

# **MÉMENTO DE L'ART INFIRMIER 2007/2008**

Éditeur responsable: G. Machtelinckx

© 2007 Wolters Kluwer Belgium SA  
Waterloo Office Park  
Drève Richelle 161 L  
1410 Waterloo  
www.kluwer.be  
contact@kluwer.be

Hormis les exceptions expressément fixées par la loi, aucun extrait de cette publication ne peut être reproduit, introduit dans un fichier de données automatisé, ni diffusé, sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation expresse, préalable et écrite de l'éditeur.

D/2007/8868/202  
ISBN 978-90-8670-361-6  
BP/VPLF - PI7001

# Avant-Propos

Le mémento de l'art infirmier se compose de deux grandes parties: une partie thématique et une partie pratique.

La partie thématique traite chaque année des sujets différents en fonction de leur importance dans l'actualité.

La partie pratique est réactualisée chaque année en fonction des modifications légales qui sont intervenues durant l'année écoulée.

Afin de disposer d'un maximum d'informations et de sujets traités, nous vous invitons à conserver les mémentos d'année en année.

La rédaction



# Préface

Depuis juillet 2006, la parution d'arrêtés royaux, circulaires ministérielles, appels à candidatures pour des projets divers est intense et continue.

Cela va de la description de fonction des praticiens au dossier infirmier, de l'hygiène hospitalière à la nutrition des personnes hospitalisées, en passant par la liste des actes confiés aux aides-soignant(e)s.

Puisse cette 12e édition du Mémento de l'Art Infirmier être un temps d'arrêt pour faire le point, prendre connaissance, comprendre et intégrer toutes ces nouveautés.

P. GILSON



# Collaborateurs

## *Auteurs de la partie pratique*

### **Anne-Marie Champagne**

Directrice de l'Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (Haute École Léonard de Vinci)

Associé à l'Université Catholique de Louvain (UCL)

Expert-Enseignement supérieur au Cabinet de

Marie-Dominique Simonet, Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique et des Relations internationales de la Communauté française

### **Patrick Gilson**

Directeur des Services hospitaliers

Centre Neurologique William Lennox à Ottignies

Chargé de cours au Centre de Formation pour les secteurs infirmier et de santé de l'A.C.N.

### **Sabine Hans**

Infirmière-Professeur à la Haute École Roi Baudouin

Présidente du groupe 'Titres et qualifications professionnels particuliers' du Conseil national de l'Art infirmier

Chargée de cours au Centre de Formation pour les secteurs infirmier et de santé de l'A.C.N. (Association Belge des Praticiens de l'Art Infirmier)

### **Donatienne Jans**

Avocate

Chargée de cours au CPSI (Centre de Perfectionnement en soins infirmiers)

### **Thierry Lothaire**

Maîtrise spéciale en Santé publique (ULB)

Infirmier SISU, Licencié et Agrégé

Président de la Commission Technique de l'Art Infirmier (CTAI)

Secrétaire International FNIB, délégué belge à la Fédération Européenne des Associations Infirmières (EFN) et au Conseil International des Infirmières (CII)

### **Isabelle Lutte**

Docteur en médecine

Avocate au barreau de Bruxelles

Membre de la Commission fédérale Droits du Patient

Collaborateurs

**Mirella Manna**

Infirmière Chef de service, Hôpital Erasme

**Isabelle Reynders**

Avocate

**Olivier Thonon**

Infirmier Chef de Service, Centre Hospitalier Universitaire de Liège

*Superviseur*

**Patrick Gilson**

Directeur des Services hospitaliers

Centre Neurologique William Lennox à Ottignies

Chargé de cours au Centre de Formation pour les secteurs infirmier et de santé de l'A.C.N.



# Table des matières

## **Partie I: Partie thématique**

### *Chapitre 1*

#### **Patient-Soignant: approche interculturelle** 27

1. Préambule – Population, culture et migrations 27
2. Soins de santé, soins infirmiers, culture et migration 29
3. Les patients – Quelques situations concrètes 31
4. Les soignants – Quelques situations concrètes 34
5. Aspects de la situation belge – Médiation interculturelle et loi sur les droits du patient 35
6. Aspect de la situation chez nos voisins français ... 40
7. Pour une approche sage et équilibrée des relations interculturelles soignant-soigné: la formation et les compétences interculturelles des soignants 43
8. Obligations professionnelles et déontologie 45
9. En guise de non-conclusion 48
10. Références 49

### *Chapitre 2*

#### **Projet WIN: élaboration d'un outil d'allocation du personnel infirmier et soignant sur base du DI-RHM** 53

1. Introduction 53
2. Les objectifs 54
3. La participation des professionnels et des hôpitaux 54

4.	La méthodologie utilisée	55
4.1.	Détermination de la couverture de l'activité par le DI-RHM et d'un temps de référence par item DI-RHM	55
4.2.	Développement du module informatique de répartition du personnel infirmier et soignant sur la base des données DI-RHM	58
5.	Les résultats	58
5.1.	Temps estimés par l'observation directe (Work sampling)	58
5.2.	Temps estimés par auto-enregistrement	58
5.3.	Temps estimés à partir de propositions des professionnels du terrain	59
6.	Discussion	61
7.	Recommandations	63

### *Chapitre 3*

	<b>La stomathérapie – Dépister et soigner les complications stomiales</b>	67
1.	Les complications cutanées péristomiales	67
1.1.	Généralités	67
1.1.1.	Définition	67
1.1.2.	Les causes	67
1.1.3.	Prévention	68
1.1.4.	Traitement	68
1.2.	En particulier	68
1.2.1.	L'érythème d'arrachage	68
1.2.2.	Les lésions de désépidermisation péristomiale	69
1.2.3.	L'allergie	69
1.2.4.	Le bourgeon	69
1.2.5.	La granulomatose inflammatoire péristomiale	70
1.2.6.	La folliculite	70
1.2.7.	La mycose	70
1.2.8.	Les cristaux de phosphates	70
1.2.9.	L'hyper pigmentation	71
1.2.10.	L'escarre péristomiale	71
1.2.11.	Les maladies dermatologiques	71
2.	Quelques complications précoces	72
2.1.	L'hémorragie	72
2.2.	L'œdème de la stomie	72
2.3.	La désinsertion	73

2.4.	La nécrose	73
2.5.	L'éviscération	73
2.6.	L'abcès et la fistule	74
2.7.	La stomie ombiliquée	74
2.8.	L'occlusion	74
3.	Quelques complications tardives	74
3.1.	Le prolapsus	74
3.2.	La sténose	75
3.3.	L'éventration	75
3.4.	La perforation colique	75
3.5.	L'hyperprolifération vasculaire	76
3.6.	La récurrence de la maladie causale	76
4.	Conclusion	76
5.	Bibliographie	77

#### *Chapitre 4*

<b>Réflexions sur le travailleur âgé dans le monde du travail ... hospitalier</b>	79
---	----

## **Partie II: Partie pratique**

#### *Chapitre 1*

<b>Les formations infirmières et accoucheuses organisées en Communauté française de Belgique</b>	95
--	----

Introduction	95
--------------	----

1.	Quelques rappels historiques	95
2.	Formations au sein du système éducatif de la Communauté française	100
2.1.	Formation d'infirmier(ère) hospitalier(ère)	100
2.1.1.	Conditions d'inscription	100
2.1.1.1.	Titres	100
2.1.1.2.	Documents administratifs	100
2.1.1.3.	Documents sanitaires	101
2.1.2.	Structure de la formation et titre à obtenir	101
2.1.2.1.	Enseignement théorique	101

2.1.2.2.	Enseignement clinique	101
2.1.2.3.	Titres délivrés	102
2.1.3.	Effet civil relatif à l'emploi	102
2.1.4.	Visa et enregistrements des brevets	103
2.1.5.	Possibilités de poursuivre ses études	103
2.2.	Formation de Bachelier en soins infirmiers et de Bachelier-Accoucheuse	104
2.2.1.	Création des Hautes Écoles	105
2.2.1.1.	Le Décret organique du 5 août 1995 fixant l'organisation générale de l'enseignement supérieur en Hautes Écoles	106
2.2.1.2.	Le Décret financement du 9 septembre 1996	107
2.2.1.3.	Les trois décrets relatifs au personnel	108
2.2.2.	Les décrets de Bologne	108
2.2.2.1.	Le processus de Bologne	108
2.2.2.2.	Comment évolue le processus en Communauté française de Belgique (C.F.B.)?	110
2.2.3.	Conditions d'inscriptions	115
2.2.3.1.	Titres	115
2.2.3.2.	Documents administratifs	116
2.2.3.3.	Documents sanitaires	116
2.2.4.	Modalités de formation	116
2.2.4.1.	Généralités	116
2.2.4.2.	Structure générale des études de Bachelier en soins infirmiers et de Bachelier-Accoucheuse	117
2.2.4.3.	Le Bachelier en soins infirmiers	117
2.2.4.4.	Le Bachelier-Accoucheuse	119
2.2.4.5.	Les spécialisations en soins infirmiers	122
2.2.4.6.	Autres spécialisations accessibles aux Bacheliers en soins infirmiers	125
2.2.4.7.	Titres obtenus	126
2.2.5.	Effet civil relatif à l'emploi	126
2.2.6.	Visa et enregistrement des diplômes	126
2.2.7.	Possibilités de poursuivre ses études	126
2.2.7.1.	L'enseignement universitaire	126
2.2.7.2.	L'enseignement de promotion sociale	128
2.2.7.3.	Autres possibilités	129
2.3.	Autres possibilités de devenir infirmier(ère)	131
2.3.1.	Examen devant le jury de la Communauté française	131
2.3.2.	Commission d'équivalence de la Communauté française	131
2.3.3.	Formation en cours d'emploi en vue de l'acquisition du titre de Bachelier en soins infirmiers et du brevet d'infirmier(ère) hospitalier(ère)	131

3.	Harmonisation	131
4.	Bibliographie	133
5.	Pour en savoir plus	134

## *Chapitre 2*

### **Évolution de la profession infirmière en Belgique** 135

1.	La procédure d'agrément pour porter un titre professionnel particulier ou se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière	135
2.	La révision de la liste des titres et qualifications professionnels particuliers	136
3.	La révision des critères d'agrément pour le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence	137
4.	La promulgation de l'arrêté pour l'obtention du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie	138
5.	La promulgation de l'arrêté fixant les critères d'agrément de la qualification professionnelle particulière en gériatrie	140
6.	La structuration du département infirmier et le niveau requis de formation	141
6.1.	Arrêté royal du 14 décembre 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction de chef de département infirmier ( <i>M.B.</i> , 24 janvier 2007)	142
6.2.	Arrêté royal du 14 décembre 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier chef de service ( <i>M.B.</i> , 24 janvier 2007)	142
6.3.	Arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef ( <i>M.B.</i> , 28 août 2006)	143
7.	La fonction d'hygiène hospitalière	145

8.	Le développement d'une politique de qualité	148
8.1.	En matière d'évaluation interne de la qualité de l'activité infirmière	148
8.2.	En matière d'évaluation externe de la qualité de l'activité infirmière	148
9.	Le contenu légal du dossier infirmier à l'hôpital	149
10.	Droits des patients	150
11.	L'enregistrement des aides-soignants	150
12.	Le statut de sage-femme	150
13.	La modification de la liste des prestations techniques et des actes médicaux confiés	152
14.	Les soins à domicile	153
14.1.	La collaboration entre les infirmiers, l'aide à domicile et l'aide-soignant	155
14.2.	La télématique	156
14.3.	Modification des représentants en commission de convention	157
15.	Les autres nouveautés	158
15.1.	Le programme de soins en pédiatrie	159
15.2.	Le programme de soins pour le patient gériatrique	159
15.3.	Le programme oncologique spécialisé pour le cancer du sein	161
15.4.	L'utilisation du défibrillateur externe automatique	161
15.5.	La répression de la violence envers le personnel infirmier	162
15.6.	Le Centre fédéral d'expertise	162

### *Chapitre 3*

	<b>Résumé Infirmier Minimum actualisé, les DI-RHM ... révolution ou évolution ?</b>	165
1.	Introduction	165
2.	Genèse de l'outil d'enregistrement des DI-RHM	167
2.1.	Concept de ' <i>Nursing Minimal Data Set</i> '.	167
2.2.	La conception du Résumé Infirmier Minimum en Belgique	168
2.3.	Concept de programme de soins	169
2.4.	La classification NIC	170
2.5.	Utilisation du NIC comme langage de l'actualisation du Résumé Infirmier Minimum	171

3.	Conception de l'outil DI-RHM	172
3.1.	Phase I (juin – octobre 2002): développement du cadre conceptuel	173
3.2.	Phase II (novembre 2002 – septembre 2003): développement d'un langage commun	173
3.3.	Phase III (octobre 2003 – avril 2005): phase test et validation de l'outil	174
3.4.	Phase IV (janvier 2005 – décembre 2005): finalisation de l'outil et gestion de l'information	177
3.5.	Développement des applications prioritaires	178
4.	Le Résumé Hospitalier Minimal (RHM)	179
5.	Comparaison entre le RIM et les DI-RHM	185
5.1.	Des similitudes tout d'abord	185
5.2.	Des différences ensuite	185
6.	Phase d'implémentation des DI-RHM	186
6.1.	Structure d'encadrement	186
6.1.1.	D'un point de vue national	186
6.1.2.	Au niveau de chaque hôpital	189
6.2.	Outil de référence, le manuel d'encodage des DI-RHM	189
6.3.	La formation	190
6.4.	Envoi des données	190
6.5.	Dossier en soins infirmiers	191
6.6.	Dossier informatisé	191
6.7.	DI-RHM et financement	192

#### *Chapitre 4*

<b>Secteurs d'emploi du personnel infirmier</b>	<b>195</b>	
1.	Histoire et évolution des secteurs d'emploi de la profession infirmière	195
1.1.	Le contexte sociétal et professionnel à l'aube de 1960	195
1.2.	Contexte sociétal et professionnel de 1960 à 1970	196
1.3.	De la reconnaissance à la création d'une 'profession' après 1970	196
1.4.	Et aujourd'hui, quelle vision avons-nous de l'infirmière ?	196
2.	Politique, système de santé publique et problématique infirmière en Belgique	197
2.1.	Rôle et effectifs en mutation	203
2.2.	Réduire l'écart entre formation et pratique professionnelle grâce aux bonnes pratiques	205

2.3.	De la crise des personnels de santé à la ... recherche des infirmières !	206
2.4.	Vers une pénurie quantitative ou qualitative d'infirmières en Belgique	212
2.5.	L'âge est-il un élément discriminatoire pour les infirmières ?	214
2.6.	Secteurs d'emploi infirmiers en Belgique et qualité des soins	215
2.7.	Ratios infirmiers et dotation en effectifs dans les hôpitaux généraux et universitaires	217
2.8.	L'emploi dans les hôpitaux psychiatriques	223
2.9.	L'emploi infirmier dans les institutions d'hébergement et/ou de soins pour personnes âgées	224
2.9.1.	Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et des maisons de repos et de soins (MRS)	224
2.9.2.	Les résidences-services	226
2.9.3.	Autres institutions non résidentielles pour personnes âgées	226
2.10.	L'emploi infirmier dans les soins de santé primaires (secteur des soins à domicile)	226
2.11.	Les autres possibilités d'emploi infirmier en Belgique	228
2.11.1.	Dans l'enseignement	228
2.11.2.	Dans les services de santé de l'armée	229
2.11.3.	Dans la Coopération avec les pays en voie de développement et l'aide humanitaire	230
3.	Problématique infirmière dans le monde, quels obstacles?	231
3.1.	Obstacle à l'offre et à la demande d'infirmières	231
3.2.	Accords de commerce internationaux et services de santé	233
3.3.	Comment retenir et éviter la mutation et la migration de l'infirmière dans le monde?	234
3.4.	Le recrutement déontologique des infirmières	237
3.5.	La santé et la sécurité des infirmières au travail	241
3.6.	L'emploi à temps partiel	242
3.7.	Bien-être socio-économique des infirmières	244
3.8.	Les soins infirmiers et le développement durable	245
3.9.	Politique de grève chez les infirmières	245
3.10.	Les infirmières et le travail posté	247
3.11.	Le développement des ressources humaines dans le domaine de la santé	248
4.	Bibliographie	248



*Chapitre 5*

<b>Planification de la carrière</b>	253
1. Contrats de travail	253
1.1. Le contrat de travail	253
1.1.1. Notion	253
1.1.2. Types de contrats	254
1.1.3. Formes	254
1.1.4. Modification des conditions de travail	255
1.1.5. Contrats spécifiques	255
1.2. Conventions collectives de travail	256
1.2.1. Notion	256
1.2.2. Exigences de validité	257
1.2.3. Contenu	257
1.2.4. Les partenaires sociaux	258
1.2.5. Les commissions paritaires	259
1.3. Règlement de travail	260
1.3.1. Notion	260
1.3.2. Contenu	260
1.3.3. Rédaction, modification et notification	261
1.4. La loi sur le travail	261
1.4.1. Notion	261
1.4.2. Champ d'application	261
1.4.3. Contenu	261
2. Travail salarié dans le secteur privé	264
2.1. Rémunérations et indemnités	264
2.1.1. Dispositions générales	264
2.1.2. Conditions salariales dans les hôpitaux privés	265
2.1.3. Les autres éléments constitutifs du salaire dans les hôpitaux privés	268
2.1.4. Les autres secteurs	273
2.1.5. Problèmes posés par le salaire variable	276
2.1.6. Retenues sur salaires	276
2.2. Suspensions du contrat de travail	277
2.2.1. Absences rémunérées	278
2.2.2. Absences rémunérées temporairement	281
2.2.3. Absences non rémunérées	284
2.3. Interruption de carrière	287
2.3.1. Le crédit-temps	287
2.3.2. Semaine de quatre jours	288
2.3.3. Congé pour soins palliatifs	288
2.3.4. Congé pour assistance médicale	288
2.3.5. Congé sans solde	289

2.4.	Fin de contrat	289
2.4.1.	Fin de contrat 'normale'	289
2.4.2.	Fin unilatérale d'un contrat	290
3.	Carrière dans le secteur public	292
3.1.	Emploi et travail	292
3.1.1.	Statut	292
3.1.2.	Recrutement	293
3.1.3.	Stage statutaire et nomination définitive	293
3.1.4.	Engagement contractuel et temporaire	294
3.1.5.	Durée du travail - loi sur le travail	294
3.2.	Statut pécuniaire : échelles barémiques et autres primes	294
3.2.1.	Statut pécuniaire	294
3.2.2.	Echelles barémiques	295
3.2.3.	Indemnité pour prestations irrégulières	298
3.2.4.	Prime de fonction	299
3.2.5.	Allocation de foyer et de résidence	300
3.2.6.	Pécule de vacances	300
3.2.7.	Prime de fin d'année	301
3.2.8.	Frais de déplacement	301
3.3.	Réglementation en matière de congés	302
3.3.1.	Vacances annuelles et jours fériés	302
3.3.2.	Congés de circonstance	302
3.3.3.	Congé pour convenance personnelles	303
3.3.4.	Congé de maladie ou d'invalidité	303
3.3.5.	Congé d'accueil d'un enfant en vue de son adoption ou d'une tutelle officieuse	303
3.3.6.	Réduction de prestations pour raisons sociales ou familiales	303
3.3.7.	Réduction de prestations pour raisons personnelles	304
3.3.8.	Congé pour raisons familiales impérieuses	304
3.3.9.	Mise en disponibilité pour raisons personnelles	304
3.3.10.	Absence de longue durée pour raisons familiales	304
3.3.11.	Interruption de carrière	304
3.4.	Accidents de travail et maladies professionnelles	305
3.5.	Mise en disponibilité	305
3.6.	Infirmières enceintes	305
3.6.1.	Repos d'accouchement	305
3.6.2.	Congé parental	306
3.6.3.	Ecartement prophylactique du lieu de travail	306

*Chapitre 6*

<b>Responsabilité juridique</b>	307
1. Introduction générale	307
2. Le cadre légal de l'exercice de l'art infirmier	308
2.1. L'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et l'A.R. du 18 juin 1990	308
2.2. Le Code civil	309
2.2.1. Introduction	309
2.2.2. Responsabilité contractuelle et responsabilité extracontractuelle	309
2.2.3. Concours de responsabilité	310
2.3. Le Code pénal	310
2.3.1. L'activité médicale et la loi pénale	310
2.3.2. L'obligation de porter assistance à autrui	312
2.3.3. Le secret professionnel	314
2.3.4. La répression des actes de violence à l'égard des soignants	316
2.4. Certaines législations particulières	318
2.4.1. La loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption volontaire de grossesse	318
2.4.2. La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie	320
2.4.2.1. Objectifs de la loi	320
2.4.2.2. Les conditions	320
2.4.2.3. La procédure	321
2.4.3. La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient	322
2.4.3.1. Objectifs de la loi	322
2.4.3.2. Les droits du patient	323
A) Le droit à des prestations de qualité	323
B) Le droit au libre choix du dispensateur de soins (article 6)	323
C) Le droit d'être informé sur son état de santé	323
D) Le droit de consentir de manière éclairée à toute intervention	327
E) Le droit de consulter son dossier	327
F) Le droit d'obtenir une copie de son dossier	329
G) Le droit au respect de sa vie privée et de son intimité	330
H) Les mineurs	330
2.4.3.3. Création d'un service de médiation	330
2.4.3.4. Conclusions	331

3.	La responsabilité juridique	331
3.1.	Les conditions de toute responsabilité	331
3.2.	La faute	333
3.2.1.	Introduction	333
3.2.2.	Les devoirs de l'infirmier	334
3.2.2.1.	Les devoirs de la science	334
	A) La compétence et les qualifications professionnelles de l'infirmier	334
	B) Application des principes	335
3.2.2.2.	Les devoirs de la conscience	337
	A) Définition	337
	B) Applications	337
	C) Conclusion	339
3.2.2.3.	Les devoirs de la confiance	340
	A) Le principe	340
	B) L'information à l'égard du patient	340
	C) L'information à l'égard des autres membres de l'équipe	341
	D) Les ordres médicaux	341
3.2.2.4.	Obligations de moyens ou obligations de résultat?	343
	A) Les principes	343
	B) Les obligations de moyens	343
	C) Les obligations de résultat	344
3.2.3.	L'imputabilité	346
3.2.3.1.	Les principes	346
	A) Au pénal	346
	B) Au civil	346
3.2.3.2.	L'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 sur le contrat de travail	346
3.2.3.3.	L'article 1384, alinéas 1 <sup>er</sup> et 3 du Code civil	347
	A) La responsabilité du fait des préposés	347
	B) La responsabilité en raison du vice de la chose	348
3.3.	Le lien causal	350
3.3.1.	La pluralité des causes	350
3.3.1.1.	La théorie de l'équivalence des conditions	350
3.3.1.2.	Application	351
3.3.2.	La preuve et la certitude (judiciaire) du lien causal	352
3.4.	Le dommage	354
3.5.	L'action en responsabilité	355
3.5.1.	Le procès pénal	355
3.5.2.	La procédure civile	355
3.5.3.	La prescription de l'action civile	356

4.	L'indemnisation des dommages résultant de soins de santé	357
4.1.	Les carences du régime actuel et leur traitement	357
4.2.	Le principe: la responsabilité objective	357
4.3.	La procédure	358
4.3.1.	Introduction de la demande	358
4.3.2.	Réception de la demande par le Fonds	358
4.3.3.	Envoi d'une proposition motivée de décision au patient	358
4.3.4.	Envoi d'un projet motivé de décision au Fonds	359
4.3.5.	Procédure d'arbitrage entre le Fonds des accidents de soins de santé et l'assureur	359
4.3.6.	Recours éventuel du patient devant le tribunal du travail	359
4.4.	Les dommages couverts et les dommages exclus	360
4.5.	L'enfant né handicapé	360
4.6.	L'indemnisation	361
4.7.	L'immunité civile et les autres régimes de responsabilité des prestataires de soins	362
4.8.	Conclusions	363

### *Chapitre 7*

	<b>L'assurance de responsabilité professionnelle du praticien de l'art infirmier</b>	365
1.	Introduction	365
2.	Définition et formation du contrat d'assurance	366
3.	Caractéristiques du contrat d'assurance	367
4.	L'objet de la garantie	368
5.	Le montant de la garantie	369
6.	La durée de la garantie	370
7.	La direction du litige	373
8.	Les exclusions et les déchéances	374
9.	Les droits de la personne lésée	375

10.	L'exécution du contrat	376
10.1.	Les obligations de l'assuré et de l'assureur	376
10.2.	Le litige et sa résolution	377
11.	Le recours de l'assureur à l'encontre de l'assuré	378
12.	L'assurance professionnelle en fonction du statut du praticien de l'art infirmier	379
12.1.	Le praticien de l'art infirmier indépendant	379
12.2.	Le praticien de l'art infirmier n'exerçant pas en qualité d'indépendant	379

### **Partie III: Banque de données**

1.	Adresses des instituts supérieurs	383
1.1.	Les hautes écoles - Section: infirmière graduée + spécialités	383
1.1.1.	Bruxelles-capitale / Brabant wallon	383
1.1.2.	Hainaut	385
1.1.3.	Liège	387
1.1.4.	Namur	388
1.2.	Enseignement professionnel secondaire complémentaire - Section: infirmière hospitalière (brevetée) y compris infirmière psychiatrique brevetée	389
2.	Écoles de Santé publique	393
3.	Associations professionnelles	395
3.1.	Organisations spécifiques	396
4.	Professions médicales et paramédicales	399
5.	Institutions de soins	403
6.	Divers	405

### **Partie IV: Annexes**

1.	Arrêté royal du 18 juin 1990 ( <i>M.B.</i> 26 juillet 1990) portant fixation de la liste des prestations techniques des soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre	409
----	--	-----

2. Circulaire ministérielle du 19 juillet 2007 relative à l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, adressée aux organes de gestion des hôpitaux, des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées, des services de soins infirmiers à domicile, aux médecins et praticiens de l'art infirmier 423
3. Arrêté royal du 19 août 1992 modifiant, en ce qui concerne les commissions de profil, l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (*M.B.* 12 septembre 1992) 431
4. Situation des organisations professionnelles infirmières belges et de la FNIB dans le contexte international, européen et national 437
5. Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge 439

## **Partie V: Index alphabétique**

- Index alphabétique 445

## **Partie II**

### **Partie pratique**



## Chapitre 3

# Résumé Infirmier Minimum actualisé, les DI-RHM ... révolution ou évolution ?

O. Thonon, M. Manna

### 1. Introduction

La bonne compréhension de l'existence d'un Résumé Infirmier Minimum 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.

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 des objectifs initiaux ont été atteints. A la fin des années 90, 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. En 2006, un RIM actualisé a vu le jour, tenant compte des nouvelles tendances dans le secteur. L'implantation nationale de ce Résumé Infirmier Minimum actualisé, prévue en mars 2008, va, sans aucun doute, métamorphoser l'environnement des soins infirmiers.

Le cadre conceptuel du RIM actualisé définit un tremplin international, en référence à la classification NIC (*Nursing Interventions Classification*) 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 à 78 items.

L'actualisation du RIM est conforme à la philosophie qui sous-tend le nouveau concept hospitalier fondé sur des programmes de soins. Ceci se traduit, dans un premier temps, par le développement d'un module de base composé d'items communs à toute population de patients quelle qu'elle soit. Dans un second temps, ce module de base est nuancé par des modules spécifiques, selon le programme de soins envisagé. Cette approche modulaire permet une gestion des soins par spécialité, par groupe cible, par programme de soins ou par équipe pluridisciplinaire.

L'évolution démographique, les soins chroniques et aux personnes âgées ne cessent d'augmenter en volume. L'actualisation de l'outil RIM devra nous fournir une image plus précise de l'aspect «soins de base» ou *CARE* afin de rétablir de manière plus équitable la balance *CURE / CARE* dans le cadre du financement. De fait, un des biais du système actuel de financement est que les soins infirmiers techniques (le *CURE*) constituent un des leviers importants du financement, ce qui est trop réducteur par rapport à la réalité des soins d'aujourd'hui.

Bien que chez les infirmiers, pris chacun individuellement, il y ait toujours un souci et un intérêt pour l'administration de soins de qualité, les évolutions actuelles requièrent une approche systématique de cet élément dans le secteur des soins de santé. Dans cette optique, le RIM actualisé repose aussi sur l'*Evidence Based Nursing* et la mesure du résultat en soins.

Il est communément admis que le coût des soins de santé augmente chaque année de manière exponentielle. Aussi, si les infirmières veulent rester un acteur crédible auprès du gestionnaire, elles doivent pouvoir justifier leurs pratiques et leurs productions en soins caractérisées par un coût élevé. De plus, dans un contexte de ressources rares, les infirmières doivent pouvoir rentabiliser au mieux leurs moyens par une répartition adéquate du personnel et des tâches.

C'est pourquoi le nouvel outil d'enregistrement mettra beaucoup plus l'accent sur la justification des soins infirmiers, par la mise à disposition d'indicateurs permettant de justifier :

- une admission, un séjour à l'hôpital ;
- la nature et l'intensité des soins infirmiers ;
- l'encadrement en matière de personnel infirmier.

Comme d'autres fichiers de données relevées de manière systématique au niveau national, le RIM s'est régulièrement trouvé isolé de par la difficulté, voire l'absence de liaisons. Aussi, interactivité et pluridisciplinarité sont les deux maîtres mots visés par l'intégration du RIM actualisé dans le concept plus large qu'est le Résumé Hospitalier Minimal ou RHM.

Depuis 1994, année de son intégration dans le financement, l'importance du RIM n'a cessé d'augmenter. De plus, les technologies de l'information et de la communication sont en expansion constante, y compris dans la profession infirmière. Ces différents aspects sont pris en considération dans le cadre de l'actualisation du RIM par la recherche d'un processus d'assurance de qualité de données, développé via un simple *browser* internet, le *Portahealth*.

La définition de directives visant la saisie automatique des données infirmières au travers d'un dossier électronique du patient annonce la mise à l'ordre du jour, prioritaire, de la définition d'un dossier infirmier informatisé.

D'évidence, le passage du RIM au DI-RHM accentue et soutient la structuration, la gestion des soins infirmiers. Ceci étant, ce changement important est une préoccupation pour tous les départements infirmiers. Chacun se prépare au mieux à l'implantation des DI-RHM, en tenant compte de sa réalité et des moyens qui lui sont propres : paramètres plus que variables selon les institutions.

## 2. Genèse de l'outil d'enregistrement des DI-RHM

La pierre angulaire du développement de l'outil s'articule autour de plusieurs angles d'incidence :

- le concept de «*Nursing Minimal Data Set*» (NMDS) ;
- le Résumé Infirmier Minimum en Belgique depuis 1988 ;
- le concept de programme de soins ;
- la classification NIC.

### 2.1. Concept de «*Nursing Minimal Data Set*».

L'enregistrement de données sur l'activité hospitalière a déjà été préconisé, dès 1863, par Florence Nightingale.

Aux Etats-Unis, à la fin des années 70, l'extrait uniforme de dossiers médicaux se concrétise par la définition d'un «*Uniform Minimum Health Data Set*», composé d'un set d'items à enregistrer de manière uniforme à la sortie des patients hospitalisés.

A la même époque, en complément de ce résumé de sortie médical, le concept de «*Nursing Minimal Data Set*» fut énoncé. Les objectifs poursuivis par ce dernier visent une collecte de données uniformes dans une optique de recherche clinique et de management.

A l'échelon international, l'*International Council of Nurses (ICN)* a pris l'initiative, en 1991, de dresser une «*International Classification of Nursing Practice*» (ICNP) dans le but de créer un cadre de référence regroupant plusieurs langages professionnels infirmiers afin de comparer des populations de patients, les soins infirmiers et l'utilisation de l'effectif en personnel.

Dans le domaine des soins infirmiers en Europe, trois pays ont une forme de NMDS qui est d'application (Grande-Bretagne, France et

Belgique). Dans beaucoup d'autres pays, il existe un intérêt manifeste pour le développement de tels systèmes d'information et, au même titre que pour les données médicales, plusieurs actions concertées au niveau européen sont en cours dans ce domaine.

En ce qui concerne la Belgique, au début des années '80, l'option choisie dans le cadre de la gestion des hôpitaux généraux cible la mise en place de systèmes d'information minimaux, uniformes et systématiques qui soient proches de la réalité. La législation hospitalière laisse transparaître de plus en plus la volonté de pouvoir moduler le mode de financement des hôpitaux en fonction de la réalité hospitalière et de la définition du produit hospitalier : Quels types de patients ? Quels types de prestations ? En fonction de quel ratio coût/efficacité ? ...

De plus, fait marquant, les activités médicales et infirmières sont envisagées comme étant à la fois complémentaires et spécifiques. Enfin, depuis 1988, il apparaît clairement que les systèmes d'information relatifs aux activités médicales, infirmières et le niveau de performance de chaque hôpital sont étroitement liés. Le Résumé Infirmier Minimum et le Résumé Clinique Minimum ont été conçus dans cette optique.

Cet état de fait se concrétise par l'obligation de l'enregistrement du RIM depuis 1988 et du Résumé Clinique Minimum (RCM) depuis 1990.

## *2.2. La conception du Résumé Infirmier Minimum en Belgique*

Le développement du RIM est étroitement lié à l'évolution du financement des hôpitaux.

En 1982, une proposition d'un nouveau mode de financement voit le jour. Son objectif principal est de mesurer la performance des hôpitaux. Dans cette optique, deux composantes sont à souligner : des comparaisons seraient réalisées au sein de groupes d'hôpitaux comparables : et le Résumé Clinique Minimum serait intégré au titre d'indicateur relatif à l'activité clinique en vue de financer les activités cliniques, y compris les activités du personnel soignant.

L'Union Générale des Infirmières Belges s'est insurgée face à cette proposition de financement du personnel soignant, étant donné que l'activité infirmière ne peut être déduite de l'activité médicale. De fait, la pratique des soins démontre à suffisance que deux patients à pathologie égale peuvent nécessiter des soins infirmiers de nature et d'intensité très variables.

Ce signal donné par les associations professionnelles infirmières amorce une recherche infirmière nationale visant à définir un indicateur de l'activité infirmière qui se concrétisera par la naissance de l'outil Résumé Infirmier Minimum.

Après quinze années d'existence, une réflexion quant à l'actualisation de l'instrument RIM est organisée sur un plan national. Cette démarche est conditionnée par l'évolution des soins infirmiers, des structures de soins, le développement des systèmes d'enregistrement, leurs applications tant à un niveau national qu'international et le nouveau concept hospitalier basé sur des programmes de soins.

En 1996, les coordinateurs RIM universitaires ont amorcé une première étape de la démarche en réalisant une enquête nationale portant sur cette matière auprès des hôpitaux. Celle-ci a démontré que la demande d'actualisation du secteur varie de simples ajouts à une révision fondamentale de l'instrument.

### 2.3. Concept de programme de soins

Actuellement, l'actualisation du RIM est envisagée comme un des éléments qui devrait permettre l'affinement des programmes de soins définis dans certains secteurs.

De fait, en Belgique, depuis 1994, un nouveau concept d'agrément a été énoncé par le Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH). Dans cette optique, l'agrément d'un hôpital serait basé, dans une plus large mesure, sur l'activité hospitalière exprimée sous la forme de programmes d'activités, axés sur des groupes de patients bien définis ; plutôt que sur les données statistiques relatives à l'infrastructure hospitalière.

Globalement, les propositions émises par le CNEH distinguaient deux types de programmes de soins :

- a) les *programmes de soins universels ou de base* qui répondraient à l'activité de base des hôpitaux en général. Ils auraient un contenu général médico-chirurgical et seraient différenciés sur la base de groupe d'âge auquel le patient appartient ;
- b) les *programmes de soins spécifiques* qui seraient axés sur des groupes de patients dont le problème ou la pathologie est identifiable et profilée. Il s'agit de programmes qui exigeraient une compétence, une organisation, une technologie, une infrastructure particulières et pluridisciplinaires. Ces programmes de soins spécifiques seraient orientés soit vers la pathologie, comme par exemple la pédiatrie, soit vers des aspects fonctionnels ou organisationnels, comme par exemple la prise en charge des urgences.

Par la définition de programme de soins, une réponse cohérente à un problème de santé du patient dans un ensemble structuré de services et de prestations est recherchée ; l'objectif étant de délimiter un cadre de soins pluridisciplinaire coordonné, de qualité, et rentable.

La loi sur les hôpitaux circonscrit, en 1997, le cadre légal en définissant les huit composantes de base d'un programme de soins.

Actuellement, la notion de programme de soins universels est à l'examen au sein d'un groupe de travail et une dizaine de programmes de soins spécifiques énoncés par le CNEH demandent à être affinés avant leurs applications futures.

#### 2.4. La classification NIC

Dans le cadre de l'actualisation RIM, même si l'objectif principal était la mise à jour de l'enregistrement actuel, 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 NIC est une large classification standardisée des interventions de soins infirmiers, soins directs ou indirects, spécialisés ou non, aigus ou chroniques, effectués ou non en collaboration avec d'autres disciplines. Celle-ci constitue un outil de documentation et de communication clinique univoque, d'intégration des données entre les différents systèmes de productivité, d'évaluation des compétences, de financement et de conception des programmes d'enseignement.

De plus, cette classification décrit aussi bien les aspects physiologiques que psychosociaux, le traitement que la prévention de la maladie de même que les aspects de promotion de la santé. La plupart des interventions concernent le patient en tant qu'entité individuelle, mais certaines interventions s'adressent également aux familles, aux communautés, voire même aux populations entières (*environmental management community*). Les soins indirects non directement axés vers le patient ont également été repris (*supply management*).

Par rapport aux diagnostics infirmiers (NANDA) et aux résultats de soins infirmiers (NOC) où le centre de la démarche est le patient, les interventions se focalisent sur l'infirmière, sur les actions réalisées par celle-ci de manière à permettre au patient un résultat de soins désiré.

## 2.5. Utilisation du NIC comme langage de l'actualisation du *Résumé Infirmier Minimum*

Comme déjà souligné dans ce qui précède, l'option choisie pour l'actualisation a été d'intégrer au RIM un cadre infirmier validé sur le plan international. Cinq raisons ont conduit au choix de la classification NIC comme base d'actualisation :

- Existence d'une large reconnaissance internationale. D'importantes organisations internationales ont reconnu la pertinence de la classification NIC. L'intégration de cette classification dans les index majeurs tels que ULMS, CINAHL, SNOMED-CT, ... fait que le NIC n'est pas seulement considéré comme un langage international pour les infirmiers mais également comme langue officielle pour tous les professionnels des soins de santé, médecins y compris.
- Construction soignée, inductive et validée dans la pratique clinique. La classification a été construite sur la base d'une large recherche scientifique avant d'être par la suite, validée et testée cliniquement. Dans plusieurs hôpitaux américains, ce langage est utilisé dans la pratique infirmière quotidienne. L'importante validation internationale, tant sur le plan structurel que pratique, donne au NIC une avancée énorme par rapport à l'ICNP. L'ICNP a lui aussi bénéficié d'une construction correcte et d'une validation, mais possède un rayon d'action beaucoup moins large.
- Intégration de l'entièreté des soins infirmiers. Contrairement à l'HHCC (*Home Health Care Classification*), aussi bien les NIC que l'ICNP possèdent un vaste domaine d'application, regroupant l'ensemble des soins infirmiers et sont, sur ce principe, sensiblement comparables. Malgré tout, le NIC est également utilisé dans les interventions-clés du KIT (*KernInterventies in de Thuisverpleegkunde*). Dans le cadre de la continuité des soins, pour laquelle l'uniformité et la standardisation des transferts de données sont une obligation, il est important que les différentes instances concernées puissent se retrouver à l'intérieur d'un cadre informationnel unique.
- Révision systématique et mise à jour. Un centre permanent a été créé (*Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness*) afin de réaliser une actualisation continue du NIC, une publication des mises à jour tous les quatre ans mais également un accompagnement des hôpitaux participants au projet d'implémentation. De cette manière, le langage NIC restera toujours en adéquation avec la pratique infirmière. En se basant sur cette classification, le RIM actualisé suivra la même voie de mise à jour et de correspondance avec la réalité de terrain. ICNP et HHCC n'ont eux pas encore de centre permanent, le *feed-back* systématique et l'adaptation régulière du langage aux nouveaux besoins ne sont donc pas garantis.

- Ensemble infirmier simple, clair, logique et univoque. Développées sur une base inductive et logique, les interventions, à l'intérieur des classes et domaines, sont utilisées dans la pratique infirmière quotidienne. Il en est de même pour l'HHCC mais dans le cadre d'une pratique beaucoup plus restreinte (pour rappel, soins ambulatoires et soins à domicile). Quant à l'ICNP, son utilisation au quotidien est plus difficile, chaque axe possédant sa propre classification codée, plutôt lourde et parfois peu conviviale.

### 3. Conception de l'outil DI-RHM

Le Résumé Infirmier Minimum (RIM) permet, depuis 1988, la visualisation de l'activité infirmière dans les hôpitaux généraux. Cependant, la pratique et la politique infirmière ont évolué de manière telle durant cette dernière décennie qu'une mise à jour du RIM s'imposait.

Le projet fédéral d'actualisation du Résumé Infirmier Minimum, à la demande et en concertation avec le Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, résulte d'un processus de recherche-action mené par deux équipes universitaires, le CZV de la KULeuven et le CHU de Liège, en collaboration avec le monde hospitalier et professionnel infirmier.

La méthodologie suivie s'articule autour de différents principes de base :

- a) Développement d'un langage infirmier univoque.
- b) Intégration de l'enregistrement du RIM dans l'ensemble plus grand que constituent les systèmes d'enregistrement des hôpitaux ou des patients.
- c) Maintien d'un enregistrement minimal avec exploitation maximale des données existantes.
- d) Intégration des évolutions de l'art infirmier et incidence importante de ce dernier dans la gestion de la politique globale des soins de santé. L'approche quantitative existante des soins est complétée par une approche davantage qualitative ou évaluative.
- e) Inscription dans le concept de programmes de soins et d'indicateurs de performance clinique afin d'évaluer la justification des soins dispensés par rapport à l'évidence scientifique. Six programmes de soins sont utilisés : l'oncologie, la pathologie cardiaque, les soins intensifs, les soins chroniques SP, la gériatrie et l'enfant à l'hôpital.
- f) Mise au point dynamique de l'actualisation grâce à un dialogue permanent avec le secteur des hôpitaux et des infirmiers.

Par ailleurs, le processus d'actualisation du RIM s'est organisé autour de deux orientations strictes. D'une part, le recours à des groupes de travail constitués d'experts cliniques pour la construction d'un outil expérimental.



tal basé sur la classification NIC et d'autre part, l'utilisation de données infirmières existantes ou expérimentales pour le développement d'un outil fiable et valide.

Le projet en lui-même se divise en quatre phases majeures, présentées en détail ci-dessous :

1. développement du cadre conceptuel ;
2. développement d'un langage commun ;
3. phase test et validation de l'outil ;
4. finalisation de l'outil et gestion de l'information.

### *3.1. Phase I (juin – octobre 2002) : développement du cadre conceptuel*

Cette période a essentiellement été consacrée à la mise au point de la méthodologie et aux choix structurels, futurs guides du processus ; le tout dicté par une revue de la littérature et une analyse secondaire des données existantes. Au terme de cette phase et comme déjà mentionné plus haut, c'est la classification des Interventions en Soins Infirmiers (NIC, 2<sup>ème</sup> édition) qui a été choisie comme structure de l'actualisation du RIM.

### *3.2. Phase II (novembre 2002 – septembre 2003) : développement d'un langage commun*

Concrétisée au sein des groupes d'experts cliniques (N=75), représentant autant de programmes de soins concernés par l'actualisation (N=6), la seconde phase (novembre 2002 – septembre 2003) a prioritairement été axée sur le développement d'un langage commun et sur les choix des futurs domaines d'application (N=4).

A ce propos, l'expérience actuelle du RIM accentue la nécessité d'équilibrer les coûts considérables de cet enregistrement avec des améliorations réelles et visibles des soins ou de leur gestion. Toutefois, il convient de proposer véritablement l'enregistrement de nouvelles données quand les données existantes du RIM ou de modèles parallèles semblent insuffisantes pour mettre à jour les indicateurs existants ou en créer de nouveaux.

Premièrement, les groupes de travail se sont concentrés sur la sélection d'indicateurs pertinents tant pour les soins infirmiers que pour la gestion de ceux-ci, plutôt que sur des éléments provenant de données individuelles. Au départ de ces indicateurs, ce sont les applications de financement hospitalier, de gestion des effectifs infirmiers (nombre et qualification), de qualité ainsi que l'évaluation de la justification des séjours hospitaliers qui ont été désignées comme prioritaires dans le processus d'actuali-

sation du RIM. Ces quatre applications prioritaires font toutes référence à des études spécifiques, en cours ou déjà terminées. Nous y reviendrons par la suite.

Deuxièmement, les experts cliniques des six programmes de soins, après avoir étudié en détail le cadre conceptuel de la classification NIC, ont sélectionné les interventions NIC les plus pertinentes dans le cadre de leur pratique professionnelle et motivé l'utilité d'intégrer chacune d'elles au sein d'un futur enregistrement infirmier minimum, prenant en compte les priorités précédemment citées.

Au total, parmi les quatre cent trente-trois interventions disponibles dans la seconde édition de la classification NIC, deux cent cinquante-six d'entre elles (59,1%) ont été sélectionnées dans au moins un programme de soins. L'équipe de recherche a suggéré les traductions en nouvelles variables de ces interventions ainsi que des variables originales du RIM, définissant respectivement les catégories de réponse et les conditions d'enregistrement. Toutes les variables révisées ont été replacées dans les domaines et les classes appropriés du cadre NIC. La pratique clinique en vigueur et la pratique désirée (*Evidence Based Nursing*) ont également été discutées. Par le biais d'une cinquantaine de sessions de *feed-back*, d'une durée de trois à quatre heures chacune, les suggestions ont été analysées pour inclure, *in fine*, une description non ambiguë de l'intervention de soins, considérant les catégories de réponse comme autant de niveaux de soins différents (type, intensité, fréquence, ...).

Ce set d'items RIM actualisé a été pré-testé par les équipes de recherche dans plus de trois unités de soins par programme, réparties dans plus de quinze hôpitaux. Ce set pré-testé a servi de base à la construction de la version alpha du RIM actualisé, constitué à ce jour de nonante-quatre variables disponibles.

### *3.3. Phase III (octobre 2003 – avril 2005) : phase test et validation de l'outil*

La troisième phase a principalement été consacrée à l'expérimentation : collecte des données, validation du nouvel outil et intégration de ce dernier dans les bases de données connexes.

#### *Collecte des données*

Les hôpitaux ont été sollicités par l'autorité fédérale pour participer à cette expérimentation. 69 % des hôpitaux aigus du Royaume (N=85) ont répondu à cet appel et constitué un échantillon de deux cent quarante-

quatre unités de soins. Pour des raisons pratiques, une sélection a été effectuée sur la base de critères préalablement définis : distribution nationale et régionale équilibrée de l'échantillon, répartition équitable entre les hôpitaux : petits / grands, privés / publics, universitaires ou non, balance du nombre d'unités participantes par programme de soins considéré.

Au final, cent cinquante-huit unités de soins réparties dans soixante-six hôpitaux (34 néerlandophones et 32 francophones) ont été sélectionnées pour participer au test. Pour ce faire, chaque hôpital a désigné un coordinateur interne, ayant si possible une certaine expérience du RIM et de la gestion de ses données, ce dernier étant responsable de l'organisation de la formation, de la collecte des données et de la transmission de celles-ci aux équipes de recherche respectives.

La version alpha du RIM actualisé, testée durant trente jours échelonnés sur trois périodes d'enregistrement (1-15 décembre 2003, 1-5 février 2004, 1-10 mars 2004), a permis la récolte de plus de nonante-cinq mille journées d'enregistrement. Le RIM actuel et le RCM concernés par les périodes de test ont également été transmis aux équipes de recherche.

La faisabilité de l'outil révisé (version alpha) a également été étudiée par le biais de la mesure du temps nécessaire pour la collecte des données RIM. Cette mesure de temps a été réalisée durant quatre jours étalés sur les deux périodes de test de l'année 2004 et ce, dans quarante-deux hôpitaux représentant un total de quatre-vingt-une unités de soins. L'échantillon collecté est constitué de trois mille cinq cent quatre journées d'enregistrement. Par programme de soins, cette médiane temporelle associée à la médiane du nombre de variables scorées varie de deux minutes et dix variables pour l'hôpital de jour à huit minutes et vingt-cinq variables pour les soins intensifs.

### *Fiabilité et validité*

La validité et la fiabilité sont deux paramètres essentiels dans le développement d'un nouvel outil d'enregistrement. A ce propos, la fiabilité inter-observateurs et les validités critérielle, de construction, apparente et de contenu ont été analysées dans cette étude. Nous abordons ici en quelques lignes ces différents paramètres sans toutefois les développer. Par ailleurs, la partie pratique s'oriente, elle, précisément sur la validité critérielle de ce nouvel outil en présentant, en partie, les résultats de la concordance entre les deux outils RIM, le RIM actuel d'une part et le RIM actualisé d'autre part.

La fiabilité inter-observateurs (*interrater reliability*) du RIM actualisé a été testée à trois reprises durant la phase d'expérimentation. Avant chaque période de test, et à l'aide de l'outil à tester, les soixante-six coordinateurs internes ont été amenés à scorer deux cas concrets décrivant l'état d'un patient et les soins prodigués à son égard durant une journée d'enregistrement. Les neuf cas testés ont couvert les six programmes de soins considérés, tout en incluant soixante-huit des nonante-trois variables (73 %) de la version alpha du RIM actualisé. Les équipes de recherche quant à elles ont développé un score de référence (golden standard) pour chaque item des six cas d'épreuve. C'est ce score de référence qui a été confronté aux scores enregistrés par les coordinateurs internes.

L'étude de la validité critérielle (*criterion related validity*) a réalisé la comparaison objective avec le RIM actuel. Le postulat théorique était que des éléments similaires issus d'une part du nouvel outil et d'autre part du RIM actuel dans les deux bases de données devaient donner des résultats plus ou moins semblables.

Le pouvoir discriminant du RIM actualisé sera également évalué afin de mettre en évidence la validité de construction (*construct validity*) du nouvel outil. Ce type de validité aura pour but la réduction statistique des variables en un nombre efficient et pertinent, de manière à permettre la visualisation des soins infirmiers dans les différents groupes de pathologies, unités de soins et hôpitaux. Comme déjà mentionné, l'enregistrement du RIM actualisé se base sur la classification NIC 2<sup>ème</sup> édition et s'articule autour des classes de cette taxonomie, comportant une ou plusieurs variables. A l'intérieur de ce cadre conceptuel NIC, les données ont été étudiées par la technique mathématique d'analyse catégorique des composantes principales (CatPCA) en deux étapes distinctes.

Une dernière composante inclut le croisement des variables RIM sélectionnées avec les instruments de mesure existants afin de garantir la validité de contenu du nouvel outil (*content validity*). Pour ce faire, afin d'également valider la justification des séjours hospitaliers, les variables du *Belgian Appropriateness Evaluation Protocol* (B-AEP) seront incluses dans le nouvel instrument. De plus, la structure du RIM actualisé trouvera une correspondance dans la taxonomie et le langage de la classification NIC. Par ailleurs, certaines variables, plus spécifiques, de ce nouveau RIM constitueront une entité spécifique de gestion des staffs dans les différentes unités de soins des hôpitaux.

A l'issue de ces différents tests de fiabilité et analyses, une version bêta de l'outil a été finalisée et présentée aux experts cliniques à la fin de

l'année 2004. Ces derniers ont suggéré quelques dernières modifications basées sur leurs expertise et expérience cliniques. Les raisons d'adaptation les plus fréquentes concernaient l'impact significatif sur la charge de travail, l'aspect qualitatif de certains soins, certaines spécificités de prise en charge ou encore le fait que les résultats d'analyses pouvaient être biaisés par la qualité de l'échantillon collecté. L'ensemble final, dénommé version bêta, se compose d'un set de base de trente-sept variables, complété par onze à dix-neuf variables selon le programme de soin.

En mars 2005, afin de valider la faisabilité de cette version bêta et pour offrir un échantillon de spécialités plus large encore, une dernière période de test a été organisée dans quinze unités de soins de médecine et quinze unités de soins de chirurgie durant dix jours consécutifs, en parallèle avec l'enregistrement officiel du RIM actuel. A la demande du SPF Santé publique et des hôpitaux, cette dernière phase test a été étendue aux unités de maternité. A cette fin, un groupe d'experts cliniques a suggéré l'implémentation de nouvelles variables pour ces unités. Leurs recherches étaient basées sur les deux classes NIC concernées par la prise en charge de la mère et du nouveau-né (classes W et X). De plus, cette nouvelle collecte des données a permis de préciser les résultats de la première analyse critérielle.

Le RIM actualisé a été proposé en avril 2005 devant une commission d'approbation désignée par le SPF Santé publique. A ce stade, il était composé d'une liste de septante-trois interventions infirmières.

#### *3.4. Phase IV (janvier 2005 – décembre 2005) : finalisation de l'outil et gestion de l'information*

Essentiellement consacrée à la gestion de l'information, cette quatrième et dernière phase, en plus de la finalisation de l'outil d'enregistrement, a jeté les bases du développement des applications prioritairement choisies. Les liens avec le RCM ont permis d'obtenir des profils de soins infirmiers par DRG ; le cadre théorique des applications prioritaires, le financement, le staffing et la qualité ont été développés ; enfin, les capacités de justification du séjour hospitalier du RIM actualisé ont également été évaluées. En parallèle, en vue de son implémentation officielle en 2007, les modules de *feed-back*, d'audits ainsi que le support ICT pour la collecte et l'analyse des données ont été mis au point ; les adaptations légales et éthiques ont quant à elles été finalisées.

En décembre 2005, consécutivement aux différents groupes de travail et phases tests, le RIM actualisé, officiellement nommé DI-RHM mais communément appelé RIM 2 tout au long du processus, se présente dans

sa version 1.0. Au tout début de l'année 2006, des adaptations seront apportées par le SPF Santé publique, surtout au niveau des contrôles et des conditions d'enregistrement de manière à aboutir à la forme telle qu'elle sera présentée officiellement aux différents acteurs hospitaliers dans le courant du mois de février 2006, à savoir 78 items (version 1.1).

### 3.5. Développement des applications prioritaires

Comme déjà signalé, les applications prioritaires font, toutes les quatre, l'objet de projets spécifiques. Au moment d'écrire ces lignes et en fonction des développements en cours, il est difficile de tirer les premières conclusions. C'est pourquoi nous nous limiterons à présenter succinctement ces quatre études en vous invitant malgré tout à vous tenir informés de leurs avancements par l'intermédiaire des canaux officiels d'information ou spécifiques des études concernées : SPF, Centre Fédéral d'Expertise en Soins de Santé et Politique Scientifique Fédérale notamment.

Thème	Applications	Mandant	Equipe de recherche	Durée
Évaluation de la justification de séjour	AEP et RIM 2	SPF Santé publique	CHU Lg	Fin en 12/2005
Financement	Financement des soins infirmiers dans les hôpitaux belges	KCE	CHU Lg, CZV-KUL & UZLeuven	01/2006 – 02/2007
Qualité des soins	Databank kwaliteitszorg verpleegkundigen	Politique Scientifique Fédérale	CZV-KUL / CHOPR USA	09/2005 – 02/2007
Effectif en personnel infirmier	Module d'affectation du personnel sur la base du RIM 2 (Projet WIN – <i>Workload Indicator for Nursing</i> )	Politique Scientifique Fédérale	UZ Gent, UGent, UCL	06/2006 – 05/2007

#### 4. Le Résumé Hospitalier Minimal (RHM)

Courant 2007, dans le cadre de l'approche intégrée des banques de données disponibles, le RHM, siglaison de Résumé Hospitalier Minimum, intégrera trois systèmes d'enregistrement précédemment distincts : l'enregistrement du Résumé Clinique Minimum (RCM), l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum (RIM) et l'enregistrement SMUR. Les applications AEP y seront également incluses. Les appellations de ces trois bases de données constitutives du RHM ont également été modifiées. Le RIM actualisé porte dès lors le nom de DI-RHM pour Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum.

L'objectif de cet enregistrement intégré au sein des hôpitaux est de soutenir la politique sanitaire à mener à divers niveaux :

- détermination des besoins en matière d'établissements hospitaliers ;
- description des normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et leurs services ;
- organisation du financement des hôpitaux ;
- définition de la politique relative à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier et des professions paramédicales ;
- définition d'une politique épidémiologique.

Il a également pour objectif 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 intégré contiendra des données administratives, des données médicales, des données infirmières, des données relatives au personnel et des données dans le cadre de la fonction «service mobile d'urgence». Comme les anciens systèmes d'enregistrement qu'il globalise, 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 SPF Santé publique seront précisées dans un arrêté royal, déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent 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 constituent l'outil d'enregistrement des activités infirmières.

*Les Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal (DI-RHM)*

Avant d'en arriver à leur version actuelle de juillet 2007, l'outil d'enregistrement a subi plusieurs modifications à chaque fois sanctionnées par une nouvelle version de directives de codage. Trois adaptations verront le jour en fonction des remarques rapportées par les hôpitaux ou en fonction des modifications apportées par le SPF; en gardant toujours à l'esprit le souci d'adapter les résultats de la recherche à la réalité tout en rendant l'outil plus convivial.

Version	Date de parution
1.1	Février 2006
1.2	Mai 2006
1.3	Septembre 2006
1.4	Juillet 2007

Dans sa version 1.4, ces données infirmières se déclinent en une liste ouverte de 91 possibilités d'activités à enregistrer, représentant 78 items non cumulables disponibles pour l'enregistrement.

La taxonomie de l'outil s'organise en quatre niveaux : 6 domaines, 23 classes, 78 items et 91 possibilités de codage.

Taxonomie DI-RHM v1.4			
Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
6 domaines	23 classes	78 items	91 possibilités de codage
Numérotés de 1 à 6	Code alphabétique	Code alpha-numérique unique	Code alpha-numérique unique
1 chiffre	1 lettre	1 lettre + 1 chiffre	1 lettre + 3 chiffres

Le premier niveau hiérarchique du DI-RHM se compose de six domaines coordonnés entre eux sur les aspects suivants :

- soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires ;
- soins liés aux fonctions physiologiques complexes ;
- comportement ;
- sécurité ;



- famille ;
- systèmes de santé.

Chacun des domaines proposés contient au moins une classe, chacune des 23 classes contenant au moins un item, chacun des items représentant au moins une possibilité de codage. A l'intérieur de chaque classe, tous les items sont décrits selon la même structure en quatre points : une définition, une ou des possibilités de score, des contrôles ou conditions obligatoires et des remarques éventuelles.

Les trois derniers niveaux (classe, item et possibilité de codage) se retrouvent dans le code de l'item DI-RHM, à chaque fois composé de quatre positions :

- position 1 : le caractère fait référence à la classe de l'item ;
- position 2 : le chiffre fait référence à l'item ;
- position 3 : le chiffre fait référence à la possibilité de codage ;
- position 4 : chiffre de réserve.

Tous les items ne possédant qu'une seule et unique possibilité de codage sont tous constitués d'un code alphanumérique se terminant par 00, soit 1 lettre (classe) + 1 chiffre (item) + 00 (possibilité de codage). Ex.: A100, B500, D300, G200, ...

Tous les items possédant plusieurs possibilités de codage sont constitués d'un code alphanumérique terminant par 0 (chiffre de réserve) et précédé d'un chiffre précisant le numéro de la possibilité de codage correspondante, soit 1 lettre (classe) + 1 chiffre (item) + 1 chiffre (sous-item) + 0 (chiffre de réserve). Ex.: B210, B230, B240 ou D110, D120, D130, ...

Et donc, selon ces règles, sauf exceptions, les items sont tous cumulables entre eux, les possibilités de codage n'étant cumulables que pour des items différents.

Vous trouverez ci-après la structure en domaines et classes ainsi que le nombre d'items concernés (DI-RHM v1.4). Pour la présentation exhaustive de l'ensemble des items constituant le DI-RHM, nous vous renvoyons à la documentation mise à votre disposition sur le site du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be)

**Domaine I : Soins liés aux fonctions physiologiques de base (six classes)**

I.A. Gestion des activités et de l'exercice

I.B. Soins liés à l'élimination

I.C. Soins liés à la mobilité

I.D. Soins liés à l'alimentation

I.E. Promotion du confort physique

I.F. Soutien des soins personnels

**Domaine II : Soins liés aux fonctions physiologiques complexes (sept classes)**

II.G. Gestion hydro-électrolytique et/ou acido-basique

II.H. Administration de médicaments

II.I. Soins liés à la fonction neurologique

II.K. Soins liés à la fonction respiratoire

II.L. Soins de la peau et des plaies

II.M. Thermorégulation

II.N. Perfusion tissulaire

**Domaine III : Comportement (cinq classes)**

III.O. Thérapie comportementale

III.P. Thérapie cognitive

III.Q. Amélioration de la communication

III.R. Aide aux stratégies d'adaptation

III.S. Éducation du patient

**Domaine IV : Sécurité (une classe)**

IV.V. Gestion du risque

**Domaine V : Famille (deux classes)**

V.W. Soins liés à la naissance

V.X. Soins relatifs au cycle de la vie

**Domaine VI : Systèmes de santé (deux classes)**

VI.Y. Médiation au sein des systèmes de santé

VI.Z. Gestion du processus de soins et de l'information

Si l'on examine le domaine 1 et plus précisément la classe B à titre d'exemple, cette dernière comporte 13 possibilités de codage mais réellement 6 items différents. Les items sont constitués par les codes alphanumériques de B1 à B6 ; les possibilités de codage par les codes alphanumériques B100 à B600. Ceux appartenant au même item ne sont donc pas cumulables, soit B210, B220, B230, B240 et B250 pour l'item B2 et B410, B420, B430 et B440 pour l'item B4.

Le tableau ci-après reprend le nombre d'items et de sous-items pour chaque classe de l'outil d'enregistrement DI-RHM.

Domaine	Classe	Items	Sous-items
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
	N. Perfusion tissulaire	7	7
3. Comportement	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
	S. Éducation du patient	2	2
4. Sécurité	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

En ce qui concerne les 91 possibilités de choix d'activités à enregistrer, elles offrent singulièrement un de ces trois types de score : binaire, nominale et métrique.

Types de scores	Possibilités de choix
Binaire	36
Nominal	24
Métrique	31
TOTAL	91

Pour terminer la partie consacrée à la présentation de l'outil RIM 2, il nous semblait opportun de vous communiquer en dix points la plus-value de ce nouvel outil d'enregistrement minimum de données :

1. Cadre de référence international et dynamique : langage et terminologie infirmière plus vastes, plus professionnels et plus détaillés tenant compte des évolutions médicales et infirmières.
2. *Feed-back* différenciés permettant des comparaisons plus sensibles.
3. Potentialités de couplage avec les problèmes et les «*outcomes*» patients.
4. Intégration RCM-RIM dans le RHM : unicité, uniformité, pertinence.
5. Profils de soins par APR-DRG (financement par pathologie d'un profil d'activités infirmières standardisé).
6. Intégration du DI-RHM dans un éventail d'applications : processus de gestion et d'évaluation des soins.
7. Système uniforme d'évaluation du besoin en effectif, comparaisons et liens possibles avec d'autres systèmes (TISS, NAS, ...).
8. Enregistrement de données en personnel (dynamique) vs FINHOSTA (statique).
9. Possibilité de développement d'indicateurs de qualité.
10. Compatibilité avec le RIM actuel (utilisation possible des données existantes).

## 5. Comparaison entre le RIM et les DI-RHM

Dans les lignes qui suivent, un comparatif en trois points est réalisé entre les deux outils d'enregistrement des données infirmières minimum, le Résumé Infirmier Minimum, d'une part, et sa version actualisée les DI-RHM, d'autre part.

### 5.1. Des similitudes tout d'abord

#### a) Enregistrement de données :

L'outil d'enregistrement est applicable aux hôpitaux généraux non psychiatriques; le type de données qui doivent être enregistrées, leurs modalités d'enregistrement et de transmission au SPF Santé publique sont précisées dans un arrêté royal (à paraître dans le cas des DI-RHM).

#### b) Collecte des données / échantillonnage :

Pour tous les services concernés par l'enregistrement, ils bénéficient tous les deux du même *design* de collecte discontinue, à savoir quatre périodes annuelles de quinze jours chacune, réparties comme suit : 1<sup>er</sup> au 15 mars, 1<sup>er</sup> au 15 juin, 1<sup>er</sup> au 15 septembre et 1<sup>er</sup> au 15 décembre.

#### c) Lien avec d'autres bases de données :

Depuis 2000 et l'obligation d'un numéro de séjour RCM / RIM unique, il existe une possibilité de couplage entre les bases de données médicale et infirmière. De par son intégration dans le RHM, la version actualisée du RIM renforce et formalise ce lien entre les deux outils.

### 5.2. Des différences ensuite

#### a) Enregistrement de données :

Le RIM 1 est un enregistrement fermé et statique de 23 activités infirmières, offrant peu de possibilités d'évolution; l'outil DI-RHM bénéficie quant à lui d'un cadre de référence international et constitue un enregistrement dynamique et ouvert.

#### b) Collecte des données / échantillonnage :

Basés tous deux sur un *design* de collecte identique, ils diffèrent quant à l'échantillonnage des données collectées : 5 jours au hasard par quinzaine de collecte pour le RIM (soit 20 jours annuels), l'entière de la quinzaine de collecte pour les DI-RHM (soit 60 jours annuels). Pour ce dernier, toutes les données collectées constituent donc l'échantillon d'analyse.

c) Lien avec d'autres bases de données :

Malgré les possibilités de couplage offertes par le RIM entre les bases de données médicale et infirmière, les applications issues de ces deux enregistrements de données restent isolées et spécifiques de l'enregistrement choisi, soit RCM, soit RIM. Au sein de l'enregistrement unique RHM, tant les enregistrements que les applications de ces deux bases de données sont maintenant intégrés.

Indépendamment des différences et des similitudes relevées entre les deux outils, il est intéressant de les repositionner tous les deux dans les réalités politiques et de terrain de leurs époques respectives. Lors de son implémentation, le RIM a donné l'impulsion pour la structuration du dossier infirmier, tel que nous le connaissons actuellement dans sa version papier. Presque vingt ans plus tard, les DI-RHM constituent un des moteurs de l'implémentation du futur dossier patient, dans sa version informatisée cette fois.

## **6. Phase d'implémentation des DI-RHM**

La première période officielle d'enregistrement des DI-RHM est prévue pour mars 2008. Le SPF et les hôpitaux préparent cette implantation depuis au minimum le printemps 2006.

### *6.1. Structure d'encadrement*

#### *6.1.1. D'un point de vue national*

##### *La structure multipartite*

L'arrêté royal du 8 avril 2003 a abrogé l'existence de la «Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux», le terme activités étant envisagé au sens large du terme, incluant les soins infirmiers.

La Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques est remplacée par la structure multipartite en matière de politique hospitalière. Cette dernière relève également de la compétence du Ministre qui a la santé publique dans ces attributions. Elle est composée notamment de représentants d'associations de médecins, d'hôpitaux, du SPF Santé publique et de l'INAMI.

A la demande du ministre ou de sa propre initiative, la structure multipartite donne son avis en ce qui concerne :

- l'enregistrement, la collecte et le traitement des données statistiques concernant les activités médicales ;

- les mesures qui doivent être prises afin de garantir la fiabilité et la confidentialité des données ;
- l'utilisation de ces données.

Cette structure multipartite a la possibilité de constituer des groupes de travail spéciaux et de faire appel à des experts. Actuellement, la question de la réorganisation des quatre groupes de travail supervisés par la précédente commission est en suspens. Ces derniers concernent :

- le groupe DJP-DPN qui se penche sur les dossiers anonymisés des hôpitaux dont la durée de séjour moyenne s'écarte de la durée de séjour normalisée ;
- le groupe audit interne et externe qui examine les procédures d'audit et veille à ce qu'il y ait une concordance entre la méthodologie d'audit des enregistrements RIM et RCM ;
- le groupe RPM qui évalue l'utilisation et l'application de l'enregistrement RPM ;
- le groupe RIM qui examine les procédures d'enregistrement RIM, les applications qui en découlent et notamment les applications RIM dans le cadre du financement.

Un sous-groupe de travail permanent sera également réorganisé en ce qui concerne les données statistiques infirmières.

Durant ces derniers mois, le groupe de travail 'Enregistrement' de la Commission multipartite a essentiellement tenté de résoudre les difficultés pratiques d'implémentation des DI-RHM: suppression de l'item C300, pas d'enregistrement pour les urgences ambulatoires, modalités enregistrement des périodes pré- et postopératoires, enregistrement des DI-RHM au 'réveil' ... (Circulaire SPF du 22 décembre 2006).

#### *La cellule RIM/DI-RHM du SPF Santé publique*

Le SPF Santé publique dispose d'une cellule RIM, appelée cellule DI-RHM depuis le nouvel outil composée de divers collaborateurs, ayant chacun des missions spécifiques : la législation, le financement, l'audit externe, l'informatique. Des relations actives sont entretenues avec les différents groupes de travail ou commissions impliquées dans le cadre des données infirmières.

Le SPF s'entoure également d'équipes de recherches engagées pour des missions ponctuelles ayant trait au développement ou à l'analyse de ces données infirmières.

### *Le Centre Fédéral d'Expertise en Soins de Santé (KCE)*

Ce centre d'expertise, créé en décembre 2002, a également une implication directe dans l'analyse et le traitement des données hospitalières en matière de politique de soins de santé. Ce dernier est compétent pour réaliser des analyses sur la base des données codées.

### *La Commission d'Accompagnement d'Actualisation du Résumé Infirmier Minimum*

Elle regroupe des experts autour d'une matière particulière. Cette commission n'est pas une structure officielle. Elle est mise sur pied par l'administration de la Santé publique dans le cadre du soutien d'études en cours. Dans cette optique, une Commission d'Accompagnement du projet d'actualisation du Résumé Infirmier Minimum a été mise sur pied entre 2002 et 2005.

### *La Commission de révision du manuel de codage des DI-RHM*

Durant trois mois, d'avril à juin 2007, le SPF a lancé un appel afin de pourvoir à deux postes, un francophone et un néerlandophone, dans le but de revoir le manuel de codage DI-RHM version 1.3. L'issue finale de ce mandat était de produire une version 1.4 sans modifier la structure et la nature des items mais en:

- améliorant la linguistique: univocité du vocabulaire, syntaxe, orthographe, traduction...;
- intégrant les réponses aux questions posées en session de formation;
- intégrant une modélisation des contrôles;
- intégrant une modélisation liée au projet 'RIM2'.

### *La Commission d'Accompagnement DI-RHM*

A la suite d'un appel à candidatures et d'un recrutement courant février 2007, le SPF a constitué une Commission d'Accompagnement DI-RHM, composée d'experts francophones, néerlandophones et germanophones.

Mandatés pour une durée d'un an, les membres de cette Commission ont pour principales missions de:

- donner des avis au SPF Santé publique sur l'adaptation du DI-RHM en fonction de l'évolution de la pratique sur le terrain, des connaissances en sciences infirmières;
- répondre aux questions relatives aux items DI-RHM posées par les hôpitaux.



Les avis discutés au sein de cette Commission sont multiples et variés. Ils traitent aussi bien des contrôles (sur la base du travail du groupe d'experts de la Multipartite), des données en personnel, des définitions de base que de la relecture du manuel de codage.

### *Perspectives d'avenir*

À la lumière des expériences de ces deux Commissions, le SPF souhaiterait pour le futur une seule commission ayant pour mission de:

- répondre à des questions précises du SPF;
- analyser des propositions précises d'adaptation des items venant du monde professionnel selon un processus défini et argumentées scientifiquement;
- intégrer l'avis d'experts spécialisés en EBN, langages infirmiers, chercheurs dans différents domaines cliniques...;
- assurer en collaboration avec le SPF la formation de nouveaux responsables de codage et la formation concernant l'évolution du référentiel.

L'objectif étant, à un an, d'accompagner l'enregistrement 2008; à moyen terme de préparer une version 2.1.

#### *6.1.2. Au niveau de chaque hôpital*

##### *Le coordinateur RIM/DI-RHM*

À la demande du SPF Santé Publique, chaque hôpital a désigné, en 1991, un responsable RIM, devenu depuis quelques mois maintenant coordinateur DI-RHM. Celui-ci a en charge l'organisation du recueil de données, le contrôle de la fiabilité de l'enregistrement, la formation du personnel infirmier à l'enregistrement de ces données infirmières et la rétroaction des données. L'analyse et l'intégration de ces données statistiques dans le cadre de la gestion interne de chaque hôpital constituent également un aspect important de cette mission.

#### *6.2. Outil de référence, le manuel d'encodage des DI-RHM*

Ce dernier a été défini par la cellule RIM du SPF. En septembre 2006, la version 1.3 a été diffusée. Depuis juillet 2007, une version 1.4 a vu le jour. Comme déjà mentionné plus avant dans ces lignes, elle porte uniquement sur des adaptations visant à une meilleure compréhension des situations d'activités infirmières à enregistrer. Cette dernière version en date constitue la source de référence unique pour l'implémentation officielle de l'outil en mars 2008. De fait, même si une situation n'est jamais parfaite, il faut l'arrêter à un moment donné. D'autant plus que des

études sont en cours sur la base de ce cadre de référence commun qui, à un moment donné, doit faire preuve de stabilité.

### 6.3. La formation

Le SPF préconise la formation de «codeurs internes» par assimilation aux codeurs RCM. L'optique serait de soulager les équipes de soins pour qu'elles puissent se consacrer à la documentation pertinente et exhaustive de leurs activités par l'intermédiaire du dossier infirmier. Une formation d'une semaine par codificateur a été organisée par le SPF. Le nombre de personnes formées par hôpitaux a été calculé sur une base de 0,7 ETP/100 lits.

A l'heure d'écrire ces lignes, ni le profil des codeurs internes, ni leur financement n'ont été précisés. De plus, il faudra garder en mémoire la question de leur devenir dès que l'informatisation du dossier infirmier et l'extraction automatique des données DI-RHM auront été mises en place.

Tous les hôpitaux ne sont pas engagés dans cette voie, certains ont opté pour un enregistrement décentralisé soit par les infirmières en chef, soit par des référents au sein des unités ; d'autres encore ont maintenu l'enregistrement «personnalisé», par toutes les infirmières.

Quelle que soit l'optique choisie, un effort considérable de formation doit être réalisé dans tous les hôpitaux auprès des équipes infirmières pour qu'elles assimilent et transcrivent au mieux leurs soins dans les dossiers en soins infirmiers sur la base notamment de la taxonomie DI-RHM.

Chaque année, une formation sera donnée aux coordinateurs DI-RHM. La formation par *e-learning* (informatisée) sera envisagée à plus long terme.

### 6.4. Envoi des données

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le SPF communique avec les hôpitaux grâce au *Portahealth*. Cette plateforme technique permet l'envoi de données confidentielles comme par exemple le RCM via un simple browser internet. En 2008, ce mode de communication sera aussi utilisé pour les données DI-RHM, les données comptables et les données SMUR.

Lors de l'envoi, les données sont soumises à un processus d'assurance de qualité automatique. Ceci implique que l'hôpital peut, sans intervention du SPF, consulter le résultat de ce processus et y apporter les corrections

nécessaires. De plus, l'application permet aux partenaires d'administrer à distance les autorisations d'accès de leurs membres aux différents modules et fonctionnalités.

En 2008, l'envoi commun des données médicales et infirmières du Résumé Hospitalier Minimal se fera semestriellement.

### 6.5. Dossier en soins infirmiers

Le dossier en soins infirmiers doit être revu à la lumière de ce nouvel outil d'enregistrement. Chacun des 78 items doit être inclus dans le dossier en soins infirmiers. Les critères de validation doivent être respectés. Ces derniers soutiennent notamment l'utilisation de transmissions ciblées, de protocoles de soins et de plans de soins standardisés ou individualisés, ce qui constitue à notre sens une plus-value non négligeable pour notre démarche en soins et la reconnaissance du professionnalisme des soins infirmiers.

D'évidence, la tâche ne sera pas facilitée dans les hôpitaux qui ne disposent pas à ce jour d'un dossier en soins infirmier standardisé.

### 6.6. Dossier informatisé

A 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 des solutions aux degrés d'intégration globale divers, en partenariat avec les hôpitaux.

Le SPF a mandaté le projet de recherche «2RIM 2» à un consortium composé par et sous la direction de MediWare. Le consortium se composait : du Centre d'Etudes et de Recherches en Soins de Santé (SCGS), de SIXI, de la NVKVV, du groupe hospitalier *Gasthuiszusters van Antwerpen* et du Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de l'Hesbaye.

Ces différents partenaires ont participé activement à la recherche. Les deux groupes hospitaliers ont planifié des projets pilotes d'implémentation. Le *consortium* a travaillé également avec différents hôpitaux ainsi

qu'avec le *Centrum voor Ziekenhuis en verplegingswetenschap* de la KU Leuven. Le *consortium* a également bénéficié du soutien explicite des fournisseurs de logiciel tels qu'Agfa, Cegeka et C3.

Le but de la mission de recherche était d'établir des directives pour l'enregistrement (électronique ou papier) des activités de soins avec extraction automatique des données DI-RHM.

En bref, deux grands types de modélisation ont été définis:

- une modélisation conceptuelle définissant les concepts (minimaux) qui sont nécessaires pour décrire les actions infirmières en général. Cette modélisation est par nature très abstraite et orientée vers un public d'informaticiens. Pour les infirmiers, les lignes directrices expliquent à un niveau supérieur comment cette modélisation conceptuelle peut être appliquée concrètement;
- une modélisation sémantique définissant comment les concepts définis dans la modélisation conceptuelle sont utilisés pour permettre le codage des DI-RHM de façon automatique. La modélisation sémantique indique quelles activités, observations, plans (et infos supplémentaires) sont nécessaires.

À l'heure actuelle, les 'lignes directrices' des deux modèles du projet 2RIM2 se basent sur le manuel de codage v1.3 et les directives d'enregistrement de novembre 2006. D'importants ajustements sont actuellement en cours pour mettre à jour ces 'lignes directrices' aux normes du manuel de codage v1.4 et aux directives d'enregistrement de juillet 2007.

De manière générale dans le cadre de l'informatisation, la plus grande difficulté des hôpitaux est de savoir par quelle phase commencer. De plus, est-il pertinent d'envisager la définition d'un dossier infirmier informatisé indépendamment d'un développement d'un dossier patient ? Ces questions sont essentielles puisque, dans ce domaine, la réussite dépendra du niveau d'informatisation choisi. Aucune réponse finalisée n'est annoncée à ce jour, aussi vous est-il vivement conseillé de suivre les initiatives et évolutions dans ce domaine.

### *6.7. DI-RHM et financement*

Durant l'année 2006, le Centre Fédéral d'Expertise en Soins de Santé (KCE) a confié, à la KU Leuven, au CZV Leuven et au Centre Hospitalier Universitaire de Liège, une étude exploratoire de faisabilité visant le développement d'un modèle de financement des soins infirmiers hospitaliers sur base des données DI-RHM.

La détermination correcte du nombre d'infirmiers nécessaires à la prise en charge des besoins en soins du patient et du financement qui en découle, est un exercice complexe. À juste titre, le système actuel est critiqué à ce sujet. Il ne prend en effet en compte ni la pathologie, ni les besoins réels en soins du patient. Certaines unités de soins sont avantagées en termes d'encadrement infirmier, d'autres où un effectif élevé serait bien nécessaire, semblent laissées pour compte par le système. De plus, on ne tient pas compte de l'évolution des pratiques.

Dans ses conclusions, le KCE indique qu'il est possible de calculer de manière fiable et réalisable le besoin en soins infirmiers des patients. Par ce fait, il est donc non seulement possible de tenir compte de la pathologie présentée par le patient mais aussi de ses besoins réels en soins infirmiers. Le modèle KCE vient ainsi pallier un certain nombre de lacunes du système actuel. Il revient maintenant aux responsables politiques de décider s'ils appliqueront cette approche novatrice au financement des soins infirmiers dans les hôpitaux belges.

Les limites principales de cette étude sont que les données ayant servi à la construction du modèle et entièrement issues des phases pilotes DI-RHM ne sont pas suffisamment représentatives du paysage hospitalier fédéral. D'autres alternatives ainsi que leur impact sur le financement devraient être analysées sur base d'un échantillon représentatif de données hospitalières. Les experts recommandent donc une validation ultérieure du modèle afin de ne pas tirer de conclusions hâtives sur base d'échantillons biaisés.

Même si une orientation précise de l'utilisation des DI-RHM dans le financement ne peut être actuellement arrêtée, gardons à l'esprit que, au-delà du fait qu'il vaut mieux prendre un bon départ dès le début, les premières données DI-RHM collectées par le SPF permettront de tester les futures applications de financement.

Dans cette étude, le KCE a également confronté la pratique infirmière actuelle aux pratiques recommandées scientifiquement (*Evidence Based Nursing*). Cet exercice ouvre des perspectives intéressantes pour améliorer, à l'avenir, la qualité et l'efficacité des soins. Actuellement, la recherche scientifique dans le domaine infirmier est relativement maigre et de toute façon insuffisamment présente dans le cursus de formation. Le KCE recommande dès lors une impulsion dans ce domaine.

L'ensemble des résultats de cette étude ont été rassemblés dans un rapport final (en anglais uniquement) disponible sur le site du KCE: <http://www.kce.fgov.be>.

