

# Procédure externe de validation de données statistiques ciblées: « Mini-validation des données DI-RHM »

DGGS – Data et information stratégique – Team standards : données infirmier

## 1. Introduction

Le mini-validation des données est une validation thématique des données d'un item DI-RHM enregistré selon les directives du manuel de codage 2.0. Le but de cette validation est double. Son objectif principal est de vérifier la conformité de l'enregistrement avec les directives d'enregistrement. Deuxièmement, il vise à recueillir le plus d'informations possible sur l'enregistrement de cet item dans la pratique clinique afin d'évaluer les directives d'enregistrement.

## 2. Contexte

Les Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum (DI-RHM) sont un indicateur pour les soins infirmiers. Ces données sont utilisées non seulement pour le financement des hôpitaux, mais aussi dans le cadre de la recherche et de la gestion interne des hôpitaux. De plus, les données DI-RHM ont «été utilisées dans la formation du modèle des groupes liées aux modèle NRG depuis 2014.

Le Plan d'action pour la réforme du financement des hôpitaux en date du 28 avril 2015, plus précisément la section 5.10.2 lourdeur de soins infirmiers dans le BFM, mentionne explicitement la nécessité d'une validation précise. L'utilisation de données validées en fonction de la réalité sur le terrain est essentielle de manière à ce que les différentes applications, y compris le modèle de financement développé, reflètent de manière adéquate les différences réellement justifiées. Le biais observé dans le passé lors des audits de validation des données RIM de 2006 et lors des audits exploratives DI-RHM (2008-2010) et des audits de validation phase I (2013-2015 sur les données de 2011/2) souligne l'importance d'un audit précis.

## 3. Compétence

- 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
- 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.
- 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 18 JUIN 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

- 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.
- 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.

## 4. Méthodologie mini-validation des données électroniques

L'annonce des mini-validation des données thématiques et électroniques se fait par le biais d'une lettre circulaire adressée à la direction générale, au directeur des soins infirmières et à la responsable (DI-) RHM. Une analyse de l'occurrence d'un item est effectuée pour chaque mini-validation des données thématique. On parle d'une valeur aberrante lorsque l'occurrence ou les scores enregistrés pour un item diffèrent statistiquement dans un certain hôpital par rapport aux autres hôpitaux pour un contexte choisi. Le contexte choisi pour cette vérification est celui des groupes de structure.

### 4.1. Groupes de structure

Dans le cadre de cette validation des données, nous partons du principe que chaque unité de soins infirmiers, déterminée par le préfixe de son unité de soins infirmiers et l'index de lit principal, traite les patients qui ont besoin de soins infirmiers spécifiques à cette unité de soins. Par exemple : un unité de soins est constitué de 30 lits, dont 20 ont un index de lit D et 10 un index de lit C. Alors l'index de lit principal est D.

Pour déterminer les groupes de structures, toutes les épisodes de soins dans un service de soins ayant le même index de lit principal, sont sélectionnées, éventuellement complétées par d'autres paramètres. Le tableau ci-dessous en donne un aperçu.

Groupes de structure	Description
BR	Traitement des brûlures
C	Diagnostic et traitement chirurgical
CD	Hospitalisation mixte C+D
CI	Diagnostic et traitement chirurgical, fonction de soins intensifs
D	Diagnostic et traitement médical
DI	Diagnostic et traitement médical, fonction de soins intensifs
E	Pédiatrie
EI	Pédiatrie, fonction des soins intensifs
G	Gériatrie
HI	Hospitalisation mixte, fonction de soins intensifs
L	Maladies infectieuses
M_bb	Maternité, patients de moins de 2 ans (bébés)
M_M	Maternité, patients de plus de 2 ans (mères)
MI	Maternité, grossesses à risque
N*	Soins néonataux non intensifs
NI	Soins néonataux intensifs

RE	Recovery
S1	Service de SP pour les maladies cardio-pulmonaires
S2	Service de SP pour les pathologies locomotrices
S3	Service de SP pour les pathologies neurologiques
S4	Service de SP pour les soins palliatifs
S5	Service de SP pour les polyopathologies chroniques
S6	Service de SP pour les pathologies psycho gériatriques
AROB_BB	Bébé - Accouchement
AROB_M	Mères – accouchement
FA	Premier épisode après intervention (C, D, CD, G)
LB	Dernier épisode avant intervention (C, D, CD, G)

## 4.2. Types d'analyses

Quatre types de questions sont posées au cours de ce cycle de mini-validation des données :

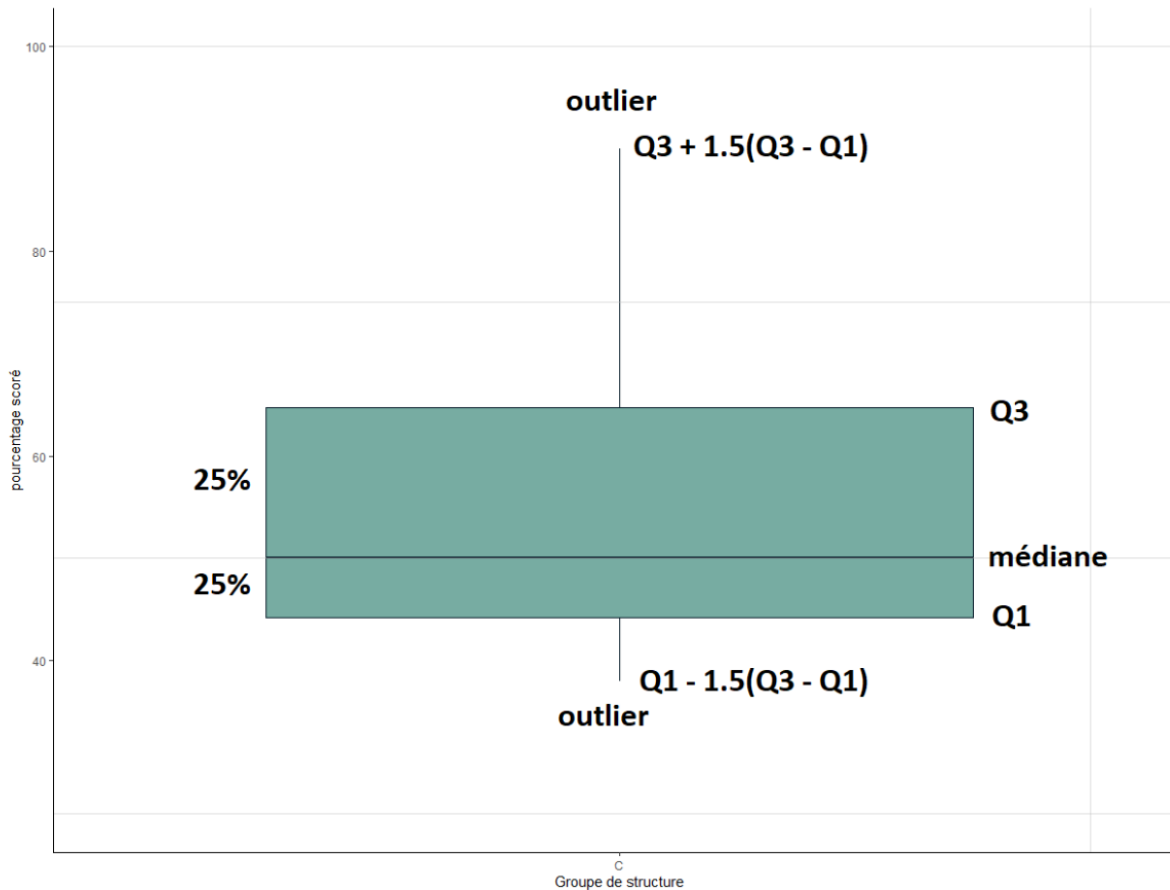
- **Analyses des outliers au niveau d'item**: pour chaque groupe de structure, les valeurs aberrantes sont tracées au niveau d'item. Une valeur aberrante est une valeur qui est plus extrême que toutes les autres valeurs données. Vous trouverez de plus amples informations sur la manière de déterminer les valeurs aberrantes au chapitre 4.3 Analyse de l'occurrence d'un item DI-RHM.
- **Analyse de l'occurrence des différentes possibilités de score** : au niveau agrégé d'un groupe de structure, une synthèse est donnée de l'occurrence de chaque possibilité de score d'item.
- **Occurrence des scores au niveau du service** : pour chaque service de soins, un aperçu est donné de l'occurrence des différentes possibilités de score d'un item.
- **Analyse au niveau d'un dossier** : enfin, un certain nombre de questions spécifiques sont posées au niveau du dossier. Un maximum de 15 dossiers sont sélectionnés par siècle.

### 4.2.1. Analyses des outliers au niveau d'item

Concrètement, pour un certain groupe de structure, l'occurrence pourcentuel d'un item DI-RHM est examiné. Cela signifie que la partition est abstraite.

Lorsque l'occurrence d'un item est clairement plus importante dans un certain hôpital par rapport à d'autres hôpitaux pour le contexte choisi, nous avons affaire à une situation inhabituelle qui nécessite une explication plus approfondie.

L'occurrence d'un item dans un hôpital est considérée comme une valeur outlier si cette occurrence se situe en dehors des limites aberrantes de la distribution. Les limites des valeurs aberrantes sont ici égales à  $Q1$  ou  $Q3 \pm 1.5 IQR$ . Ces valeurs outlier sont indiquées dans un boxplot comme étant les points plus élevés ou plus bas que les moustaches (figure). Afin d'obtenir une vue d'ensemble lisse de l'occurrence d'un item dans chaque contexte, un aperçu est choisi dans lequel chaque groupe de structure qui existe dans un hôpital particulier est visualisé. La sphère rouge représente le positionnement de l'hôpital par rapport aux données nationales pour une année d'enregistrement.



#### 4.2.2. Analyse d'occurrence des différentes possibilités de score

Pour chaque groupe de structure, l'occurrence des diverses possibilités de score pour l'item est supérieure à la moyenne dans un certain hôpital par rapport à d'autres hôpitaux pour un certain groupe de structure, des informations sont demandées pour plus d'explications. Afin d'obtenir une vue d'ensemble lisse de l'occurrence d'un item dans chaque contexte, un aperçu est choisi dans lequel chaque groupe de structure qui existe dans un hôpital particulier est visualisé. La sphère rouge représente le positionnement de l'hôpital par rapport aux données nationales pour une année d'enregistrement. De plus, des informations sont également données sur l'occurrence d'un possibilité de score pour les différents services infirmiers regroupés par groupe de structure.

#### 4.2.3. Occurrence des scores au niveau du service

Pour chaque service de soins où l'item est présent, l'occurrence des différentes possibilités de score de cet item est examinée. Par contre, les différentes option de score se présente à l'échelle nationale sur la base des groupes de structure. Toutes les unités de votre établissement sui font partie du même groupe de structure seront classées en fonction des données nationales pour ce groupe de structure.

#### 4.2.4. Analyse au niveau d'un dossier

Enfin, une sélection ciblée est effectué au niveau de STAYNUM & ORDER EPISODE d'une séjour. Sur cette base, un certain nombre de questions spécifiques seront posées au niveau du dossier. Un maximum de 15 dossiers sont sélectionnés par cycle.