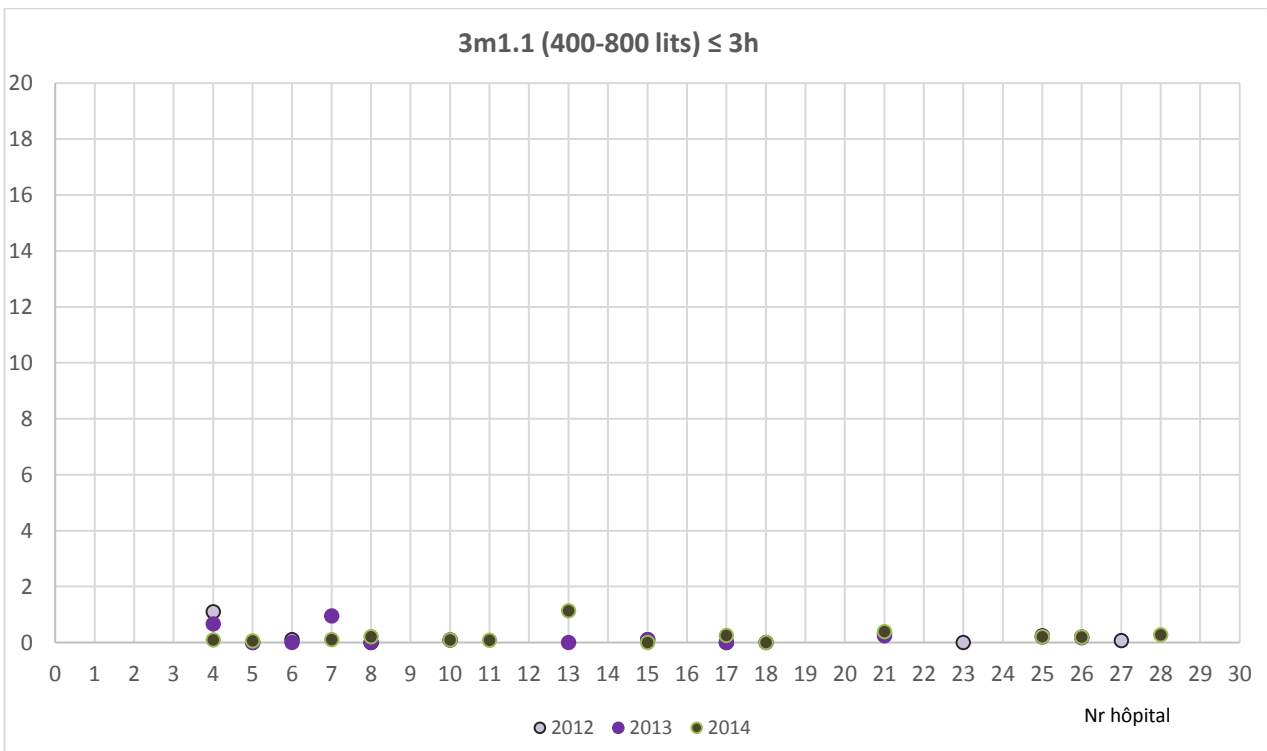
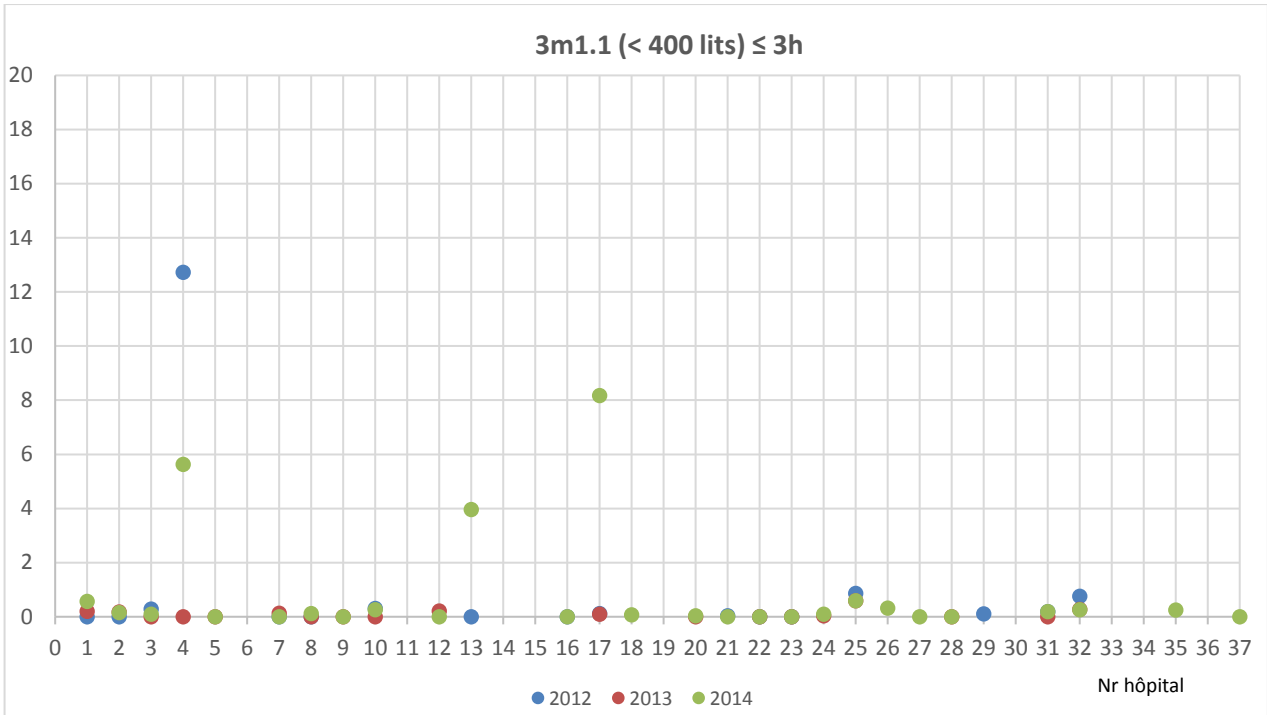
La comparaison est obtenue en divisant le nombre de mesures par le nombre de journées d’hospitalisation.

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

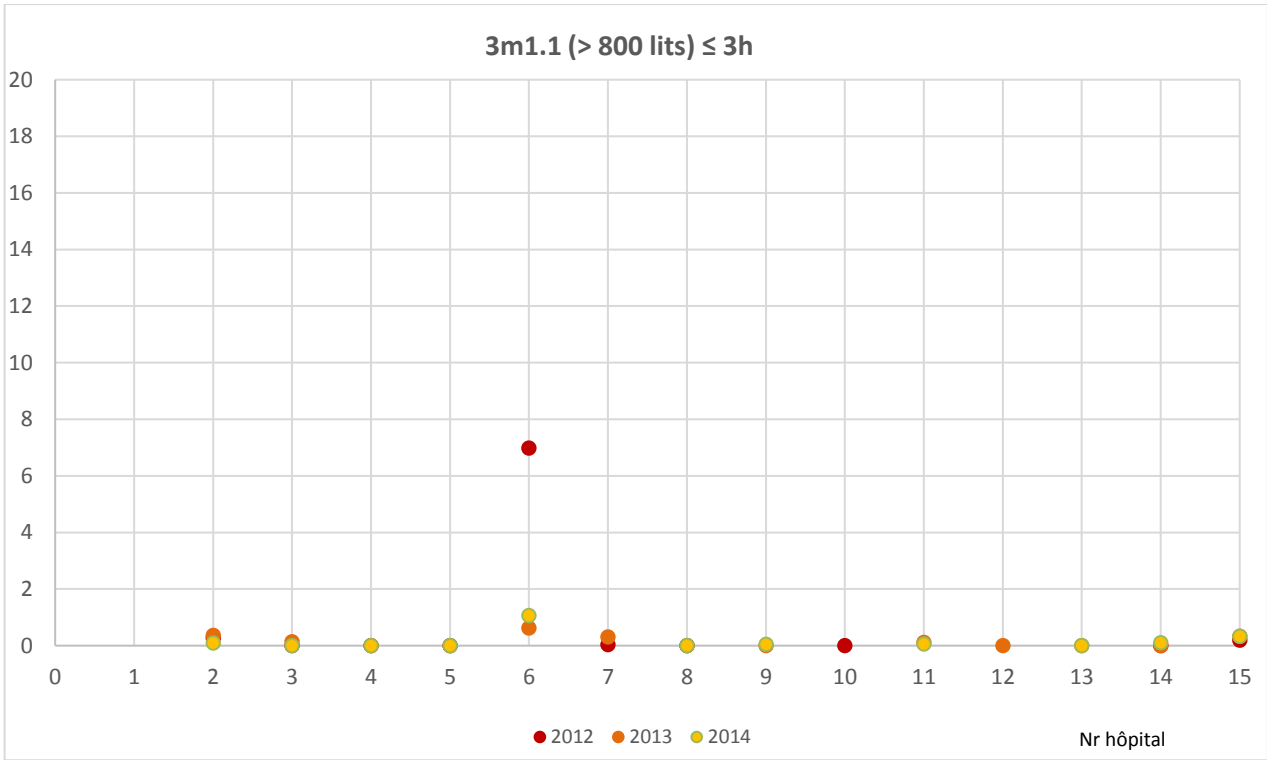
- Nombre de contentions d’une durée  $\leq 3$  heures
- Nombre de contentions d’une durée  $> 3$  heures à  $\leq 24$  heures
- Nombre de contentions d’une durée  $> 24$  heures

### 3m1.1 $\leq 3$ heures - Services A et T

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Nombre d'hôpitaux	41	28	35
Nombre total de journées d'hospitalisation	1429422	1749526	1480737
Nombre de contentions	406	292	1003
Incidence	0,28	0,17	0,68

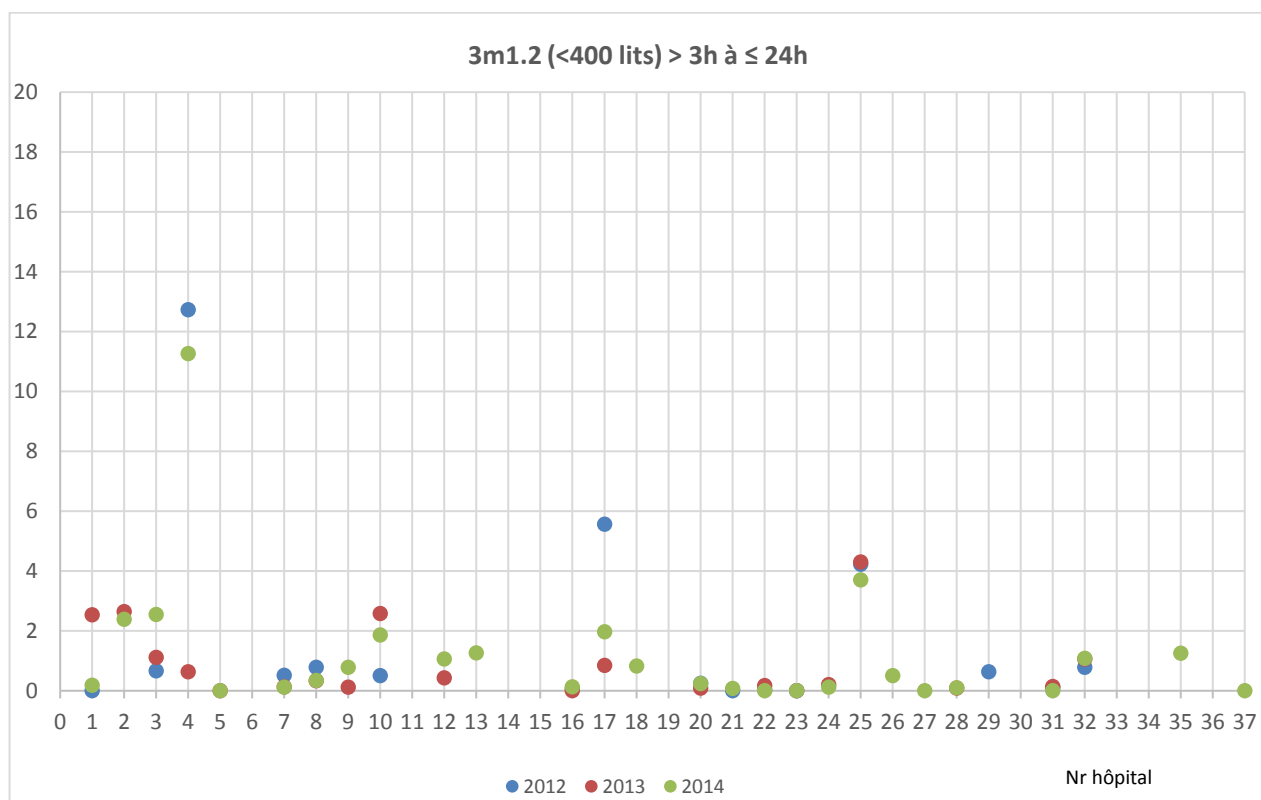


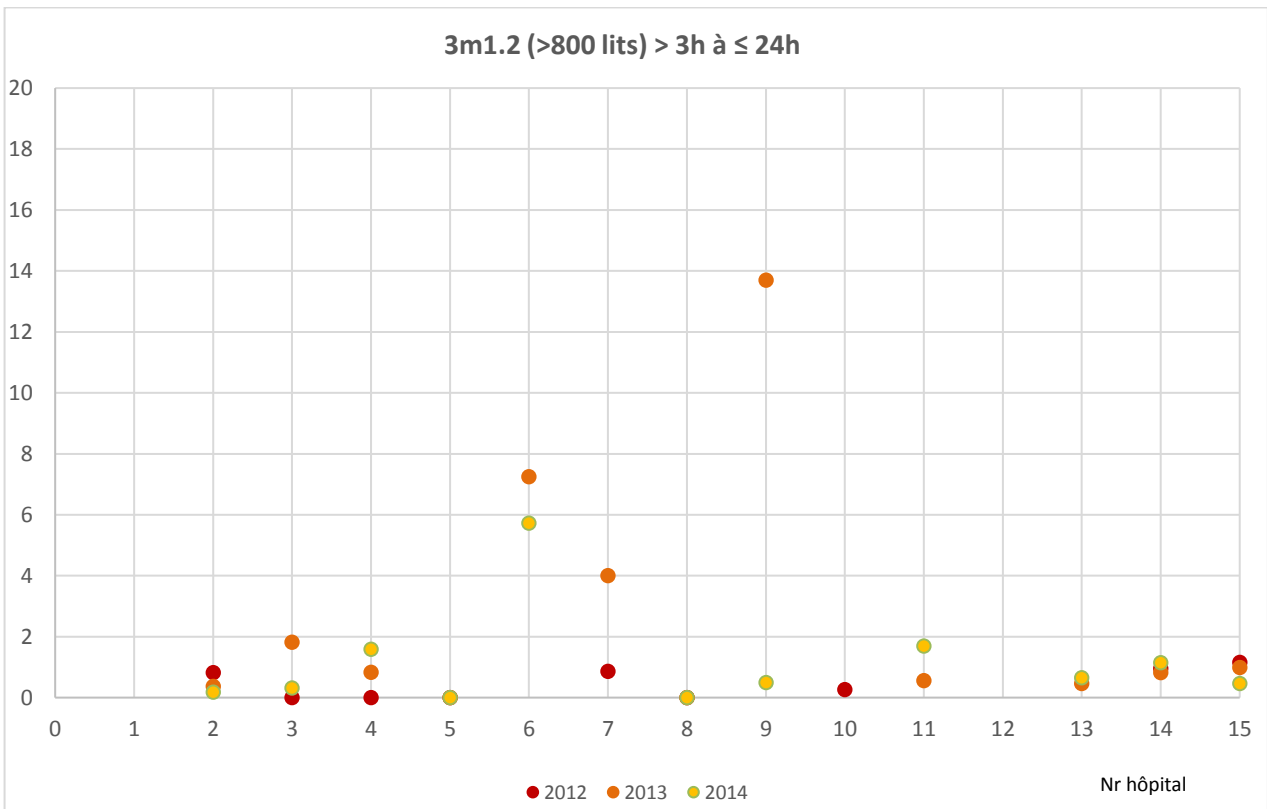
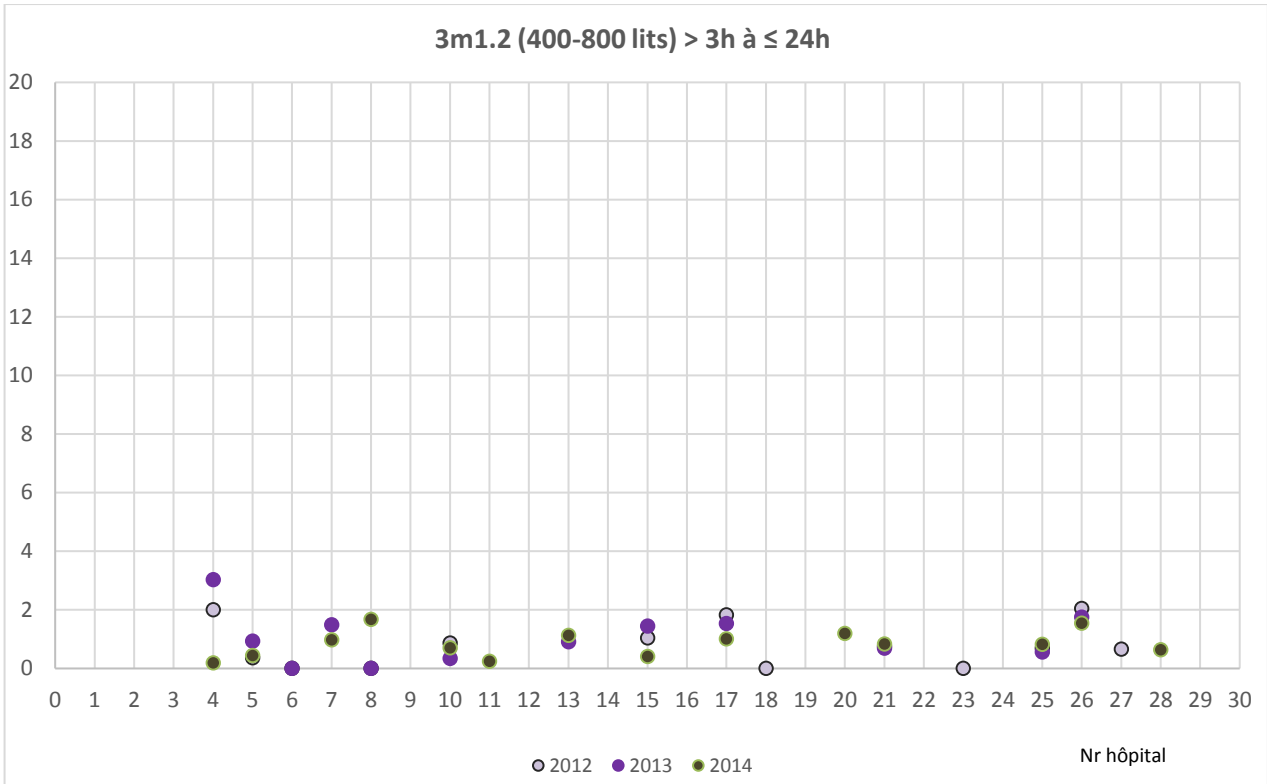




3m1.2 > 3 heures à ≤ 24 heures – Services A et T

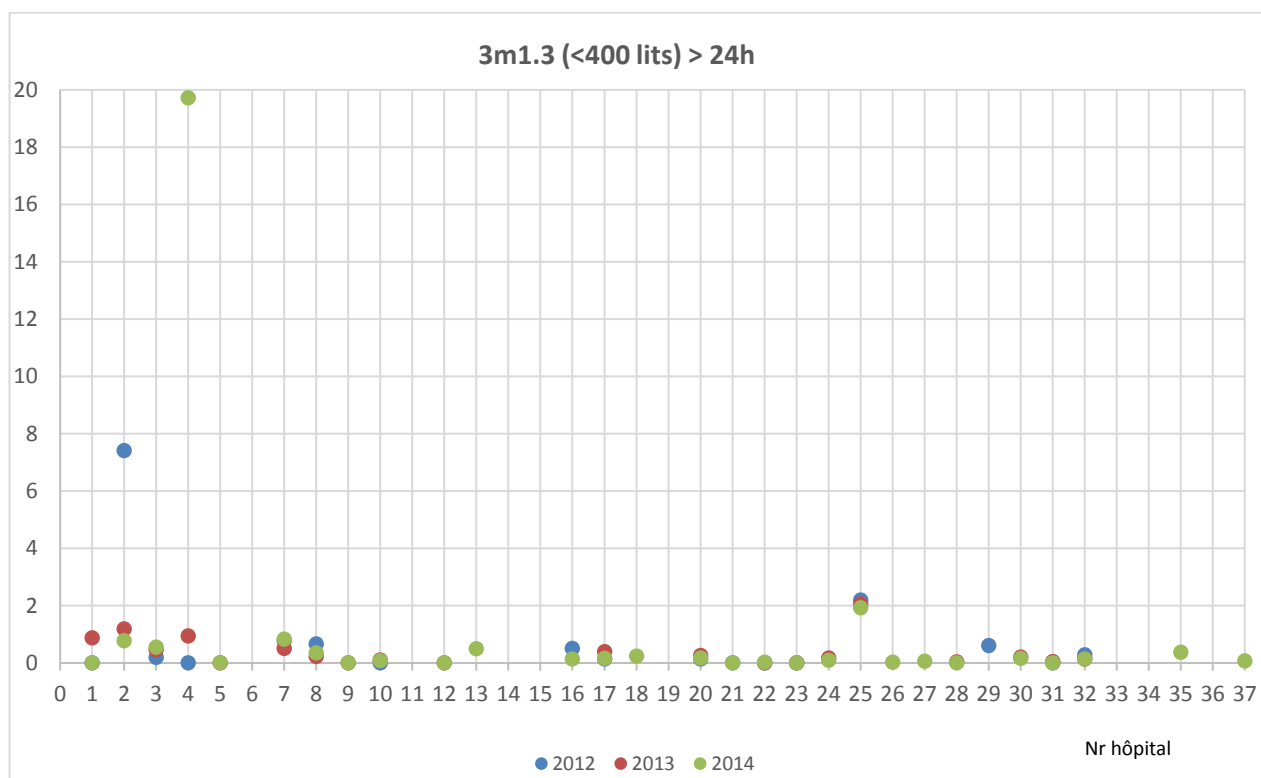
	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	42	45	45
Nombre total de journées d'hospitalisation	1479025	1702083	1568051
Nombre de contentions	2408	2197	1776
Incidence	1,63	1,29	1,13

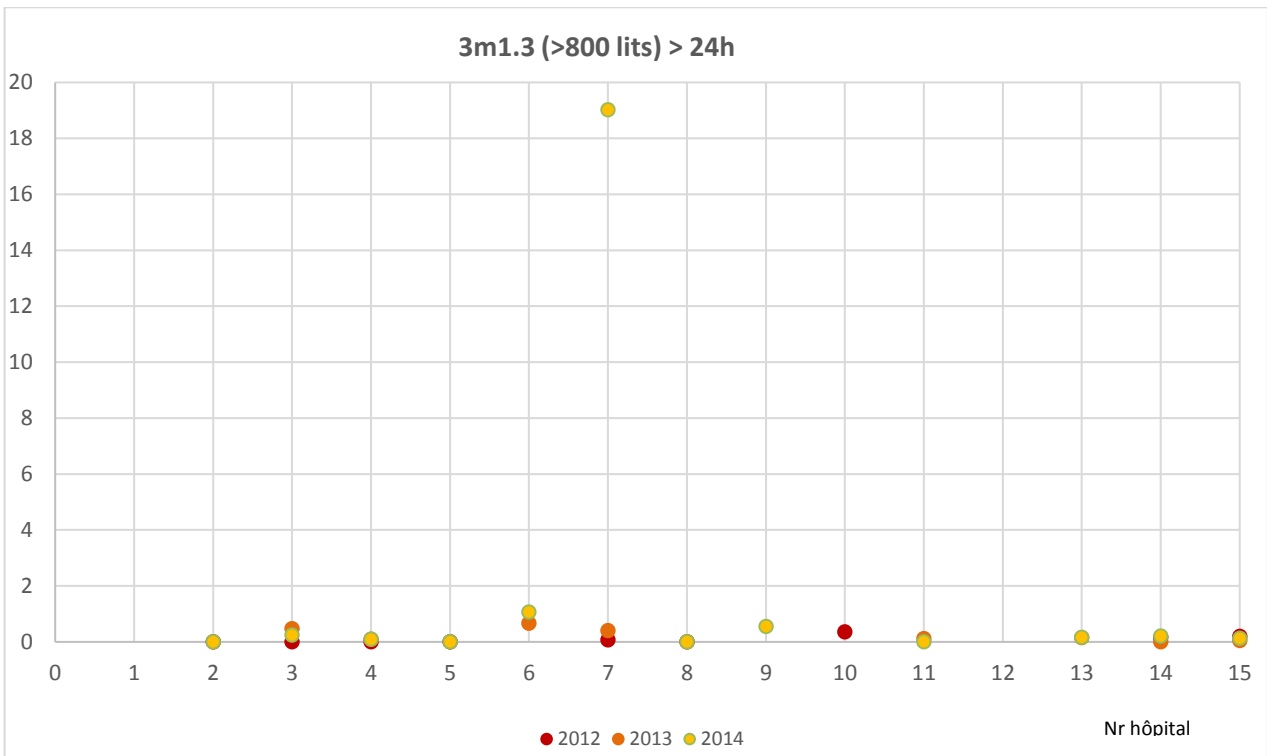
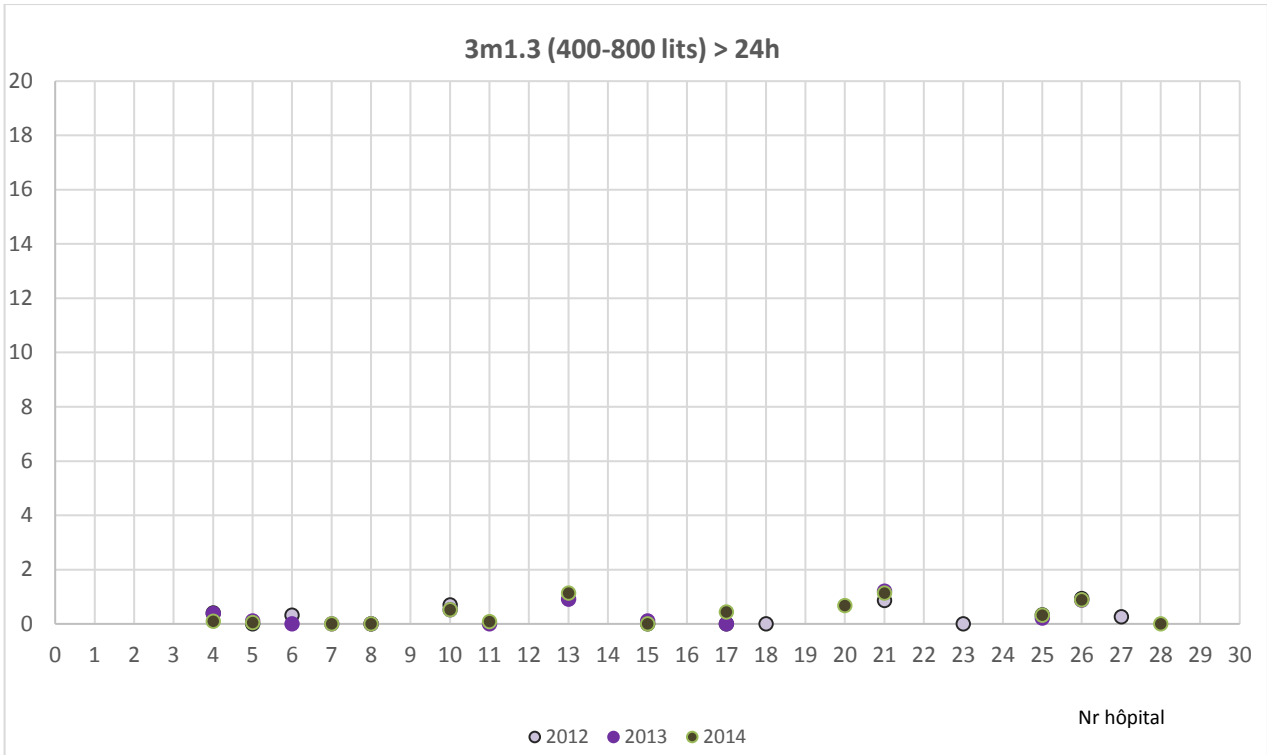




3m1.3 > 24 heures – Services A et T

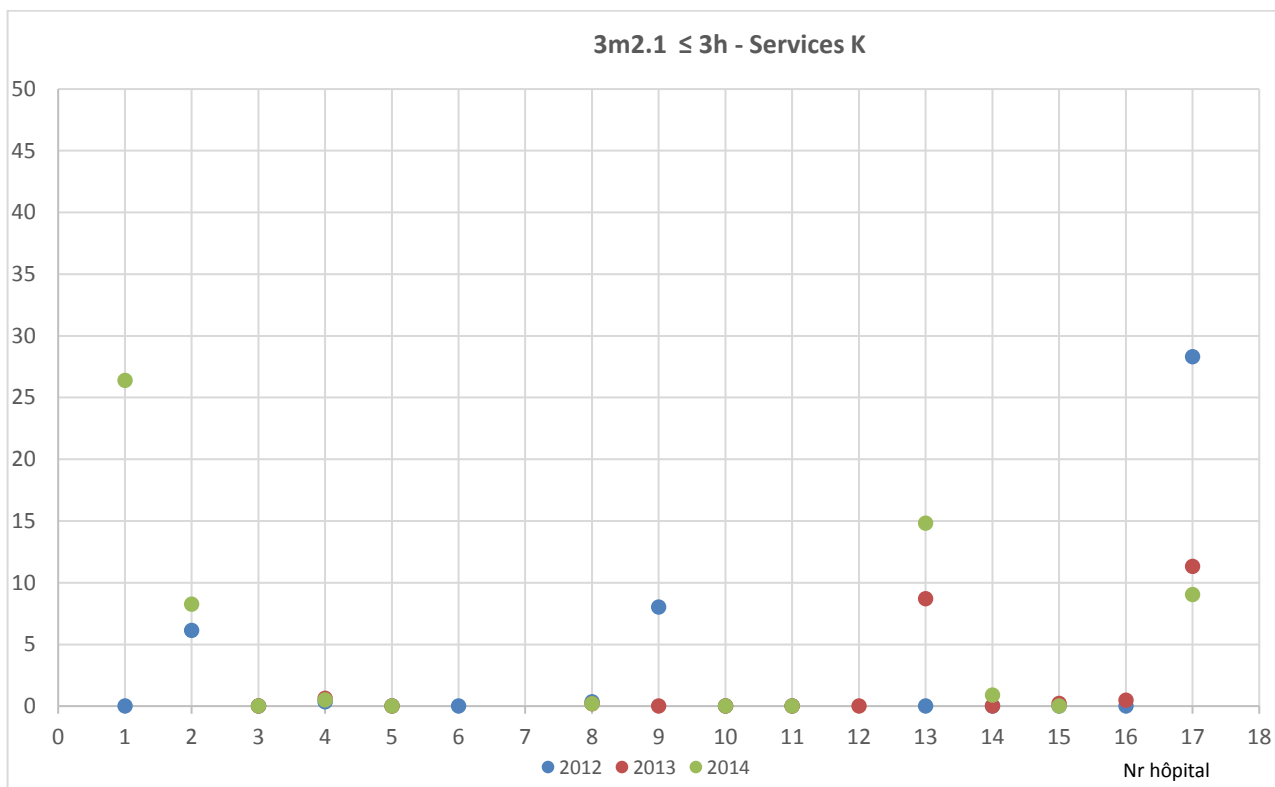
	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	43	40	38
Nombre total de journées d'hospitalisation	1496238	1878783	1669380
Nombre de contentions	678	859	684
Incidence	0,45	0,46	0,41





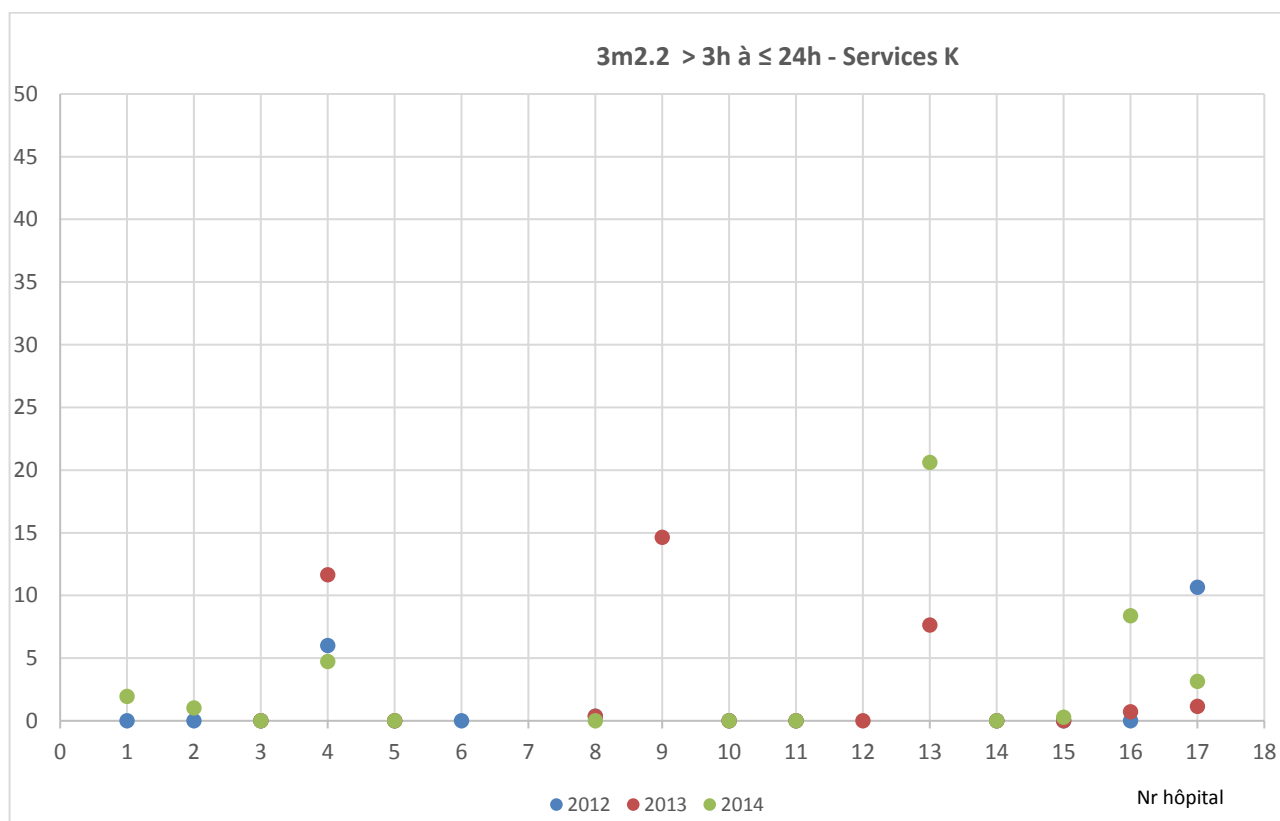
3m2.1 ≤ 3 heures – Service K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	29	7	8
Nombre total de journées d'hospitalisation	63747	115190	79584
Nombre de contentions	158	119	494
Incidence	2,48	1,03	6,21



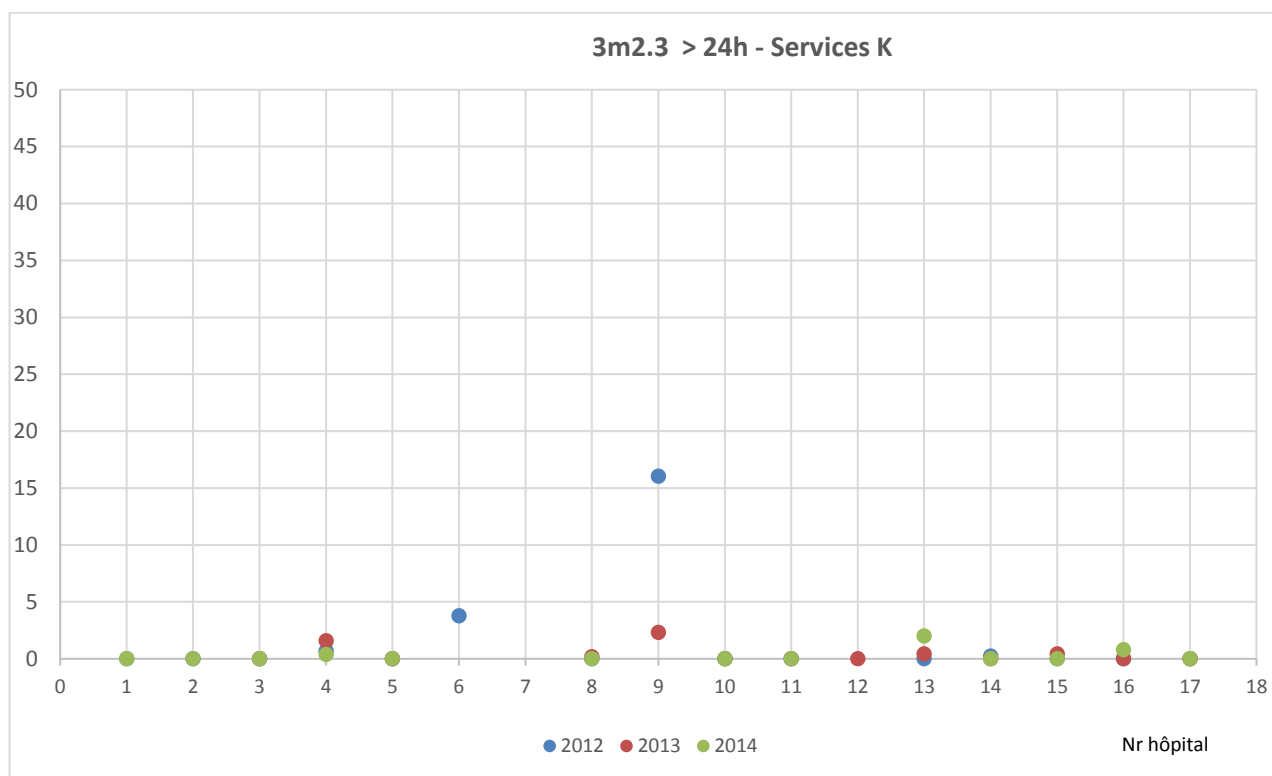
3m2.2 > 3 heures à ≤ 24 heures – Service K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	29	7	8
Nombre total de journées d'hospitalisation	63747	95394	98474
Nombre de contentions	377	169	343
Incidence	5,91	1,77	3,48



3m2.3 > 24 heures – Service K

	2012	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	29	5	4
Nombre total de journées d'hospitalisation	63747	115190	98474
Nombre de contentions	60	19	29
Incidence	0,94	0,16	0,29





## **B. Prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie**

### **Indicateurs de processus**

#### **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 .

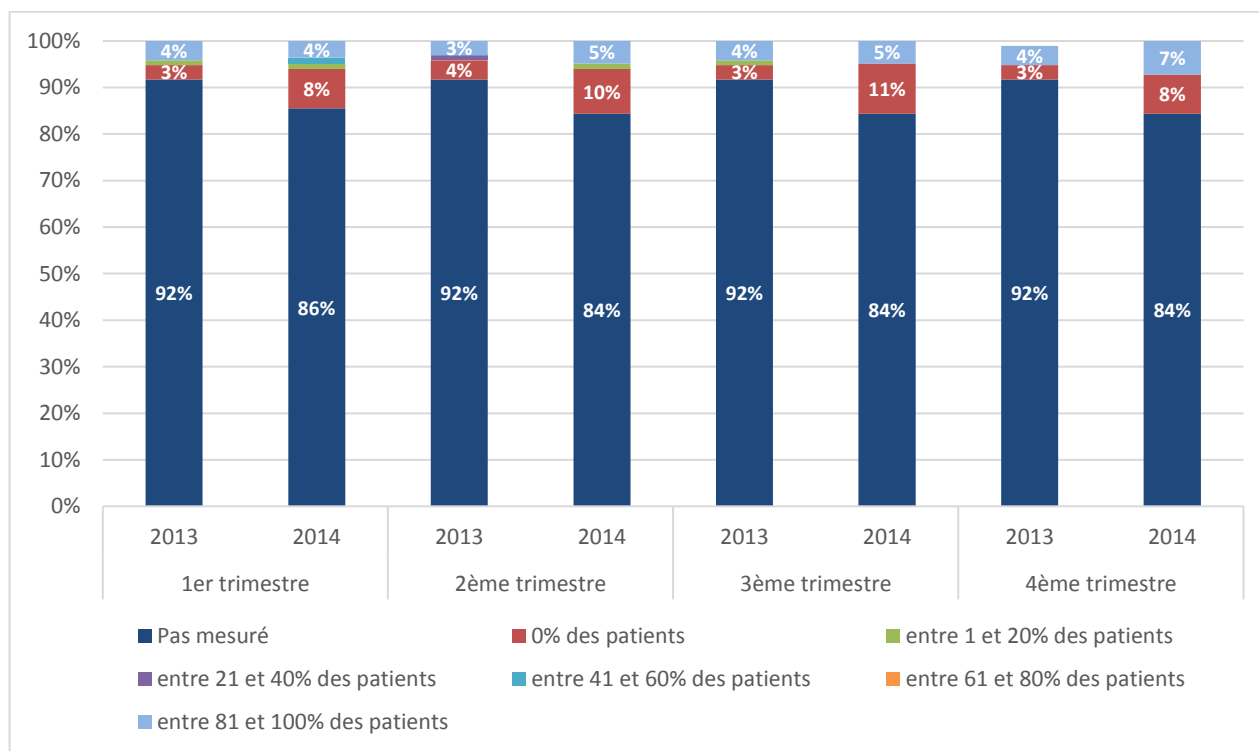
*Dénominateur*: Nombre de patients présents dans l'institution dans les unités de soins concernées (A et T) et (K) qui ont déjà commis une agression.

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

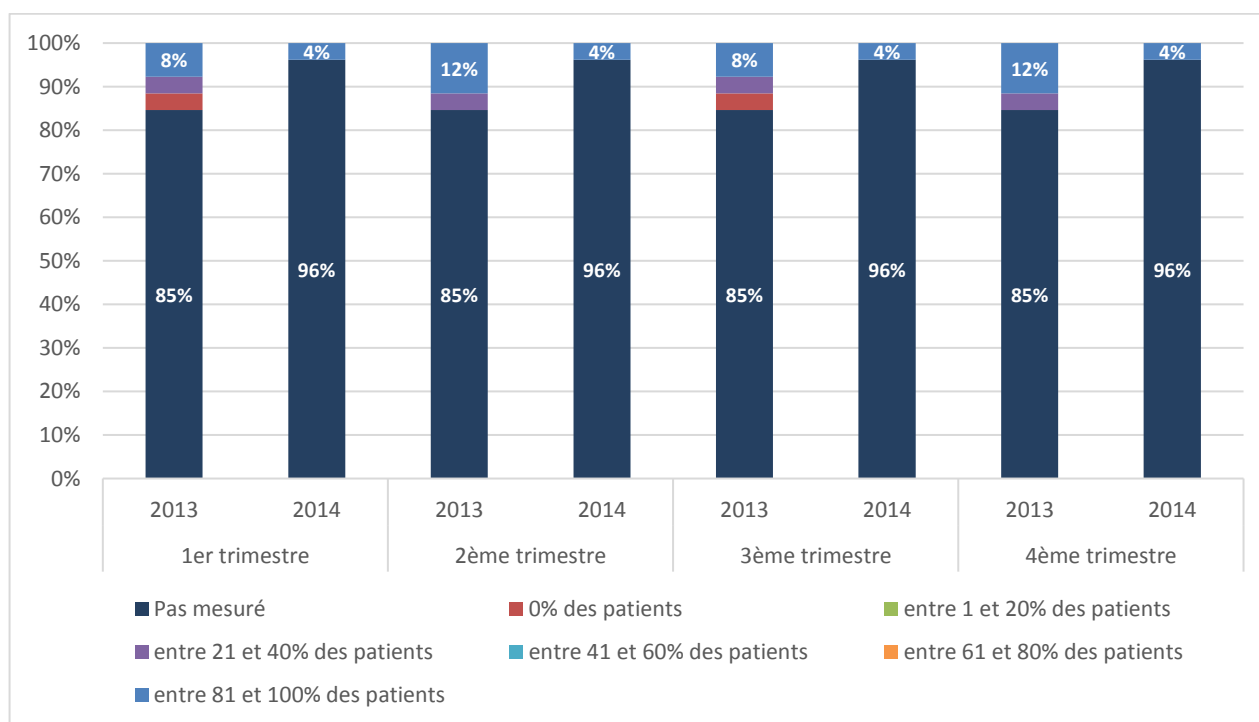
**Pourcentage d'hôpitaux qui, soit n'ont pas mesuré l'indicateur CFQAI 4f soit obtenu une proportion rentrant dans l'une des catégories précitées (unités A/T)**

Années 2013 (n=97) – 2014 (n=83)



**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)**

Années 2013 - 2014 (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.

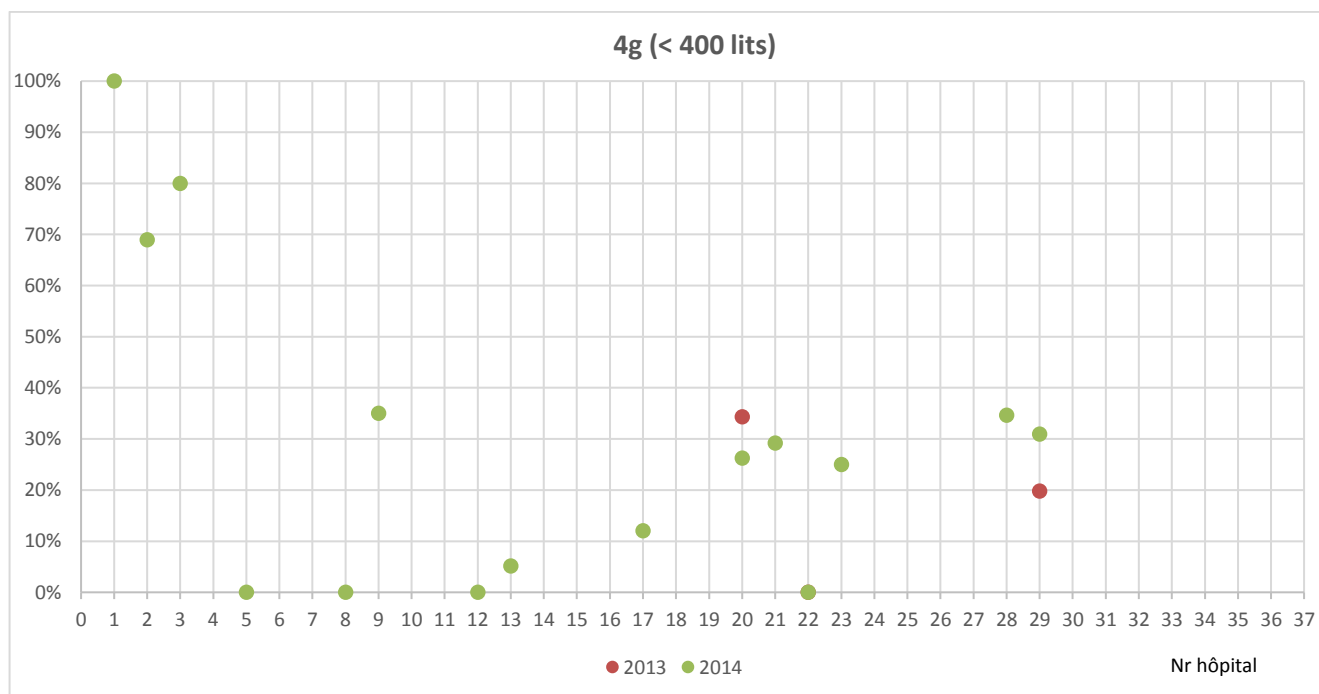
L'incidence des sédations effectuées suite à une agression exprime le degré avec lequel les sédations sont effectuées en cas d'agressions.

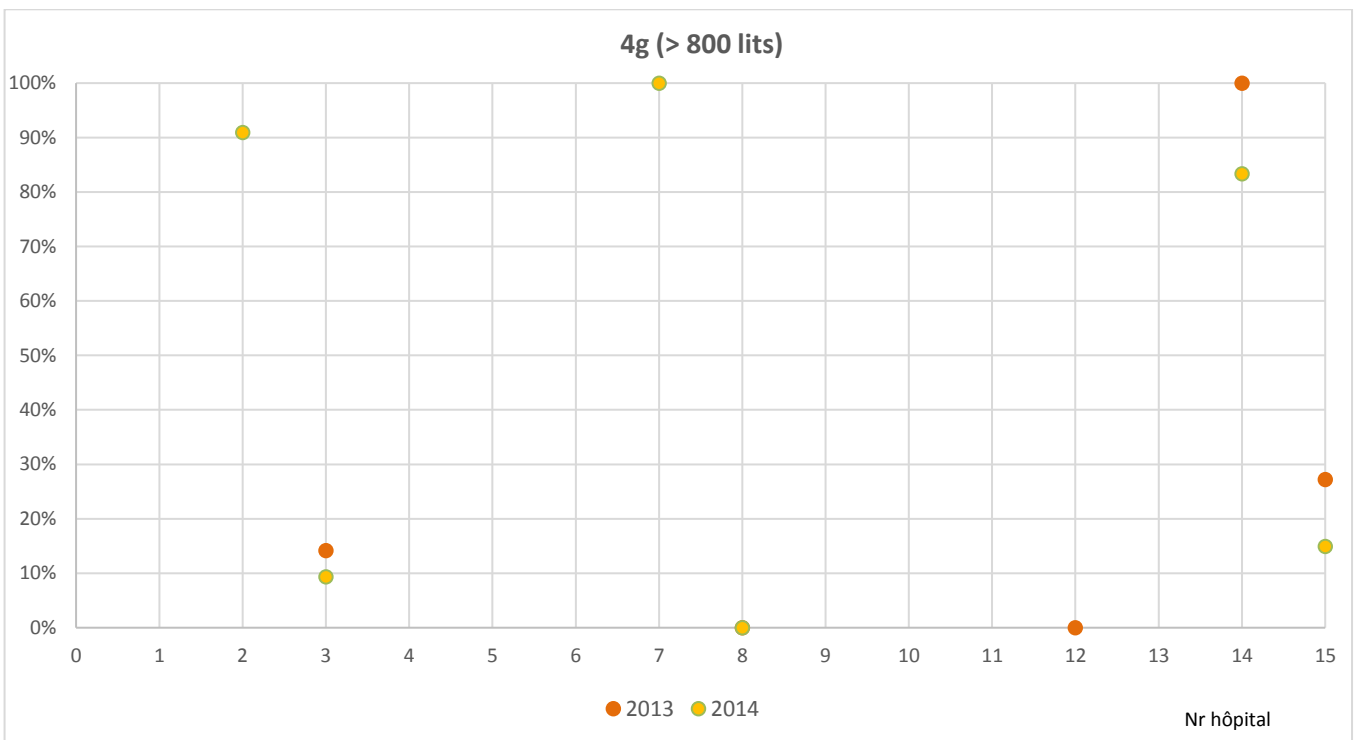
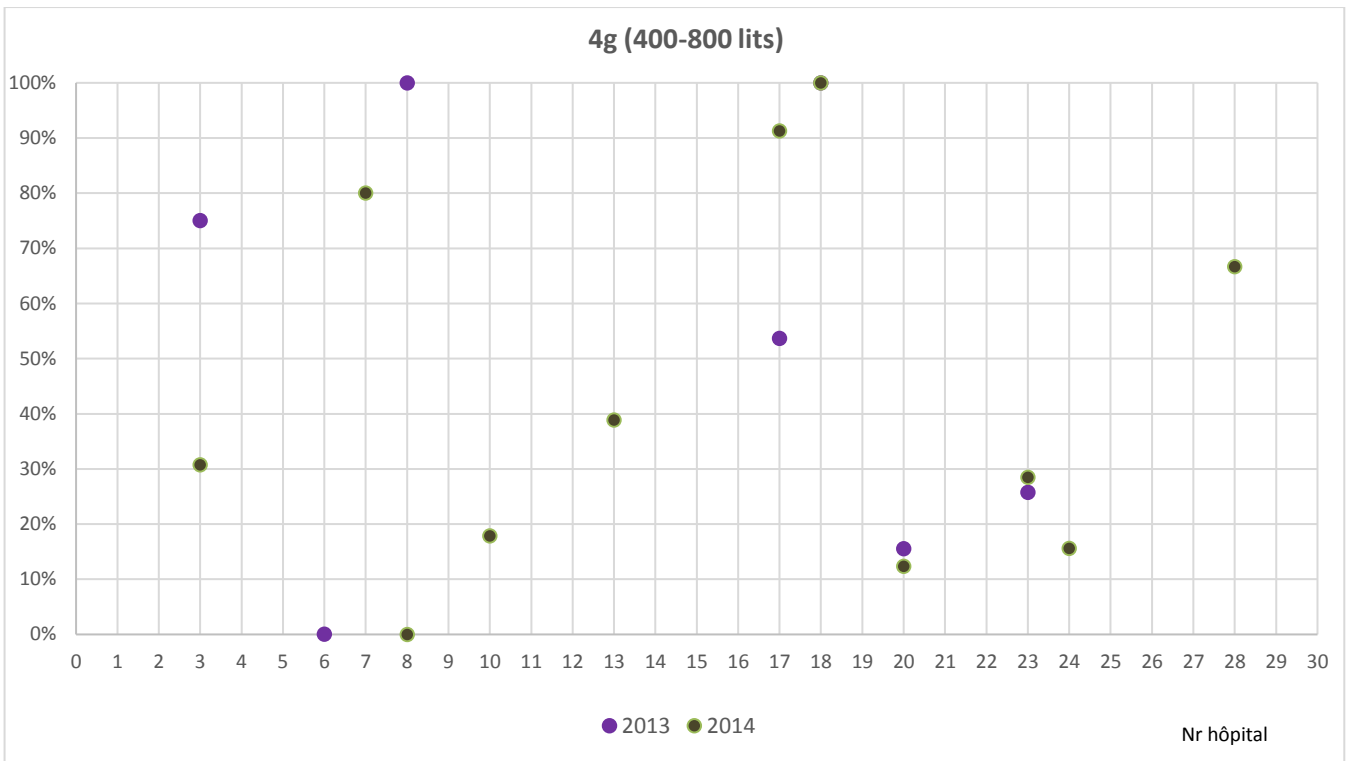
La comparaison est obtenue en divisant le nombre de sédations effectuées suite à une agression par le nombre d'agressions.

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

#### 4g1 – Services résidentiels A et T

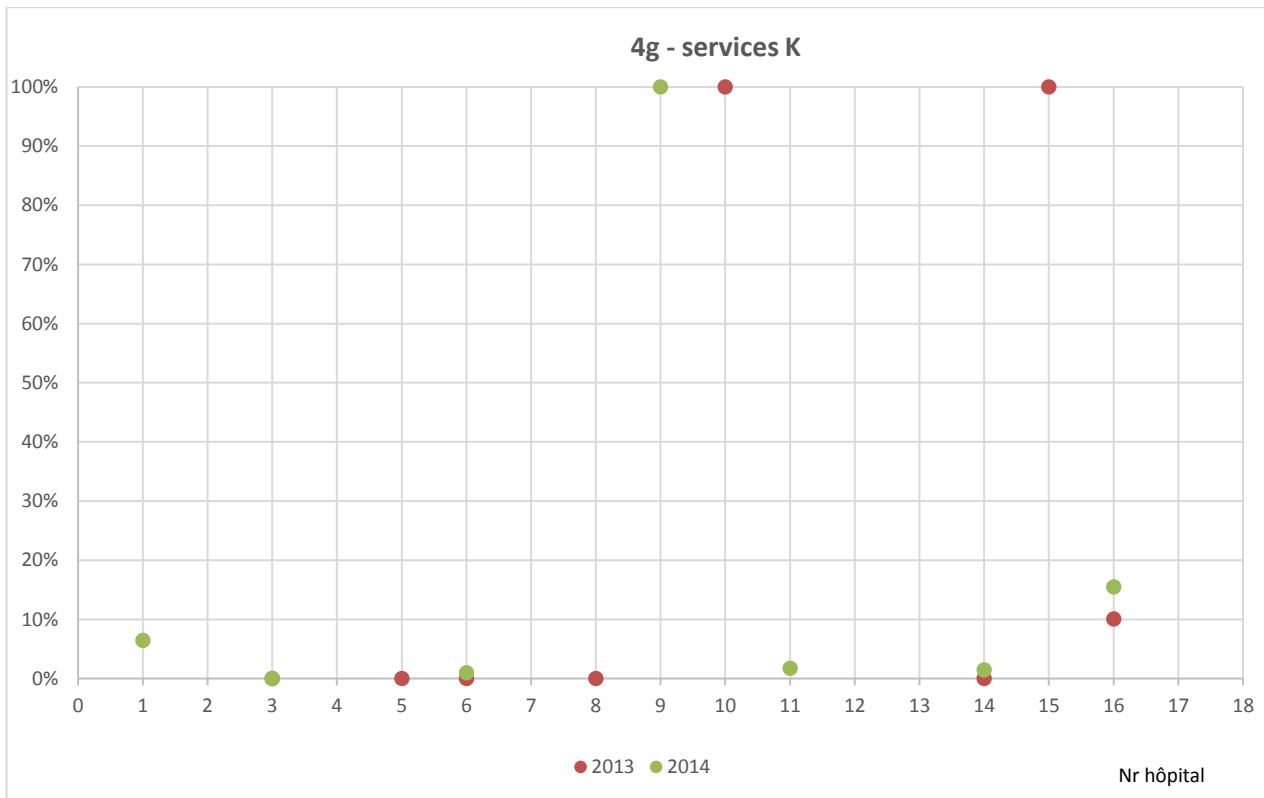
	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	19	26
Nombre total d'agressions	48577	5315
Nombre total de sédations	836	1601
Incidence	1,72	30,12





4g2 – Services résidentiels K

	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	5	6
Nombre total d'agressions	18038	1024
Nombre total de sédations	61	139
Incidence	0,34	13,57



## 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.

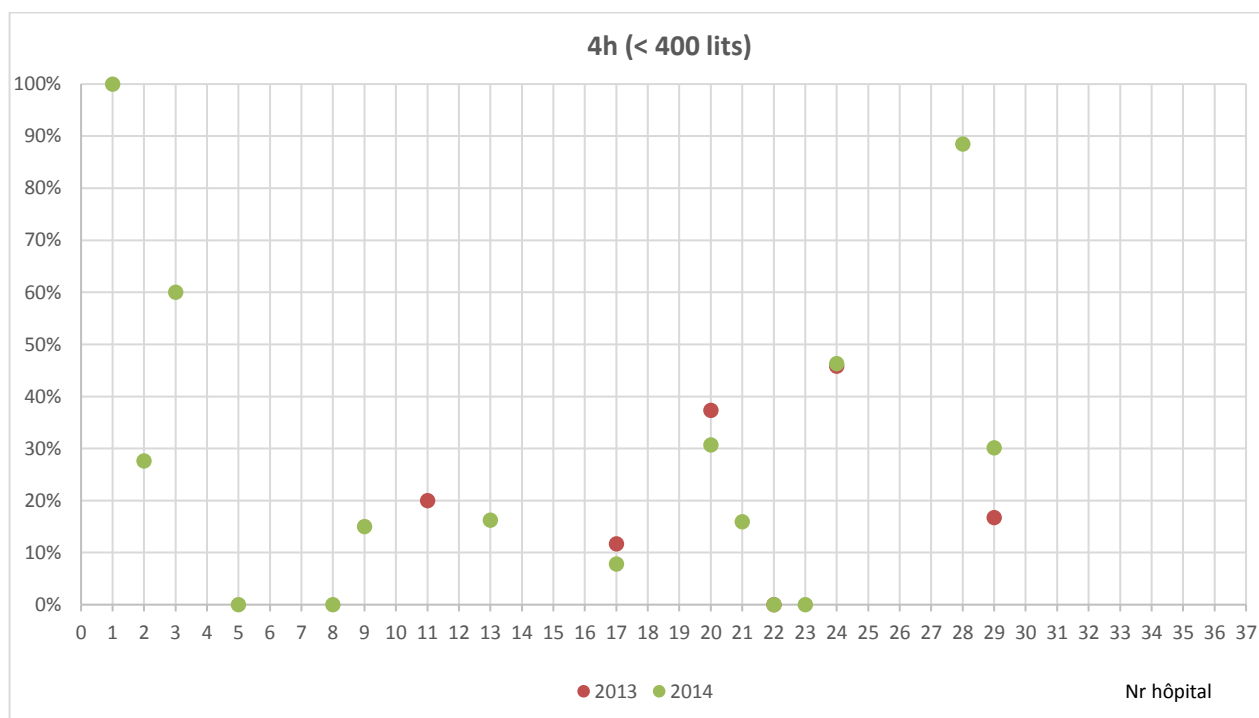
L'incidence des maîtrises physiques pratiquées suite à une agression exprime le degré avec lequel les maîtrises physiques sont pratiquées en cas d'agressions.

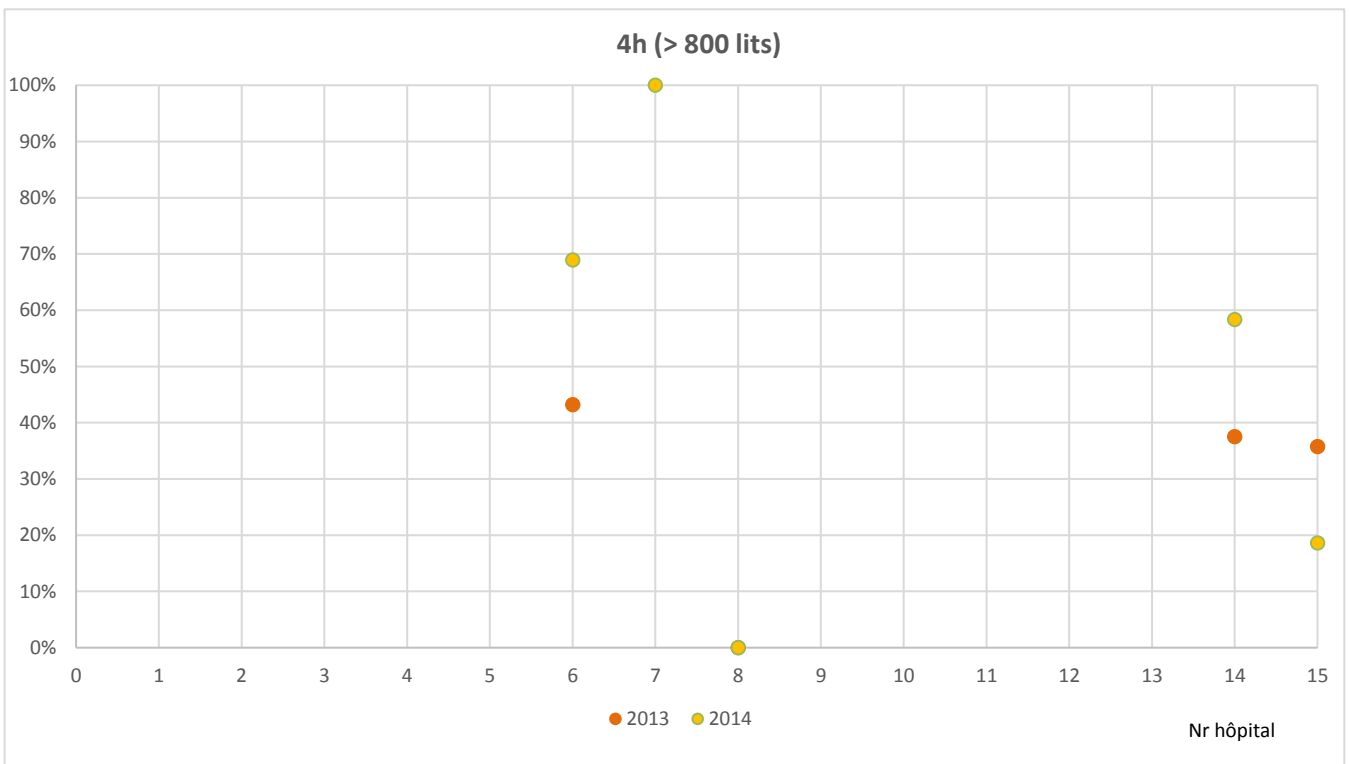
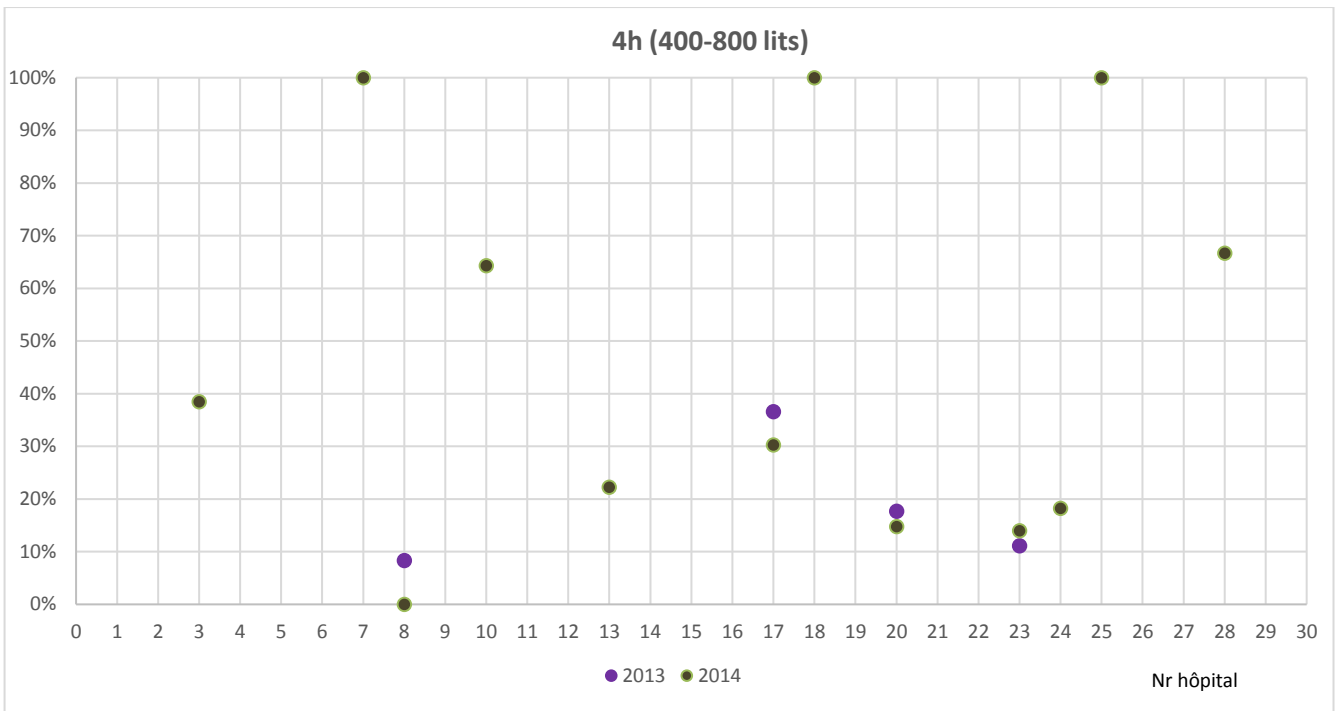
La comparaison est obtenue en divisant le nombre de maîtrises physiques pratiquées suite à une agression par le nombre d'agressions.

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

### 4h1 – Services résidentiels A et T

	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	17	26
Nombre total d'agressions	39808	5805
Nombre de maitrises physiques	988	2236
Inccidence	2,48	38,52





4h2 – Service résidentiel K

	2013	2014
Nombre d'hôpitaux	9	7
Nombre total d'agressions	7142	1042
Nombre de maîtrises physiques	359	301
Incidence	5,03	28,89

