

*ÉTABLISSEMENT D'UNE
CONCORDANCE ENTRE
LES RÉSULTATS CLINIQUES
CANADIENS*



CANADIAN NURSES ASSOCIATION
ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA



Canada Health Inforoute
Inforoute Santé
Santé du Canada

Remerciements

Ce rapport a été produit pour l'Association des infirmières et infirmiers du Canada par Margaret Ann Kennedy, inf. aut., Ph.D., de Kennedy Health Informatics Inc. L'établissement de la concordance par la recherche, l'analyse et la tenue d'un forum de concertation s'inscrivait dans le contexte d'un projet national, soit Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (C-RSAIS), dirigé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada en partenariat avec les ministères de la Santé de l'Ontario, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan et grâce à un investissement du programme Innovation et adoption d'Inforoute Santé du Canada.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada et le projet C-RSAIS signalent la contribution extrêmement précieuse des participants au forum national dont les noms figurent dans la liste à l'Annexe.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction de données ou retranscrite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit – procédé électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement ou autre - sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

Classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP) est une marque de commerce déposée du Conseil international des infirmières.

Publié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404
Télec. : 613-237-3520
Site Web : www.cna-aiic.ca

Avril 2008

ISBN 978-1-55119-221-5

© Inforoute Santé du Canada 2008

Dans ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

Inforoute Santé du Canada est un organisme sans but lucratif financé par le gouvernement fédéral qui pilote la mise au point et l'adoption des dossiers de santé électroniques au Canada.

Sommaire

En 2007, Inforoute Santé du Canada (Inforoute) a apporté du financement afin de permettre à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) d'établir avec trois provinces un partenariat pour réunir de l'information sur les résultats factuels et sensibles aux interventions infirmières. Les ministères de la Santé de l'Ontario, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan sont partenaires du projet qui vise à adapter les échelles et les concepts de collecte des données en soins infirmiers utilisés dans le contexte du projet Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS)¹ afin de documenter, de suivre et d'analyser de façon stratégique les contributions infirmières aux résultats pour la santé des patients. Se fondant sur la version 1.0 de la Classification internationale de la pratique des soins infirmiers MD (ICNP^{MD}) comme structure de codage pour le projet, les infirmières de provinces et de territoires différents peuvent, pour la première fois dans l'histoire des soins de santé au Canada, utiliser une méthode normalisée de documentation des soins infirmiers pour saisir les résultats sensibles aux interventions infirmières, les analyser et en faire rapport pour les inclure dans le dossier de santé pancanadien.

Le projet marque un tournant dans l'histoire des soins infirmiers au Canada. Ce travail vise à combler des lacunes dans l'information sur la santé en ce qui a trait à la contribution de la profession infirmière aux soins administrés aux patients. Il vise aussi à répondre au besoin de données infirmières informatisées à inclure dans les résumés d'admission et de départ des patients. Le contenu infirmier documenté dans une terminologie clinique normalisée et codé dans un format qu'il est possible d'inclure dans les dossiers de santé électroniques, que les trois provinces participantes sont en train de mettre au point ou de mettre en œuvre, constitue le principal produit à livrer du projet. De plus, le travail permet aux infirmières du Canada de contribuer considérablement à l'élaboration en cours de la terminologie clinique normalisée des soins infirmiers, la Classification internationale de la pratique des soins infirmiers.

La Classification internationale de la pratique des soins infirmiers constitue la terminologie approuvée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour documenter la pratique professionnelle des soins infirmiers au Canada. Le Conseil international des infirmières décrit l'ICNP comme une terminologie unificatrice pour les soins infirmiers qu'il est possible d'utiliser comme vocabulaire de composition ou terminologie de référence (CII, 2005). Dévoilée en 2005, la version 1.0 de l'ICNP diffère considérablement de ses versions antérieures (Beta, Beta 2) et présente un nouveau modèle qui unifie tous les axes antérieurs de l'ICNP. Le nouveau modèle à sept axes de l'ICNP sert à produire des énoncés de diagnostic, d'actes et de résultats infirmiers et a été mis au point au moyen du langage d'ontologie Web (OWL) et du logiciel Protégé (CII, 2005). La version 1.0 inclut aussi des catalogues de termes combinés d'avance, ce qui est nouveau. On continue de mettre au point des catalogues constitués de sous-ensembles de diagnostics, d'actes et de résultats particuliers à divers domaines de la pratique.

¹ Le projet Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS) est réalisé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Le projet national piloté par l'AIIC s'appuie sur ce travail grâce à la générosité du gouvernement de l'Ontario. Le projet national est appelé C-RSAIS – projet canadien Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins. Pour en savoir davantage, consultez www.cna-aiic.ca/RSAIS-C/about/default_e.aspx.

Les termes suivants tirés du projet C-RSAIS englobent la portée des résultats que l'on veut décrire dans l'ICNP Version 1.0 :

- état fonctionnel (capacité de vaquer à diverses activités de la vie quotidienne);
- auto-soins thérapeutiques (état de préparation au départ);
- gestion des symptômes (douleur, nausées, fatigue, dyspnée);
- résultats liés à la sécurité (chutes, plaies de pression)

Les défis posés par la concordance étaient liés aux limitations inhérentes au stade de l'élaboration de l'ICNP Version 1.0, comme le manque de granularité et de termes comparables. Il fallait pour l'ICNP des termes qui saisiraient efficacement l'esprit et la portée des concepts originaux du RSAIS, de même que les nouveaux concepts du C-RSAIS. Ces défis ont permis aux infirmières canadiennes de contribuer à l'élaboration de versions nouvelles de l'ICNP en proposant d'inclure de multiples termes nouveaux à un catalogue de termes précombinés particuliers au Canada et qui reflètent les concepts du C-RSAIS.

Un forum national qui s'est tenu à Toronto le 30 septembre 2007 visait à réunir des commentaires et à favoriser le dégagement d'un consensus entre les partenaires du C-RSAIS, les infirmières formatrices, les spécialistes de l'informatique des soins infirmiers et des infirmières chercheuses (Annexe). La concordance initiale entre les concepts du RSAIS et les termes de l'ICNP Version 1.0 a été présentée aux participants du forum. Des infirmières des milieux universitaires, des ministères gouvernementaux, de centres de politiques et des milieux de travail du Canada, ainsi que deux experts internationaux de l'ICNP, ont participé à un riche dialogue et à des discussions détaillées sur les concepts originaux du RSAIS, des termes particuliers au C-RSAIS et des équivalences avec des termes de l'ICNP ou de nouveaux termes possibles.

Les participants ont établi une concordance avec cinquante-huit (58) concepts du RSAIS, qu'ils ont validés comme termes du C-RSAIS au cours du forum, établi une concordance partielle avec treize (13) concepts du RSAIS et il fallait un nouveau terme pour en faire un terme du C-RSAIS. Ils ont proposé d'inclure dans l'ICNP vingt-quatre (24) nouveaux termes du C-RSAIS et dans le cas d'un (1) concept du RSAIS (« L'activité n'a pas eu lieu »), il a été impossible d'établir une concordance avec l'ICNP. Les participants ont en outre gardé deux échelles ordinales du RSAIS pour les utiliser dans le C-RSAIS, y compris l'échelle de la douleur et le nombre de chutes. Ils ont dégagé un consensus sur toutes les conditions et tous les enjeux et abordé au total quatre-vingt-seize (96) termes dans le cadre du projet. Les étapes suivantes critiques comprennent la présentation des termes dégagés dans le cadre du projet dans le projet de l'ICNP produit par le groupe d'examen de l'ICNP et la création du catalogue C-RSAIS.

Les 96 termes dont on a établi la concordance avec l'ICNP dans le cadre de ce projet serviront de base aux données infirmières normalisées utilisées dans le contexte du projet C-RSAIS.

Table des matières

Sommaire	ii
Introduction.....	1
La Classification internationale de la pratique des soins infirmiers	3
Établissement d'une concordance entre le projet RSAIS et l'ICNP Version 1.0	7
SECTION 1 État fonctionnel.....	8
SECTION 2 Douleur	12
SECTION 3 Fatigue.....	15
SECTION 4 Dyspnée.....	16
SECTION 5 Nausées	17
SECTION 6 Chutes	18
SECTION 7 Plaies de pression.....	20
SECTION 8 État de préparation au congé.....	21
Conclusion	23
Prochaines étapes	23
Leçons apprises.....	24
Références.....	26
ANNEXE Participants au Forum national	27

Introduction

En 2007, Inforoute Santé du Canada (Inforoute) a apporté du financement afin de permettre à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) d'établir avec trois provinces un partenariat pour réunir de l'information sur les résultats factuels et sensibles aux interventions infirmières. Les ministères de la Santé de l'Ontario, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan sont partenaires du projet, qui vise à adapter les échelles et les concepts de collecte des données en soins infirmiers utilisés dans le contexte du projet Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS) afin de documenter, de suivre et d'analyser de façon stratégique les contributions infirmières aux résultats pour la santé des patients. Cette nouvelle initiative, soit le C-RSAIS (projet canadien Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins) reflète spécifiquement des thèmes utilisés dans de multiples provinces du Canada et devrait normaliser la collecte des données partout au Canada dans le contexte d'applications à venir. Se fondant sur la Version 1.0 de la Classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP) comme structure de codage pour le projet, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et ses partenaires peuvent, pour la première fois, démontrer la faisabilité et la valeur de l'établissement d'une concordance entre l'information infirmière et une terminologie normalisée et positionner les résultats sensibles aux interventions infirmières, de façon à les inclure dans le dossier de santé pancanadien.

Dans le contexte du programme RSAIS, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario réunit des données provenant des domaines des soins actifs, des soins continus complexes, des soins de longue durée, ce qui donne une idée précieuse des types de données réunies et des lacunes des outils d'évaluation et de collecte. Dans les cas où l'on réunissait déjà des renseignements sur les résultats sensibles aux interventions infirmières, le projet RSAIS a utilisé des outils ou paramètres existants (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2006b). Sous la direction d'un groupe d'experts, le projet RSAIS a donc réuni des données sur les résultats en utilisant tout un éventail de moyens, y compris RAI, interRAI, EDB, l'échelle des auto-soins thérapeutiques (AST) mise au point par Sidani et Doran et une échelle des nausées particulière au RSAIS (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2006a).

Les outils interRAI ont été produits par un réseau de chercheurs de plus de 20 pays. Cette trousse d'outils de gestion de données (qui inclut les outils EDB, RAI et interRAI) vise à améliorer les soins de santé pour les personnes âgées, frêles ou handicapées par la pratique clinique factuelle et des décisions stratégiques éclairées. Au lieu d'avoir une application distincte particulière pour chaque secteur ou domaine des soins infirmiers, la nouvelle trousse d'outils intégrée, interRAI, partage un langage commun en mentionnant les concepts cliniques de la même façon entre tous les instruments et les contextes cliniques (interRAI, 2007), ce qui facilite l'échange d'information et la comparabilité.

Tableau A. Outils de mesure ou d'évaluation utilisés dans le cadre du projet RSAIS.

	Soins actifs	SLD	SCC	Soins à domicile
Évaluation fonctionnelle	interRAI AC	EDB 2.0	EDB 2.0	RAI-HC
Auto-soins thérapeutiques	Sidani et Doran	S.O.	S.O.	Sidani et Doran
Douleur	Edmonton	EDB 2.0	EDB 2.0	RAI-HC
Nausées	RSAIS	RSAIS	RSAIS	RSAIS
Dyspnée	interRAI AC	interRAI ESLD	interRAI ESLD	RAI-HC
Fatigue	interRAI AC	interRAI ESLD	interRAI ESLD	RAI-HC
Chutes	interRAI AC	EDB 2.0	EDB 2.0	RAI-HC
Plaies de pression	interRAI AC	EDB 2.0	EDB 2.0	RAI-HC

Le projet C-RSAIS positionne délibérément l'ICNP Version 1.0 comme seule terminologie à utiliser dans la normalisation de la collecte des données infirmières et leur représentation dans les dossiers électroniques, dans tous les secteurs où des infirmières pratiquent, afin de faciliter la comparabilité. Les concepts originaux suivants du RSAIS englobent la portée des résultats que l'on vise à intégrer dans l'ICNP Version 1.0 :

- état fonctionnel (capacité de vaquer à diverses activités de la vie quotidienne);
- auto-soins thérapeutiques (état de préparation au congé);
- gestion des symptômes (douleur, nausées, fatigue, dyspnée);
- résultats liés à la sécurité (chutes, plaies de pression).

La concordance complète constitue le catalogue du C-RSAIS des termes de l'ICNP combinés d'avance.

La Classification internationale de la pratique des soins infirmiers

Le Conseil international des infirmières (CII) a proposé la création d'une terminologie qui représentera spécifiquement la pratique des soins infirmiers face à des préoccupations croissantes soulevées par la visibilité des contributions infirmières aux soins de santé. Il préconise aussi la normalisation des données infirmières pour les fins de la comparabilité et de l'analyse, ainsi que pour appuyer le virage vers la pratique factuelle. Ces activités devaient saisir la pratique des soins infirmiers dans tous les milieux de pratique, les cultures, les langues et les contextes géographiques, et faire en sorte que cette nouvelle terminologie puisse communiquer avec les nombreuses terminologies infirmières déjà utilisées. La Classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP) a été proposée au début et adoptée sur résolution au cours de la 19^e Conférence quadriennale du CII à Séoul, 1989 (CII, 2005). La mise au point de l'outil a suivi et la version Alpha de l'ICNP a été dévoilée en 1995 et a fait l'objet d'essais pilotes dans plusieurs pays d'Europe. La version bêta a été dévoilée en 1999, suivie d'une version Beta 2 en 2001 (CII, 2005). Dans chaque version de l'outil, on a renforcé la mise au point des axes pour permettre aux infirmières de documenter leurs diagnostics, leurs actes et leurs résultats infirmiers. Les versions Beta et Beta 2 ont toutes deux utilisé deux classifications – une pour les phénomènes (régissant à la fois le diagnostic et les résultats) et l'autre pour les actes, comportant huit axes spécifiques à chaque classification. D'autres améliorations ont entraîné l'inclusion de termes supplémentaires et plusieurs traductions. Le CII a en outre agréé des centres de recherche-développement sur l'ICNP qui ont commencé à faire leur apparition en Europe, en Australie, au Chili et ailleurs (CII, 2005).

En 2005, l'ICNP Version 1.0 a été dévoilée. La Version 1.0 diffère considérablement des précédentes (Beta, Beta 2) et présente un nouveau modèle qui regroupe tous les axes antérieurs de l'ICNP. L'ICNP Version 1.0 utilise une stratégie logique de description qui a été élaborée au moyen du langage d'ontologie Web (OWL) et du logiciel Protégé (CII, 2005). Le nouveau modèle à sept axes de l'ICNP sert à produire des énoncés de diagnostics, d'actes et de résultats infirmiers. L'inclusion d'un catalogue de termes précombinés est aussi nouvelle dans la version 1.0. On continue d'élaborer des catalogues qui regroupent des sous-ensembles de diagnostics, d'actes et de résultats spécifiques à des domaines de pratique ou à des spécialités. Pour commencer à créer des catalogues, les infirmières qui connaissent les besoins en soins de santé des clients desservis choisiraient un sujet sur lequel baser un catalogue. Les infirmières détermineraient la structure de son contenu sous forme de diagnostics, de résultats et d'actes contenus dans l'ICNP. Le CII (2005) est d'avis que les catalogues de l'ICNP, qui constituent des sous-ensembles de données infirmières portant sur des problèmes de santé précis, peuvent répondre à un besoin pratique dans la création d'un système d'information sur la santé en offrant tous les bienfaits liés à l'utilisation d'une terminologie infirmière unifiée.

Figure 1. Évolution de l'ICNP (CII, 2005, p. 28)

Réimprimé avec l'autorisation du Conseil international des infirmières. ©2005 Conseil international des infirmières, 3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse. Tous droits réservés.

L'ICNP constitue la terminologie approuvée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour documenter la pratique professionnelle des soins infirmiers au Canada (AIIC, 2006). Même si Inforoute Santé du Canada a adopté, en consultation avec divers groupes d'interlocuteurs, la terminologie SNOMED-CT comme terminologie privilégiée pour le dossier de santé électronique pancanadien, l'ICNP demeure la terminologie préférée pour les soins infirmiers. Le CII, qui détient les droits de propriété intellectuelle sur l'ICNP, a entrepris avec SNOMED-CT des discussions exploratoires au sujet d'une collaboration et l'ICNP est incluse dans la famille des classifications internationales de l'Organisation mondiale de la Santé. L'ICNP offre une solide capacité de représenter des concepts infirmiers, son origine et son contexte s'inscrivent dans la perspective des soins infirmiers et il est possible d'établir une concordance entre l'ICNP et d'autres langues et terminologies. Le Conseil international des infirmières décrit l'ICNP comme une terminologie unificatrice pour les soins infirmiers, qui peut être utilisée comme vocabulaire de composition ou terminologie de référence, ce qui facilite l'harmonisation des terminologies infirmières existantes entre les contextes de pratique, les pays ou les langues et permet une adaptation à l'échelon local (CII, 2005).

Comme on l'a signalé, la Version 1.0 est basée sur les sept axes suivants : Sujet, Jugement, Moyen, Acte, Temps, Endroit et Client. Le tableau ci-dessous définit chaque axe et présente un exemple d'un terme dans chaque cas.

Table B. Définitions et termes du Modèle à sept axes de l'ICNP Version 1.0

Axe	Définition	Exemples de termes
Sujet	Le domaine d'attention propre aux soins infirmiers	Violence faite aux aînés, grossesse, ulcère artériel, fièvre
Jugement	Opinion ou détermination clinique liée au sujet de la pratique des soins infirmiers	Élevé, partiel, risque, niveau à la baisse
Moyen	Manière ou façon d'exécuter une intervention	Sac de drainage de plaie, prothèse dentaire, biberon, plâtre, nébuliseur
Acte	Geste intentionnel posé à l'endroit d'un client ou effectué par celui-ci	Aide, représentation des patients, écoute, réanimation
Temps	Point, période, intervalle ou durée d'une occurrence	Toujours, début, situation, rendez-vous, après-midi
Endroit	Orientation anatomique ou spatiale d'un diagnostic ou d'un acte	Édifice résidentiel, antérieur, supination, cavité abdominale, doigt, voie intraveineuse
Client	Personne visée par un diagnostic et qui bénéficie d'un acte	Famille monoparentale dirigée par une femme, collectivité, aîné, nourrisson

Source : CII, 2005, p. 29-30.

Les termes s'inscrivent dans un concept hiérarchique et servent à formuler des diagnostics, poser des actes et produire des résultats infirmiers. Comme dans le cas des versions précédentes de l'ICNP, les diagnostics et les résultats infirmiers DOIVENT contenir un terme provenant de l'axe Sujet et de l'axe Jugement et peuvent inclure des termes provenant d'autres axes au besoin afin de décrire au complet le phénomène visé. Les actes infirmiers DOIVENT inclure un terme provenant de l'axe Acte et de l'axe Cible et peuvent inclure d'autres termes provenant d'autres axes au besoin.

Voici des exemples d'énoncés infirmiers basés sur l'ICNP Version 1.0 :

Diagnostic infirmier : douleur croissante dans le genou gauche

La douleur provient de l'axe Sujet.

Le niveau croissant provient de l'axe Jugement.

Gauche et genou proviennent tous deux de l'axe Endroit.

Acte infirmier : injection d'analgésique.

Injecté/injection provient de l'axe Acte.

Analgésique provient de l'axe Moyen.

Résultat infirmier : diminution de la douleur.

Douleur provient de l'axe Sujet.

Diminution provient de l'axe Jugement.

Comme dans le cas de toutes les terminologies, la mise au point de l'ICNP constitue un projet en cours dans le cadre duquel les recherches se poursuivent dans une multitude de pays. L'évaluation continue de la Version 1.0 vise à raffiner et à améliorer non seulement les termes et les catalogues, mais aussi les applications et les traductions. La collaboration et les invitations à contribuer à l'ICNP sont continues. Le site Web de l'ICNP présente des orientations portant sur des façons pour les personnes ou les groupes intéressés de participer à l'élaboration de l'ICNP ou d'établir un centre de recherche-développement.

Établissement d'une concordance entre le projet RSAIS et l'ICNP Version 1.0

Le processus global d'établissement de la concordance entre les concepts originaux du RSAIS et les termes de l'ICNP Version 1.0 s'est déroulé de façon séquentielle. Le directeur national du projet C-RSAIS a fourni les concepts RSAIS. Le directeur de l'INCP a fourni une copie imprimée et un CD de l'ICNP Version 1.0.

Il a fallu d'abord procéder à une analyse conceptuelle de chaque concept original du RSAIS. On a analysé séparément chaque concept (dyspnée, douleur, chutes, etc.) en commençant par les caractéristiques des soins actifs et passant ensuite aux soins continus complexes, aux soins de longue durée et aux soins à domicile. Le champ complet des concepts du RSAIS a été revu avant que l'on procède à toute analyse des termes de l'ICNP. En outre, on a étudié en détail le contexte du projet RSAIS original afin d'en tirer une connaissance pratique intime des concepts du RSAIS et de l'esprit régissant chacun d'entre eux aux fins de la documentation.

De même, on a revu à la fois le contenu et la structure de l'ICNP Version 1.0, qui diffère considérablement des précédentes et il a fallu l'analyser attentivement pour en dégager une connaissance pratique efficace. On a utilisé les versions en ligne et sur CD du fureteur de l'ICNP au cours de l'établissement de la concordance, même si aucune des deux ne s'est révélée supérieure sur le plan de la vitesse ou de l'utilité.

Au cours de la phase initiale de la détermination des termes dans l'ICNP Version 1.0 pour les concepts du RSAIS, on a comparé les définitions de chaque paire terme et concept pour faciliter la confirmation des équivalences. La comparabilité tant conceptuelle que sémantique a été intégrée dans tout le processus d'établissement de la concordance. Après avoir établi les équivalences conceptuelle et sémantique, on a créé une concordance C-RSAIS. Dans le cas d'équivalences tant sémantique que conceptuelle (c.-à-d., dyspnée), on a créé une seule concordance C-RSAIS. Lorsqu'il existait de multiples équivalences sémantiques ou conceptuelles, on a établi d'autres concordances C-RSAIS pour en discuter plus tard et les valider au cours du forum. Selon les règles régissant l'établissement d'énoncés de l'ICNP, on ne peut élaborer d'énoncés exigeant de multiples termes en utilisant les termes qui proviennent d'un axe seulement. Cette règle oblige à assurer que les termes complexes proviennent de multiples axes. Par exemple, « Connaissance de la santé/Médicament » provient des axes *Sujet/Statut/Connaissance/Connaissance de la santé* et *Moyens/Matériel/Médicament/Médication*.

Au forum, une longue discussion a validé les nombreuses concordances entre les concepts du C-RSAIS et les termes de l'ICNP. En outre, lorsque l'établissement d'une concordance a posé des problèmes, que ce soit à cause de limites de l'ICNP ou de la nature des concepts du RSAIS (c.-à-d., données ordinales difficiles à normaliser) ou lorsqu'il existait d'autres possibilités de concordance C-RSAIS, les participants ont pu formuler des commentaires critiques pour régler les problèmes de sélection de la concordance C-RSAIS privilégiée ou formuler une stratégie pour relever les défis posés par l'ICNP. À la suite du forum, des discussions basées sur les commentaires et les décisions découlant du forum se sont poursuivies au sujet de la faisabilité d'un catalogue C-RSAIS de termes combinés d'avance provenant de l'ICNP.

SECTION 1

État fonctionnel

Le concept RSAIS de l'état fonctionnel reflète la capacité du client de vaquer aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et dans quelle mesure il a besoin de l'aide d'une infirmière requise ou fournie. Les activités précises peuvent varier entre les domaines, mais elles englobent en général l'hygiène et la capacité de s'habiller, la nutrition, la mobilité et la capacité d'utiliser soi-même les toilettes.

L'état fonctionnel décrit dans les mesures RSAIS s'entend de l'exécution des activités de la vie quotidienne. Au cours du forum, les participants ont convenu qu'il est préférable de documenter le niveau de capacité d'exécution comme mesure de dépendance. Il faut créer de nouveaux termes pour l'ICNP afin de saisir efficacement les degrés de dépendance définis dans le catalogue des termes combinés d'avance du C-RSAIS.

Les participants ont en outre suggéré plusieurs termes nouveaux à inclure dans l'ICNP au sujet de la mobilité et de l'endroit. Les participants ont défini comme nouveaux termes possibles pour l'ICNP notamment les suivants : « dans le service », « en dehors du service » et « dans le couloir ». Ces termes sont d'usage courant et généralement reconnus dans de multiples domaines de pratique au Canada. On pourrait raisonnablement les inscrire dans les catégories Endroit/Structure/Structure sociale/Établissement de soins de santé/Services de soins de santé (ou même, de façon plus granulaire, dans les catégories Services d'hôpital). On suggère aussi « à domicile » et « à l'extérieur du domicile » comme nouveaux termes possibles pour l'ICNP. On pourrait les positionner dans la voie Endroit/Structure/Structure sociale/Domicile. En passant, même s'il n'en a pas été question au cours du forum, il serait avantageux d'avoir une expression pour les soins de longue durée dans la voie Endroit/Structure/Structure sociale/Établissement de soins de santé qui s'ajouterait à « établissement de soins infirmiers » figurant dans la voie Endroit/Structure/Structure sociale/Établissement de soins de santé/Logement social. Comme dans le cas du service de santé ou du service d'hôpital, il pourrait être avantageux de disposer des expressions « dans le service » et « en dehors du service » comme sous-thèmes du thème principal.

On a aussi suggéré d'inclure « Locomotion » dans l'ICNP comme terme général sur l'axe Sujet/Statut/Capacité/Mobilité. On a indiqué dans ce cas que le terme « Locomotion » pourrait inclure l'ambulation assistée au moyen d'une marchette, de béquilles ou d'autres aides. Ce terme compléterait les expressions d'usage courant « Capacité à marcher », « Mobilité au lit » et « Mobilité en fauteuil roulant ».

Enfin, on a signalé qu'il faudrait inclure à l'ICNP de nouvelles expressions comme « Tronc supérieur » et « Tronc inférieur ». Les participants au Forum ont déterminé que ces deux expressions sont différentes sur le plan conceptuel de Corps/Inférieur et Corps/Supérieur, car elles portent spécifiquement sur des activités fonctionnelles de la vie quotidienne. C'est pourquoi on les a ajoutées aussi à la liste des nouveaux termes qu'il est proposé d'inclure à l'ICNP.

**Tableau 1. Terminologie relative à l'état fonctionnel (AVQ)
pour le domaine des soins actifs**

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Statut fonctionnel/AVQ interRAI AC : GI	AC	0- Autonomie	Dépendance/Jamais	10005778/10013173
	EXÉCUTION DES AVQ – Évaluer l'exécution sur 24 heures complètes en tenant compte de toutes les occurrences de l'activité.	1- Préparation seulement	Dépendance/ Minimale	10005778/(nouveau terme)
		2- Surveillance	Dépendance/ Minimale	10005778/(comme ci-dessus)
		3- Aide limitée	Dépendance/ Minimale	10005778/(comme ci-dessus)
		4- Aide importante	Dépendance/ Partielle	10005778/(comme ci-dessus)
		5- Aide maximale	Dépendance/ Importante	10005778/(nouveau terme)
		6- Dépendance totale	Dépendance/ Complète	10005778/(nouveau terme)
				10005778/(nouveau terme)
Prendre un bain		Capacité à prendre un bain	10000121	
Hygiène personnelle		Capacité à faire sa toilette	10000178	
Marche		Capacité à marcher	10000258	
Transfert de la toilette		Capacité à se transférer	10000204	
Utilisation des toilettes		Capacité d'aller soi-même aux toilettes	10000197	
Mobilité au lit		Mobilité au lit	10003181	
Alimentation		Capacité à s'alimenter	10000166	

Tableau 2. Terminologie relative à l'état fonctionnel (AVQ) pour les domaines des soins continus complexes et des soins de longue durée

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
État fonctionnel/AVQ MDS 2.0 : G1a et G2a	SCC/SLD	0- Indépendance	Dépendance/Jamais	10005778/10013173
	EXÉCUTION DES AVQ – Évaluation de l'exécution par le bénéficiaire pendant tous les quarts de travail des sept derniers jours, sauf préparation	1- Surveillance	Dépendance/ Minimale	10005778/(nouveau terme)
		2- Aide limitée	Dépendance/ Minimale	10005778/(comme ci-dessus)
		3- Aide importante	Dépendance/ Partielle	
		4- Dépendance totale	Dépendance/ Complète	10005778/(nouveau terme)
		8- L'activité n'a pas eu lieu		10005778/(nouveau terme)
	Mobilité au lit		Mobilité au lit	10003181
	Transfert		Capacité à se transférer	10000204
	Marcher dans la chambre		Capacité à marcher/ Dans la chambre	10000258/(nouveau terme)
	Marcher dans le couloir		Capacité à marcher/ Dans le couloir	10000258/(nouveau terme)
	Locomotion dans le service		Locomotion/Dans le service	Nouveau terme/nouveau terme
Locomotion en dehors du service		Locomotion/En dehors du service	Nouveau terme/nouveau terme	
Habillage		Capacité à s'habiller	10000145	
Alimentation		Capacité à s'alimenter	10000166	
Toilette		Capacité à aller soi-même aux toilettes	10000197	
Hygiène personnelle		Capacité à faire sa toilette	10000178	

Tableau 3. Terminologie relative à l'état fonctionnel (AVQ) pour le domaine des soins à domicile

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
État fonctionnel/AVQ RAI:HC H2	SD	0- Autonome	Dépendance/Jamais	10005778/10013173
	EXÉCUTION AVQ – Évaluation de l'exécution par le bénéficiaire pendant tous les quarts de travail des sept derniers jours, sauf préparation	1- Aide à la préparation seulement	Dépendance/ Minimale	10005778/(nouveau terme)
		2- Surveillance	Dépendance/ Minimale	10005778/(comme ci-dessus)
		3- Aide limitée	Dépendance/ Minimale	10005778/(comme ci-dessus)
		4- Aide importante	Dépendance/ Partielle	10005778/(nouveau terme)
		5- Aide maximale	Dépendance/ Importante	10005778/(nouveau terme)
		6- Dépendance totale	Dépendance/ Complète	10005778/(nouveau terme)
		7- L'activité n'a pas eu lieu		
	Mobilité au lit		Mobilité au lit	10003181
	Transfert		Capacité à se transférer	10000204
	Locomotion à domicile		Locomotion/À domicile	(Nouveau terme/nouveau terme)
	Locomotion à l'extérieur du domicile		Locomotion/À l'extérieur du domicile	(Nouveau terme/nouveau terme)
	Habiller la partie supérieure du corps		Capacité à s'habiller/ Tronc supérieur	10000145/(nouveau terme)
	Habiller la partie inférieure du corps		Capacité à s'habiller/ Tronc inférieur	10000145/(nouveau terme)
	Alimentation		Capacité à s'alimenter	10000166
	Toilette		Capacité à aller soi-même aux toilettes	10000197
	Hygiène personnelle		Capacité à faire sa toilette	10000178
	Bain		Capacité à prendre un bain	10000121

SECTION 2

Douleur

Les mesures à la fois de la fréquence de la douleur et de son intensité varient selon les domaines. L'ICNP Version 1.0 ne peut refléter directement les données ordinales spécifiques réunies au moyen des échelles de la douleur du RSAIS (MDS 2.0 : J2a et b; RAI-HC : K4a et b). Les participants au forum ont donc convenu, après une longue discussion, de garder l'échelle de la douleur à 10 points, car elle est très connue et utilisée. Des valeurs reconnues de l'intensité de la douleur, soit faible, modérée, élevée et extrême, ont en outre été jugées acceptables comme choix. Les termes « modérée » et « extrême » sont de nouveaux termes que le groupe propose d'inclure dans l'ICNP. Il est possible de placer les deux nouveaux termes dans la voie Jugement/État/Niveau absolu. De même, il est impossible de coder directement dans l'ICNP Version 1.0 la fréquence à laquelle les patients/clients ressentent la douleur. Il a été convenu au forum de garder les mesures de fréquence que contient déjà l'ICNP Version 1.0, et aussi d'utiliser le terme « jamais » pour refléter l'absence de douleur au lieu du terme « aucune ».

Tableau 4. Terminologie relative à la douleur pour le domaine des soins actifs

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Douleur InterRAI AC : J5a et b	Symptômes de la douleur	0- Aucune douleur	Douleur/Jamais	10013950/10013173
	Évaluer pendant au moins 24 heures	1- Présente, mais ne s'est pas manifestée depuis 24 heures	Douleur/Parfois	10013950/10015581/ 10021289
		2- S'est manifestée depuis 24 heures	Douleur/Souvent	10013950/10015581/ 10019778
	Intensité de la douleur	0- Aucune		
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10- La pire		

Tableau 5. Terminologie relative à la douleur pour les domaines des soins continus complexes et des soins de longue durée

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Douleur MDS 2.0 : J2a et b SCC et SLD	Fréquence à laquelle le bénéficiaire se plaint ou montre des signes de douleur. Évaluer pendant au moins sept jours.	0- Aucune douleur	Douleur/Jamais	10013950/10013173
		1- Douleur moins que quotidienne	Douleur/Parfois	10013950/10018508
		2- Douleur quotidienne	Douleur/Souvent	10013950/10013658
	Intensité de la douleur	1- Douleur légère	Douleur/Faible	10013950/10011438
		2- Douleur modérée	Douleur/ Modérée	10013950/(nouveau terme)
		3- Douleur horrible ou insoutenable	Douleur/ Extrême	10013950/(nouveau terme)

Tableau 6. Terminologie relative à la douleur pour le domaine des soins à domicile

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Douleur RAI-HC : K4a et b	Fréquence à laquelle le client se plaint ou montre des signes de douleur Évaluer pendant au moins 3 jours	0- Aucune douleur	Douleur/Jamais	10013950/10013173
		1- Moins que quotidienne	Douleur/Parfois	10013950/10018508
		2- Quotidienne – Un épisode	Douleur/Souvent	10013950/10013658
		3- Quotidienne – Multiples épisodes	Douleur/ Intermittente	10013950/(nouveau terme)
	Intensité de la douleur	0- Aucune douleur	Douleur/Jamais	10013950/10013173
		1- Douleur légère	Douleur/Faible	10013950/10011438
		2- Douleur modérée	Douleur/ Modérée	10013950/(nouveau terme)
		3- Douleur sévère	Douleur/Élevée	10013950/10009007
	4- Douleur parfois horrible ou insoutenable	Douleur/ Extrême	10013950/(nouveau terme)	

SECTION 3

Fatigue

Comme tous les domaines utilisaient les mêmes mesures de collecte de données, l'établissement de la concordance avec l'ICNP a été relativement simple. Il y a concordance directe, tant conceptuelle que sémantique, avec l'ICNP Version 1.0. La concordance préliminaire de la fatigue correspondait au cheminement Jugement/État et les Niveaux absolus (faible, élevé) et l'Étendue (partielle) ont servi à refléter l'étendue granulaire de la fatigue. Au cours du forum, les participants se sont entendus sur les termes faible, modérée et grande pour le niveau Jugement/État/Niveau absolu. Le terme « aucune » qui suit le cheminement Jugement/État/Étendue sert seulement à indiquer l'absence d'expérience de la fatigue.

Les participants ont proposé deux nouveaux termes à inclure dans l'ICNP. Le premier est « modéré » et le deuxième, « extrême ». Ils ont suggéré d'inclure les deux termes dans la hiérarchie Jugement/État/Niveau absolu.

Tableau 7. Terminologie relative à la fatigue pour tous les domaines

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Fatigue interRAI AC : J4, interRAI ESDL : J4, interRAI SS :J4	Incapacité de terminer des activités quotidiennes normales – par exemple, AVQ, AIVQ	0- Aucune	Fatigue/Aucune	10007717/10013253
	Évaluer pendant au moins 24 heures (SA) Évaluer pendant au moins 3 jours (SCC/SLD/SD)	1- Minimale – Baisse d'énergie mais termine les activités quotidiennes normales	Fatigue/Faible	10007717/10011438
		2- Modérée – Baisse d'énergie, et INCAPABLE DE TERMINER DES activités quotidiennes normales	Fatigue/Modérée	10007717/(nouveau terme)
		3- Sévère – À cause de la baisse d'énergie, INCAPABLE D'ENTREPRENDRE des activités quotidiennes normales	Fatigue/Grande	10007717/10009007
		4- Incapable d'entreprendre des activités quotidiennes normales – à cause de la baisse d'énergie	Fatigue/Extrême	10007717/(nouveau terme)

SECTION 4

Dyspnée

Là encore, les quatre domaines utilisaient le même paramètre pour réunir des données. Il y a concordance directe, tant conceptuelle que sémantique, avec l'ICNP Version 1.0 pour tous les types. Il a été convenu qu'il est inutile pour le moment d'établir une concordance dans le cas de l'intolérance de l'activité. Les participants au forum se sont entendus sur une concordance entre les termes relatifs à la dyspnée et le cheminement Jugement/État/Niveau absolu.

Tableau 8. Terminologie relative à la dyspnée pour tous les domaines

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Dyspnée interRAI AC : J3, interRAI ES LD : J3, interRAI SD : J3	Évaluer au moins 24 heures (SA) Évaluer pendant au moins trois jours (SCC/SLD/SS)	0- Absence de symptôme	Dyspnée/Aucune	10006461/10013253
		1- Absence au repos, mais présence au cours d'activités modérées	Dyspnée fonctionnelle/Faible	10008268/10011438
		2- Absence au repos, mais présence dans les activités quotidiennes normales	Dyspnée fonctionnelle/Grande	10008268//10009007
		3- Présence au repos	Dyspnée au repos	10017117

SECTION 5

Nausées

On a présenté les nausées dans tous les domaines en utilisant la même échelle propre au RSAIS. Comme concept, il y a eu concordance directe, tant conceptuelle que sémantique, avec l'ICNP Version 1.0, mais il n'y a pas de terme ou de code identique pour les détails particuliers à chaque degré de gravité. Il y a eu, au cours du forum, une longue discussion qui a aidé à clarifier les problèmes liés à la mesure des nausées.

Les participants ont dégagé un consensus en se basant sur les mêmes valeurs que celles qu'ils ont utilisées dans le cas de la fatigue. Plus précisément, les valeurs faible, modérée et grande ont toutes été jugées efficaces pour mesurer les nausées. Là encore, les participants ont suggéré de nouveaux termes à inclure dans l'ICNP Version 1.0 (modérée et extrême).

Tableau 9. Terminologie relative aux nausées pour tous les domaines

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Nausée Échelle RSAIS	Évaluer au moins 24 heures (tous les domaines de la pratique)	0- Aucune nausée	Nausées/Aucune	10012453/10013253
		1- Nausées faibles : n'empêchent pas de manger et ne nuisent pas aux activités	Nausées/Faibles	10012453/10011438/
		2- Nausées modérées : empêchent un peu de manger et nuisent à certaines activités la plupart des jours	Nausées/ Modérées	10012453/(nouveau terme)
		3- Nausées sévères : empêchent de manger ou nuisent à certaines activités	Nausées/Sévères	10012453/10009007
		4- Invalidantes : la personne demeure au lit à cause de nausées qui l'empêchent de manger et de se livrer à des activités	Nausées/ Extrêmes	10012453/(nouveau terme)

SECTION 6

Chutes

La nature ordinale à la fois du nombre de chutes et des périodes précises d'évaluation pose un problème dans cette section. Il y a concordance conceptuelle et sémantique entre le terme « Chute » et l'ICNP Version 1.0 dans le cheminement Temps/Situation/Événement. Les autres critères de chaque catégorie des RSAIS ne correspondent pas directement à l'ICNP, ce qui pose un défi évident. La discussion tenue au cours du forum a dégagé un consensus et les participants ont recommandé d'utiliser la fréquence et d'inclure le nombre réel de chutes.

Tableau 10. Terminologie relative aux chutes dans le domaine des soins actifs

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Chutes interRAI AC : J1	SA	0- Aucune chute au cours des 90 derniers jours	Chute/Jamais	10007512/10013173
		1- Aucune chute au cours des 30 derniers jours, mais chute il y a de 31 à 90 jours	Chute/Rarement	10007512/10016374
		2- Une chute au cours des 30 derniers jours	Chute/Parfois	10007512/10018508
		3- Deux chutes ou plus au cours des 30 derniers jours	Chute/Souvent	10007512/10013658

Tableau 11. Terminologie relative aux chutes pour les domaines des soins continus complexes et des soins de longue durée

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Chutes interRAI AC : J1 EDM 2.0:MI	SCC/SLD	0- Aucune chute	Chute/Jamais	10007512/10013173
		1- Chute au cours des 30 derniers jours	Chute/Rarement	10007512/10013658
		2- Chute au cours des 31 à 180 derniers jours	Chute/Parfois	10007512/10018508

Tableau 12. Terminologie relative aux chutes pour le domaine des soins à domicile

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Chutes RAI-HC : K5	SD	0	Chute	10007512
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
	Indiquer le nombre réel de chutes au cours des 90 derniers jours			

SECTION 7

Plaies de pression

Même si le domaine des soins actifs utilisait une échelle de mesure différente de celle des trois autres domaines, toutes les échelles se prêtent relativement bien à l'établissement d'une concordance avec l'ICNP. Les plaies de pression concordent directement, sur les plans tant conceptuel que sémantique, avec l'axe Sujet, suivant les prolongements Processus/Processus corporel/Processus du système tégumentaire/Plaie/Plaie de pression. Il y a eu une longue discussion au cours du forum et les participants ont dégagé un consensus. Il a été convenu que tous les domaines devraient utiliser l'échelle du tableau suivant, que l'échelle de Braden s'appliquait davantage à tous les domaines et qu'elle était préférable aux fins de la normalisation.

Tableau 13. Terminologie relative aux plaies de pression pour tous les domaines

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C-RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
Plaies de pression MDS 2.0 : MI, RAI-HC : N2a	SCC/SLD/ SD Consigner le nombre d'ulcères à chaque stade – sans égard à la cause. S'il n'y en a pas à un stade, coder 0; coder 9=9 ou plus. Coder toutes celles qui s'appliquent au cours des sept derniers jours.	Stade 1. Rougeur persistante de la peau qui ne disparaît pas lorsque la pression est soulagée.	Plaie de pression/ Stade 1	10015612/(nouveau terme)
		Stade 2. Perte partiel de couches de la peau qui se manifeste sur le plan clinique sous forme d'abrasions, de cloques ou de cratères peu profonds.	Plaie de pression/ Stade 2	10015612/(nouveau terme)
		Stade 3. Une couche complète de peau est disparue, exposant les tissus sous-cutanés – se manifeste sous forme de cratères profonds avec ou sans érosion des tissus adjacents.	Plaie de pression/ Stade 3	10015612/(nouveau terme)
		Stade 4. Une épaisseur complète de peau et des tissus sous-cutanés sont disparus, ce qui expose le muscle ou l'os.	Plaie de pression/ Stade 4	10015612/(nouveau terme)

SECTION 8

État de préparation au congé

Le domaine des soins actifs et celui des soins à domicile sont tous deux mesurés en fonction d'une échelle à cinq points créée par Sidani et Doran. Il a été convenu au cours du forum que ce résultat constitue une mesure d'autonomie plutôt que de dépendance (comme pour l'état fonctionnel). Comme dans le cas des échelles de dépendance dans le contexte des activités fonctionnelles de la vie quotidienne, il a été convenu que l'ICNP devrait contenir des termes descendants pour saisir divers degrés d'autonomie. De plus, comme il n'y a pas de concordance directe entre l'ICNP et les termes comme bénin, modéré et sévère, il a été convenu de proposer l'inclusion de ces mesures dans l'ICNP. De plus, il a été établi au forum qu'il n'existait pas de terme comparable pour Connaissance de la physiologie et de la maladie ou Capacité à exécuter des activités déterminantes de la vie quotidienne et les participants ont suggéré de proposer l'inclusion de ces termes dans l'ICNP.

Tableau 14. Terminologie relative à l'état de préparation au congé dans les domaines des soins actifs et des soins à domicile

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
État de préparation au départ Sidani et Doran	SA/SD Indiquer dans quelle mesure vous pouvez effectuer chaque activité liée aux soins.	0- Pas du tout	Autonomie/Jamais	10005778/10013173
		1- Capacité limitée	Autonomie/Minime	10000075/(nouveau terme)
		2- Capacité accrue	Autonomie/Partielle	10000075/ (nouveau terme)
		3- Capacité modérée	Autonomie/Partielle	10000075/(nouveau terme)
		4- Capacité constante	Autonomie/Importante	10000075/(nouveau terme)
	5- Très grande capacité	Autonomie/Complète	10000075/(nouveau terme)	
	8- L'activité n'a pas eu lieu		10010002/10019876	
	Connaissance des médicaments pris actuellement		Connaissance/Médicaments	10011042/10011866
	Compréhension du résultat visé du médicament		Connaissance de la santé/Médicaments	10008753/10011866
	Capacité de prendre les médicaments de la façon prescrite		Capacité d'exécuter/Médication	10000075/10011884
	Reconnaissance des changements dans votre corps (symptômes) liés à votre maladie		Conscience de soi/Symptômes	10017642/10019368

Tableau 14. Terminologie relative à l'état de préparation au congé dans les domaines des soins actifs ou des soins à domicile (suite)

Élément	Concept RSAIS	Code RSAIS	Terme ICNP précombiné pour C--RSAIS	Code ICNP précombiné pour C-RSAIS
	Comprendre pourquoi vous ressentez des changements dans votre corps (symptômes) liés à votre maladie		Connaissance de la santé/ Physiologie de la maladie	10008753/(nouveau terme)
	Connaissance de ce qu'il faut faire (choses ou activités) pour contrôler ces changements		Connaissance de la santé/Auto-soins/Symptômes	10008753/10017661 / 10014121
	Capacité à exécuter les traitements ou les activités qui vous ont été appris		Capacité à gérer un régime	10000068
	Capacité à faire des choses ou à vous livrer à des activités pour vous occuper de vous-même et pour demeurer en santé		Capacité à maintenir son état de santé	10000081
	Savoir avec qui communiquer afin d'obtenir de l'aide pour exécuter vos activités quotidiennes		Aptitude à obtenir des soins/Services de santé	10008782/10008795
	Savoir avec qui communiquer en cas d'urgence médicale		Aptitude à obtenir des soins/ Services d'urgence	10008782/(nouveau terme)
	Capacité à exécuter des activités ordinaires (comme prendre son bain, magasiner, préparer des repas, visiter des amis)		Capacité de vaquer aux activités de la vie quotidienne	(nouveau terme)
	Capacité à modifier vos activités régulières lorsque vous ressentez des changements corporels (symptômes) liés à votre maladie		Capacité d'adaptation/Auto-soins	10000047/10017661

Conclusion

Les sections qui précèdent ont décrit le processus et les produits liés à l'établissement d'une concordance entre les concepts du RSAIS et la terminologie de l'ICNP Version 1.0 afin de créer le catalogue C-RSAIS de termes de l'ICNP combinés d'avance. On a abordé quatre-vingt-seize (96) termes au total dans le cadre de ce projet. Cinquante-huit (58) termes précombinés du C-RSAIS ont été intégrés avec succès et validés, treize (13) ont été intégrés en partie et il a fallu ajouter un nouveau terme pour terminer l'intégration. On a proposé l'inclusion de vingt-quatre (24) nouveaux termes dans l'ICNP et une (1) expression (« L'activité n'a pas eu lieu ») n'a pu être intégrée.

La réponse aux limites contenues dans les concepts d'établissement de la concordance avec les termes de l'ICNP Version 1.0 a constitué un résultat important du projet. Le Canada joue maintenant un rôle de chef de file en contribuant à l'évolution de l'ICNP, soit en définissant 24 nouveaux termes à inclure dans des versions à venir de l'ICNP Version 1.0. Ces nouveaux termes comprennent les suivants :

- Dépendance (cinq nouveaux termes pour saisir les niveaux de dépendance)
- Autonomie (quatre nouveaux termes pour saisir les niveaux d'autonomie)
- Locomotion
- Dans le couloir
- Dans la chambre
- Dans le service
- En dehors du service
- À domicile
- En dehors du domicile
- Modéré
- Extrême
- Tronc inférieur
- Tronc supérieur
- Physiologie de la maladie
- Services d'urgence
- Capacité à vaquer aux activités déterminantes de la vie quotidienne
- Soins de longue durée

Prochaines étapes

Le projet C-RSAIS a créé la première concordance entre des termes canadiens normalisés et l'ICNP. La présente initiative utilise actuellement de multiples codes pour saisir entièrement les concepts du C-RSAIS et cette utilisation de codes multiples reflète une concordance primitive. Si le Canada doit adopter une série de concepts de résultats sensibles aux interventions infirmières pour la collecte de données (concepts C-RSAIS), il est crucial de créer un catalogue plus sophistiqué de termes de l'ICNP qui reflète entièrement le concept et les termes utilisés dans la gestion des données infirmières au Canada. C'est pourquoi la création d'un **catalogue de termes C-RSAIS** combinés d'avance afin de saisir précisément des concepts complexes constitue une priorité immédiate. À la suite de discussions avec le CII au sujet de la faisabilité d'un tel catalogue

de l'ICNP, on a conclu que l'attribution d'un code à chacun des concepts combinés d'avance contenus dans le catalogue C-RSAIS permettrait une plus grande utilisation chez les fournisseurs et un processus plus simple d'identification du codage. Par exemple, l'expression « Autonome dans les activités de la vie quotidienne » recevrait un seul code plutôt qu'une combinaison de codes utilisés pour représenter des termes simples (« Autonome », « Activités de la vie quotidienne »).

Le CII (2005) a considéré les points suivants comme des critères d'examen des termes et des concepts :

- Le terme se situe dans le domaine dynamique des soins infirmiers.
- Le terme et la définition ne répètent pas des termes courants. (Si le terme est redondant, on étudiera la possibilité de l'utiliser comme synonyme. Si le terme est gardé comme synonyme, on déterminerait un « terme privilégié ».)
- Le terme et la définition sont exprimés d'une façon pertinente sur le plan clinique.
- Le terme et la définitions concordent avec le savoir scientifique.
Noter les données probantes à l'appui, p. ex. essais cliniques, étude de validation, recension des écrits.
- Le terme ne va pas à l'encontre de la structure de l'ICNP.

Les termes/concepts du C-RSAIS tels qu'exprimés dans l'ICNP seront transmis au directeur de l'ICNP qui sera chargé de les soumettre au processus d'examen de l'ICNP.

LEÇONS APPRISES

Même s'il a validé de nombreux enjeux liés à la documentation des soins infirmiers et clarifié les types de données infirmières importantes à saisir dans un dossier de santé pancanadien, tout l'exercice d'établissement de la concordance a créé de nombreuses possibilités d'apprentissage. Ces leçons seront dégagées durant tout l'exercice d'établissement de la concordance et, surtout, grâce aux échanges synergiques entre les partenaires, les chefs de file du C-RSAIS et les participants présents au forum. Nous remercions vivement tous les participants de leur engagement et de leurs échanges perspicaces.

Parmi les nombreuses leçons tirées de l'exercice d'établissement de la concordance et du forum, les suivantes ont été jugées les plus importantes :

1. Si l'ICNP ne contient pas actuellement de termes pour tenir compte des besoins en documentation des soins infirmiers du Canada, il ne faudrait pas considérer qu'il s'agit d'une situation statique et il ne faudrait pas limiter les concepts du RSAIS/C-RSAIS pour les « intégrer » aux termes existants de l'ICNP. Il faut proposer de nouvelles options pour tenir compte des besoins canadiens, ce qui aidera en retour à améliorer l'ICNP.
2. Il est crucial de comparer les définitions des concepts du RSAIS/C-RSAIS et de l'ICNP. Il faut de nouvelles définitions pour de nouveaux termes proposés de l'ICNP. Idéalement, il faudrait que ces définitions soient établies par une équipe qui fait partie intégrante du projet C-RSAIS en consultation avec l'équipe RSAIS originale et les partenaires provinciaux. La validation par d'autres intervenants du secteur des soins infirmiers devrait suivre.

3. Les résultats doivent reposer sur des données probantes. Il faut coder comme il se doit la terminologie des interventions en utilisant une terminologie clinique infirmière normalisée, c'est-à-dire l'ICNP, pour appuyer les progrès réalisés vers la collecte uniforme de données comparables aux fins des analyses.
4. Comme infirmières canadiennes, nous pouvons orienter et éclairer les pratiques et les connaissances internationales. Les contributions canadiennes sont bien accueillies et appuient l'élaboration de pratiques des soins infirmiers et des soins de santé sur la scène internationale.

Le projet C-RSAIS a créé la première concordance entre des termes canadiens normalisés et l'ICNP.

Les milieux internationaux accueillent bien les contributions canadiennes à la terminologie internationale des soins infirmiers. Ces contributions appuient le développement du savoir infirmier et l'évaluation des pratiques de soins de santé au Canada et dans le monde entier.

Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *L'information infirmière et la gestion du savoir* [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Conseil international des infirmières. (2005). *Classification internationale de la pratique des soins infirmiers, version 1.0*. Genève : auteur.

interRAI. (2007). *An Overview of the interRAI Family of Instruments*. Extrait le 13 septembre 2007 de <http://www.interRAI.org/section/view/?fnode=31>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2007a). *HOBIC interface specifications, Version 1.7*. Toronto : auteur.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2007b). *HOBIC measures*. Toronto : auteur.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2006a). *HOBIC phase 1 report, 2001*. Extrait le 15 août 2007 de <http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/nursing/phase1.html>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2006b). *HOBIC update, May 2006*. Extrait le 13 septembre 2007 de http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/nursing/hobic_update/hobic_update_0506.pdf

ANNEXE

Participants au Forum national

Kathryn Hannah, directrice principale de projet, Projet canadien sur les Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins
Conseillère en informatique de la santé auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

Lynn Nagle, infirmière conseillère principale, Inforoute Santé du Canada

Dorothy Pringle, directrice générale de projet, Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Margaret Ann Kennedy, conseillère en terminologie, Kennedy Health Informatics, Inc.

Amy Coenen, directrice, Programme de l'ICNP, Conseil international des infirmières

Hyeoun-Ae Park, terminologue spécialiste, scientifique invitée, Université du Wisconsin

Robin Carriere, président, Canadian Nursing Informatics Association

Diane Salois-Swallow, chef du Service de l'information, hôpital Southlake et hôpital York Central

Valerie Cartmel, responsable régionale, Informatique clinique, Vancouver Coastal Health

Tracey Shaben, coordonnatrice clinique, Information, hôpital de l'Université de l'Alberta/Hôpital Stollery pour enfants, Capital Health, Edmonton (Alberta)

Sally Remus, directrice, Informatique clinique, hôpital St. Michael, Toronto (Ontario)

June Kaminski, présidente désignée, Canadian Nursing Informatics Association

Diane Doran, professeure agrégée, Centre des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg, Université de Toronto

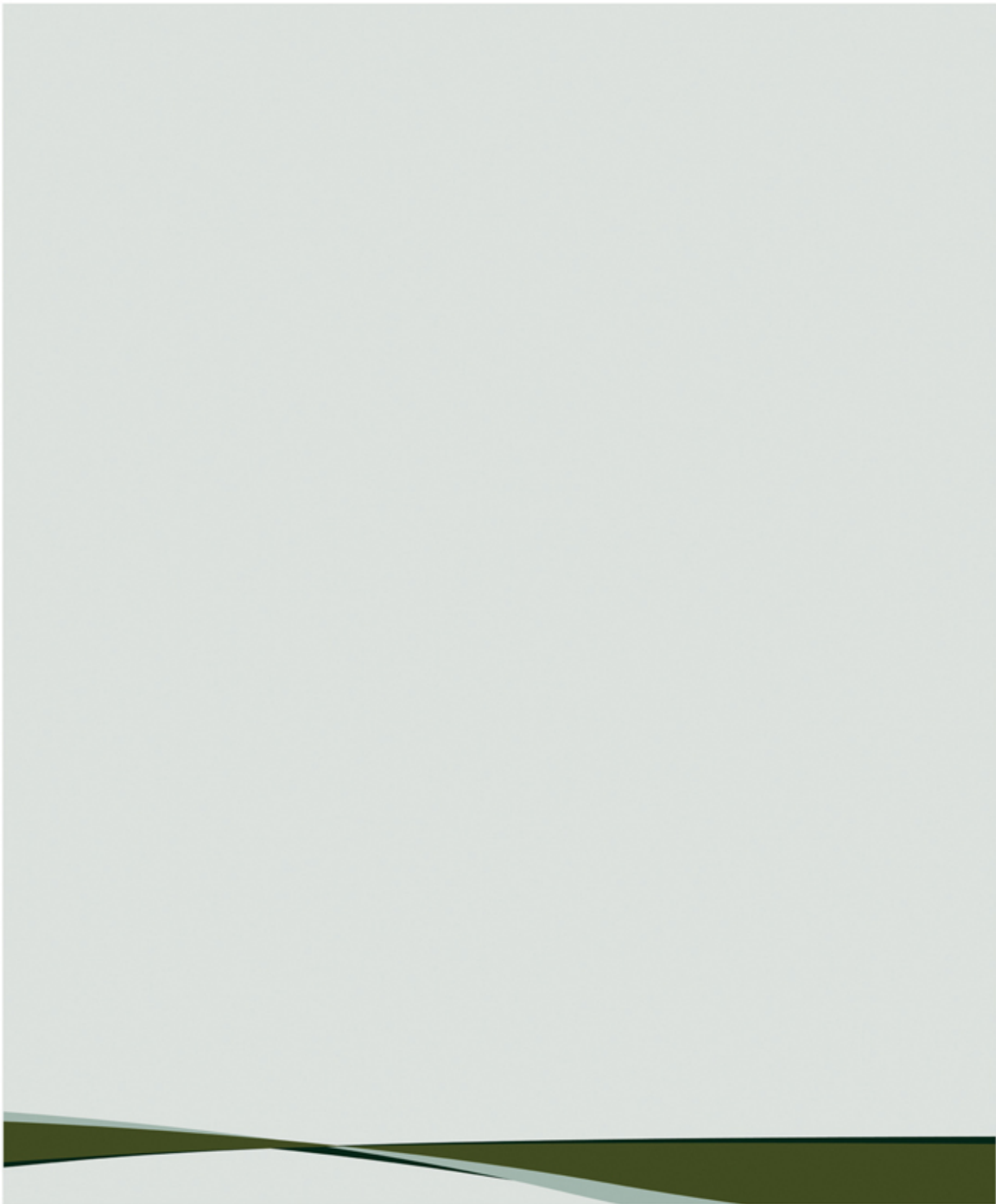
Irmajene Bajnok, directrice, Affaires internationales et Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Mary Ann Juurlink, responsable, Normes de cybersanté, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Diane Kent, gestionnaire, Informatique clinique, hôpital Southlake, Ontario

Sharon Paton, directrice nationale de projet, Projet canadien sur les Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins

Peggy White, Gestionnaire de programme, Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (Ontario) et directrice nationale de projet, C-RSAIS



CANADIAN NURSES ASSOCIATION
ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA



Canada Inforoute
Health Santé
Inforway du Canada