



PROCEDURE EXTERNE DE L'AUDIT STATISTIQUE CIBLE

DONNEES DI-RHM

Table des matières

1. Introduction	3
2. Contexte	3
3. Compétences	4
4. Méthodologie d'audit électronique	5
4.1. Types d'analyses	5
4.2. Les groupes de base	6
4.2.1. Critères des groupes de base de 24h	6
4.2.2. Critères pour les épisodes courts	8
4.3. Visualisation sur boxplot	11
4.4. Analyse de la présence d'un item DI-RHM	12
4.5. Analyse des scores des items de fréquence	13
4.6. Analyse de l'évolution de la présence d'un item DI-RHM	14
4.6.1. Analyse de l'évolution de la présence des items DI-RHM par groupe de base	14
4.6.2. Analyse de l'évolution de la présence d'items DI-RHM au niveau de l'hôpital	15
4.7. Contrôles spécifiques	16
5. Procédure de sélection des hôpitaux	17
6. Procédure de l'audit externe ciblé	20
6.1. Annonce de l'audit externe ciblé	20
6.2. Analyse des réponses	20
6.3. Signification de la décision	20
6.4. Audit sur place	21
6.4.1. Annonce de l'audit externe	21
6.4.2. Déroulement de l'audit externe	21
6.4.3. Critères de validation des items DI-RHM	22
6.5. Rapport final d'audit	23
Annexes	24
Annexe 1 : Liste ordonnée des groupes de base issus du modèle de financement NRG	24
Annexe 2: Contrôles spécifiques	26

1. Introduction

Ce document de synthèse, rédigé par la cellule « TCG & A : audits des activités infirmières » du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement décrit, de manière structurée, les différentes analyses menées afin de sélectionner les institutions à auditer et la manière dont l'audit statistique externe est réalisé par les infirmiers auditeurs.

L'objectif est de donner une vue précise de l'étendue et de la profondeur d'un audit statistique externe ciblé.

Ces audits font suite à la première phase de validation des données DI-RHM effectuée à titre informatif. Dans cette deuxième phase, l'objectif est de réaliser des audits ciblés sur base des données DI-RHM disponibles. La finalité est de déterminer la pertinence clinique et la justification des données DI-RHM enregistrés.

2. Contexte

Les données infirmières du résumé hospitalier minimum (DI-RHM) sont un indicateur des soins infirmiers utilisé non seulement en matière de financement des hôpitaux, mais aussi à des fins de recherche et de gestion interne des institutions. Il importe donc que les données enregistrées soient le reflet fidèle de la réalité des soins infirmiers.

Par ailleurs, la contribution du DI-RHM dans le financement est effective depuis le BMF 2014. Dans le plan de réforme du financement des hôpitaux daté du 28 avril 2015, et plus précisément à la section 5.10.2 au niveau des soins infirmiers dans le BMF, il est fait explicitement référence à la nécessité d'une vérification précise.

L'utilisation de données DI-RHM validées et correspondant à la réalité de terrain est donc essentielle, et ce pour diverses applications, dont le système de financement développé. Par le passé, de nombreux biais ont pu être observés et mis en évidence notamment lors des audits de validation réalisés sur les données R.I.M. 2006, ainsi que lors des audits DI-RHM exploratoires (2008-2010) et de validation de phase I (2013-2015 sur les données 2011/2), pointant l'importance d'un audit précis.

Entre 2013 et 2015 des audits informatifs des données minimales infirmières (DI-RHM) ont été réalisés par les auditeurs infirmiers du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, en suivant le manuel de codage des données infirmières du RHM. Dans la phase actuelle, nous réalisons des vérifications plus ciblées sur base des données disponibles à partir de 2012 selon la procédure décrite ci-dessous.

Il conviendra également de se référer au manuel de codage utilisé pour les données auditées, soit la version 1.6 d'application à partir des données 2011/2.

3. Compétences

La cellule « TCG & A : Audits des activités infirmières » fonde sa compétence, notamment, sur les textes officiels suivants :

- Arrêté royal du 18 JUILLET 1990 (M.B. 26/7/90) portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 04/09/1990, 25/11/1991, 27/12/1994, 06/06/1997, 02/07/1999, 07/10/2002, 13/07/2006 et 21/04/2007
- Circulaire ministérielle du 8 novembre 2006 relative aux arrêtés royaux du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant et fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes
- Arrêté royal du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article quatre de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre.
- Arrêté royal 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.
- Loi coordonnée relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, dernière mise à jour d'octobre 2009, articles 86, 107, 115 et 116.
- Loi coordonnée concernant l'exercice des professions de la Santé – 10 mai 2015, modifiant l'A.R. N° 78 du 10 novembre 1967: L'exercice de l'art infirmier.
- Circulaire du 21 janvier 2016 annonçant le début des audits statistiques DI-RHM
- Circulaire du 02 mai 2017 annonçant le début d'un nouveau cycle d'audits statistiques

4. Méthodologie d'audit électronique

L'annonce d'un nouveau cycle d'audits électroniques se fait via l'envoi d'une circulaire adressée à la direction générale, à la direction du département infirmier et au responsable (DI-)RHM des hôpitaux.

Les audits électroniques sont réalisés sur base d'analyses statistiques, parmi lesquelles les outliers primaires sont essentiellement observés (voir 4.3 Visualisation sur boxplot).

La détermination d'outliers est réalisée au travers d'un contexte homogène des données enregistrées. Les différents groupes de base utilisés dans le modèle de construction des NRG (cf. annexe 1) a donc été repris. Donc, nous partons du principe que dans chaque unité de soins, déterminée par son préfixe et son index de lit principal, les patients nécessitent des soins infirmiers qui sont spécifiques à cette unité de soins. Et que lors des transferts de patients au cours d'un séjour, les soins sont également spécifiques au type de transfert.

4.1. Types d'analyses

Trois types d'analyses sont réalisés, à savoir :

- 1) pour la présence d'un item dans un hôpital, par rapport aux autres hôpitaux (voir 4.4 Analyse de la présence d'un item DI-RHM)
- 2) pour les scores d'un item de fréquence dans un hôpital, par rapport aux autres hôpitaux (voir 4.5 Analyse de la distribution des scores des items de fréquence)
- 3) pour l'évolution de la présence d'un item et ce de 2 manières (voir 4.6 Analyse de l'évolution de la présence d'un item DI-RHM (par groupe de base/au niveau de l'hôpital)).

L'analyse de la présence d'un item est réalisée tant pour les variables de fréquence et de non-fréquence. L'analyse des outliers pour les scores enregistrés d'un item de fréquence est effectuée pour toutes les variables numériques. Nous parlons d'une valeur extrême (outlier) lorsque la présence ou les scores enregistrés d'un item de fréquence dans un hôpital particulier dévie statistiquement par rapport aux autres hôpitaux en fonction d'un contexte donné. Il s'agit donc des groupes de base du modèle de construction des NRG que définis dans le manuel technique (voir annexe 1).

Ensuite, l'évolution de la présence des items est analysée. Cela est possible par la comparaison au niveau de la présence d'un item par rapport à l'année précédente, par groupe de base. Des outliers sont alors déterminés sur ces données. De plus, une analyse est également réalisée sur l'évolution de la présence d'items DI-RHM au niveau de l'hôpital. Il s'agit d'une comparaison de la présence d'un item d'une année de référence par rapport aux années précédentes au niveau de l'hôpital (donc pas par groupe de base).

Les items qui présentent plusieurs possibilités de codage sont repris dans le tableau ci-dessous. Ces possibilités de codage sont analysées au niveau de l'item.

Item	Possibilités de codage
B2**	B210, B220, B230, B240, B250
B4**	B410, B420, B430, B440
C1**	C110, C120
D1**	D110, D120, D130
F1**	F110, F120
R1**	R110, R120, R130

4.2. Les groupes de base

Pour déterminer les groupes de base, nous sélectionnons les épisodes de soins les plus concordants avec le profil recherché dans le DI-RHM de l'année considérée (séjours classiques, épisodes de soins avec au moins un item enregistré). De cette manière, nous créons des groupes de base d'épisodes de soins.

Pour les épisodes de soins de 24h les groupes de base sont créés sur base des différents types d'unités de soins. Une unité de soins est identifiée par le préfixe de l'unité (DIV, INT, BRU, SPE, etc.) et l'index de lit principal (CI, DI, BR, S1, etc.). Comme certains index de lit principaux ne suffisent pas différencier certains profils (par ex. l'index M dans une unité de soins DIV pour les mamans et les nouveau-nés), il est nécessaire d'appliquer des critères de sélection aux épisodes de soins sélectionnés afin de créer des profils.

Pour les épisodes de soins courts, en première intention, les groupes de base sont créés sur base de moments spécifiques des séjours. D'autres groupes sont ensuite créés sur base des différents types d'unités de soins, sans se préoccuper de ces moments spécifiques.

4.2.1. Critères des groupes de base de 24h

Préfixe de l'unité de soins	Index de lit principal	Critères supplémentaires	Groupe de base
INT	CI, HI	- DRG chirurgical OU [DRG inconnu et passage au quartier opératoire durant le séjour] ¹ - ET âge à l'admission ≥ 14 ans	1 - Soins intensifs chirurgicaux
	DI, HI	- DRG non chirurgical OU inconnu, et pas de passage au quartier opératoire durant le séjour - ET âge à l'admission ≥ 14 ans	2 - Soins intensifs non chirurgicaux

¹ Les items sont rassemblés pour les séjours non terminés (A2_HOSPYPE_FAC=N). dans ce cas le DRG n'est pas nécessairement disponible.

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

Préfixe de l'unité de soins	Index de lit principal	Critères supplémentaires	Groupe de base
	EI	Age à l'admission entre 29 jours et 18 ans	3 - Soins intensifs pédiatriques
	NI	Age à l'admission ≤ 28 jours	4 - Soins intensifs néonataux
BRU	BR	- Item L400 enregistré au moins 1 fois au cours de la période - Et Age à l'admission ≥ 1 an	5 - Soins aux plaies compliquées
DIV	AR, OB, M, MI	- Jour de l'accouchement (Mères) - ET au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 durant la période - ET Age à l'admission ≥ 10 ans	6 - Soins en obstétrique/maternité le jour de l'accouchement (mères)
	M	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 durant la période - ET W100 et W200 non scorés au cours de l'épisode de soins ² - ET Age à l'admission ≥ 10 ans	7 - Soins de maternité (Mères)
	MI	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 durant la période - ET W400 non scoré au cours de l'épisode de soins ³ - ET Age à l'admission ≥ 10 ans	8 - Soins de surveillance des grossesses à haut risque (mères)
	M	Age à l'admission ≤ 7 jours	9 - Soins de maternité (nouveau-nés)
	N	- Age à l'admission ≤ 28 jours - ET l'épisode compte au moins 1 item parmi V200, V300 et V400 ayant un score supérieur à la moyenne de la population de référence ⁴	10 - Soins de néonatalogie
	E	Age à l'admission entre 29 jours et 18 ans	11 - Soins pédiatriques
	C, CD	- DRG chirurgical OU [DRG inconnu et passage en salle d'opération au cours du séjour] - ET âge à l'admission ≥ 14 ans	12 - Soins chirurgicaux
	D, CD	- DRG non chirurgical ou inconnu, et pas de passage au quartier opératoire durant le séjour - ET âge à l'admission ≥ 14 ans	13 - Soins non chirurgicaux
	G	Age à l'admission ≥ 60 ans	14 - Soins gériatriques
L	- Item V600 enregistré au moins 1 fois	15 - Soins aux patients	

² Ces items sont très peu enregistrés en DIV/M et – à l'exception du jour d'accouchement – ne peuvent pas être enregistrés simultanément avec les items de suivi post-natal.

³ A l'inverse: W400 est très peu enregistré DIV / MI et - à l'exception du jour de l'accouchement - ne peut pas être enregistré en même temps que les items du suivi prénatal.

⁴ Les profils 9 et 10 sont étroitement liés. Grâce à ce critère concernant l'item, on peut faire une distinction de NRG.

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

Préfixe de l'unité de soins	Index de lit principal	Critères supplémentaires	Groupe de base
		au cours de la période - Et Age à l'admission \geq 1 an	contagieux
SPE	S1	Age à l'admission \geq 1 an	16 - Soins des affections cardio-pulmonaires
	S2	Age à l'admission \geq 1 an	17 - Soins des affections de l'appareil locomoteur
	S3	Age à l'admission \geq 1 an	18 - Soins neurologiques
	S4	Age à l'admission \geq 1 an	19 - Soins palliatifs
	S5	Age à l'admission \geq 1 an	20 - Soins des polyopathologies chroniques
	S6	Age à l'admission \geq 60 ans	21 - Soins psycho-geriatriques

4.2.2. Critères pour les épisodes courts

La méthode postule que, les jours de transfert, les soins que les patients reçoivent dépendent principalement du moment en question (admission, période de soins pré-opératoire, etc.). Les groupes d'épisodes de soins sont ainsi créés en première intention en fonction des moments spécifiques pendant le séjour.

Critères concernant les groupes de base pour les épisodes de courte durée : groupes de base spécifiques pour des moments spécifiques pendant le séjour

Préfixe de l'unité de soins	Index de lit principal	Autres critères	Groupe de base
DIV		Jour opératoire, épisode de soins pré-opératoire	22 - Soins pré-opératoires
DIV		Jour opératoire, épisode de soins post-opératoire	23 - Soins post-opératoires
OPR		Jour opératoire	24 - Soins en salle de réveil
DIV	AR, OB	- Jour de l'accouchement (Mères) - ET au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 durant la période - ET Age à l'admission \geq 10 ans	25 - Soins en obstétrique le jour de l'accouchement (mères)
		- Séjour de l'accouchement - W100 ou W200 scorés durant l'épisode de soins - ET W400 non scoré au cours de l'épisode de soins - ET Age à l'admission \geq 10 ans	26 - Soins prénataux en obstétrique (mères)

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

		- Séjour de l'accouchement - W100 et W200 non scorés au cours de l'épisode de soins - ET W400 scoré au cours de l'épisode de soins - ET Age à l'admission ≥ 10 ans	27 - Soins postnataux en obstétrique (mères)
DIV		Premier épisode de soins du séjour à la naissance (nouveau-nés)	28 - Soins à la naissance (nouveau-nés)
DIV		Premier épisode de soins d'un séjour autre que la naissance ou l'accouchement	29 - Soins à l'admission à l'hôpital (séjours autres que la naissance ou l'accouchement)
DIV		Dernier épisode de soins d'un séjour lors du décès d'un patient	30 - Soins lors du décès
DIV		Dernier épisode de soins du séjour lors de la naissance (nouveau-nés)	31 - Soins du nouveau-né à la sortie de l'hôpital
DIV		Dernier épisode de soins d'un séjour autre que le décès ou la naissance	32 - Soins à la sortie de l'hôpital (séjours autres que celui du décès ou de la naissance)

Ensuite des groupes sont créés sur base des différents types d'unités de soins, indépendamment des moments spécifiques ci-dessus, et selon les mêmes critères que pour les NRG de 24h.

Critères concernant les groupes de base pour les épisodes de courte durée : groupes de base spécifiques pour les types d'unités de soins

Exception : Le groupe de base 'Soins en obstétrique/maternité le jour de l'accouchement (mères)' (NRG 6) n'est pas appliqué aux épisodes de soins de courte durée. Il est remplacé par le NRG 25.

Les index de lit M et MI ont été ajoutés au NRG 6 afin d'avoir des épisodes de soins plus ciblés. Ce groupe est en effet limité, car la plupart des épisodes de soins le jour de l'accouchement sont des épisodes de courte durée.

Préfixe de l'unité de soins	Index de lit principal	Critères supplémentaires	Groupe de base
INT	CI, HI	- DRG chirurgical OU [DRG inconnu et passage au quartier opératoire durant le séjour] - ET âge à l'admission ≥ 14 ans	1 - Soins intensifs chirurgicaux
	DI, HI	- DRG non chirurgical OU inconnu, et pas de passage au quartier opératoire durant le séjour - ET âge à l'admission ≥ 14 ans	2 – Soins intensifs non chirurgicaux
	EI	Age à l'admission entre 29 jours et 18 ans	3 - Soins intensifs pédiatriques
	NI	Age à l'admission ≤ 28 jours	4 - Soins intensifs néonataux
BRU	BR	- Item L400 enregistré au moins 1 fois durant la période	5 - Soins aux plaies compliquées

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

Préfixe de l'unité de soins	Index de lit principal	Critères supplémentaires	Groupe de base
		- Et Age à l'admission ≥ 1 an	
DIV	M	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 durant la période - ET W100 et W200 non scorés au cours de l'épisode de soins - Et Age à l'admission ≥ 10 ans	7 - Soins de maternité (Mères)
	MI	- Au moins 1 item scoré parmi W100, W200, W300 et W400 durant la période - ET W400 non scoré au cours de l'épisode de soins - Et Age à l'admission ≥ 10 ans	8 - Soins de surveillance des grossesses à haut risque (mères)
	M	Age à l'admission ≤ 7 jours	9 - Soins de maternité (Nouveau-nés)
	N	- Age à l'admission ≤ 28 jours - ET l'épisode de soins compte au moins 1 item parmi V200, V300 et V400 ayant un score supérieur à la moyenne de la population de référence	10 – Soins de néonatalogie
	E	Age à l'admission entre 29 jours et 18 ans	11 – Soins pédiatriques
	C, CD	- DRG chirurgical OU [DRG inconnu et passage au quartier opératoire durant le séjour] - ET âge à l'admission ≥ 14 ans	12 – Soins chirurgicaux
	D, CD	- DRG non chirurgical ou inconnu, et pas de passage au quartier opératoire durant le séjour - ET âge à l'admission ≥ 14 ans	13 - Soins non chirurgicaux
	G	Age à l'admission ≥ 60 ans	14 – Soins gériatriques
	L	- Item V600 enregistré au moins 1 fois au cours de la période - Et Age à l'admission ≥ 1 an	15 - Soins aux patients contagieux
	SPE	S1	Age à l'admission ≥ 1 an
S2		Age à l'admission ≥ 1 an	17 - Soins des affections de l'appareil locomoteur
S3		Age à l'admission ≥ 1 an	18 - Soins neurologiques
S4		Age à l'admission ≥ 1 an	19 - Soins palliatifs
S5		Age à l'admission ≥ 1 an	20 - Soins des polyopathologies chroniques
S6		Age à l'admission ≥ 60 ans	21 - Soins psycho-gériatriques

Après création de groupes de base, il n'y a pas de cleaning supplémentaire dans le cadre des E-audit. Dans la méthodologie des E-audit, le but principal étant la mise en évidence des valeurs extrêmes. Un cleaning des épisodes de soins les plus extrêmes n'est donc pas souhaitable. Cela

contraste avec la méthode de financement NRG où l'objectif est de créer des profils homogènes.

Les épisodes de soins qui ne peuvent pas être attribués selon les critères ci-dessus sont repris dans le groupe de base NULL. Aucune autre analyse n'est effectuée concernant ce groupe.

4.3. Visualisation sur boxplot

Dans le cadre de la méthodologie des audits électroniques, la visualisation sur boxplot est utilisée :

Ces boxplots sont construits de la manière suivante:

- Détermination de la tendance centrale (médiane), des percentiles (P25, P75) et des valeurs minimales et maximales.
- Calcul de l'écart interquartile ($IQR = P75 - P25$)
- Représentation par un rectangle dont la hauteur est délimitée par les percentiles P25 et P75.
- Séparation du rectangle en deux parties par une ligne représentant la médiane
- Toutes les données qui sont distantes de plus de 1,5 fois l'écart interquartile, soit au-delà des extrémités du rectangle sont considérées comme des valeurs aberrantes et représentées par des points.
- Représentation des données étant les plus petites et les plus grandes mais n'étant pas considérées comme aberrantes au moyen d'une ligne reliée au rectangle.

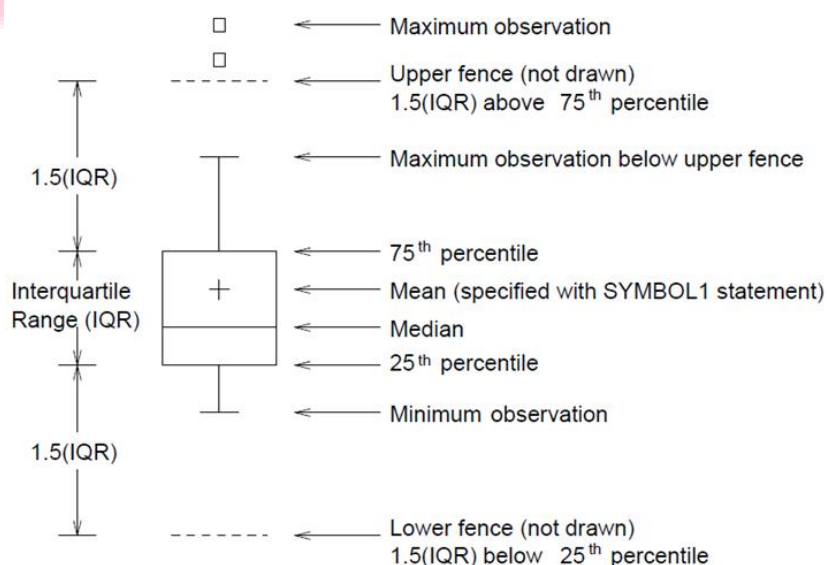


Figure 1: Représentation schématique d'un boxplot

4.4. Analyse de la présence d'un item DI-RHM

Concrètement pour chaque groupe de base, on analyse la présence des items DI-RHM. On fait donc abstraction du score de chaque item. Ensuite le calcul est appliqué par hôpital et par groupe de base.

$$\% \text{ de présence d'un item } X = \frac{n \text{ épisode de soins avec score } > 0 \text{ pour l'item } X}{n \text{ épisode de soins}}$$

Lorsque la présence d'un item est nettement supérieure dans un hôpital en particulier par rapport aux autres hôpitaux pour le contexte choisi, nous devons faire face à une situation inhabituelle, ce qui nécessite de plus amples éclaircissements.

La présence d'un item dans un hôpital est considéré comme extrême (outlier) si cela se produit en dehors des « moustaches » de dispersion. Les moustaches sont définies en Q1 et Q3 soit +/- 1,5 EI (écart interquartile). Ces valeurs extrêmes sont présentées dans une boîte à moustaches comme les points supérieurs ou inférieurs aux favoris (Figure 2). Pour obtenir un bon aperçu de la présence d'un item dans chaque contexte, on choisit une visualisation avec chaque groupe présent pour un hôpital particulier. L'astérisque rouge représente la position de l'hôpital en référence aux données nationales pour une année d'enregistrement spécifique.

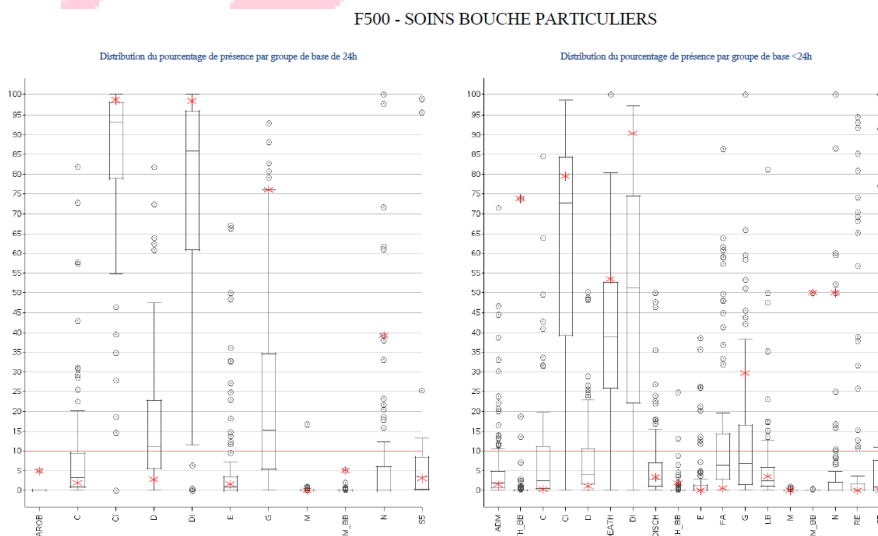


Figure 2 : Box Plot – Dispersion de l'item F500 pour tous les hôpitaux et tous les groupes de base

4.5. Analyse des scores des items de fréquence

Pour les items de fréquence dans le DI-RHM, une analyse supplémentaire est effectuée sur la hauteur des scores. Plus précisément il s'agit d'un profil infirmier national pour un certain contexte par item DI-RHM, à savoir une distribution des activités infirmières. Dans cette distribution nationale les valeurs extrêmes sont déterminées et ensuite on vérifie si leur présence dans les hôpitaux belges présente une schéma systématique. Le terme systématique signifie qu'il y a une concentration dans un hôpital des valeurs extrêmes sélectionnées par rapport à l'échelle nationale ou un nombre particulier d'hôpitaux. Ce principe est concrètement expliqué dans l'exemple suivant.

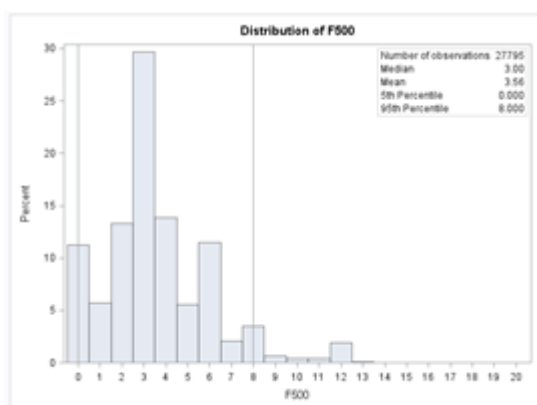


Figure 3 : Distribution nationale de l'item F500 (soin de bouche particulier) pour le groupe de base CI épisode de soins de 24h.

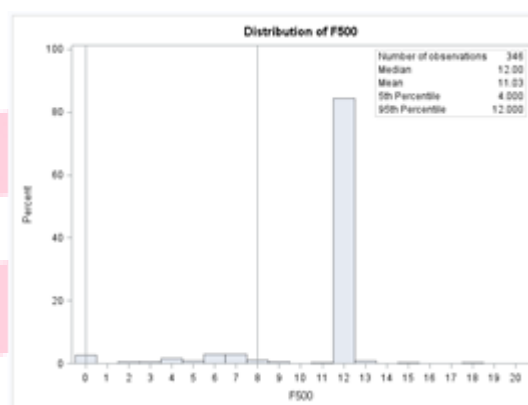


Figure 4: Distribution de l'item F500 (soin de bouche particulier) dans le groupe de base CI épisode de soins de 24h pour un hôpital X par rapport à la distribution nationale pour les percentiles 5 et 95.

Premièrement on détermine la distribution nationale d'un item numérique (Figure 3). Pour cette distribution nationale, on calcule deux valeurs centrales (la moyenne et la médiane) et les percentiles⁵ P5 et P95. Les outliers sont déterminés dans cette distribution par les épisodes de soins qui se situent en dessous du percentile 5 ou au-dessus du percentile 95. Nous parlerons donc d'outlier supérieur et inférieur.

Dans une seconde étape, on analyse la distribution de cet item pour un hôpital particulier. Cette distribution est alors comparée avec la distribution nationale (figure 4). La combinaison des 2 graphiques donne une bonne visualisation des distributions respectives.

On détermine ainsi la proportion d'outliers supérieurs (scores >P95) et inférieurs (scores < P5) pour tous les hôpitaux. Lorsque cette proportion, pour un contexte déterminé, est nettement supérieure dans un hôpital donné par rapport aux autres hôpitaux, nous estimons qu'il s'agit d'une situation inhabituelle qui nécessite de plus amples investigations.

⁵ Un **percentile** est chacune des 99 valeurs qui divisent les données triées en 100 parts égales, de sorte que chaque partie représente 1/100 de l'échantillon de population. Le percentile est calculé en tant que 100-quantile. Donc :le percentile 5 sépare le 5% inférieur des données et le percentile 95 sépare le 95% inférieur des données

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

Afin d'obtenir une vue d'ensemble rapide de la présence d'une fréquence anormale d'un item dans chaque contexte, nous avons opté pour une visualisation où chaque groupe présent pour un hôpital particulier sera proposée. L'astérisque rouge représente la position de l'hôpital en référence aux données nationales pour une année d'enregistrement spécifique (figure 5).

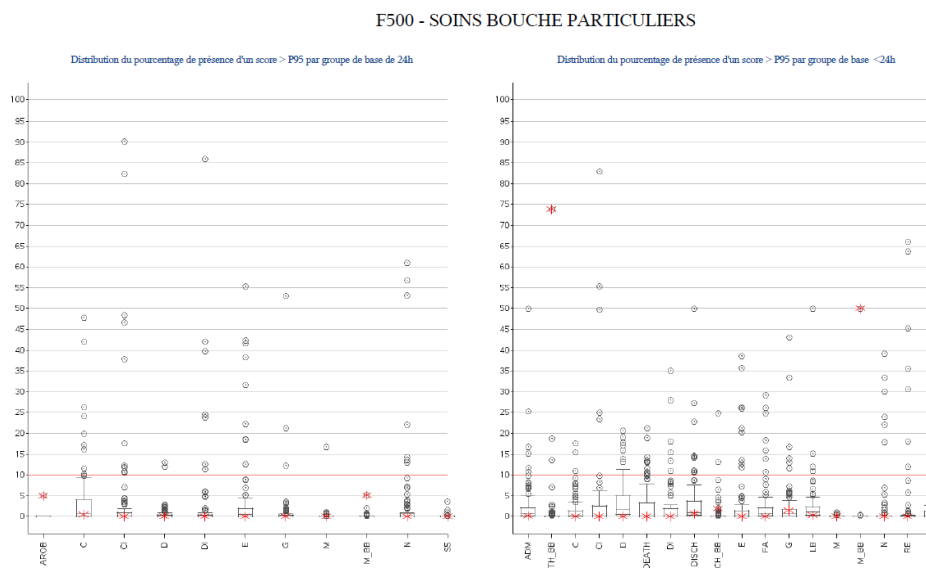


Figure 5 : Boxplot – Distribution de la présence d'un outlier élevé (>P95) de l'item F500 pour tous les hôpitaux et tous les groupes de base

4.6. Analyse de l'évolution de la présence d'un item DI-RHM

4.6.1. Analyse de l'évolution de la présence des items DI-RHM par groupe de base

Concrètement, il s'agit d'analyser pour un groupe de base particulier l'évolution de la présence d'un item. Cela est possible par la comparaison au niveau de la présence d'un item par rapport à l'année précédente.

L'analyse procède en utilisant la formule suivante :

$$\% \text{ de l'évolution d'un item } X = (\% \text{ de présence d'un item pour l'année } x) - (\% \text{ de présence d'un item } x \text{ pour l'année } x-1)$$

L'évolution d'un item dans un hôpital est considérée comme clairement plus grande (outlier) si cette présence se situe en dehors des valeurs limites de la distribution. Les seuils de valeurs limites correspondent aux Q1 ou Q3 +/- 1,5 IQR. Ces outliers sont représentés dans un diagramme en boîte comme les points supérieurs et inférieurs des moustaches. Pour avoir un bon aperçu de la présence d'un item pour chaque contexte, il a été décidé d'opter pour une visualisation par item pour tous les groupes de base présent pour un hôpital particulier. L'astérisque rouge représente la position de l'hôpital en référence aux données nationales pour une année d'enregistrement spécifique (figure 6).

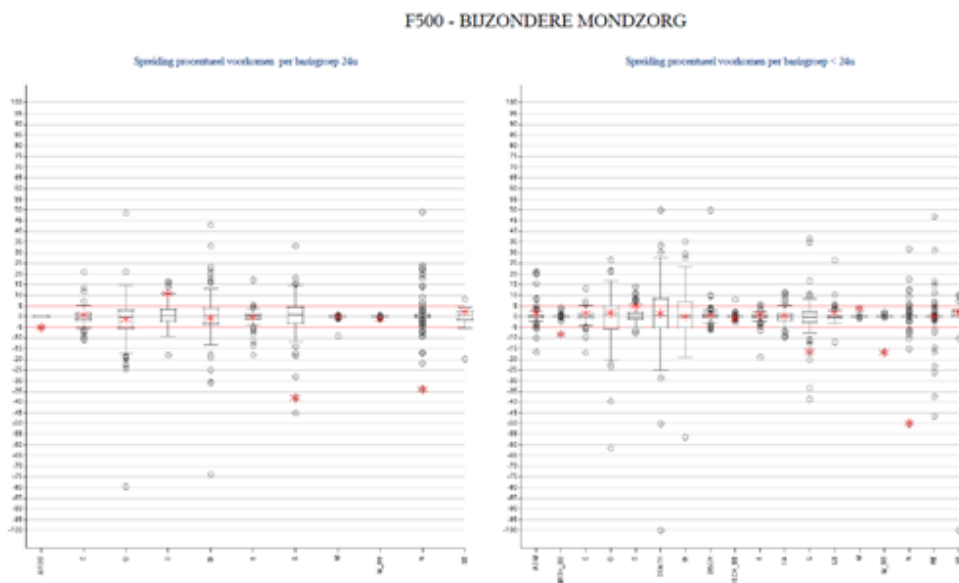


Figure 6 : Boxplot – Distribution de l'évolution en pourcent de la présence de l'item F500 pour tous les hôpitaux et tous les groupes de base

4.6.2. Analyse de l'évolution de la présence d'items DI-RHM au niveau de l'hôpital

Dans cette partie une analyse est effectuée sur tous les items DI-RHM pour l'institution concernée sur l'évolution de leur présence pour l'ensemble des items DI-RHM et pour les 25 contrôles spécifiques (C001 à C025 : voir 4.7) sur base des dernières années d'enregistrement. L'analyse procède en utilisant la formule suivante:

$$\% \text{ présence d'un item X} = \frac{\text{nombre épisodes de soins avec un score} > 0 \text{ pour un item X}}{\text{Nombre d'épisodes de soins}}$$

Pour avoir un bon aperçu de la présence d'un item au niveau de l'hôpital, il a été décidé d'opter pour une visualisation par item pour tout l'hôpital pour les dernières années d'enregistrement. L'astérisque rouge représente la position de l'hôpital en référence aux données nationales pour une année d'enregistrement spécifique (figure 7).

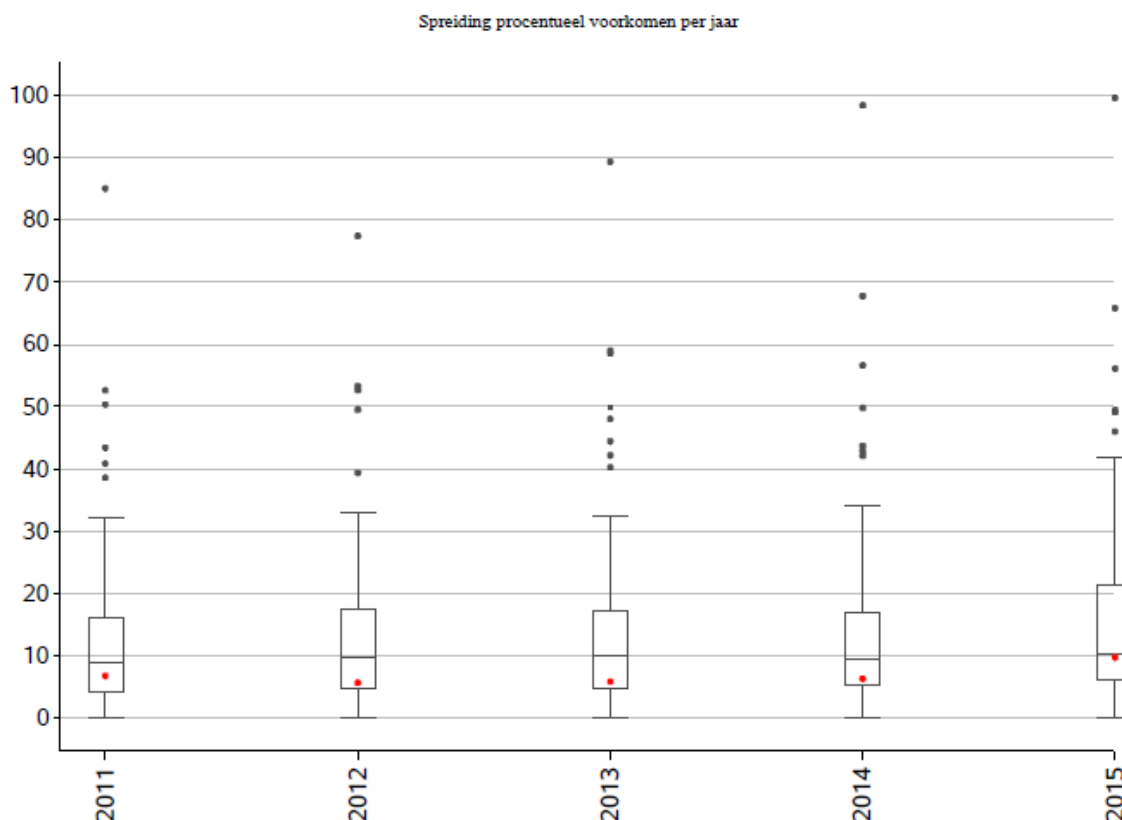


Figure 7: Boîte à moustaches – Distributions de l'évolution de la présence de l'item F500- Soins de bouche particuliers pour la période 2011- 2015 pour un hôpital particulier en référence aux données nationales

4.7. Contrôles spécifiques

Hormis les contrôles globaux sur la présence et les scores enregistrés des items DI-RHM, un certain nombre de contrôles spécifiques ont également été définis. Il s'agit de contrôles ciblés définis sur base de l'expérience clinique. Ces contrôles testent non seulement la présence de possibilités de codage, que certains scores spécifiques ou que des combinaisons spécifiques d'items. Il s'agit d'une analyse similaire donc à celle utilisée pour la présence d'un item mais au niveau d'une possibilité de codage ou un score spécifique ou d'une combinaison particulière. Vous trouverez un aperçu de ces contrôles spécifiques en annexe 2.

5. Procédure de sélection des hôpitaux

Tous les hôpitaux ont été audités électroniquement selon la méthodologie décrite au point 4. Afin d'arriver à une sélection d'hôpitaux et d'items à auditer sur base de la méthodologie ci-dessus, il a fallu classer les différents outliers en fonction de leur caractère primaire ou secondaire. Cette classification est faite sur la base de 2 critères qui prennent en compte le pourcentage déterminant le caractère outlier et le volume des épisodes de soins au sein du groupe de contrôle.

Critères d'identification des outliers comme prioritaires:

- Sur base de la présence et de la fréquence :
 - o Le pourcentage de la présence ou le pourcentage d'épisodes de soins avec un score supérieur au percentile 95 devrait être plus de 10%.
 - o Le volume des épisodes de soins dans le groupe de base de l'hôpital devrait être supérieur au percentile 5 du volume des épisodes de soins dans tous les groupes de base.

Ensuite, pour chaque hôpital, est calculé le pourcentage de présence des outliers primaires par rapport à tous les contrôles effectués (nombre total de contrôles effectués =(nombre d'items (78) + nombre de contrôles spécifiques (25)) x nombre de groupe de base de l'hôpital (max. 53)). Sur base de cette analyse, les institutions sont catégorisées en fonction de la priorité à les auditer.

Sur base des résultats de ce calcul pour les données DI-RHM 2013, nous avons obtenu la distribution suivante :

- | | |
|---|---------|
| - 0 – 1% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 30 |
| - >1 – 2% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 39 |
| - >2 – 3% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 28 |
| - >3 – 5% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 26 |
| - > 5% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 3 |
| - Total | n = 126 |

Pour le DI-RHM 2014, nous obtenons la distribution suivante :

- | | |
|---|---------|
| - 0 – 1% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 29 |
| - >1 – 2% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 40 |
| - >2 – 3% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 25 |
| - >3 – 5% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 25 |
| - > 5% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 5 |
| - Total | n = 124 |

Pour le DI-RHM 2015, nous obtenons la distribution suivante :

- | | |
|---|---------|
| - 0 – 1% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 30 |
| - >1 – 2% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 30 |
| - >2 – 3% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 29 |
| - >3 – 5% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 22 |
| - > 5% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier | n= 4 |
| - Total | n = 115 |

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

Sur base des outliers primaires, tout comme pour le premier cycle d'audit, nous avons sélectionné les hôpitaux pour lesquels au moins 2% des groupes de base ont été identifiés comme outliers. Nous obtenons ainsi une liste de 55 hôpitaux pour le RHM 2014 et le RHM 2015. En raison du premier cycle qui s'est déroulé à la mi-2016, il apparaît que les hôpitaux audités à ce moment sur base des données 2013 n'ont pas eu la possibilité de corriger leurs données 2014 et 2015. Pour cette raison, les listes de 2014 et 2015 ont été nettoyées des hôpitaux déjà audités afin d'auditer prioritairement les nouveaux outliers par rapport à une année précédente et avec la volonté d'auditer les données les plus récentes.

Ainsi pour le DI-RHM 2014 (en comparant 2013 et 2014), nous obtenons la distribution suivante :

- 0 – 1% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier n= 1
- >2 – 3% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier n= 2
- Total n = 3

Rem. : un hôpital est retenu malgré son résultat inférieur à 2%, en raison de son caractère outlier pour le DI-RHM 2013, calculé après finalisation du premier cycle par la non mise à disposition de ses données dans les délais impartis.

Pour le DI-RHM 2015 (en comparant 2013, 2014 et 2015), nous obtenons la distribution suivante :

- >2 – 3% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier n= 7
- >3 – 5% des groupes de base d'un hôpital ayant été identifiés comme outlier n= 1
- Total n = 8

Rem. : sont repris pour l'audit du RHM 2015 les hôpitaux qui sont outliers en 2015 (>2%) et qui n'étaient pas outliers (<2%) en 2014 et 2013 ainsi que les hôpitaux outliers (>2%) pour 2015 et 2014 et qui n'étaient pas outliers en 2013 (<2%).

Les items qui auront été identifiés comme outlier primaire seront ciblés pour leur présence, leur score d'item de fréquence, les contrôles spécifiques et/ou l'évolution d'enregistrement par rapport à deux années. L'enregistrement de ces items sera alors interprété cliniquement par les auditeurs. De là, les hôpitaux justifieront leur enregistrement par écrit. Après analyse des justifications par les auditeurs, un audit sur place peut être décidé.

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

Tableau récapitulatif: Répartition des hôpitaux en fonction des résultats du calcul sur les données DI-RHM			
% des groupes de base d'un hôpital identifiés comme outliers	2013 (n)	2014 (n)	2015 (n)
0%-1%	30	29	30
>1%-2%	39	40	30
>2%-3%	28	25	29
>3%-5%	26	25	22
>5%	3	5	4
TOTAL	126	124	115
Audits réalisés en 2016	65		
Audits réalisés en 2017		1	9 ¹
Manquant	1		
<u>Remarque</u> ¹ 1 hôpital a été retenu malgré le fait qu'il soit outlier pour une valeur < 2%. Il avait été identifié comme outlier pour les données 2013, mais non audité à l'époque en raison de la soumission tardive de ses données.			

6. Procédure de l'audit externe ciblé

6.1. Annonce de l'audit externe ciblé

Les audits statistiques externes ciblés se font premièrement sur base écrite adressée à la direction générale, le directeur du département infirmier et le responsable (DI-)RHM de l'hôpital.

Les institutions concernées reçoivent un courrier les informant que leur institution a attiré l'attention des auditeurs par l'enregistrement d'items considérés comme « outliers ».

Le courrier formule plusieurs questions spécifiques en rapport avec les items identifiés comme outliers primaires.

Il est demandé aux institutions d'adresser un courrier de réponse dans les délais impartis indiqués dans le courrier (10 jours ouvrables). Les institutions ont ainsi la possibilité de justifier leur enregistrement et de montrer la pertinence clinique. Cela peut être fait en fournissant des informations sur leur enregistrement et leur interprétation des items DI-RHM concernés en fournissant des plans de soins infirmiers, des procédures ou des protocoles internes.

6.2. Analyse des réponses

Les justifications et informations reçues sont ensuite analysées par les auditeurs au SPF.

Sur base de cette analyse, trois types de décision peuvent survenir :

- 1) La justification est suffisamment claire et a répondu aux questions posées sans mise en évidence d'abus et / ou anomalies. Aucune vérification supplémentaire des données enregistrées.
- 2) La justification n'est pas suffisamment claire et ne répond pas aux questions posées. Une prise de contact supplémentaire avec l'institution est requise. Selon le résultat toutes les institutions atteindront la décision 1 ou 3.
- 3) La justification est (in)suffisamment claire et a répondu à toutes/partiellement aux questions posées avec mise en évidence d'abus et / ou anomalies. Les auditeurs infirmiers formuleront d'éventuelles remarques et/ou indication de modifications dans sa conclusion. Il est également possible qu'un audit sur place après sélection de dossiers ayant généré l'enregistrement d'items considérés comme « outliers » soit réalisé.

Ensuite, par hôpital, les conclusions des auditeurs infirmiers par rapport à chaque réponse sont comptabilisées pour déterminer quelle institution nécessite un audit sur place.

6.3. Signification de la décision

Les institutions pour lesquelles les auditeurs ont décidé qu'un audit sur place n'était pas nécessaire, après analyse de leurs réponses, recevront un rapport reprenant les conclusions et recommandations consécutives à cet audit écrit.

Ce rapport reprend les points suivants:

- un cadre comprenant des renseignements administratifs;
- le nom du ou des auditeur(s);
- le nom des représentants de l'institution ainsi que leur fonction;
- une courte introduction;
- le pourcentage de groupe de base ayant été détecté comme outlier;
- les items pour lesquels au minimum 1 groupe de base est considéré comme outlier;
- les questions de l'administration concernant les items « outliers », accompagnées des justifications de l'institution;
- une conclusion générale reprenant les remarques principales.

Les institutions pour lesquelles les auditeurs infirmiers auront estimé qu'un audit sur place présenterait une plus-value en raison de réponses manquantes, réponses erronées ou insuffisantes ne permettant pas une justification ou mise à disposition des plans de soins, procédures et protocoles, recevront une lettre les informant qu'un audit sur place sera réalisé.

6.4. Audit sur place

6.4.1 Annonce de l'audit externe

La planification d'un audit externe est réalisée en collaboration avec le secrétariat du service d'audit. Il prend les rendez-vous avec les institutions selon un calendrier établi par les auditeurs et est responsable de l'envoi des lettres et e-mails.

Un audit externe comprend les étapes suivantes :

Les institutions concernées sont averties, au minimum 10 jours ouvrables à l'avance, par téléphone et ensuite par mail de la date de la visite.

Les institutions reçoivent 48 H avant l'audit un e-mail comprenant :

- le nom du ou des auditeur(s)
- la liste éventuelle des numéros de dossiers
- le rappel des modalités de préparation de l'audit par l'hôpital
- une demande de confirmation de réception de l'e-mail.

6.4.2 Déroulement de l'audit externe

1 ou 2 auditeurs se rendent dans l'institution. L'audit se déroulera le plus souvent en un jour.

Au début de l'audit, les auditeurs infirmiers, sur base de leur rapport, demandent des clarifications quant aux réponses écrites que l'institution a fournies lors de la première phase de l'audit.

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

Durant l'audit, les auditeurs procèdent à un recodage éventuel des items DI-RHM sur base des informations retrouvées dans les dossiers des patients, en se référant au manuel de codage en vigueur pour les données auditées. Si une liste de dossiers a été envoyée en préparation de l'audit, les auditeurs s'assurent de la présence de tous les dossiers demandés. Ce codage s'effectue dans une application informatique leur permettant de visualiser les données envoyées par l'institution.

Pour garantir le bon déroulement de l'audit, il est demandé au responsable de l'enregistrement de l'activité infirmière d'être présent durant toute la durée du processus, un membre du cadre infirmier délégué peut éventuellement le remplacer.

Lors de l'accueil et du compte rendu des premières observations, il est souhaitable que la direction du département infirmier soit présente.

Quelques précisions :

- L'entretien avec le responsable a pour objectif, entre autres, de s'assurer de la présence de tous les dossiers sélectionnés, de présenter la structure du dossier et de clarifier d'autres documents connexes (plan de soins de référence, procédures).
- L'équipe d'audit réalise en fin d'après-midi ses conclusions provisoires sur base des premières observations.
- A la fin de l'audit, un feedback de ces premières observations est transmis oralement au responsable. Il est important de préciser qu'il ne s'agit que de conclusions provisoires.
- La durée d'une journée d'audit est limitée à 11 heures maximum en ce inclus le temps nécessaire à l'auditeur pour le transport avant et après l'audit.

6.4.3 Critères de validation des items DI-RHM

Dans le cadre de la procédure ci-dessus, l'accent est mis sur les dossier qui contiennent des outliers primaires, pour lesquels l'hôpital a fourni des justifications jugées insuffisantes dans leur réponse écrite.

L'auditeur réalise son contrôle sur base de la consultation du dossier infirmier et des documents annexes. Seules les activités infirmières, répondant aux critères de validité du manuel de codage en vigueur pour la période d'enregistrement auditée, font l'objet d'un score pour autant qu'elles figurent dans le dossier infirmier. Il convient usuellement de considérer qu'une activité infirmière a été réalisée grâce à la validation de celle-ci par le paraphe ou la signature du prestataire de soin qui l'a réalisée.

Si l'enregistrement d'items de non fréquence du DI-RHM a été effectué sans que les activités y associées ne répondent à la définition de l'item ou si des éléments de contrôles sont manquants, le score attribué par l'auditeur sera un « zéro ». Si l'enregistrement d'items de fréquence du DI-RHM a été effectué sans que les activités y associées ne répondent à la définition de l'item ou si des éléments de contrôles sont manquants, le score attribué par l'auditeur correspondra aux valeurs répondant aux conditions d'enregistrement.

L'auditeur, afin de valider un score, doit retrouver des éléments indispensables dans le dossier infirmier en référence aux conditions générales minimales auxquelles le dossier doit répondre et en référence au manuel de codage en vigueur pour les données auditées, soit la version 1.4 pour les données 2008/1 et 2, la version 1.5 pour les données 2009/1 et 2, 2010/1 et 2 et 2011/1 et la version 1.6 à partir des données 2011/2. Il suit pour cela une liste des éléments minimaux à retrouver :

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20111223_carte_des_items_di-rhm1_fr.pdf

6.5. Rapport final d'audit

Après la réalisation de l'audit, une version finale du rapport est réalisée. Ce rapport reprendra les résultats de l'audit statistique ainsi que la conclusion finale du SPF Santé Publique.

Ce rapport reprend les points suivants:

- un cadre comprenant des renseignements administratifs;
- le nom du ou des auditeur(s);
- le nom des représentants de l'institution ainsi que leur fonction;
- une courte introduction;
- le pourcentage de groupes de base ayant été détectés comme outlier;
- les items pour lesquels au minimum 1 groupe de base est considéré comme outlier;
- les questions posées aux institutions concernant les outliers avec les justifications données durant l'audit sur place

Le rapport final, signé par le directeur général de la DGGS et le chef du service Datamanagement, est envoyé à l'institution dans les 30 jours ouvrables après la réalisation de l'audit sur place.

Annexes

Annexe 1 : Liste ordonnée des groupes de base issus du modèle de financement NRG

Groupes de base	Identification des groupes de base
NULL	GROUPE DE BASE NON ATTRIBUE
1 - CI	1 - SOINS INTENSIFS CHIRURGICAUX
2 - DI	2 - SOINS INTENSIFS NON CHIRURGICAUX
3 - EI	3 - SOINS INTENSIFS PEDIATRIQUES
4 - NI	4 - SOINS INTENSIFS DE NEONATOLOGIE
5 - BR	5 - SOINS AUX PLAIES COMPLIQUEES
6 – AROB	6 - SOINS EN OBSTETRIQUE/MATERNITE LE JOUR DE L'ACCOUCHEMENT (MERES)
7 - M	7 - SOINS DE MATERNITE (MERES)
8 - MI	8 - SOINS DE SURVEILLANCE DES GROSSESSES A HAUT RISQUE (MERES)
9 – M_BB	9 - SOINS DE MATERNITE (NOUVEAU-NES)
10 - N	10 - SOINS DE NEONATOLOGIE
11 - E	11 - SOINS PEDIATRIQUES
12 - C	12 - SOINS CHIRURGICAUX
13 - D	13 - SOINS NON CHIRURGICAUX
14 – G	14 - SOINS GERIATRIQUES
15 – L	15 - SOINS AUX PATIENTS CONTAGIEUX
16 – S1	16 - SOINS DES AFFECTIONS CARDIO-PULMONAIRES
17 – S2	17 - SOINS DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR
18 – S3	18 - SOINS NEUROLOGIQUES
19 – S4	19 - SOINS PALLIATIFS
20 – S5	20 - SOINS DES POLYPATHOLOGIES CHRONIQUES
21 – S6	21 - SOINS PSYCHO-GERIATRIQUES
22 – LB	22 - SOINS PRE-OPERATOIRES
23 – FA	23 - SOINS POST-OPERATOIRES
24 – RE	24 - SOINS EN SALLE DE REVEIL
25 – AROB_B	25 - SOINS EN OBSTETRIQUE LE JOUR DE L'ACCOUCHEMENT (MERES)
26 – AROB_PRE	26 - SOINS PRENATAUX EN OBSTETRIQUE (MERES)
27 – AROB_POST	27 - SOINS POSTNATAUX EN OBSTETRIQUE (MERES)
28 – BIRTH_BB	28 - SOINS A LA NAISSANCE (NOUVEAU-NES)
29 – ADM	29 - SOINS A L'ADMISSION A L'HOPITAL (SEJOURS AUTRES QUE LA

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

	NAISSANCE OU L'ACCOUCHEMENT)
30 – DEATH	30 - SOINS LORS DU DECES
31 – DISCH_BB	31 - SOINS DU NOUVEAU-NE A LA SORTIE DE L'HOPITAL
32 - DISCH	32 - SOINS A LA SORTIE DE L'HOPITAL (SEJOURS AUTRES QUE CELUI DU DECES OU DE LA NAISSANCE)



Annexe 2: Contrôles spécifiques

Controle	Description technique	Description court
C001	CONTROLE ITEM B210 AVEC UN SCORE EGAL A 1	SUIVI MICTION PATIENT CONTINENT
C002	CONTROLE ITEMS B220 JUSQU'A B250 INCLUS, AVEC UN SCORE EGAL A 1	SOINS LIES A L'ELIMINATION URINAIRE DIFFÉRENT DE SUIVI
C003	CONTROLE ITEM B410 AVEC UN SCORE EGAL A 1	SUIVI DEFECACTION PATIENT CONTINENT SELLES
C004	CONTROLE ITEMS B420 JUSQU'A B440 INCLUS, AVEC UN SCORE EGAL A 1 OU 2	SOINS LIES A L'ELIMINATION FECAL DIFFÉRENT DE SUIVI
C005	CONTROLE ITEM C110 AVEC UN SCORE EGAL A 1	INSTALLATION PATIENT ALITE
C006	CONTROLE ITEM C120 AVEC UN SCORE EGAL A 1	PRÉSENCE LORS DE L'INSTALLATION D'UN PATIENT
C007	CONTROLE ITEM C120 AVEC UN SCORE DIFFERENT DE 1	SOINS LIES A L'INSTALLATION D'UN PATIENTNON ALITE DIFFERENT DE LA PRÉSENCE
C008	CONTROLE ITEM C200 AVEC UN SCORE EGAL A 1	ACCOMPAGNEMENT AU DEPLACEMENT PATIENT UNITE/CHAMBRE
C009	CONTROLE ITEM C200 AVEC UN SCORE DIFFERENT DE 1	AIDE AU DEPLACEMENT PATIENT UNITE/CHAMBRE DIFFÉRENT DE ACCOMPAGNEMENT
C010	CONTROLE ITEMS D110/D120 AVEC UN SCORE EGAL A 1	SUIVI OU SOUTIEN LOGISTIQUE D'ALIMENTATION
C011	CONTROLE ITEMS D110/D120 AVEC UN SCORE DIFFÉRENT DE 1	SOINS LIES A L'ALIMENTATION DIFFÉRENT DE SUIVI OU SOUTIEN LOGISTIQUE
C012	CONTROLE ITEMS D110/D120 AVEC UN SCORE EGAL A 4	GUIDANCE + PRÉSENCE PERMANENTE D'ALIMENTATION
C013	CONTROLE ITEMS F110/F120 AVEC UN SCORE EGAL A 1	SUIVI OU SOUTIEN LOGISTIQUE D'HYGIENE
C014	CONTROLE ITEMS F110/F120 AVEC UN SCORE DIFFERENT DE 1	SOINS D'HYGIENE DIFFÉRENT DE SUIVI OU SOUTIEN LOGISTIQUE
C015	CONTROLE ITEMS F110/F120 AVEC UN SCORE EGAL A 4	GUIDANCE + PRÉSENCE PERMANENTE D'HYGIENE
C016	CONTROLE SUR LA COMBINAISON DES ITEMS C110/D120	INSTALLATION PATIENT ALITE SCORÉS AVEC SOINS ALIMENTATION SALLE A MANGER
C017	CONTROLE SUR LA COMBINAISON DES ITEMS C110/F300	INSTALLATION PATIENT ALITE SCORÉS AVEC AIDE HABILLEMENT CIVIL JOUR
C018	CONTROLE SUR LA COMBINAISON DES ITEMS C110/W100	INSTALLATION PATIENT ALITE SCORÉS AVEC SOINS RELAXATION PREPARATION ACCOUCHEMENT

Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM

C019	CONTROLE SUR LA COMBINAISON DES ITEMS E200/E400	GESTION SYMPTOMES : NAUSÉES ET/OU VOMISSEMENTS SCORÉS AVEC GESTION SYMPTOMES : SEDATION
C020	CONTROLE SUR LA COMBINAISON DES ITEMS E300/E400	GESTION SYMPTOMES : FATIGUE SCORÉS AVEC GESTION SYMPTOMES : SEDATION
C021	CONTRÔLE SUR LA COMBINAISON DES ITEMS K200 SCORE 2 AVEC D110 OU D120 OU D200	AMELIORATION RESPIRATION : MATERIEL SOUTIEN TUBE ENDO-TRACHÉAL OU MASQUE LARYNGÉ SCORÉS AVEC SOINS LIES A L'ALIMENTATION ADULTE OU MATERNELLES
C022	CONTROLE ITEM V300 AVEC UN SCORE SUPERIEUR A 5	SURVEILLANCE CONTINU DE PLUS DE 5 PARAMETRES VITAUX
C023	CONTROLES SUR LA COMBINAISON DES ITEMS L100 JUSQU'A L400 INCLUS: SOINS POUR AU MOINS 2 PLAIES OU 2 ZONES DE PLAIES	SOINS AU MOINS DE 2 PLAIES OU AU MOINS DE 2 ZONES DE PLAIE
C024	CONTROLE ITEM G100 AVEC UN SCORE EGAL A 1	SUIVI DU DÉBIT URINAIRE / ÉTAT NUTRITIONNEL / POIDS
C025	CONTROLE ITEM G100 AVEC UN SCORE DIFFERENT DE 1	SUIVI DE LA BALANCE HYDRO-ÉLECTROLYTIQUE