



DE L'INTÉRÊT DE PARLER
UN MÊME LANGAGE AFIN D'ATTEINDRE
LA RECONNAISSANCE DES SOINS INFIRMIERS
DANS LES PROGRAMMES D'AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ DES SOINS

Rédaction

Jean-Marie Januel, inf., M.P.H., Ph. D.

Maître d'enseignement et de recherche 1

à l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS)

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV),

Université de Lausanne – Faculté de biologie et de médecine, Lausanne, Suisse



DE L'INTÉRÊT DE PARLER
UN MÊME LANGAGE AFIN D'ATTEINDRE
LA RECONNAISSANCE DES SOINS INFIRMIERS
DANS LES PROGRAMMES D'AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ DES SOINS

Rédaction

Jean-Marie Januel, inf., M.P.H., Ph. D.

Maître d'enseignement et de recherche 1

à l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS)

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV),

Université de Lausanne – Faculté de biologie et de médecine, Lausanne, Suisse

© Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF), 2015
Tous droits réservés.

DISTRIBUTION

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF)

4200, rue Molson, bureau 142, Montréal (Québec), Canada H1Y 4V4

Téléphone : (++) 1 514 849-6060

Télécopieur : (++) 1 514 849-7870

info@sidief.org

www.sidief.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN : 978-2-9815143-4-9 (PDF)

**Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger
le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.**



SIDIIEF

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Organisation internationale non gouvernementale sans but lucratif, dont le siège social est à Montréal (Québec, Canada). Le SIDIIEF est doté du statut consultatif auprès des instances de l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF). Le SIDIIEF anime un réseau francophone d'infirmières et d'infirmiers d'une trentaine de pays de la francophonie

Mission

Le SIDIIEF a pour mission de faciliter la mise en réseau de la communauté infirmière dans tout le monde francophone, de mettre en valeur le leadership infirmier et de promouvoir la contribution de la profession infirmière à la santé des populations.

À la demande du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), une équipe interuniversitaire du Québec (Canada) a produit une étude qui avait pour but de déterminer les indicateurs de qualité des soins internationalement reconnus pour être sensibles aux soins infirmiers¹. Douze indicateurs ont été établis qui, par ailleurs, sont assez peu considérés du point de vue des grands systèmes de mesure de la qualité des soins au plan international. En conclusion, ce rapport suggère l'hypothèse que la contribution infirmière à la qualité des soins est plutôt mal définie, alors qu'elle pourrait être un levier décisionnel important dans le cadre de l'élaboration et de la mise en place de politiques visant l'amélioration de la qualité des soins.

Dans cette note rédigée à la demande du SIDIIEF, nous tentons de donner un avis argumenté sur des points clés qui nous semblent parmi les plus importants pour améliorer la prise en compte des soins infirmiers dans les processus décisionnels des politiques portant sur la qualité des soins. Ainsi nous abordons premièrement la possibilité d'utiliser les bases de données disponibles pour effectuer des comparaisons internationales sur la base des 12 indicateurs mentionnés dans le rapport. Dans un deuxième temps, nous discutons la question de l'utilisation des classifications et des nomenclatures de soins internationales comme outils standardisés de mesure pour développer des indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers dans le cadre d'une approche transversale et interdisciplinaire. Finalement, nous proposons des perspectives relatives à l'utilisation de ces classifications et nomenclatures de soins sur le plan international pour les indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers, incluant de manière générale des critères d'amélioration du leadership des professionnels des soins infirmiers et en tenant compte du contexte de la refonte des systèmes de santé engagée depuis le début du 21^e siècle dans les pays industrialisés.

Comparabilité internationale des indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers

Bien que la question de la comparabilité des indicateurs de qualité puisse paraître simple à première vue, elle s'avère en réalité relativement complexe. Établir des comparaisons entre plusieurs pays sur la base d'indicateurs ne relève pas exclusivement du fait de montrer que ceux-ci sont à priori définis pour mesurer les mêmes faits de santé (bactériémie liée au cathéter veineux central, escarre de décubitus, mortalité hospitalière, réadmission associée à une procédure chirurgicale en particulier, etc.). Il faut que les bases de données utilisées pour le développement de ces indicateurs présentent les critères d'une même structure et d'une même taxonomie ou terminologie entre les différents pays. Il est aussi nécessaire que ces bases de données permettent de montrer certains facteurs qui interviennent potentiellement pour expliquer une partie de la variabilité de la mesure des indicateurs entre les pays et qui sont associés à des différences de pratique ou d'organisation entre les systèmes de santé.

Dans le cas des 12 indicateurs cités par l'étude d'une équipe interuniversitaire du Québec (Canada)², il nous a semblé particulièrement intéressant de vérifier si ces indicateurs relevaient ou non de données présentant des conditions qui permettaient des comparaisons sur le plan international. On note que ces indicateurs ont été classés selon trois catégories : 1) acquisition, déploiement et maintien des ressources infirmières; 2) transformation des ressources infirmières en services infirmiers pertinents; et 3) production de changement dans la condition des patients. À y regarder de plus près, ces trois catégories correspondent à trois niveaux de comparabilité des bases de données.

La première catégorie est constituée de trois indicateurs qui concernent des caractéristiques liées aux ressources humaines (déploiement des professionnels de soins infirmiers dans les hôpitaux). Ce type d'indicateurs est utilisé habituellement pour définir des facteurs associés à la structure des hôpitaux et répondant au modèle de la qualité des soins développé par Donabedian³. Cette première catégorie d'indicateurs présente deux limites majeures pour la réalisation de comparaisons internationales. Tout d'abord, l'organisation de la profession infirmière repose sur une stratification en fonction des différents profils infirmiers qui correspondent à des niveaux d'études et de compétences qui varient selon les pays^{4,5,6}. Ensuite, les bases de données utilisées pour cette catégorie d'indicateurs sont principalement locales, souvent conçues selon les besoins spécifiques d'un établissement ou au mieux d'un pays^{7,8,9,10}. Il paraît donc difficile d'établir des comparaisons fiables et valides des indicateurs mesurés à partir de données susceptibles d'être structurellement différentes à l'échelle internationale.

La deuxième catégorie comporte trois indicateurs aussi. Ces derniers concernent une approche spécifique à la discipline infirmière qui s'appuie sur la définition des diagnostics, des interventions et des résultats dans le cadre conceptuel de la discipline. Les bases de données utilisées pour ces indicateurs peuvent être soutenues par l'utilisation de nomenclatures et de classifications spécifiques aux soins infirmiers (NANDA, NIC, NOC, NMDS, NMMDS et ICNP)¹¹. Ces nomenclatures ne répondent pas non plus de manière exhaustive aux exigences nécessaires qui permettent de satisfaire des comparaisons internationales valides, en raison de la multitude de ces dernières typiquement infirmières, de leur hétérogénéité et de leur application parcellaire au sein des pays ainsi qu'au plan international^{12,13,14}.

Seule la troisième catégorie d'indicateurs, qui concerne des résultats de soins en termes de sécurité des patients, peut véritablement prétendre soutenir des comparaisons sur le plan international. Les six indicateurs dans cette catégorie peuvent être produits à partir des bases de données dites « médico-administratives », utilisées pour enregistrer de manière standardisée et exhaustive une série de renseignements concernant les séjours des patients hospitalisés, à l'aide de la Classification

internationale des maladies (CIM)¹⁵. Cette nomenclature internationale — mise à jour périodiquement par l'Organisation internationale de la santé (OMS) depuis 1946, sur la base de la nomenclature internationale des maladies et des causes de décès et d'incapacité au travail développée à la fin du 19^e siècle initialement développée par le français Jacques Bertillon — repose sur une liste de codes diagnostiques accompagnés de règles spécifiques de codage. La CIM est utilisée dans la plupart des pays membres de l'OMS et la 11^e révision en cours repose sur une participation active des différents utilisateurs potentiels¹⁶. La qualité des soins et la sécurité des patients représentent des éléments centraux de cette révision¹⁷.

Il existe déjà certains indicateurs de qualité développés à partir de la CIM, dont l'objectif est notamment de mesurer la sécurité des patients hospitalisés. Les *Patient Safety Indicators* (PSI) ont été développés avec des codes de la 9^e révision de la CIM cliniquement modifiée (CIM-9-CM) par l'agence de recherche et de la qualité des soins (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) aux États-Unis. Puis, certains de ces PSI ont fait l'objet d'une adaptation avec les codes de la 10^e révision de la CIM (CIM-10) dans le but de rendre ces indicateurs utilisables et comparables internationalement^{18,19,20}. Certains des PSI présentent un tropisme plus ou moins important vers les soins infirmiers^{21,22}. Toutefois, il pourrait exister une plus grande difficulté à valider les PSI qui sont les plus sensibles aux soins infirmiers. Nous fondons cette hypothèse sur le fait que le codage avec la CIM repose principalement sur les renseignements présents dans la lettre de sortie médicale. Le processus de développement des PSI pourrait servir de modèle pour le développement d'indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers. En participant aux travaux du Topic Advisory Group sur la qualité et la sécurité, intégrés dans le processus de la 11^e révision de cette classification (CIM-11), nous avons constaté que l'approche des soins promue par la discipline infirmière pourrait être un atout important pour améliorer la performance métrologique des indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients développés à partir de cette nomenclature. Par contre, l'intérêt mitigé de la discipline infirmière pour la CIM nous semble être une barrière importante qui limiterait l'accès à la reconnaissance des soins infirmiers dans le cadre des politiques de santé visant la qualité des soins aux plans nationaux et international.

Terminologies et nomenclatures pour les indicateurs de qualité des soins infirmiers

D'un point de vue contextuel, les politiques de santé sont l'aboutissement de décisions prises au niveau régional ou national d'un pays. Elles sont élaborées à partir d'une analyse et de l'interprétation d'indicateurs de résultats, quantitatifs le plus souvent (taux d'événements indésirables, mortalité hospitalière, fréquence des réadmissions, taux d'hospitalisation pour des pathologies chroniques comme le diabète, la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme...) ^{23,24,25,26,27,28}. Les comparaisons internationales à partir d'indicateurs de qualité sont réalisées dans le cadre de programmes internationaux en particulier, souvent soutenus par des organisations intergouvernementales comme l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) ^{29,30}. Ces comparaisons internationales sont réalisées, autant que possible, en utilisant des outils de mesure standardisés comme les classifications internationales de l'OMS ³¹. Par expérience, la question de la place des indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers n'est pas abordée de manière spécifique dans ces programmes qui sont réalisés dans une perspective générale de qualité des soins, sans distinction entre les différentes disciplines de santé. Sans aucun doute, il peut exister une différence d'appréhension de la qualité des soins lorsqu'elle est envisagée d'un point de vue politique ou par un ordre professionnel.

Dans cette partie de la discussion, nous avons souhaité déterminer l'intérêt de la discipline infirmière pour l'utilisation de classifications et nomenclatures comme outils standardisés utilisés aux fins de mesurer la qualité des soins infirmiers. Pour cela, nous avons réalisé une recherche rapide du nombre de citations dans PubMed sur la base d'une sélection de plusieurs possibilités d'algorithmes incluant différents mots clés (voir tableau 1). D'un point de vue général, les résultats de cette recherche succincte suggèrent une utilisation marginale des classifications et des nomenclatures pour mesurer la qualité des soins infirmiers dans les citations rapportées. Premièrement, les soins infirmiers semblent très peu représentés dans les études (seulement 0,54 %). Ensuite, parmi les études qui présentaient de l'information sur les soins infirmiers, très peu font référence (moins de 1 % d'entre elles) à au moins l'une des classifications ou des nomenclatures existantes, qu'elles soient typiquement infirmières (0,67 %) ou non (0,17 %), pour coder les données. Il existe par ailleurs des différences significatives entre les classifications et les nomenclatures des soins infirmiers pour mesurer un même indicateur ³². Il existe aussi très peu d'études, souvent anciennes, qui ont comparé des mesures réalisées à l'aide de nomenclatures spécifiques aux soins infirmiers et avec la CIM ^{33,34,35}. Ces études concluent en particulier aux limites des nomenclatures spécifiques (comme la NANDA) à servir les fins d'une gestion suffisamment large et efficace, d'un point de vue général (au sein d'un système de santé), de l'information clinique des patients hospitalisés. Il est parfois discuté de l'opportunité d'implanter une classification aussi spécifique que la NANDA à l'échelle d'un système de santé connaissant ces limites ³⁶.

Tableau 1 : Fréquences des citations dans PubMed sur la base de mots clés, relatifs aux classifications et nomenclatures disponibles pour enregistrer des informations de santé, identifiées dans le titre ou l'abstract des articles entre le 1^{er} janvier 1946 et le 31 décembre 2014.

Mots clés		N	(%)	(%)
(« Quality of health care » [MeSH])		4 025 570	(100 %)	
ET	(« Nursing care » [MeSH])	21 897	(0,54 %)	(100 %)
	ET			
	Nomenclature générale des soins			
	« International classification of diseases » [MeSH]) OU « ICD »	38		(0,17 %)
	Nomenclatures spécifiques aux soins infirmiers			
	« North American Nursing Diagnosis Association » OU « North American Nursing Diagnoses Association » OU « NANDA » OU « Nursing intervention* classification » OU « NIC » OU « Nursing outcome* classification » OU « NOC »	90		(0,41 %)
	« Nursing minimum data set » OU « NMDS » OU « Nursing management minimum data set » OU « NMMDS »	37		(0,17 %)
	« International classification of nursing practice » OU « ICNP »	21		(0,10 %)
	Total pour les nomenclatures spécifiques aux soins infirmiers	141		(0,64 %)

Ces résultats soulèvent une question importante associée à l'hypothèse de l'étude de Dubois et coll. (2015) voulant que les indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers ne soient pas actuellement des leviers suffisamment efficaces pour soutenir un leadership infirmier : dans quelle mesure l'utilisation marginale des classifications et des nomenclatures pour mesurer la qualité des soins infirmiers est-elle un facteur défavorable au développement du leadership infirmier? Cette question ramène sur la table le problème toujours épineux de la reconnaissance interdisciplinaire sur la base de taxonomies et de terminologies des soins qui peuvent différer en fonction des disciplines et des différentes professions de la santé.

Une des principales raisons qui expliqueraient que la part des soins infirmiers dans la qualité des soins ne soit pas suffisamment reconnue dans les programmes définis par les politiques de qualité des soins repose sans doute sur le fait qu'il existe des différences entre l'approche de la qualité des soins de la discipline infirmière et celle d'autres disciplines de santé. L'existence de classifications et de nomenclatures spécifiques aux soins infirmiers (NANDA, NIC, NOC, NMDS, NMMDS, et ICNP) participe comme premier élément de réponse à cette question. L'analyse de la littérature montre aussi qu'il existe des différences importantes entre la discipline infirmière et la discipline médicale, tout du moins en ce qui concerne la définition et l'utilisation du terme « diagnostic » ainsi que le raisonnement conduisant au diagnostic³⁷. Il a été démontré que ces différences ont une incidence sur les résultats des mesures d'indicateurs. L'exemple des études observationnelles sur les événements indésirables associés aux soins (EIS) rapporte en particulier qu'il existe des différences significatives entre les mesures d'EIS en fonction du profil de l'observateur qui effectue la mesure (ex. : infirmières vs médecins)³⁸.

De façon générale, la discipline infirmière définit le diagnostic dans le cadre d'une approche systémique (prise en compte des facteurs environnementaux liés à la famille du patient, des critères socioculturels, de divers déterminants de la santé, etc.)³⁹. Le diagnostic est alors l'aboutissement d'une analyse qui permet d'identifier et de classer un problème de santé dans son contexte large. Le diagnostic médical repose quant à lui sur une approche fondée sur l'attribution d'une causalité (maladie en rapport à des facteurs de risques ou consécutive à une exposition particulière, survenue d'un événement de santé particulier comme un EIS résultant de l'exposition du patient lors d'une intervention chirurgicale, etc.) et cela, la plupart du temps, de manière indépendante du contexte familial, social, culturel et culturel du patient⁴⁰. Ainsi, l'on peut penser que le diagnostic repose principalement sur une approche qualitative des soins pour la discipline infirmière alors qu'il repose sur une approche plutôt quantitative de la maladie ou des complications potentielles associées aux soins pour la discipline médicale. Ces différences dans les approches sont fondamentales pour bien comprendre ensuite les différences dans la chaîne de production des mesures de qualité des soins (considérations liées à l'ontologie, à la terminologie, à la collecte et au codage des données de soins, choix des indicateurs et jusqu'à leur interprétation) selon que l'on fait référence à la discipline infirmière ou à la discipline médicale. Il est à notre avis paradoxal que dans le cadre des soins infirmiers, il soit fait référence à « des indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers », alors que pour l'ensemble des autres professions de santé, il est fait référence à « des indicateurs de qualité des soins » de manière générale, sans préciser une profession de santé plutôt qu'une autre (on ne parle pas de manière spécifique de qualité sensible aux soins des sages-femmes, par exemple).

À ce point dans la discussion, on sent bien qu'il existe certaines raisons qui font que la profession infirmière hésite parfois à s'investir dans une approche interdisciplinaire de la qualité des soins en particulier et des soins de manière plus générale. En gros, la question est de savoir si la profession infirmière — et la discipline par conséquent — doit prendre le risque éventuel de sacrifier sur l'autel de l'interdisciplinarité tout ou partie des efforts entrepris pour développer son autonomie. Cette question alimente dilemmes et contradictions. D'un côté, l'on envisage la possibilité de partager l'approche spécifique des soins infirmiers dans le cadre d'une approche transversale et globale des soins en acceptant une terminologie commune à l'ensemble des disciplines de santé. De l'autre, l'on tend à préférer une défense arc-boutée sous-tendue par le corporatisme d'une ontologie, d'une terminologie et d'une classification spécifiques aux soins infirmiers, indépendamment des autres disciplines de la santé. À notre avis, il est possible que la profession infirmière risque ainsi à terme d'être définitivement exclue de l'élaboration des décisions et, par conséquent, d'être privée de tout leadership.

L'intérêt de la profession infirmière pour les questions complexes portant sur des concepts de soins liés à la discipline infirmière (élaboration et utilisation de cadres conceptuels spécifiques) et pour les différentes terminologies existantes pour décrire et analyser les soins infirmiers n'est pas généralisé et homogène. La formation des professionnels des soins infirmiers n'est pas homogène non plus d'un pays à l'autre, voire à l'intérieur d'un même pays. La Suisse est un cas typique de coexistence de plusieurs modèles de formation au sein d'un même pays. On rencontre en effet des tensions et de fortes discussions entre les Cantons germanophones et italophones, qui continuent à promouvoir un modèle de formation des infirmières et des infirmiers de type « professionnel », et les Cantons francophones, qui ont fait le choix du modèle universitaire inspiré des accords de Bologne (*bachelor*, *master*, doctorat)⁴¹. L'expérience en France montre une autre difficulté liée à la réticence de la profession infirmière elle-même à intégrer la filière universitaire⁴². Contrairement à la formation des professionnels des soins infirmiers restée indépendante et liée aux hôpitaux principalement par le réseau des instituts de formation en soins infirmiers (même si des accords ont été signés avec certaines universités), les études des autres professions de santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, kinésithérapie, ergothérapie) font l'objet d'un cursus universitaire incluant une première année de formation à la faculté commune à toutes ces professions (première année commune aux études de santé [PACES])⁴³.

Un autre point important à l'heure actuelle concerne le développement du concept de la pratique infirmière avancée (PIA) qui a pour but, entre autres, de favoriser l'autonomie de la profession infirmière dans sa pratique quotidienne. Aussi paradoxal que cela puisse être, la PIA doit aussi se révéler un atout fondamental pour améliorer l'interdisciplinarité en favorisant les interconnexions avec les autres disciplines de santé pour une meilleure compréhension mutuelle entre les professionnels qui interviennent auprès du patient⁴⁴. La complexité des rapports sous-jacents entre les professionnels

des soins infirmiers et des soins médicaux est un critère majeur dont il faut tenir compte pour réussir les changements de paradigmes qui doivent évidemment s'opérer aujourd'hui dans l'organisation des systèmes de santé. Les barrières sont cependant importantes en ce qui concerne le développement de la PIA, si l'on se réfère à un rapport de l'OCDE de 2007⁴⁵. Dans les 12 pays ayant participé à cette enquête de l'OCDE, la réticence du corps médical se manifeste constamment pour freiner le développement du modèle dans ces pays. Dans un pays seulement (la France), la profession infirmière elle-même est le facteur négatif le plus important au développement de la PIA. Les patients et les décideurs sont quant à eux favorables à la PIA dans ces pays où les systèmes d'éducation et les établissements universitaires sont prêts à participer à la formation des infirmières et infirmiers de pratique avancée. L'hétérogénéité des modèles de formation des professionnels des soins infirmiers et les divergences de point de vue à l'intérieur même de la profession infirmière sont cependant des facteurs qui peuvent affaiblir les possibilités d'un leadership infirmier sur le plan international⁴⁶.

Perspectives

La reconnaissance des soins infirmiers passe sans aucun doute par une amélioration significative des capacités de la discipline infirmière à s'engager davantage dans des processus efficaces de leadership dans le cadre d'une approche interdisciplinaire de la qualité des soins en particulier et des politiques de santé de manière plus générale⁴⁷. Cela représente un défi majeur pour la discipline dans les années à venir^{48,49}. L'analyse de la littérature montre très clairement que parmi les conditions requises pour travailler ensemble, la reconnaissance mutuelle des savoirs et des compétences entre les différents professionnels de la santé, ainsi que l'acceptation d'un leadership partagé, sont des critères indispensables de réussite^{50,51,52}. Un renforcement de l'intérêt de la profession infirmière pour l'élaboration et la mise à jour d'une taxonomie des soins commune à l'ensemble des professions soignantes, ainsi que le développement de capacités et de compétences scientifiques destinées à développer l'utilisation des méthodes quantitatives par la profession infirmière elle-même (double compétence : sciences infirmières et épidémiologie, sciences infirmières et bio-statistiques), sont deux objectifs essentiels sur lesquels la profession infirmière, par l'entremise de ses syndicats et d'associations telles que le SIDIIIEF, devrait se positionner explicitement^{53,54}. Le but étant de rendre audible et compréhensible la communication issue de la discipline infirmière par l'ensemble des partenaires de la profession infirmière (autres professions de la santé, décideurs des politiques de santé, patients et usagers des services de santé de manière générale).

Vers une taxonomie partagée des soins

Contextuellement, les soins infirmiers s'appuient sur une approche des soins et sur des champs d'application propres à la discipline définie par les sciences infirmières. Il n'en demeure pas moins que les professionnels des soins infirmiers n'interviennent pas indépendamment des autres professionnels de la santé. Cela est d'autant plus vrai pour la qualité des soins est organisée selon un axe structurel horizontal (transversal) au sein des systèmes de santé. Les exemples de réussite de modèle de soins basés sur l'interdisciplinarité ont tous en commun le fait qu'ils mettent sur un pied d'égalité les différentes professions^{55,56,57,58,59}. Ces exemples, bien que peu nombreux et provenant souvent d'Amérique du Nord, démontrent qu'une meilleure connaissance entre les professions de la santé permet d'évacuer les craintes potentielles liées aux changements de comportement qui s'avèrent nécessaires. Cela n'implique en aucun cas une perte d'autonomie liée à la discipline de chacune des professions de la santé. Le terme d'autonomie n'étant pas synonyme d'indépendance et les différents professionnels de la santé devant s'entendre sur le fait que chaque discipline de la santé doit contribuer aux soins des patients par la prise de décisions et l'organisation d'interventions de façon coordonnée. Il est donc important de situer l'autonomie de chaque profession de la santé dans un contexte qui impose nécessairement l'interdépendance de toutes les disciplines de la santé et de tous leurs professionnels.

Des échanges entre les différentes professions de soins sont donc indispensables pour une bonne coordination et une bonne qualité des soins. Ces échanges doivent être appuyés par des outils de communication appropriés (en particulier l'utilisation d'un langage commun, compréhensible par l'ensemble des professionnels partenaires de la santé, des décideurs et aussi des patients, dont la participation aux décisions concernant leur santé est de plus en plus importante)^{60,61}. Cela peut représenter à priori une gageure de relever un tel défi si l'on considère uniquement les différentes approches en fonction de chaque discipline de santé et de leur ambition d'autonomie respective. Faire le choix stratégique d'un langage commun, compréhensible par tous les partenaires intervenant dans la pratique des soins (infirmières et infirmiers, médecins et autres professions de santé, de même que gestionnaires et décideurs des systèmes de santé) est un enjeu fondamental que la profession infirmière doit aborder sans aucun tabou à une époque marquée par la généralisation des grandes bases de données et de leur utilisation commune pour arriver aux décisions qui font les politiques de santé.

La question doit se poser bien entendu sous l'angle pragmatique d'une approche des soins centrés sur le patient et qui permettrait de cerner les meilleurs leviers pour développer et asseoir un leadership infirmier dans les années à venir, indépendamment de tout corporatisme sous-jacent. L'utilisation d'une classification ou d'une nomenclature des soins à la fois généraliste et intégrant les particularités des différentes disciplines de soins est à notre avis une condition *sine qua non* pour atteindre les objectifs

fixés par les politiques de santé dans le cadre des programmes d'amélioration de la qualité des soins : que les systèmes de santé produisent des soins plus efficaces, plus efficaces, plus équitables, plus accessibles à la population et dans un délai acceptable, de même que des soins qui garantissent une meilleure sécurité pour chaque patient⁶².

La notion de qualité des soins infirmiers, c'est-à-dire la part de responsabilité des soins infirmiers dans le manque de qualité et les soins infirmiers comme facteurs potentiels d'amélioration de la qualité des soins en général, doit être tout d'abord clairement définie et établie pour chacune des composantes de la qualité des soins (efficacité, efficience, équité, accessibilité et délais d'attente des patients pour être soignés, sécurité des patients et personnalisation des soins rendus par les professionnels de la santé). Il est primordial que la profession infirmière puisse définir le plus précisément possible les interventions et les indicateurs de résultats qui relèvent d'elle et aussi collaborer avec les autres disciplines pour définir ceux que la profession infirmière partage avec d'autres professionnels de la santé et dans quelles proportions.

Le choix des classifications internationales de l'OMS

Dans un document du 4 juin 2012, l'association américaine des infirmières (American Nurses Association, ANA) liste les terminologies que l'association reconnaît dans le cadre des soins infirmiers. Cette liste ne présente ni la CIM, ni les autres classifications internationales de l'OMS comme des outils standardisés pouvant servir aux soins infirmiers.

Alors qu'un des objectifs clairement affichés des classifications spécifiques aux soins infirmiers est de favoriser la communication avec les autres disciplines de santé - « *Improved communication with other nurses, health care professionals, and administrators of the institutions in which nurses work is a key benefit of using a standardized nursing language* »⁶⁴, des limites importantes ont été montrées concernant la capacité de certaines de ces classifications spécifiques à la discipline infirmière à être utilisées comme des outils de mesure de la qualité des soins dans un contexte transversal et interdisciplinaire comme décrit plus haut^{65,66,67}. Le fait que ces classifications soient exclusives à une discipline les rend relativement inefficaces lorsqu'il s'agit de les utiliser dans un cadre élargi incluant d'autres disciplines de santé. La transversalité de la qualité des soins est l'exemple type d'un domaine où ces classifications trop spécifiques ne peuvent pas prétendre contribuer de manière appréciable à la reconnaissance d'un leadership infirmier en l'état actuel des choses. Ces limites devraient donc être des facteurs incitant la profession infirmière à s'intéresser et à s'investir plus largement dans le développement et l'utilisation de classifications communes des soins comme outils standardisés de mesure de la qualité des soins. Les travaux ayant servi au développement des classifications spécifiques aux soins infirmiers (NANDA, NIC, NOC, ICNP, etc.) pourraient dans ce cas servir d'outils afin de définir et de formaliser l'approche

relative à la discipline infirmière dans le cadre du développement et de l'utilisation de telles classifications communes, à la condition qu'ils s'intègrent dans une perspective plus générale de soins^{68,69}. Sans doute l'échec de la NANDA à s'intégrer dans la CIM-10 de l'OMS devrait servir le processus à initier. Les expériences positives de la participation effective et efficace de la discipline infirmière dans le cadre du développement et des révisions de deux classifications internationales coordonnées par l'OMS — la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (*International Classification of Functioning, Disability and Health* [ICF]) et la classification internationale des interventions (*International Classification of Health Interventions* [ICHI])^{70,71}, sont sans doute des exemples à suivre pour remédier à l'absence dramatique de la discipline infirmière des travaux concernant la 11^e révision de la CIM.

Comme discuté plus haut, il existe une réelle opportunité pour la profession infirmière de s'intéresser de plus près et de s'engager dans le développement et les processus successifs de révision et de mise à jour de la CIM. Sans pour autant en faire une panacée, l'utilisation de la CIM pour développer des indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers devrait être envisagée par la discipline infirmière pour plusieurs raisons⁷². Premièrement, parce que la CIM, traduite en 43 langues, est la nomenclature internationale la plus largement utilisée dans le monde aujourd'hui pour coder les données de mortalité et de morbidité colligées à partir de données de routine sur les séjours d'hospitalisation^{73,74}. Ensuite, parce que les données codées avec les codes fournis par la CIM doivent servir à établir des statistiques et des portraits épidémiologiques concernant la prise en charge des soins, l'allocation des ressources, le suivi et l'évaluation de la qualité des soins, la recherche, les soins primaires, la prévention et le traitement⁷⁵. Enfin, parce que cette classification est visiblement destinée à être utilisée par l'ensemble des intervenants et des partenaires de la santé (médecins, infirmières et infirmiers, autres professions de soins, chercheurs en santé, gestionnaires et informaticiens du domaine de l'information sanitaire, responsables du codage, responsables politiques, assureurs et patients) et pas uniquement par les médecins, comme on le pense souvent à tort⁷⁶. Aussi parce que la 11^e révision de la CIM, en cours au moyen d'un processus novateur basé sur la collaboration interdisciplinaire, est sans doute une occasion unique⁷⁷. Pour la première fois, l'OMS appelle les experts et utilisateurs de la CIM à participer au processus de révision par l'intermédiaire d'une plateforme commune. Le résultat final sera une classification reposant sur les contributions et les besoins de tous les utilisateurs potentiels.

Développer des compétences scientifiques d'analyse et d'interprétation des indicateurs

De manière générale, l'intérêt pour la profession infirmière de bien comprendre, d'être capable d'analyser et d'interpréter le type d'indicateurs utilisés dans l'élaboration des décisions et qui définissent les politiques de qualité des soins devrait être une priorité. Par ailleurs, il est important que les discours issus de la profession infirmière puissent être entendus et que la discipline infirmière puisse aussi rendre compte de sa pratique d'égal à égal avec les autres disciplines de santé. Ce sont à notre avis des conditions essentielles pour que la profession infirmière développe et affirme son leadership de manière pragmatique au sein des établissements de santé et auprès des instances politiques. Le développement des technologies de l'information, incluant l'utilisation de bases de données gigantesques (données hospitalières de routine, traitements multiples ou croisés des données) et l'utilisation de ces bases de données pour démontrer des faits (données probantes) liés à la pratique infirmière, demande une acuité et des compétences méthodologiques particulières⁷⁸.

La qualité des soins infirmiers et la discipline infirmière de manière générale doivent pouvoir s'appuyer sur une qualité métrologique suffisante — pour ce qui est de la fiabilité et de la validité notamment — des indicateurs des soins infirmiers qui sont développés. En comparaison des modèles de gestion de la qualité développés dans d'autres domaines (aviation, industrie manufacturière), souvent cités en exemple pour amener les professions de la santé à s'engager dans des programmes d'amélioration de la qualité des soins, il existe dans le domaine de la santé une prédominance des facteurs humains dans l'hétérogénéité des mesures réalisées qui plaide pour le développement des méthodes mixtes d'analyse qui allient les approches qualitatives et quantitatives. De plus, il n'existe véritablement qu'une seule infirmière dans l'histoire qui a su marquer de son empreinte la qualité des soins : Florence Nightingale. Son exemple devrait à notre avis sensibiliser et motiver la discipline infirmière à promouvoir, plus qu'elle ne l'a fait jusqu'à maintenant, la double compétence^{79,80}. Ainsi, comme les médecins ont largement investi les domaines de l'épidémiologie, des bio-statistiques, de la recherche sur les services de santé et plus largement de la santé publique, jusqu'à inscrire ces domaines dans les champs des spécialités médicales, la profession infirmière devrait elle aussi favoriser l'émergence de profils hybrides (soins infirmiers et épidémiologie; soins infirmiers et bio-statistiques; soins infirmiers et santé publique). Les cursus de *master* et de doctorat en sciences infirmières devraient permettre de jeter des ponts avec les programmes universitaires en épidémiologie, bio-statistiques, santé publique et recherche sur les services de santé. Ces programmes présentent l'avantage d'être ouverts à l'ensemble des disciplines de la santé et pourraient donner naissance à des travaux interdisciplinaires de haute qualité.

Conclusions

Dans le contexte actuel de refonte des systèmes de santé des pays industrialisés, les paradigmes des différentes disciplines de la santé sont amenés à évoluer. Il est à notre avis capital que la profession infirmière accroisse son intérêt et son investissement pour les méthodes quantitatives destinées à évaluer la qualité des soins et aussi pour les méthodes mixtes d'analyse. Il est probable que la discipline infirmière soit amenée à modifier son approche envers les terminologies et les classifications trop spécifiques et à faire converger son paradigme de soins vers une vision plus générale, incluant notamment de manière plus efficace et plus efficiente les autres disciplines de la santé qui interviennent dans la pratique des soins. Bien qu'un peu idéaliste sans doute, l'utilisation d'une taxonomie commune à l'ensemble des professions de soins nous semble être un choix stratégique qui serait plus efficace, plus rationnel et plus pragmatique que la situation actuelle. Ces changements nécessaires prendront du temps, mais le développement de la PIA et les cursus universitaires de formations (master et doctorat, cursus partagés avec l'épidémiologie, la santé publique, les bio-statistiques, etc.) sont sans aucun doute des points clés qui seront à l'avenir des facteurs de réussite. Bien sûr, les associations professionnelles, syndicats et regroupements de spécialités ont un rôle primordial à jouer dans le cadre de la nouvelle organisation des soins.

Par son expertise et sa position de leader international, le SIDIIEF a une responsabilité majeure. Ses prises de position doivent susciter et entretenir la motivation au sein de la communauté francophone des infirmières et infirmiers en faveur à la fois de la qualité des soins et de la sécurité des patients, mais aussi de la collaboration interdisciplinaire.

Notes

- ¹ Dubois, C. A. et coll. (2015). *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits*. Montréal : SIDIEF.
- ² Dubois, C. A. et coll. (2015). *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits*. Montréal : SIDIEF.
- ³ Donabedian A. (1966). « Evaluating the quality of medical care ». *The Milbank Memorial Fund quarterly*, 44(3), p. 166-206.
- ⁴ Delamaire, M. et Lafortune, G. (2010). *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*. No. 54, Éditions OCDE, Paris. DOI: 10.1787/5km4hv77vw47-fr
- ⁵ Papastavrou, E. et coll. (2011). « A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment ». *Journal of nursing management*. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01289.x
- ⁶ Organisation de Coopération et Développement Économiques (OCDE). (2013). *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE, Paris. DOI: 10.1787/health_glance-2013-fr
- ⁷ Riley, P. L. et coll. (2012). « Information systems on human resources for health: a global review ». *Human resources for health*, 10(7).
- ⁸ Dubois, C. A. et McKee, M. (2006). « Cross-national comparisons of human resources for health - what can we learn? ». *Health economics, policy, and law*, 1(Pt 1), p. 59-78. DOI: 10.1017/S1744133105001027
- ⁹ Diallo, K. et coll. (2003). « Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective », *Human resources for health*, 1(1), p. 3. DOI: 10.1186/1478-4491-1-3
- ¹⁰ Gupta, N. et Dal Poz, M. R. (2009). « Assessment of human resources for health using cross-national comparison of facility surveys in six countries ». *Human resources for health*, 7:22
- ¹¹ Westra, B. L. et coll. (2008). « Nursing standards to support the electronic health record ». *Nurs Outlook*, 56(5), p. 258-266. DOI: 10.1016/j.outlook.2008.06.005
- ¹² Thoroddsen, A. et coll. (2009). « Models, standards and structures of nursing documentation in European countries ». *Stud Health Technol Inform*, 146, p. 327-331. DOI: 10.3233/978-1-60750-024-7-327
- ¹³ Thoroddsen, A. et coll. (2012). « A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries ». *Nursing informatics : proceedings of the 11th International Congress on Nursing Informatics*, 406.
- ¹⁴ Muller-Staub, M. et coll. (2007). « Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF ». *International journal of nursing studies*, 44(5), p. 702-713. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.001
- ¹⁵ Repéré à http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/.
- ¹⁶ Idem
- ¹⁷ Ghali, W. A. et coll. (2013). « ICD-11 for quality and safety: overview of the WHO Quality and Safety Topic Advisory Group ». *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 25(6), p. 621-625. DOI: 10.1093/intqhc/mzt074
- ¹⁸ Zhan, C. et Miller, M. R. (2003). « Administrative data based patient safety research: a critical review ». *Quality & safety in health care*, 12(Suppl 2), p. ii58-63. DOI: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii58
- ¹⁹ Mc Donald, K. M. et coll. (2002). « Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data - The Patient Safety Indicators ». Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US). HRQ Technical Reviews.
- ²⁰ Januel, J. M. et coll. (2011). « ICD-10 adaptation of 15 Agency for Healthcare Research and Quality patient safety indicators ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59(5), p. 341-350. DOI: 10.1016/j.respe.2011.04.004.
- ²¹ Zrelak, P. A. et coll. (2012). « Using the Agency for Healthcare Research and Quality patient safety indicators for targeting nursing quality improvement ». *Journal of nursing care quality*, 27(2), p. 99-108. DOI: 10.1097/NCQ.0b013e318237e0e3
- ²² Hughes, R. G. (ed.). (2008). « Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses ». (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March
- ²³ OCDE. (2013). *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE, Paris. DOI: 10.1787/health_glance-2013-fr
- ²⁴ Zhan, C. et Miller, M. R. (2003). « Administrative data based patient safety research: a critical review ». *Quality & safety in health care*, 12(Suppl 2), p. ii58-63. DOI: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii58
- ²⁵ Mc Donald, K. M. et coll. (2002). « Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data - The Patient Safety Indicators ». Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US). HRQ Technical Reviews.

- ²⁶ Hughes, R. G. (ed.). (2008). « Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses ». (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March.
- ²⁷ Carinci, F. et coll. on Behalf of the OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. (2015). « Toward actionable international comparisons of health system performance : expert revision of the OECD framework and quality indicators ». *Int J Qual Health Care*. DOI: 10.1093/intqhc/mzv004
- ²⁸ Kurtzman, E. T. et Corrigan, J. M. (2007). « Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes ». *Policy, politics & nursing practice*, 8(1), p. 20-36. doi : 10.1177/1527154407302115
- ²⁹ OCDE. (2013). *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE, Paris. DOI : 10.1787/health_glance-2013-fr
- ³⁰ Carinci, F. et coll., on Behalf of the OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. (2015). « Toward actionable international comparisons of health system performance : expert revision of the OECD framework and quality indicators ». *Int J Qual Health Care*. DOI: 10.1093/intqhc/mzv004
- ³¹ OCDE. (2013). « Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance : Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges ». *OECD Health Policy Studies*, Éditions OCDE, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264193505-en>
- ³² Muller-Staub, M. et coll. (2007). « Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF ». *International journal of nursing studies*, 44(5), p. 702-713. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.001
- ³³ Fitzpatrick, J. J. et coll. (1989). « Translating nursing diagnosis into ICD code ». *The American journal of nursing*, 89(4), p. 493-495.
- ³⁴ Chute, C. G. et coll. (1996). « The content coverage of clinical classifications. For The Computer-Based Patient Record Institute's Work Group on Codes & Structures ». *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 3(3), p. 224-233. DOI: 10.1136/jamia.1996.96310636
- ³⁵ Hogston, R. (1997). « Nursing diagnosis and classification systems : a position paper ». *Journal of advanced nursing*, 26(3), p. 496-500. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-8-00999.x
- ³⁶ Idem
- ³⁷ Chiffi, D. et Zanotti, R. (2014). « Medical and nursing diagnoses: a critical comparison ». *J Eval Clin Pract*, May 12. DOI: 10.1111/jep.12146. [Epub ahead of print]
- ³⁸ Oztekin, D. S. et coll. (2008). « Comparison of complications and procedural activities of pulmonary artery catheter removal by critical care nurses versus medical doctors ». *Nursing in critical care*, 13(2), p. 105-115. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2007.00266.x
- ³⁹ Chiffi, D. et Zanotti, R. (2014). « Medical and nursing diagnoses: a critical comparison ». *J Eval Clin Pract*, May 12. DOI: 10.1111/jep.12146. [Epub ahead of print]
- ⁴⁰ Idem
- ⁴¹ *Formation infirmière et changements identitaires*. Soins. 2013. N° 772.
- ⁴² Repéré à <http://www.actussoins.com/20995/reforme-1ere-annee-medecine-rate-les-ide.html>.
- ⁴³ Idem
- ⁴⁴ Martin, D. R. et coll. (2008). « Point counterpoint: the function of contradictions on an interdisciplinary health care team ». *Qual health res*, 18(3), p. 369-379. DOI: 10.1177/1049732307311119
- ⁴⁵ OCDE. (2013). *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE, Paris. DOI : 10.1787/health_glance-2013-fr
- ⁴⁶ Idem
- ⁴⁷ O'Brien, J. L. et coll. (2008). « Negotiating transformational leadership : a key to effective collaboration ». *Nursing & health sciences*, 10(2), p. 137-143. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2008.00381.x
- ⁴⁸ Thomas, M. et Hynes, C. (2009). « The times they are a changin ». *Journal of nursing management*, 17(5), p. 523-531.
- ⁴⁹ Chesla, C. A. (2008). « Translational research: essential contributions from interpretive nursing science ». *Research in nursing & health*, 31(4), p. 381-390. DOI: 10.1002/nur.20267
- ⁵⁰ Bartunek, J. M. (2011). « Intergroup relationships and quality improvement in healthcare ». *BMJ quality & safety*, 20, p. i62-66. DOI: 10.1136/bmjqs.2010.046169
- ⁵¹ Fewster-Thuente, L. et Velsor-Friedrich, B. (2008). « Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals ». *Nurs Admin Q*, 32(1), p. 40-48. DOI: 10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61
- ⁵² Petri, L. (2010). « Concept analysis of interdisciplinary collaboration ». *Nurs Forum*, 45(2), p. 73-82. DOI: 10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x
- ⁵³ Richesson, R. L. et Krischer, J. (2007). « Data standards in clinical research: gaps, overlaps, challenges and future directions ». *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 14(6), p. 687-696. DOI: 10.1197/jamia.M2470
- ⁵⁴ Pearson, A. (2003). « Multidisciplinary nursing: re-thinking role boundaries ». *Journal of clinical nursing*, 12(5), p. 625-629. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00794.x

- ⁵⁵ Thomas, L. et Galla, C. (2013). « Building a culture of safety through team training and engagement ». *BMJ Qual Saf*, 22(5), p. 425-434. DOI: 10.1136/postgradmedj-2012-001011rep
- ⁵⁶ Hyland, P. et coll. (2003). « Linking team competences to organisational capacities in health care ». *J Health Organ Manag*, 17(3), p. 150-163. DOI: 10.1108/14777260310480712
- ⁵⁷ Manser, T. (2009). « Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature ». *Acta Anaesthesiol Scand*, 53(2), p. 143-151. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x
- ⁵⁸ Tang, C. J. et coll. (2013). « Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review ». *Int Nurs Rev*, 60(3), p. 291-302. DOI: 10.1111/inr.12034
- ⁵⁹ Gausvik, C. et coll. (2015). « Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction ». *J Multidiscip Healthc*, 8, p. 33-37.
- ⁶⁰ Manojlovich, M. (2010). « Nurse/Physicians communication through a sensmaking lens : shifting the paradigm to improve patient safety ». *Med Care*, 48(11), p. 941-946. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181eb31bd
- ⁶¹ Simpson, R. L. (2008). « Caring communications : how technology enhances interpersonal relations, part 1 ». *Nurs Admin Q*, 32(1), p. 70-73.
- ⁶² Institute of Medicine (IOM). (2001). « Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century ». Washington, D.C: National Academy Press.
- ⁶³ Repéré à <http://www.nursingworld.org/npit/terminologies.htm>
- ⁶⁴ Rutherford, M. (2008). « Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice? ». *The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1), 11 p. Repéré à <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html#ANA06>
- ⁶⁵ Fitzpatrick, J. J. et coll. (1989). « Translating nursing diagnosis into ICD code ». *The American journal of nursing*, 89(4), p. 493-495.
- ⁶⁶ Chute, C. G. et coll. (1996). « The content coverage of clinical classifications. For The Computer-Based Patient Record Institute's Work Group on Codes & Structures ». *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 3(3), p. 224-233. DOI: 10.1136/jamia.1996.96310636
- ⁶⁷ Hogston, R. (1997). « Nursing diagnosis and classification systems : a position paper ». *Journal of advanced nursing*, 26(3), p. 496-500. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-8-00999.x
- ⁶⁸ Fitzpatrick, J. J. et coll. (1989). « Translating nursing diagnosis into ICD code ». *The American journal of nursing*, 89(4), p. 493-495.
- ⁶⁹ Hogston, R. (1997). « Nursing diagnosis and classification systems : a position paper ». *Journal of advanced nursing*, 26(3), p. 496-500. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.t01-8-00999.x
- ⁷⁰ Ustun, T. B. et coll. (2003). « WHO's ICF and functional status information in health records ». *Health care financing review*, 24(3), p. 77-88.
- ⁷¹ Kim, T. Y. et Coenen, A. (2011). « Toward harmonising WHO International Classifications : a nursing perspective ». *Informatics for health & social care*, 36(1), p. 35-49. DOI: 10.3109/17538157.2010.534213
- ⁷² Repéré à http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/.
- ⁷³ Idem
- ⁷⁴ OCDE. (2013). « Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance : Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges ». *OECD Health Policy Studies*, Éditions OCDE, Paris. DOI : 10.1787/9789264193505-en
- ⁷⁵ Idem
- ⁷⁶ Idem
- ⁷⁷ Idem
- ⁷⁸ Garde, S. et coll. (2005). « Skill needs for nurses in their role as health informatics professionals: a survey in the context of global health informatics education ». *International journal of medical informatics*, 74(11-12), p. 899-907. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2005.07.008
- ⁷⁹ Olshansky, E. (2010). « In celebration of Florence Nightingale: 2010 as the year of the nurse ». *J Prof Nurs*, 26(4), p. 197-198. DOI: 10.1016/j.profnurs.2010.06.001
- ⁸⁰ Curley, M. A. et Hickey, P. A. (2006). « The Nightingale Metrics ». *The American journal of nursing*, 106(10), p. 66-70.



De l'intérêt de parler un même langage afin d'atteindre la reconnaissance des soins infirmiers dans les programmes d'amélioration de la qualité des soins

Jean-Marie Januel

ISBN : 978-2-9815143-4-9 (PDF)

Le contenu de cette publication numérique et ses éléments, y compris mais sans y être limité, les textes, images, graphiques, vidéos, photographies et marques de commerce, sont protégés par les lois nationales et internationales de protection de propriété intellectuelle et sont la propriété exclusive de son éditeur.

Vous avez acquis une licence individuelle limitée, non exclusive et non transférable, pour le téléchargement et la visualisation de la publication à des fins personnelles, privées et non commerciales. Son téléchargement et sa visualisation ne confèrent aucun droit de propriété sur son contenu, en tout ou en partie. La modification, l'édition, la publication, la revente, la location, la distribution ou le transfert à une autre partie, par quelque moyen ou procédé que ce soit, sont strictement interdites sans l'accord écrit préalable de l'éditeur.

En aucun cas, l'éditeur ne pourra être tenu responsable des dommages ou préjudices qui découlent directement ou indirectement de l'utilisation de la publication ou de l'incapacité de l'utiliser. L'éditeur se réserve tout droit non mentionné expressément ci-dessus.

Citer cette publication comme suit :

Januel, J.-M. (2015). De l'intérêt de parler un même langage afin d'atteindre la reconnaissance des soins infirmiers dans les programmes d'amélioration de la qualité des soins. SIDIIEF : Montréal.
