

Ministère des Affaires sociales,  
de la Santé publique et de l'Environnement

Bruxelles, le 27 janvier 2000

Administration des Soins de Santé

Direction de la Politique des Soins de Santé

**CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS  
HOSPITALIERS**

**Section "Programmation et Agrément"**

**N/réf. : CNEH/D/166-2 (\*)**

**RAPPORT INTERMEDIAIRE DU GROUPE DE TRAVAIL  
« VOLETS INFIRMIER ET PARAMEDICAL DES PROGRAMMES DE SOINS » (\*)**

(\*) Ce rapport intermédiaire a été ratifié lors de la réunion extraordinaire du Bureau du  
27 janvier 2000

## **RAPPORT INTERMEDIAIRE DU GROUPE DE TRAVAIL « VOLETS INFIRMIER ET PARAMEDICAL DES PROGRAMMES DE SOINS »**

### *1. Introduction*

---

La création du groupe de travail « Volets infirmier et paramédical des programmes de soins » répondait à la volonté, tant des autorités que du Conseil, de décrire avec précision les besoins en effectifs infirmiers et paramédicaux dans les programmes de soins élaborés dans le cadre du nouveau concept hospitalier.

Un autre facteur à l'origine de la création de ce groupe de travail était la volonté d'abandonner une approche exclusivement ou principalement centrée sur les structures (nombre de lits, index etc) et de définir les besoins en effectifs infirmiers et paramédicaux sur les plans qualitatif et quantitatif en fonction des besoins induits par le profil des patients (pathologies, besoins en soins etc) et de l'activité hospitalière y afférente (« soins justifiés »).

Initialement, le groupe de travail avait commencé à formuler une proposition pour chaque programme de soins. Il abandonna cette méthode car elle lui semblait peu efficace et était susceptible de générer des incohérences de contenu entre diverses propositions.

Par le biais de la présente proposition, le groupe de travail entend mettre au point une méthodologie générale permettant de définir avec précision et de manière uniforme les besoins en effectifs infirmiers et paramédicaux pour tous les programmes de soins existant et à venir. Toutefois, celle-ci pourra être adaptée pour certains programmes de soins, en raison de leur complexité et/ou de leur spécificité.

Cette méthode générale est fondée sur le principe selon lequel, à court et à moyen terme, aucune source de données et d'informations autre que celles déjà utilisées actuellement dans le cadre de la politique mise en oeuvre (RCM, RIM, Inami etc) ne sera disponible à grande échelle. La méthode n'utilise donc que les données disponibles à ce jour. Toutefois, elle pourra toujours faire l'objet d'une adaptation rapide si de nouvelles données d'enregistrement (concernant, par exemple, la lourdeur des soins ou les besoins en soins) venaient à être disponibles.

## 2. Structuration

---

Les besoins en effectifs infirmiers sont fixés sur la base de quatre critères :

- 1) les effectifs de base ;
- 2) les effectifs supplémentaires en fonction de la coordination et de l'organisation des soins ;
- 3) les effectifs supplémentaires en fonction de la lourdeur des soins ;
- 4) les effectifs supplémentaires en fonction de la politique du personnel à mettre en oeuvre.

### 2.1. Les effectifs de base

Dans un programme de soins, les effectifs de base sont fixés en fonction du **nombre de journées d'hospitalisation justifiées**. Ce dernier est fixé par groupe de pathologies (durée de séjour moyenne nationale par DRG), en fonction des modalités de dispensation des soins au groupe de patients concerné (hospitalisation classique, séjour de courte durée planifié, soins intensifs, hôpital de jour).

En outre, pour chacune de ces quatre modalités de soins, on fixe une norme « effectifs » sur la base du nombre d'infirmiers nécessaires par équipe.

Le groupe de travail est conscient des lacunes du système actuel de classification des DRG, mais constate qu'il constitue, à ce jour, le seul instrument de différenciation des patients suivant la nature de leur affection.

Pour le calcul des « journées d'hospitalisation de séjours de courte durée », seuls les DRG pouvant être intégrés d'une manière planifiée dans une unité de séjour de courte durée sont pris en considération.

En soumettant l'applicabilité du système à une évaluation chiffrée, le groupe de travail souhaite examiner si la distinction entre les quatre modalités de soins est encore pertinente et doit être maintenue.

### 2.2. Effectifs supplémentaires en fonction de la coordination et de l'organisation des soins

La rotation des patients influe sur la charge de travail des infirmiers (installation de patients, ouverture de dossiers, administration, préparation de la sortie etc). Afin de tenir compte de cet aspect, le groupe de travail souhaite utiliser le nombre d'admissions et, le cas échéant, le nombre de transferts internes, comme indicateurs. Les modalités doivent encore être précisées. En outre, le groupe de travail souhaite examiner si certaines prestations de nomenclature n'entraînent pas systématiquement des difficultés supplémentaires sur le plan organisationnel et si la connexion entre les données RCM et RFM ne fournit aucune indication quant à d'éventuelles complications organisationnelles systématiques induites par certains groupes de patients. On pourrait voir, par exemple, dans quelle mesure certains DRG génèrent ou

non, de manière systématique, beaucoup ou peu d'interventions médico-techniques lourdes sur le plan infirmier/organisationnel. Toutefois, le groupe de travail souhaite éviter que l'intégration d'un tel paramètre ne soit un incitant et n'encourage l'exécution de prestations.

### **2.3. Effectifs supplémentaires en fonction de la lourdeur des soins**

Dans chaque catégorie de diagnostics, les différences sur le plan de la gravité de l'affection et de la lourdeur des soins requis déterminent en grande partie les besoins infirmiers.

Le groupe de travail constate que les instruments de mesure réellement utilisables pour visualiser ces différences ne sont disponibles actuellement que dans une mesure limitée :

- l'indice de coût supplémentaire (ICS)
- la nomenclature/ les prestations de réanimation
- le résumé infirmier minimum (RIM) et ZIP/ZAP.

Le groupe de travail ne souhaite pas utiliser l'ICS en raison de son manque de transparence. En ce qui concerne la nomenclature et les prestations de réanimation, le groupe de travail est d'avis qu'aucun de ces deux éléments n'est un indicateur valable de l'intensité des soins infirmiers. Le groupe de travail souhaite également examiner si les prestations de réanimation facturées afférentes aux soins infirmiers dispensés aux patients des soins intensifs renferment des compléments d'information par rapport à l'enregistrement RIM.

Le groupe de travail considère le RIM et son application pour les soins intensifs, à savoir le ZIP/ZAP, comme le principal instrument de mesure des soins infirmiers. Le groupe de travail souhaite examiner si ces informations ne pourraient pas aussi être utilisées différemment que dans les règles afférentes au financement hospitalier. En outre, le groupe de travail a déjà pris acte de l'actualisation planifiée du résumé infirmier minimum. A cet égard, le groupe de travail approuve l'approche consistant à mesurer les « soins justifiés » plutôt que les soins dispensés, comme c'est le cas actuellement.

### **2.4. Effectifs supplémentaires en fonction de la politique de personnel à mettre en oeuvre**

Aujourd'hui, tout système de détermination des besoins en matière d'effectifs infirmiers doit tenir compte de manière réaliste des exigences d'une politique de personnel dynamique et actuelle. Il faut réserver une place suffisante à la flexibilité sur le plan de l'affectation du personnel, au management des compétences, aux programmes de formation, au recyclage permanent et à une prise en charge correcte

de l'absentéisme pour cause de maladie. Le groupe de travail se propose de quantifier et d'exprimer ces besoins en effectifs infirmiers supplémentaires en fonction du nombre total d'infirmiers (individus, non en termes d'ETP) travaillant dans un établissement.

### 3 Conclusion du groupe de travail

Le groupe de travail a consacré de longues séances de discussion et de concertation à ces propositions, en présence de nombreux experts, notamment des représentants du Conseil national de l'art infirmier. Au cours de ces discussions, les membres ont de plus en plus été acquis à l'idée que la méthodologie proposée permet, dans le respect des principes du nouveau concept hospitalier, d'adapter les effectifs infirmiers de manière dynamique et en permanence en fonction de l'activité hospitalière réelle et des besoins en soins infirmiers des patients.

La méthodologie a été conçue pour être appliquée à tous les programmes de soins qui, dans leur interdépendance, constituent l'ensemble de l'activité hospitalière. Le groupe de travail souhaite conférer une autonomie de gestion maximum à l'hôpital ainsi qu'à chaque département infirmier. La méthode adoptée a donc pour objectif de permettre une affectation efficace des moyens infirmiers au sein de chaque établissement et de soutenir celle-ci.

### 4. Demande adressée à l'assemblée plénière

Le groupe de travail demande à l'assemblée plénière de l'autoriser à poursuivre le développement de cette méthodologie sur le plan quantitatif et à tester son applicabilité.

### 5. Décision de l'assemblée plénière

L'assemblée plénière du 13/01/2000 donne son accord de principe au groupe de travail pour tester, par le biais de simulations, l'applicabilité du système générique présenté ci-dessus.