

Chapitre 3

Du Résumé Infirmier Minimum aux Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal ...évolution ou révolution ?

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 visible 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. Dorénavant intégré dans une base de données unique, ce Résumé Infirmier Minimum actualisé, implanté officiellement depuis mars 2008, a sans aucun doute métamorphosé 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 de ce 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 (outcome).

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 aux Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal (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 d'eux s'est préparé 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 (Nursing Interventions Classification).

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 États-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.

L'actualisation du RIM a été 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 répercuteraient 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 cette définition de programme de soins, c'est une réponse cohérente à un problème de santé du patient dans un ensemble structuré de services et de prestations qui est recherchée ; l'objectif étant de

délimiter un cadre de soins pluridisciplinaire coordonné, de qualité, et rentable.

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

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 fournir 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, pour l'instant, 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. 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, 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 Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap (CZV) de la KULeuven et le CHU de Liège, en collaboration avec le monde hospitalier et professionnel infirmier.

La méthodologie suivie s'articulait 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 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, 2ème 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).

À 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'actualisation 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, ce sont cent cinquante-huit unités de soins réparties dans soixante-six hôpitaux (34 néerlandophones et 32 francophones) qui 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 et le RCM concernés par les périodes de test ont également été transmis à l'équipe 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. À 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 2ème 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.

À 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 12/05
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 - Workload Indicator for Nursing)	Politique Scientifique Fédérale	UZ Gent, UGent, UCL	06/2006 - 05/2007

4. Le Résumé Hospitalier Minimal (RHM).

En 2007 et 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. 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 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 ont été précisées dans l'arrêté royal du 27 avril 2007 (M.B., 10 juillet 2007) 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 décembre 2007 (version 1.4.1.), l'outil d'enregistrement a subi plusieurs modifications à chaque fois sanctionnées par une nouvelle version de directives de codage. Trois adaptations majeures 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
1.4.1	Décembre 2007
1.5	Janvier 2009

Dans leur dernière version (1.4.1.), ces données infirmières se déclinent en une liste ouverte de 91 possibilités de codage ou 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 v1.5			
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 alphanumérique unique	Code alphanumérique 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. À 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 v1.4.1). 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.

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 codage ou d'activités à enregistrer, elles offrent singulièrement un de ces trois types de score : binaire, nominale et métrique.

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

Pour terminer la partie consacrée à la présentation de l'outil DI-RHM, 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.
- 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 : 1er au 15 mars, 1er au 15 juin, 1er au 15 septembre et 1er 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 de 91 possibilités de codage.
- 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'entièreté 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.

Depuis le printemps 2006, les hôpitaux et le SPF préparent cette implantation. La première période officielle d'enregistrement des DI-RHM s'est déroulée lors de la première quinzaine du mois de mars 2008.

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.

À 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.

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, absence d'enregistrement pour les urgences ambulatoires, modalités d'enregistrement des périodes pré- et postopératoires, enregistrement des DI-RHM en 'salle de 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 impliqués 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.

Avec l'implémentation officielle du nouvel outil d'enregistrement, de nombreuses et nouvelles tâches sont en cours ou en attente: audits DI-RHM, audits RIM à la recherche de fraudes éventuelles, questions des hôpitaux sur les DI-RHM (enregistrement items/personnel, codage...), Commission d'accompagnement DI-RHM, études liées aux DI-RHM, formations DI-RHM ...

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.

Cette commission, non officielle, avait été mise sur pied par l'administration de la Santé publique dans le cadre du soutien à l'étude en cours. De 2002 à 2005, elle a regroupé des experts autour d'une matière particulière.

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.

À 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.

C'est essentiellement sur base des consultations de cette commission d'accompagnement que la version 1.4.1 du manuel de codage a vu le jour. Cette version est une adaptation de la version 1.4; elle ne modifie en aucun cas la structure des items des DI-RHM. De nombreuses adaptations portent sur la forme de la rédaction du document et ont pour objectif d'améliorer la précision et la lisibilité de celui-ci ainsi que la cohérence entre la version francophone et néerlandophone réalisés par la commission de révision. Au final, cette version est la version définitive pour le nouvel enregistrement en 2008.

Au vu des nombreuses questions concernant les items DI-RHM encore sans réponse, le SPF a annoncé, durant l'été 2008, que la Commission d'accompagnement DI-RHM serait reconduite pour trois mois, soit jusque fin 2008 avant un nouvel appel prévu pour l'année 2009. Il est également évident que les réponses apportées par cette Commission d'accompagnement donneront lieu à des adaptations et donc à une nouvelle version 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 les futures versions DI-RHM, inhérentes au caractère dynamique de l'outil d'enregistrement.

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 DI-RHM du SPF. Depuis décembre 2007, une version 1.4.1 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 ou programmées sur la base de ce cadre de référence commun qui, à un moment donné, doit faire preuve d'une certaine 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.

À l'heure d'écrire ces lignes, ni le profil des codeurs internes, ni leur éventuel 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 1er 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, au plus tôt dans les cinq mois qui suivent la fin du semestre d'enregistrement concerné.

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'Études 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 v1.4.1 et aux directives d'enregistrement de juillet 2007 et de leurs différentes précisions ultérieures.

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 (Etude HSR 2005-19, Financement des Soins infirmiers, KCE reports 53B, rapport en anglais uniquement) disponible sur le site du KCE: <http://www.kce.fgov.be>.