



SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Direction générale Organisation des Etablissements de Soins

Eurostation
Place Victor Horta 40 bus 10
1060 Bruxelles

BILAN DES AUDITS EXPLORATOIRES DI-RHM 2008-2010

**DG1 – Datamanagement - Cellule ‘Audit des données infirmières’
Novembre 2010**

Introduction.

La mise en place dans les hôpitaux belges, à partir de l'année 2008, du nouvel outil d'enregistrement de l'activité infirmière DI-RHM a nécessité une série d'adaptations dans l'organisation de ceux-ci afin de pouvoir garantir un enregistrement exhaustif.

Ces différentes démarches d'évolution dans le processus d'enregistrement ont impliqué le développement d'un projet et la mise en œuvre de moyens importants.

Par ailleurs, l'ensemble du processus d'enregistrement a dû être revu pour s'adapter au nouveau concept de RHM.

Afin d'évaluer le développement de ce nouveau processus, des **audits exploratoires** ont été réalisés par la cellule « Audits Infirmiers » dans l'ensemble des hôpitaux concernés par l'enregistrement durant une période allant de mars 2008 à septembre 2010.

Les objectifs de ces audits ont été d'une part de recueillir auprès de l'hôpital des informations sur le processus de collecte de l'information (items et personnel) nécessaire à l'enregistrement et d'autre part de réaliser une évaluation qualitative du codage des items dans quelques dossiers proposés par l'institution ainsi que de répondre aux questions de l'institution en fonction de ses besoins.

Pour les hôpitaux engagés dans un processus d'informatisation du dossier, une attention particulière a été apportée au processus de recueil de l'information DI-RHM.

De manière générale **de grands efforts et de très grands progrès dans la conception du dossier infirmier et le processus d'enregistrement des données** ont été accomplis dans la plupart des hôpitaux à travers l'implantation de ce projet.

Le défi a été relevé de manière très professionnelle par une grande majorité de départements infirmiers qui ont mis en place un grand nombre de moyens humains et matériels pour arriver à un enregistrement exhaustif des items DI-RHM et des données de personnel. De plus, ce projet a eu un effet « boule de neige » en entraînant dans son sillage de nombreuses améliorations dans la qualité du dossier infirmier.

La plupart ont saisi tout l'impact positif du projet sur le développement de la qualité des soins aux patients et en ont fait un projet de département impliquant tous ses acteurs.

Néanmoins un certain chemin reste à parcourir et nous avons tenté, dans ce rapport, de le baliser.

Le présent rapport établit un bilan des **constatations** faites durant ces audits et propose une série de **recommandations** pour le futur.

Chaque chapitre comporte ces deux volets développés de manière successive.

Des graphiques complémentaires informatifs se trouvent également en annexe 4.

Les graphiques présentés dans ce travail suivent sensiblement la même structure. Ils sont essentiellement de trois types, à savoir des histogrammes groupés simples, des histogrammes groupés associés à une courbe pour les totaux respectifs de chaque variable et enfin des histogrammes empilés 100% associés également à une courbe pour le total de chaque variable analysée. La plupart des graphiques se composent de deux axes des ordonnées : l'ordonnée de droite correspondant aux valeurs représentées par l'histogramme et celle de gauche correspondant aux valeurs reprises par la courbe. Par ailleurs, les ordonnées expriment des valeurs absolues à l'exception des histogrammes cumulés exprimés en pourcents. Enfin, tant l'axe des abscisses que l'axe des ordonnées ont été triés de manière décroissante.

Table des matières.

Introduction.	1
Table des matières.	2
Table des graphiques.	5
Table des tableaux.	7
Liste des abréviations.	8
Avant-propos et contexte des audits exploratoires.	9
1. Le service d'enregistrement RHM.	12
1.1. Constatations.	12
1.2. Recommandations.	12
2. La répartition des responsabilités pour l'enregistrement DI-RHM et de personnel.	13
2.1. Constatations.	13
2.1.1. Existence d'une description de fonction de la coordination DI-RHM.	13
2.1.2. Temps de travail affecté à la coordination DI-RHM.	14
2.1.3. Cumul de la fonction avec d'autres fonctions.	15
2.1.4. Réalisation d'un rapport d'activité de la coordination DI-RHM.	15
2.1.5. Partenariat de la fonction de coordinateur DI-RHM.	16
2.2. Recommandations.	17
3. Le codage et l'enregistrement des données DI-RHM.	20
3.1. Constatations.	20
3.1.1. Le codage des items.	20
3.1.1.1. Support du codage des items.	20
3.1.1.2. Méthode de codage des items.	21
3.1.1.3. Types de personnes assurant le codage des items.	22
3.1.1.4. Nombre d'E.T.P. assurant le codage des items en fonction du système de codage.	23
3.1.1.5. Nombre d'E.T.P. assurant le codage des items en fonction de la taille de l'hôpital.	24
3.1.1.6. Moment du codage des items.	25
3.1.1.7. Utilisation d'un logiciel pour le codage des items.	26
3.1.2. L'enregistrement du DI-RHM.	27
3.1.2.1. Support d'enregistrement des items.	28
3.1.2.2. Méthode d'enregistrement des items.	29
3.1.2.3. Types de personnes assurant l'enregistrement des items.	30
3.1.2.4. Nombre d'E.T.P. assurant l'enregistrement des items en fonction du système d'enregistrement.	31
3.1.2.5. Nombre d'E.T.P. assurant l'enregistrement des items en fonction de la taille de l'hôpital.	32
3.1.2.6. Moment de l'enregistrement des items.	33
3.1.2.7. Utilisation d'un logiciel pour l'enregistrement des items.	34
3.1.3. Le manuel de codage du DI-RHM.	34
3.2. Recommandations.	36
4. Le codage et l'enregistrement des données de personnel.	39
4.1. Constatations.	39
4.1.1. Le codage des données de personnel.	39
4.1.1.1. Codage des données périodiques de personnel.	39
4.1.1.1.1. Support du codage des données périodiques de personnel.	39

4.1.1.1.2.	Méthode de codage des données périodiques de personnel.	40
4.1.1.1.3.	Types de personnes assurant le codage des données périodiques de personnel.	41
4.1.1.1.4.	Utilisation d'un logiciel pour le codage des données périodiques de personnel.	42
4.1.1.2.	Codage des données journalières de personnel.	43
4.1.1.2.1.	Support du codage des données journalières de personnel.	43
4.1.1.2.2.	Méthode de codage des données journalière de personnel.	44
4.1.1.2.3.	Types de personnes assurant le codage des données journalières de personnel.	46
4.1.1.2.4.	Utilisation d'un logiciel pour le codage des données journalières de personnel.	47
4.1.2.	L'enregistrement des données de personnel.	47
4.1.2.1.	Enregistrement des données périodiques de personnel.	47
4.1.2.1.1.	Support d'enregistrement des données périodiques de personnel.	48
4.1.2.1.2.	Méthode d'enregistrement des données périodiques de personnel.	49
4.1.2.1.3.	Types de personnes assurant l'enregistrement des données périodiques de personnel.	50
4.1.2.1.4.	Utilisation d'un logiciel pour l'enregistrement des données périodiques de personnel.	51
4.1.2.2.	Enregistrement des données journalières de personnel.	51
4.1.2.2.1.	Support d'enregistrement des données journalières de personnel.	52
4.1.2.2.2.	Méthode d'enregistrement des données journalières de personnel.	53
4.1.2.2.3.	Types de personnes assurant l'enregistrement des données journalières de personnel.	54
4.1.2.2.4.	Utilisation d'un logiciel pour l'enregistrement des données journalières de personnel.	54
4.2.	Recommandations.	55
5.	Le dossier infirmier, support de l'enregistrement DI-RHM.	56
5.1.	Constatactions.	56
5.1.1.	Type de volet infirmier du dossier patient.	56
5.1.2.	Type de logiciel utilisé comme support du volet infirmier du dossier patient.	57
5.1.3.	Orientation du volet infirmier.	58
5.1.4.	Existence d'un manuel d'utilisation du dossier infirmier.	60
5.2.	Recommandations.	63
6.	Les formations.	67
6.1.	Constatactions.	67
6.1.1.	Type de personnes formées au DI-RHM.	67
6.1.2.	Formations dirigées vers un seul groupe de personnes.	69
6.1.3.	Formations dirigées vers plusieurs groupes de personnes.	69
6.1.4.	Durée de formation.	70
6.1.5.	Personnes assurant la formation.	71
6.2.	Recommandations.	72
7.	Contrôle des données.	74
7.1.	Constatactions.	74
7.2.	Recommandations.	74
8.	Les audits internes et le feedback.	75
8.1.	Constatactions.	75
8.1.1.	Audit interne de la qualité du dossier infirmier.	75
8.1.2.	Audit interne de la qualité du codage DI-RHM.	76
8.1.3.	Audit interne de la qualité de l'enregistrement des données.	77
8.1.4.	Recours à d'autres applications internes.	77
8.2.	Recommandations.	79
9.	Le benchmarking des données.	81
9.1.	Constatactions.	81
9.2.	Recommandations.	82

10. L'archivage du dossier infirmier.	83
10.1. Constatations.	83
10.1.1. Lieu d'archivage du dossier du patient.	83
10.1.2. Type d'archivage.	84
10.1.3. Présence d'un manuel d'archivage du dossier du patient.	85
10.2. Recommandations.	86
11. Conclusions.	87
12. Le rôle du S.P.F.	89
ANNEXES.	90

Table des graphiques.

Graphique 1 : Répartition régionale des hôpitaux belges selon leur caractère volontaire pour un audit exploratoire.	9
Graphique 2 : Répartition régionale des hôpitaux audités selon leur caractère volontaire pour un audit exploratoire.	10
Graphique 3 : Répartition régionale des hôpitaux audités en fonction de leur type.	11
Graphique 4 : Existence d'une description de fonction en fonction des régions.	13
Graphique 5 : Répartition régionale du temps de travail affecté à la coordination DI-RHM.	14
Graphique 6 : Répartition régionale du cumul de la fonction de coordinateur DI-RHM avec d'autres fonctions.	15
Graphique 7 : Personnes à qui un rapport d'activités est fait par le coordinateur.	16
Graphique 8 : Partenaires collaborant avec le coordinateur DI-RHM.	17
Graphique 9 : Type de support de codage en fonction du type de système de codage.	21
Graphique 10 : Type de méthode de codage en fonction du support de codage.	22
Graphique 11 : Type de personnes réalisant le codage en fonction du système de codage.	23
Graphique 12 : Nombre d'E.T.P. réalisant le codage en fonction du système de codage.	24
Graphique 13 : Nombre d'E.T.P. réalisant le codage en fonction du nombre de lits.	25
Graphique 14 : Moment du codage en fonction du système de codage.	26
Graphique 15 : Répartition régionale du type de logiciel de codage.	27
Graphique 16 : Type de support d'enregistrement en fonction du type de système d'enregistrement.	28
Graphique 17 : Type de méthode d'enregistrement en fonction du type de support d'enregistrement.	29
Graphique 18 : Type de personnes réalisant l'enregistrement en fonction du système d'enregistrement.	30
Graphique 19 : Nombre D'ETP réalisant l'enregistrement en fonction du système d'enregistrement.	31
Graphique 20 : Nombre D'E.T.P. réalisant l'enregistrement en fonction du nombre de lits.	32
Graphique 21 : Moment de l'enregistrement en fonction du système d'enregistrement.	33
Graphique 22 : Répartition régionale du type de logiciel d'enregistrement.	34
Graphique 23 : Type de support de codage des données périodiques de personnel en fonction du système de codage.	40
Graphique 24 : Type de méthode de codage des données périodiques de personnel en fonction du support de codage.	41
Graphique 25 : Personnes réalisant le codage des données périodiques de personnel tout système de codage confondu.	42
Graphique 26 : Répartition régionale du type de logiciel de codage des données périodiques de personnel.	43
Graphique 27 : Type de support de codage des données journalières en fonction du système de codage.	44
Graphique 28 : Type de méthode de codage des données journalières de personnel en fonction du support de codage.	45
Graphique 29 : Personnes réalisant le codage des données journalières de personnel tout système de codage confondu.	46
Graphique 30 : Répartition régionale du type de logiciel de codage des données journalières de personnel.	47
Graphique 31 : Type de support d'enregistrement des données périodiques de personnel en fonction du système d'enregistrement.	48
Graphique 32 : Type de méthode d'enregistrement des données périodiques de personnel en fonction du support d'enregistrement.	49

Graphique 33 : Personnes réalisant l'enregistrement des données périodiques de personnel tout système confondu.	50
Graphique 34 : Répartition régionale du type de logiciel d'enregistrement des données périodiques de personnel.	51
Graphique 35 : Type de support d'enregistrement des données journalières de personnel en fonction du système d'enregistrement.	52
Graphique 36 : Type de méthode d'enregistrement des données journalières de personnel en fonction du support d'enregistrement.	53
Graphique 37 : Personnes réalisant l'enregistrement des données journalières de personnel tout système confondu.	54
Graphique 38 : Répartition régionale du type de logiciel d'enregistrement des données journalières de personnel.	55
Graphique 39 : Répartition régionale du type de volet infirmier du dossier patient.	56
Graphique 40 : Répartition régionale du type de logiciel utilisé comme support du volet infirmier du dossier patient.	57
Graphique 41 : Répartition régionale de l'orientation du volet infirmier du dossier patient.	59
Graphique 42 : Répartition du type de volet infirmier du dossier patient en fonction de son orientation.	60
Graphique 43 : Répartition de la réalisation d'une formation à l'utilisation du volet infirmier du dossier patient en fonction de l'existence d'un manuel d'utilisation de ce volet.	61
Graphique 44 : Répartition de la durée de formation au volet infirmier du dossier patient par infirmier formé.	62
Graphique 45 : Répartition du type de personnes formées au DI-RHM en fonction du système de codage.	68
Graphique 46 : Répartition du type de personnes isolées formées au DI-RHM en fonction du système de codage.	69
Graphique 47 : Répartition du type de groupes de personnes formées au DI-RHM en fonction du système de codage.	70
Graphique 48 : Répartition de la durée de formation au DI-RHM par infirmier formé.	71
Graphique 49 : Répartition du type de formateur au DI-RHM.	72
Graphique 50 : Répartition régionale de la réalisation d'audit interne de la qualité du dossier infirmier.	75
Graphique 51 : Répartition régionale de la réalisation d'audit interne de la qualité du codage DI-RHM.	76
Graphique 52 : Répartition régionale de la réalisation d'audit interne de la qualité de l'enregistrement des données.	77
Graphique 53 : Répartition régionale de l'utilisation d'autres applications internes.	78
Graphique 54 : Répartition régionale du recours au Benchmarking.	81
Graphique 55 : Lieu d'archivage.	83
Graphique 56 : Type d'archivage en lien avec le lieu d'archivage.	84
Graphique 57 : Connaissance de la présence d'un manuel.	85
Graphique 58 : Présence d'un manuel d'archivage.	86
Graphique 59 : Répartition des hôpitaux audités en fonction de leur caractère.	100
Graphique 60 : Répartition des hôpitaux audités par région en fonction du nombre de lits.	100
Graphique 61 : Répartition des hôpitaux audités en fonction de leur nombre de campus et par région.	101

Table des tableaux.

Tableau 1 : Répartition des questions envoyées via info.rhmzg en fonction de leur statut F.A.Q. et du délai de réponse maximal.	35
Tableau 2 : Répartition régionale des différentes applications internes utilisées.	78

Liste des abréviations.

Afin de faciliter la lecture et sans volonté de préjudice, le masculin sera employé pour la dénomination des praticiens de l'art infirmier.

APR. PER. : Après la période d'enregistrement.
A.R. : Arrêté Royal.
B.M.F. : Budget des Moyens Financiers.
Cod. : Codeur.
Coord. : Coordinateur DI-RHM.
D.D.I. : Direction du Département Infirmier.
DEP. PAT. : Départ du patient.
D.I.I. : Dossier infirmier informatisé.
Dir. Gén. : Directeur général.
Dir. Nurs. : Directeur du département infirmier.
E.T.P. : Equivalent temps plein.
F.A.Q. : Foire Aux Questions.
FIN. : Service Financier.
FIN PER. : Fin de période d'enregistrement.
I.C.S. : Infirmier Chef de Service.
I.C.U. : Infirmier en chef d'unité.
Inf. : Infirmier d'unité.
Inform. : Informaticien.
I.T. : Information Technology ou Service informatique.
MIX. : Mixte.
Réf. Mob. : Infirmier de référence DI-RHM au sein d'une équipe mobile.
Réf. Serv. : Infirmier de référence DI-RHM au sein des unités.
Resp. Qual. : Responsable de la qualité.
R.H. : Ressource Humaine.
S.P.F. : Service Public Fédéral.
U.S. : Unité de soins.

Avant-propos et contexte des audits exploratoires.

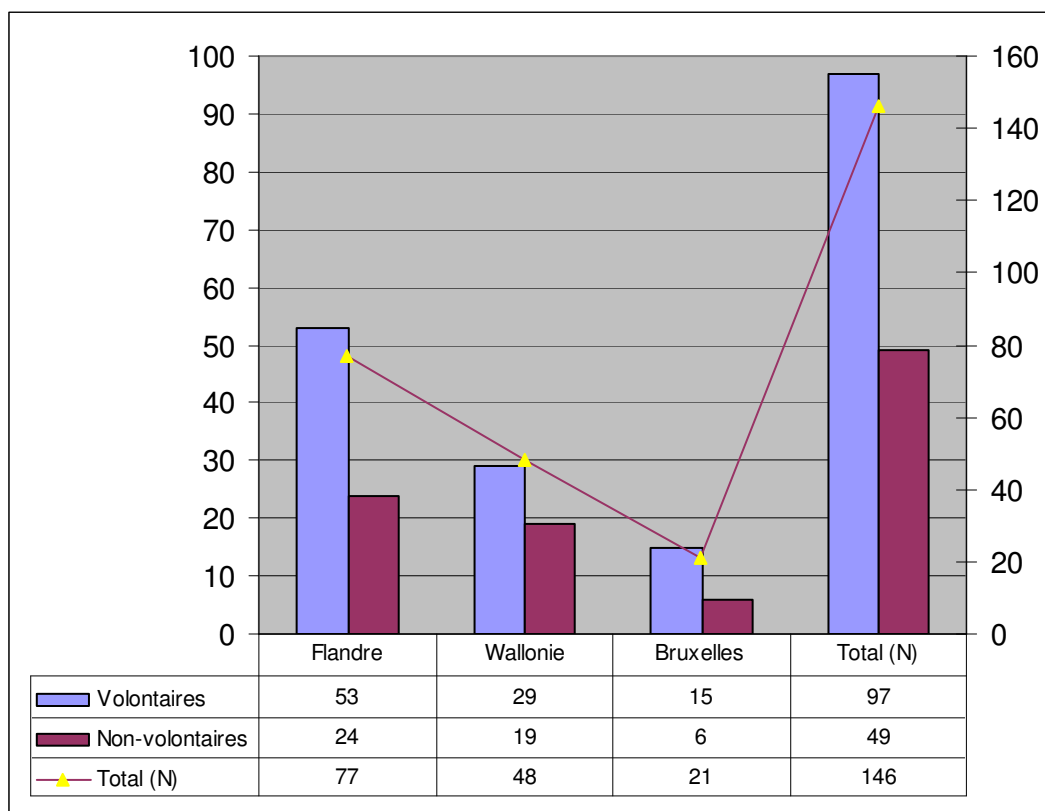
Un appel a été lancé en 2008, par le SPF, à l'ensemble des hôpitaux afin de leur demander s'ils étaient intéressés par un audit exploratoire DI-RHM.

Un peu plus de soixante-six pour cent des hôpitaux se sont portés volontaires (97/146) et ont été audités prioritairement. Par la suite et afin de finaliser la démarche, la cellule « Audit infirmier » a repris contact avec les hôpitaux restants et leur a proposé de réaliser aussi un audit exploratoire. Tous ont accepté.

L'ensemble des hôpitaux a ainsi eu l'opportunité de recevoir la visite d'un auditeur infirmier du SPF.

Finalement, en raison notamment des fusions et défusions opérées sur cette période, le nombre total d'hôpitaux à auditer s'est réduit à 129 au lieu de 146. Durant ces deux années d'audits exploratoires, ce sont donc **129 hôpitaux qui ont pu bénéficier d'un audit exploratoire** dans le cadre de l'implantation du DI-RHM. Ce rapport intègre les constatations faites sur 125 hôpitaux.

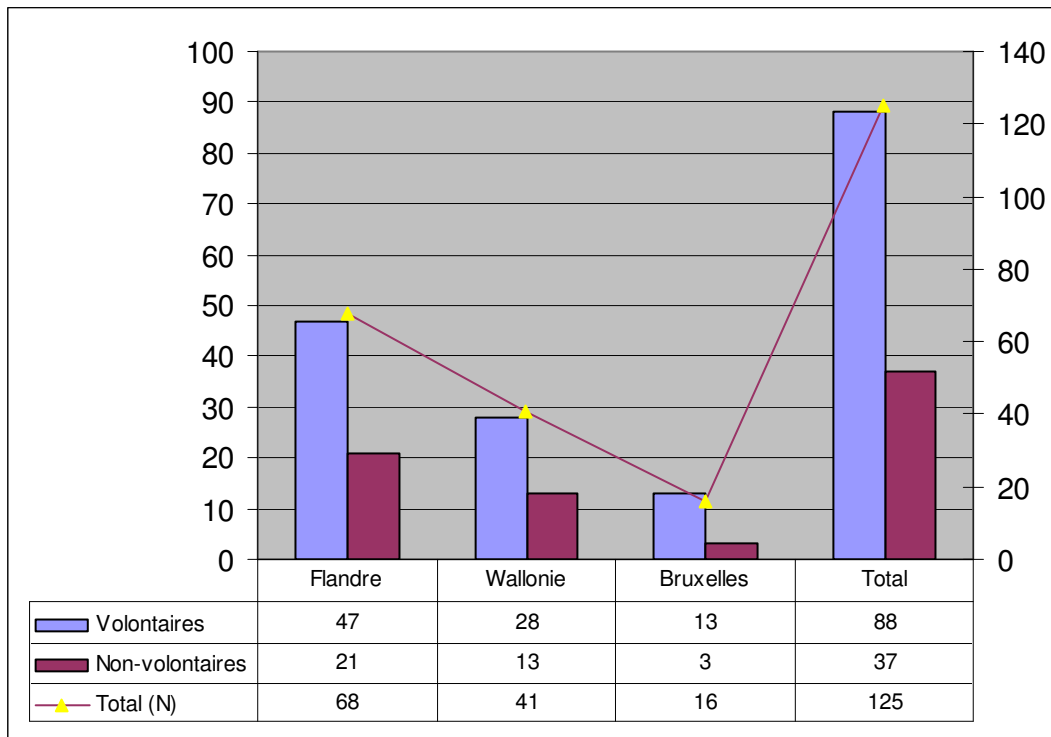
Le graphique 1 montre la répartition des hôpitaux volontaires et non-volontaires dans les trois régions du pays.



Graphique 1 : Répartition régionale des hôpitaux belges selon leur caractère volontaire pour un audit exploratoire.

Le taux d'hôpitaux volontaires par région est réparti comme suit : 68,83% en Flandre (53/77), 60,42 % en Wallonie (29/48), et 71,43% à Bruxelles (15/21), ce qui a été considéré comme très positif par le SPF.

Le graphique 2 montre la répartition régionale des hôpitaux audités selon leur caractère volontaire pour un audit exploratoire.

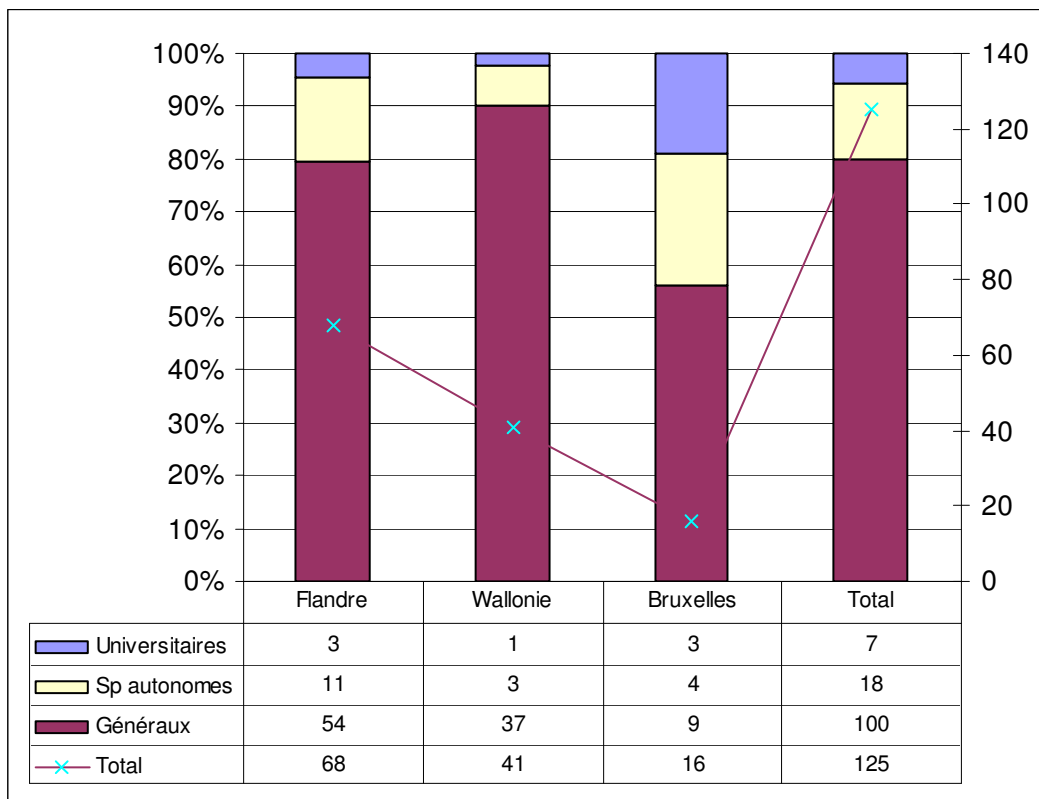


Graphique 2 : Répartition régionale des hôpitaux audités selon leur caractère volontaire pour un audit exploratoire.

Parmi les 125 hôpitaux audités, 70,40% (88/125) étaient volontaires pour 29,6% (37/125) qui ne l'étaient pas.

On constate aussi que le nombre d'hôpitaux audités est le plus important en Flandre (54,4% soit 68/125) et le moins important à Bruxelles (12,8% soit 16/125), ceci reflétant les différences régionales du nombre d'hôpitaux existants.

Le graphique 3 montre la répartition régionale des hôpitaux audités en fonction de leur type.



Graphique 3 : Répartition régionale des hôpitaux audités en fonction de leur type.

On peut constater que tous les types d'hôpitaux ont été audités quelque soit leur finalité.

Le groupe des hôpitaux généraux représente le plus grand nombre avec 79,2% (100/125) suivi par les SP autonomes avec 14,4% (18/125) et les hôpitaux universitaires avec 6,4% (7/125).

Dans la suite du document, des résultats chiffrés de ces audits exploratoires seront présentés dans la partie **constatations** sous forme de tableaux et graphiques accompagnés de commentaires objectifs.

Les **recommandations** qui suivent ces constatations, sont basées d'une part sur des références législatives, qui constituent des obligations formelles, et d'autre part sur des « règles de bonnes pratiques » élaborées par le SPF à partir de l'expertise d'audit qu'il a constituée au fil du temps ; ces « règles de bonnes pratiques » représentent des conseils à appliquer de manière adaptée dans le cadre spécifique de chaque institution.

L'ensemble du processus d'enregistrement et ses pré-requis repose sur des **bases légales** que tous les intervenants hospitaliers doivent connaître dans le cadre de l'exercice de leur fonction.

Un rappel de l'ensemble de ces **bases légales**: audit, enregistrement de données, rédaction du dossier infirmier, responsabilités professionnelles, ... se trouve en annexe 1.

1. Le service d'enregistrement RHM.

1.1. Constatations.

Durant les audits exploratoires, il a été constaté que, *malgré que le RHM constitue un enregistrement unique*, la plupart des hôpitaux n'ont pas encore mis en place une structure administrative et fonctionnelle responsable de l'ensemble du processus de récolte, contrôle et envoi des données au SPF.

1.2. Recommandations.

La constitution d'un **service d'enregistrement RHM** devrait être envisagée à terme dans toutes les institutions.

Le nouvel enregistrement RHM constitue « un tout » qui, pour être performant, nécessite une coordination efficace des différents domaines d'enregistrement : données de structure, données de personnel, données administratives, données infirmières, données médicales.

Cette coordination est sous la responsabilité du « **responsable RHM** » qui assure le lien entre l'enregistrement des données des différents domaines et garantit leur cohérence et leur qualité (A.R. du 27 avril 2007, article 7). Il est également le relais de l'ensemble du processus vers la direction générale de l'établissement.

L'extension de ce service à des missions d'analyse des données et d'utilisation de ces données à des fins de gestion devrait également être envisagée à terme.

Par ailleurs, les missions de ce service pourraient s'étendre, dans l'avenir, à toutes les données enregistrées par l'hôpital.

2. La répartition des responsabilités pour l'enregistrement DI-RHM et de personnel.

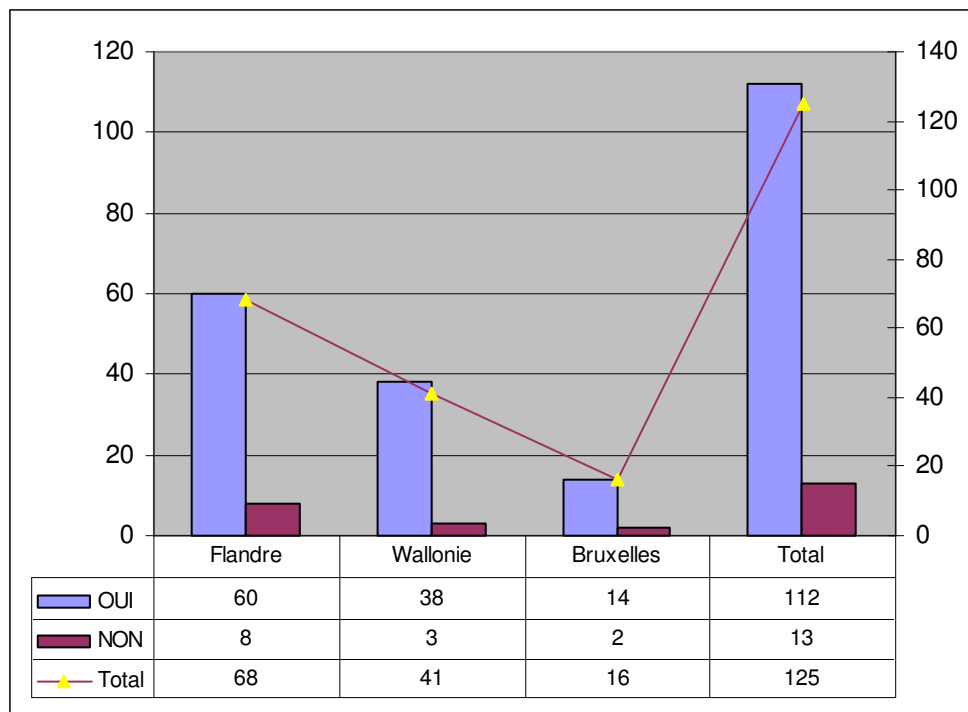
2.1. Constatations.

Il est apparu au cours des audits exploratoires que les responsabilités pour l'enregistrement des items DI-RHM et du personnel n'étaient pas toujours clairement définies et assumées. De plus, des problèmes de coordination entre les différents intervenants semblaient souvent poser problème pour la réalisation correcte de l'ensemble du processus.

Chaque hôpital a sa propre organisation qui diffère de celle de son voisin.

Les graphiques suivants vont analyser la fonction du coordinateur DI-RHM.

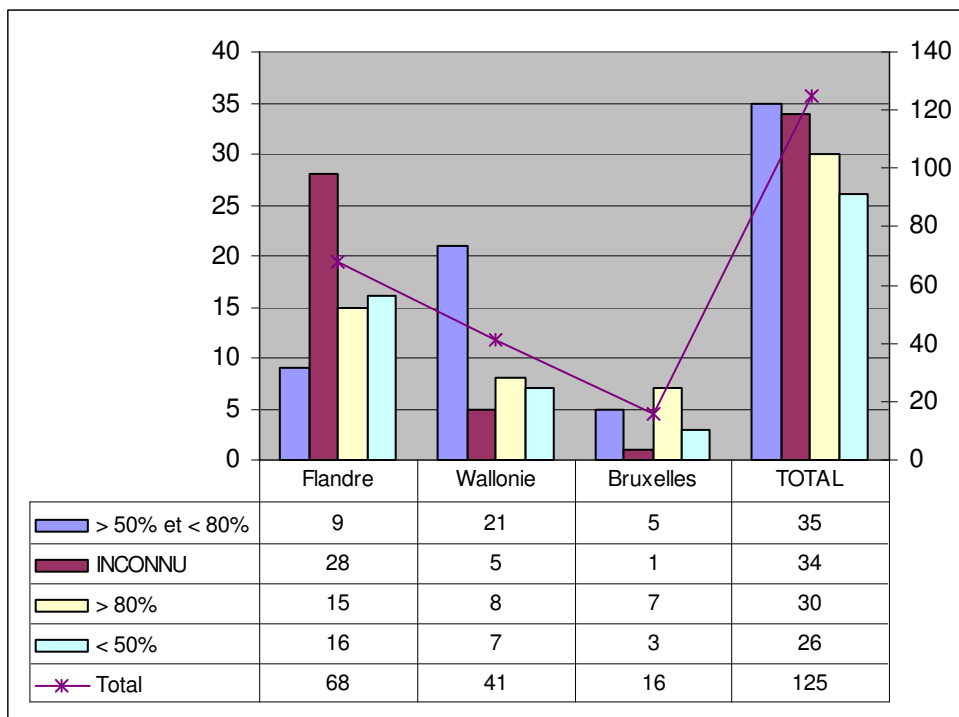
2.1.1. Existence d'une description de fonction de la coordination DI-RHM.



Graphique 4 : Existence d'une description de fonction en fonction des régions.

Dans l'ensemble, 89,6% (112/125) des coordinateurs DI-RHM bénéficient d'une description de fonction.

2.1.2. Temps de travail affecté à la coordination DI-RHM.



Graphique 5 : Répartition régionale du temps de travail affecté à la coordination DI-RHM.

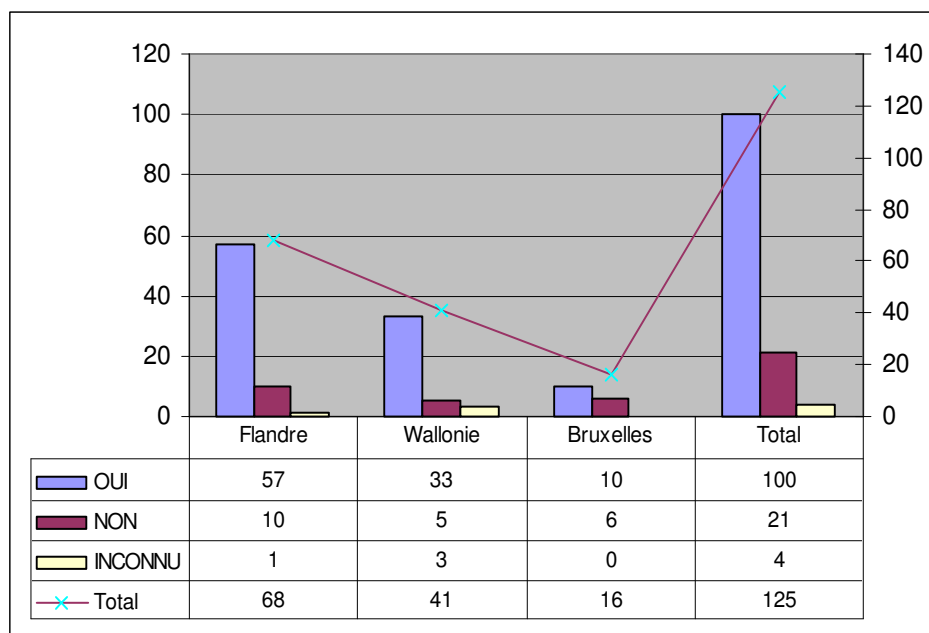
De manière générale, la répartition du temps de travail consacré à la fonction se fait en quatre groupes plus ou moins homogènes. Des différences peuvent être observées en fonction de la région.

Dans 27,2% des hôpitaux audités (34/125), nous ne disposons pas d'information sur le temps de travail du coordinateur.

Par ailleurs, parmi ceux nous avons obtenu cette information, 32,97% (30/91) ont un temps de travail supérieur à 0,8 E.T.P. 38,46% des coordinateurs ont un temps de travail se situant entre 0,5 et 0,8 E.T.P.

Enfin, 28,57% des coordinateurs (26/91) ont un temps de travail inférieur à 0,5 E.T.P.

2.1.3. Cumul de la fonction avec d'autres fonctions.



Graphique 6 : Répartition régionale du cumul de la fonction de coordinateur DI-RHM avec d'autres fonctions.

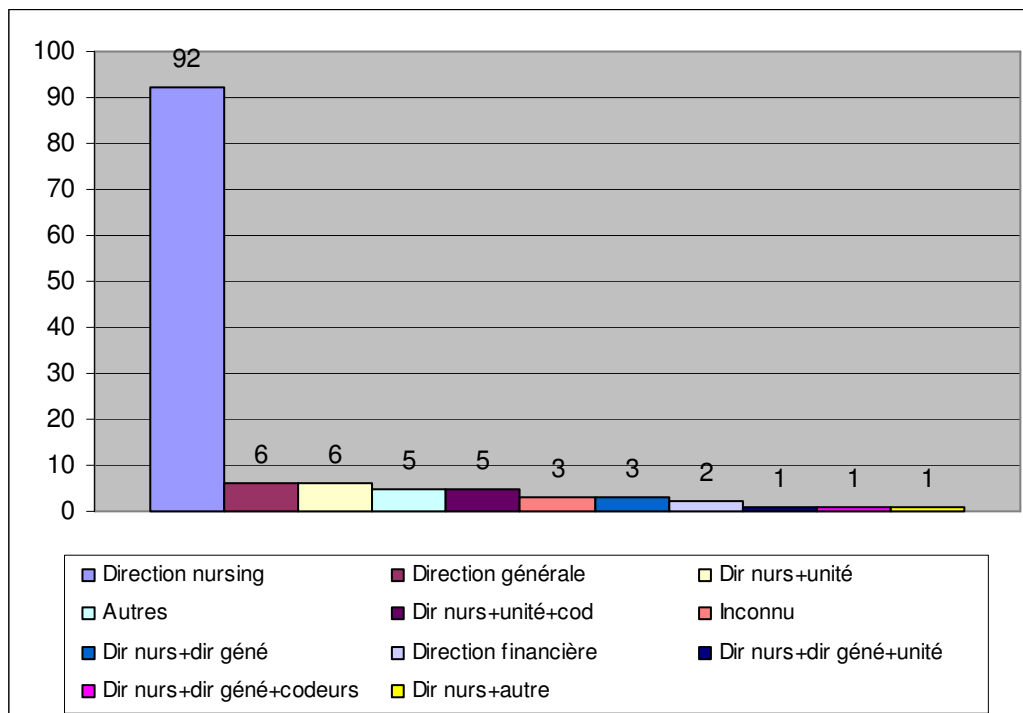
Globalement, 80% (100/125) des coordinateurs DI-RHM cumulent cette fonction avec d'autres fonctions.

La répartition régionale montre certaines différences 82,82% (57/68) en Flandre, 80,49% (33/41) en Wallonie et 62,5% (10/16) à Bruxelles.

2.1.4. Réalisation d'un rapport d'activité de la coordination DI-RHM.

Selon le graphique 7, dans 73,6% des cas (92/125), le coordinateur DI-RHM fait son rapport d'activités exclusivement au Directeur du Département infirmier.

La direction générale, seule ou associée à la direction du département infirmier (8,8% soit 11/125) et la direction financière (1,6% soit 2/125) semblent moins impliquées dans le processus.

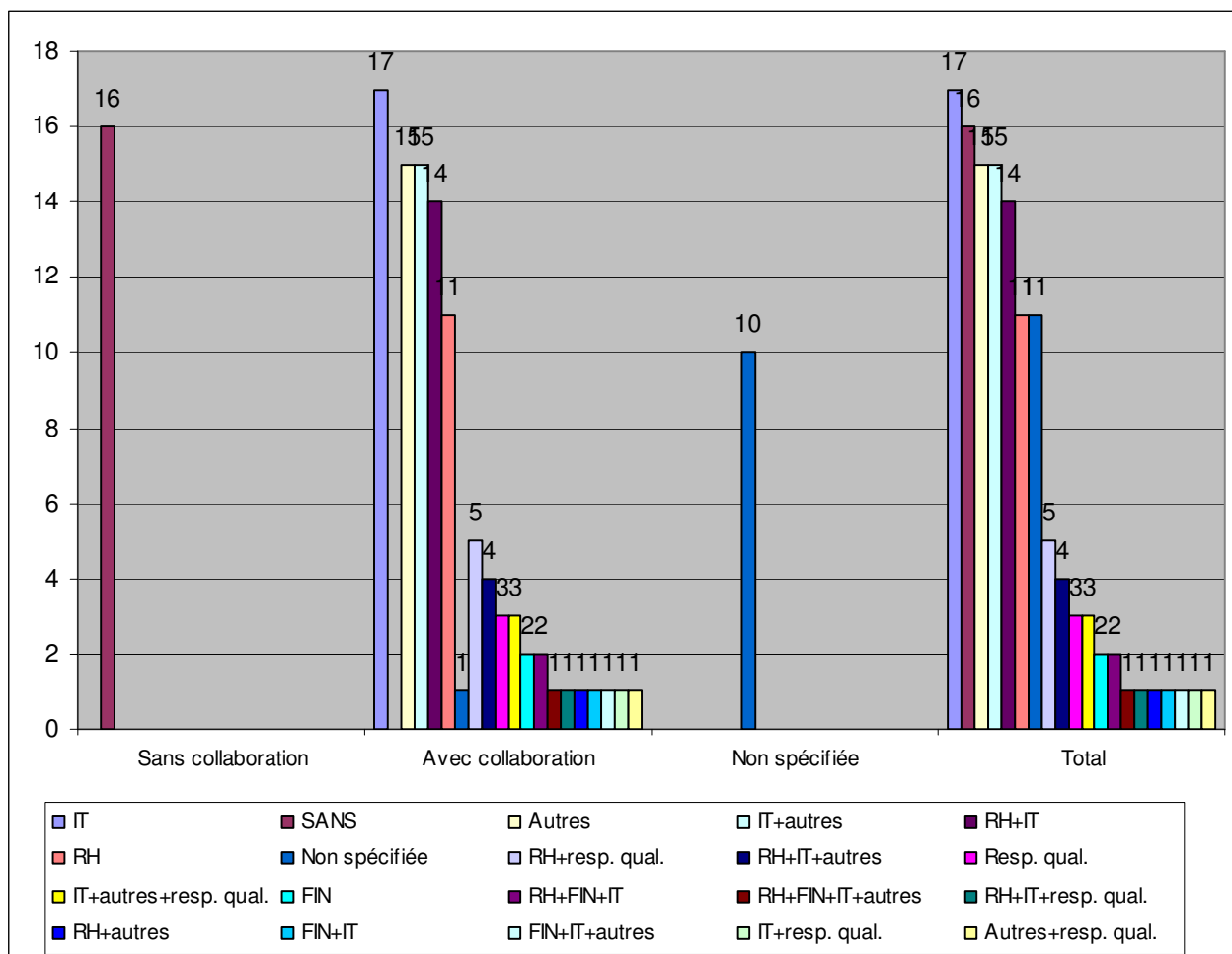


Graphique 7 : Personnes à qui un rapport d'activités est fait par le coordinateur.

2.1.5. Partenariat de la fonction de coordinateur DI-RHM.

Le graphique 8 montre que le coordinateur DI-RHM collabore principalement avec le service I.T. et le service des ressources humaines, d'une part individuellement pour respectivement 13,6% (17/125) et 8,8% (11/125).

D'autre part la collaboration est généralement faite en association avec ces deux services ou avec d'autres soit ces deux services associés l'un à l'autre ou avec d'autres instances (39,2% soit 49/125 hôpitaux).



Graphique 8 : Partenaires collaborant avec le coordinateur DI-RHM.

2.2. Recommandations.

La responsabilité finale de l'enregistrement DI-RHM est dévolue au **Directeur du Département Infirmier** (A.R. du 27 avril 2007, article 6).

Celui-ci délègue en tout ou en partie cette responsabilité sur différents membres de son département.

Il est important que la coordination et le contrôle de l'enregistrement reste sous la supervision directe du Directeur de Département Infirmier et des **Infirmiers Chefs de Service**, ils sont les promoteurs du projet et en assurent la continuité.

Ceux-ci devraient en permanence suivre l'évolution de cet enregistrement dans les unités de soins et en utiliser les résultats à des fins de gestion, tant de la qualité des soins que des effectifs (A.R. du 14 décembre 2006 concernant la fonction d'infirmier chef de service).

L'implication réelle de tous les cadres du département infirmier et leurs compétences en gestion de projet et du changement semblent être déterminantes quant à la réussite de ce projet.

Il est fondamental que le projet et tous les efforts d'adaptation qu'il entraîne soient axés sur l'amélioration de la qualité du raisonnement clinique et la qualité de rédaction du dossier infirmier et non sur une stimulation à noter des soins infirmiers non réalisés et/ou non justifiés.

La coordination du travail opérationnel de codage, enregistrement et contrôle des données doit être confiée à un « **coordonateur DI-RHM** » qui travaillera, selon le mode d'organisation choisi, en collaboration avec une équipe de codage et d'enregistrement centralisée ou non, ou dans le cas d'un dossier informatisé avec les personnes de référence en cette matière.

Il est nécessaire de rédiger une description de fonction précise de ce poste afin de permettre aux personnes qui l'occupent de faire un travail efficace sur le terrain et d'avoir une interaction en synergie avec les cadres du département infirmier et les membres des autres directions de l'institution : ICT, RH, finances,

Il est important que cette fonction dispose de suffisamment de temps pour exercer sa mission. Il convient de veiller particulièrement à une attribution fixe d'un temps de travail clairement défini, et ce quelque soit la taille de l'hôpital, afin que la personne qui l'occupe puisse maîtriser l'ensemble du processus d'enregistrement et que sa position hiérarchique lui permette d'être un interlocuteur reconnu et écouté dans l'institution.

Un modèle de description de fonction est proposé en annexe 2 du rapport.

Le rôle des **Infirmiers Chefs d'Unité** est capital pour garantir la qualité de rédaction du dossier infirmier, base de l'enregistrement. Cette dimension de la fonction d'I.C.U. doit être développée et évaluée régulièrement au sein du département infirmier (A.R. du 13 juillet 2006 concernant la fonction d'infirmier en chef).

Chaque **infirmier** est responsable de rédiger le dossier infirmier conformément à la législation en vigueur et aux « règles de bonne pratique ». Il doit être formé et évalué sur cet aspect spécifique de son activité.

La problématique du « temps pour l'écriture » doit être envisagée de manière proactive au sein du département infirmier.

Une réflexion de fond sur l'utilisation du temps infirmier dans les unités de soins, basée sur une analyse de gestion du temps et, si nécessaire, une réorganisation de certaines activités, doit avoir lieu et doit permettre de repenser les priorités du travail infirmier.

A titre d'information, il est intéressant de consulter certains résultats de l'étude WIN¹ qui mettent en évidence que seulement 2,57% du temps infirmier est consacré à la rédaction du dossier infirmier, alors que 16,47% de ce temps est consacré à de la communication orale et 8,22% à du temps personnel.

Il est souhaitable que la culture et la méthodologie de « l'écriture professionnelle » soient développées par les cadres au sein des départements infirmiers et que des changements de comportement soient valorisés.

L'enregistrement du personnel devrait être confié principalement au **service du personnel** qui gère les dossiers du personnel et assure la paie.

Ceci soulagerait le département infirmier et lui permettrait d'investir plus de temps à la qualité de l'enregistrement des items.

Par ailleurs, il convient que le département infirmier dispose d'outils de gestion de personnel, informatiques notamment, de manière à faciliter cette gestion au quotidien.

Il est capital que ces différentes responsabilités soient clairement établies et évaluées au sein de l'institution pour favoriser un fonctionnement optimal de la structure d'enregistrement.

¹ <http://www.ebnursing.ugent.be/win/downloads/Eindrapport%20WiN-project%202007.pdf>

3. Le codage et l'enregistrement des données DI-RHM.

3.1. Constatations.

3.1.1. Le codage des items.

Le codage du DI-RHM (donner un code DI-RHM à une activité infirmière notée dans le dossier infirmier) est une des parties les plus importantes du processus d'enregistrement des données. Dans les graphiques suivants, sont envisagés successivement différents aspects de ce processus.

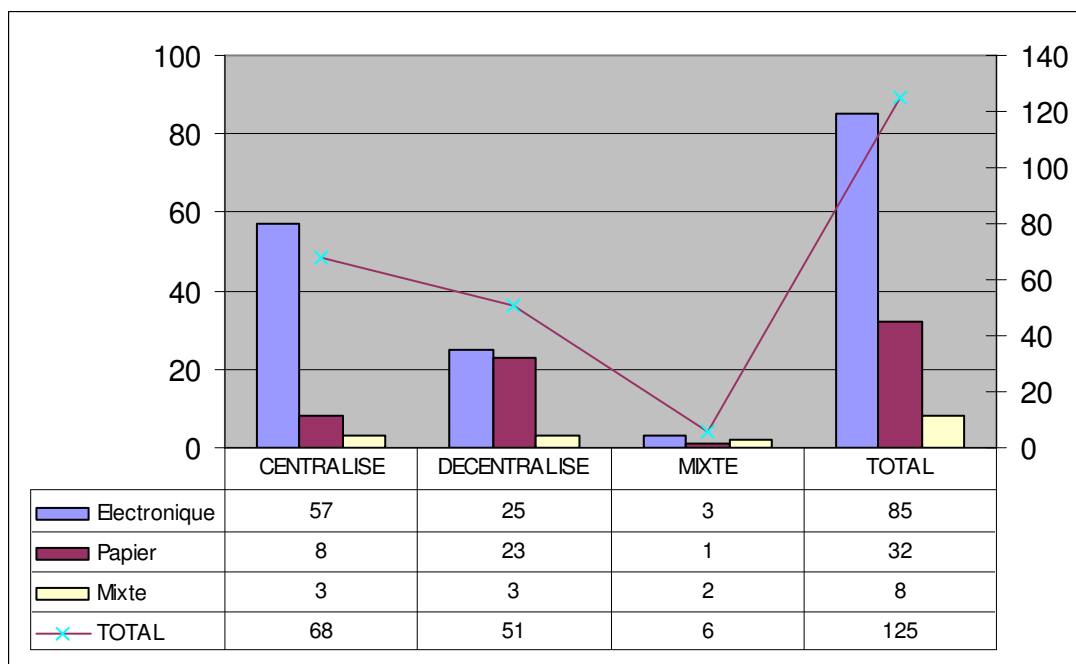
3.1.1.1. Support du codage des items.

Le graphique 9 concerne le type de **support de codage** utilisé en fonction du **système de codage** :

- *Système de codage centralisé* : codage effectué par du personnel et dans un lieu dédiés spécifiquement à cette fonction
- *Système de codage décentralisé* : codage effectué par des infirmiers durant leur temps de travail habituel dans les services
- *Système de codage mixte* : cumul des deux options précédentes

et

- *Type de support électronique* : formulaire de codage électronique
- *Type de support papier* : formulaire de codage en papier
- *Type de support mixte* : cumul des deux options précédentes



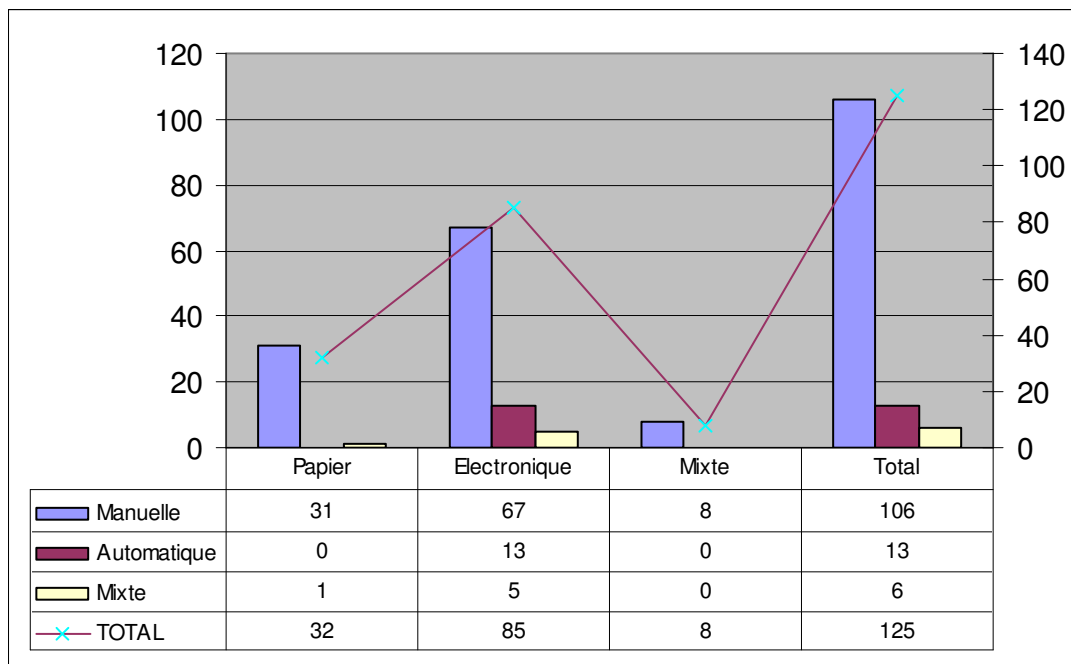
Graphique 9 : Type de support de codage en fonction du type de système de codage.

Le type de support de codage électronique domine principalement de manière générale avec 85/125 hôpitaux concernés, soit 68%. Le type de support en papier suit avec seulement 25,6% (32/125). On peut également constater que le papier est surtout utilisé en système décentralisé.

3.1.1.2. Méthode de codage des items.

Le graphique 10 concerne la **méthode de codage utilisée** en fonction du support de codage:

- *Méthode de codage automatique* : attribution d'un code via un logiciel de codage informatique
- *Méthode de codage manuelle* : attribution d'un code via une inscription manuelle sur un document de codage en papier
- *Méthode de codage mixte* : cumul des deux options précédentes

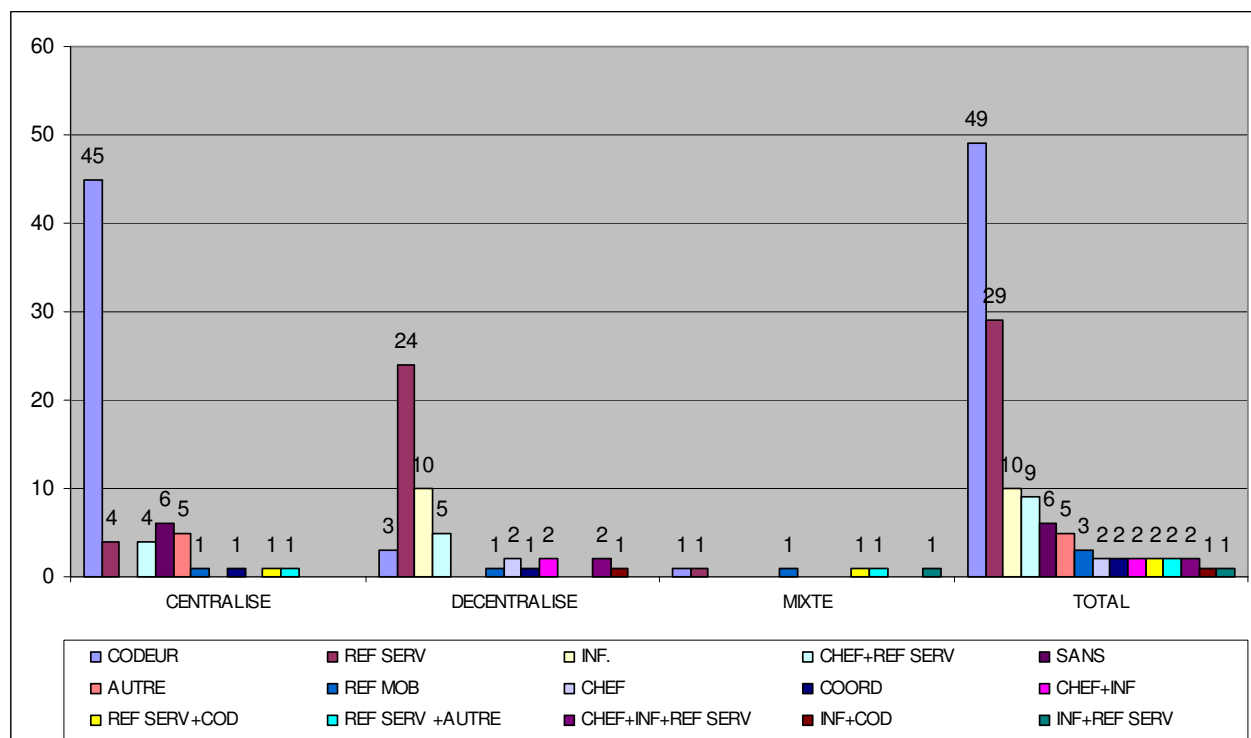


Graphique 10 : Type de méthode de codage en fonction du support de codage.

Le type de méthode de codage manuelle prime avec 106/125 hôpitaux concernés, soit 84,8%, et ceci quel que soit le type de support utilisé. Le type de méthode de codage automatique suit avec seulement 10,4% (13/125).

3.1.1.3. Types de personnes assurant le codage des items.

Le graphique 11 indique la répartition des différentes personnes assurant le codage dans les institutions.



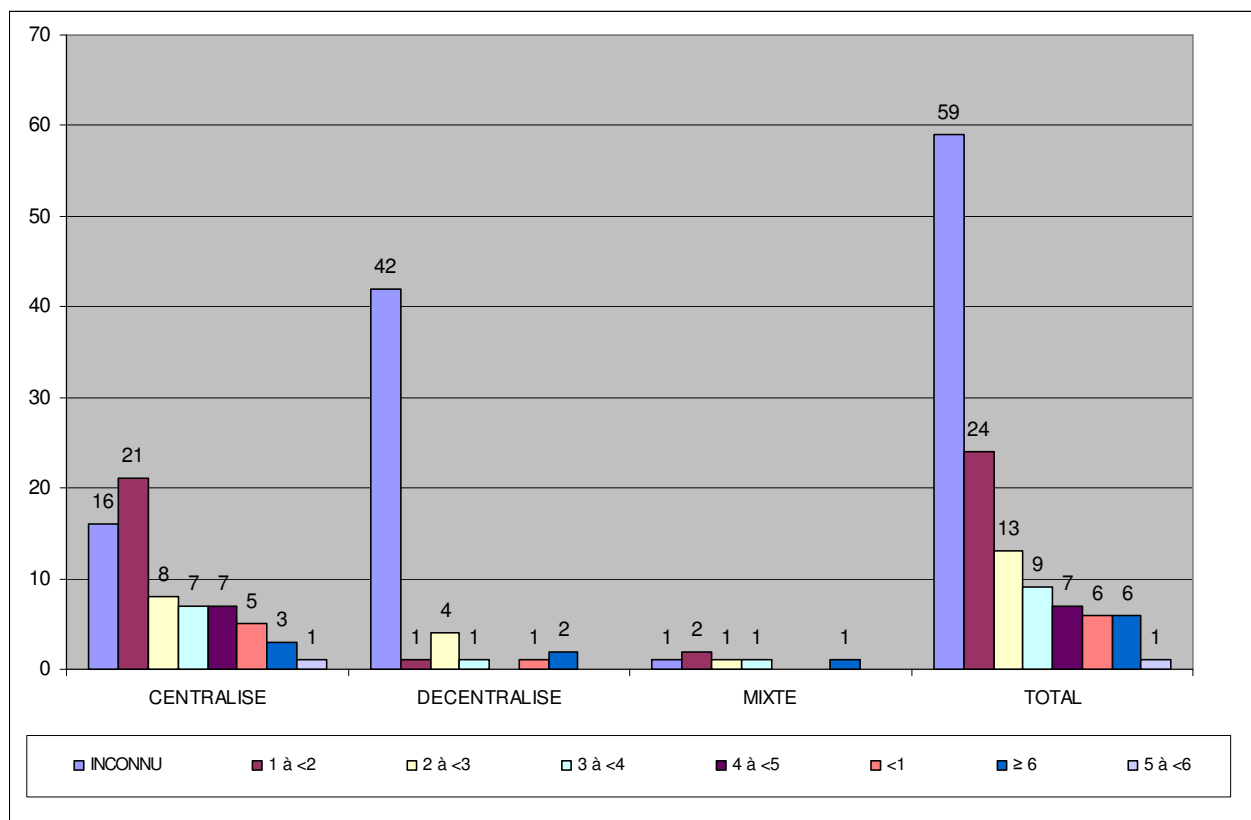
Graphique 11 : Type de personnes réalisant le codage en fonction du système de codage.

Au total, on constate que dans 39,2% des cas (49/125), ce sont des codeurs qui assurent cette mission. Suivent ensuite les infirmiers de référence de service (23,2% soit 29/125) et les infirmiers du service (8% soit 10/125).

Si l'on observe plus précisément les deux principaux systèmes de codage, on constate que dans le système centralisé, ce sont principalement des codeurs (66,18% soit 45/68) qui assurent la mission tandis qu'en système décentralisé, ce sont principalement des infirmiers de référence de service (47,06% soit 24/51).

3.1.1.4. Nombre d'E.T.P. assurant le codage des items en fonction du système de codage.

Le graphique 12 donne un aperçu du nombre d'E.T.P. en charge du codage du DI-RHM en fonction du type de système de codage mis en place dans l'institution.



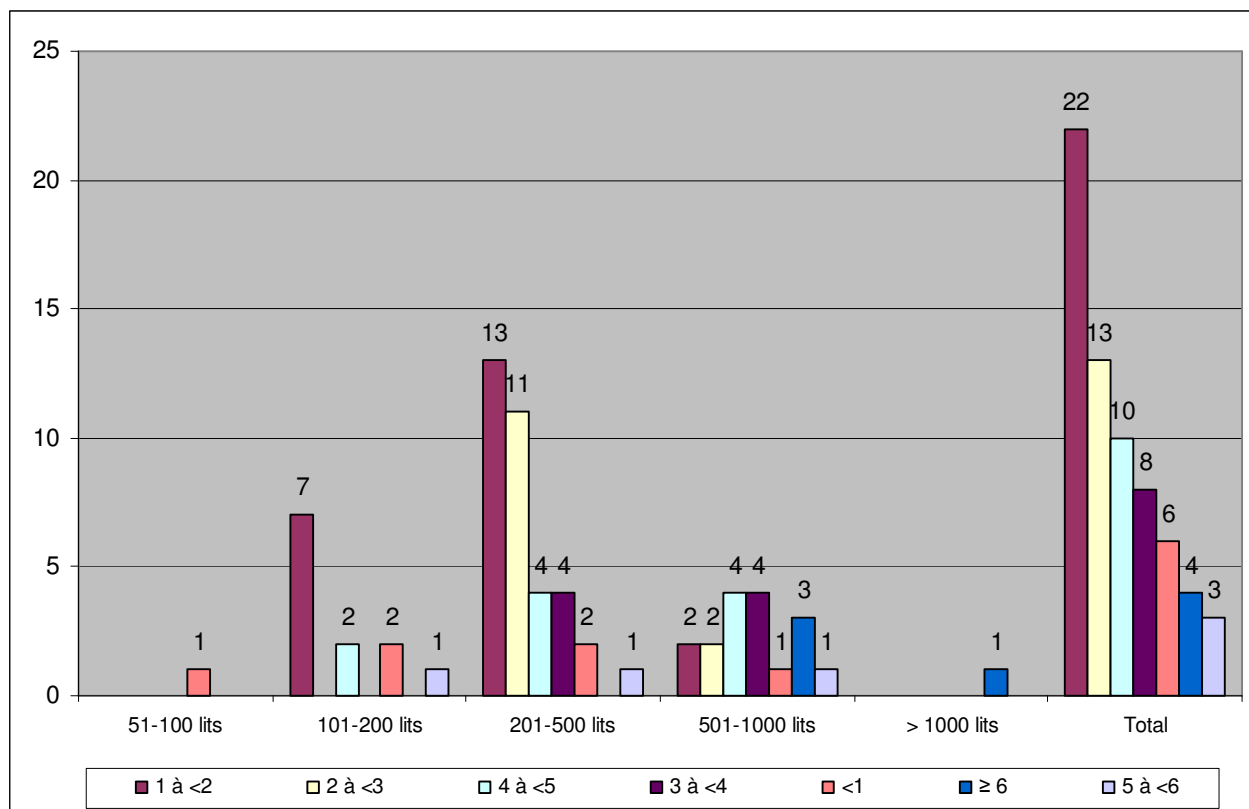
Graphique 12 : Nombre d'E.T.P. réalisant le codage en fonction du système de codage.

Si au total, dans 59/125 institutions (47,2%) le nombre d'E.T.P. en charge du codage est inconnu, on constate toutefois que ce chiffre est mieux connu en système centralisé (52/68) qu'en système décentralisé (9/51).

Le nombre d'E.T.P. engagés dans le codage varie de 1 à ≥ 6 E.T.P.

3.1.1.5. Nombre d'E.T.P. assurant le codage des items en fonction de la taille de l'hôpital.

Le graphique 13 donne la répartition du nombre d'E.T.P. engagés dans le codage en lien avec la taille des hôpitaux c'est-à-dire, le nombre de lits ; ces chiffres concernent uniquement les hôpitaux (52,8% soit 66/125) pour lesquels on dispose de cette information.



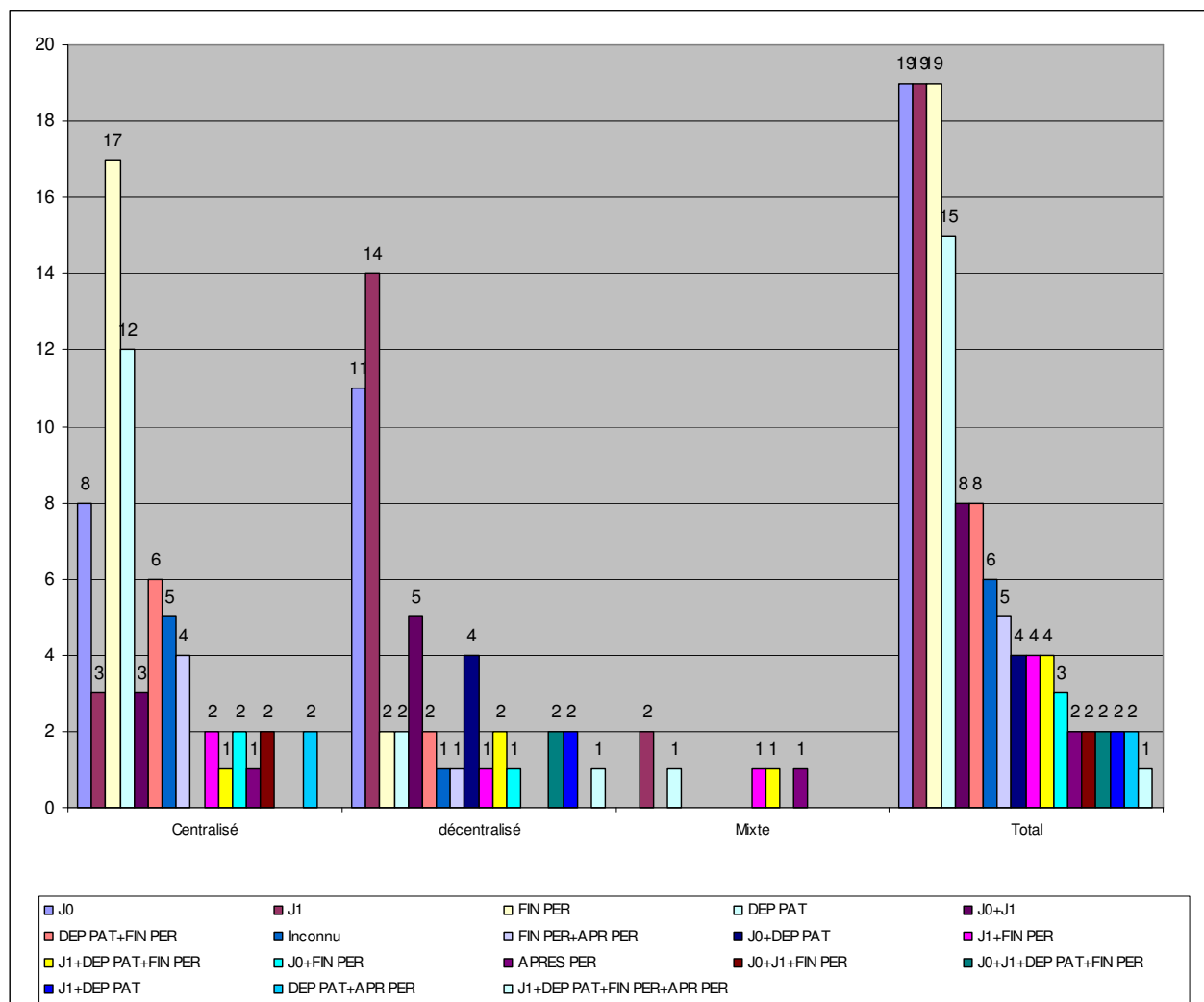
Graphique 13 : Nombre d'E.T.P. réalisant le codage en fonction du nombre de lits.

Parmi les 66 hôpitaux pour lesquels on connaît le nombre d'E.T.P. engagés dans le codage, on constate que pour 33% (22/66) il y a de 1 à <2 ETP, que pour 19,6% (13/66), il y en a de 2 à <3 et que pour 15% (10/66) il y en a de 4 à <5.

Le nombre de lits de l'hôpital ne semble pas être particulièrement déterminant dans cette répartition puisque l'on retrouve presque toutes les possibilités pour les trois catégories centrales ; sauf pour les deux extrêmes où l'on retrouve de part et d'autre 1 hôpital avec moins d'un E.T.P. et un hôpital avec ≥ 6 E.T.P.

3.1.1.6. Moment du codage des items.

Le moment du codage est analysé dans le graphique 14, en fonction du système de codage mis en place dans l'institution.



Graphique 14 : Moment du codage en fonction du système de codage.

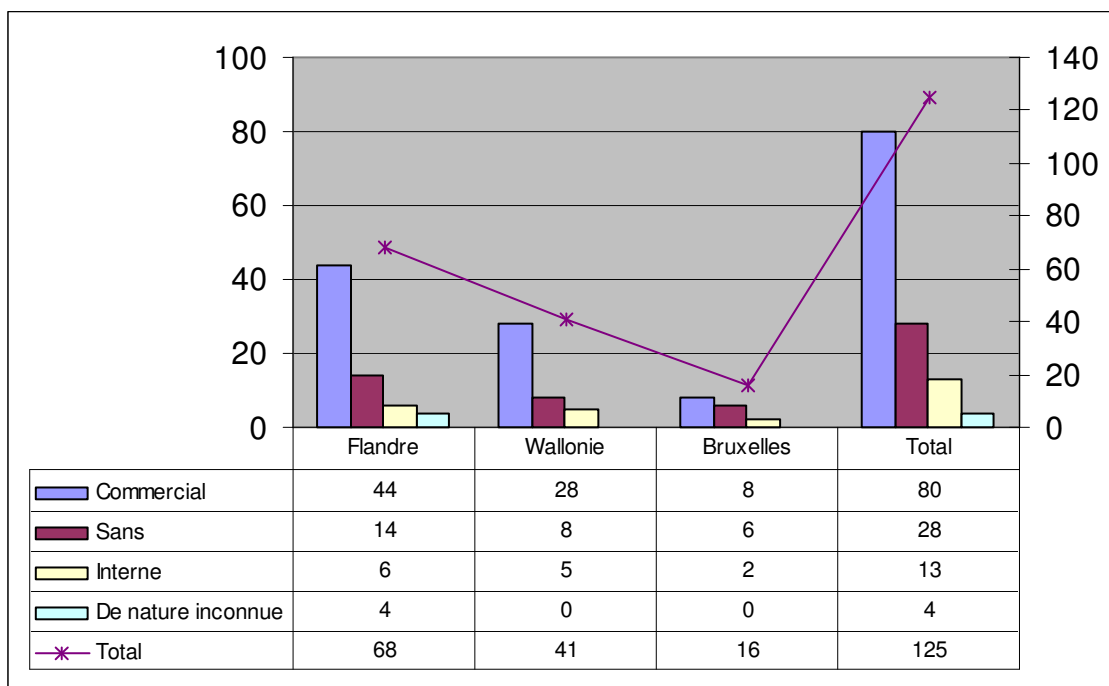
Au total, on constate que dans 45,6% des cas (57/125), le moment du codage se situe soit le jour des soins (J0), soit le lendemain (J1) soit en fin de période d'enregistrement.

Dans le système centralisé, 25% (17/68) du codage se fait en fin de période d'enregistrement et 11,76 % (12/68) au départ du patient.

Dans le système décentralisé, 27,45% (14/51) du codage se fait le lendemain des soins et 21,57% (11/51) du codage se fait le jour des soins.

3.1.1.7. Utilisation d'un logiciel pour le codage des items.

Le graphique 15 présente la répartition régionale du type de logiciel de codage utilisé.



Graphique 15 : Répartition régionale du type de logiciel de codage.

Globalement, une majorité d’hôpitaux utilise un logiciel de codage des données DI-RHM soit 77,6% (97/125) parmi lesquels, 82% ont un logiciel commercial (80/97).

La répartition régionale montre certaines variations : on constate la présence d’un logiciel commercial dans 68,29% des hôpitaux en Wallonie (28/41), dans 64,71% des hôpitaux en Flandre (44/64) et 50% des hôpitaux à Bruxelles (8/16).

3.1.2. L’enregistrement du DI-RHM.

L’enregistrement du DI-RHM (introduire un code DI-RHM dans un logiciel informatique en vue de l’enregistrement du RHM) est une étape technique indispensable du processus d’enregistrement des données, dans les tableaux suivants, nous envisagerons successivement différents aspects de ce processus.

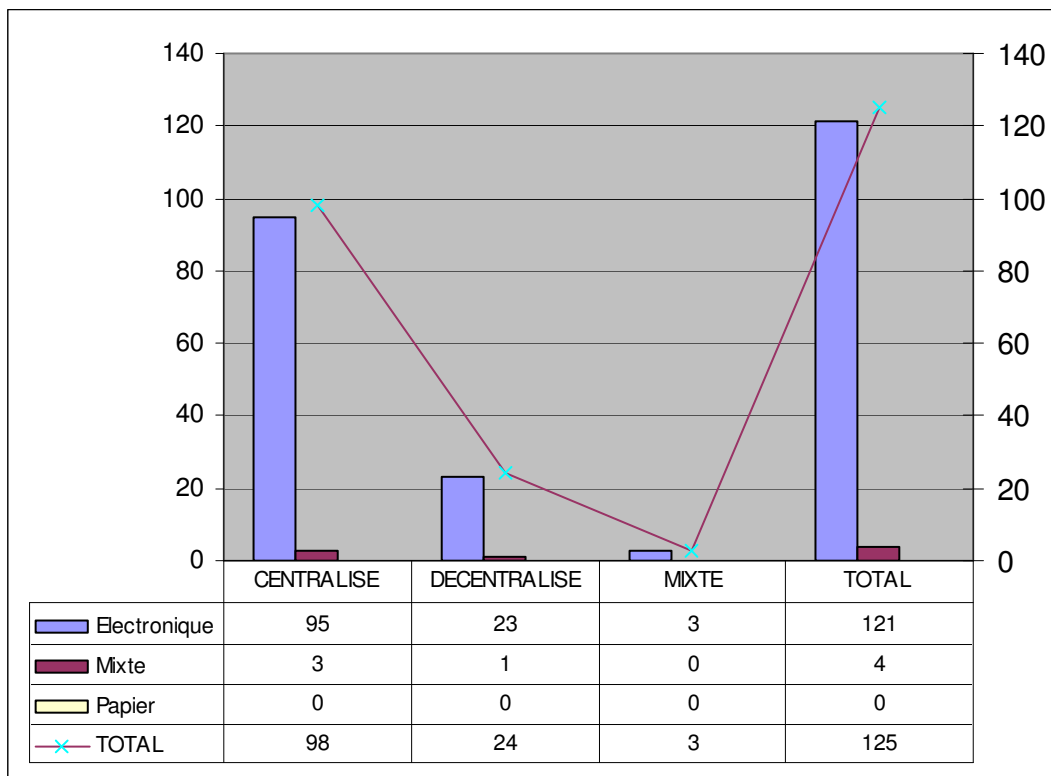
3.1.2.1. Support d'enregistrement des items.

Le graphique 16 envisage le type de **support d'enregistrement** utilisé en fonction du **système d'enregistrement** :

- *Système d'enregistrement centralisé* : enregistrement effectué par du personnel et dans un lieu dédiés spécifiquement à cette fonction
- *Système d'enregistrement décentralisé* : enregistrement effectué par des infirmiers durant leur temps de travail habituel dans les services
- *Système d'enregistrement mixte* : cumul des deux options précédentes

et

- *Type de support électronique* : formulaire d'enregistrement électronique
- *Type de support papier* : formulaire d'enregistrement en papier
- *Type de support mixte* : cumul des deux options précédentes



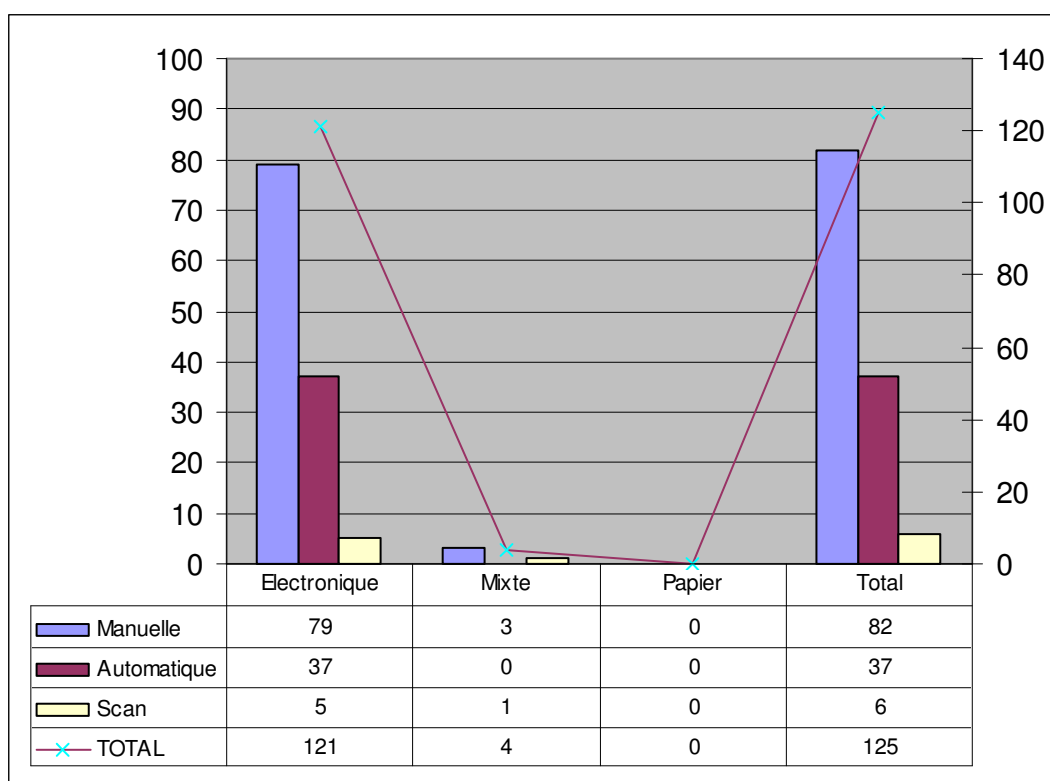
Graphique 16 : Type de support d'enregistrement en fonction du type de système d'enregistrement.

Globalement, le type de support d'enregistrement électronique domine très nettement dans tous les hôpitaux (96,8% soit 121/125), seuls 4 hôpitaux utilisent un système mixte.

3.1.2.2. Méthode d'enregistrement des items.

Le graphique 17 envisage la **méthode d'enregistrement utilisée** en fonction de support d'enregistrement:

- *Méthode d'enregistrement automatique* : enregistrement automatique d'un code via un logiciel informatique
- *Méthode d'enregistrement manuelle* : enregistrement d'un code via une introduction manuelle d'un code via un logiciel informatique
- *Méthode d'enregistrement par scan* : enregistrement automatique d'un code via le scan d'un document papier

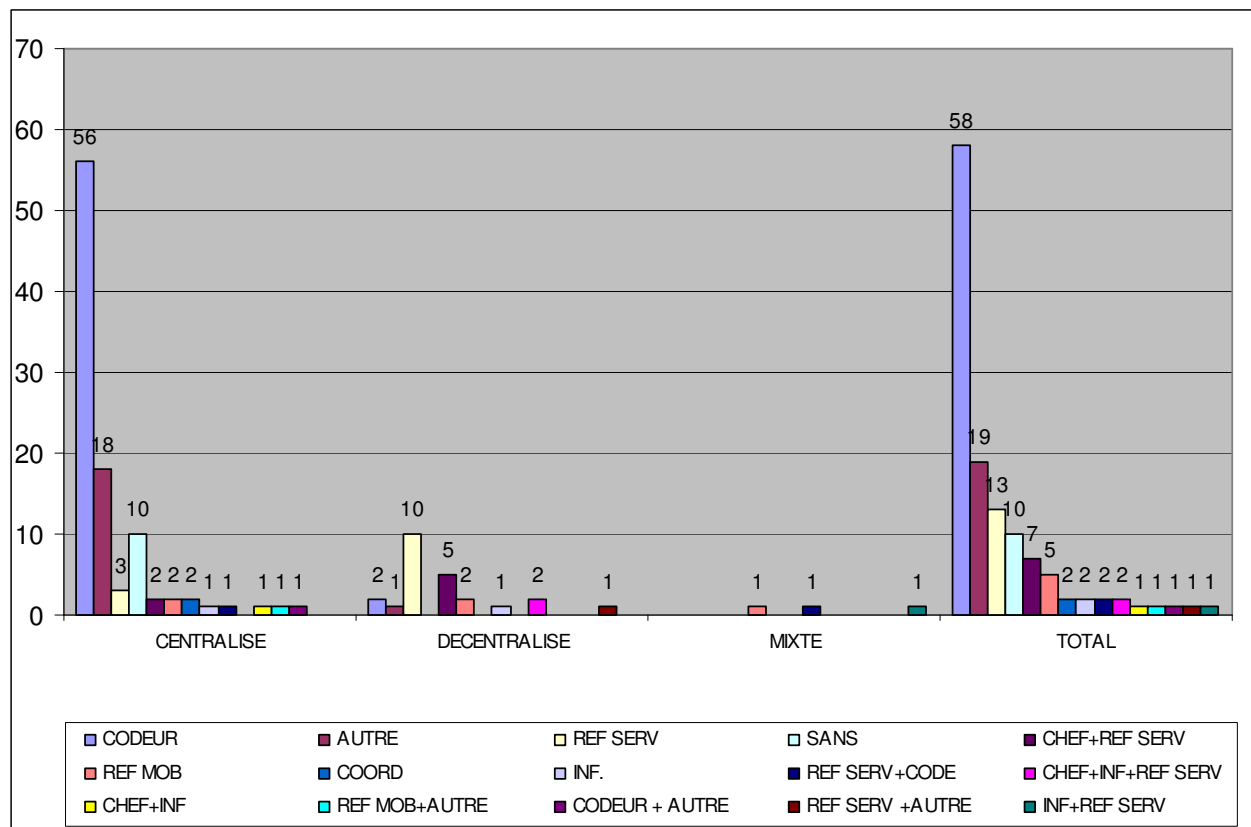


Graphique 17 : Type de méthode d'enregistrement en fonction du type de support d'enregistrement.

Le type de méthode d'enregistrement varie globalement au sein des hôpitaux : on constate que 65,6% des hôpitaux (82/125) ont choisi une méthode manuelle d'enregistrement, 29,6% une méthode automatique (37/125) et 4,8% la méthode par scan (6/125).

3.1.2.3. Types de personnes assurant l'enregistrement des items.

Le graphique 18 indique la répartition des différentes personnes assurant l'enregistrement dans les institutions.



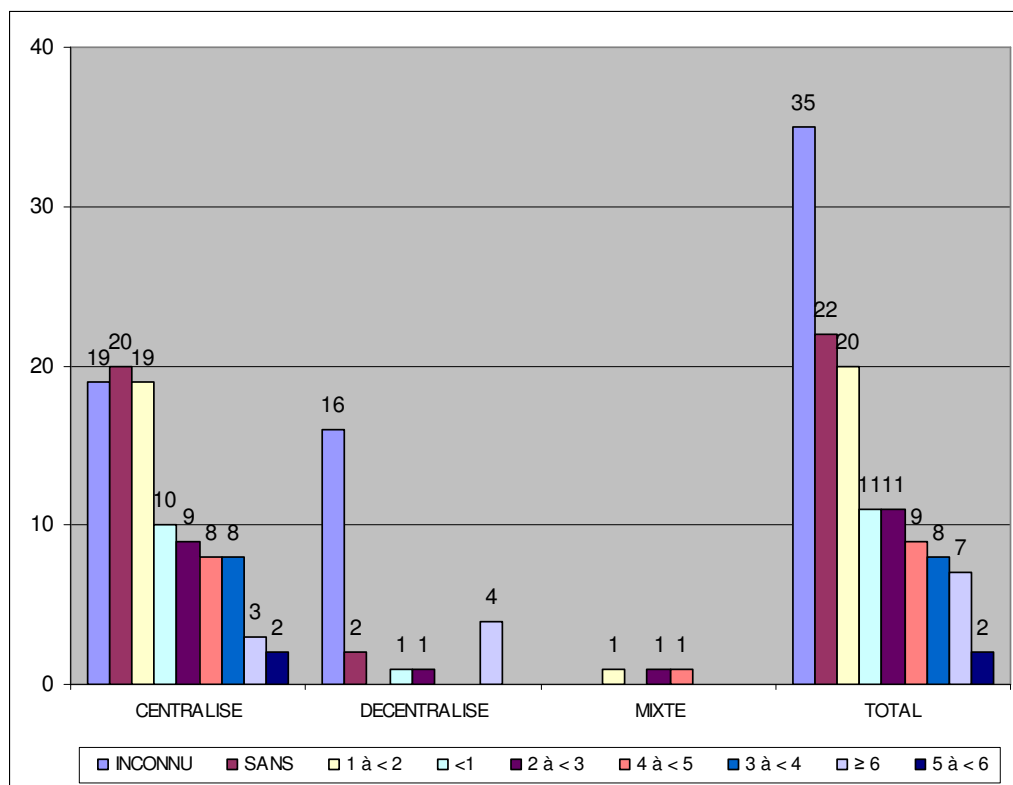
Graphique 18 : Type de personnes réalisant l'enregistrement en fonction du système d'enregistrement.

Au total, on constate que dans 46,4% des cas (58/125), ce sont les codeurs qui assurent l'enregistrement des données DI-RHM. Suivent ensuite, avec 15,2%, d'autres personnes non spécifiées (19/125) et les infirmiers de référence du service (10,4% soit 13/125).

Si l'on observe plus précisément les deux principaux systèmes de codage, on constate que dans le système centralisé, ce sont principalement des codeurs (57,14% soit 56/98) qui assurent la mission tandis qu'en système décentralisé, ce sont principalement des infirmiers de référence de service (41,67% ou 10/24).

3.1.2.4. Nombre d'E.T.P. assurant l'enregistrement des items en fonction du système d'enregistrement.

Le graphique 19 donne un aperçu du nombre d'E.T.P. en charge de l'enregistrement du DI-RHM en fonction du type de système d'enregistrement mis en place dans l'institution.



Graphique 19 : Nombre D'ETP réalisant l'enregistrement en fonction du système d'enregistrement.

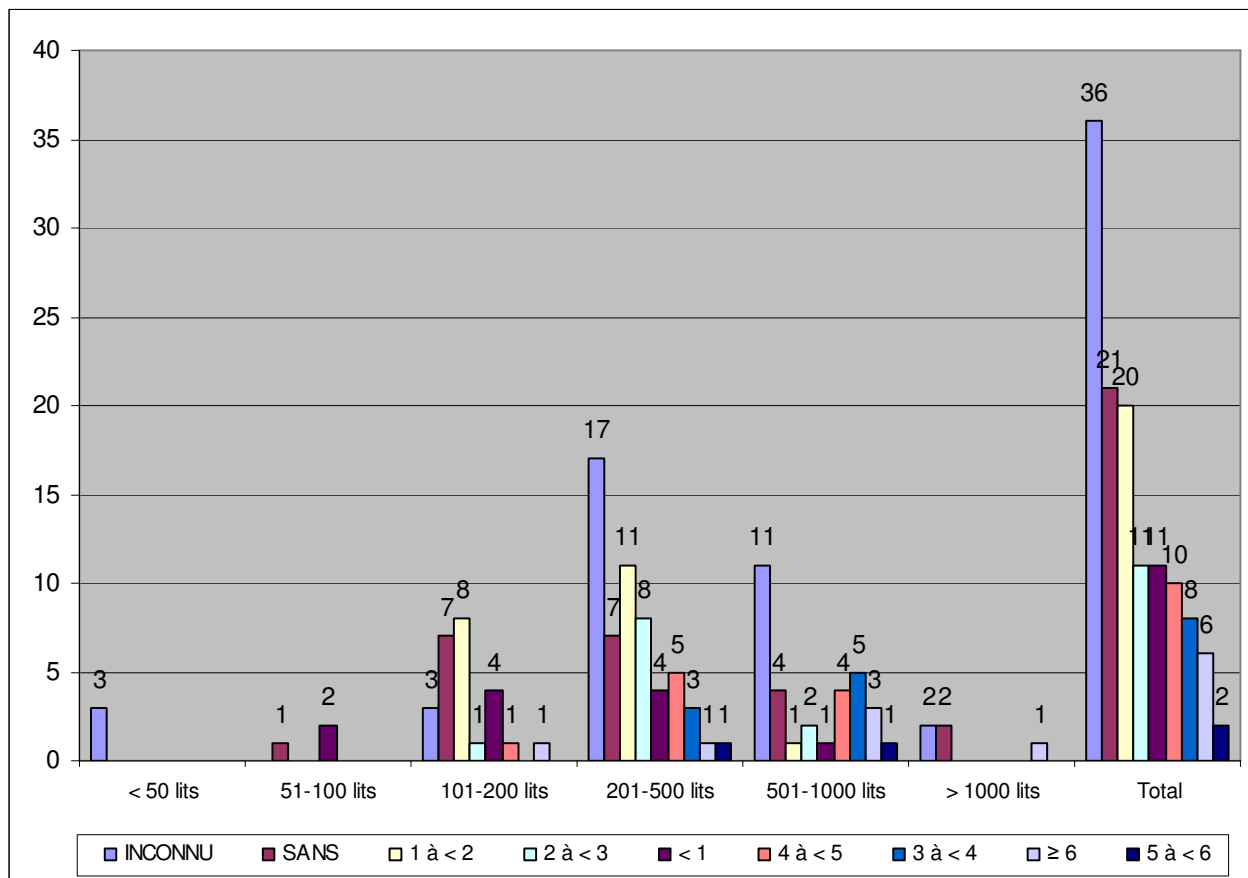
Pour 28% des hôpitaux (35/125), le nombre d'E.T.P. affectés à l'enregistrement des données DI-RHM est inconnu ; dans 24,4% des cas (22/90), il n'y a pas d'E.T.P. affectés à l'enregistrement, il s'agit le plus souvent d'hôpitaux qui réalisent un enregistrement automatisé.

Pour les 68 hôpitaux (54,4%) pour lesquels le nombre d'E.T.P. affectés à l'enregistrement des données DI-RHM est connu, le graphique montre une répartition s'étendant de 1 à ≥ 6 E.T.P.

L'information est mieux cernée et définie dans un système d'enregistrement centralisé.

3.1.2.5. Nombre d'E.T.P. assurant l'enregistrement des items en fonction de la taille de l'hôpital.

Le graphique 20 montre la répartition du nombre d'E.T.P. affectés à l'enregistrement des données DI-RHM en fonction de la taille des hôpitaux, c'est-à-dire le nombre de lits.



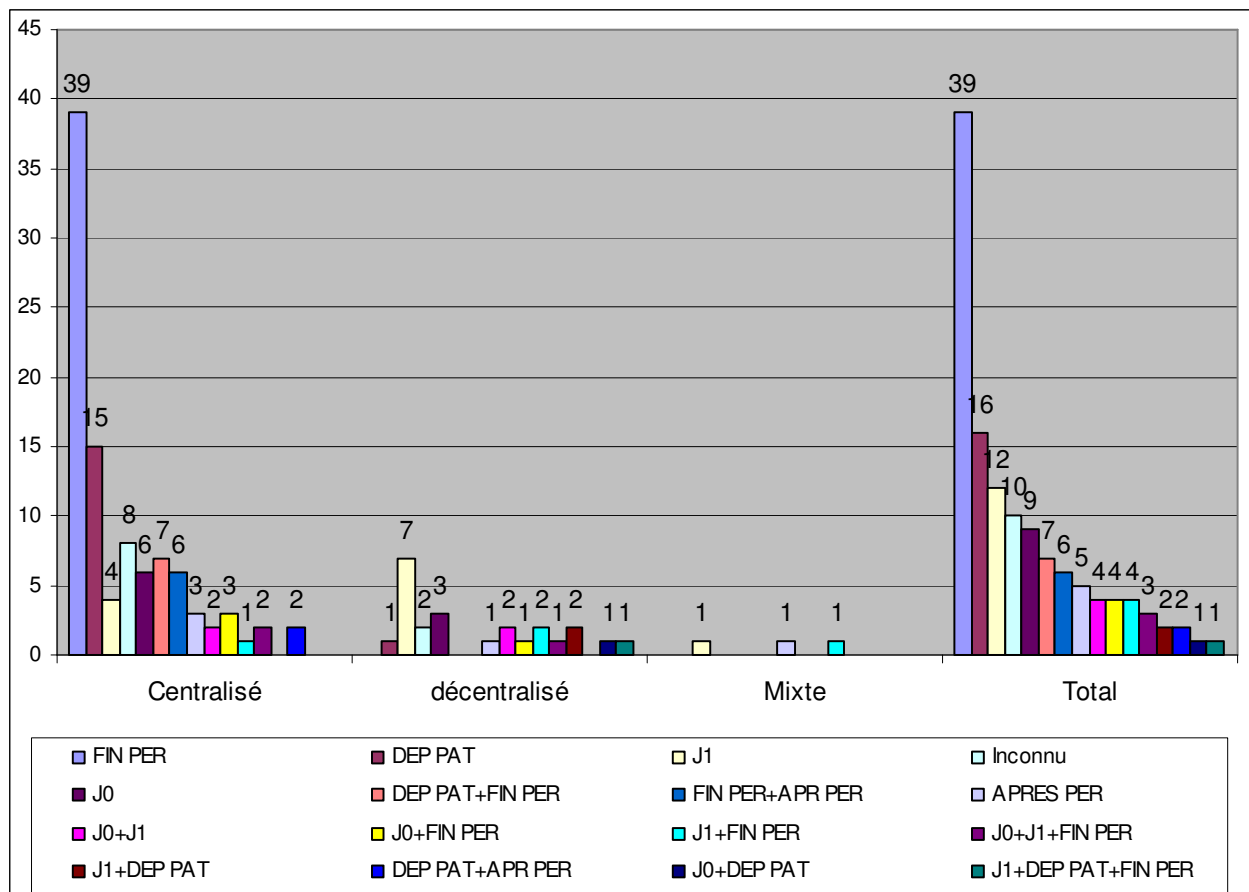
Graphique 20 : Nombre D'E.T.P. réalisant l'enregistrement en fonction du nombre de lits.

Parmi les 68 hôpitaux pour lesquels on connaît le nombre d'E.T.P. affectés à l'enregistrement des données DI-RHM, on constate que pour 29,41% (20/68), il y a 1 à < 2 E.T.P. ; que pour 16,17% (11/68), il y en a de 2 à > 3 ; que pour 16,17% (11/68), il y en a < 1 et que pour 11,76% (8/68), il y en a de 3 à < 4.

Le nombre de lits ne semble pas être particulièrement déterminant, puisque pour les trois catégories centrales, on retrouve la plupart des valeurs en E.T.P.

3.1.2.6. Moment de l'enregistrement des items.

Le moment d'enregistrement des données DI-RHM est analysé dans le graphique 21 en fonction du système d'enregistrement mis en place dans l'institution.



Graphique 21 : Moment de l'enregistrement en fonction du système d'enregistrement.

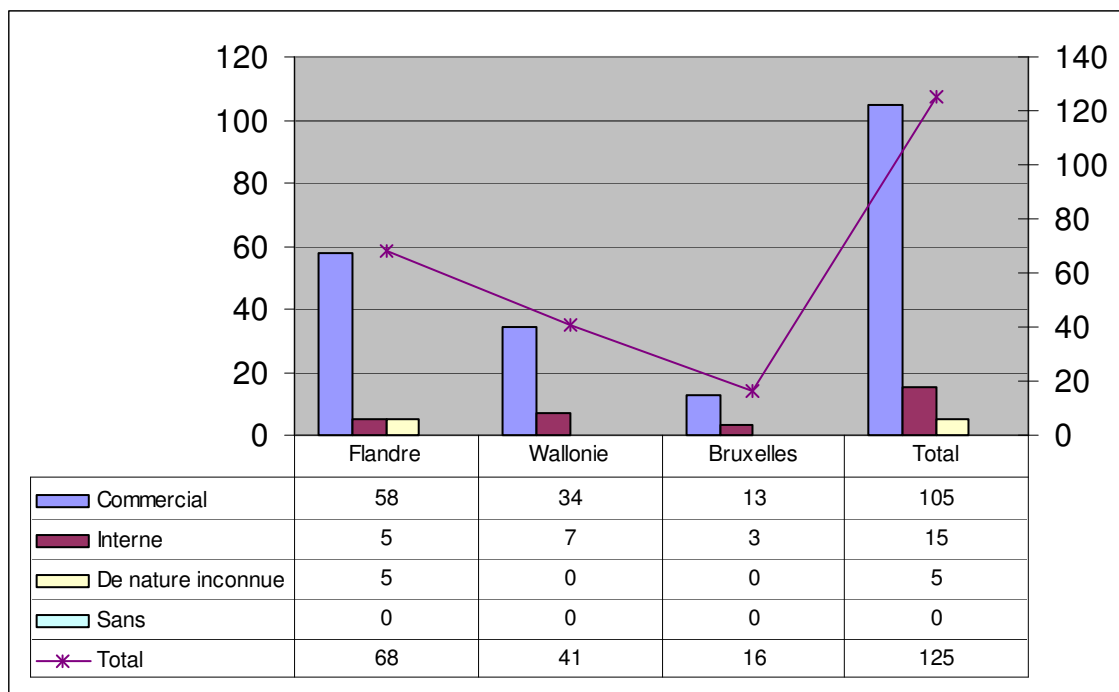
Au total, on constate que, abstraction faite des 10 cas pour lesquels l'information n'est pas connue, dans 33,91% des cas (39/115), le moment de l'enregistrement se situe en fin de période d'enregistrement, 13,91% au départ du patient (16/115), 10,43% le lendemain de la réalisation des soins (12/115).

Dans le système centralisé, 43,3% (39/90) des enregistrements sont réalisés en fin de période d'enregistrement et 16,67% (15/90) au départ du patient.

Dans le système décentralisé, 31,82% (7/22) des enregistrements sont réalisés le lendemain des soins (J1) et 13,64% (3/22) le jour des soins (J0).

3.1.2.7. Utilisation d'un logiciel pour l'enregistrement des items.

Le graphique 22 présente la répartition régionale du type de logiciel d'enregistrement utilisé.



Graphique 22 : Répartition régionale du type de logiciel d'enregistrement.

En toute logique, 100% des hôpitaux utilisent un logiciel pour l'enregistrement des données DI-RHM.

Le recours à un logiciel commercial domine nettement dans les hôpitaux du pays avec 84% (105/125).

La répartition régionale, en ce qui concerne l'utilisation d'un logiciel commercial, est sensiblement la même avec respectivement 85,29% (58/68) en région flamande, 82,93% (34/41) en région wallonne et 81,25% (13/16) à Bruxelles.

3.1.3. Le manuel de codage du DI-RHM.

Le **manuel de codage du DI-RHM** est un outil « dynamique » qui a subi plusieurs modifications depuis 2006 et sa première publication (version 1.1). Les versions 1.2 et 1.3 ont permis de corriger rapidement certaines difficultés de compréhension des items, la version 1.4 a permis de stabiliser l'outil, après la période test de fin 2007, en vue du premier enregistrement obligatoire de 2008. La version 1.5 a apporté de nouvelles précisions en réponse aux nombreuses questions reçues via les F.A.Q. ; elle est la référence pour

l'enregistrement de 2009 et 2010. Une version 1.6 est envisagée pour l'enregistrement de 2011.

Afin de permettre un échange constructif avec les hôpitaux, en dehors des audits, un **système de F.A.Q.** a été mis en place à partir de l'année 2008.

Le nombre de questions envoyées dès 2008 avec la parution du manuel 1.4 était assez conséquent. En 2008, en raison d'une refonte complète de la cellule d'audit des activités infirmières et d'une certaine pénurie d'auditeur durant le premier semestre 2008, les délais de publication ont pu être ressentis par certains comme assez longs. L'arrivée de nouveaux auditeurs a permis de répondre à l'attente du terrain.

Avec la parution du manuel 1.5 en janvier 2009, en incluant la majorité des F.A.Q., le manuel s'est voulu plus clair et plus précis pour un certain nombre d'items DI-RHM, limitant également le nombre de questions envoyées par le secteur.

La publication de nouvelles F.A.Q. est prévue deux fois l'an soit en janvier et en Juillet.

Compte tenu du nombre réduit de questions nécessitant une publication de la réponse, un certain nombre de question connaissent désormais une réponse individuelle plus rapide.

Le tableau 1 récapitule le nombre de questions en rapport avec les items DI-RHM envoyées via info.rhmzg@health.fgov.be et traitées depuis 2008 en indiquant celles publiées comme F.A.Q. et celles pour lesquelles une réponse individuelle a été envoyée.

Date	jusqu'en Janvier 2009	Juillet 2009	Février 2010	Juillet 2010	Décembre 2010
Manuel de référence	1.4	1.5	1.5	1.5	1.5
Nombre de questions répondues F.A.Q.	351	60	24	3	5
Nombre de questions répondues individuellement	0	43	34	36	71
Délai de réponse maximal	1 an et demi	6 mois	6 mois	6 mois	6 mois

Tableau 1 : Répartition des questions envoyées via info.rhmzg@health.fgov.be en fonction de leur statut F.A.Q. et du délai de réponse maximal.

La chute importante du nombre de questions concernant les items DI-RHM, comme constaté dans le tableau ci-dessus, est à mettre en lien direct avec la parution de la version 1.5 du manuel de codage et le début des audits exploratoires qui ont permis de développer la communication avec le terrain.

3.2. Recommandations.

Il faut différencier le **codage** (donner un code DI-RHM à une activité infirmière notée dans le dossier infirmier) et l'**enregistrement** (introduire ce code dans un logiciel informatique en vue de l'enregistrement RHM).

Ces deux activités peuvent, soit être réalisées en même temps par les mêmes personnes, soit être différées dans le temps et réalisées par des personnes différentes en fonction du mode d'organisation choisi par l'institution.

Tant le codage que l'enregistrement nécessitent l'acquisition d'une expertise qui plaide en faveur de l'abandon du codage et de l'enregistrement par chaque infirmier de l'institution.

Différentes solutions existent : dossier infirmier informatisé avec extraction automatique, équipe de codage et d'enregistrement centralisée, équipe de codage et d'enregistrement décentralisée,

Quel que soit le système mis en place par l'institution, une évaluation objective de la méthode choisie est indispensable pour s'assurer du bon fonctionnement du processus.

Néanmoins, il faut noter que dès l'implantation de ce nouvel enregistrement et durant tout le processus d'audit exploratoire, le S.P.F. a préconisé le choix d'un dossier infirmier informatisé et l'extraction automatisée des items DI-RHM, ou tout du moins l'existence d'une cellule d'enregistrement centralisée de manière à libérer les infirmiers de terrain de la charge de travail administrative supplémentaire ressentie générée par un enregistrement décentralisé.

Pour garantir un **codage et un enregistrement** de qualité, il est indispensable que les personnes qui en sont responsables soient compétentes en la matière et motivées.

Ce travail, s'il est effectué isolément, devrait être confié de préférence à des « personnes ayant une fonction administrative » afin de préserver l'utilisation du temps infirmier pour les soins, y compris les soins indirects dont la rédaction du dossier infirmier.

Une sélection des « codeurs » sur base d'un profil de fonction est donc souhaitable. Une évaluation régulière de la qualité de leur travail sera également nécessaire.

Pour acquérir et maintenir à jour les compétences nécessaires au travail de codage, il est utile que ces personnes reçoivent une formation initiale et une formation continue.

Le modèle de la formation S.P.F. de 2006 est une base indispensable à la fonction (connaissances et compétences en raisonnement clinique, langages infirmiers, écriture professionnelle, concepts cliniques à la base des items, critères de validation du codage, ...) ; le contenu de celle-ci doit être régulièrement actualisé en fonction de l'évolution de l'enregistrement. Ainsi, en interne, des modules de formation continuée devraient être élaborés.

La maîtrise du manuel de codage et des F.A.Q. dans leur dernière version est indispensable et suppose une formation continue récurrente.

Dans le cadre d'une cellule d'enregistrement centralisée, afin d'assurer un travail de qualité, une estimation de 0,7 E.T.P. par 100 lits a été proposée dès le début du projet par le S.P.F.

Le coordinateur DI-RHM doit s'assurer lui-même d'être parfaitement au clair avec les règles de codage et ne pas faire des interprétations personnelles aléatoires.

Le manuel de codage constitue l'« unique référence » du codeur. Il comporte une introduction et une description précise de tous les items. Chaque page, chaque ligne et chaque mot est important et doit être lu et compris par chaque codeur et coordinateur. Lors des audits exploratoires, il a été constaté que tel n'était pas toujours le cas, certains raisonnent encore selon les items RIM ou en fonction de versions antérieures du manuel de codage, ou n'ont pas intégré les informations générales de l'introduction.

Les F.A.Q. complètent ou précisent l'information contenue dans une version du manuel de codage, mais ne le remplace pas ! Il faut toujours les interpréter dans le contexte de la description complète de l'item.

Divers problèmes fréquents de codage ont été rencontrés au cours des audits exploratoires, ils relèvent de problèmes récurrents :

- Qualité de conception du dossier infirmier
- Qualité de rédaction du dossier infirmier
- Capacité de raisonnement clinique du codeur
- Qualité de formation du codeur
- Qualité de coordination de l'enregistrement

Ces différents problèmes doivent être évalués et corrigés, si nécessaire, au sein de l'institution par la direction du département infirmier.

Dans le cadre de la politique générale de l'établissement, il est important de prévoir, à court terme, le développement d'un dossier patient informatisé incluant **en priorité un volet infirmier informatisé** du dossier patient.

Cette informatisation est préconisée par le plan d'attractivité de la profession infirmière développé par Mme Onkelinx en 2008 et encouragée par une adaptation du budget des moyens financiers².

Le choix du logiciel d'enregistrement et/ou d'extraction des données est très important pour assurer un enregistrement adéquat des items, car la qualité de conception et de réalisation de celui-ci aura une influence directe sur la qualité des données.

² 19 SEPTEMBRE 2008. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, art. 29 § 10.

Il faut, notamment accorder une attention particulière à la qualité de mise à jour « on time » de l'outil (notamment, dernière version du manuel de codage), à sa facilité d'utilisation et convivialité ainsi qu'à la pertinence (conformité avec les directives du S.P.F.) des systèmes de contrôles qu'il propose.

Le manuel de codage, les F.A.Q. et les circulaires doivent être les références essentielles des développeurs et des paramétreurs.

Il est donc déconseillé de créer son propre outil sur une base de données telle qu'Excel®.

4. Le codage et l'enregistrement des données de personnel.

4.1. Constatations.

Ce chapitre consacré au codage et à l'enregistrement des données de personnel est réparti en quatre sous parties étant donné la nécessité d'enregistrer des données périodiques et des données journalières.

4.1.1. Le codage des données de personnel.

Le codage des données de personnel représente un élément clef dans le processus d'enregistrement des données DI-RHM, dans les graphiques suivants nous envisagerons successivement différents aspects de ce processus, qui sont le codage et l'enregistrement des données périodiques et journalières de personnel.

4.1.1.1. Codage des données périodiques de personnel.

Le codage des données périodiques de personnel est une des parties importantes du processus d'enregistrement des données de personnel.

Les éléments les plus importants de ce codage sont explicités dans les points suivants.

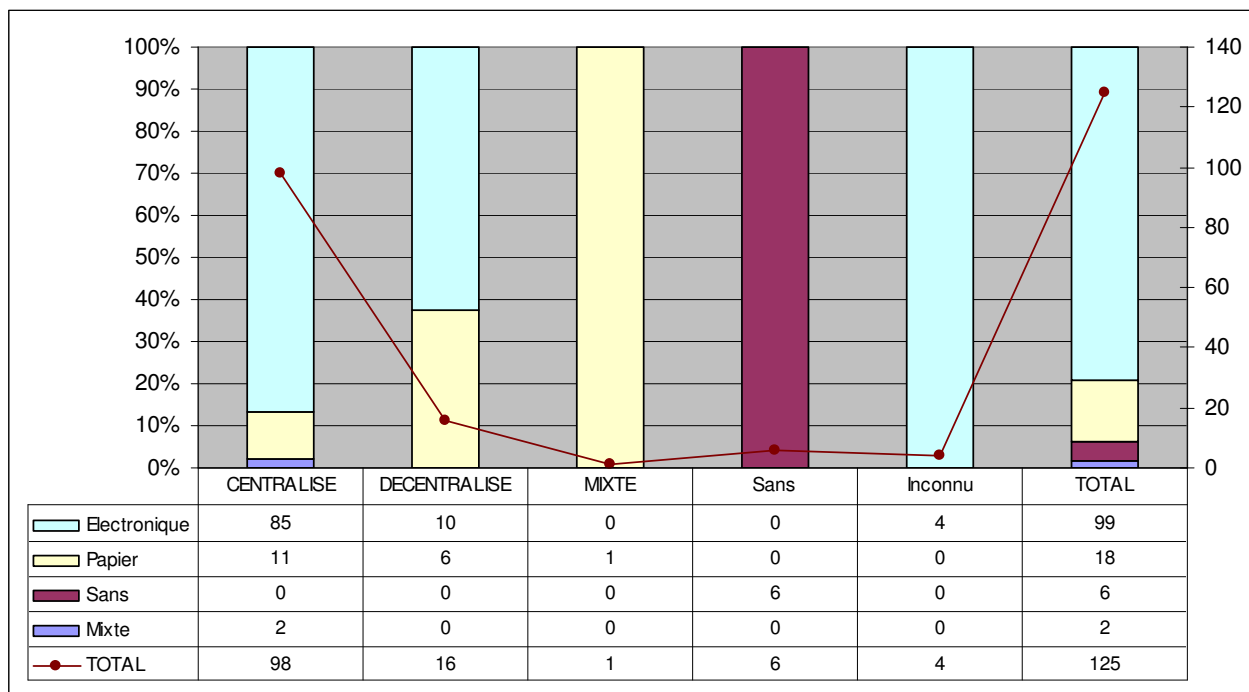
4.1.1.1.1. Support du codage des données périodiques de personnel.

Le graphique 23 concerne le type de **support de codage** utilisé en fonction du **système de codage** :

- *Système de codage centralisé* : codage effectué par du personnel et dans un lieu dédiés spécifiquement à cette fonction
- *Système de codage décentralisé* : codage effectué par des infirmiers durant leur temps de travail habituel dans les services
- *Système de codage mixte* : cumul des deux options précédentes

et

- *Type de support électronique* : formulaire de codage électronique
- *Type de support papier* : formulaire de codage en papier
- *Type de support mixte* : cumul des deux options précédentes



Graphique 23 : Type de support de codage des données périodiques de personnel en fonction du système de codage.

Dans 85,22% (98/115) des hôpitaux audités qui réalisent un codage de ces données et pour lesquels l'information est connue, le codage des données périodiques de personnel est centralisé.

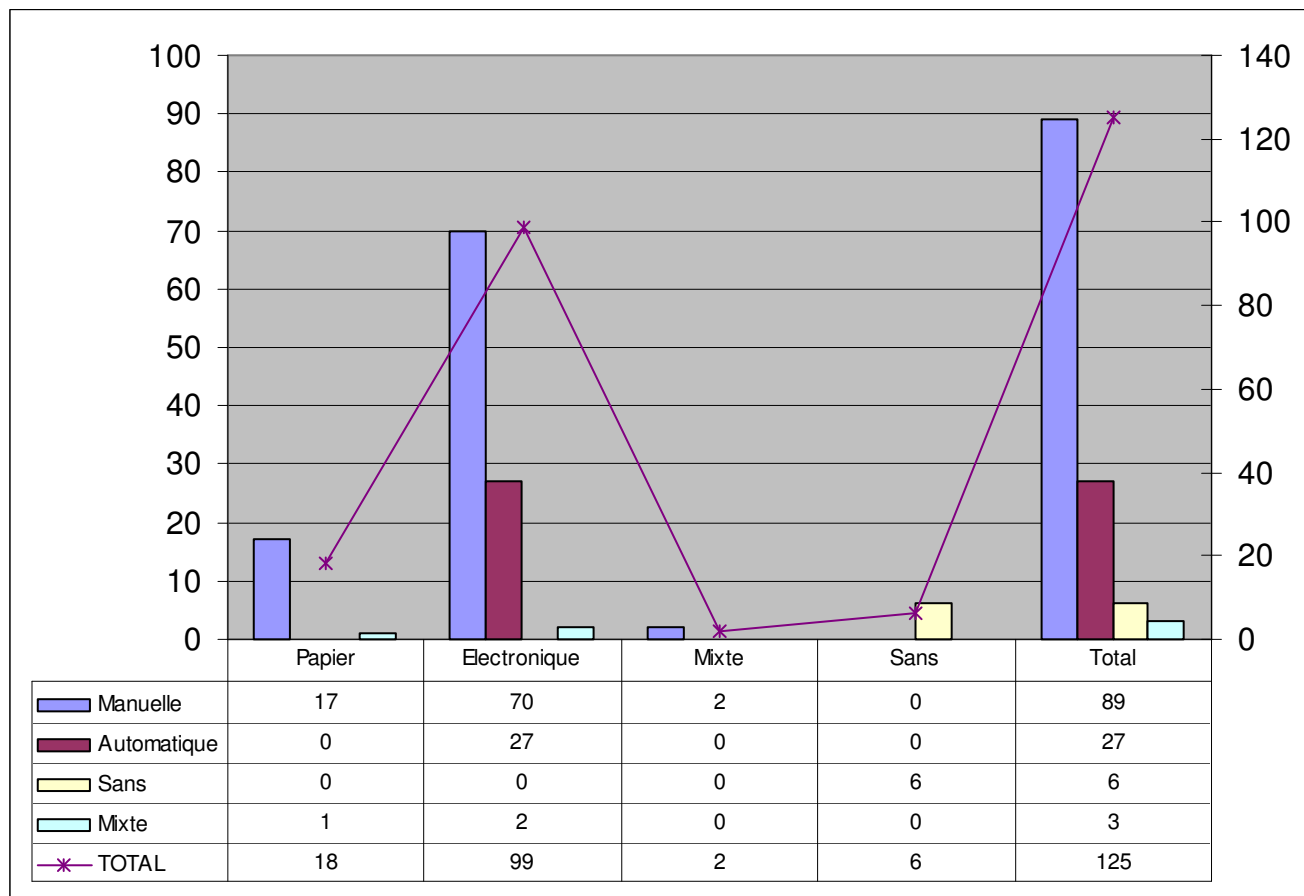
Dans 83,19% (99/119) des hôpitaux le réalisant, le codage des données périodiques de personnel est réalisé à l'aide d'un support électronique.

Ces chiffres traduisent un bon niveau général d'informatisation de ce type de données, toutefois certains progrès sont encore nécessaires afin de rendre ce processus d'enregistrement complètement automatique.

4.1.1.1.2. Méthode de codage des données périodiques de personnel.

Le graphique 24 met en évidence la **méthode de codage utilisée** en fonction de support de codage:

- *Méthode de codage automatique* : attribution d'un code via un logiciel de codage informatique
- *Méthode de codage manuelle* : attribution d'un code via une inscription manuelle sur un document de codage en papier
- *Méthode de codage mixte* : cumul des deux options précédentes



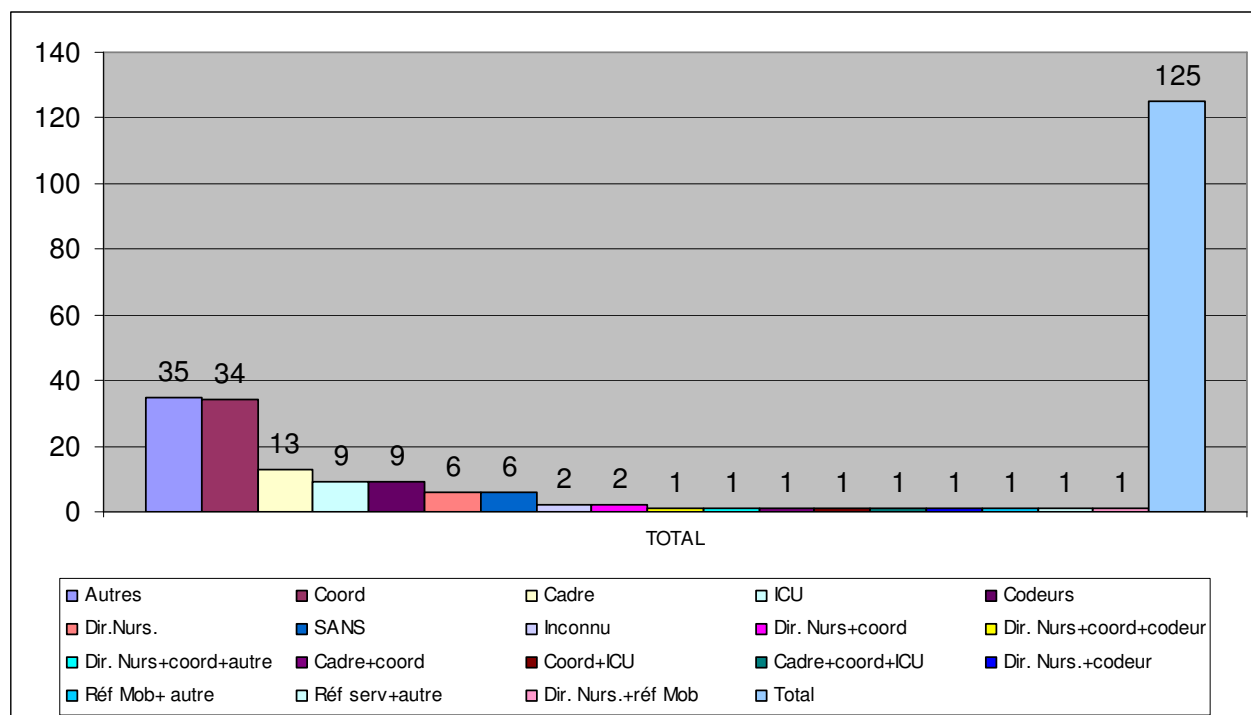
Graphique 24 : Type de méthode de codage des données périodiques de personnel en fonction du support de codage.

Dans 74,79% (89/119) des cas la méthode d'attribution d'un code à une donnée périodique de personnel se fait manuellement.

Seulement 27/99 hôpitaux, soit 21,6% disposent d'un système de gestion des ressources humaines permettant un codage automatique de ces données.

4.1.1.1.3. Types de personnes assurant le codage des données périodiques de personnel.

Le graphique 25 indique la répartition des différentes personnes assurant le codage des données périodiques de personnel dans les institutions.



Graphique 25 : Personnes réalisant le codage des données périodiques de personnel tout système de codage confondu.

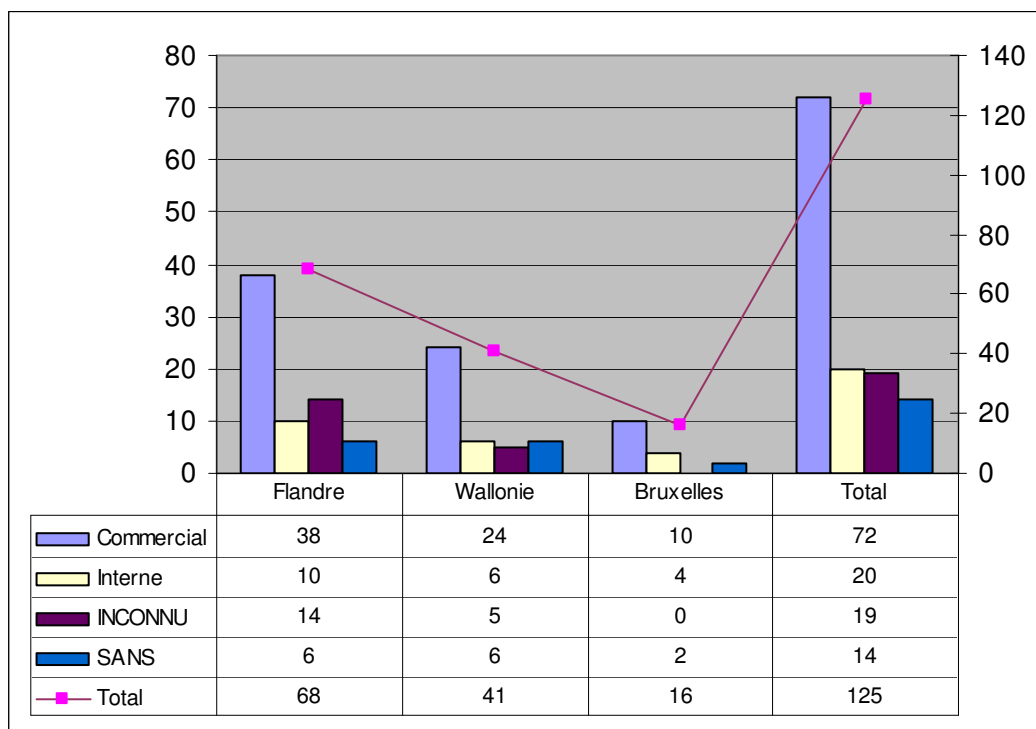
Pour 29,41% des hôpitaux audités effectuant un codage (35/119), le codage des données périodiques de personnel est réalisé par « d'autres personnes ». Ces « autres personnes » sont, le plus souvent, des personnes extérieures au département infirmier et assurant des fonctions administratives, en général au service du personnel.

Pour 28,57% des hôpitaux audités (34/119), le codage des données périodiques de personnel est effectué par le coordinateur DI-RHM.

Pour 42% (50/119), cette responsabilité peut être attribuée notamment, soit à un cadre intermédiaire, soit aux codeurs, soit au directeur du département infirmier.

4.1.1.1.4. Utilisation d'un logiciel pour le codage des données périodiques de personnel.

Le graphique 26 présente la répartition régionale du type de logiciel de codage des données périodiques de personnel utilisé par les institutions.



Graphique 26 : Répartition régionale du type de logiciel de codage des données périodiques de personnel.

Dans l'ensemble, si l'on déduit les hôpitaux n'ayant pas de logiciel ou dont cette information est inconnue, respectivement dans 78,26% (72/92) des cas et 21,74% (20/92) des cas, l'hôpital a recours soit à un logiciel commercial, soit à un logiciel interne.

Dans 11,2% des cas (14/125), ce travail est réalisé sans recours à un logiciel.

Il n'y a pas de différences régionales significatives.

4.1.1.2. Codage des données journalières de personnel.

Le codage des données journalières de personnel constitue le second élément du processus d'enregistrement des données de personnel. Les éléments les plus importants sont également décrits ci-dessous.

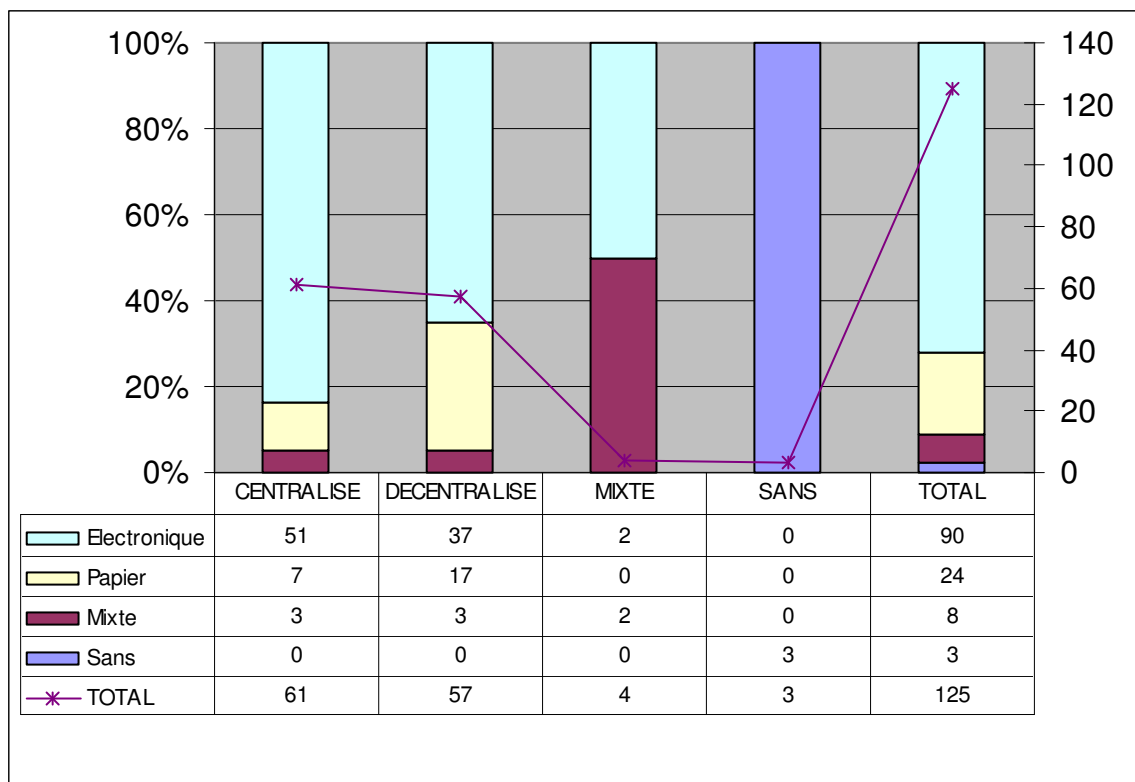
4.1.1.2.1. Support du codage des données journalières de personnel.

Le graphique 27 concerne le type de **support de codage** utilisé en fonction du **système de codage** :

- *Système de codage centralisé* : codage effectué par du personnel et dans un lieu dédiés spécifiquement à cette fonction
- *Système de codage décentralisé* : codage effectué par des I.C.U. (le plus souvent) durant leur temps de travail habituel dans les services
- *Système de codage mixte* : cumul des deux options précédentes

et

- *Type de support électronique* : formulaire de codage électronique
- *Type de support papier* : formulaire de codage en papier
- *Type de support mixte* : cumul des deux options précédentes



Graphique 27 : Type de support de codage des données journalières en fonction du système de codage.

Dans 50% (61/122) des hôpitaux audités le réalisant, le codage des données journalières de personnel est centralisé.

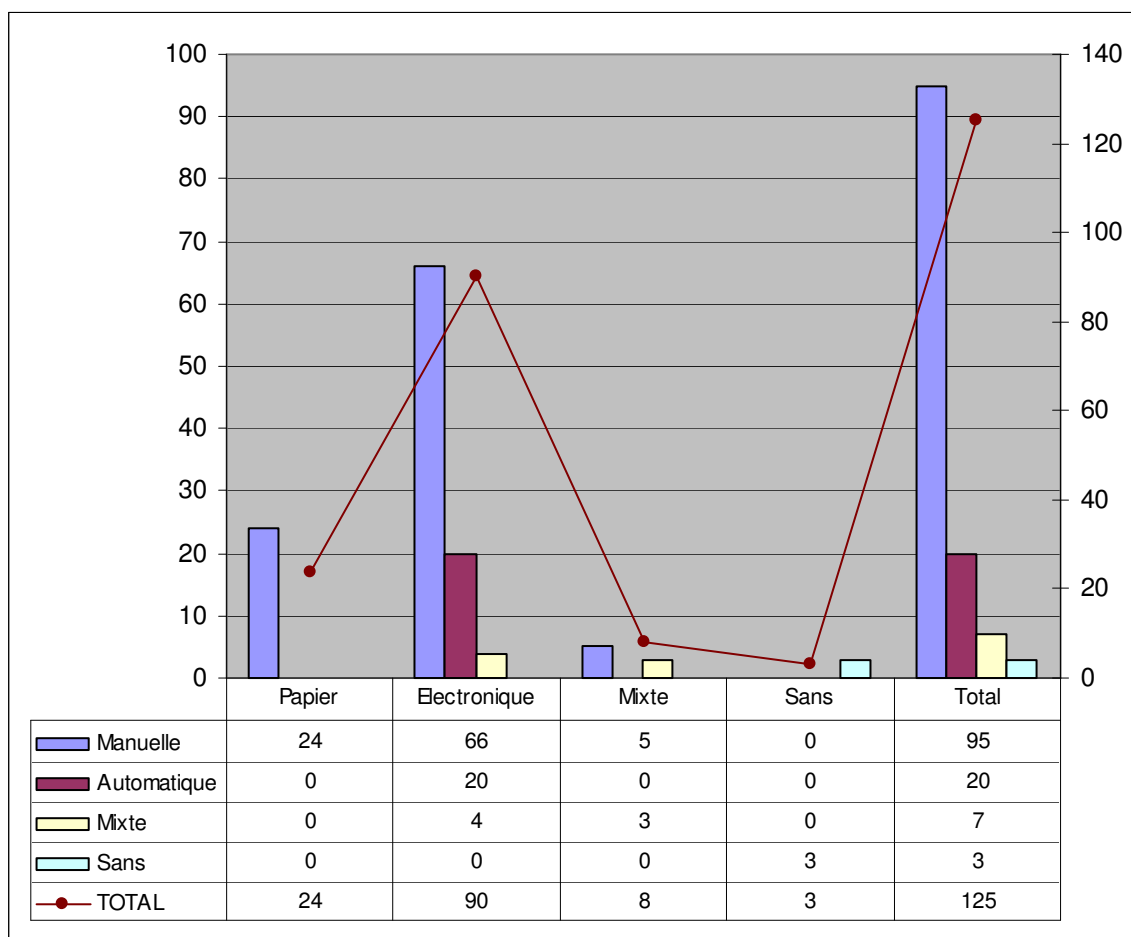
Dans 73,77% (90/122) des hôpitaux audités, le codage des données journalières de personnel est réalisé à l'aide d'un support électronique.

Le support électronique de codage des données journalières de personnel est plus présent dans les hôpitaux qui utilisent un système centralisé (83,61% ou 51/61) que dans ceux qui utilisent un système décentralisé (64,91% ou 37/57).

4.1.1.2.2. Méthode de codage des données journalière de personnel.

Le tableau 28 met en évidence la **méthode de codage utilisée** en fonction de support de codage:

- *Méthode de codage automatique* : attribution d'un code via un logiciel de codage informatique
- *Méthode de codage manuelle* : attribution d'un code via une inscription manuelle sur un document de codage en papier
- *Méthode de codage mixte* : cumul des deux options précédentes



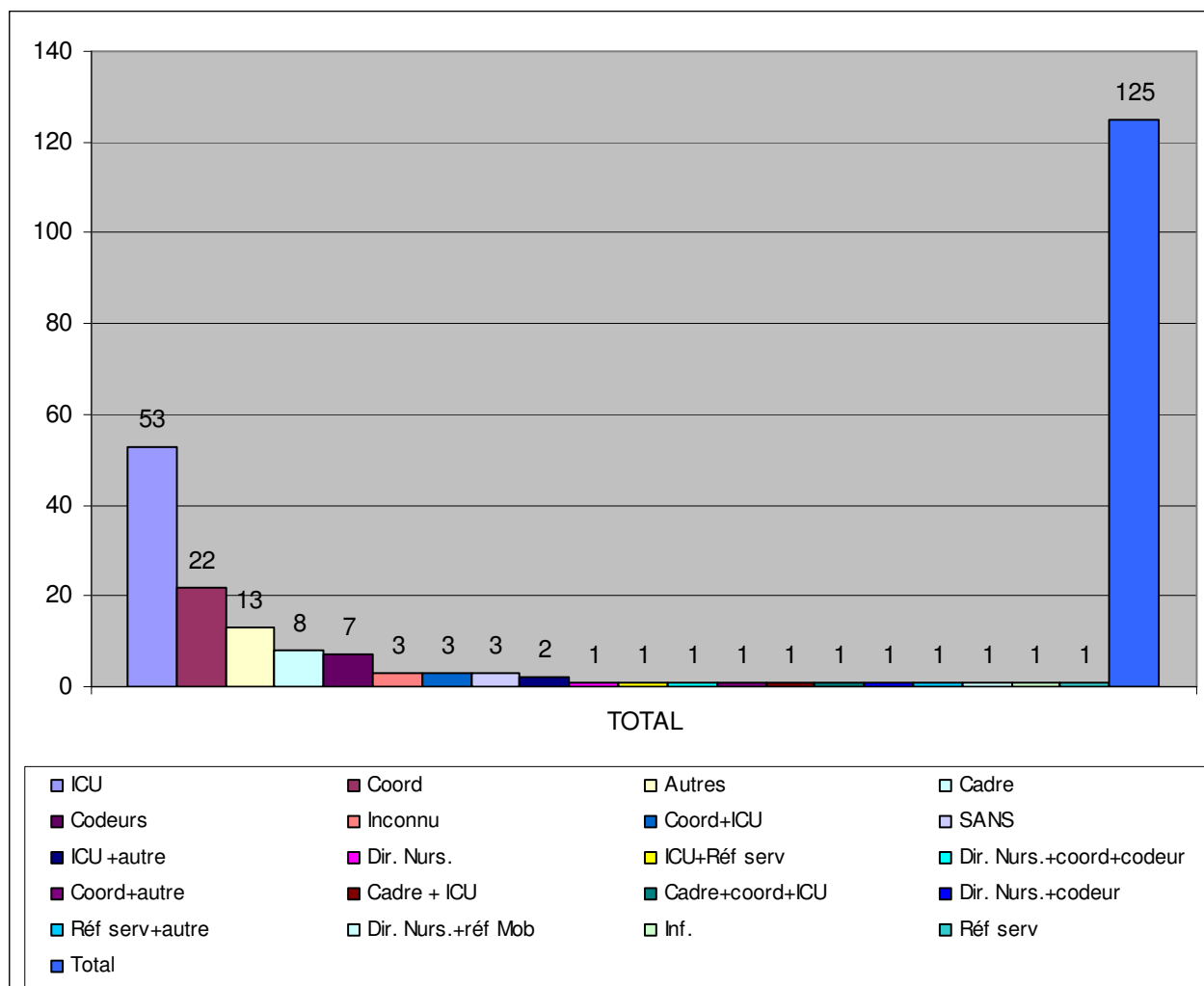
Graphique 28 : Type de méthode de codage des données journalières de personnel en fonction du support de codage.

Dans 77,87% des cas (95/122), la méthode d'attribution d'un code à une donnée journalière de personnel se fait manuellement.

Seulement 16,39% des hôpitaux (20/122) disposent d'un système de gestion des ressources humaines permettant un codage automatique de ces données.

4.1.1.2.3. Types de personnes assurant le codage des données journalières de personnel.

Le graphique 29 présente la répartition des différentes personnes assurant le codage des données journalières de personnel dans les institutions.



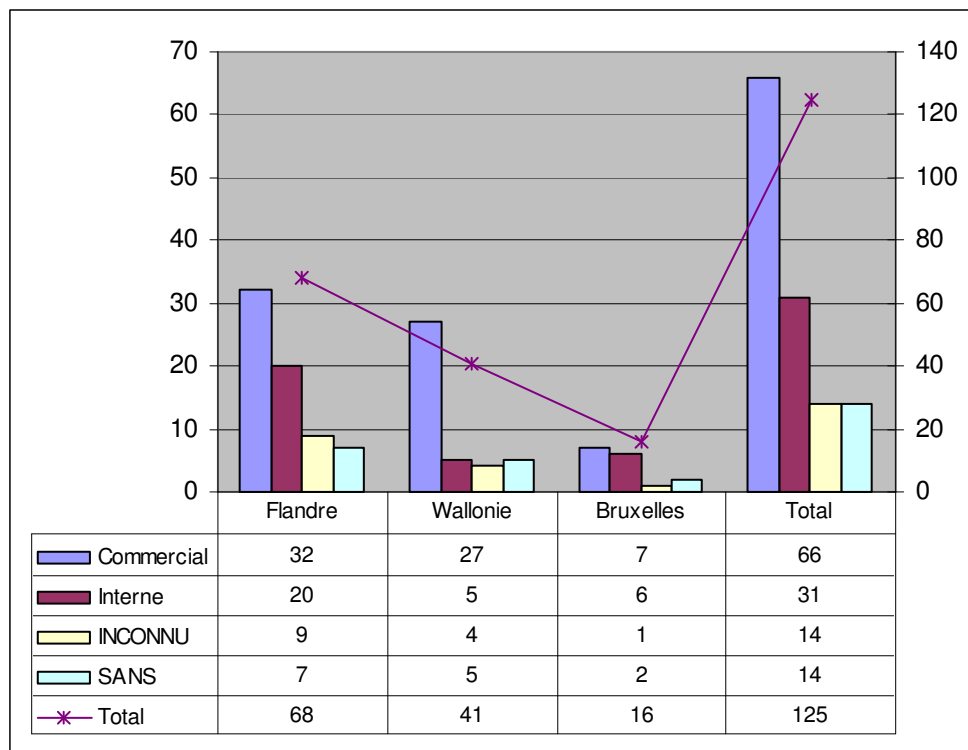
Graphique 29 : Personnes réalisant le codage des données journalières de personnel tout système de codage confondu.

Le codage des données journalières de personnel est réalisé principalement par les infirmiers chefs d'unité (43,44% ou 53/122) ou par le coordinateur DI-RHM (18,03% ou 22/122).

Le codage des données journalières de personnel dans les hôpitaux restants, soit 38,52% (47/122), est assuré notamment soit par « d'autres » (administratifs), soit par des cadres intermédiaires, soit par des codeurs...

4.1.1.2.4. Utilisation d'un logiciel pour le codage des données journalières de personnel.

Le graphique 30 présente la répartition régionale du type de logiciel de codage des données périodiques de personnel utilisé par les institutions.



Graphique 30 : Répartition régionale du type de logiciel de codage des données journalières de personnel.

Dans l'ensemble des hôpitaux réalisant un codage et pour lesquels l'information est connue, respectivement dans 68,04% (66/97) des cas et 31,96% (31/97) des cas, l'hôpital a recours soit à un logiciel commercial, soit à un logiciel interne.

Dans 11,2% des cas (14/125), ce travail est réalisé sans recours à un logiciel.

Le recours à un logiciel commercial est de 65,85% en Wallonie (27/41), de 47,06% en Flandre (32/68) et de 43,75% à Bruxelles (7/16).

4.1.2. L'enregistrement des données de personnel.

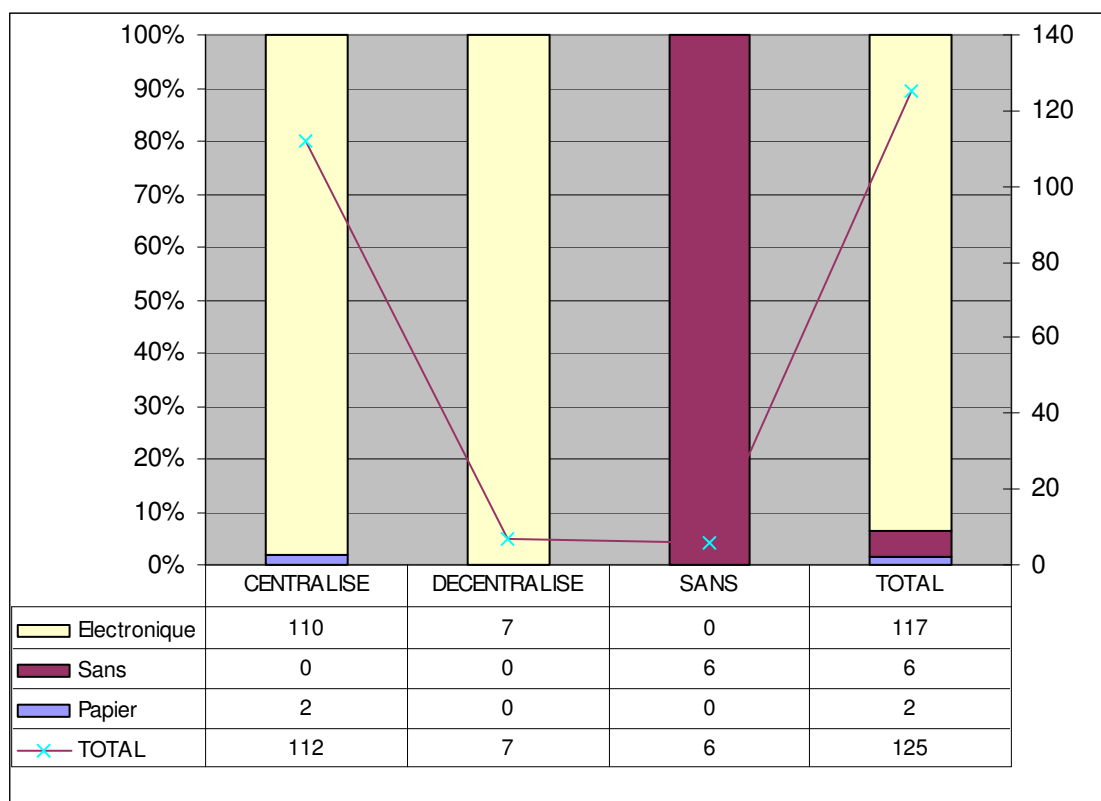
4.1.2.1. Enregistrement des données périodiques de personnel.

L'enregistrement des données périodiques de personnel (introduire un code de personnel dans un logiciel informatique en vue de l'enregistrement du RHM) est une étape technique indispensable du processus d'enregistrement des données, dans les graphiques suivants, les différents aspects de ce processus seront successivement relevés.

4.1.2.1.1. Support d'enregistrement des données périodiques de personnel.

Le graphique 31 présente le type de **support d'enregistrement** utilisé en fonction du **système d'enregistrement** :

- *Système d'enregistrement centralisé* : enregistrement effectué par du personnel et dans un lieu dédiés spécifiquement à cette fonction
 - *Système d'enregistrement décentralisé* : enregistrement effectué par des infirmiers durant leur temps de travail habituel dans les services
- et
- *Type de support électronique* : formulaire de codage électronique
 - *Type de support papier* : formulaire de codage en papier



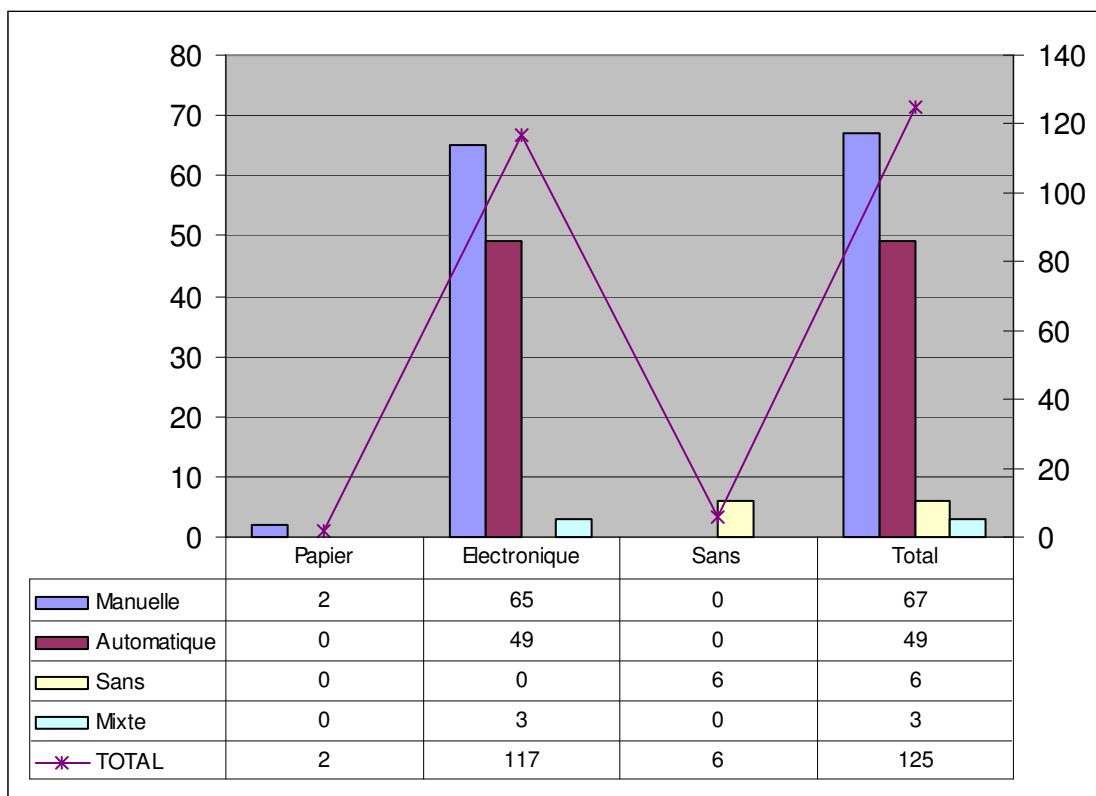
Graphique 31 : Type de support d'enregistrement des données périodiques de personnel en fonction du système d'enregistrement.

Sans surprise, on peut constater que dans 98,32% des cas soit 117/119 le support de l'enregistrement des données périodiques de personnel est électronique ; parmi ceux-ci 110/117, soit 94,01% fonctionnent avec un système d'enregistrement centralisé.

4.1.2.1.2. Méthode d'enregistrement des données périodiques de personnel.

Le graphique 32 met en évidence la **méthode d'enregistrement utilisée** en fonction de support d'enregistrement:

- *Méthode d'enregistrement automatique* : enregistrement automatique d'un code via un logiciel informatique
- *Méthode d'enregistrement manuelle* : enregistrement d'un code via une introduction manuelle d'un code via un logiciel informatique
- *Méthode d'enregistrement mixte* : cumul des deux options précédentes

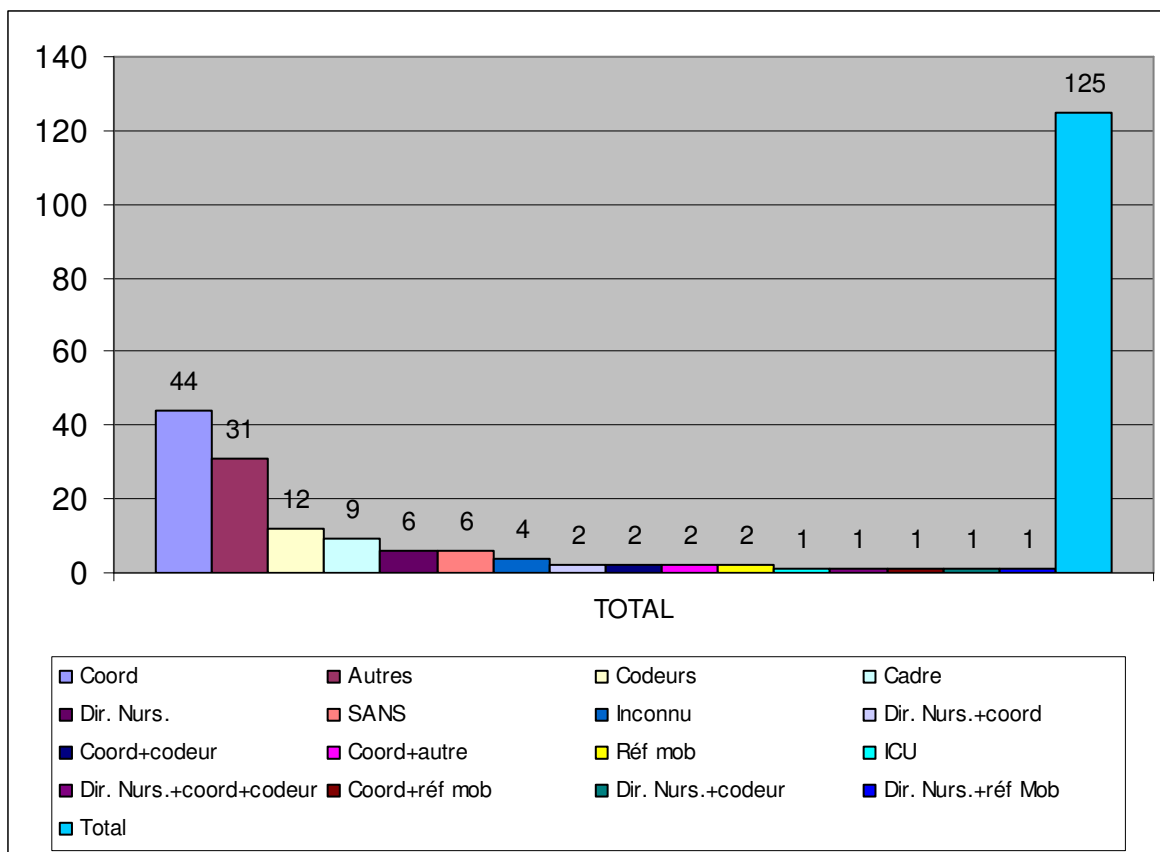


Graphique 32 : Type de méthode d'enregistrement des données périodiques de personnel en fonction du support d'enregistrement.

La méthode d'enregistrement des données périodiques de personnel est à 56,30% (67/119) manuelle et à 41,18% (49/119) automatique.

4.1.2.1.3. Types de personnes assurant l'enregistrement des données périodiques de personnel.

Le graphique 33 donne un aperçu des personnes réalisant l'enregistrement des données périodiques de personnel.



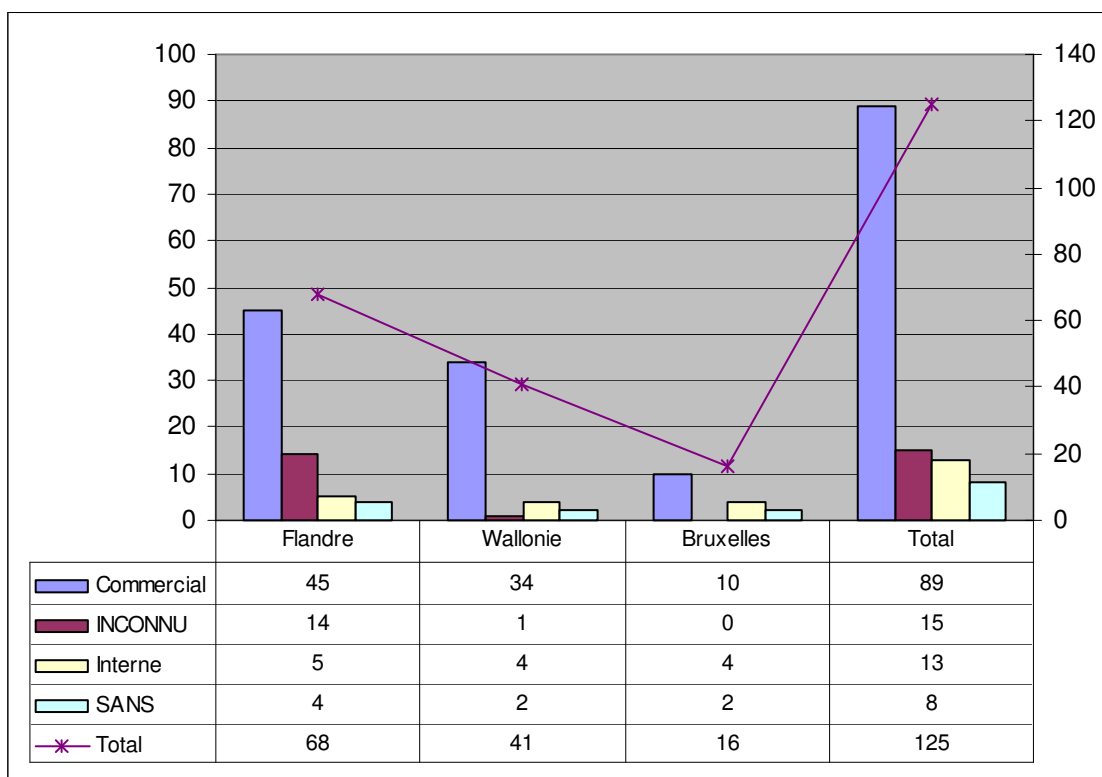
Graphique 33 : Personnes réalisant l'enregistrement des données périodiques de personnel tout système confondu.

Dans 63% des cas, ce sont soit le coordinateur (44/119 ou 36,98%), soit « d'autres » (31/119 ou 26,05%) qui réalisent l'enregistrement des données périodiques de personnel. On peut penser que cette catégorie « autres » est essentiellement constituée de personnel administratif.

Il est surprenant de constater que dans certains cas, ce sont, notamment, des cadres infirmiers (9/119 soit 7,56%) ou le directeur du département infirmier (6/119 soit 5,04%) qui assurent ce travail administratif.

4.1.2.1.4. Utilisation d'un logiciel pour l'enregistrement des données périodiques de personnel.

Le graphique 34 montre la répartition régionale du type de logiciel d'enregistrement des données périodiques de personnel.



Graphique 34 : Répartition régionale du type de logiciel d'enregistrement des données périodiques de personnel.

Pour les hôpitaux pour lesquels on dispose de cette information, 80,9% des cas, soit 89/110, l'hôpital a opté pour un logiciel commercial pour l'enregistrement des données périodiques de personnel. Seuls 11,82%, soit 13/110 ont développé un logiciel interne.

Si l'on observe la répartition régionale, on constate qu'en Wallonie, 85% (34/40) ont fait ce choix contre 83,33% (45/54) en Flandre et 62,5% (10/16) à Bruxelles.

4.1.2.2. Enregistrement des données journalières de personnel.

L'enregistrement des données journalières de personnel (introduire un code de personnel dans un logiciel informatique en vue de l'enregistrement du RHM) est une étape technique indispensable du processus d'enregistrement des données, dans les graphiques suivants, les différents aspects de ce processus sont envisagés successivement dans les points suivants.

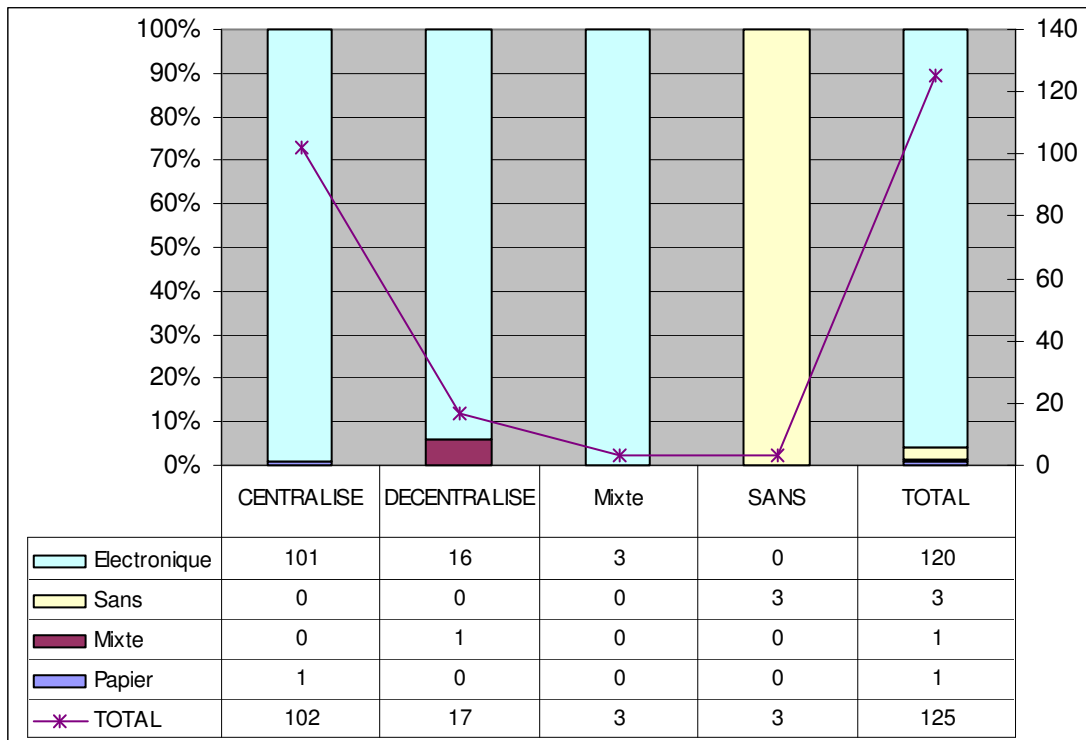
4.1.2.2.1. Support d'enregistrement des données journalières de personnel.

Le graphique 35 concerne le type de **support d'enregistrement** utilisé en fonction du **système d'enregistrement** :

- *Système d'enregistrement centralisé* : enregistrement effectué par du personnel et dans un lieu dédiés spécifiquement à cette fonction
- *Système d'enregistrement décentralisé* : enregistrement effectué par des infirmiers durant leur temps de travail habituel dans les services
- *Système d'enregistrement mixte* : cumul des deux options précédentes

et

- *Type de support électronique* : formulaire de codage électronique
- *Type de support papier* : formulaire de codage en papier
- *Type de support mixte* : cumul des deux options précédentes



Graphique 35 : Type de support d'enregistrement des données journalières de personnel en fonction du système d'enregistrement.

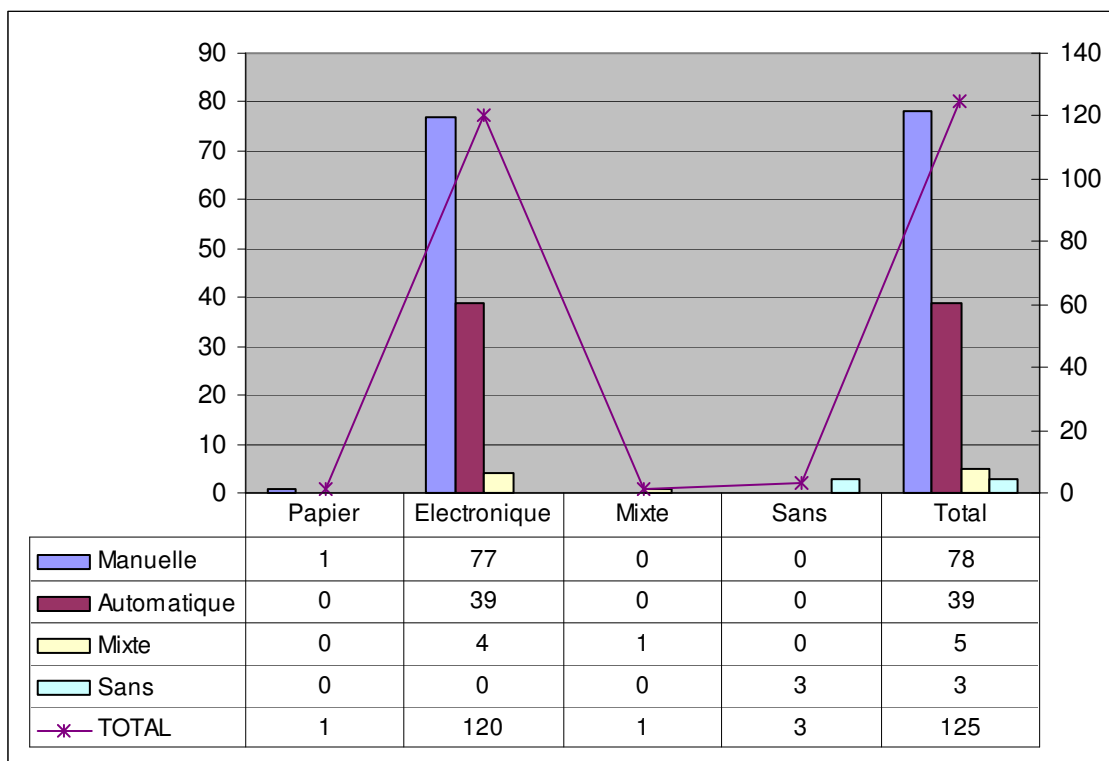
Sans surprise, 98,36% (120/122) des hôpitaux utilisent un support électronique pour l'enregistrement des données journalières de personnel.

Dans 83,6% des cas (102/122), cet enregistrement est centralisé.

4.1.2.2.2. Méthode d'enregistrement des données journalières de personnel.

Le graphique 36 met en évidence la **méthode d'enregistrement utilisée** en fonction de support d'enregistrement:

- *Méthode d'enregistrement automatique* : enregistrement automatique d'un code via un logiciel informatique
- *Méthode d'enregistrement manuelle* : enregistrement d'un code via une introduction manuelle d'un code via un logiciel informatique
- *Méthode d'enregistrement mixte* : cumul des deux options précédentes



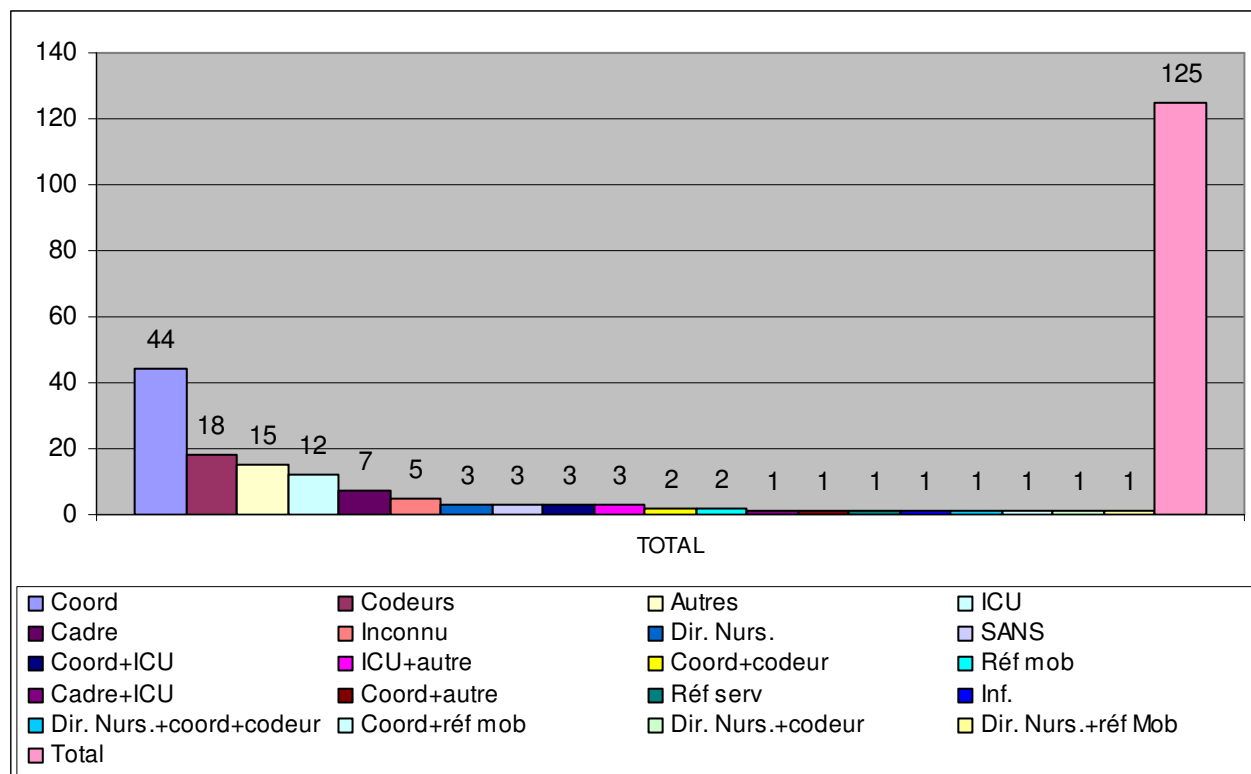
Graphique 36 : Type de méthode d'enregistrement des données journalières de personnel en fonction du support d'enregistrement.

La méthode d'enregistrement des données journalières de personnel reste, actuellement, encore majoritairement manuelle avec 63,93% (78/122) contre 31,97% (39/122) pour la méthode automatique.

Il est souhaitable que dans un avenir proche, l'ensemble des hôpitaux puissent bénéficier d'un enregistrement automatique de ces données.

4.1.2.2.3. Types de personnes assurant l'enregistrement des données journalières de personnel.

Le graphique 37 fait le point sur les personnes qui assurent l'enregistrement des données journalières de personnel.

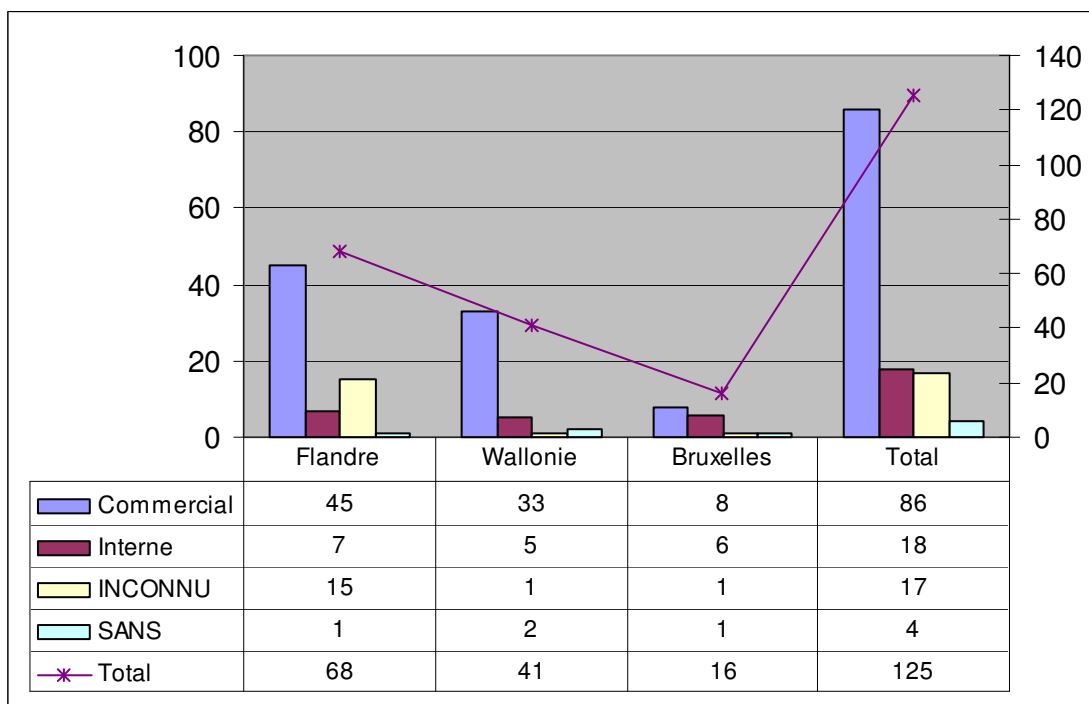


Graphique 37 : Personnes réalisant l'enregistrement des données journalières de personnel tout système confondu.

L'enregistrement des données journalières de personnel est principalement effectué par les coordinateurs (36,06% ou 44/122), les codeurs (14,75% ou 18/122), des « autres » (12,29% ou 15/122) et les infirmiers chefs d'unité de soins (9,84% soit 12/122).

4.1.2.2.4. Utilisation d'un logiciel pour l'enregistrement des données journalières de personnel.

Le graphique 38 met en évidence la répartition régionale du type de logiciel d'enregistrement des données journalières de personnel.



Graphique 38 : Répartition régionale du type de logiciel d'enregistrement des données journalières de personnel.

Si dans l'ensemble, les hôpitaux ont opté majoritairement pour un logiciel d'enregistrement des données journalières de type commercial avec 82,69% (86/104), cette tendance semble plus forte en Wallonie (86,84% soit 33/38) et en Flandre (86,54% soit 45/52) qu'à Bruxelles avec 57,14% (8/14).

4.2. Recommandations.

Le codage et l'enregistrement des données de personnel devraient être confiés principalement au **service du personnel**.

Ce travail administratif dépend de la gestion des dossiers du personnel et de la paie.

Le recours à un **logiciel performant de gestion des ressources humaines**, comprenant la gestion des dossiers du personnel et les horaires de travail, devrait faciliter ce travail et permettre sa pérennité.

Après une collaboration initiale pour l'actualisation des dossiers du personnel de son département, le département infirmier ne devrait plus intervenir que ponctuellement dans cet enregistrement.

Par contre, il serait très utile que les cadres du département infirmier utilisent le résultat de cet enregistrement à des fins de gestion, notamment en ce qui concerne la mise à jour et l'utilisation des qualifications de chaque membre du personnel ou pour la répartition des effectifs.

5. Le dossier infirmier, support de l'enregistrement DI-RHM.

5.1. Constatations.

L'implantation du DI-RHM s'est faite en parallèle avec la publication de l'A.R. sur le dossier infirmier (A.R. du 28 décembre 2006 déterminant les conditions minimales auxquelles le dossier infirmier doit répondre).

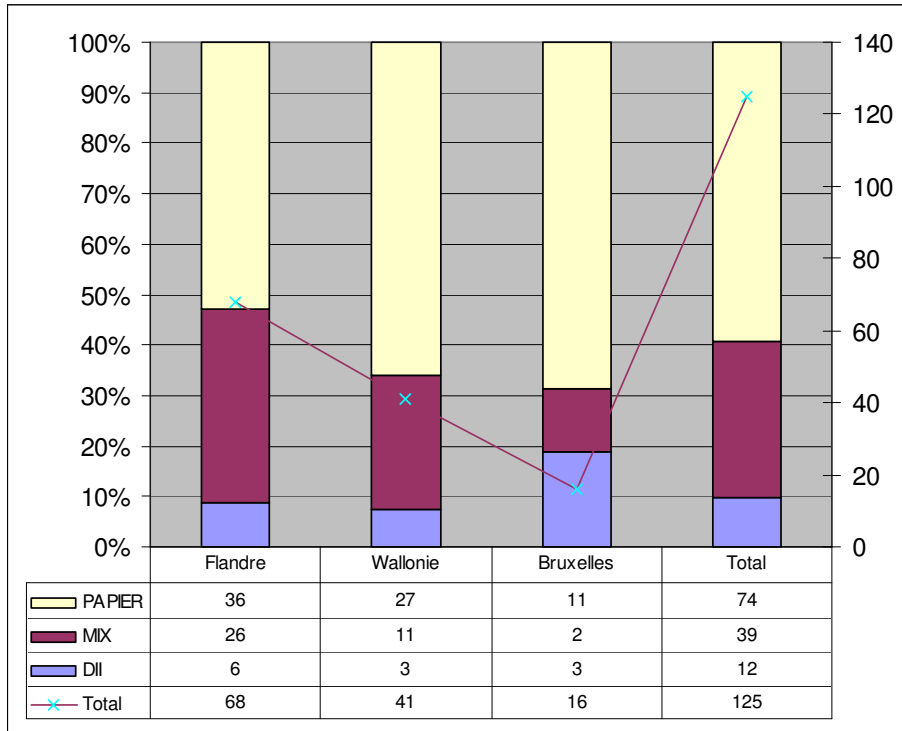
Dans ce contexte, la majorité des institutions ont été amenées à retravailler leur dossier infirmier afin de répondre à ces nouvelles directives.

Lors de l'audit exploratoire, ces nouveaux dossiers infirmiers ont été discutés avec les personnes rencontrées, les graphiques suivants donnent un aperçu de certaines constatations faites à cette occasion.

5.1.1. Type de volet infirmier du dossier patient.

Les dossiers infirmiers rencontrés en audit peuvent être classés selon leur type en trois catégories : dossier infirmier papier, dossier infirmier informatisé ou mélange d'une partie de dossier papier et d'une partie de dossier informatisé (MIX).

Le graphique 39 montre la répartition régionale du type de volet infirmier du dossier patient.



Graphique 39 : Répartition régionale du type de volet infirmier du dossier patient.

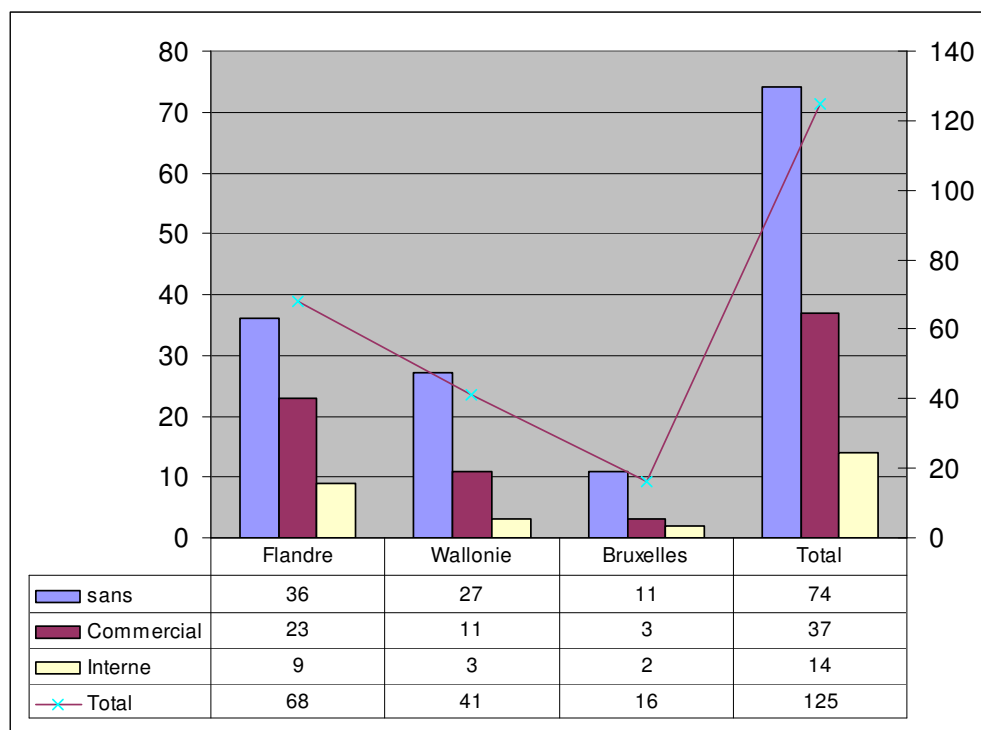
La répartition des différents types de dossiers montre qu'actuellement près de 60% des hôpitaux audités (74/125) conservent un dossier papier, seuls 9,6% (12/125) ont opté pour un dossier informatisé complet et 31,2% (39/125) fonctionnent déjà avec un dossier mixte. Il s'agit soit de l'association d'un dossier infirmier papier et d'accès à une partie du dossier informatisée (dossier médical, résultats de laboratoire, protocoles d'examens,...), soit un dossier patient composé de différents types de dossiers en fonction du passage d'un patient dans des unités disposant tantôt d'un dossier papier, tantôt d'un dossier informatisé.

En additionnant les deux derniers chiffres, on constate que 51/125 hôpitaux soit 40,8%, sont engagés dans un processus d'informatisation.

5.1.2. Type de logiciel utilisé comme support du volet infirmier du dossier patient.

Il semble que la plupart des institutions soient en réflexion par rapport au développement d'un outil informatisé, le choix entre un développement interne ou l'achat d'un logiciel commercial se pose et nécessite une démarche interne de réflexion qui prend du temps.

Le graphique 40 donne un aperçu de la répartition régionale du type de logiciel utilisé comme support du volet infirmier du dossier patient.



Graphique 40 : Répartition régionale du type de logiciel utilisé comme support du volet infirmier du dossier patient.

Actuellement, au niveau fédéral, la proportion d'hôpitaux ayant opté pour un dossier infirmier informatisé est assez faible (40,8% soit 51/125). Parmi ceux-ci, 72,55% ont opté pour un logiciel commercial (37/51), alors que 27,45% ont préféré le développer en interne (14/51).

Le pourcentage de logiciels commerciaux est assez proche dans les trois régions puisqu'il est de 71,87% (23/32) en Flandre, 78,57% en Wallonie (11/14) et 60% (3/5) à Bruxelles.

Il ressort des audits exploratoires qu'un certain nombre de fournisseurs commerciaux sont implantés sur le marché, dont, par exemple, Assertys, Chipsoft, Ecare, Polymedis, IDM-soft, InfoHos, Agfa-Orbis, Actipodos, Obasi, Compufit, Partezis, Othello, New Sax, Omnipro, Passion ou encore IBM.

La plupart de ces fournisseurs ont un impact essentiellement régional, aucun, au moment des audits exploratoires, n'avait d'impact dans les trois régions.

Depuis lors, selon nos contacts avec le secteur lors de colloques ou congrès, il semble que les choses aient évolué, étant donné que de le nombre d'hôpitaux ayant signé des contrats avec certaines firmes s'accroît.

La spécificité de la législation belge et du DI-RHM nécessite le développement d'outils adaptés au pays et ce dans les trois langues nationales.

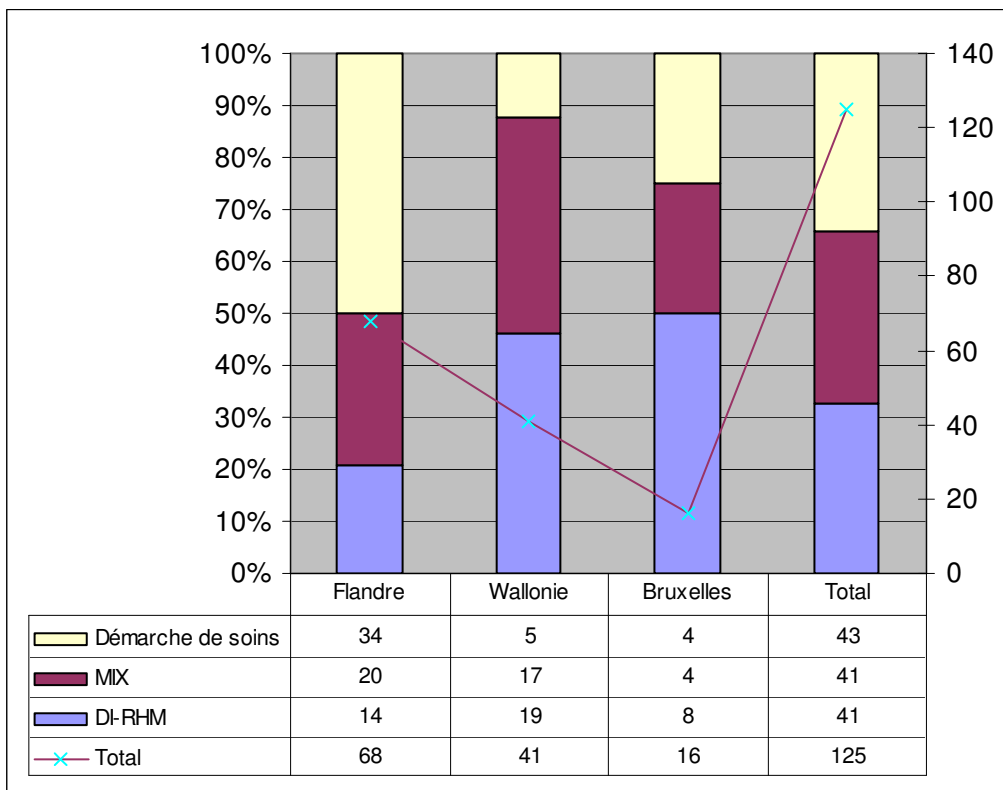
Il en résulte un « marché » assez restreint, ce qui provoque une augmentation des prix des logiciels et rend leur accessibilité difficile pour certaines petites structures.

5.1.3. Orientation du volet infirmier.

Lors de la construction du nouveau dossier infirmier, les institutions ont choisi de **privilégier certains aspects** dans l'élaboration de l'outil de travail.

Deux tendances principales se dégagent de l'observation sur le terrain: soit une orientation purement DI-RHM, soit une orientation « démarche de soins » ou « non DI-RHM », une troisième tendance associe les caractéristiques des deux premières.

Le graphique 41 montre la répartition régionale de l'orientation du volet infirmier du dossier patient.



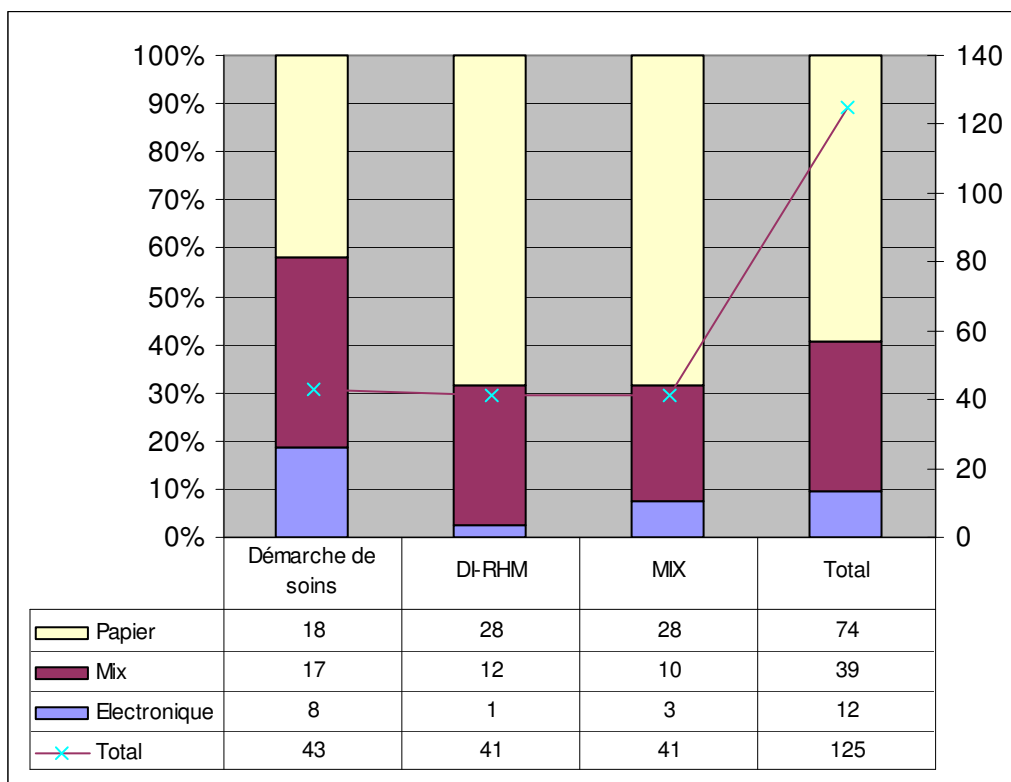
Graphique 41 : Répartition régionale de l'orientation du volet infirmier du dossier patient.

Au niveau fédéral, on observe que 32,8% (41/125) des institutions se sont orientées vers un dossier purement DI-RHM, 34,4% (43/125) vers un dossier « démarche de soins » et 32,8% (41/125) vers un dossier qui associe les deux tendances précédentes.

Cette répartition en +/- trois tiers, permet aussi de dire qu'environ 2/3 des hôpitaux ont intégré la démarche de soins dans leur volet infirmier du dossier patient.

Toutefois, une orientation purement DI-RHM est observée dans 50% (8/16) des hôpitaux bruxellois, 46,34% (19/41) des hôpitaux wallons et 20,59% (14/68) des hôpitaux flamandais.

Le graphique 42 montre la répartition du type de volet infirmier du dossier patient en fonction de son orientation.

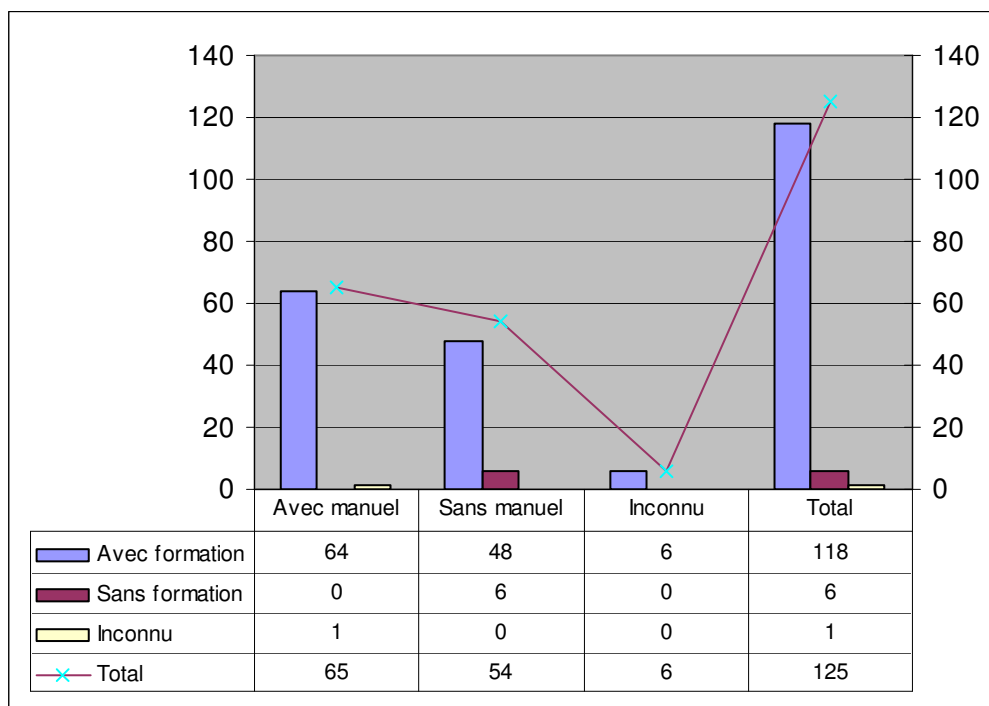


Graphique 42 : Répartition du type de volet infirmier du dossier patient en fonction de son orientation.

Si l'on considère le dossier infirmier en fonction de son orientation, soit purement dédié à la mise en évidence d'une démarche en soin, soit dirigé uniquement vers un encodage DI-RHM, soit associant les deux premières visions, on peut remarquer que le support informatique seul ou en association avec le dossier papier est davantage utilisé dans les dossiers à orientation démarche de soin avec 58,14% (25/43), alors qu'il ne représente que 31,71% (13/41) pour les dossiers purement DI-RHM ainsi que pour les orientations mixtes, mettant probablement en évidence la richesse supérieure d'un dossier informatisé.

5.1.4. Existence d'un manuel d'utilisation du dossier infirmier.

Pour être fonctionnel, un dossier infirmier devrait être accompagné d'un **manuel d'utilisation du dossier infirmier et d'une formation à l'utilisation de celui-ci**, le graphique 43 indique la répartition de la réalisation d'une formation à l'utilisation du volet infirmier du dossier patient en fonction de l'existence d'un manuel d'utilisation de ce volet.



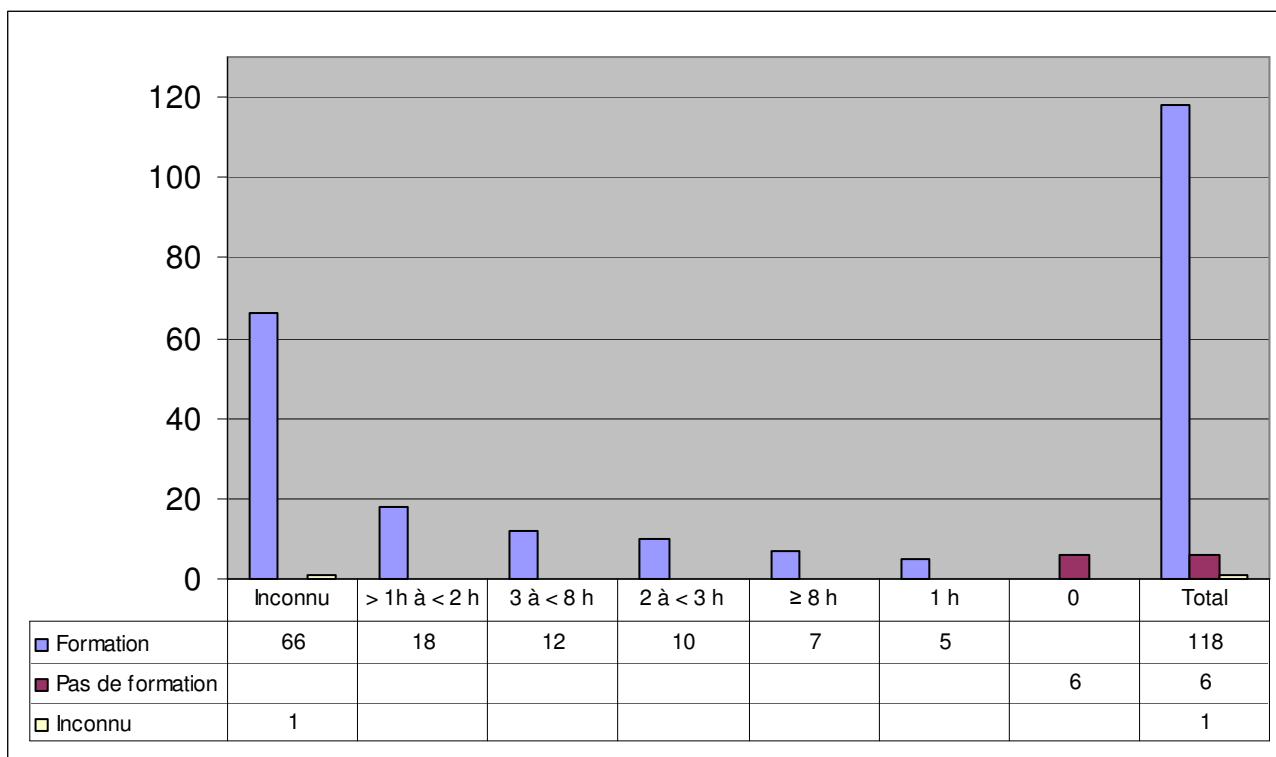
Graphique 43 : Répartition de la réalisation d'une formation à l'utilisation du volet infirmier du dossier patient en fonction de l'existence d'un manuel d'utilisation de ce volet.

Un peu plus de la moitié des hôpitaux (51,2% soit 64/125) a, à la fois, développé un manuel d'utilisation du dossier infirmier et une formation en lien avec ce manuel.

Une minorité de 4,8% des hôpitaux (6/125) n'a ni manuel d'utilisation du dossier infirmier, ni formation en lien avec celui-ci.

Il est surprenant de constater que 38,4% des hôpitaux (48/125) ont réalisé une formation au dossier sans le support d'un manuel d'utilisation.

Le graphique 44 présente la répartition de la durée de formation au volet infirmier du dossier patient par infirmier formé.



Graphique 44 : Répartition de la durée de formation au volet infirmier du dossier patient par infirmier formé.

Dans 66 hôpitaux sur 118 ayant réalisé une formation, soit 55,93%, on ne dispose pas d'informations permettant de connaître la durée de la formation en lien avec le dossier infirmier.

Dans 63,46 % des hôpitaux (33/52), la formation donnée aux infirmiers est inférieure à 3 heures.

Pour 36,54% (19/52), la formation a eu une durée supérieure à 3 heures.

A la lecture de ces chiffres, force est de constater que peu d'infirmiers ont reçu une formation « suffisante » au dossier infirmier ; en effet, étant donné la complexité du sujet, un temps de formation de l'ordre d'une journée par personne semble être souhaitable voire nécessaire.

5.2. Recommandations.

Le **dossier infirmier** et le dossier patient constituent la base objective pour réaliser l'enregistrement des données DI-RHM (A.R. du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier doit répondre - article 6).

Il est donc capital que celui-ci soit de qualité.

Tant la législation en vigueur à ce sujet que les « règles de bonnes pratiques » doivent guider les infirmiers dans l'élaboration de leur dossier infirmier.

Une série de recommandations ont déjà été faites à ce sujet dans le manuel de formation DI-RHM de 2006, celles-ci restent d'actualité et peuvent être résumées comme suit :

le dossier infirmier doit notamment :

- être utile aux infirmières dans leur pratique quotidienne : permettre la transmission fiable d'informations professionnelles écrites à propos du patient
- respecter l'AR du 28 décembre 2006, base légale
- intégrer les règles de « bonnes pratiques » en la matière : être un dossier « bien conçu » et « bien rempli », être un outil de communication entre les professionnels, rendre « visible » l'activité infirmière auprès du patient, constituer la preuve juridique de cette activité, ...
- permettre, secondairement, un enregistrement exhaustif des items DI-RHM dans le respect des règles du manuel de codage
- permettre, secondairement, l'enregistrement et l'extraction d'autres données de santé

Il est indispensable que tous les cadres et toutes les infirmiers du département infirmier connaissent et maîtrisent l'ensemble de ces informations et soient responsabilisés en cette matière.

Les cadres infirmiers sont responsables de fournir aux infirmiers de terrain un outil « dossier infirmier bien conçu », de les former à une bonne utilisation de l'outil et de contrôler la qualité des écrits.

Cette responsabilité quant à la qualité du dossier infirmier doit être clairement identifiée au sein de l'institution, il est souhaitable que les responsables de la qualité du dossier infirmier et de l'enregistrement DI-RHM collaborent sur ce sujet.

Les infirmiers de terrain sont responsables de « bien employer et remplir » cet outil, c'est-à-dire s'approprier un langage professionnel univoque et respecter des règles d'écriture professionnelle définie dans un manuel d'utilisation du dossier infirmier.

Il est conseillé de demander aux infirmiers de respecter ces règles durant toute l'année et pas seulement lors des périodes d'enregistrement ; sinon le message professionnel risque d'être tronqué et l'effort ne pas porter ses fruits.

Le travail de construction du dossier infirmier nécessite des compétences et une expertise spécifique en matière de concept et application de « la documentation des soins et de l'écriture professionnelle » : raisonnement clinique infirmier, démarche de soins, langage professionnel, anamnèse infirmière, programmation de soins ou diagramme d'activités infirmières, notes d'observation structurées, plan de soins de référence, plan de soins guide, plan de soins, procédure, ... (voir annexe 3).

La dynamique d'utilisation du dossier infirmier doit également être intégrée lors de la construction de l'outil en prévoyant la logique intellectuelle de passage d'un document à l'autre :

- les signes cliniques et les facteurs favorisant sont consignés dans l'anamnèse infirmière au départ ou dans les notes d'observation durant l'hospitalisation ; ils aboutissent à l'identification des problèmes de soins infirmiers du patient
- à partir de la mise en évidence des problèmes en soins infirmiers du patient, on réalise la programmation des activités de soins, après réalisation, ils sont validés dans le diagramme de soins
- les résultats des soins sont évalués dans les notes d'observation clinique et dans le diagramme de surveillance clinique

Il faut éviter, dès la conception de l'outil, toute répétition de la même information et prévoir où chaque information sera consignée.

Il faut éviter de faire référence dans le dossier infirmier aux codes d'enregistrement du DI-RHM, ceux-ci ne sont qu'une traduction codée de la réalité d'une prestation professionnelle spécifique ; des prestations différentes peuvent se traduire par un même code.

L'implantation du nouveau dossier nécessite des compétences spécifiques en gestion de projet et du changement, des compétences pédagogiques et des compétences relationnelles.

Il est souhaitable que le département infirmier acquière, si nécessaire, ces compétences et les mette en œuvre dans ce projet. Le recours à des cadres-experts dans ces matières pourra être utile.

L'implication du responsable qualité de l'institution est souhaitable dans ce processus.

Il serait bon également qu'un **manuel d'utilisation** du dossier infirmier soit rédigé afin de permettre au personnel de s'approprier l'outil.

Il décrira précisément le but, la structure et le contenu de chaque document et en précisera les modalités d'utilisation et de rédaction. De plus il précisera les relations entre les documents et le « circuit » de l'information professionnelle.

Il pourra également servir de base à un audit interne de la qualité de rédaction du dossier infirmier.

L'implantation à moyen terme d'un **dossier infirmier informatisé** est recommandée afin de permettre notamment une extraction automatique des données DI-RHM, mais surtout d'être un support facilitateur de l'intégration de la transcription des activités dans le soin en lui-même.

Les autorités se sont clairement positionnées en faveur d'un dossier patient informatisé ; un budget particulier a été dégagé en ce sens et plus particulièrement pour l'informatisation du volet infirmier du dossier patient (A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux modifié par A.R. du 19 septembre 2008 – coordination officieuse - article 29 § 10)

Le choix « éclairé » d'un logiciel de dossier infirmier informatisé est important pour l'institution et doit se faire sur la base d'un cahier des charges précis et pertinent.

Les qualités essentielles attendues d'un dossier infirmier informatisé sont notamment de:

- Respecter la législation en vigueur
- Intégrer les règles de « bonnes pratiques » déjà appliquées au dossier papier
- Intégrer les langages infirmiers sans confusion des concepts
- Permettre l'enregistrement de tous les items DI-RHM
- Permettre une extraction, exhaustive, pertinente et transparente au niveau de la traçabilité, des items DI-RHM
- Permettre l'extraction de toute autre donnée nécessaire soit à la gestion des institutions soit à l'administration.

Si différentes contraintes, liées au système informatique existant de l'institution, doivent être prises en compte, la priorité devrait être donnée à un outil qui réponde effectivement aux besoins des professionnels infirmiers et permette, secondairement, un enregistrement exhaustif du DI-RHM selon une traçabilité transparente.

Afin d'éviter un choix arbitraire de logiciel, une analyse de marché « pointue » et des tests devraient précéder toute décision dans ce domaine. Une collaboration de tous les acteurs de l'institution est indispensable pour assurer un choix judicieux et respectueux des besoins de tous.

Il est important de choisir un outil qui, tout en proposant une structure de base fiable au niveau professionnel (raisonnement clinique, langages infirmiers, extraction DI-RHM traçable, ...), soit « paramétrable » afin de s'adapter aux spécificités de l'institution et aux évolutions tant du domaine infirmier que du DI-RHM.

Il est important d'être très vigilant quant à l'analyse de l'offre de produits commerciaux.

En effet, certains producteurs de logiciel, au travers du produit fourni, montrent qu'ils n'ont pas compris clairement les caractéristiques indispensables d'un dossier infirmier de qualité (expertise spécifique nécessaire), ce qui entraîne de nombreux problèmes, tels que : confusion de concepts, liens logiques erronés, absence de dynamique de l'outil, extraction DI-RHM inexistante ou non traçable, non prise en compte de la dynamique de l'outil DI-RHM et manque d'actualisation du logiciel,...

Il faut également se méfier de certains produits qui ne sont pas « réellement » des dossiers infirmiers, en référence à la législation et aux bonnes pratiques, mais plutôt des outils d'enregistrement d'activités non validées par un raisonnement clinique et donc pas toujours justifiées, voire parfois non réalisées.

6. Les formations.

6.1. Constatations.

Dans le cadre du développement du projet, différents types de formation ont été organisées dans la plupart des institutions.

Il s'agit soit de formations au dossier infirmier, soit de formation au DI-RHM.

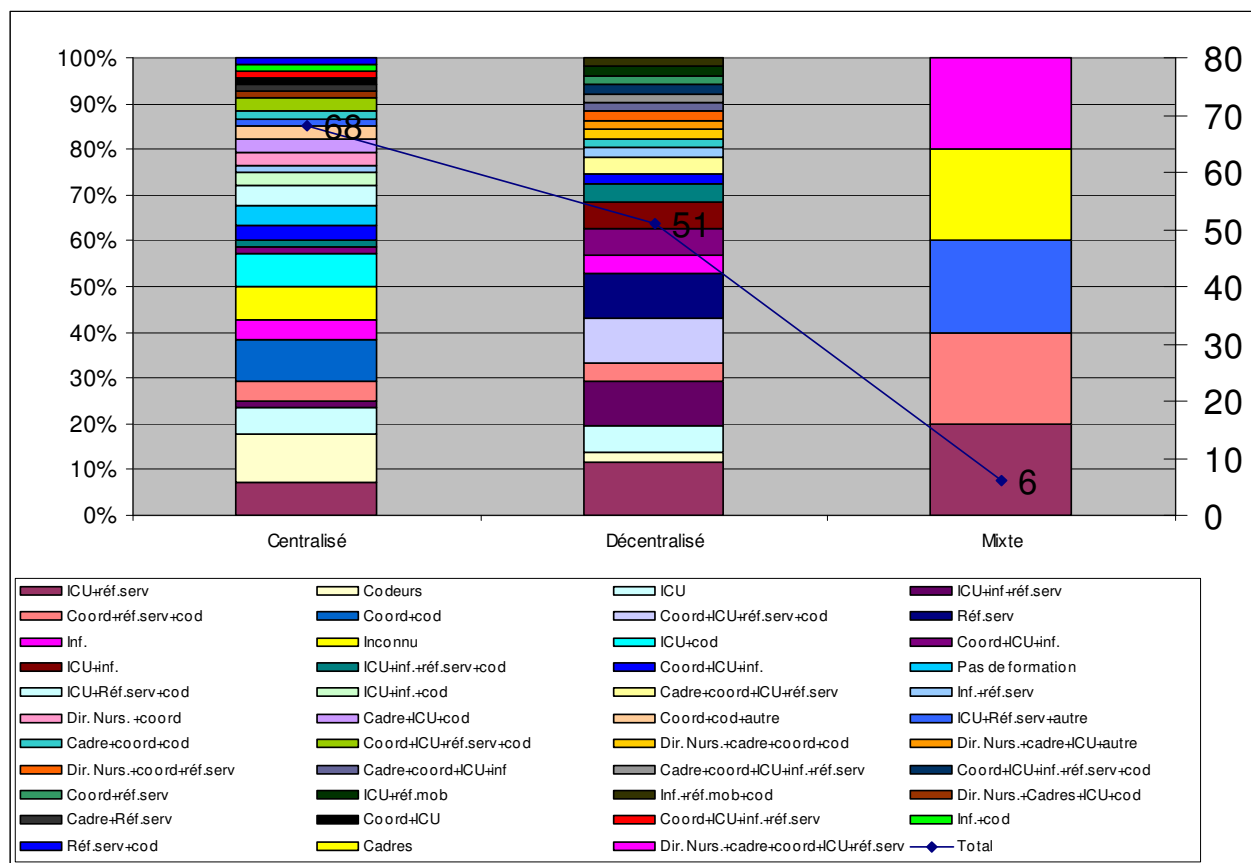
La formation au dossier infirmier a été envisagée au point 5.1.

La formation au DI-RHM a concerné, selon le type de système de codage et enregistrement mis en place, des personnes différentes.

6.1.1. Type de personnes formées au DI-RHM.

Le graphique 45 donne un aperçu du type de personnes formées au DI-RHM en fonction du système de codage mis en place dans l'institution : soit centralisé ou décentralisé :

- **Centralisé** : codage effectué par du personnel et dans un lieu dédiés spécifiquement à cette fonction
- **Décentralisé** : codage effectué par des infirmiers durant leur temps de travail habituel dans les services
- **Mixte** : cumul des deux options précédentes



Graphique 45 : Répartition du type de personnes formées au DI-RHM en fonction du système de codage.

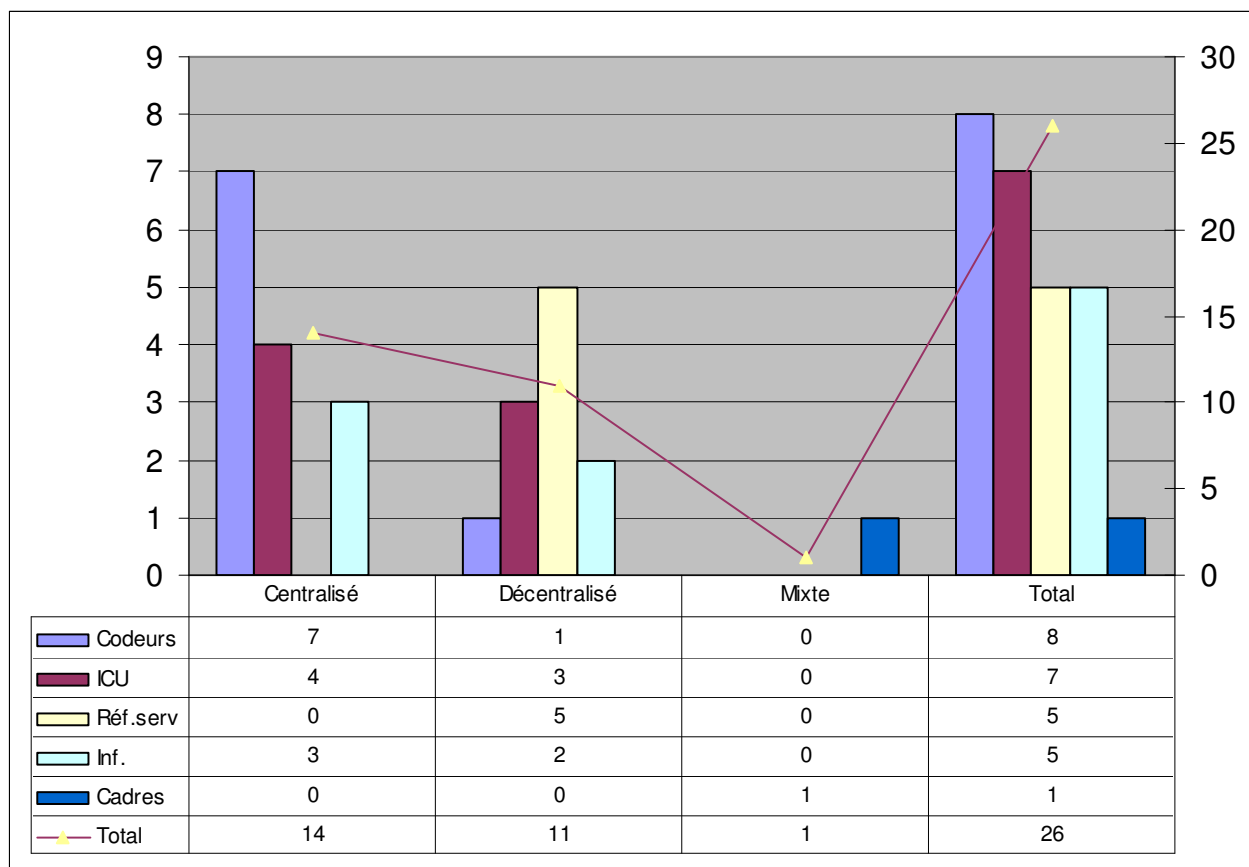
La très grande hétérogénéité de ce graphique montre le très large éventail de solutions développées pour la formation des personnes responsables du codage dans les différents hôpitaux.

Cette grande variété de personnes ou de groupes de personnes différentes, responsables du codage, laisse « perplexe » quant aux responsabilités à exercer et aux compétences nécessaires pour assurer ce travail avec rigueur.

Les graphiques 46 et 47 montrent le détail des personnes formées isolément ou en groupe. Ces graphiques ne tiennent pas compte, des 3 hôpitaux qui n’ont pas fait de formation ni des 5 qui ont fait une formation mais pour lesquels aucune information n’a été communiquée par rapport aux personnes formées, ce qui réduit le chiffre à 117 hôpitaux.

6.1.2. Formations dirigées vers un seul groupe de personnes.

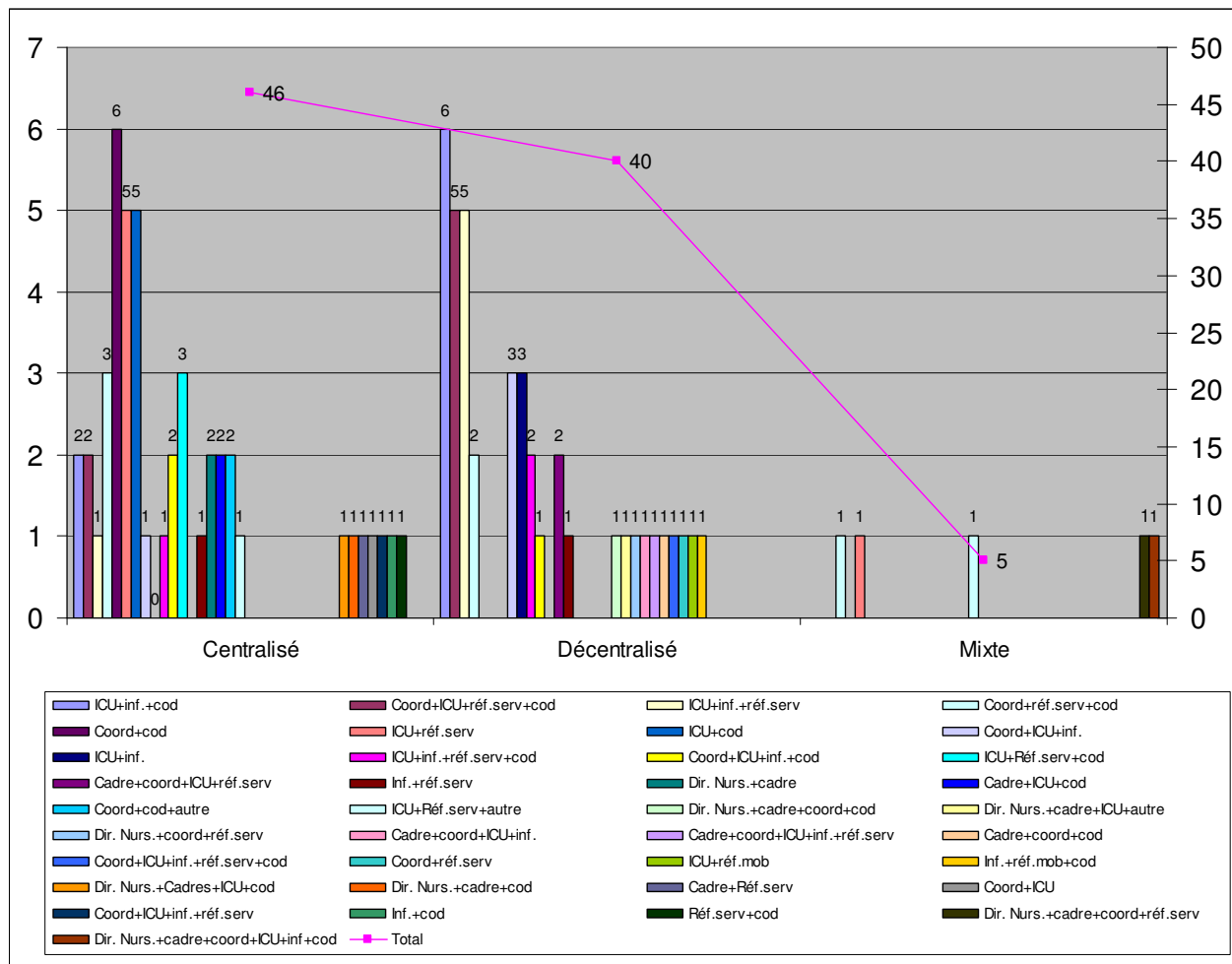
Une entité de 26 hôpitaux sur 117 (22,22%) a choisi de former un seul type de personnes au DI-RHM, il s'agit principalement de codeurs, I.C.U. et infirmiers de référence DI-RHM au sein des unités de soins.



Graphique 46 : Répartition du type de personnes isolées formées au DI-RHM en fonction du système de codage.

6.1.3. Formations dirigées vers plusieurs groupes de personnes.

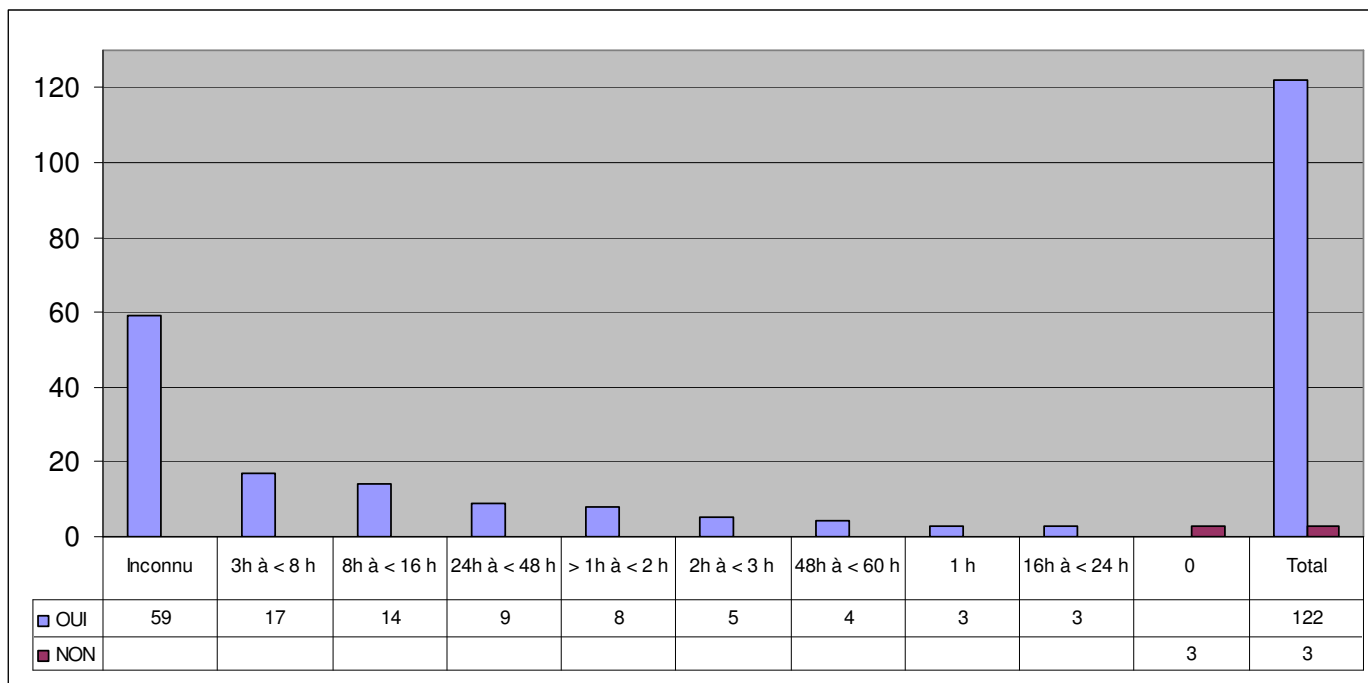
Une autre entité de 91 hôpitaux sur ces 117 ayant réalisé des formations DI-RHM (77,78%) a choisi de former des groupes de personnes au codage du DI-RHM ; on retrouve ici, à nouveau, une très grande hétérogénéité dans ces groupes, la plupart des solutions n'ayant été choisies que par un ou deux hôpitaux.



Graphique 47 : Répartition du type de groupes de personnes formées au DI-RHM en fonction du système de codage.

6.1.4. Durée de formation.

Le graphique 48 met en évidence la répartition de la durée de formation au DI-RHM par infirmier formé.



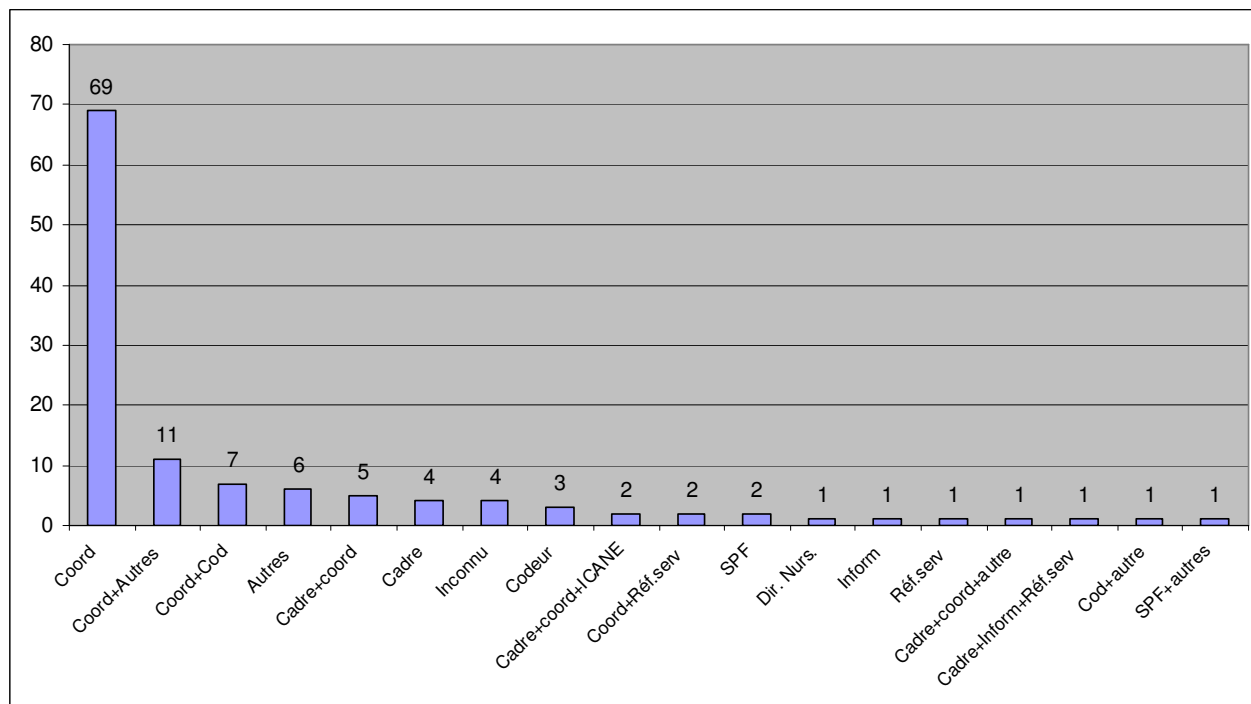
Graphique 48 : Répartition de la durée de formation au DI-RHM par infirmier formé.

Dans 48,36% des cas (59/122) la durée de cette formation n'est pas connue et dans 2,4% des cas (3/125), aucune formation n'a eu lieu.

Parmi les hôpitaux ayant réalisé une formation au DI-RHM, la majorité (47/63, soit 74,6%) a réalisé une formation d'une durée supérieure ou égale à 3 heures. On constate cependant que 25% (16/63) n'ont assuré qu'une formation inférieure à 3 heures, ce qui est très peu au vu de la complexité du sujet.

6.1.5. Personnes assurant la formation.

Le graphique 49 donne un aperçu des personnes qui ont assuré ces formations.



Graphique 49 : Répartition du type de formateur au DI-RHM.

On constate que, selon toute attente, c'est le coordinateur DI-RHM qui, dans 56,56% des cas (69/122), a assuré la formation du personnel au DI-RHM.

6.2. Recommandations.

Différents types de formations doivent être organisées dans le cadre de l'implantation et de la maintenance de l'enregistrement DI-RHM.

Ces formations vont différer selon le type de processus d'enregistrement mis en place.

La **formation essentielle** dans tous les cas doit porter sur la **qualité de rédaction du dossier infirmier** (voir point précédent) que celui-ci soit informatisé ou non.

Cette formation doit être menée par des formateurs compétents et motivés qui sauront « donner du sens » à leur message.

Il est regrettable de constater que parfois la seule motivation donnée au personnel relève de l'obligation légale de l'enregistrement DI-RHM.

Ce n'est pas ce type d'argument qui permettra de mener à bien ce projet, les cadres du département infirmier devront veiller à contribuer à donner ce « sens professionnel » à la formation : continuité des soins, visibilité des soins, responsabilité professionnelle, langage propre et pertinent, visibilité de la démarche clinique infirmière ...

Il est recommandé de former suffisamment, en qualité et en quantité, tous les membres du département infirmier sur ce thème et de responsabiliser chaque acteur selon sa fonction (voir point 2). Ces formations devront être récurrentes afin d'obtenir un résultat satisfaisant après évaluation. La compétence clinique et méthodologique des formateurs devra faire l'objet d'une attention particulière de la D.D.I. afin d'utiliser au mieux l'expertise et le temps de chacun.

La **formation au codage et à l'enregistrement** doit être réservée aux personnes en charge de ce travail qui vont développer une expertise spécifique dans ce domaine. Il est difficile, voire impossible, de demander à tous les infirmiers d'une institution de devenir des « experts du codage ». Hors, seule cette expertise est de nature à garantir la qualité des données.

Par ailleurs, le recours à des sociétés extérieures peut être un support intéressant qu'il convient toujours de considérer avec jugement objectif car les risques d'interprétation erronée tant des items que de leur utilisation futures sont réels ; ces formations sont des compléments mais ne peuvent en rien remplacer l'information officielle, la plus récente, donnée par le S.P.F. (version actualisée du manuel de codage, F.A.Q., circulaires, futures séances de formation, ...).

7. Contrôle des données.

7.1. Constatations.

Les constatations faites par le S.P.F. durant les audits exploratoires mettent en lumière que le **contrôle interne de la qualité des données** n'est pas encore généralisé à l'ensemble des institutions et/ou n'est pas encore toujours réalisé avec toute la rigueur nécessaire à cette étape du processus d'enregistrement.

Les raisons invoquées sont multiples : manque de prise de conscience de la nécessité de cette démarche, pas de responsable désigné, manque de temps, manque de moyens,

Il est indispensable que cette étape du processus d'enregistrement puisse être améliorée si nécessaire ; la D.D.I. est en charge d'en assurer l'organisation et la fiabilité.

7.2. Recommandations.

Le **contrôle interne** de la qualité des données infirmières et de personnel doit être réalisé chaque trimestre après l'enregistrement. Différents logiciels présents sur le marché proposent des outils intéressants pour obtenir des données de qualité.

Les problèmes rencontrés doivent faire l'objet de correction et d'information complémentaire auprès des codeurs afin d'éviter ces erreurs à l'avenir.

Il est important d'y avoir recours et de tenir un tableau de bord de l'évolution de ceux-ci.

Ces contrôles internes et les corrections qu'ils engendrent doivent permettre l'envoi des données dans de bonnes conditions via le Portahealth.

Le **contrôle externe**, via Portahealth, et les tableaux de globalisation proposés par le S.P.F. doivent être analysés en détail, régulièrement, par le département infirmier et peuvent servir de base au développement du projet et à l'amélioration de la qualité des données ainsi qu'à leur utilisation à des fins de gestion.

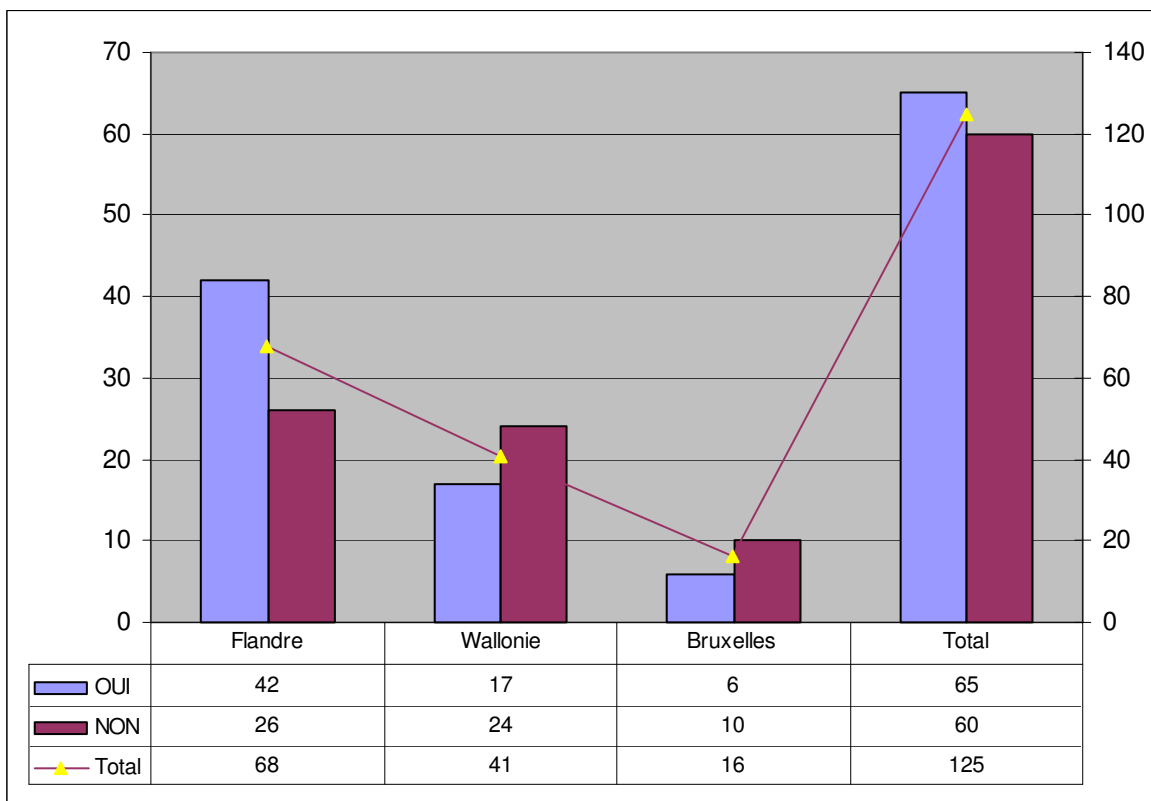
8. Les audits internes et le feedback.

8.1. Constatations.

Au cours des audits exploratoires, on a constaté que certains hôpitaux réalisaient des audits internes ; ceux-ci avaient déjà été conseillé par le S.P.F. et réalisés par certains dans le cadre de l'enregistrement RIM.

Les graphiques 50, 51 et 52 présentent des résultats concernant l'audit interne de la qualité du dossier infirmier, l'audit interne de la qualité du codage et l'audit interne de la qualité de l'enregistrement.

8.1.1. Audit interne de la qualité du dossier infirmier.

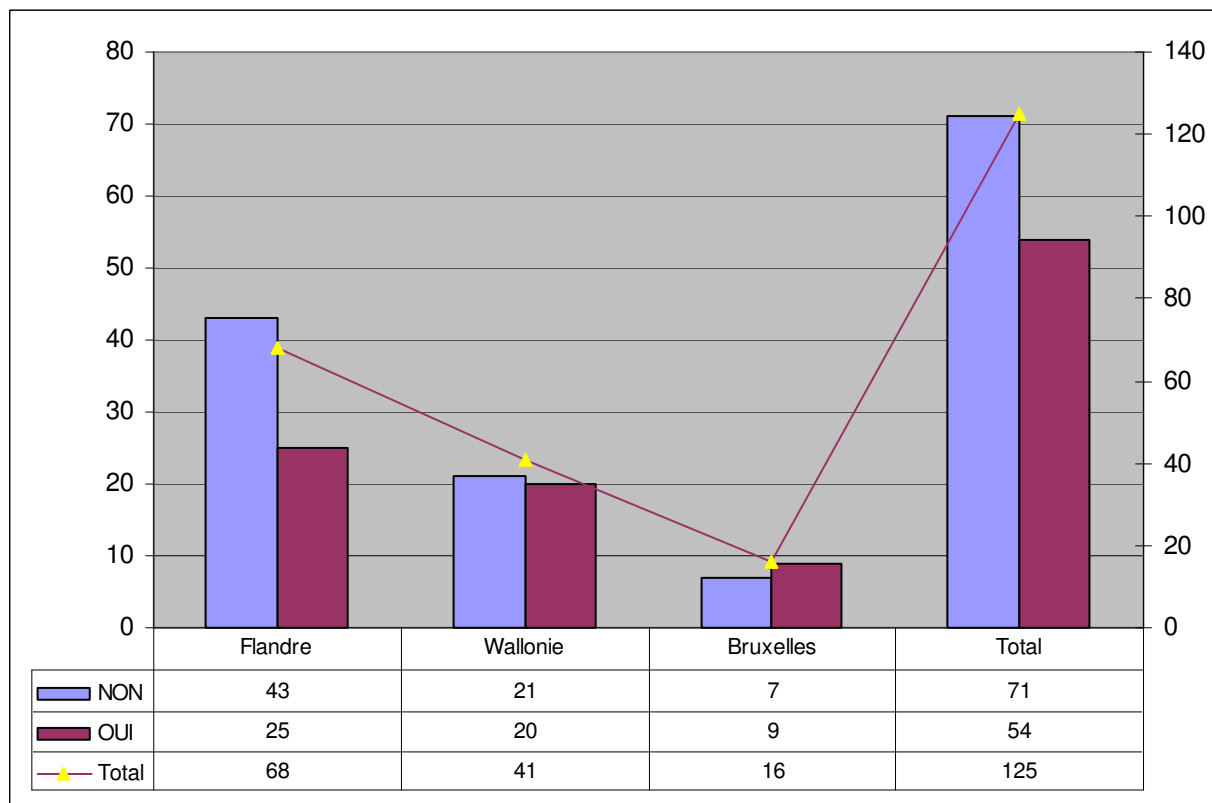


Graphique 50 : Répartition régionale de la réalisation d'audit interne de la qualité du dossier infirmier.

Dans l'ensemble, 52% des hôpitaux (65/125) réalisent des audits internes de la qualité du dossier infirmier.

Cette proportion est plus élevée en Flandre avec 61,76% (42/68) qu'en Wallonie (41,46% soit 17/41) et qu'à Bruxelles (37,5% soit 6/16).

8.1.2. Audit interne de la qualité du codage DI-RHM.

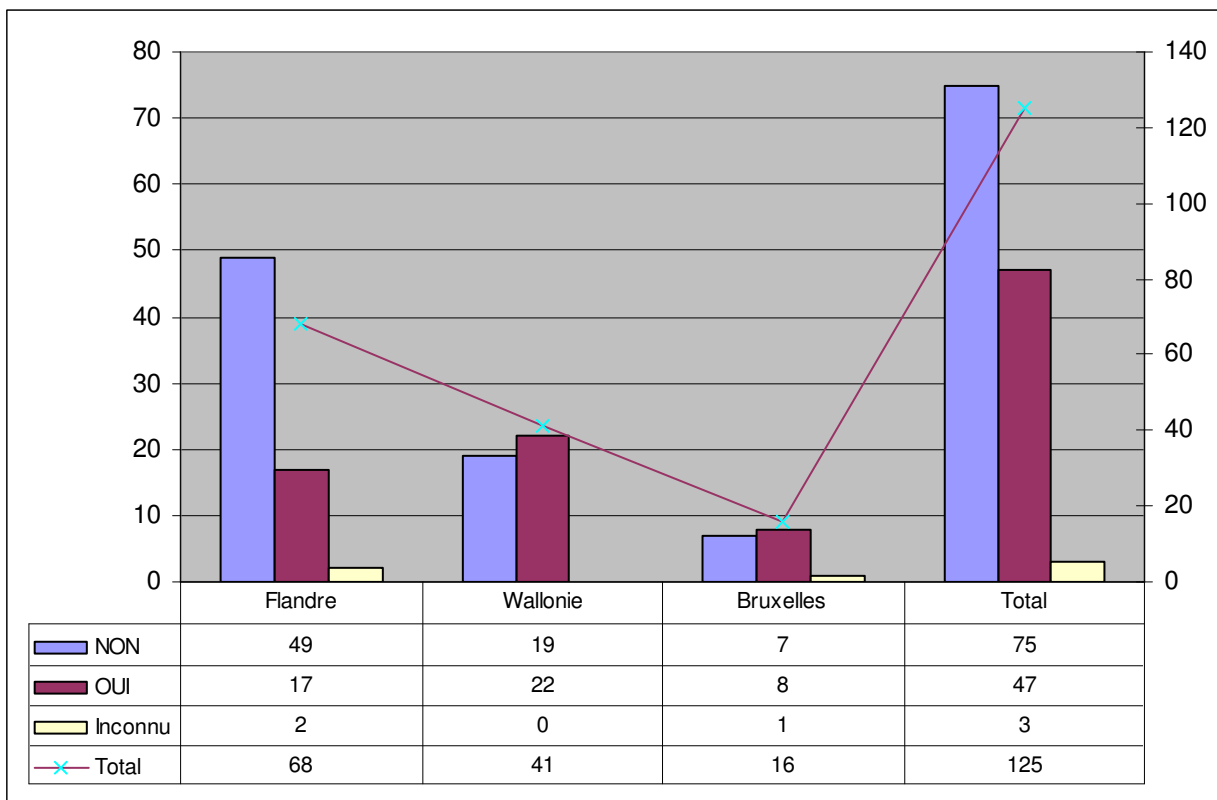


Graphique 51 : Répartition régionale de la réalisation d'audit interne de la qualité du codage DI-RHM.

Dans l'ensemble, 56,8% des hôpitaux (71/125) ne réalisent pas d'audits internes de la qualité du codage des données.

Cette proportion est plus élevée en Flandres avec 63,24% (43/68) qu'en Wallonie avec 51,22% (21/41) et qu'à Bruxelles avec 43,75% (7/16).

8.1.3. Audit interne de la qualité de l'enregistrement des données.



Graphique 52 : Répartition régionale de la réalisation d'audit interne de la qualité de l'enregistrement des données.

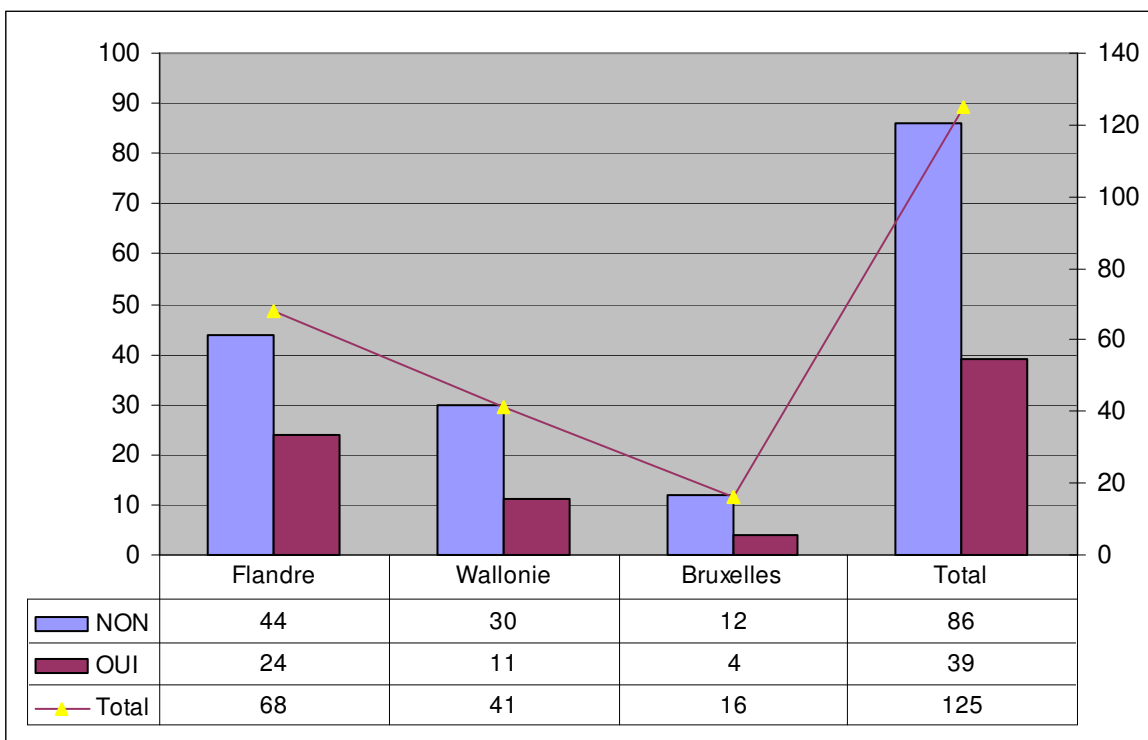
Dans l'ensemble, 60% des hôpitaux (75/125) ne réalisent pas d'audits internes de la qualité d'enregistrement des données.

Cette proportion est plus élevée en Flandre avec 72,06% (49/68) qu'en Wallonie avec 43,34% (19/41) et qu'à Bruxelles avec 43,75% (7/16).

De manière générale, il est surprenant de constater qu'encore actuellement, après plus de vingt ans d'enregistrement, certaines institutions ne font toujours pas d'analyse rétrospective de la qualité de leurs données.

8.1.4. Recours à d'autres applications internes.

Comme illustré sur le graphique 53, de manière générale, 39 institutions sur 125 (31,2%) ont recours à des applications internes pour utiliser les données enregistrées à des fins de gestion.



Graphique 53 : Répartition régionale de l'utilisation d'autres applications internes.

Ces applications internes se répartissent en 8 types d'applications différentes, telle que présentées dans le tableau 2 ; certaines institutions ont développé plusieurs applications internes différentes.

Applications internes	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Total
Feedback aux unités	13	-	2	15
Charge de travail	3	2	1	6
Contrôle qualité	4	-	-	4
Profil de patients	3	-	1	4
Attribution du personnel	-	1	2	3
Différenciation de fonction	-	2	-	2
Audit données personnel	-	2	-	2
Gestion des lits	-	2	-	2
Total	23	9	6	38

Tableau 2 : Répartition régionale des différentes applications internes utilisées.

Un total de 38 utilisations d'applications internes a été relevé dans l'ensemble des hôpitaux audités, l'application la plus fréquente est celle consacrée au feedback aux unités de soins avec 39,47% (15/38), suivi par une application en lien avec la charge de travail 15,78% (6/38).

8.2. Recommandations.

La réalisation régulière d'audits internes est recommandée en cours d'année, soit durant l'enregistrement soit entre ceux-ci.

Ils doivent porter sur la qualité de rédaction du dossier, la qualité de codage des données infirmières et la qualité de codage des données de personnel.

L'audit interne de la qualité de rédaction des dossiers infirmiers doit permettre de vérifier et d'améliorer, si nécessaire, l'écriture professionnelle des infirmières et la compréhension et le respect des règles du manuel de rédaction du dossier infirmier.

Il doit faire l'objet d'un rapport écrit et de graphiques permettant de visualiser les points forts et les points faibles, il est le point de départ d'un processus d'amélioration continue de la qualité.

Il doit être communiqué dans l'institution et commenté par les cadres du département infirmier au sein des équipes afin de permettre des échanges constructifs et de favoriser les évolutions.

L'audit interne de la qualité de codage des données infirmières doit permettre de vérifier et d'améliorer, si nécessaire, la qualité du codage par les personnes qui en sont responsables.

Il doit faire l'objet d'un rapport écrit et de graphiques permettant de visualiser les points forts et les points faibles de chaque codeur et permettre au coordinateur de renforcer l'encadrement selon les besoins.

Il prépare l'audit externe des autorités.

L'audit interne de la qualité de codage des données de personnel doit permettre de vérifier et d'améliorer, si nécessaire, la qualité du codage par les personnes qui en sont responsables.

Il doit faire l'objet d'un rapport écrit et de graphiques permettant de visualiser les points forts et les points faibles de chaque codeur et permettre au coordinateur de renforcer l'encadrement selon les besoins.

Des **feedback internes** de l'ensemble du projet devraient être réalisés régulièrement au niveau des infirmiers des U.S., des I.C.U., des I.C.S., de la D.D.I., de la Direction générale et financière.

Ils doivent se baser sur des indicateurs précis qui seront évalués de manière récurrente et formeront un tableau de bord du projet.

Ils permettent de « donner du sens » au projet et d'en mesurer les bénéfices.

La responsabilité de la coordination de l'ensemble du processus est sous la responsabilité de la D.D.I.

L'utilisation en interne, à des fins de gestion, des données récoltées par l'enregistrement est vivement recommandée ; pour ce faire différentes **applications** peuvent être développées, notamment en matière de gestion de la qualité des soins, de gestion du personnel, de gestion du matériel, de gestion de la formation, ...

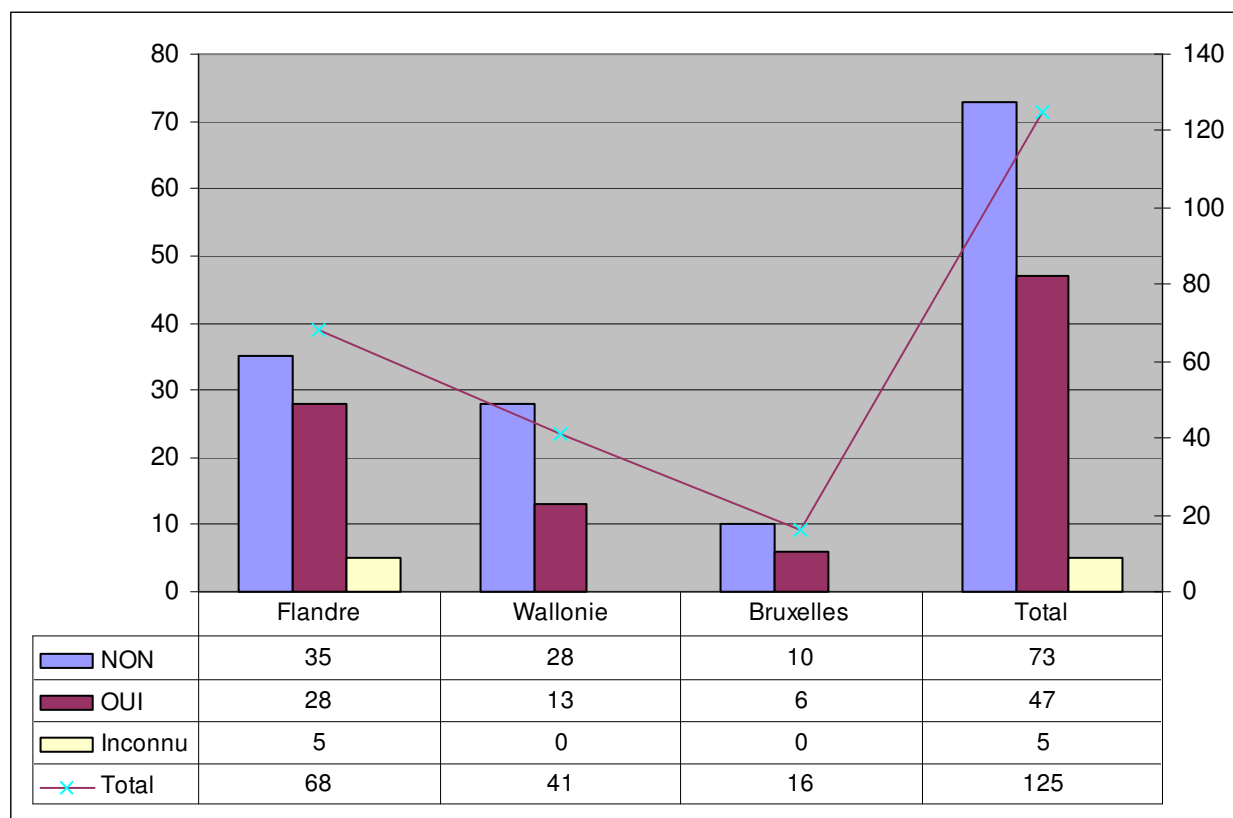
Pour développer des applications utilisables, il faut, au préalable, s'assurer que les données utilisées soient de qualité et conforme à la réalité.

9. Le benchmarking des données.

9.1. Constatations.

Depuis de nombreuses années, dans le cadre des enregistrements RIM et RCM, un certain nombre d'hôpitaux ont eu recours à un benchmarking de leurs données afin d'en optimiser la qualité.

Cette tendance s'est développée avec l'enregistrement RHM, au cours de l'audit exploratoire, différentes constatations ont été faites en lien avec cet aspect du processus d'enregistrement.



Graphique 54 : Répartition régionale du recours au Benchmarking.

Dans l'ensemble, 37,6% (47/125) des institutions auditées ont recours à un benchmarking de leurs données.

La répartition régionale montre certaines différences, en effet on constate qu'en Flandre 41,18% (28/68) ont recours à un benchmarking contre 37,5% (6/16) à Bruxelles et 31,71% (13/41) en Wallonie.

9.2. Recommandations.

Le **benchmarking** des données RHM est recommandé dans la mesure du possible afin de permettre à l'institution de se comparer à d'autres institutions et d'apprécier sa performance en matière d'enregistrement. Il vise l'obtention de données enregistrées reflétant complètement l'activité effectivement réalisée, fiables et validées.

Pour rappel :

- Le **benchmarking** (en français : **étalonnage** ou **analyse comparative** ou **parangonnage**³) est une technique de *marketing* ou de *gestion de la qualité* qui consiste à étudier et analyser les techniques de gestion, les modes d'organisation des autres *entreprises* afin de s'en inspirer et d'en retirer le meilleur. C'est un processus continu de recherche, d'analyse comparative, d'adaptation et d'implantation des meilleures pratiques pour améliorer la performance des processus dans une organisation.

- Un benchmark est un indicateur chiffré de performance dans un domaine donné (qualité, productivité, rapidité et délais, etc.) tiré de l'observation des résultats de l'entreprise qui a réussi le mieux dans ce domaine. Cet indicateur peut servir à définir les *objectifs* de l'entreprise qui cherche à rivaliser avec elle.

La mise en œuvre de cette technique suppose le recours à court terme à une société extérieure qui offre ce service et /ou à moyen terme à l'utilisation des feedback du S.P.F. après validation des bases de données.

Tout comme pour les centres de formations indépendants, tout en leur reconnaissant une certaine valeur, il convient évidemment de demeurer vigilant quant au choix des sociétés offrant ce service ; la qualité du service fourni peut être variable et la pertinence de l'information donnée se révéler inégale : erreurs d'interprétation des items, conseils d'enregistrement erronés, banque de données non représentatives de l'ensemble des hôpitaux et non validées par le S.P.F.,...

L'information et les données de feedback fournies par ces sociétés **doivent être utilisées avec « éthique professionnelle »** ; il s'agit d'obtenir l'enregistrement des soins effectivement réalisés, et non pas d'enregistrer aussi des soins non réalisés et/ou non justifiés ou conformes au profil réel du patient sur le plan clinique, afin de ne pas favoriser une optimisation à outrance des données.

³ Procédure d'évaluation par rapport à un modèle reconnu, inscrite dans une recherche d'excellence (publié le 14/08/1998 – éd. Commission de l'économie et des finances).

10. L'archivage du dossier infirmier.

10.1. Constatations.

Les articles 15 et 17 quater de la loi sur les hôpitaux et leurs arrêtés d'exécution indiquent que l'hôpital doit conserver les dossiers des patients

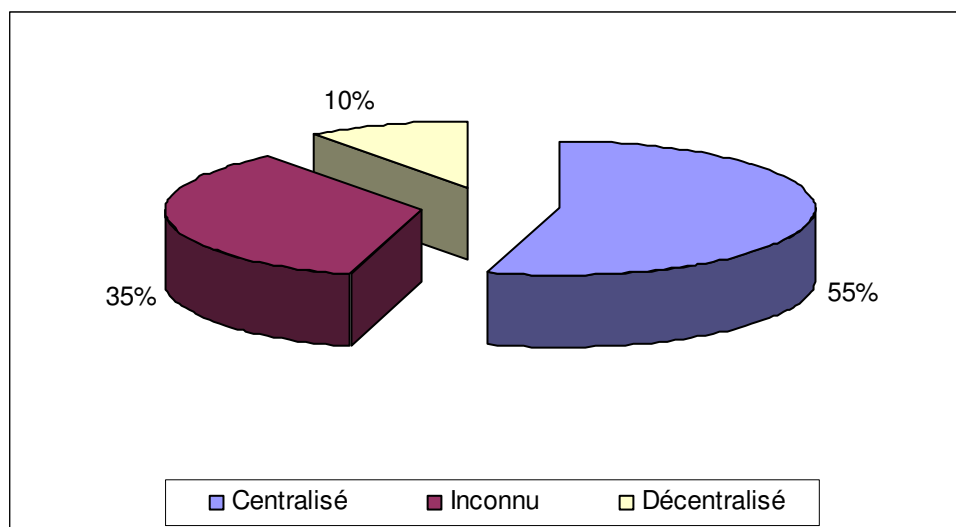
Ils donnent des précisions sur le dossier médical et sur le dossier infirmier, mais ne parlent pas des dossiers des paramédicaux.

Les règles de « bonnes pratiques » préconisent de réaliser un archivage commun de l'ensemble des documents concernant le patient et l'appelle le dossier patient

L'article 1, §3, de l'A.R. du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17quater de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre, stipulant un devoir de conservation de 20 ans.

10.1.1. Lieu d'archivage du dossier du patient.

Le graphique 55 montre les différents lieux d'archivage du dossier patient rencontrés durant l'audit.



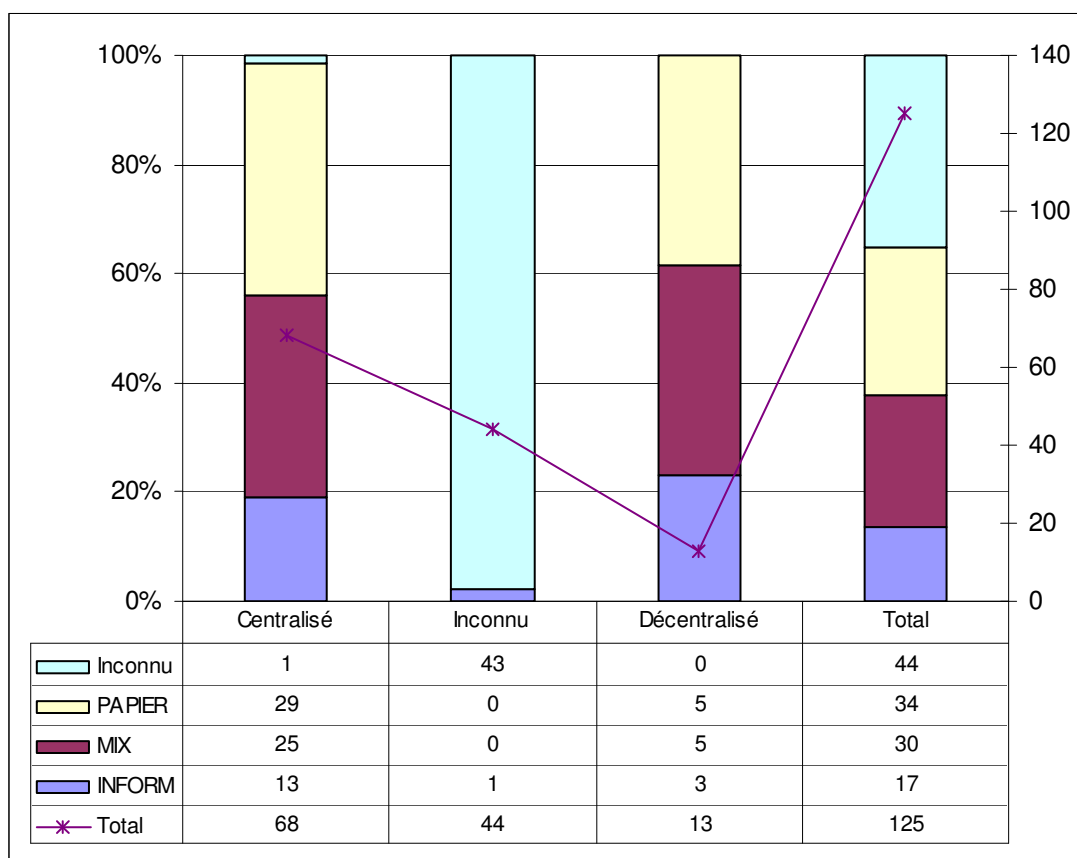
Graphique 55 : Lieu d'archivage.

Un peu plus de la moitié des hôpitaux (54,4% soit 68/125), a recours à un archivage centralisé, alors que 10,4% (13/125) d'entre eux ont choisi un archivage décentralisé.

Malheureusement cette information n'a pas pu être recueillie dans 35,20% des hôpitaux audités (44/125).

10.1.2. Type d'archivage.

Le graphique 56 donne un aperçu du type d'archivage utilisé en lien avec le lieu d'archivage.



Graphique 56 : Type d'archivage en lien avec le lieu d'archivage.

Dans 35,2% des cas, soit 44/125 le type d'archivage est inconnu.

Dans les hôpitaux pour lesquels cette information est connue, 41,97% procèdent par archivage papier (34/81), 37,04% réalisent un archivage mixte (30/81) et 20,99% utilisent un archivage totalement informatisé (17/81).

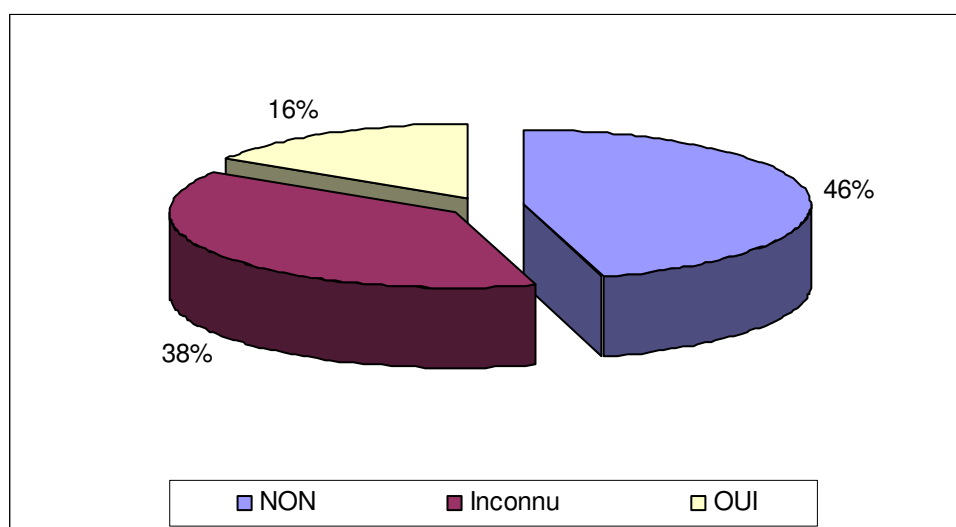
Les chiffres concernant l'archivage informatisé reprennent à la fois l'archivage de dossiers patients informatisés et celui de dossiers papier complètement scannés.

L'archivage papier est principalement présent en système d'archivage centralisé avec 29 hôpitaux sur 34 (85,30%).

Dans le système d'archivage centralisé, la méthode la plus utilisée est donc le papier (42,65%) suivie de l'archivage mixte (36,76%) et de l'informatisation complète (19,12%).

10.1.3. Présence d'un manuel d'archivage du dossier du patient.

Le graphique 57 indique la connaissance de la présence ou l'absence d'un manuel d'archivage reprenant la procédure à respecter pour un archivage efficace.

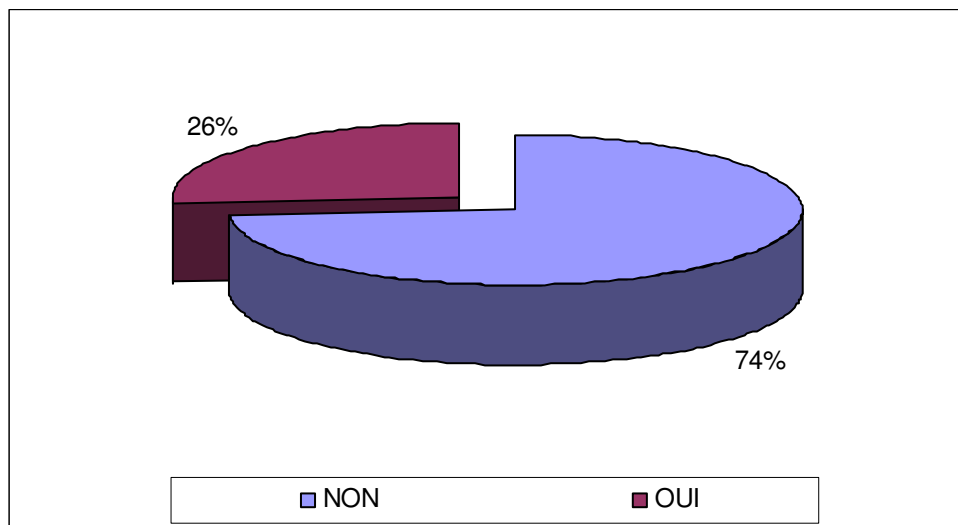


Graphique 57 : Connaissance de la présence d'un manuel.

Un nombre important d'hôpitaux n'ont pu donner ce type d'information (38,4% soit 48/125).

Le graphique 58 ne tient compte que des hôpitaux pour lesquels l'information était disponible.

Parmi les 77 autres hôpitaux disposant de cette information, 25,98% (20/77) font référence à un manuel d'archivage afin de garantir la qualité du processus d'archivage.



Graphique 58 : Présence d'un manuel d'archivage.

10.2. **Recommandations.**

Il est recommandé, si ce n'est déjà le cas, de mettre en place un **archivage centralisé** des dossiers patient.

La qualité de cet archivage est indispensable, notamment, pour permettre des audits externes par les autorités.

Il est conseillé de rédiger une **procédure d'archivage** qui permette de retrouver facilement et chronologiquement chaque document du dossier infirmier ; par ailleurs, ceux-ci doivent comporter absolument le nom, le numéro unique et la date d'hospitalisation du patient afin de pouvoir valider chaque document.

En cas de « scanning » des documents, il faut s'assurer de la qualité de lecture et d'identification des documents après traitement.

Le manuel de rédaction de chaque type de dossier infirmier doit également être archivé et disponible pour un audit externe.

Un **audit interne** régulier du respect de cette procédure doit permettre de vérifier le respect de ces consignes et la sécurité du circuit d'archivage.

Il a été constaté que ceci pose problème dans certains établissements et que, notamment, cela ralentit le processus de codage des données voire le rend très aléatoire. Il est indispensable, si c'est le cas, de mettre en œuvre des mesures correctives.

11. Conclusions.

La réalisation d'audits exploratoires pour l'ensemble des institutions hospitalières belges a été l'occasion de créer et favoriser des contacts privilégiés avec le secteur.

Outre les nombreux avis et conseils dispensés et destinés à guider et améliorer le processus d'enregistrement du DI-RHM opéré dans les hôpitaux, ces audits exploratoires ont permis de mettre en évidence les points forts et les points faibles développés dans le cadre de l'implantation de ce nouvel outil d'enregistrement des activités infirmières.

Il convient de féliciter les nombreux efforts consentis dans les travaux de réflexion entamés autour de la refonte du volet infirmier du dossier patient de chaque hôpital. Cette actualisation s'est effectuée à des niveaux et vitesses variables en fonction des priorités fixées par les institutions hospitalières. Cependant, d'une manière générale, une majorité des hôpitaux s'est constitué un nouveau dossier infirmier permettant une meilleure visualisation de la démarche infirmière, garante d'une transmission de qualité et d'un enregistrement DI-RHM répondant aux exigences du S.P.F. Ces travaux doivent perdurer et la formation à l'écriture professionnelle doit être continue.

De même, il convient de souligner la volonté de la majorité des hôpitaux d'informatiser leur dossier patient et plus particulièrement le volet infirmier de celui-ci. Si des disparités peuvent être observées dans l'état d'avancement de cette informatisation, il faut néanmoins reconnaître que les réflexions ne cessent et que les progrès sont constants.

Toutefois, ces audits exploratoires ont permis également de faire le point sur certains éléments défavorables à un enregistrement de qualité.

Ainsi, divers problèmes fréquents de codage ont été rencontrés au cours des audits exploratoires, ils relèvent de problèmes récurrents tels que:

- Une qualité de conception du dossier infirmier insuffisante parfois ;
- Une piètre qualité de rédaction du dossier infirmier souvent ;
- Des connaissances cliniques du codeur insuffisantes ;
- Un manque de rigueur lors de l'interprétation clinique du codeur ;
- Une qualité de formation du codeur faisant parfois défaut ;
- Une qualité de coordination de l'enregistrement pouvant être déficiente voire inexistante.

Ces différents problèmes doivent être évalués et corrigés, si nécessaire, au sein de l'institution par la direction du département infirmier en collaboration avec les différents acteurs pouvant intervenir dans l'enregistrement du RHM, et ce à tous niveaux (Ressources humaines, département médical, département informatique,...).

Faire de la coordination et du codage DI-RHM ne s'improvise pas, cela suppose expertise et expérience.

Il est recommandé de :

- sélectionner des candidats motivés ayant un profil pertinent (« ce n'est pas une voie de garage »)
- de donner un soutien institutionnel fort au projet tant du point de vue conceptuel que matériel
- de permettre et de favoriser une formation continue des codeurs et du coordinateur dans tous les domaines ayant trait à l'enregistrement
- de favoriser les échanges des codeurs et des coordinateurs avec leurs homologues d'autres institutions afin d'échanger sur leurs pratiques
- de s'assurer que le coordinateur DI-RHM dispose de suffisamment de temps effectif pour assurer ses missions
- de s'assurer que le coordinateur DI-RHM et le cadre responsable du dossier infirmier échangent et travaillent effectivement ensemble sur le projet
- de s'assurer que le coordinateur DI-RHM et les cadres du département infirmier travaillent effectivement ensemble sur le projet

Les problèmes fréquents de codage DI-RHM peuvent s'articuler autour de différents thèmes :

- lecture et/ou compréhension insuffisante des informations générales du manuel de codage
- lecture et/ou compréhension insuffisante d'un item
- manque de connaissances quant au(x) concept(s) clinique(s) sous-jacent(s) à l'item
- interprétation erronée de l'item à cause d'un raisonnement clinique insuffisant
- interprétation erronée d'un item à cause d'un manque de connaissances professionnelles dans certains domaines d'activité infirmière
- qualité de rédaction de la démarche infirmière de piètre qualité,

Ces problèmes fréquents de codage doivent être dépistés par le coordinateur DI-RHM et faire l'objet de mises au point et formation interne.

Le coordinateur DI-RHM doit s'assurer lui même d'être parfaitement au clair avec les règles de codage et ne pas faire des interprétations personnelles aléatoires.

12. Le rôle du S.P.F.

Afin d'aider les institutions dans l'implantation et la poursuite du projet, le S.P.F. réalise ou a réalisé:

- L'actualisation et la publication d'un manuel de codage du DI-RHM, si nécessaire par année d'enregistrement ;
- La publication, deux fois par an de F.A.Q. ;
- Des réponses individuelles aux questions envoyées via l'adresse info.rhmzg@health.fgov.be ;
- Des formations de base au DI-RHM ;
- Des communications avec le terrain sur l'évolution du projet via des journées d'information ;
- Des communications avec le terrain sur l'évolution du projet via les associations professionnelles et les fédérations hospitalières au sein d'une commission d'accompagnement ou par contacts directs avec celles-ci ;
- La mise à la disposition des hôpitaux des globalisations et feedback des données enregistrées ;
- Des audits externes des données DI-RHM : audits exploratoires du processus d'enregistrement, audits classiques des données, audits spéciaux des données ;
- Un encouragement des hôpitaux à développer des outils d'utilisation internes des données à des fins de gestion et favorise l'échange d'expériences à ce sujet ;
- Des communications avec le terrain sur l'utilisation des données dans différents projets via des commissions d'accompagnement et des journées d'information (Profi(e)l DIVG, WIN, Welame, Best, Guidelines, ...) ;
- La collaboration à la coordination et l'actualisation du manuel d'enregistrement.

Par ailleurs, à moyen terme, le S.P.F. souhaite réaliser:

- L'organisation de formations spécifiques sur certains groupes d'items : items + instruments de mesure, items + plans de soins, items + plans d'éducation, ... ;
- Une certification de « coordinateur DI-RHM » ;
- L'organisation de formations à l'audit interne ;
- La révision, si nécessaire, avec des experts infirmiers spécifiques par champs d'activité, certains items en référence à la classification NIC et à l'EBN ;
- Le développement des contacts avec les enseignants de soins infirmiers afin d'intégrer le DI-RHM et ses bases scientifiques dans le programme de formation ;
- Des audits communs des données infirmières et médicales ;
- Une meilleure coordination au niveau fédéral et communautaire des nombreux enregistrements demandés aux hôpitaux, notamment une harmonisation des enregistrements de personnel (RHM, Finhosta, INAMI, ...).
- Une proposition, dans l'avenir, de création et du financement officiel de cette fonction dans le B.M.F. afin d'en assurer la pérennité.

ANNEXES.

Annexe 1 : Bases légales de la constitution d'un dossier infirmier et de l'enregistrement des données infirmières.....	91
Annexe 2 : Description de fonction du « coordinateur DI-RHM ».....	94
Annexe 3 : Terminologie liée au volet infirmier du dossier patient.....	95
Annexe 4 : Constatations : tableaux supplémentaires.....	100

Annexe 1 : Bases légales de la constitution d'un dossier infirmier et de l'enregistrement des données infirmières.

Wettelijke referenties – Références légales	
In verband met de wet op de ziekenhuizen	En lien avec la loi sur les hôpitaux
Wet op de ziekenhuizen van 23 december 1963 gecoördineerd op 7 augustus 1987 en zijn wijzigingen. Artikels 15, 17 bis tot quinquies, 86,87 tot 98, 104, 115	Loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963, coordonnée par AR du 7 août 1987 et ses modifications notamment articles 15, 17 bis à quinquies, 86, 87 à 98, 104, 115
KB van 6 december 1994 houdende bepaling van de regels welke bepaalde statistische gegevens moeten worden meegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en wijzigingen.	AR du 6 décembre 1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et modifications.
KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen en wijzigingen. Art. 29 §10	AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux et ses modifications. Article 29 §10
KB van 13 juli 2006 houdende uitvoering van artikel 17 bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, voor wat de functie van hoofdverpleegkundige betreft. Artikel 4	AR du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17 bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmière en chef Article 4
KB van 14 december 2006 houdende uitvoering van artikel 17 bis van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, voor wat de functie van het hoofd van het verpleegkundig departement betreft. Artikel 5	AR du 14 décembre 2006 portant exécution de l'article 17 bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier-chef de service Article 5
KB van 28 december 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel	AR du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17 quater de la loi sur les hôpitaux,



17 quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen. Artikel 2 § 2 en artikel 6	coordonnée le 7 août 1987, doit répondre. Article 2 § 2 et article 6
KB van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden meegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. Artikel 6	AR du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions Article 6
In verband met de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen	En lien avec l'exercice des professions des soins de santé
Het KB van 10 november 1967 n°78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Hoofdstuk 1ter	AR du 10 novembre 1967 n°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Chapitre 1 ^{er} ter
Het K.B. van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen en wijzigingen.	AR du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens, 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 et modifications.
Ministriële omzendbrief betreffende het KB van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, gericht aan de beheersorganen van de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen, de rustoorden voor bejaarden, de diensten voor thuisverpleging, de artsen en de	Circulaire ministeriële relative à l'AR du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, adressée aux organes de gestion des hôpitaux, maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées, des services de soins infirmiers à domicile, aux médecins praticiens et praticiens de l'art infirmier



verpleegkundigen.	
Het K.B. van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen.	AR du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

Raison d'être de la fonction

Le coordinateur DI-RHM est responsable, par délégation de la direction du département infirmier, de l'ensemble du processus d'enregistrement DI-RHM et de la qualité finale des données enregistrées.

Missions

- Garantir, en concertation avec le responsable « dossier infirmier » et les cadres infirmiers, la qualité de conception et de rédaction du dossier infirmier
- Organiser et contrôler le codage, l'enregistrement et le contrôle des données DI-RHM
- Assurer la formation et être la personne de référence des personnes responsables du codage et de l'enregistrement ou du paramétrage
- Réaliser des audits internes de la qualité du codage et de l'enregistrement et en diffuser les résultats à travers des feedback dans l'institution
- Collaborer à un benchmarking des données enregistrées
- Proposer des applications informatiques basées sur l'utilisation des données en vue de développer la gestion du département infirmier
- Collaborer avec le responsable RHM de l'institution afin de contribuer à un envoi conforme de données vers le SPF
- Etablir des relations fonctionnelles transversales avec des représentants d'autre direction : informatique, financière, gestion des ressources humaines ... en vue d'assurer l'efficacité du processus

Compétences

- Connaissances et compétences en raisonnement clinique infirmier, démarche de soins, langages infirmiers, DI-RHM, concepts cliniques à la base des soins infirmiers, critères de validation des items, ...
- Compétences informatiques et de gestion
- Compétences relationnelles et pédagogiques
- Compétences rédactionnelles
- Ethique professionnelle
- Expérience dans une fonction de cadre

Qualifications

- Infirmier gradué/bachelier
- Licencié en sciences hospitalières, master en art infirmier et obstétrique, master en gestion et politique des soins de santé, master en santé publique...
- Expérience de terrain dans une unité de soins.

Annexe 3 : Terminologie liée au volet infirmier du dossier patient.

TERME	DEFINITION	Référence légale éventuelle
Documentation des soins	Terme générique qui concerne tous les écrits rédigés par l'infirmière en rapport avec ses activités auprès du patient ; en pratique cela signifie, notamment, la rédaction du dossier infirmier.	
Problème en soins infirmier	Est un problème de santé dont l'infirmière est légalement responsable et pour lequel elle a acquis des compétences spécifiques. Il peut s'agir soit d'un problème en collaboration (complication ou risque de complication) soit d'un diagnostic infirmier.	
Soins infirmiers	Terme générique qui décrit de manière générale les activités réalisées par les infirmières dans le cadre de l'exercice de leur profession. On parle de soin infirmier à propos d'une activité de soin, d'une intervention de soin (ensemble d'activités), d'un ensemble d'interventions de soins ; on parle également de soin direct (réalisé en présence du patient) et indirect (réalisé en l'absence du patient). (La notion de soin peut également être multidisciplinaire. Un itinéraire clinique intégrera des soins infirmiers et des soins réalisés par d'autres prestataires)	
Plan de soins (verpleegplan)	Décrit notamment le jugement clinique de l'infirmière dans l'approche des problèmes de santé qui relèvent de sa responsabilité spécifique ; il est composé des problèmes de soins infirmiers et/ou diagnostics infirmiers, des objectifs, des résultats escomptés et des interventions infirmières.	AR 28 décembre 2006 Article 2

Plan de soins de référence (standaardverpleegplan)	Est un plan de soins infirmiers qui permet d'aborder et de soigner systématiquement le patient atteint d'une affection déterminée.	AR 13 juillet 2006 Article 4
Plan de soins de référence (ou standard de soins ou regroupement de diagnostics)	Document constituant un référentiel regroupant des plans de soins guide concernant des problèmes statistiquement très fréquents en lien avec un diagnostic médical ou une situation clinique.	
Plan de soins guide	Il constitue un référentiel utilisé pour gérer un problème en collaboration ou un diagnostic infirmier spécifique ; il comprend la mise en évidence du problème avec les éléments cliniques qui le justifie, la planification des interventions en rapport avec le problème et l'évaluation des résultats obtenus. Il doit toujours être individualisé pour le patient pour qui il est utilisé	
Procédure (ou protocole ou fiche technique)	Décrit le mode d'exécution (matériel, produits, processus,...) d'une technique médicale ou infirmière déterminée.	AR 13 juillet 2006 Article 4
Prescription médicale	Les prestations techniques infirmières de type B2 et les actes médicaux confiés (type C) sont délégués au moyen : <ul style="list-style-type: none"> • d'une prescription médicale écrite,... • d'une prescription médicale formulée oralement ... • d'un ordre permanent <p>....</p> <p>Lors de la prescription de médicaments, les indications suivantes sont mentionnées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nom de la spécialité ... • quantité et posologie • concentration éventuelle dans la solution • mode d'administration • période ou fréquence d'administration <p>....</p>	AR 13 juillet 2006 Article 4

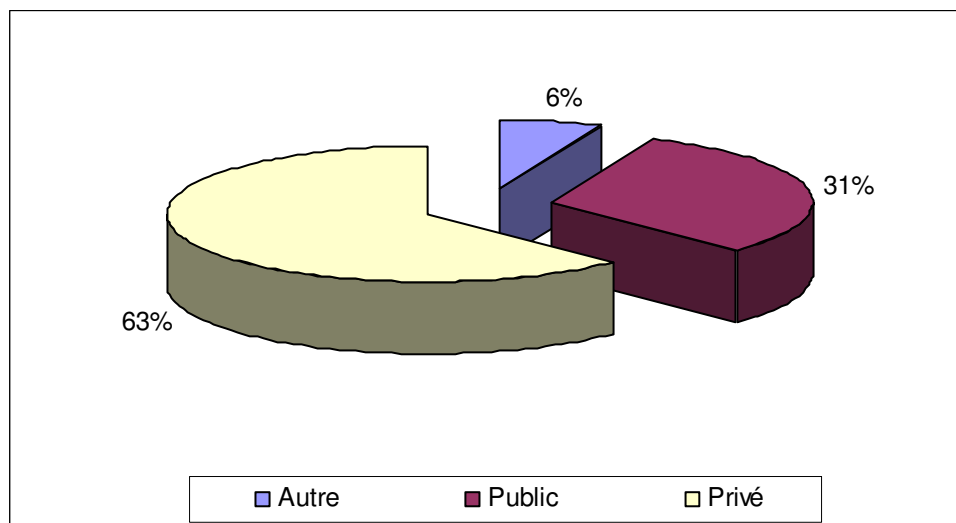
Dossier infirmier	<p>Est le reflet de la démarche en soins infirmiers et est un outil permettant d'assurer la continuité des soins infirmiers.</p> <p>Il comporte au moins les documents et renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'identité du patient • l'anamnèse infirmière,... • l'information médicale et paramédicale... • les traitements médicaux prescrits,... • le plan de soins, ... • la programmation des soins ... • les notes d'observation structurées ... • une copie du rapport de sortie infirmier 	AR 28 décembre 2006 Article 2
Dossier du patient	<p>Sous la responsabilité du chef du département infirmier, un dossier infirmier qui constitue avec le dossier médical, le dossier unique du patient est tenu à jour et conservé à l'hôpital sous la responsabilité du médecin chef.</p>	Loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 Article 17 quater
<p>Remarque générale :</p> <p>Les différentes terminologies définies ci-dessus représentent des niveaux conceptuels différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une procédure, un problème de soins infirmiers (diagnostic infirmier ou problème en collaboration), un résultat font partie d'un plan de soins guide • un plan de soins guide fait partie d'un plan de soins de référence • un plan de soins de référence fait partie du dossier du patient et donc de la documentation des soins. 		
Praticiens de l'art infirmier	<p>Cette terminologie regroupe tous les professionnels de la santé habilités à donner tout ou partie des soins infirmiers conformément à l'AR 78 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • infirmier gradué/bachelier • sage femme • infirmier breveté • assistant en soins hospitaliers • personnel relevant de l'article 54bis • aide soignant ayant obtenu une reconnaissance <p>(étudiant des catégories précitées est habilité à exercer l'art infirmier en stage)</p>	AR 78

JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER			
Problème en soins infirmiers <ul style="list-style-type: none"> • diagnostic infirmier • problème en collaboration 			
Jugement diagnostic	Enoncé + Définition > Nanda > Carpenito	Facteurs favorisants (liés à ...) <ul style="list-style-type: none"> • facteurs liés à la maladie • facteurs liés au traitement • facteurs liés au contexte • facteurs liés à la croissance et au développement • facteurs de risque 	Signes cliniques objectifs et subjectifs (se manifestant par ...) <ul style="list-style-type: none"> • ce que j’observe • ce que je mesure • ce que j’entends
Jugement thérapeutique	Objectifs attendus <ul style="list-style-type: none"> • comportements observables du patient • évolution objectivée des signes 	Interventions infirmières Activités infirmières > NIC	Résultats de soins infirmiers <ul style="list-style-type: none"> • évolution objectivée du comportement du patient • évolution objectivée des signes cliniques > NOC
Jugement éthique			

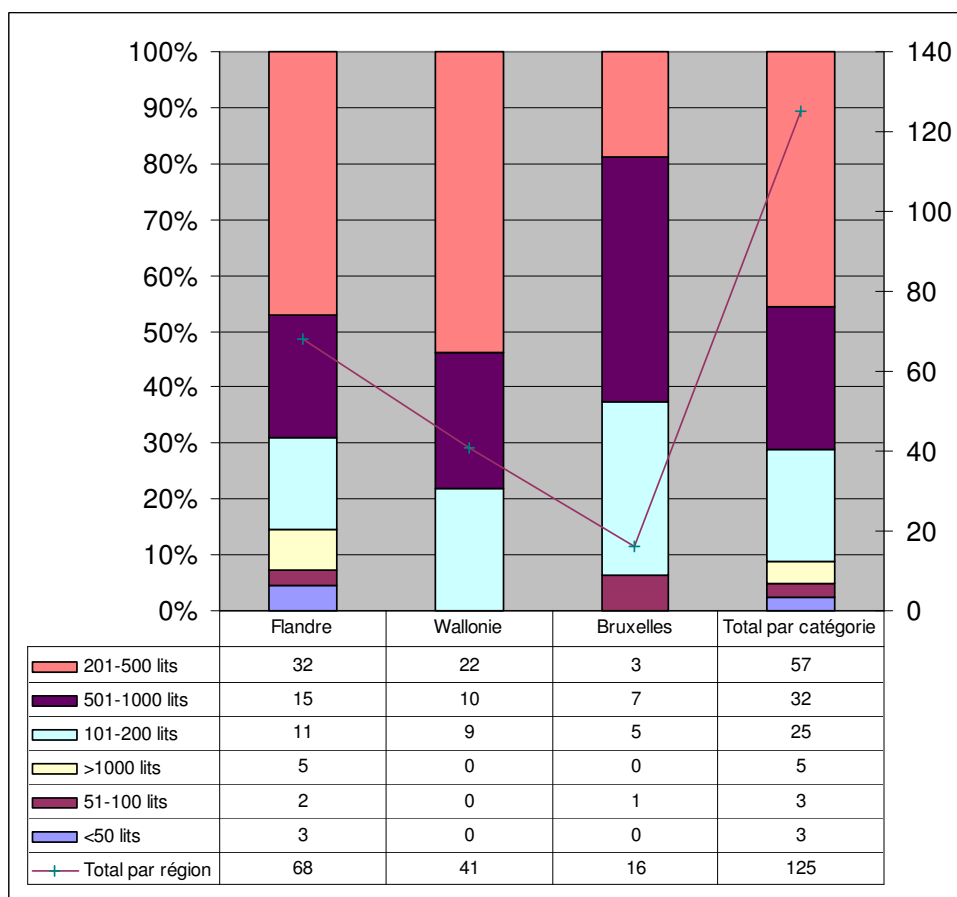
Art infirmier

<i>Problèmes</i>	Diagnostiques infirmiers (Nanda)	Problèmes traités en collaboration (Carpenito)	Diagnostiques médicaux (ICD-9)
<i>Interventions</i>	Prestations A, B1 (NIC)	Prestations A, B1, B2 (NIC)	Prestations B2, C (NIC)
<i>Résultats</i>	(NOC)	(NOC)	(NOC)

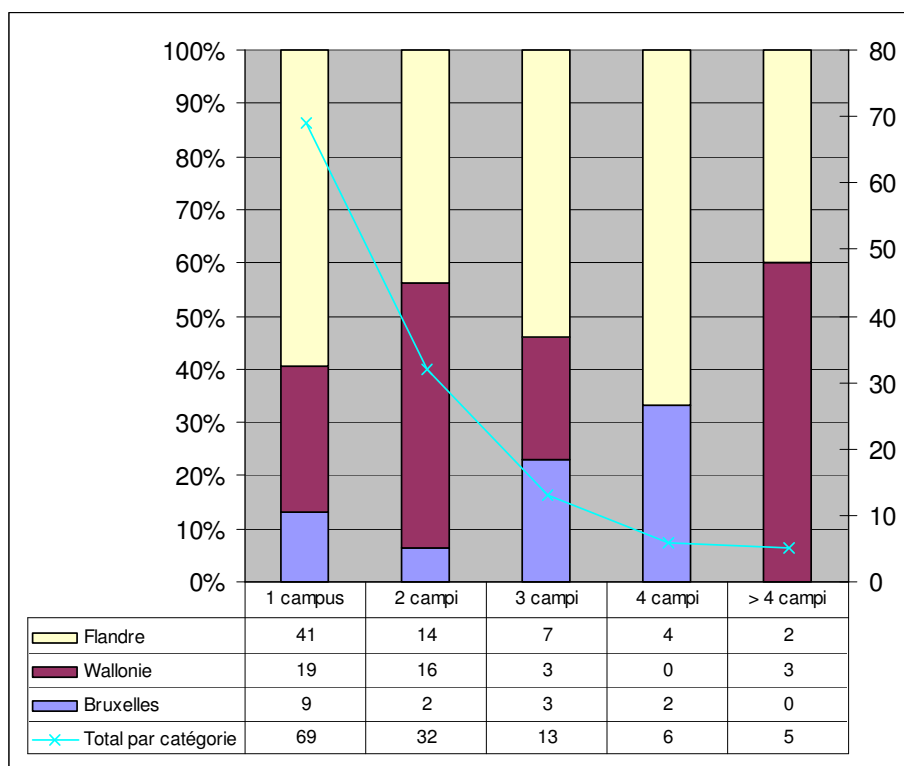
Annexe 4 : Constatations : tableaux supplémentaires.



Graphique 59 : Répartition des hôpitaux audités en fonction de leur caractère



Graphique 60 : Répartition des hôpitaux audités par région en fonction du nombre de lits.



Graphique 61 : Répartition des hôpitaux audités en fonction de leur nombre de campus et par région.