

# Analyse qualitative de l'emploi du DI-RHM par les hôpitaux généraux : Rapport de l'enquête réalisée dans le cadre du travail de fin de stage.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique,  
DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du DI-RHM par les hôpitaux généraux.*

## 1. Introduction.

L'enregistrement obligatoire de l'activité infirmière qui est effective depuis 1988 a fait l'objet d'une actualisation depuis 2001. Cette actualisation s'est articulée autour de cinq principes de base qui sont :

- l'intégration de l'enregistrement des données infirmières dans un ensemble plus grand tel que constituent les systèmes d'enregistrement des hôpitaux et des patients,
- le maintien d'un enregistrement minimal de l'activité et l'utilisation maximale des données existantes ;
- l'intégration d'une approche davantage qualitative ;
- l'inscription dans le concept de programmes de soins ;
- le dialogue permanent avec le secteur des hôpitaux et des infirmiers.

Cet enregistrement dénommé le DI-RHM est effectif depuis le premier semestre 2008. Les données devront être envoyées dans le courant du mois de septembre 2009.

Le DI-RHM s'inspire, dans sa structure, de la classification NIC (Nursing Intervention Classification) en se subdivisant en 6 domaines, 23 classes et 78 items.

Les périodes d'enregistrement sont identiques aux périodes du précédent outil d'enregistrement soit la première quinzaine des mois de mars, juin, septembre et décembre de chaque année. L'envoi des données quant à lui devra être semestriel compte tenu de l'intégration du DI-RHM dans un système plus large, le RHM.

En raison de la dynamique d'évaluation constante de cet outil depuis sa création, de la volonté de préserver la collaboration avec le secteur hospitalier et, en l'absence actuellement de données via le Porta-health (portail Web destiné à collecter les données hospitalières en provenance de tous les hôpitaux du pays), un premier bilan intermédiaire de l'emploi depuis près de deux ans du DI-RHM dans les institutions hospitalières basé sur les impressions du terrain a été réalisé.

Ce premier bilan intermédiaire a été réalisé sur base des réponses apportées à un questionnaire destiné à mettre en avant les points forts et les points faibles de ce nouvel outil d'enregistrement. Il permettait également de faire des propositions d'améliorations ou de modification de l'outil.

Ce sont les résultats de ces questionnaires qui sont exposés dans le présent rapport.

Il est important de rappeler que ces résultats sont le reflet de l'expérience et des représentations (caractère subjectif) des institutions hospitalières qui devront être comparées avec les données officielles lorsqu'elles seront disponibles.

## 2. Méthodologie.

Un premier bilan intermédiaire devait être réalisé dans le cadre de la commission d'accompagnement DI-RHM dont la mission s'est clôturée fin 2008. Cependant, le nombre de réponses et/ou le caractère incomplet de celles-ci n'ont pas permis de répondre aux objectifs de ce bilan.

C'est pourquoi, le questionnaire figurant en annexe a été envoyé à l'ensemble des hôpitaux généraux francophones et néerlandophones. Initialement, il était question de ne contacter que les hôpitaux qui s'étaient portés volontaires pour la réalisation d'audits exploratoires mais l'enquête a été étendue à l'ensemble des institutions de manière d'une part à pouvoir généraliser les résultats mais également à intégrer tous les hôpitaux dans un processus réflexif constructif autour du DI-RHM.

Plusieurs hypothèses sont à l'origine de cette enquête telles que :

- les hôpitaux volontaires pour les audits exploratoires sont plus investis dans la réflexion autour du DI-RHM que les hôpitaux non volontaires ;

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique,  
DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du DI-RHM par les hôpitaux généraux.*

- les hôpitaux estiment d'une manière générale que l'enregistrement du DI-RHM ne mérite pas d'amélioration à ce stade ;
- les hôpitaux souhaitent apporter beaucoup de modifications aux items infirmiers DI-RHM ;
- certains items ne sont que très peu scorés en fonction de l'unité de soins ou d'une manière générale ;
- certains items sont toujours scorés quelle que soit l'unité de soins.

Le questionnaire a ainsi été envoyé à 136 hôpitaux généraux, la quatrième semaine du mois d'avril 2009.

Ils se répartissent comme suit :

- 18 hôpitaux bruxellois dont 14 étaient volontaires pour les audits exploratoires ;
- 73 hôpitaux néerlandophones dont 50 étaient volontaires pour les audits exploratoires ;
- 45 hôpitaux francophones dont 29 étaient volontaires pour les audits exploratoires.

D'une manière générale, 68,3% des hôpitaux interrogés s'étaient portés volontaires pour un audit exploratoire.

Le questionnaire était composé de questions ouvertes et subdivisé en cinq parties.

Le formulaire comprend :

- ⇒ une lettre d'introduction présentant la motivation de ma demande ainsi que les objectifs de ce questionnaire ;
- ⇒ une page de présentation générale des consignes de réponses ;
- ⇒ une première partie destinée à situer d'une manière générale l'institution qui répond au questionnaire afin de mettre en évidence les caractéristiques des répondants ;
- ⇒ une seconde partie consacrée à l'évaluation globale et subjective du système d'enregistrement actuel en relevant les points positifs et négatifs en général et en particulier quant aux items infirmiers ;
- ⇒ une troisième partie liée à la précédente qui donne la possibilité de faire des propositions d'amélioration en fonction des points négatifs relevés ;
- ⇒ une quatrième partie dédiée aux items infirmiers pour lesquels il est demandé d'identifier les 10 plus scorés et les 10 moins scorés pour les trois principaux index de l'institution. Il est également possible de faire le même relevé pour un quatrième index représentant une spécificité de l'institution.
- ⇒ une dernière partie consacrée à la proposition de modification d'un item sur base de constatations pertinentes de terrain ou en fonction de justifications scientifiques.

Un délai d'un mois, soit jusqu'au 22 mai 2009, a été laissé pour retourner les réponses. La réponse au questionnaire ne relevait d'aucun caractère obligatoire et pouvait être envoyée par voie postale, mail ou fax.

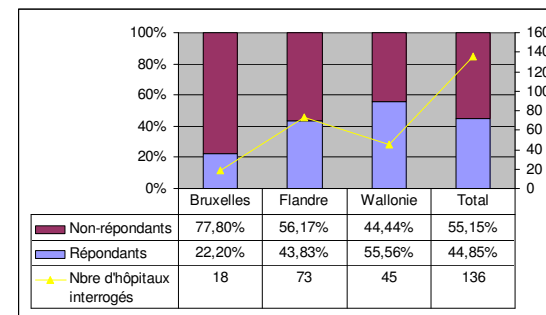
61 hôpitaux ont renvoyé une réponse, ce qui représente un taux de participation 44,85% (n=61).

Les réponses ont été encodées dans un fichier Excel pour la réalisation de graphiques. Les résultats sont essentiellement descriptifs.

### 3. Résultats.

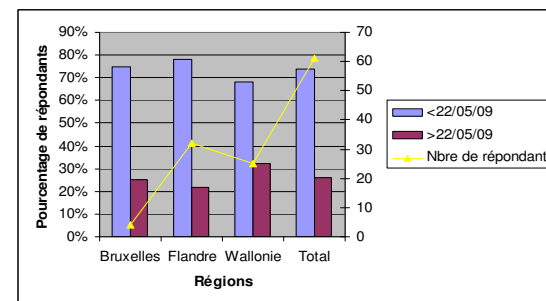
#### 3.1. Présentation de la population.

On peut constater un faible taux de réponse de la part des institutions bruxelloises.



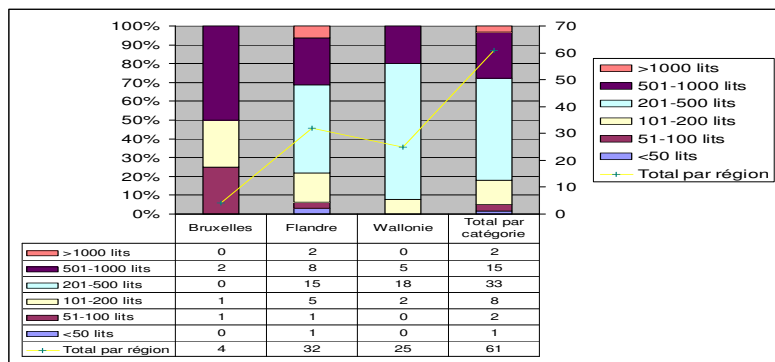
Graphique 1 : Répartition en pourcentage du taux de réponse par région.

On peut constater que près de ¾ des participants ont rendu le questionnaire dans les délais impartis.



Graphique 2 : Répartition des répondants en fonction de la date de réponse par région.

Le graphique suivant montre la répartition des participants en fonction de la taille des hôpitaux. On remarque que la majorité des participants compte entre 201 et 500 lits (54%). En raison du nombre de réponses reçues des institutions de la région de Bruxelles, il paraît difficile de généraliser ces données. Par contre, les deux autres régions sont relativement représentatives compte tenu de leur taux de réponse de 44% pour la Flandre et 55% pour la Wallonie.

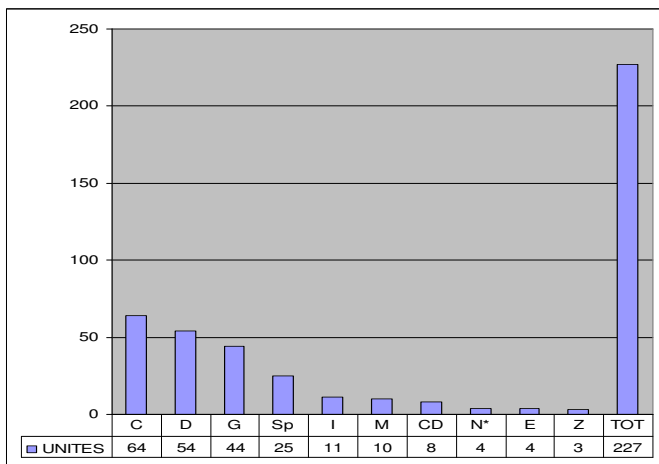


Graphique 3 : Répartition des répondants en fonction de la taille de l'institution.

Enfin, sur base des données récoltées lors du classement des items scorés, il a été possible de dresser une liste des unités de soins concernées par ce classement en fonction de l'index de lits de ces unités.

Ainsi, 227 unités de soins ont été considérées pour le classement des items ayant été majoritairement et minoritairement scorés.

Le graphique suivant représente le nombre d'unités répertoriées par index de lits.

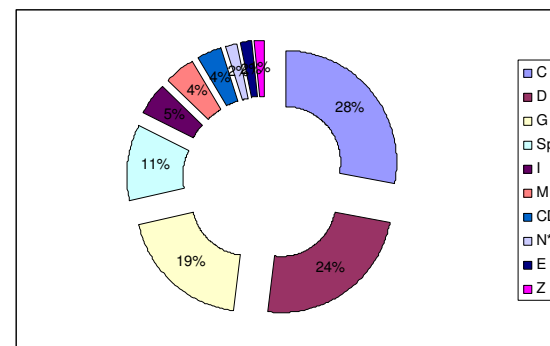


Graphique 4 : Répartition des unités en fonction de leur nombre.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

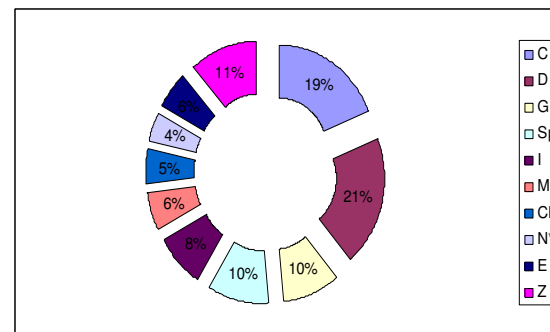
*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*

Quatre index de lits se dégagent principalement : il s'agit des unités de soins d'index C, D, G et Sp. Les index I, M, CD, N\*, E, Z sont représentés dans une moindre proportion mais leur analyse permet néanmoins de dresser un certains profil de scorage les caractérisant.



Graphique 5 : Répartition des unités incluses dans l'enquête en pourcents.

Il est intéressant de comparer ces données avec les données nationales telles que celles reprises dans le feedback fédéral général des données RIM 2006 de manière à visualiser une certaine similitude dans la répartition des unités, attestant de la représentativité de l'échantillon.



Graphique 6 : Répartition des unités en pourcents selon le feedback fédéral général - RIM 2006.

### 3.2. Avantages du DI-RHM.

De nombreux avantages ont été relevés par l'ensemble des répondants en ce qui concerne ce nouvel outil d'enregistrement. Rares sont les institutions qui n'ont trouvé aucun avantage à l'enregistrement du DI-RHM.

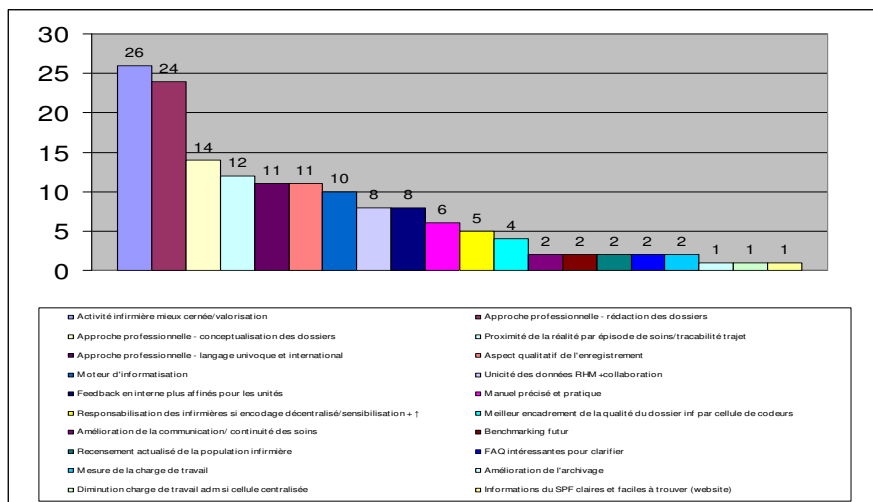
Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*

Deux types d'avantages ont été répertoriés. Le premier groupe reprend les avantages se rapportant au système d'enregistrement en général. Le second groupe intéresse plus particulièrement les avantages liés aux items. Voici le relevé de ces deux groupes.

### 3.2.1. D'un point de vue général.

Une vingtaine d'avantages ont pu être définis en ce qui concerne l'enregistrement DI-RHM de manière générale. Le graphique suivant les reprend en fonction du nombre de fois que les répondants les ont relevés.



Graphique 7 : Répartition des avantages du DI-RHM en général.

Il apparaît clairement que le nouvel outil d'enregistrement est perçu positivement en raison de l'image plus réaliste de l'activité infirmière qu'il permet de rendre.

D'autre part, l'outil est vraiment perçu comme vecteur de l'amélioration de la qualité du dossier infirmier tant dans sa conception que dans sa rédaction. L'aspect qualitatif de l'enregistrement et des dossiers infirmiers est clairement mis en évidence.

Il intervient également comme élément favorisant dans le cadre de l'informatisation du dossier infirmier.

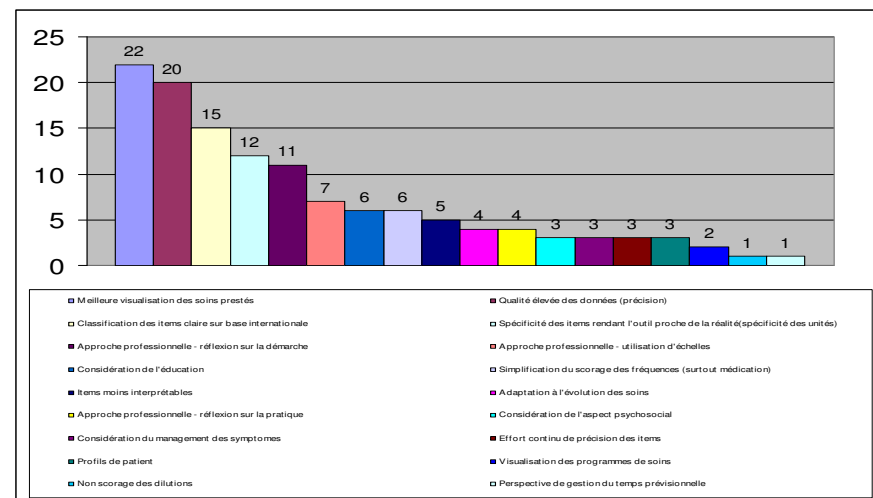
L'utilisation des données en interne apparaît comme facilitée permettant un meilleur rendu dans les équipes de soins.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*

### 3.2.2. Concernant les items.

Le graphique suivant reprend les avantages relevés par les institutions concernant les items DI-RHM en particulier.



Graphique 8 : Répartition des avantages du DI-RHM concernant les items.

Lorsqu'il est question des avantages liés aux items en particulier, il apparaît principalement que la nature des items permet un meilleur rendu de l'activité infirmière dans les unités de soins.

Ces avantages sont essentiellement basés sur trois caractéristiques nouvelles de l'outil d'enregistrement qui sont la précision des items, la classification claire adoptant un langage international et la spécificité de nombreux items permettent de restituer la réalité des unités.

L'approche professionnelle est également valorisée par la réflexion sur la démarche et l'utilisation des échelles qui sont générées par l'enregistrement des items DI-RHM.

La simplification des méthodes de scorage de certains items quantitatifs est appréciée ainsi que le fait que les items sont moins interprétables grâce aux précisions apportées tant par le manuel que par les FAQ.

### 3.3. Inconvénients du DI-RHM.

#### 3.3.1. D'un point de vue général.

Outre les nombreux avantages liés au DI-RHM, il apparaît que de nombreux inconvénients sont également perçus par les institutions hospitalières. Les points suivants présentent ces inconvénients d'une manière générale et par rapport aux items en particulier.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*

Le graphique suivant reprend 28 inconvénients relevés par l'ensemble des institutions. Il ne reprend que les inconvénients qui ont été cités plus d'une fois, laissant de côté 8 autres inconvénients.

D'un point de vue général, cinq grands points apparaissent comme problématiques.

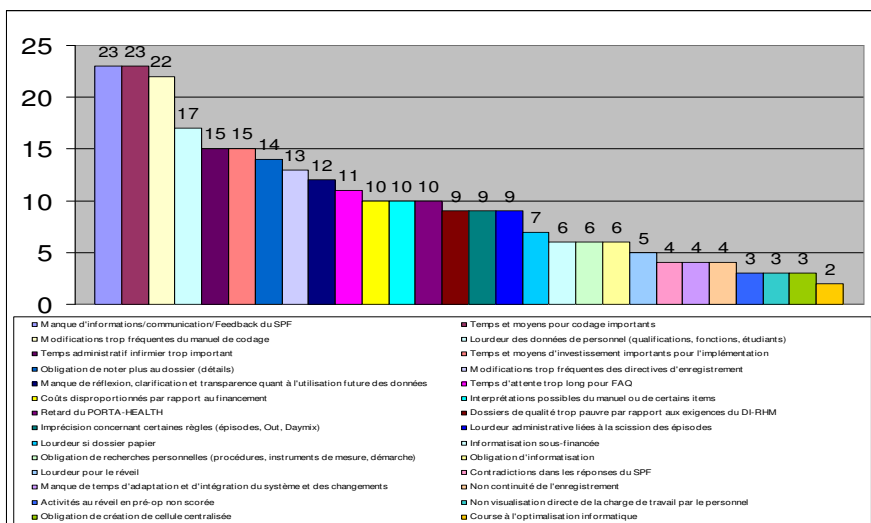
Le premier concerne la communication et les informations émanant du SPF. En effet, plusieurs zones d'ombre ont été mises en évidence comme le peu de réunions d'information programmées par le SPF, le manque de feedback de la part du SPF, le manque de clarification d'un certain nombre de règles (personnel, épisodes de soins, Daymix, OUT, le financement lié au DI-RHM) mais aussi les délais d'attente jugés trop longs pour les réponses apportées tant par les FAQ que par toutes les questions posées via l'adresse mail centralisée ([info.rhmzg@health.fgov.be](mailto:info.rhmzg@health.fgov.be)) et le retard d'opérationnalisation du Porta-health.

Un second point consiste en la lourdeur et la surcharge de travail générée par l'implémentation du nouvel enregistrement et le codage des données. Il s'agit essentiellement de la lourdeur liée à l'enregistrement des données de personnel, de la gestion des épisodes de soins, du temps et des moyens nécessaires tant pour implémenter l'outil dans l'institution que pour réaliser l'enregistrement ensuite.

Un troisième point concerne le nombre important de modifications qui ont été réalisées en lien soit avec les directives d'enregistrement soit avec les directives de codage. Ces modifications rendent souvent difficile leur intégration, que l'on utilise le dossier papier ou que l'on soit informatisé.

Le quatrième point fait référence davantage aux dossiers patients. Les inconvénients relevés concernent l'obligation d'écrire plus dans les dossiers de manière à pouvoir répondre aux contrôles mais aussi le fait que malgré tout, des dossiers sont insuffisamment rédigés afin de répondre à toutes les exigences du SPF.

Enfin, le dernier point noir représente l'aspect financier car il semble que l'ensemble de l'enregistrement du DI-RHM soit trop peu financé par rapport aux investissements requis que ce soit en termes d'informatisation ou de personnel dédié à cet enregistrement.



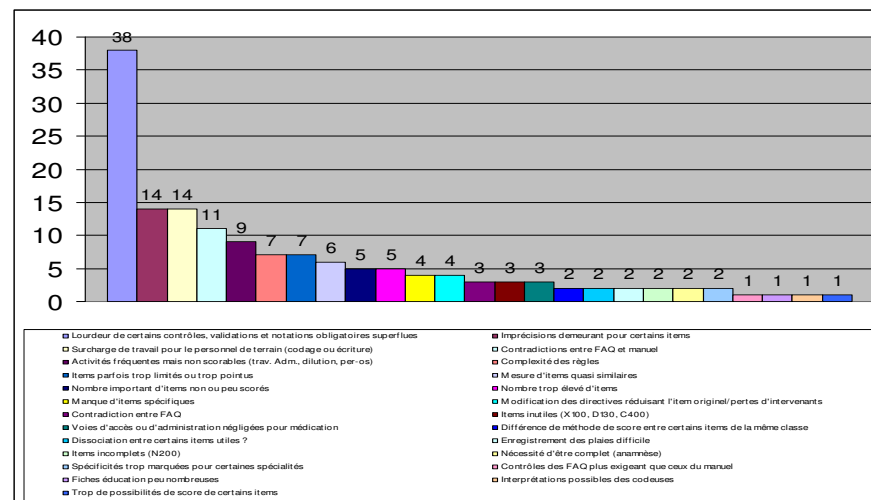
Graphique 9 : Répartition des inconvénients du DI-RHM en général.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DGI, Data management, Juin 2009.

Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.

### 3.3.2. Concernant les items.

Les 25 inconvénients cités par les répondants sont repris dans le graphique suivant.



Graphique 10 : Répartition des inconvénients du DI-RHM concernant les items.

Il apparaît clairement qu'un certain nombre d'items posent encore des soucis par rapport aux exigences de justification afin de valider l'enregistrement de ces items. La lourdeur de certains contrôles est remise en question car ils obligent le personnel de terrain à écrire énormément afin de répondre à tous les contrôles. Certaines notations seraient superflues compte tenu de la logique implicite générée par certaines activités. La surcharge de travail liée à l'écriture dans les dossiers ou à l'encodage est pointée du doigt.

Par ailleurs, certains items seraient encore trop imprécis, prêtant à l'interprétation ou manquant de clarté pour être compris, intégrés et scorés. Des contradictions sont pointées dans les FAQ ou entre les FAQ et le manuel.

On relève également un niveau de complexité trop important soit de certaines règles soit de certains items en particulier comme ceux de la classe L, avec notamment des différences dans les modalités de stockage.

Certains estiment également que bon nombre d'activités ou de voies d'administration ne sont pas scorées biaisant de la sorte une quelconque mesure de la charge réelle du travail infirmier.

Les institutions reprochent également qu'il y a trop d'items, qu'un grand nombre sont peu voire jamais scorés ou inutiles.

Aussi, ce qui est considéré comme un avantage par certains est parfois vu comme un inconvénient pour d'autres et inversement.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DGI, Data management, Juin 2009.

Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.

### 3.4. Propositions d'améliorations.

Suite au relevé des avantages et inconvénients liés au DI-RHM, il était possible de faire des propositions d'amélioration de manière à limiter ces inconvénients.

85% des répondants ont fait des propositions d'amélioration de l'enregistrement.

Parmi ceux-ci, 67,31% s'étaient portés volontaires pour la réalisation d'audit exploratoire.

Cependant, si certaines propositions sont appropriées et répondent aux inconvénients qui ont été relevés, on peut remarquer qu'un certain nombre de propositions d'amélioration sont davantage des propositions de modification de l'outil d'enregistrement.

On peut également faire la distinction entre l'enregistrement en général et les items en particulier.

#### 3.4.1. Concernant l'enregistrement en général.

La catégorisation faite pour le relevé des inconvénients est reprise pour faciliter la lecture.

En ce qui concerne la lourdeur et surcharge générée par l'enregistrement, une des demandes principales consiste en l'allègement et la clarification de l'enregistrement des données de personnel, la suppression de la scission des périodes pré- et postopératoires, la définition rapide d'un financement lié au DI-RHM, que les données de personnel soient extraites via Finhosta, que certains éléments soient clarifiés comme l'hospitalisation de jour (malgré l'information faite en mars 2009). Enfin, l'attention est attirée sur le fait qu'il faut prioritairement informatiser le dossier infirmier avant toute chose en donnant les moyens nécessaires aux institutions pour le faire en fournissant notamment un logiciel de codage ou en donnant des lignes directives quant aux logiciels permettant d'informatiser le dossier infirmier.

En regard au manque de communication de la part du SPF, il est demandé que des feedback soient réalisés plus rapidement, après une opérationnalisation rapide du Porta-health, que les questions posées génèrent des réponses plus rapides, qu'un Helpdesk soit créé, que davantage de réunions d'informations soient organisées, que les finalités du DI-RHM soient précisées, que le manuel d'enregistrement soit mis à jour, que la liste complète des contrôles du Porta-health soit publiée, qu'une formation continue soit organisée par le SPF.

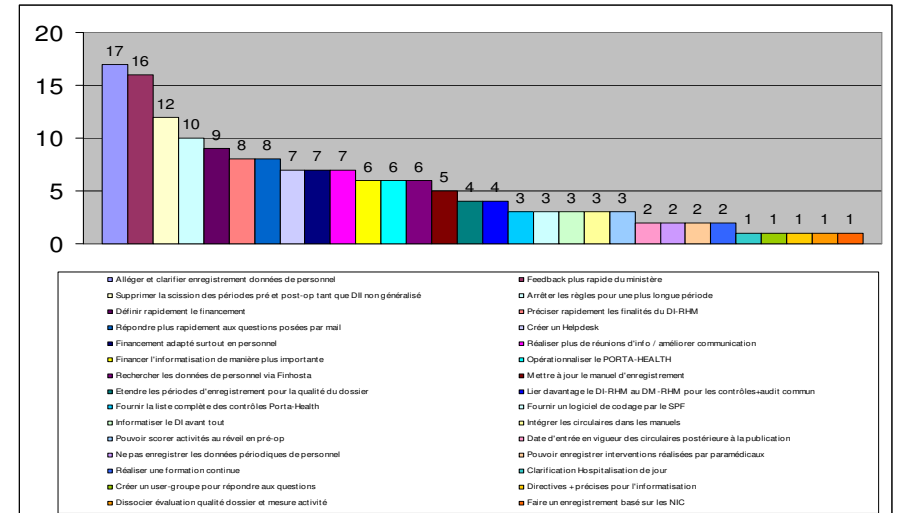
Concernant l'aspect financier, il est proposé que le financement de l'informatisation soit revu à la hausse et que le financement actuel soit adapté surtout au niveau du personnel intervenant dans l'enregistrement du DI-RHM.

Si l'on se réfère aux nombreuses modifications, il est demandé d'arrêter les règles pour une durée plus longue de manière à intégrer complètement l'outil avant de pouvoir le modifier ou l'améliorer. Il est proposé également d'intégrer les circulaires dans le manuel et que la date d'application soit postérieure à la date de publication de celles-ci.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*

10



Graphique 11 : Répartition des propositions d'amélioration de l'enregistrement en général.

Par ailleurs, d'autres propositions ont été faites telles que :

- pouvoir scorer les activités au réveil en pré-op ;
- créer un user-groupe pour répondre aux questions ;
- pouvoir scorer les interventions des paramédicaux.

#### 3.4.2. Concernant l'enregistrement des items.

Un nombre important de propositions ont été faites dont certaines représentent surtout une modification et non une amélioration.

La considération principale est le fait qu'il faudrait envisager l'allègement de certains contrôles de manière à limiter les notes au dossier ou de manière à pouvoir scorer certains items dont les exigences sont trop importantes par rapport à la réalité de terrain.

Il est demandé également de limiter le nombre d'items en allégeant l'outil des items peu ou non scorés voire inutiles car n'influençant nullement le processus de soin (X100).

Une demande de clarification, précision, simplification et levée des contradictions pour certains items (classe L, classe C) par l'enlèvement des '...' dans les définitions. Rajouter davantage d'exemples dans le manuel de codage.

Il est également proposé de rajouter un certain nombre d'éléments dans les possibilités de score de manière à pouvoir mieux coller à la réalité de terrain. Ce sont des éléments tels que :

- rajouter un score de fréquence pour H100 et H400,
- rajouter l'alimentation à la seringue,
- rajouter les gouttes oculaires, auriculaires et pommades hémorroïdaires,
- rajouter le drainage ventriculaire externe en I200,

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

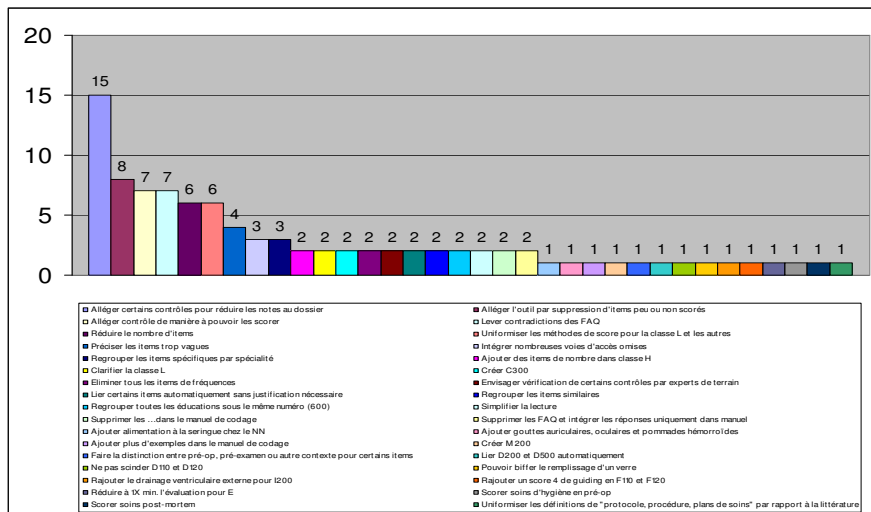
*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*

11

- rajouter un score 4 de 'guidance' pour F110 et F120,
- réduire à 1 mesure pour scorer la classe E,
- pouvoir scorer des soins d'hygiène pré-op ou post-mortem.

Enfin, il est demandé de créer deux items : C300 (aide au déplacement en dehors de l'unité) et M200 (thermorégulation chez l'adulte). Si ces demandes sont intéressantes, il faut constater que l'argumentation et la documentation s'y référant est inexistante et qu'il s'agit bien de propositions à faire dans le cadre d'une modification d'un item et non de l'enregistrement.

Le graphique suivant présente toutes les propositions avec leur valeur de répétition.



Graphique 12 : Répartition des propositions d'amélioration de l'enregistrement des items.

### 3.5. Top 20 des items DI-RHM.

Sur base des données communiquées par les institutions ayant répondu à cette enquête, il a été possible de relever les items les plus fréquemment scorés en général mais également en fonction de l'index de lits permettant de dégager un profil d'items par index.

Les fréquences d'enregistrement ont été déterminées par le décompte du nombre de fois qu'un item a été déclaré comme faisant partie du top 10 pour chaque unité dont les données ont été communiquées via l'enquête.

D'une manière générale on peut ainsi obtenir le tableau récapitulatif suivant.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*

RANG	C	D	G	Sp	I	M	CD	E	N*	Z	Général
1	F110	F110	C120	F110	H200	S100	F110	B100	B100	C120	V400
2	V400	V400	F110	C120	H300	V400	N200	C120	D200	C200	F110
3	D110	D110	V400	V400	N200	C200	V400	C200	G100	R110	C120
4	E100	C120	D110	H100	V300	B410	C120	D110	C120	S100	D110
5	C120	N200	C200	F300	G100	C120	C200	G100	D300	D110	C200
6	H100	C200	H100	D110	C110	F200	D110	V400	V400	N200	H100
7	C200	H100	B430	C200	F110	B210	E100	X100	C200	S200	E100
8	N200	H200	B230	B230	F500	D110	H100	D200	E100	V400	N200
9	H200	E100	V200	B420	K200	D500	B410	E100	N500	Y200	H200
10	B220	B410	E100	B220	V400	E100	H200	H400	V300	E100	B410
11	B410	H300	G100	B410	B250	W200	H300	N200	D400	E200	B220
12	R110	B220	B220	B430	E100	W400	R110	B210	E200	E400	S100
13	S100	S100	B410	D120	G300	B100	S100	B220	F110	G100	H300
14	E200	B420	R110	G100	V200	B600	V300	B410	F120	H100	R110
15	H300	R110	V100	H400	B430	D200	B210	B420	F500	H200	B420
16	B420	E200	B420	R110	E200	F110	B220	E200	H200	H300	G100
17	B210	K200	H400	B210	G400	F120	B250	F300	H300	X100	E200
18	E300	B210	N200	B250	B220	L100	B420	V300	L200		B430
19	L100	E300	E200	E100	B410	L200	B600		S100		B230
20	L200	H400	E300	P100	D110	G100	C110		V200		B210
Nbre d'unités	64	54	44	25	11	10	8	4	4	3	227

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des 20 items les plus scorés par unité.

Il apparait que la majorité des unités de soins score préférentiellement les mêmes items avec des petites différences dans le rang occupé par l'item.

De même, certaines unités montrent leur spécificité à travers d'items plus particuliers ou de classement différent de leurs items scorés.

Ainsi, les unités d'index C, D, CD ont pratiquement le même profil axé autour des soins d'hygiène, des paramètres vitaux en continu, de l'alimentation en chambre, de l'administration de médicaments IM/SC/ID et de l'installation et déplacement de patients non-alités et essentiellement continents pour qui une gestion de la douleur est présente.

La gériatrie montre un profil proche mais avec la mise en évidence de l'importance de l'installation chez des patients préférentiellement incontinents.

Les services de revalidation ont pratiquement le même profil que ceux de gériatrie mais avec des patients continents et où l'habillement civil occupe une place importante.

Les soins intensifs, plus techniques, sont axés autour de la médication IV et leur voie d'accès ainsi que la surveillance des paramètres en continu, de la balance hydro-électrolytique et des soins de bouche particuliers.

La maternité prône davantage la prise en charge infirmière éducative notamment au niveau alimentation, élimination et spécificité.

Enfin, pédiatrie et néonatalogie sont assez similaires pour les dix items les plus scorés, avec la prise en charge de l'élimination chez les moins de 5 ans, l'installation et le déplacement, la balance alimentaire et hydro-électrolytique ainsi que le suivi des paramètres vitaux en discontinu et l'alimentation maternelle.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*

### 3.6. Down 20 des items DI-RHM.

Le même procédé que pour le top 20 a été utilisé de manière à relever les items les moins fréquemment scorés en général mais également en fonction de l'index de lits permettant de dégager un profil d'items par index.

Cependant, certaines institutions ont fourni comme données les items qui n'étaient jamais scorés pour les unités de soins choisies. Ce type d'information n'est pas très utile compte tenu du fait que certains items ne peuvent pas être scorés en fonction de l'unité ou du patient pour qui un enregistrement est réalisé.

Il est évident que les profils sont alors biaisés et qu'ils se rapprochent davantage d'une liste d'items non scorés.

Cependant, à titre indicatif, le tableau suivant reprend ces items pour tous les index séparés ainsi que pour l'ensemble de toutes les unités.

RANG	C	D	G	Sp	I	M	CD	E	N*	Z	Général
1	B500	B300	D300	R110	A100	G300	D500	F500	Y200	B230	B500
2	A100	B500	N100	C110	D120	B500	Z200	B500	B500	B410	B300
3	N100	D500	G200	C400	F200	D130	B500	B600	D130	C110	C400
4	B300	F300	I100	D130	N700	A100	B600	F200	F200	F110	A100
5	C400	R120	C400	B300	B500	B250	R130	G200	H100	G300	N100
6	R120	A100	R130	N200	B600	C110	V600	G400	L300	V200	B600
7	D400	B600	Y200	Z400	C400	C400	B210	Z400	N300	B240	I100
8	E400	N100	B300	B500	D200	D400	B440	A100	S100	B250	D400
9	I100	Q100	D400	E300	F300	G100	C400	B300	Z200	B430	R120
10	Z200	Z300	E100	F120	Q100	G500	G200	C110	A100	B440	F200
11	D300	D400	O100	G400	B100	H500	L400	C400	B600	F120	R130
12	B600	E100	R110	L100	F400	K100	N100	D130	C110	F200	D500
13	D500	F200	S100	L200	O100	N100	N700	D500	C400	F500	Z200
14	V600	I100	V300	B600	O200	N500	O100	E100	D110	H100	D300
15	B240	K100	V700	D400	B210	S200	P100	E300	D120	H400	O100
16	F200	P100	W100	E100	B220	W100	Q100	E400	E300	H500	R110
17	F400	R130	W200	E400	B230	B420	V700	F300	E400	L200	D130
18	G100	S200	W300	F500	B240	D500	X100	G300	F300	R130	E400
19	G400	V700	W400	G300	B300	E100	Z100	G500	F400	V100	F300
20	V100	Z100	W500	H200	D300	E200	Z300	L400	G200		G200
Nbre d'unités	62	53	43	25	11	11	8	4	4	3	224

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des 20 items les moins scorés par unité.

Compte tenu du biais important généré par un nombre conséquent de données erronées dans le cadre de cette enquête, il est difficile d'interpréter ce tableau. En effet, l'objectif de ces données était de mettre en évidence des items qui étaient scorés mais dans une mesure moindre. Or, il s'est avéré qu'un grand nombre d'institutions ait envoyé soit une liste des items qui n'étaient jamais scorés, soit une liste d'items peu et non scorés soit un relevé des items peu scorés.

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*

### 3.7. Propositions de modification d'items DI-RHM.

En ce qui concerne la possibilité que les institutions avaient de proposer des modifications plus profondes de l'outil d'enregistrement en modifiant des items, les réponses ont été nettement moins conséquentes que pour les propositions d'amélioration de l'outil. En effet, seulement 41% des répondants ont fait des propositions.

Parmi ceux-ci, la majorité soit 76% s'étaient portés volontaires pour la réalisation d'audit exploratoire.

Le tableau qui suit synthétise les propositions faites en fonction de l'item intéressé ainsi que le nombre d'institutions qui ont souhaité cette modification. Enfin, on peut retrouver la justification de la modification.

Il convient également de rappeler que des justifications ont été demandées de manière à argumenter les prises de position et de donner du crédit aux propositions. Deux types de justifications ont été exigés. D'une part, exposer des bases scientifiques sur lesquelles s'appuie le répondant pour faire sa proposition et d'autre part, une justification pertinente issue de réflexions concernant la pratique professionnelle quotidienne.

Au travers de ce tableau, force est de constater que seulement deux institutions ont fourni des justifications scientifiques. En ce qui concerne les autres propositions de modification, il s'agit pour la plupart de réflexion quant à l'adéquation de la pratique et de l'outil.

Items	Propositions	N	Justification
H400	Scorer le nombre d'aérosol par jour => Score=nombre d'administrations par jour => créer H410 et H420	5	Non visualisation de la réelle charge de travail infirmier liée à l'administration des aérosols
C200	Clarifier C120 et C200 => Changer complètement l'item	2	Item trop vague dans la pratique
B200-B400	Modifier système de scorage => 1 item de niveaux d'activités et 1 item de niveaux d'aide pour l'élimination	1	Non sens d'estimer un niveau de soutien par une analyse quantitative <b>&lt; base scientifique</b>
Classe E	Clarifier gestion des symptômes + Exiger annotations des activités réalisées	1	Activités non réellement mesurées par simple évaluation
Classe F	Créer item spécifique aux NN	1	Non différenciation pour enfant de - 5 ans
Classe L		1	Difficultés importantes d'informatiser
Classe L	Lier automatiquement la localisation de plaie avec la localisation de l'intervention chirurgicale en cause	1	Gain de temps
D130	Ajouter un contrôle : Le jeûne doit résulter d'une volonté médicale ou infirmière et non des circonstances	1	Scorage sans surveillance
E100	Intégrer la prévention	1	Activités importantes dans la prévention de la douleur
E100	Autoriser une seule mesure par jour	1	Lourdeur de la Doloplus
E400	Supprimer analgésiques de la liste des contrôles	1	Refléter la réalité des soins intensifs
G400	Supprimer dernière partie de la définition ayant trait à la prescription médicale	1	Contradiction entre manuel et AR 18/06/1990
Général	Se baser sur les NIC	1	NIC
H200	Ensemble des activités liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial ou en son absence du nom générique ou du Nom de la molécule) ou à l'administration de perfusions IV.	1	Les solutés exclus sont très utilisés
I200	Intégrer drainage ventriculaire	1	Réalité du terrain
L500	Inclure toutes les plaies dermatologiques même les ouvertes => Laisser tomber restriction des plaies ouvertes	1	trop complexe
N200	Ajouter les blocs périphériques nerveux => Surveillance et/ou soins à une voie d'accès sous-cutanée, intra-veineuse, artérielle, intra-musculaire, nerveuse périphérique, intra-pleurale, intra-thécale, épidurale, intra-osseuse, intra-péritonéale, intra-ombilicale	1	Bloc nerveux périphériques dans 70% des cas avec surveillance importante infirmière  <b>&lt; base scientifique</b>

Houpe Jean-François, Infirmier auditeur DI-RHM, SPF Santé Publique, DG1, Data management, Juin 2009.

*Présentation des résultats de l'analyse qualitative de l'emploi du Di-RHM par les hôpitaux généraux.*



P100	Donner plus d'exemples pour les 5 activités, alléger contrôles	1	Faciliter le scorage
V300	Faciliter le scorage => Scinder item en 2 : V310 et V320	1	Gain de temps
V600	Clarifier les types de virus ou bactéries générant un V600	1	
V700	Limitation du contrôle concernant les heures de début et de fin => pour la contention physique : mesures de contention utilisées : surveillance réalisée pendant la pause de travail où la contention physique est installée	1	Dossier papier - difficultés d'encoder précisément surtout si plusieurs fois par jour
X100	Abandonner cet item	1	Non relevant et n'ayant pas d'interférence sur le processus de soins infirmiers

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des propositions de modification d'item.

Il est également important de signaler que la plupart des institutions ont indiqué, en parallèle avec les propositions d'amélioration de l'enregistrement, qu'il valait mieux ne rien changer pour l'instant à l'outil compte tenu de la non-disponibilité des données via le Porta-health et de l'absence de feedback par le SPF. L'arrêt des modifications incessantes permettrait aux institutions de s'approprier l'outil d'enregistrement de manière à l'analyser ultérieurement avec le recul suffisant.

#### 4. Interprétation et discussion.

Sur base de ces résultats dont l'analyse devra encore être affinée et approfondie pour une utilisation ultérieure au sein de notre cellule d'auditeurs-infirmiers du DI-RHM, il est possible de répondre aux hypothèses de travail qui sous-tendaient cette enquête.

Premièrement, il apparaît que la majorité des institutions ayant répondu s'était portée volontaire pour la réalisation des audits exploratoires (68,85%). De plus, parmi ceux qui ont fait des propositions d'amélioration de l'enregistrement, 67,31% s'étaient également portés volontaires et parmi ceux qui ont fait des propositions de modification, 76% étaient des volontaires. On pourrait constater que les hôpitaux volontaires sont plus investis dans la réflexion autour du DI-RHM. Cependant, il faut rappeler que dans la population initiale, la proportion des hôpitaux volontaires étaient également de 68,38%.

Deuxièmement, la seconde hypothèse est infirmée car, les hôpitaux estiment que d'une manière générale, bon nombre d'améliorations devraient être apportées à l'enregistrement du DI-RHM, et ce, essentiellement de manière à le faciliter ou réduire les travaux d'écriture du personnel infirmier.

Troisièmement, d'une manière générale, peu de propositions pertinentes basées sur une réflexion profonde ou de la littérature scientifique ont été recueillies.

Quant aux hypothèses de travail concernant les items scorés le plus fréquemment et le moins fréquemment, si des profils de fréquence d'items ont pu être réalisés, confirmant ainsi l'hypothèse d'items qui sont toujours scorés, par contre, en ce qui concerne les items peu scorés, il est apparu qu'il était difficile de pouvoir se baser sur les données reçues. En effet, une certaine confusion a été constatée au travers de cette question par l'envoi de relevés d'item qui n'étaient jamais scorés en fonction des unités de soins, ce qui n'était pas le but de cette enquête.

#### 5. Conclusions.

Le taux de réponses important que cette enquête a connu est le signe d'un intérêt marqué du secteur, alors qu'aucun caractère obligatoire n'était présent.

De même, le DI-RHM est perçu de manière générale comme un meilleur outil que le précédent (RIM), garantissant une vision plus précise de l'activité infirmière. Une des grandes avancées rendue possible par le DI-RHM est l'amélioration remarquée du dossier infirmier tant dans sa conception que dans les démarches de soins et surtout sa rédaction.

Malgré ces avantages indéniables, force est de constater que de nombreux inconvénients sont également pointés du doigt. Outre le retard d'opérationnalisation du Porta-health et par conséquent de l'absence de feedback du SPF, il s'agit essentiellement de la lourdeur de ce nouvel enregistrement qui pose problème. Ce sont non seulement les contrôles imposés pour certains items mais également l'obligation d'écritures plus importantes dans les dossiers qui occasionnent des réticences vis-à-vis du DI-RHM. Les propositions d'amélioration de l'outil vont d'ailleurs dans ce sens.

Si ce nouvel outil est de manière générale perçu positivement en raison de sa proximité avec la réalité de terrain, il est néanmoins interpellant de constater qu'il est vécu comme une contrainte dans la mesure où il nécessite une démarche infirmière retranscrite dans le dossier du patient. Cette « contrainte » perçue permet de mettre en évidence les difficultés d'intégration de cette activité finalisant le soin qui sont souvent excusées par un manque de temps ou de moyen.

Il est indispensable également de faire remarquer la nécessaire continuité des formations et informations/explications liées au DI-RHM car, au travers des réponses, il apparaît que certaines institutions ont un niveau de compréhension de l'outil nettement insuffisant.

Cependant, il apparaît que l'attente prioritaire des institutions réside dans la fixation des règles à longue échéance ainsi que la définition claire des finalités et implications financières du DI-RHM.

Pour terminer, il convient de dire que les éléments relevés dans cette enquête serviront de base à la réflexion de la cellule des auditeurs infirmiers de manière à améliorer les points négatifs que nous pourrions corriger tout en maintenant les éléments positifs qui ont été pointés et qui font la valeur de cet outil.