

Enregistrement des données infirmières en Belgique

Assurer la visibilité des soins

La nécessité de documenter les actes infirmiers s'impose de plus en plus et l'informatisation des données avance à grands pas dans de nombreux pays. En Belgique, la diversité des données recueillies au travers des enregistrements du Résumé Hospitalier Minimal permet une exploitation maximale des informations à différents niveaux.

OLIVIER THONON

LES infirmières, à travers le monde, travaillent dans des endroits très divers, remplissent une grande variété de rôles, assument la responsabilité de la délivrance des soins et la coordination de ceux-ci entre tous les professionnels de la santé.

Cependant, bien que les soins infirmiers jouent un rôle crucial pour le bien-être des bénéficiaires, l'impact de ceux-ci est presque invisible et les questions concernant la contribution des infirmières restent entières. Que font les infirmières? Les actions infirmières améliorent-elles la qualité des soins reçus? Le recours plus fréquent à des actions infirmières spécifiques se traduit-il par une meilleure pré-

vention, une réduction des complications ou une amélioration de la santé et du bien-être? Existe-t-il des actions infirmières qui soient aussi efficaces mais moins onéreuses que les interventions des autres professionnels de la santé?

Avec les progrès de l'informatisation des systèmes d'informations appliqués au domaine de la santé et la plus grande utilisation des bases de données pour étudier l'efficacité des soins de santé, ces questions sont plus que jamais d'actualité.

La situation en Belgique

Chaque système de santé est pourtant tributaire d'une information suffisante sur ses structures et ses processus. La bonne compréhension de l'existence d'un

enregistrement de données infirmières nécessite un retour en arrière de plus de vingt ans; années au cours desquelles la gestion des hôpitaux a été soumise à une mutation fondamentale des systèmes d'information hospitaliers. L'accent ne porte plus sur des données de type structurel (nombre de lits, taux d'occupation), mais sur des données de type processus et résultats, corollaires indispensables à la gestion, au financement et à l'évaluation de la qualité des soins dans les hôpitaux.

En Belgique, le monde infirmier n'a pas échappé à cette nécessité de rendre visibles ses activités au travers d'un instrument minimal, le Résumé Infirmier Minimum (RIM). Ce dernier existe depuis 1988 et un certain nombre de ses objectifs initiaux ont été atteints. L'expérience de l'enregistrement du RIM a notamment mis l'accent sur la nécessité d'équilibrer les coûts considérables de cet enregistrement avec des améliorations réelles et visibles des soins ou de leur gestion. Toutefois, il convenait également de proposer véritablement l'enregistrement de nouvelles données quand les données existantes du RIM ou de modèles parallèles semblaient insuffisantes pour mettre à jour les indicateurs existants ou en créer de nouveaux. Dès lors, au début des années 2000, la question de l'actualisation du RIM s'est posée avec acuité étant donné l'évolution des soins de santé en général et de l'art infirmier en particulier. Le Résumé Infirmier Minimum a été revu et ac-



Des soins de base aux actes techniques, tout est documenté.

Photos: Martin Glauser

tualisé afin de représenter plus adéquatement l'activité du personnel infirmier et d'agir en conséquence sur le financement des soins infirmiers, raison d'être principale pour ne pas dire prioritaire de cet outil d'enregistrement.

D'évidence, cette importante refonte de l'enregistrement accentue et soutient la structuration, la gestion des soins infirmiers. Dorénavant intégré dans une base de données unique, appelée Résumé Hospitalier Minimal (RHM), cet enregistrement de données infirmières, implanté officiellement depuis janvier 2008, a sans aucun doute métamorphosé l'environnement des soins infirmiers.

Résumé Hospitalier Minimal

Depuis 2007 et dans le cadre de l'approche intégrée des banques de données disponibles, le RHM intègre trois différents systèmes d'enregistrement précédemment distincts: l'enregistrement du Résumé Clinique Minimum (RCM), l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum (RIM) et l'enregistrement SMUR (Service Mobile d'Urgence). Les applications permettant d'évaluer la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation (Appropriateness Evaluation Protocol) y sont également incluses. Les appellations de ces trois bases de données constitutives du RHM ont également été modifiées. Depuis l'introduction du RHM, le RIM actualisé porte dès lors le nom de DI-RHM pour Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal.

L'objectif de cet enregistrement intégré au sein des hôpitaux est de soutenir la politique sanitaire, de soutenir la politique de la santé au sein des hôpitaux, notamment par le biais d'un feed-back général et individuel de sorte que les hôpitaux puissent d'une part, se positionner par rapport à d'autres hôpitaux analogues, et d'autre part corriger leur politique interne. Cet enregistrement s'applique aux hôpitaux généraux non psychiatriques et constitue un outil dynamique qui s'adaptera à l'évolution des réalités tant politiques que de terrain.

Le type de données hospitalières ainsi que leurs modalités d'enregistrement et de transmission au Service Public Fédéral (SPF) Santé publique ont été précisées dans l'Arrêté Royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent

Tableau1: Items et possibilités de codage

| Domaine | Classe | Items | Possibilités de codage |
|---|--|-----------|------------------------|
| 1. Soins liés aux fonctions physiologiques de base | A. Gestion des activités et de l'exercice | 1 | 1 |
| | B. Soins liés à l'élimination | 6 | 13 |
| | C. Gestion de la mobilité | 3 | 4 |
| | D. Aide à la nutrition | 5 | 7 |
| | E. Promotion du confort physique | 4 | 4 |
| | F. Facilitation des soins personnels | 5 | 6 |
| 2. Soins liés aux fonctions physiologiques complexes | G. Gestion hydro-électrolytique et acido-basique | 5 | 5 |
| | H. Gestion des médicaments | 5 | 5 |
| | I. Fonction neurologique | 2 | 2 |
| | K. Fonction respiratoire | 3 | 3 |
| | L. Gestion de la peau et des plaies | 5 | 5 |
| | M. Thermorégulation | 1 | 1 |
| 3. Comportement | N. Perfusion tissulaire | 7 | 7 |
| | O. Thérapie comportementale | 2 | 2 |
| | P. Thérapie cognitive | 1 | 1 |
| | Q. Amélioration de la communication | 1 | 1 |
| | R. Aide aux stratégies d'adaptation | 1 | 3 |
| 4. Sécurité | S. Education du patient | 2 | 2 |
| | V. Gestion du risque | 7 | 7 |
| 5. Famille | W. Soins liés à la naissance des enfants | 5 | 5 |
| | X. Soins relatifs au cycle de la vie | 1 | 1 |
| 6. Systèmes de santé | Y. Médiation au sein des systèmes de santé | 2 | 2 |
| | Z. Gestion du processus de soins et de l'information | 4 | 4 |
| Total | | 78 | 91 |

| Types de scores | Nombre d'activités à enregistrer concernées |
|-----------------|---|
| Binaire | 36 |
| Nominal | 24 |
| Métrique | 31 |
| Total | 91 |

être communiquées au Ministre qui a la santé publique dans ses attributions. L'envoi des données se fera exclusivement via un portail sécurisé d'échanges de données anonymes entre l'hôpital et le SPF Santé publique (Portahealth).

Plus précisément, au sein du RHM, les Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal (DI-RHM) constituent l'outil d'enregistrement des activités infirmières.

Données Infirmières du RHM

Dans le cadre de l'actualisation de cet outil, l'option a été prise pour intégrer le RIM dans un cadre international plus large. Cette intégration implique obligatoirement d'avoir recours à un langage infirmier standardisé, au centre d'un concept professionnel unique. C'est sur la base d'une étude de la littérature que le

système de classification Nursing Interventions Classification (NIC) a été retenu comme source organisationnelle de cette actualisation.

Le cadre conceptuel définit dès lors un tremplin international, en référence à la classification NIC utilisée pour sa conception. La visualisation de la variabilité des soins infirmiers se fera à travers un langage plus riche et plus précis en passant de 23 (RIM) à 78 items (DI-RHM). Les quatre quinzaines annuelles d'enregistrement (soit 60 jours au total) restent, quant à elles, inchangées.

Le nouveau système d'enregistrement concernant les DI-RHM est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008. En parallèle à un manuel reprenant les directives d'enregistrement, un manuel de codage des DI-RHM a été publié par le ministère de la Santé fixant ainsi les règles de codage, les contrôles et modalités de score. Actuelle-



La codification des actions infirmières est gage de transparence.

ment, la version 1.6 de ce manuel constitue la référence de codification des données infirmières.

Comme signalé plus haut, les données infirmières sont enregistrées par quinzaine et ce, 4 fois par an (du 1^{er} au 15 des mois de mars, juin, septembre et décembre). Ainsi, tous les patients hospitalisés en hospitalisation classique ou en hôpital de jour durant ces périodes sont enregistrés sur base des règles de codage fixées par le SPF Santé Publique.

La notion d'épisode de soins

Outre les items réservés à la codification des activités infirmières réalisées, une des principales nouveautés de ce système concerne la notion d'épisode de soins. Avec le nouvel outil, la référence de l'enregistrement n'est plus comme précédemment la journée d'hospitalisation mais l'épisode de soins; un épisode de soins constituant une période d'hospitalisation du patient dont la durée maximale est de 24 h (soit une durée comprise entre 0 h et 23 h 59).

Les différentes activités enregistrées se rapportent donc chacune à une unité de soins et un épisode de soins infirmiers spécifique, sans concaténation des données entre les différentes unités de soins infirmiers concernées au cours d'une même journée d'enregistrement. Les règles

spécifiques d'enregistrement concernant les épisodes de soins infirmiers sont précisées dans le manuel d'enregistrement et les circulaires qui y ont trait.

Au final, deux éléments sont capables de générer un nouvel épisode de soins, soit le temps, soit le lieu. Cette notion est tout sauf négligeable dans les réflexions menées dans la problématique des mouvements et localisations de patients au sein de l'hôpital.

Avec l'apparition des DI-RHM, la récolte des données infirmières a fondamentalement évolué. Toute l'organisation de cet enregistrement a été remaniée en fonction des obligations légales et des divers objectifs contextuels propres à chaque institution concernée par cet enregistrement.

Le dossier infirmier

De son côté, le dossier en soins infirmiers a également été revu à la lumière d'un nouvel Arrêté Royal d'une part mais également en fonction de ce nouvel outil d'enregistrement dont il constitue la source principale. Les critères de validation doivent être respectés. Au travers de la démarche en soins infirmiers, ils soutiennent la réflexion infirmière et obligent, pour certains d'entre eux, l'utilisation d'outils de mesure, de plans de soins standardisés ou individualisés, de procédures, ce qui constitue une plus-value non négligeable pour notre démarche en soins et la reconnaissance du professionnalisme des soins infirmiers.

À l'heure actuelle, peu d'hôpitaux disposent d'une informatisation intégrée avec extraction automatique des données DI-RHM. Les DI-RHM, de par leur nombre d'items et leur niveau d'exigences en termes de justification de données, font appel de manière incontournable à un dossier patient informatisé avec extraction automatique des données. Point positif et déjà mentionné, si le RIM fut un incitant à la structuration du dossier infirmier, les DI-RHM seront, quant à eux, un incitant de choix dans le cadre d'un dossier infirmier informatisé. Les sociétés informatiques sont de plus en plus nombreuses à développer à des degrés divers, des solutions d'intégration globale, en partenariat avec les hôpitaux.

Actuellement, dans la version 1.6 (janvier 2011), les données infirmières se déclinent en une liste ouverte de 91 possi-

bilités de codage ou d'activités à enregistrer, représentant 78 items non cumulables disponibles pour l'enregistrement. Le tableau en page 57 reprend le nombre d'items et possibilités de codage pour chaque classe de l'outil d'enregistrement DI-RHM. En ce qui concerne les 91 possibilités de codage ou d'activités à enregistrer, elles offrent singulièrement un de ces trois types de score: binaire, nominal et métrique.

Impact sur les hôpitaux

Tant le nouvel outil d'enregistrement que le choix d'un processus d'enregistrement (centralisé ou non) ont obligé les hôpitaux à mettre sur pied une nouvelle méthode d'exploitation des données, permettant notamment l'utilisation de la richesse de l'information contenue dans les données récoltées. La diversité de données recueillies au travers des enregistrements DI-RHM permet une exploitation maximale des informations à différents niveaux: de l'analyse synthétique à l'examen systématique de chaque élément.

Puisque le futur financement des activités infirmières dépendra des données du Résumé Hospitalier Minimal, il est important de connaître sa position afin qu'elle reflète au mieux la situation réelle de l'hôpital. À l'heure d'écrire ces lignes, le modèle de financement et les règles y appliquées ne sont pas encore connues mais il convient d'améliorer sans cesse les données et les processus mis en place pour leur récolte, l'analyse et les feedbacks. C'est sur la base de ces informations que chaque institution en général et chaque département infirmier en particulier sera en mesure d'analyser son activité infirmière et le personnel infirmier associé. □

Contact: **Olivier Thonon**, infirmier, coordinateur DI-RHM CHU Liège, chargé de projets pour le SPF Santé Publique. Centre hospitalier universitaire de Liège, Département infirmier, domaine universitaire du Sart Tilman, B35 - B-4000 Liège. Téléphone: +32 (0)4 366 70 10 (secrétariat), fax +32 (0)4 366 76 21. E-mail: olivier.thonon@chu.ulg.ac.be.

Les références en lien avec article peuvent être obtenues auprès de l'auteur.

www.sbk-asi.ch

- Documentation
- Données infirmières
- Visibilité