

**MÉMENTO  
DE L'ART INFIRMIER  
2006/2007**

Éditeur responsable: P. Longé

© 2006 Wolters Kluwer Belgium SA

Waterloo Office Park

Drève Richelle 161 L

1410 Waterloo

[www.kluwer.be](http://www.kluwer.be)

[contact@kluwer.be](mailto:contact@kluwer.be)

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

D/2006/8868/042

ISBN 90-5938-959-X

BP/VPLF - PI6001

# Avant-Propos

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

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

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

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

La rédaction



# Collaborateurs

## *Auteurs de la partie pratique*

### **Anne-Marie Champagne**

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

Associé à l'Université Catholique de Louvain (UCL)

Expert-Enseignement supérieur au Cabinet de

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

### **Patrick Gilson**

Directeur des Services hospitaliers

Centre Neurologique William Lennox à Ottignies

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

### **Sabine Hans**

Infirmière-Professeur à la Haute École Roi Baudouin

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

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

### **Donatienne Jans**

Avocate

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

### **Thierry Lothaire**

Maîtrise spéciale en Santé publique (ULB)

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

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

### **Isabelle Lutte**

Docteur en médecine

Avocate au barreau de Bruxelles

### **Mirella Manna**

Infirmière Chef de service, Hôpital Erasme

Collaborateurs

**Isabelle Reynders**

Avocate

**Olivier Thonon**

Infirmier Chef de Service, Centre Hospitalier Universitaire de Liège

*Superviseur*

**Patrick Gilson**

Directeur des Services hospitaliers

Centre Neurologique William Lennox à Ottignies

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

# Table des matières

## Partie I: Partie thématique

### *Chapitre 1*

<b>Les magnet hospitals: modélisation universelle de l'hôpital attractif ?</b>	25
1. Introduction	25
2. Historique	25
3. Développement actuel	26
4. Des trois pôles d'excellence des magnet hospitals aux quatorze forces du magnétisme	27
5. De meilleurs résultats pour les infirmières et les patients ?	28
6. Critiques du modèle des magnet hospitals	29
7. Expérience conduite en Belgique: présentation du projet ARIQ	30
7.1. Modélisation de l'hôpital attractif belge	32
7.1.1. Le sens d'une mission commune et partagée par les directions médicale, infirmière et administrative de l'établissement	32
7.1.2. La révision de la position de l'institution 'entreprise qui apporte l'emploi aux travailleurs' en 'entreprise qui apporte un support organisationnel à ses collaborateurs'	33
7.1.3. La stratégie d'ouverture vers l'extérieur	34
8. Apports du projet ARIQ dans la compréhension du concept d'hôpital attractif	34
9. Conclusion	35
10. Références	35

*Chapitre 2*

<b>La mise en évidence du profil de compétences des infirmières occupant une fonction transversale en milieu hospitalier</b>	<b>39</b>
1. Introduction	39
2. Mise en contexte	40
3. Méthodologie	41
4. Principaux résultats	42
4.1. Activités réalisées	42
4.2. Compétences requises	43
4.3. Complexité des compétences	44
5. Discussion	46
5.1. L'IFT: Un profil de compétences propre ?	46
5.2. L'IFT et l'infirmière travaillant en unité de soins	47
5.2.1. Les compétences	48
5.2.2. La complexité des compétences	48
5.2.3. Le type de prestataires	49
5.3. L'IFT: un cadre infirmier ?	51
5.3.1. La fonction de cadre	51
5.3.2. Les IFT et la fonction de cadre	52
5.3.3. L'IFT: une fonction de cadre en staff	54
5.4. L'IFT et la 'pratique infirmière avancée'	55
5.4.1. Les compétences de l'infirmière en pratique avancée	55
5.4.2. L'IFT, une infirmière en pratique infirmière avancée ?	56
6. Conclusions	59
7. Bibliographie	61
Annexe I. Échelle d'évaluation de la complexité globale	63
Annexe II. Échelle d'évaluation de la complexité des compétences par composante	64



*Chapitre 3*

<b>La stomathérapie et l'approche holistique du patient stomisé</b>	<b>65</b>
1. Quelques définitions	65
1.1. Une stomie	65
1.2. L'infirmière stomathérapeute	65
1.2.1. Sa formation	65
1.2.2. Sa fonction	66
2. L'éducation du patient porteur d'une stomie	66
2.1. En préopératoire	67
2.3. En postopératoire	68
3. Le soin à la stomie en postopératoire immédiat	69
3.1. Qualités d'une bonne poche postopératoire	69
3.2. Technique du soin	69
3.3. La présence d'une baguette	69
4. Le soin de base à la stomie	69
4.1. Matériel	69
4.2. Technique	70
4.3. Cas particuliers	70
5. Choix des poches	71
5.1. Les impératifs pour la sécurité	71
5.1.1. Le type de stomie	71
5.1.2. Le type d'effluent	72
5.1.3. La morphologie de l'abdomen et de la stomie	72
5.1.4. La qualité de la peau	72
5.2. L'autonomie	72
5.3. Le confort	72
6. Rythme de changement de l'appareillage	73
7. Les accessoires	73
7.1. Les pâtes	73
7.2. Les poudres	74
7.3. La ceinture	74
8. Le retour au domicile	74
9. Conclusion	74
10. Bibliographie	74

Annexe – Charte des praticiens de l’art infirmier belge spécialisés en stomathérapie	76
Introduction	
1. Dispositions particulières	76
2. L’exercice de l’art infirmier	76
3. Relations entre le praticien de l’art infirmier, le bénéficiaire de soins et sa famille	77
4. Les relations entre collègues	78
5. Les relations avec les autres prestataires de soins	78
6. Rôle de l’infirmière stomathérapeute dans la collectivité	78
<i>Chapitre 4</i>	
<b>L’infirmière en Pratique Avancée, expérience aux USA</b>	79
1. Historique	80
1.1. Infirmière en Pratique Avancée (Advanced Practice Nurse – APN):	80
1.2. Assistant Médical = Physican Assistant (PAs)	81
2. L’Infirmière en Pratique Avancée (APN)	81
2.1 Définition	81
2.2 Formation de l’Infirmière en Pratique Avancée (APN)	83
2.3 Description	83
2.3.1. Infirmière Praticienne ou Nurse Practitioner (NP)	83
2.3.2. Infirmière Clinicienne Spécialiste ou Clinical Nurse Specialist (CNS)	85
3. L’Assistant Médical ou Physican Assistant (PAs)	86
4. Conclusion	87
5. Bibliographie	89

## Partie II: Partie pratique

### Chapitre 1

<b>Les formations infirmières et accoucheuses organisées en Communauté française de Belgique</b>	93
Introduction	93
1. Quelques rappels historiques	93
2. Formations au sein du système éducatif de la Communauté française	98
2.1. Formation d'infirmier(ère) hospitalier(ère)	98
2.1.1. Conditions d'inscription	99
2.1.1.1. Titres	99
2.1.1.2. Documents administratifs	99
2.1.1.3. Documents sanitaires	99
2.1.2. Structure de la formation et titre à obtenir	99
2.1.2.1. Enseignement théorique	100
2.1.2.2. Enseignement clinique	100
2.1.2.3. Titres délivrés	100
2.1.3. Effet civil relatif à l'emploi	101
2.1.4. Visa et enregistrements des brevets	101
2.1.5. Possibilités de poursuivre ses études	102
2.2. Formation de Bachelier en soins infirmiers et de Bachelier-Accoucheuse	103
2.2.1. Création des Hautes Écoles	103
2.2.1.1. Le Décret organique du 5 août 1995 fixant l'organisation générale de l'enseignement supérieur en Hautes Écoles	104
2.2.1.2. Le Décret financement du 9 septembre 1996	105
2.2.1.3. Les trois décrets relatifs au personnel	106
2.2.2. Conditions d'inscriptions	106
2.2.2.1. Titres	106
2.2.2.2. Documents administratifs	106
2.2.2.3. Documents sanitaires	107
2.2.3. Modalités de formation	107
2.2.3.1. Généralités	107
2.2.3.2. Structure générale des études de Bachelier en soins infirmiers et de Bachelier-Accoucheuse	107
2.2.3.3. Le Bachelier en soins infirmiers	108
2.2.3.4. Le Bachelier-Accoucheuse	110
2.2.3.5. Les spécialisations en soins infirmiers	113

2.2.3.6.	Autres spécialisations accessibles aux Bacheliers en soins infirmiers	116
2.2.3.7.	Titres obtenus	116
2.2.4.	Effet civil relatif à l'emploi	117
2.2.5.	Visa et enregistrement des diplômes	117
2.2.6.	Possibilités de poursuivre ses études	117
2.2.6.1.	L'enseignement universitaire	117
2.2.6.2.	L'enseignement de promotion sociale	119
2.2.6.3.	Autres possibilités	119
2.3.	Autres possibilités de devenir infirmier(ère)	121
2.3.1.	Examen devant le jury de la Communauté française	121
2.3.2.	Commission d'équivalence de la Communauté française	121
2.3.3.	Formation en cours d'emploi en vue de l'acquisition du titre de Bachelier en soins infirmiers et du brevet d'infirmier(ère) hospitalier(ère)	121
3.	Vers une harmonisation de l'espace européen de l'enseignement supérieur: le processus de Bologne	121
4.	Bibliographie	130
5.	Pour en savoir plus	131

## *Chapitre 2*

### **Évolution de la profession infirmière en Belgique** 133

1.	Note de politique générale du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales pour le secteur infirmier	133
1.1.	Le secteur infirmier	133
1.2.	Le point sur la question	135
1.2.1.	La procédure d'agrément pour porter un titre professionnel particulier ou se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière	135
1.2.2.	Critères d'agrément pour porter le titre professionnel d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence	137
1.2.3.	Collèges infirmiers interne et externe	138
1.2.4.	La structuration du département infirmier et la politique de qualité	139
1.2.4.1.	La fonction d'infirmier en chef	140
1.2.4.2.	La fonction d'infirmier-chef de service	141
1.2.4.3.	La fonction de chef du département infirmier	143
1.2.5.	Demande d'avis du CNAI	145
1.2.5.1.	Point 1 de la demande d'avis	146

1.2.5.2.	Point 2 de la demande d'avis	149
1.2.5.3.	Points 3 et 4 de la demande d'avis	152
1.2.6.	La révision de la liste des titres professionnels et qualifications particuliers	153
1.2.7.	Concertation avec les Communautés	155
1.2.8.	Critères d'agrément pour le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie et pour la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie	155
1.2.8.1.	Titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie	155
1.2.8.2.	Qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie	157
1.2.9.	Autres projets en cours	158
1.2.9.1.	Télématique dans le secteur infirmier	158
1.2.9.2.	Projet de recherche ARIQ (Attractivité, Rétention, Implication des infirmier(e)s et Qualité des soins)	159
1.2.9.3.	Projet de recherche sur la base de données de qualité des soins infirmiers (QUALI-NURS)	159
1.2.9.4.	WIN: projet sur l'affectation optimale de personnel infirmier et soignant à partir du Résumé Infirmier Minimum actualisé (RIM II)	160
1.3.	Les soins à domicile	160
1.4.	Le point sur la question	163
2.	Modifications de l'arrêté royal n° 78 relatif aux professions de santé	173
2.1.	Loi du 24 novembre 2004 modifiant la loi du 12 août 2002 relative aux droits des patients visant à soulager sa douleur en y insérant le droit pour toute personne de recevoir des soins ainsi que l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé	173
2.2.	Arrêtés royaux relatifs à la fonction d'aide-soignant	173
2.2.1.	Objectifs	173
2.2.1.1.	Clarification	173
2.2.1.2.	Qualité des soins	174
2.2.1.3.	Valorisation de l'aide-soignante	174
2.2.1.4.	Valorisation de l'infirmière	175
2.2.2.	Quelles sont les activités infirmières qui peuvent être effectuées par les aides-soignants et dans quelles conditions ?	175
2.2.3.	Quelles sont les modalités d'enregistrement comme aide-soignant ?	177

2.2.3.1.	Quels sont les conditions pour bénéficier d'un encadrement en qualité d'aide-soignant ?	177
2.2.3.2.	Mesures transitoires et droits acquis	177
2.3.	Arrêté royal du 13 juillet 2006 modifiant l'A.R. du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et des actes médicaux confiés (M.B. du 7 août 2006)	181
2.4.	Premier rapport annuel du centre fédéral d'expertise des soins de santé	183
3.	Conclusions	184
Annexe – Avis du Conseil national de l'Art infirmier relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux		186

### *Chapitre 3*

#### **Résumé infirmier minimum actualisé,**

#### **RIM 2, DI-RHM ...**

#### **Révolution ou évolution ?**

1.	Introduction	191
2.	Genèse du RIM 2	193
2.1.	Concept de ' <i>Nursing Minimal Data Set</i> '.	193
2.2.	La conception du Résumé Infirmier Minimum en Belgique	194
2.3.	Concept de programme de soins	195
2.4.	La classification NIC	196
2.5.	Utilisation du NIC comme langage de l'actualisation du Résumé Infirmier Minimum	197
3.	Conception de l'outil RIM 2	
3.1.	Phase I (juin – octobre 2002): développement du cadre conceptuel	199
3.2.	Phase II (novembre 2002 – septembre 2003): développement d'un langage commun	199
3.3.	Phase III (octobre 2003 – avril 2005): phase test et validation de l'outil	200
3.4.	Phase IV (janvier 2005 – décembre 2005): finalisation de l'outil et gestion de l'information	203
3.5.	Développement des applications prioritaires	204
4.	Présentation de l'outil RIM 2	205

5.	Comparaison entre le RIM 1 et le RIM 2	211
5.1.	Des similitudes tout d'abord	211
5.2.	Des différences ensuite	211
6.	Phase d'implémentation du RIM 2	212
6.1.	Structure d'encadrement	212
6.1.1.	D'un point de vue national	212
6.1.2.	Au niveau de chaque hôpital	214
6.2.	Outil de référence, le manuel d'encodage RIM2	214
6.3.	La formation	214
6.4.	Envoi des données	215
6.5.	Dossier en soins infirmiers	215
6.6.	Dossier informatisé	216
6.7.	RIM 2 – 2007 et financement	216

#### *Chapitre 4*

<b>Secteurs d'emploi du personnel infirmier</b>	217	
1.	Politique, système de santé publique et problématique infirmière en Belgique	217
1.1.	De la crise des personnels de santé à la ... recherche des infirmières !	221
1.2.	Vers une pénurie quantitative ou qualitative d'infirmières en Belgique	227
1.3.	Secteurs d'emploi infirmiers en Belgique et qualité des soins	228
1.4.	Ratios infirmiers et dotation en effectifs dans les hôpitaux généraux et universitaires	230
1.5.	L'emploi dans les hôpitaux psychiatriques	236
1.6.	L'emploi infirmier dans les institutions d'hébergement et/ou de soins pour personnes âgées	238
1.6.1.	Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et des maisons de repos et de soins (MRS)	238
1.6.2.	Les résidences-services	239
1.6.3.	Autres institutions non résidentielles pour personnes âgées	239
1.7.	L'emploi infirmier dans les soins de santé primaires (secteur des soins à domicile)	239
1.8.	Les autres possibilités d'emploi infirmier en Belgique	241
1.8.1.	Dans l'enseignement	241
1.8.2.	Dans les services de santé de l'armée	243
1.8.3.	Dans la Coopération avec les pays en voie de développement et l'aide humanitaire	243
2.	Problématique infirmière dans le monde, quels obstacles?	244
2.1.	Obstacle à l'offre et à la demande d'infirmières	245

2.2.	Accords de commerce internationaux et services de santé	246
2.3.	Comment retenir et éviter la mutation et la migration de l'infirmière dans le monde?	248
2.4.	Le recrutement déontologique des infirmières	250
2.5.	La santé et la sécurité des infirmières au travail	255
2.6.	L'emploi à temps partiel	256
2.7.	Bien-être socio-économique des infirmières	257
2.8.	Les soins infirmiers et le développement durable	258
2.9.	Politique de grève chez les infirmières	259
2.10.	Les infirmières et le travail posté	260
2.11.	Le développement des ressources humaines dans le domaine de la santé	261
3.	Bibliographie	262

### *Chapitre 5*

<b>Planification de la carrière</b>		265
1.	Contrats de travail	265
1.1.	Le contrat de travail	265
1.1.1.	Notion	265
1.1.2.	Types de contrats	265
1.1.3.	Formes	266
1.1.4.	Modification des conditions de travail	266
1.1.5.	Contrats spécifiques	267
1.2.	Conventions collectives de travail	268
1.2.1.	Notion	268
1.2.2.	Exigences de validité	268
1.2.3.	Contenu	269
1.2.4.	Les partenaires sociaux	270
1.2.5.	La Commission Paritaire des Services de Santé	271
1.3.	Règlement de travail	272
1.3.1.	Notion	272
1.3.2.	Contenu	272
1.3.3.	Rédaction, modification et notification	273
1.4.	La loi sur le travail	273
1.4.1.	Notion	273
1.4.2.	Champ d'application	273
1.4.3.	Contenu	274
2.	Travail salarié dans le secteur privé	276
2.1.	Rémunérations et indemnités	276
2.1.1.	Dispositions générales	276
2.1.2.	Conditions salariales dans les hôpitaux privés	277



2.1.3.	Les autres éléments constitutifs du salaire dans les hôpitaux privés	280
2.1.4.	Les autres secteurs	285
2.1.5.	Problèmes posés par le salaire variable	288
2.1.6.	Retenues sur salaires	288
2.2.	Suspensions du contrat de travail	289
2.2.1.	Absences rémunérées	290
2.2.2.	Absences rémunérées temporairement	293
2.2.3.	Absences non rémunérées	296
2.3.	Interruption de carrière	300
2.3.1.	Le crédit-temps	300
2.3.2.	Semaine de quatre jours	300
2.3.3.	Congé pour soins palliatifs	301
2.3.4.	Congé pour assistance médicale	301
2.3.5.	Congé sans solde	301
2.4.	Fin de contrat	302
2.4.1.	Fin de contrat 'normale'	302
2.4.2.	Fin unilatérale d'un contrat	302
3.	Carrière dans le secteur public	305
3.1.	Emploi et travail	305
3.1.1.	Statut	305
3.1.2.	Recrutement	306
3.1.3.	Stage statutaire et nomination définitive	306
3.1.4.	Engagement contractuel et temporaire	306
3.1.5.	Durée du travail - loi sur le travail	307
3.2.	Statut pécuniaire : échelles barémiques et autres primes	307
3.2.1.	Statut pécuniaire	307
3.2.2.	Echelles barémiques	308
3.2.3.	Indemnité pour prestations irrégulières	311
3.2.4.	Prime de fonction	312
3.2.5.	Allocation de foyer et de résidence	313
3.2.6.	Pécule de vacances	313
3.2.7.	Prime de fin d'année	314
3.2.8.	Frais de déplacement	314
3.3.	Réglementation en matière de congés	315
3.3.1.	Vacances annuelles et jours fériés	315
3.3.2.	Congés de circonstance	315
3.3.3.	Congé pour convenance personnelles	316
3.3.4.	Congé de maladie ou d'invalidité	316
3.3.5.	Congé d'accueil d'un enfant en vue de son adoption ou d'une tutelle officieuse	316
3.3.6.	Réduction de prestations pour raisons sociales ou familiales	316
3.3.7.	Réduction de prestations pour raisons personnelles	317

3.3.8.	Congé pour raisons familiales impérieuses	317
3.3.9.	Mise en disponibilité pour raisons personnelles	317
3.3.10.	Absence de longue durée pour raisons familiales	317
3.3.11.	Interruption de carrière	317
3.4.	Accidents de travail et maladies professionnelles	318
3.5.	Mise en disponibilité	318
3.6.	Infirmières enceintes	318
3.6.1.	Repos d'accouchement	318
3.6.2.	Congé parental	319
3.6.3.	Ecartement prophylactique du lieu de travail	319

## *Chapitre 6*

<b>Responsabilité juridique</b>		321
1.	Introduction générale	321
2.	Le cadre légal de l'exercice de l'art infirmier	322
2.1.	L'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et l'A.R. du 18 juin 1990	322
2.2.	Le Code civil	323
2.2.1.	Introduction	323
2.2.2.	Responsabilité contractuelle et responsabilité extracontractuelle	323
2.2.3.	Concours de responsabilité	324
2.3.	Le Code pénal	324
2.3.1.	L'activité médicale et la loi pénale	324
2.3.2.	L'obligation de porter assistance à autrui	325
2.3.3.	Le secret professionnel	327
2.4.	Certaines législations particulières	330
2.4.1.	La loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption volontaire de grossesse	330
2.4.2.	La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie	332
2.4.2.1.	Objectifs de la loi	332
2.4.2.2.	Les conditions	333
2.4.2.3.	La procédure	333
2.4.3.	La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient	335
2.4.3.1.	Objectifs de la loi	335
2.4.3.2.	Les droits du patient	335
	A) Le droit à des prestations de qualité	335
	B) Le droit au libre choix du dispensateur de soins (article 6)	335
	C) Le droit d'être informé sur son état de santé	336
	D) Le droit de consentir de manière éclairée à toute intervention	339
	E) Le droit de consulter son dossier	340

F) Le droit au respect de sa vie privée et de son intimité	342
G) Les mineurs	342
2.4.3.3. Création d'un service de médiation	342
2.4.3.4. Conclusions	343
3. La responsabilité juridique	343
3.1. Les conditions de toute responsabilité	343
3.2. La faute	345
3.2.1. Introduction	345
3.2.2. Les devoirs de l'infirmier	346
3.2.2.1. Les devoirs de la science	346
A) La compétence et les qualifications professionnelles de l'infirmier	346
B) Application des principes	347
3.2.2.2. Les devoirs de la conscience	349
A) Définition	349
B) Applications	349
C) Conclusion	351
3.2.2.3. Les devoirs de la confiance	351
A) Le principe	351
B) L'information à l'égard du patient	352
C) L'information à l'égard des autres membres de l'équipe	352
D) Les ordres médicaux	353
3.2.2.4. Obligations de moyens ou obligations de résultat?	354
A) Les principes	354
B) Les obligations de moyens	354
C) Les obligations de résultat	355
3.2.3. L'imputabilité	357
3.2.3.1. Les principes	357
A) Au pénal	357
B) Au civil	357
3.2.3.2. L'article 18 de la loi du 3 juillet 1978 sur le contrat de travail	358
3.2.3.3. L'article 1384, alinéas 1er et 3 du Code civil	358
A) La responsabilité du fait des préposés	358
B) La responsabilité en raison du vice de la chose	360
3.3. Le lien causal	361
3.3.1. La pluralité des causes	361
3.3.1.1. La théorie de l'équivalence des conditions	361
3.3.1.2. Application	362
3.3.2. La preuve et la certitude (judiciaire) du lien causal	364
3.4. Le dommage	366

3.5.	L'action en responsabilité	367
3.5.1.	Le procès pénal	367
3.5.2.	La procédure civile	367
3.5.3.	La prescription de l'action civile	368

### *Chapitre 7*

	<b>L'assurance de responsabilité professionnelle du praticien de l'art infirmier</b>	369
1.	Introduction	369
2.	Définition et formation du contrat d'assurance	369
3.	Caractéristiques du contrat d'assurance	371
4.	L'objet de la garantie	372
5.	Le montant de la garantie	372
6.	La durée de la garantie	373
7.	La direction du litige	376
8.	Les exclusions et les déchéances	377
9.	Les droits de la personne lésée	378
10.	L'exécution du contrat	379
10.1.	Les obligations de l'assuré et de l'assureur	379
10.2.	Le litige et sa résolution (judiciaire ou amiable)	379
11.	Le recours de l'assureur à l'encontre de l'assuré	381
12.	L'assurance professionnelle en fonction du statut du praticien de l'art infirmier	381
12.1.	Le praticien de l'art infirmier indépendant	381
12.2.	Le praticien de l'art infirmier n'exerçant pas en qualité d'indépendant	382

### Partie III: Banque de données

1.	Adresses des instituts supérieurs	387
1.1.	Les hautes écoles - Section: infirmière graduée + spécialités	387
1.1.1.	Bruxelles-capitale / Brabant wallon	387
1.1.2.	Hainaut	389
1.1.3.	Liège	391
1.1.4.	Namur	392
1.2.	Enseignement professionnel secondaire complémentaire - Section: infirmière hospitalière (brevetée) y compris infirmière psychiatrique brevetée	393
2.	Écoles de Santé publique	397
3.	Associations professionnelles	399
3.1.	Organisations spécifiques	399
4.	Professions médicales et paramédicales	403
5.	Institutions de soins	407
6.	Divers	409

### Partie IV: Annexes

1.	Liste des actes infirmières: coordination officieuse en date de septembre 1997 de l'arrêté royal du 18 juin 1990 ( <i>M.B.</i> 26 juillet 1990) portant fixation de la liste des prestations techniques des soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre	413
2.	Liste des prestations techniques de soins infirmiers pouvant être accomplies par des praticiens de l'art infirmier (fixée en application de l'article 21 <sup>ter</sup> , § 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967)	415
3.	Liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier (fixée en application de l'article 5, § 1 <sup>er</sup> , alinéa, 3, 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967).	421

4.	Conditions de qualification fixées en application des articles 5, § 1er, alinéa 3, 2 et 21ter, § 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967	423
5.	Circulaire ministérielle du 17 juin 1997 Aux organes de gestion des hôpitaux, des établissements pour personnes âgées, des établissements et des organisations des soins, aux praticiens de l'art infirmier	425
6.	Explication concernant certaines prestations techniques de soins infirmiers et certains actes médicaux confiés	427
7.	Arrêté royal du 19 août 1992 modifiant, en ce qui concerne les commissions de profil, l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (M.B. 12 septembre 1992)	435
8.	Situation des organisations professionnelles infirmières belges et de la FNIB dans le contexte international, européen et national	441
9.	Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge	443

## **Partie V: Index alphabétique**

Index alphabétique	449
--------------------	-----

## **Partie II**

### **Partie pratique**





## Chapitre 3

# Résumé infirmier minimum actualisé, RIM 2, DI-RHM ... Révolution ou évolution ?

O. Thonon, M. Manna

### 1. Introduction

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

Le monde infirmier n'a pas échappé à cette nécessité de rendre visibles ses activités au travers d'un instrument minimal, le Résumé Infirmier Minimum. 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 nouveau RIM actualisé voit le jour, tenant compte des nouvelles tendances dans le secteur. L'implantation nationale d'un Résumé Infirmier Minimum actualisé ou RIM 2, prévue en septembre 2007, va, sans aucun doute, métamorphoser l'environnement des soins infirmiers.

Le cadre conceptuel du RIM 2 définit un tremplin international, en référence à la classification NIC (*Nursing Interventions Classification*). La visualisation de la variabilité des soins infirmiers se fera à travers un langage plus riche et plus précis en passant de 23 à 79 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. Le RIM actualisé devra nous fournir une image plus précise de l'aspect «soins de base» ou *CARE* afin de rétablir de manière plus équitable la balance *CURE / CARE* dans le cadre du financement. De fait, un des biais du système actuel de financement est que les soins infirmiers techniques (le *CURE*) constituent un des leviers importants du financement, ce qui est trop réducteur par rapport à la réalité des soins d'aujourd'hui.

Bien que chez les infirmiers, pris chacun individuellement, il y ait toujours un souci et un intérêt pour l'administration de soins de qualité, les évolutions actuelles requièrent une approche systématique de cet élément dans le secteur des soins de santé. Dans cette optique, le RIM 2 repose aussi sur l'*Evidence Based Nursing* et la mesure du résultat en soins.

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

C'est pourquoi, le RIM 2 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 2 dans le concept plus large qu'est le Résumé Hospitalier Minimum 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 RIM 2 au travers d'un dossier électronique du patient annonce la mise à l'ordre du jour, prioritaire, de la définition d'un dossier infirmier informatisé.

D'évidence, le passage du RIM au DI-RHM accentue et soutient la structuration, la gestion des soins infirmiers. Ceci étant, ce changement important est une préoccupation pour tous les départements infirmiers. Chacun se prépare au mieux à l'implantation du RIM 2, en tenant compte de sa réalité et des moyens qui lui sont propres : paramètres plus que variables selon les institutions.

## 2. Genèse du RIM 2

La pierre angulaire du développement du RIM 2 s'articule autour de plusieurs angles d'incidence :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3. Concept de programme de soins

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

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

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

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

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

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

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

#### 2.4. La classification NIC

Dans le cadre de l'actualisation RIM, même si l'objectif principal était la mise à jour de l'enregistrement actuel, l'option a été prise pour intégrer le RIM dans un cadre international plus large. Cette intégration implique obligatoirement d'avoir recours à un langage infirmier standardisé, au centre d'un concept professionnel unique. C'est sur la base d'une étude de la littérature que le système de classification *Nursing Interventions Classification* (NIC) a été retenu comme source organisationnelle de cette actualisation.

Le NIC est une large classification standardisée des interventions de soins infirmiers, soins directs ou indirects, spécialisés ou non, aigus ou chroniques, effectués ou non en collaboration avec d'autres disciplines. Celle-ci constitue un outil de documentation et de communication clinique univoque, d'intégration des données entre les différents systèmes de productivité, d'évaluation des compétences, de financement et de conception des programmes d'enseignement.

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

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

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

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

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

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

### 3. Conception de l'outil RIM 2

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Collecte des données*

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

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

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

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

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

### *Fiabilité et validité*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En décembre 2005, consécutivement aux différents groupes de travail et phases tests, le RIM actualisé, 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).

Deux adaptations de l'outil RIM 2 verront le jour par la suite en fonction des remarques rapportées par les hôpitaux ou en fonction des modifications apportées par le SPF. En ce qui concerne le numéro de version, ces deux adaptations seront implémentées de manière incrémentielle : version 1.2 en mai 2006 et version 1.3 en septembre 2006. C'est cette dernière version qui est présentée dans le paragraphe suivant.

### 3.5. Développement des applications prioritaires

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

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

#### 4. Présentation de l'outil RIM 2

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

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

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

Il a également pour objectif de soutenir la politique de la santé au sein des hôpitaux, notamment par le biais d'un *feed-back* général et individuel de sorte que les hôpitaux puissent d'une part se positionner par rapport à d'autres hôpitaux analogues, et d'autre part corriger leur politique interne.

Cet enregistrement intégré contiendra des données administratives, des données médicales, des données infirmières, des données relatives au personnel et des données dans le cadre de la fonction «service mobile d'urgence». Comme les anciens systèmes d'enregistrement qu'il globalise, cet enregistrement s'applique aux hôpitaux généraux non psychiatriques et constitue un outil dynamique qui s'adaptera à l'évolution des réalités tant politiques que de terrain.

Le type de données hospitalières ainsi que leurs modalités d'enregistrement et de transmission au SPF Santé publique seront précisées dans un arrêté royal, déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Les données infirmières et relatives au personnel seront enregistrées par périodes de 4 x 15 jours. Les données médicales seront enregistrées quotidiennement. L'ensemble de ces données sera mis conjointement à

disposition du SPF de manière semestrielle. Les données SMUR seront enregistrées et envoyées quotidiennement. 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 Minimum constituent un outil d'enregistrement des activités infirmières minimales. Dans sa version 1.3, ces données infirmières se déclinent en une liste ouverte de 92 possibilités d'activités à enregistrer, représentant 79 items non cumulables disponibles pour l'enregistrement.

La taxonomie de l'outil s'organise en quatre niveaux : 6 domaines, 23 classes, 79 items et 92 possibilités de codage.

<b>Taxonomie DI-RHM v1.3</b>			
<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>	<b>Niveau 3</b>	<b>Niveau 4</b>
6 domaines	23 classes	79 items	92 possibilités de codage
Numérotés de 1 à 6	Code alphabétique	Code alpha-numérique unique	Code alpha-numérique unique
1 chiffre	1 lettre	1 lettre + 1 chiffre	1 lettre + 3 chiffres

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

- soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires ;
- soins liés aux fonctions physiologiques complexes ;
- comportement ;
- sécurité ;
- famille ;
- systèmes de santé.

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

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

- position 1 : le caractère fait référence à la classe de l'item ;
- position 2 : le chiffre fait référence à l'item ;



- position 3 : le chiffre fait référence à la possibilité de codage ;
- position 4 : chiffre de réserve.

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

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

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

Vous trouverez ci-après la structure en domaines et classes ainsi que le nombre d'items concernés (DI-RHM v1.3). Pour la présentation exhaustive de l'ensemble des items constituant le DI-RHM, nous vous renvoyons à la documentation mise à votre disposition sur le site du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be)

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

- I.A. Gestion des activités et de l'exercice
- I.B. Soins liés à l'élimination
- I.C. Soins liés à la mobilité
- I.D. Soins liés à l'alimentation
- I.E. Promotion du confort physique
- I.F. Soutien des soins personnels

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

- II.G. Gestion hydro-électrolytique et/ou acido-basique
- II.H. Administration de médicaments
- II.I. Soins liés à la fonction neurologique
- II.K. Soins liés à la fonction respiratoire
- II.L. Soins de la peau et des plaies
- II.M. Thermorégulation
- II.N. Perfusion tissulaire

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

- III.O. Thérapie comportementale
- III.P. Thérapie cognitive

III.Q. Amélioration de la communication

III.R. Aide aux stratégies d'adaptation

III.S. Éducation du patient

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

IV.V. Gestion du risque

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

V.W. Soins liés à la naissance

V.X. Soins relatifs au cycle de la vie

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

VI.Y. Médiation au sein des systèmes de santé

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

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

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

Domaine	Classe	Items	Sous-items
1. Soins liés aux fonctions physiologiques de base	A. Gestion des activités et de l'exercice	1	1
	B. Soins liés à l'élimination	6	13
	C. Gestion de la mobilité	4	5
	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		79	92

En ce qui concerne les 92 possibilités de choix d'activités à enregistrer, elles offrent singulièrement un de ces trois types de score : binaire, nominale et métrique.

Types de scores	Possibilités de choix
Binaire	36
Nominal	24
Métrique	32
TOTAL	92

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

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

## 5. Comparaison entre le RIM 1 et le RIM 2

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 (RIM 2) d'autre part.

### 5.1. Des similitudes tout d'abord

#### a) Enregistrement de données :

L'outil d'enregistrement est applicable aux hôpitaux généraux non psychiatriques; le type de données qui doivent être enregistrées, leurs modalités d'enregistrement et de transmission au SPF Santé publique sont précisées dans un arrêté royal (à paraître dans le cas du RIM 2).

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

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

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

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

### 5.2. Des différences ensuite

#### a) Enregistrement de données :

Le RIM 1 est un enregistrement fermé et statique de 23 activités infirmières, offrant peu de possibilités d'évolution; le RIM 2 bénéficie quant à lui d'un cadre de référence international et constitue un enregistrement dynamique et ouvert.

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

Basés tous deux sur un *design* de collecte identique, ils diffèrent quant à l'échantillonnage des données collectées : 5 jours au hasard par quinzaine de collecte pour le RIM 1 (soit 20 jours annuels), l'entière de la quinzaine de collecte pour le RIM 2 (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 1 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. Pour le RIM 2, ces deux bases de données étant présentes au sein de l'enregistrement unique RHM, tant les enregistrements que les applications sont 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, le RIM 2 constitue un des moteurs de l'implémentation du futur dossier patient, dans sa version informatisée cette fois.

## **6. Phase d'implémentation du RIM 2**

La première période d'enregistrement nationale du RIM 2 est prévue pour mars 2007. Le SPF et les hôpitaux préparent cette implantation depuis au minimum le printemps 2006.

### *6.1. Structure d'encadrement*

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

##### *La structure multipartite*

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *La cellule RIM du SPF Santé publique*

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

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

#### *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*

Elle regroupe des experts autour d'une matière particulière. Cette commission n'est pas une structure officielle. Elle est mise sur pied par l'ad-

ministration de la Santé publique dans le cadre du soutien d'études en cours. Dans cette optique, une commission d'accompagnement du projet d'actualisation des données RIM a été mise sur pied en 2002.

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

#### *Le coordinateur RIM*

A la demande du SPF Santé publique, chaque hôpital a désigné, en 1991, un responsable RIM. Celui-ci a en charge l'organisation du recueil de données, le contrôle de la fiabilité de l'enregistrement, la formation du personnel infirmier au RIM 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 RIM 2*

Ce dernier a été défini par la cellule RIM du SPF. En septembre 2006, la version 1.3 a été diffusée. D'ici à juin 2007, une version 1.4 verra le jour. Elle portera uniquement sur des adaptations visant à une meilleure compréhension des situations d'activités infirmières à enregistrer. Cette dernière constituera la source de référence unique pour l'implémentation officielle de l'outil en septembre 2007. De fait, même si une situation n'est jamais parfaite, il faut l'arrêter à un moment donné. D'autant plus que des études sont en cours sur la base de ce cadre de référence commun, qui à un moment donné doit faire preuve de stabilité.

### *6.3. La formation*

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

En cette fin d'année 2006, ni le profil des codeurs internes, ni leur financement n'ont été précisés. De plus, il faudra garder en mémoire la question de leur devenir dès que l'informatisation du dossier infirmier et l'extraction automatique des données RIM 2 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 RIM 2. La formation par *e-learning* (informatisée) sera envisagée à plus long terme.

#### 6.4. Envoi des données

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, le SPF communique avec les hôpitaux grâce au *Portahealth*. Cette plateforme technique permet l'envoi de données confidentielles comme par exemple le RCM via un simple browser internet. En 2007, ce mode de communication sera aussi utilisé pour les données RIM 2, 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 2007, l'envoi commun des données RIM et RCM se fera semestriellement.

#### 6.5. Dossier en soins infirmiers

Le dossier en soins infirmiers doit être revu à la lumière du RIM 2. Chacun des 79 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 RIM.

Le RIM 2, de par son nombre d'items et son niveau d'exigences en termes de justification de données, fait 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, le RIM 2 sera, quant à lui, 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 compose : du Centre d'Etudes et de Recherches en Soins de Santé (SCGS), de SIXI, de la NVKVV, du groupe hospitalier *Gasthuiszusters van Antwerpen* et du Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de l'Hesbaye.

Ces différents partenaires participent activement à la recherche. Les deux groupes hospitaliers ont planifié des projets pilotes d'implémentation. Le consortium travaille également avec différents hôpitaux ainsi qu'avec le *Centrum voor Ziekenhuis en verplegingswetenschap* de la KU Leuven. Le consortium jouit du soutien explicite des fournisseurs de logiciel tels qu'Agfa, Cegeka et C3.

Le but de la mission de recherche est d'établir des directives pour l'enregistrement (électronique ou papier) des activités de soins avec extraction automatique des données RIM 2.

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. RIM 2 – 2007 et financement

L'année 2007 constituera un test grandeur nature, qui n'aura aucune implication financière. Cependant, gardons à l'esprit que, au-delà du fait qu'il vaut mieux prendre un bon départ dès le début, les données RIM 2 – 2007 permettront de tester les futures applications de financement.