



© Frédéric Raevens

PANORAMA INFIRMIER

Du RIM I au RIM II

D'abord il n'y avait rien, ou presque, et puis il y a eu le RIM (Résumé Infirmier Minimum). Un grand pas pour le secteur infirmier et un pas de géant pour la santé publique. Ou comment la belle histoire du RIM (en passe de devenir le RIM II) nous (ré)apprend que la santé – cure et care – ça se gère.

PAR JULIE LUONG
UN ENTRETIEN RÉALISÉ AVEC ANITA SIMOENS

Après des années de bons et loyaux services, le RIM s'offre une nouvelle jeunesse. Dans le vent mais les pieds bien sur terre, le RIM II verra le jour en 2007. Avant le (grand) chambardement organisé, revenons, en compagnie de son heureuse instigatrice, sur l'histoire d'un système que la communauté internationale nous envie encore. Bien qu'infirmière graduée de formation, Anita Simoens-De Smet entre dans l'administration dès le début de sa carrière où elle se voit confier des matières liées au secteur des soins infirmiers et, plus tard, à la politique générale des établissements de soins... Double

intérêt, double compétence et un résultat unique qui voit bientôt le jour grâce à elle: le premier Résumé Infirmier Minimum, une base de données qui rend compte pour la première fois de façon systématique des pratiques infirmières.

VISIBILITÉ RÉDUITE

Il faut remonter plus ou moins vingt ans en arrière pour mieux comprendre les causes de la naissance du RIM. Dans les années 85, la visibilité du monde infirmier est encore très faible. Autant au sein de l'hôpital qu'extra muros. Les partenaires de soins connaissent peu ou mal le secteur et, à

force de faire bande à part, le monde infirmier s'enlise dans ses propres problèmes et ne parvient pas à se faire entendre. Ce qui lui manque pour être crédible? Des outils propres qui lui donnent les moyens de justifier ses pratiques et de réclamer les moyens financiers qui lui reviennent de droit.

CIBLER LES BESOINS ET RECTIFIER LE TIR

Mais les causes du surplus de travail dont se plaint alors le secteur sont à la fois internes et externes. Externes, car le vieillissement de la population ne cesse de s'affirmer et altère du même coup la qualité et la quantité des

>>>

>>> soins (plus spécifiques et plus nombreux). C'est l'époque où le care devient le compagnon inséparable du cure. Or le système de financement, peu attentif aux modifications profondes qu'on constate alors, continue de privilégier les hôpitaux spécialisés au niveau médical au détriment des hôpitaux qui administrent plutôt des soins infirmiers.

Causes internes aussi à trouver dans la mauvaise gestion du temps de travail qui génère stress et démotivation. «Il faut bien dire qu'un certain nombre de pratiques étaient et sont encore de l'ordre du rituel, de l'habitude, et qu'il faut pourtant rentabiliser au mieux les heures de travail». Prenant le problème à revers, le secteur infirmier parle de pénurie et réclame encore et toujours plus de travailleurs... Encore faut-il pouvoir rentabiliser au mieux les ressources dont on dispose grâce à une répartition et une affectation correctes des tâches. «Les infirmières elles-mêmes n'étaient pas toujours conscientes de la nature de leurs propres difficultés ou les analysaient mal», explique Anita Simoens.

Et si le sous-financement du secteur est alors une réalité indiscutable, espérer la multiplication des pains n'est pas une solution... Tout au plus faut-il apprendre à prouver qu'on a vraiment faim! La production infirmière – car c'est bien de cela qu'il s'agit, même si elle est considérée comme le coût le plus élevé du prix de journée d'entretien d'un hôpital – doit pouvoir se justifier de part en part. C'est sur ce constat que naît l'idée d'un nouvel outil destiné à rendre compte de l'activité infirmière à l'Etat: le Résumé Infirmier Minimum.

UN SYSTÈME INNOVANT

Le point de départ de l'édification du RIM? L'identification de 23 facteurs permettant de rendre compte des soins infirmiers au niveau de chaque unité de soin. Or,

parvenir à un système de ce type, dans lequel les actes infirmiers sont inscrits noir sur blanc, voilà ce qu'on cherchait depuis longtemps à mettre sur pied dans le monde hospitalier international. «Il n'y avait nulle part une démarche qui cherche à rendre visibles les soins infirmiers. L'OMS était déjà en train de rechercher des systèmes de ce type mais ils s'avéraient toujours trop complexes à appliquer au quotidien. Grâce à l'aide apportée – sur demande du Ministère de la Santé Publique –

alors renvoyées vers l'hôpital et si besoin est, un audit a lieu afin de garantir un financement ad hoc. «Tous les pays développés sont confrontés aux mêmes réalités: explosion des soins de santé, explosion des besoins et, de là, nécessité de contrôler l'affectation des moyens. La Belgique était la première avec les Etats-Unis à pratiquer des enregistrements dans un but financier plutôt que scientifique. Elle a aussi réussi à généraliser ce système assez vite dans tous les hôpitaux du pays.»

“ Il faut bien dire qu'un certain nombre de pratiques étaient et sont encore de l'ordre du rituel, de l'habitude ”

par les facultés économiques et sociales des facultés universitaires de Namur et par le Centrum voor Ziekenhuiswetenschap de la KUL, la Belgique sera le premier pays à proposer un système concret et applicable».

Les choses s'enchaînent très rapidement et le 17 août 1987, un arrêté royal rend obligatoire l'enregistrement des soins infirmiers dans tous les hôpitaux non psychiatriques. A ce moment-là, le RCM (Résumé Clinique Minimum) – soit l'équivalent du RIM pour le monde médical – n'existe pas encore. L'initiative de collecter des données visant à rendre compte des pratiques hospitalières est donc tout entier issu du monde infirmier belge. «Il fallait faire ses preuves en tant que partenaire valable!».

A raison de quatre fois par an – la première quinzaine des mois de mars, juin, septembre et décembre – chaque acte infirmier sera dès lors enregistré. Hors de ces 15 jours d'enregistrement consécutifs, le Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique sélectionne 5 jours d'enregistrement, lesquels constitueront la base de données de référence. Les statistiques établies par le SPF sont

DES CHIFFRES ET DES LETTRES

Restructuration du département infirmier, création de postes pour l'enregistrement et l'analyse des données, révision du dossier infirmier: le RIM s'inscrit dans un cortège de mesures visant à améliorer les conditions d'exercice de la profession et à la rendre plus performante. Et si l'intention est louable – obtenir un meilleur financement – et devrait à moyen terme améliorer le quotidien de tous les acteurs du secteur, l'arrivée du RIM ne se fera pas sans susciter certaines réticences. Car outre le fait qu'il représente une charge supplémentaire de travail, l'enregistrement RIM dénote



Anita Simoens-De Smet

Infirmière graduée, Anita Simoens-De Smet débute sa carrière au sein du SPF Santé Publique en 1965. Elle est nommée conseiller général en 1993 et conseiller général honoraire en 2005.

RCM: LE FAUX JUMENT

Le RCM (Résumé Clinique Minimum) est un résumé standardisé et concis du dossier médical du patient tout comme le RIM l'est du dossier infirmier. Postérieure au RIM, son application date de 1990, mais contrairement au Résumé Infirmier qui a dû mettre sur pied une classification par facteurs ex nihilo, le RCM se base sur le système international de codification ICD 9 (International Classification of Diseases), qui passera bientôt à l'ICD 10. A partir de 2007, il formera avec le RIM un outil unique de référence et se prépare donc également à quelques ajustements...

>>> fortement par rapport au reste du travail infirmier, avant tout pratique et relationnel. «Traduire les soins infirmiers en chiffres: c'est un pas de géant!»... et surtout une (bonne) habitude à prendre.

Quant à son impact sur la pratique elle-même (dont le dossier infirmier se veut le reflet direct), il est loin d'être négligeable. Car au-delà de la seule contrainte légale d'enregistrement, le RIM

// Traduire les soins infirmiers en chiffres: c'est un pas de géant! //

RETOUR DE BALANCIER

Car, en rendant visibles les soins infirmiers, le RIM a réussi à affiner de façon appréciable le financement des hôpitaux dont le type de patients – qu'il s'agisse de malades chroniques ou de personnes âgées – nécessite surtout des soins infirmiers. Le taux d'intégration du RIM dans le calcul de financement n'a d'ailleurs jamais cessé de s'élever depuis 1994 – année où il a commencé à être pris en compte dans le financement – et ce dans l'optique de ne pas défavoriser ce type d'hôpitaux et de les encourager à maintenir leurs pratiques infirmières, moins valorisées que le travail clinique et pourtant tellement primordiales humainement et médicalement parlant.

D'autre part, le RIM a fortement encouragé la systématisation du dossier infirmier: un résumé clair ne pouvant s'extraire que d'un document complet et adéquatement structuré.

ACTE DEUX: RÉPÉTITION GÉNÉRALE

Comme tout changement important, le passage au RIM II ne pouvait se faire sans un minimum de préparation. En 2006, le RIM I a été effectué durant la première quinzaine des mois de mars et juin. Les données prises en compte sont celles des 15 jours de ces deux périodes, soit 30 jours (c'est-à-dire la totalité de l'enregistrement comme ce sera désormais le cas). Il n'y aura pas d'enregistrement durant le second semestre 2006, entièrement dédié à la formation. 2007 marquera le départ du nouveau RIM...

représente un moyen supplémentaire pour le secteur infirmier de réfléchir aux aspects qualitatifs de sa pratique professionnelle. «Le RIM a amené la profession à mieux organiser les soins pour montrer que c'était bien organisé!»... on ne peut que se féliciter de ce retour de balancier.

CHANGEMENT DE RIM

Bien que le RIM soit en soi une mini révolution, l'évolution à vitesse grand v du monde médical exige d'ores et déjà le renouvellement d'un système qui, il est vrai, n'a pas encore vingt ans. D'abord parce que le care ne cesse de croître en importance par rapport au cure et que les soins infirmiers couvrent de ce fait une patientèle beaucoup plus large et diversifiée. Ensuite parce qu'on ne veut pas s'arrêter en si bon chemin. A l'heure où les outils logistiques sont de plus en plus performants, pourquoi ne pas ambitionner un système d'enregistrement plus flexible, plus performant et plus interactif? A l'automne 2002, le SPF a ainsi initié une révision du RIM qui débouchera sur l'enregistrement d'un RIM actualisé ou RIM II, pour le début de l'année 2007.

78 ITEMS SUR LEUR 31

Il fallait pour ce faire établir une nouvelle classification sur base de 78 critères, plus riche et plus précise que celle formée par les 23 items initialement posés, et rendue nécessaire par les nom-



Anita Simoens: «Les situations cliniques ont été explosées en plusieurs situations plus techniques qui laissent moins de marge à l'interprétation».

breuses évolutions ayant jalonné les 20 ans écoulés en matière de soins. «Les 23 items étaient aussi devenus trop pauvres». La nouvelle classification s'inspire à la fois du RIM I et de la classification infirmière américaine NIC (Nursing Interventions Classification). Tandis que cette parenté avec le NIC assure au RIM II une orientation plus internationale – laquelle laissera place à la comparaison avec l'étranger –, la filiation avec le RIM I garantit quant à elle une relative cohérence avec le travail accompli depuis 20 ans.

Alors, plus intimidant le RIM à 78 items? A bien y réfléchir, on peut sérieusement espérer que ce nombre accru de facteurs, bien loin de complexifier le RIM, va le simplifier! «Les situations cliniques ont été explosées en plusieurs situations plus techniques qui laissent moins de marge à l'interprétation». La précision que permettent ces nouveaux facteurs risque bien en effet de réduire les tergiversations au moment de l'enregistrement. Ce qui signifie aussi gain de temps et



Anita Simoens: «Durant un certain nombre d'années, les enregistrements RIM et RCM se faisaient en parallèle et avec peu de passerelles.»

>>> fidélité à la réalité du soigné et du soignant. Ou quand la quantité est aussi synonyme de qualité...

INTERDISCIPLINARITÉ ET INTERACTIVITÉ

Autre amélioration proposée par le RIM II: former des codeurs internes afin de libérer les infirmières des unités de soins de la tâche d'encodage. Celles-ci pourront dès lors se consacrer entièrement au dossier infirmier duquel sera ensuite extrait le RIM. Et l'on sait à présent qu'«une bonne organisation du dossier infirmier est égale à la qualité des soins». Chacun est ainsi remis à sa juste place. Et parce que la place d'un infirmier est aussi et avant tout aux côtés du médecin, le RIM espère bien fréquenter d'un peu plus près le RCM. Jusqu'à présent, les deux enregistrements existaient en parallèle et indépendamment l'un de l'autre. «Durant un certain nombre d'années, les enregistrements RIM et RCM se faisaient l'un à côté de l'autre et avec peu de passerelles. Maintenant, on espère plus de coordination.» À présent les enregistrements bénéficieront d'un numéro commun pour chaque patient et seront envoyés ensemble vers le SPF, constituant à eux deux un outil unique. Car la gestion du programme de soins – qui inclut à la fois le cure et le care – doit désormais pouvoir se faire en duo (médecin et infirmier): et si chacun bénéficie d'un instrument de travail qui

lui est propre – mais qui lui donne aussi la possibilité de communiquer avec l'autre ! – quoi de plus possible?

La nouvelle procédure exigera également qu'on envoie la totalité des 60 jours enregistrés semestriellement dans le but de constituer un échantillon vraiment significatif. L'envoi des données par le portail PortaHealth garantit pour sa part une sécurité et une interactivité accrues. «Avant, il y avait toujours un risque de perte dans l'envoi des données, ce qui ne sera plus le cas. Et puis l'hôpital et le SPF seront en communication directe. Chaque hôpital aura aussi la possibilité d'étudier son évolution et de se comparer par rapport aux autres hôpitaux.»

OUTIL ÉVOLUTIF ET PROFESSION EN DEVENIR

Si le RIM II introduit un nombre important de changements, il se veut lui-même un outil évolutif se donnant les moyens de s'adapter au fil du temps. Il représente donc une véritable métamorphose du paysage infirmier actuel et à venir. «Pour pouvoir pleinement participer à l'évolution des soins par rapport aux changements médicaux et sociologiques, les infirmières vont devoir être formées à participer davantage à la gestion. La base de la prise en charge santé est une démarche philosophique profonde, spécifique de l'être humain: la santé n'a pas de prix mais ça ne veut pas dire qu'elle n'a pas de coût!

La gestion est nécessaire pour pouvoir offrir de la qualité et cette gestion est petit à petit en train de s'implanter dans un domaine qui par nature la rejetait! La dimension économique de la santé n'était nulle part enseignée en faculté de médecine... Aujourd'hui, il existe des masters en informatique, statistique et management. Les universités formeront une génération plus apte à se mettre continuellement en question. Il y a 25 ans, la profession était très traditionnelle. Et très hiérarchiquement structurée! »

DANS L'AIR DU TEMPS...

Comme quoi, le RIM n'a pas dit son dernier mot et a plus que jamais sa place dans la société d'aujourd'hui. «On constate que le vieillissement de la population et les progrès de la médecine (par exemple en oncologie ou dans le traitement des polyopathologies) n'ont cessé d'évoluer. On soigne les patients de façon de plus en plus adéquate. Et l'évolution a encore été bien plus importante que ce qu'on avait estimé en 87! C'était une période encore fortement médicalisée: aujourd'hui le citoyen accorde une importance énorme – et à juste titre – à sa santé et aux traitements mais aussi à sa qualité de vie! Cet aspect care a augmenté considérablement et va encore augmenter.» Autant dire que le rôle des soins infirmiers n'est pas près de décroître. Bien sûr, le RIM II, tout comme le RIM I, est un investissement à long terme qui entraînera à son tour son lot de réticences. «C'est une approche conceptuelle et technique complexe qui n'est pas toujours facile à faire passer auprès des gens de terrain. Et pourtant, par rapport à la pauvreté du support informatique et organisationnel de 87, le RIM II est beaucoup plus crédible!» Une bonne raison pour «s'investir à la fois pour soi-même – en tant que professionnel de santé – pour l'autorité et pour le patient», affirme avec conviction Madame Simoens. Pour que les soins infirmiers apprennent à s'auto-gérer quotidiennement et à long terme tout en coopérant plus que jamais avec les autres partenaires de soins. Car si le travail c'est la santé; la gestion c'est la conserver... ○