

*LES*  
**GRANDES**  
CONFÉRENCES  
*du* **SIDIIEF**

DES EXPERTS MONDIAUX  
EN LIGNE

« **Qualité des soins et sécurité des patients** »

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS AU TRAVERS DU  
CONTENU DES ENREGISTREMENTS HOSPITALIERS  
LÉGAUX

10 janvier 2018

11 h 30 (heure du Québec / GMT -5)

**Conférencier :**

**Olivier THONON**, infirmier, Ph. D.  
Chef de service, Département  
infirmier, Centre hospitalier  
universitaire de Liège  
BELGIQUE



[questions@grandesconferencessidiief.org](mailto:questions@grandesconferencessidiief.org)

# QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS AU TRAVERS DU CONTENU DES ENREGISTREMENTS HOSPITALIERS LÉGAUX

---

## PLAN DE L'EXPOSÉ

- JUSTIFICATION DU TITRE
- PRATIQUES INFIRMIÈRES BASÉES SUR LES PREUVES
- JUSTIFICATION DES SÉJOURS HOSPITALIERS
- ESTIMATION DES TEMPS INFIRMIERS PAR DES VARIABLES DE CONTEXTE DU SÉJOUR HOSPITALIER
- (CONSTRUCTION DE PROFILS DE SOINS INFIRMIERS)
- PERSPECTIVES

## La sécurité des patients, la qualité des soins

Selon la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS, la **sécurité des patients** se définit comme : « la réduction à un minimum acceptable du risque de préjudice superflu associé aux soins de santé. Ce minimum acceptable est déterminé par les notions collectives ayant cours en vertu des connaissances, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été prodigués et comparativement au risque associé au non-traitement ou à un autre traitement. ».

Selon l'OMS, la **qualité des soins** est : « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. Les sources d'information sont multiples : dossiers des patients, bases de données administratives, autres bases de données, ...».

Source : « La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale », Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF), 2015.

# L'enregistrement de données hospitalières

Il y a plus d'un siècle et demi ...

"In attempting to arrive at the truth I have applied everywhere for information, but in scarcely an instance have I been able to obtain hospital records fit for any purpose of comparison. If they could be obtained they would enable us to decide many other questions besides the one alluded to. They would show the subscribers how their money was being spent, what good was really being done with it, or whether the money was not doing mischief rather than good."

F. Nightingale, "Notes on Hospitals", 1863.

# L'enregistrement minimum de données infirmières

“A minimum set of items of information with uniform definitions and categories concerning the specific dimension of nursing, which meets the information needs of multiple data users in the health care system”. Werley & Lang, 1988

« Enregistrement systématique d'un nombre aussi petit que possible de données codées uniformément, à l'usage de la pratique infirmière ou s'y rapportant, afin de mettre l'information à la disposition d'un groupe aussi important que possible d'utilisateurs, en fonction d'un large éventail de besoins en information ». W. Sermeus, 1992

# Le Résumé Infirmier Minimum en Belgique (1985-2006)

- RIM : enregistrement obligatoire dans tous les hôpitaux aigus de Belgique depuis 1988 (AR 14/08/1987).
- Contenu :
  - Données démographiques des patients
  - 23 interventions en soins infirmiers (données minimales)
  - Données en personnel (ETP / degré de qualification)
- Collecte vs échantillon : 15 jours / trimestre, soit 60 jours collectés vs 20 jours sélectionnés
- Plus de 20 millions de données collectées à ce jour, soit la banque de données infirmières la plus importante au monde
- Intégration dans le financement par la sous-partie B2 du BMF sur base d'un système de points par lit justifié
- Besoin important d'actualisation (années 2000)

# Actualisation RIM

## Cadre conceptuel & approches « justifiées »

- Analyse secondaire des données existantes
- Revue de la littérature :
  - Concepts de soins
  - Systèmes de classifications infirmières existantes ou projets à l'étude
- Choix d'une classification « modèle »
  - Nursing Interventions Classification (NIC) : pertinence, exhaustivité, utilité clinique, validation, reconnaissance, ...
- Développement d'un langage infirmier (« dictionnaire » d'activité)
- Traduction en outil d'enregistrement
- Applications principales : Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), Financement, Qualité de soins (staffing & outcomes), Staffing infirmier

**Admission & Séjour**

**Soins Infirmiers**

**Effectif infirmier**

# Le Résumé Hospitalier Minimal

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le **R.H.M.** intègre en un seul enregistrement différentes bases de données hospitalières (Arrêté Royal 27 avril 2007) :

- Domaine 1 : données de structure de l'hôpital (S)
- Domaine 2 : données de personnel (P)
- Domaine 3 : données administratives patients (A)
- **Domaine 4** : données infirmières (N) -> DI-RHM
- Domaine 5 : données médicales (M) -> DM-RHM



# Les Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal

## ▶ Les DI-RHM :

- ▶ Outil d'enregistrement structuré, d'après la taxonomie NIC, en 6 domaines, 19 classes et 62 interventions et scores (v2.0 10/2017).
- ▶ Chaque intervention comprend : un nom, une définition, une ou plusieurs modalités de score, des éléments de contrôle et des remarques.
- ▶ Les éléments de contrôles sont des contraintes et/ou exigences de validation : instrument de mesure validé, plan de soins, plan d'éducation, ensemble des activités infirmières, ...
- ▶ Exhaustivité de transcription de la démarche en soins infirmiers et présence des éléments cliniques de validation dans le dossier infirmier (rencontrée, transcrite, validée et encodée)
- ▶ Notion d'épisode de soins : période d'hospitalisation du patient dont la durée maximale est de 24h (conditions de temps et de lieu traversé), permet l'enregistrement des activités infirmières propres à chacune des unités de soins traversées par le patient.

## Les domaines et classes DI-RHM

Domaine 1 : Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires

Domaine 2 : Soins liés aux fonctions physiologiques complexes

Domaine 3 : Comportement

Domaine 4 : Sécurité

Domaine 5 : Famille

Domaine 6 : Système de santé

- 1B : Soins liés à l'élimination (4)
- 1C : Soins liés à la mobilité (1)
- 1D : Soins liés à l'alimentation (3)
- 1E : Promotion du confort physique (3)
- 1F : Facilitation des soins personnels (3)
- 2G : Gestion hydro-électrolytique et acido-basique (5)
- 2H : Administration de médicaments (4)
- 2I : Soins neurologiques (2)
- 2K : Soins liés à la respiration (3)
- 2L : Gestion de la peau et des plaies (5)
- 2M : Thermorégulation (1)
- 2N : Soins liés à la perfusion tissulaire (7)
- 3P : Thérapie cognitive (1)
- 3Q : Amélioration de la communication (1)
- 3R : Aide aux stratégies d'adaptation (1)
- 3S : Education du patient (2)
- 4V : Gestion du risque (7)
- 5W : Soins liés à la naissance (5)
- 6Z : Gestion du processus de soins et de l'information (4)

## Les domaines et classes DI-RHM

Domaine 1 : Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires

Domaine 2 : Soins liés aux fonctions physiologiques complexes

Domaine 3 : Comportement

Domaine 4 : Sécurité

Domaine 5 : Famille

Domaine 6 : Système de santé

- 1B : Soins liés à l'élimination (4)
- 1C : Soins liés à la mobilité (1)
- 1D : Soins liés à l'alimentation (3)
- 1E : Promotion du confort physique (3)
- 1F : Facilitation des soins personnels (3)
- 2G : Gestion hydro-électrolytique et acido-basique (5)
- 2H : Administration de médicaments (4)
- 2I : Soins neurologiques (2)
- 2K : Soins liés à la respiration (3)
- 2L : Gestion de la peau et des plaies (5)
- 2M : Thermorégulation (1)
- 2N : Soins liés à la perfusion tissulaire (7)
- 3P : Thérapie cognitive (1)
- 3Q : Amélioration de la communication (1)
- 3R : Aide aux stratégies d'adaptation (1)
- 3S : Education du patient (2)
- 4V : Gestion du risque (7)
- 5W : Soins liés à la naissance (5)
- 6Z : Gestion du processus de soins et de l'information (4)

## Classe E

### B200

#### Soins liés

##### Définition

Ensemble des soins réalisés au niveau d'un patient que des n

##### Modalités

- 1 = Suivi
- 2 = Soins
- 3 = Soins
- 4 = Soutien propre
- 5 = Soins préparés

##### Contrôles

- Activité
- Résultats
- Problème de gestion

## Classe D

### D100

#### Soins liés

##### Définition

Ensemble de soins réalisés en chambre et

##### Modalités

- 1 = Suivi et aide
- 2 = Aide patient
- 3 = Aide coordination
- 4 = Guidage et soutien

##### Contrôles

- Activité
- L'âge du patient
- Développement permanent
- Problème de gestion
- Résultats
- Procédure
- S'inscrire

## Classe E :

### E100

#### Gestion de

##### Définition

Ensemble des soins réalisés en suite de la douleur, en suivant une prescription médicale. L'évaluation et le traitement de la douleur, ...

##### Modalités de

- 1 = La détection
- 2 = Réévaluation

##### Contrôles

- Instrumentation
- Résultats
- Les activités
- Références prescrites
- Une réévaluation mise en œuvre, d'une

## F500

### Soins de bo

##### Définition

Ensemble des soins réalisés en chambre et en suite de la douleur, en suivant une prescription médicale. L'évaluation et le traitement de la douleur, ...

##### Modalité de s

- Nombre de

##### Contrôles

- Évaluation
- Problème particulier
- Activités
- Produits
- Présence

## G300

### Gestio

##### Définition

Ensemble des soins réalisés en chambre et en suite de la douleur, en suivant une prescription médicale. L'évaluation et le traitement de la douleur, ...

##### Modalité

- 1 = Pré

##### Contrôles

- Mesure
- Application
- Actif
- Référence

## L300

### Soins sin

##### Définition

Ensemble des soins réalisés en chambre et en suite de la douleur, en suivant une prescription médicale. L'évaluation et le traitement de la douleur, ...

##### Modalité d

Le score total

- Évaluation
- Évaluation par patient
- Additif

##### Contrôles

- Observation
- Taille, éventuellement la plaie
- Activité produite
- Toutes

## V600

### Mesures d'isolement: précautions additionnelles

##### Définition

Ensemble des activités destinées à prévenir la propagation de germes entre patients ou entre des patients et d'autres personnes, par contact direct ou indirect (air, matériel contaminé, salive, selles, urine,...) et vice versa.

Les micro-organismes dont le patient est porteur sont pathogènes (isolement contagieux) ou, suite à une diminution de l'immunité sont potentiellement très dangereux pour le patient (isolement protecteur).

Les précautions additionnelles possibles sont :

- port du tablier ;
- port de gants ;
- port du masque ;
- mesures particulières pour l'élimination des déchets/du matériel ;
- traitement de l'air ou régulation de pression.

##### Modalités de score

- 1 = Présence d'au moins 2 précautions additionnelles.
- 2 = Présence d'au moins 3 précautions additionnelles.

##### Contrôles

- Le micro-organisme présent en cas d'isolement contagieux, raison de la diminution de l'immunité en cas d'isolement protecteur.
- Le type d'isolement et les précautions additionnelles à appliquer.
- Présence d'une procédure spécifique.
- Précautions additionnelles réalisées.

## Pratique infirmière basée sur les preuves

*“It is an immense challenge to identify evidence-based knowledge, transform it for use in everyday practice and embed it in an electronic information system. It is how we will recognize and measure the value of nursing care as it impacts patient outcomes.”*

*N. Lang*

---

Sermeus W., Gillet P., Tambreur W., Gillain D., Grietens J., Laport N., Michiels, D., Thonon, O., Vanden Boer, G., Van Herck, P., Swartenbroeckx, N., Ramaekers, D. Financement des soins infirmiers hospitaliers. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2007. KCE reports 53B (D/2006/10.273/07).

# Pratique infirmière basée sur les preuves

## Contexte

- Forte probabilité que la plupart des interventions en soins infirmiers ne s'appuient pas toujours sur des preuves tangibles
- Evaluation du niveau de preuve des interventions répertoriées dans les DI-RHM.
- Question de recherche principale : « Quel est le caractère probant des interventions infirmières présentes dans les DI-RHM ? »

# Pratique infirmière basée sur les preuves

## Matériel et méthode

- 117.395 observations (journées patient) durant 4 périodes d'enregistrement s'étalant de décembre 2003 à mars 2005.
- Choix de 15 items DI-RHM sur base de critères mesurés dans les hôpitaux belges.
- Etablissement d'un ensemble de recommandations EB avec indication du niveau de preuve A, B ou C pour 9 items sélectionnés (GRADE System).
- Développement d'une arborescence EBN pour une des 9 interventions (prévention des escarres) pour tester le niveau de preuve des interventions infirmières.
- Test de l'ensemble de ces règles EBN sur les résumés RCM/RIM couplés, soit une évaluation de la prévention des escarres au travers de 117.395 jours d'hospitalisation issus de 66 hôpitaux belges, soit un panel de 6.030 patients.

# Pratique infirmière basée sur les preuves

## Résultats

- **A = Good level of evidence:** meta – analyses, systematic reviews and rct's
- **B = Fair level of evidence:** ct's, cohort, case – control, before – after studies
- **C = Weak level of evidence:** observational, case studies, expert opinion, consensus, common practice

- La plupart des recommandations sont d'un niveau de preuve C. Quelques preuves sont de niveau A ou B.
- Large représentation des interventions spécifiques de la prise en charge des ulcères de pression au sein des enregistrements disponibles.
- Possibilité d'analyser tant l'excès que le manque de soins, sur base de la mise en œuvre ou de l'absence de l'intervention préventive, justifiée ou non.
- Difficulté de développement d'un système de remboursement hospitalier fondé sur des pratiques infirmières *evidence-based* et non sur les pratiques infirmières réelles en raison du manque de preuves disponibles.



# Pratique infirmière basée sur les preuves

## Discussion - Conclusion

- Indisponibilité des données standardisées limitant par ex. l'application des règles à un échelon national.
- Qualité des données, une fois disponibles.
- Sur le plan taxonomique : impact potentiel des caractéristiques de codage sur les éléments du modèle, maillage relationnel parfois très complexe (par ex. impossibilité de relations simples, type 1-1).
- Temps et ressources importantes pour l'élaboration des algorithmes.
- Nombreuses recommandations avec interdépendance entre les domaines de soins
- Éléments décisionnels de l'algorithme issus d'enregistrements minimum et non pas de l'observance de soins directs -> Relative partialité étant donné que tant le surcodage que le sous-codage peuvent se rencontrer dans les enregistrements.
- Mise en évidence de relations prédictives EBN

## Justification des séjours hospitaliers

*« L' AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) est un outil permettant d'apprécier la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation au travers de critères explicites, prédéfinis, qui sont relatifs aux soins mais indépendants de la pathologie traitée. »*

*G. Winterhalter*

- 
- Gillet P., Gillain D., Fontaine F., Jacques J., et al., Politique d'admission justifiée dans le secteur hospitalier. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2004-2005-2006.
  - Gillet, P. et al., 2006. Rapport final "Actualisation RIM", Liège
  - Sermeus, W. et al., 2006. Finaal rapport "MVG actualisatie", Leuven.

# Justification des séjours hospitaliers

## Contexte

- Approche « justifiée » et étude connexe du processus d'actualisation RIM.
- AEP : 24 critères répartis en 3 volets
  - A. Activité médicale (10)
  - B. Activité infirmière (7)
  - C. Etat du patient (7)
- Modèle prédictif du caractère inopportun des séjours et des admissions à l'hôpital au travers des données légales communiquées au SPF Santé Publique.

	CRITÈRES LIÉS À L'ACTIVITÉ INFIRMIÈRE
B11	Soins respiratoires : assistance respiratoire continue ou intermittente, au moins 3 fois/jour.
B12	Perfusion IV (continue, intermittente, alimentation parentérale, voie centrale, injection médicamenteuse) OU épidurale OU artère.
B13	Evaluation des fonctions vitales au moins toutes les 2h. pendant au min 8h.
B15	Equilibre hydro-électrolytique, balance entrée-sortie sur 24h.
B16	Soins de plaie opératoire OU post traumatique majeure OU présence de drains, y compris la surveillance du site opératoire au moins 3X/jour ( hormis sonde gastrique et sonde vésicale à demeure)
B17	Surveillance infirmière rapprochée de l'état clinique du patient sur prescription médicale, au moins 3X/jour.
B18	Mesures d'isolement pour la prévention de la contamination

# Justification des séjours hospitaliers

## Matériel et méthode

- Collecte : 14 hôpitaux, 3.541 journées d'hospitalisation pour 4 enregistrements simultanés
- Analyse de la concordance entre les deux outils : volet B de l'AEP (7) vs items DI-RHM correspondants
- Taux d'accord ou de concordance (indice statistique de validité) estimé par le coefficient de Kappa de Cohen

AEP	DI-RHM		Valeurs admises
B11	K200	Soutien de la fonction respiratoire	> 2 et ≠ 9
B12	H600	Administration de médicaments par voie IV : fréquence d'administration la plus élevée	> 0
	OU		
	N200	Surveillance et soins aux voies d'accès : artériel, veineux, SC, ...	> 0
B13	OU		
	D400	Administration d'alimentation parentérale	> 0
	I100	Surveillance neurologique à l'aide d'une échelle de Glasgow	≥ 4
B15	OU		
	V200	Surveillance des paramètres vitaux : monitoring continu	> 0
	G100	Balance hydro-électrolytique	≥ 2
B16	L100	Soins aux sutures et orifices non infectés	≥ 3
	OU		
	L200	Soins de plaies ouvertes simples	≥ 3
	OU		
	L300	Soins de plaies ouvertes complexes	≥ 3
	OU		
	L430	Soins de plaies d'escarres du troisième degré - escarre superficielle	≥ 3
B17	OU		
	L440	Soins de plaies d'escarres du quatrième degré - escarre en profondeur	≥ 3
	OU		
	I100	Surveillance neurologique à l'aide d'une échelle de Glasgow	≥ 3
	OU		
B18	V300	Surveillance des paramètres vitaux : monitoring discontinu	≥ 3
	OU		
	G410	Gestion de la glycémie sans entraînement et/ou éducation	> 0
B17	OU		
	G420	Gestion de la glycémie avec entraînement et/ou éducation	> 0
B18	V500	Mesures d'isolement	= 2

# Justification des séjours hospitaliers

## Résultats

- Kappa : niveau d'accord ou de concordance d'autant plus élevé que sa valeur est proche de 1
- Efficience : probabilité que le résultat des deux tests concordent :  $(VP+VN)/N$

Coefficient $\kappa$ de Cohen	Interprétation (degré d'accord)
< 0	Désaccord
De 0,00 à 0,20	Très faible
De 0,21 à 0,40	Faible
De 0,41 à 0,60	Modéré
De 0,61 à 0,80	Fort
De 0,81 à 1,00	Presque parfait

Paramètres qualité	Critères AEP						
	B11	B12	B13	B15	B16	B17	B18
<b>Efficience</b>	97,4%	82,8%	88,3%	91,6%	92,1%	69,6%	97,6%
<b>Se</b>	79,5%	75,7%	41,7%	84,0%	47,8%	62,2%	77,9%
<b>Sp</b>	98,4%	88,5%	97,7%	92,2%	94,5%	76,0%	98,9%
<b>Kappa</b>	0,741	0,649	0,485	0,537	0,342	0,385	0,784

# Justification des séjours hospitaliers

## Résultats

- Estimation du caractère approprié des journées d'hospitalisation :
  - Comparaison des scores obtenus (AEP vs DI-RHM) : rho de Spearman = 0,61 ( $p < 0,0001$ )
  - 3.451 journées testées : 2.800 par l'AEP, dont 2.108 par les critères infirmiers (volet B)
  - Concordance échelles -> 2.767 journées

	Condition / Golden standard			Valeurs prédictives
	Critère DI-RHM			
Critère AEP	Absent	Présent	TOTAL	
Absent	341	218	559	VPN = 0,61
Présent	269	1839	2108	VPP = 0,87
TOTAL	610	2057	2767	
	Sp = 55,9%	FFN = 10,5%	EFF = 78,8%	
	FFP = 44,1%	Se = 89,4%		

# Justification des séjours hospitaliers

## Discussion - Conclusion

- Critères AEP et DI-RHM en concordance à des degrés divers
- Degré d'accord (Kappa) dépendant de la complexité de la définition de la combinaison avec les items DI-RHM.
  - B18 - Mesures d'isolement pour la prévention de la contamination ( $k=0,784$  ;  $E = 97,6\%$ ).
  - B17 - Surveillance infirmière rapprochée de l'état clinique du patient sur prescription médicale, au moins 3x/jour ( $k=0,385$  ;  $E = 69,6\%$ ).
- Concordance entre l'AEP / DI-RHM renforce sensiblement la pertinence de ce nouvel outil.
- Plus encore que son prédécesseur, le nouvel outil d'enregistrement des données infirmières est approprié comme indicateur des opportunités de séjour.

## Estimation des temps infirmiers par des variables de contexte du séjour hospitalier

*“The effective management of nursing resources requires a linkage between the costs of services and the patients who receive them ... It is somewhat ironic that nursing intensity measurement would be the last element in the DRG system to be developed. No other hospital service has been examined more frequently than routine nursing care.”*

*J.D. Thompson*

---

Sermeus W., Gillet P., Tambre W., Gillain D., Grietens J., Laport N., Michiels, D., Thonon, O., Vanden Boer, G., Van Herck, P., Swartenbroeckx, N., Ramaekers, D. Financement des soins infirmiers hospitaliers. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 2007. KCE reports 53B (D/2006/10.273/07).



# Estimation des temps infirmiers par des variables de contexte du séjour hospitalier

## Contexte

- Une des études connexes du processus d'actualisation RIM
- Questions de recherche :
  - Est-il possible de construire un modèle prédictif du temps infirmier sur base du RCM et/ou des DI-RHM ?
  - Quel est le pourcentage de variance expliqué par le modèle ?
  - Est-ce que ce modèle peut ultérieurement être utilisé dans un plan de financement des soins infirmiers de l'hôpital ?

# Estimation des temps infirmiers par des variables de contexte du séjour hospitalier

## Matériel et méthode

- Données DI-RHM (phase pilote actualisation RIM - 2003-2 et 2004-1) : 66 hôpitaux, 117.395 journées d'hospitalisation
- Couplage avec RCM -> 59 hôpitaux, 18.148 séjours / 59.904 journées
- Régression logistique multinomiale (11.141 cas « complets »)
- Prédiction du temps de soins sous la forme de « points relatifs » en tant que représentation du staffing, par sélection d'un ensemble de prédicteurs issus de la base de données :
  - Variable dépendante ou prédite (Y) : temps de soins infirmier « catégorisé »
  - Variables indépendantes ou prédictives ( $X_i$ ) : DRG Fetter groups of similar nursing intensity, type d'admission, durée du séjour, âge du patient à l'admission, sexe, index de lit, indices de sévérité (SOI), de mortalité (ROM), type de DRG, ...

# Estimation des temps infirmiers par des variables de contexte du séjour hospitalier

## Résultats

- Tous les critères d'ajustement sont significatifs, sauf le sexe et le type d'admission.
- Critère d'ajustement hautement significatif, pourcentage d'explication = 0,41. Soit le modèle explique 39 à 41% du staffing (au travers des temps infirmiers).
- Confirmation du résultat par le pourcentage global de bonne classification = 39,3%.
- 6 clusters de temps (de 210 à 450 minutes) : les catégories de temps les plus basses sont toutefois les moins bien prédites.

# Estimation des temps infirmiers par des variables de contexte du séjour hospitalier

## Discussion – Conclusion

- Biais : échantillon volontaire et non aléatoire (phase test actualisation RIM).
- Utilisation des données disponibles dans une perspective exploratoire (étude de faisabilité).
- Problème statistique complexe, validations ultérieures nécessaires : représentativité et caractère prédictif du modèle
- Modèle global au niveau patient : possibilité de construction d'un modèle de financement des soins infirmiers basé sur la dotation de personnel.
- Nombreuses alternatives d'intégration de la composante « soins infirmiers » dans le financement hospitalier : du calibrage annuel des coûts infirmiers par DRG au profil de soins infirmiers par DRG par hôpital.

## Construction de profils de soins infirmiers

=> Calibration des profils de soins infirmiers développés sur base des interventions en soins infirmiers.

*“It's a pity that patient classification schemes haven't much professional value. NRG's are a way to develop a clinically meaningful classification scheme for nursing, based on nursing diagnosis, nursing interventions and outcome criteria. NRG's are constructed in a very dynamic way as to be able to fulfil the challenges of the future”.*

*W. Sermeus*

---


Sermeus W., Thonon O., Gillain D., Laport N, et al., Aantonen en gebruik van verpleegkundige zorgprofielen binnen het BFM / Mise en évidence et utilisation de profils de soins infirmiers dans le BMF. Brussel / Bruxelles : FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu / SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2013.

## Perspectives d'avenir

- Pratiques infirmières basées sur les preuves : investiguer plus avant encore d'autres interventions en soins infirmiers mais surtout les relations entre les différents sets de règles développés.
- Justification des séjours hospitaliers : mise à jour nécessaire des coefficients sur un nouvel échantillon DI-RHM afin de garantir le caractère aléatoire tant au niveau des pathologies, que des programmes de soins ou du caractère régional mais aussi la mise en conformité avec la version actuelle de l'outil d'enregistrement
- Test de l'impact du modèle « KCE » sur l'ensemble du système de financement hospitalier au niveau national.

## Perspectives d'avenir

- Calibration des interventions en soins infirmiers : pondération des soins infirmiers sur base d'un niveau requis de dotation en personnel vs niveaux observés
  - >> définition en personnel justifié.
- NHPPD : indicateur de mesure du travail infirmier communément admis (amélioration des résultats de soins - outcome -, diminution de la fréquence des incidents directement liés aux soins infirmiers, amélioration de la satisfaction au travail sur base des rations prescrits, ...
  - >> Indicateur important dans la validation objective du staffing infirmier et son implication tant dans la mesure de La charge de travail que de la qualité des soins.



« D'abord il n'y avait rien, ou presque, et puis il y a eu le RIM. Un grand pas pour le secteur infirmier et un pas de géant pour la santé publique. Ou comment la belle histoire du RIM (en passe de devenir DI-RHM) nous (ré)apprend que la santé - cure et care - ça se gère ».

A. Simoens - De Smet, 2006.

---

« If we cannot name it (nursing), we cannot control it, practice it, research it, teach it or put it into public policy ».

J. Clarck & N. Lang, 1990.



*LES*  
**GRANDES**  
**CONFÉRENCES**  
*du* **SIDIIEF**

DES **EXPERTS MONDIAUX**  
EN LIGNE

PÉRIODE DE QUESTIONS...

[questions@grandesconferencessidiief.org](mailto:questions@grandesconferencessidiief.org)

*LES*  
**GRANDES**  
CONFÉRENCES  
*du* **SIDIIEF**

DES EXPERTS MONDIAUX  
EN LIGNE

Prochaine conférence  
« Qualité des soins et sécurité des patients »

*METTRE EN LUMIÈRE LA CONTRIBUTION DES  
INFIRMIÈRES DANS UN CONTEXTE DE  
CHANGEMENT DE MODALITÉ DE FINANCEMENT  
DES SOINS*

14 février 2018

11 h 30 (heure du Québec / GMT -5)

**Conférencière :**

**Brigitte MARTEL**, infirmière, M. Sc. inf.  
Directrice des soins infirmiers, Centre  
hospitalier universitaire de Québec  
– Université Laval  
QUÉBEC, CANADA

**En collaboration avec :**

