



# Informations scientifiques ENP

---

European Nursing care Pathways  
Version 2.9

Auteurs :

Dr Pia Wieteck  
Sebastian Kraus (M.Sc.)  
Dr Holger Mosebach  
Dr Monika Linhart  
Simon Berger (MScN, BScN)

Date : Décembre 2014

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>1. La structure de ENP</b> .....	<b>3</b>
1.1 La classification des soins ENP – partie A.....	4
1.2 Les termes pré-combinatoires dans la classification des soins ENP ..... – partie B .....	11
1.3 Les lignes directrices de pratique dans ENP – partie C.....	15
1.4 Le développement et la poursuite du développement de ENP .....	16
1.5 L'utilisation de ENP.....	23
1.6 Les liens de ENP avec d'autres instruments.....	24
1.7 La diffusion de ENP .....	25
<b>2. Les modifications dans les différentes versions</b> .....	<b>25</b>
2.1 Les versions ENP 2.0 à 2.4 .....	26
2.2 Le passage de la version ENP 2.3 à 2.4 (2008/2009) .....	26
2.3 Le passage de la version ENP 2.5 à 2.6 (2009 jusqu'à mai 2011) .....	27
2.4 Le passage de la version ENP 2.6 à 2.7 (mai 2011 jusqu'à août 2012) .....	29
2.5 Les versions ENP 2.7 à 2.9 (août 2012 jusqu'à août 2014) .....	30
<b>3. Niveau de preuve des diagnostics et lignes directrices ENP</b> .....	<b>38</b>
<b>4. Définitions des termes des classes ENP</b> .....	<b>41</b>
4.1 Définition des diagnostics soignants ENP .....	41
4.2 Définition : Caractéristiques ENP.....	43
4.3 Définition : Étiologies ENP .....	44
4.4 Définition : Ressources.....	46
4.5 Définition : Objectifs soignants ENP .....	47
4.6 Définition : Interventions de soins ENP.....	50
4.7 Valeurs temps normatives dans ENP .....	51
<b>5. La qualité des lignes directrices de pratique ENP</b> .....	<b>52</b>
<b>6. Commentaires critiques</b> .....	<b>55</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>56</b>
<b>Contact :</b> .....	<b>59</b>

# Informations scientifiques

## Introduction

La classification de soins ENP (European Nursing care Pathways) a été développée pour permettre, dans le cadre d'une documentation des soins, la représentation du processus de soins dans un langage homogène et standardisé. En tant qu'instrument, ENP contribue ainsi aux objectifs centraux d'un langage soignant standardisé, à savoir : l'amélioration de la communication entre les professionnels du secteur de la santé, le soutien des processus (comme le transfert d'un établissement à l'autre), la transparence des prestations de soins. La structure du langage ENP vise à faciliter aux soignants la prise de décision dans le contexte des processus de soins et ce, à travers la présentation de l'expertise soignante actuelle. Par ailleurs, l'emploi de termes standard dans la documentation des processus de soins générera des données qui serviront pour la formation/vérification d'hypothèses dans les contextes des sciences infirmières et pour les processus de pilotage dans la gestion des soins et la gestion des risques. ENP est disponible en version imprimée, sous forme de base de données ou intégré dans des produits logiciels. Grâce à la disponibilité de la terminologie en plusieurs langues (allemand, anglais, français et italien), il est également possible d'utiliser ENP dans une équipe multilingue.

ENP peut être divisé en trois parties, à savoir :

- A) ENP en tant que système de classification des soins pour un total de sept groupes conceptuels (cf. chapitre 1.1)
- B) ENP en tant que pré-combinaison d'éléments issus de ce système de classification de soins (cf. chapitre 1.2)
- C) ENP en tant que lignes directrices de pratique, développées à base de la classification et de la pré-combinaison (cf. chapitre 1.3), qui apportent un soutien professionnel aux soignants lors de la représentation des processus de soins à l'aide de formules standard, comme par ex. les diagnostics soignants, caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs de soins et interventions de soins.

Merci de citer le présent texte de la façon suivante : Berger, Wieteck, Kraus, Mosebach & Linhart (2014). Traduit par Christine Rabl. Informations scientifiques ENP (European Nursing care Pathways), version 2.9. Baar-Ebenhausen, RECOM GmbH. Disponible en ligne sous : <http://www.recom.eu/wissen/enp-entwicklung/einleitung.html>

## 1. La structure de ENP

Vous trouverez ci-après une description des trois parties composant ENP ainsi que des graphiques pour illustrer la structure. La **partie A** du graphique représente le **système de classification des soins** ENP. La **partie B** démontre la formation des **éléments pré-combinatoires** à partir du système de classification ; éléments qui constituent par ex. les diagnostics soignants et les

concepts d'intervention. La **partie C** du graphique explique comment un diagnostic soignant est transformé en une ligne directrice de pratique soignante à travers la mise en relation avec les caractéristiques, les étiologies, les ressources, les objectifs de soins et les concepts d'intervention. Actuellement, ENP propose **552 (version 2.9)** lignes directrices de pratique basées sur les diagnostics soignants. Le texte suivant expliquera la catégorisation de ENP comme classification des soins et comme ligne directrice de pratique basée sur le diagnostic soignant. Le graphique, dans son ensemble, représente la cohérence des trois parties.

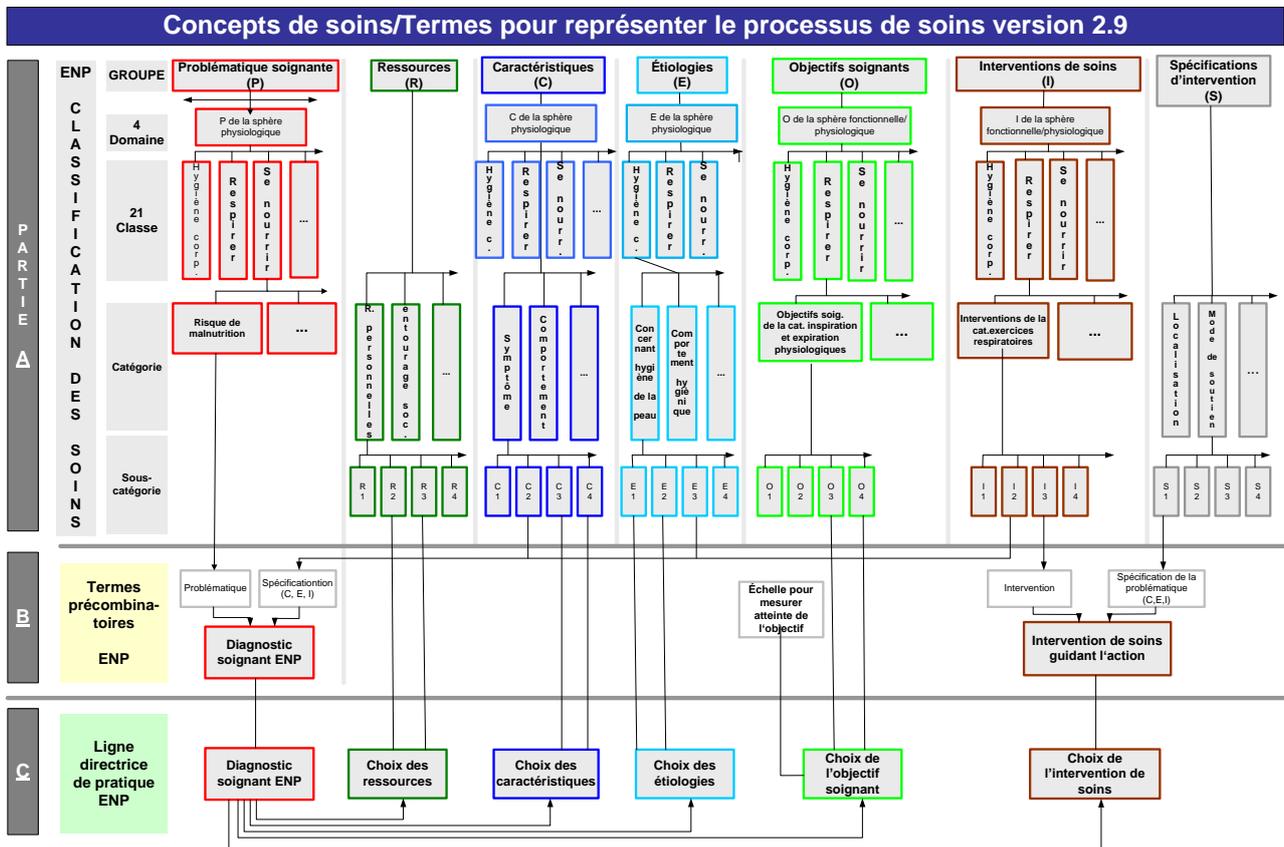


Figure 1 : Structure hiérarchique du système de classification ENP avec ses parties A, B et C.

## 1.1 La classification des soins ENP – partie A

Pour faciliter la compréhension, ci-après une brève digression sur les principes de classement. Généralement, une classification est un système d'ordre basé sur le principe de la création de classes. Une classification est un listage de termes qui présente normalement une structure hiérarchique. Le terme englobant tous les autres termes de la classification est nommé terme générique et représente la notion universelle. Dans ENP, le terme générique est « **Concepts de soins/Terms représentant le processus des soins** ». La chaîne de termes, représentée par des lignes de connexion, crée une relation entre les termes superordonnés et les termes subordonnés. Au sein d'une classe, le système de classification a également une structure hiérarchique. Il contient les éléments suivants : groupe → domaine → classe → catégorie → sous-catégorie.

Le **groupe des problématiques de soins**, par exemple, est subdivisé en **quatre domaines** (problématiques de la sphère fonctionnelle/physiologique, problématiques de la sphère émotionnelle/psychosociale, problématiques comprenant des risques pluridimensionnels et problématiques relatives à l'entourage). Le domaine des problématiques de soins appartenant à la sphère fonctionnelle/physiologique est à son tour divisé en **11 classes** auxquelles sont attribuées **67 catégories**. Le tableau suivant énumère les domaines, classes et catégories des problématiques soignantes ENP. Sur le plan du contenu, la répartition des trois groupes diagnostics, objectifs et interventions de soins en domaines et en classes est identique.

Domaine	Classe	Catégorie
<p><b>Sphère fonctionnelle/physiologique</b></p> <p><i>Ce domaine comprend toutes les lignes directrices de pratique ENP au sujet des altérations des fonctions et structures corporelles provoquant des perturbations et/ou la perte des compétences en autosoins visant à satisfaire aux besoins fondamentaux physiques et/ou des risques de santé.</i></p>	<p><b>Soins d'hygiène/se vêtir</b> Capacité de soigner et laver son corps, de choisir des vêtements appropriés et de s'habiller.</p>	Déficit en autosoins soins d'hygiène <sup>1</sup>
		Déficit en autosoins soins de bouche
		Déficit en autosoins soins des ongles, des oreilles, des yeux et du nez
		Déficit en autosoins soins des cheveux
		Déficit en autosoins se vêtir
	<p><b>Respiration</b> Comprend les fonctions respiratoires de la ventilation (inspiration et expiration, fonction de la musculature respiratoire), des échanges gazeux entre l'air et le sang, ainsi que le dégagement des voies respiratoires.</p>	Dégagement inefficace des voies respiratoires
		Respiration insuffisante
		Risque d'insuffisance respiratoire
		Risque de suffocation
		Risque d'aspiration
		Risque d'atélectasie/pneumonie
		Risque de perturbation de la respiration postopératoire
	<p><b>Alimentation</b> Comprend les activités, capacités, conditions et fonctions de l'être humain lui permettant de se nourrir dans le but d'assurer la croissance, la conservation et la régénération des tissus ainsi que la production d'énergie.</p>	Perturbation de l'alimentation
		Perturbation de la déglutition
		Dénutrition
		Risque de dénutrition
		Perturbation du comportement alimentaire
		Déficit hydrique/perturbation de l'équilibre électrolytique
		Risque de perturbation de l'équilibre hydrique et électrolytique
		Risque de troubles d'allaitement
		Perturbation de l'allaitement
		Risque de complications liées à l'alimentation
	<p><b>Élimination</b> Comprend les activités, capacités et fonctions relatives à l'élimination urinaire (filtrage, collection et évacuation de l'urine) et fécale (évacuation de fibres et d'aliments non digérés de l'intestin, y compris la fonction de la pression intestinale).</p>	Déficit en autosoins miction/défécation
		Troubles mictionnels
		Incontinence urinaire
		Perturbation de l'élimination des selles
		Déficit en autosoins soins de stomie
		Perturbation des soins de stomie
		Risque d'iléus paralytique
		Risque de rétention urinaire/insuffisance rénale
		Risque d'infection des organes d'élimination
<p><b>Circulation sanguine</b> Comprend les activités et fonctions assurant l'alimentation san-</p>	Perturbation de la fonction cardiovasculaire	
	Risque de perturbation cardiovasculaire	
	Risque de thrombose	

<sup>1</sup> **Déficit en autosoins soins d'hygiène est défini comme suit** : Perturbation ou absence de la capacité à laver le corps entier ou des parties du corps au lavabo ou à d'autres possibilités de toilette (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing). Chaque catégorie est définie et fait partie des diagnostics soignants ENP affectés.

	guine du corps à un volume et une pression adéquats et nécessaires. Il s'agit notamment de la fonction pompe du cœur, des fonctions vasculaires pour le transport du sang à travers le corps ainsi que des fonctions de maintenance de la pression artérielle.	Risque d'embolie pulmonaire
		Risque de saignement
		Risque de réaction allergique/de choc anaphylactique
	<b>Mouvement/mobilité</b> Comprend toutes les activités et capacités de mouvement indépendant visant à modifier la position du corps ou à changer de place ; le déplacement sous différentes formes comme la marche, la course etc. entre également dans cette classe.	Perturbation du mouvement
		Perturbation de la marche
		Perturbation de l'enchaînement/la succession des mouvements
		Risque de chute
		Danger de contracture
		Risque de spasticité
		Risque de paralysie
	<b>Se détendre/dormir/se reposer</b> Comprend toutes les activités et fonctions mentales s'exprimant par un détachement physique comme mental de l'environnement direct qui est périodique, réversible et sélectif, met le corps dans un état de repos et réduit les fonctions physiques.	Risque de manque de sommeil
		Perturbation du sommeil
		Perturbation de la relaxation
	<b>Intégrité des tissus</b> Comprend toutes les activités, comportements et fonctions ayant un impact (potentiel) sur l'intégrité du corps et/ou des organes.	Risque de marques de pression
		Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau
		Risque d'atteinte de la muqueuse/peau
		Atteinte de la muqueuse buccale
		Risque d'atteinte de la cornée
		Risque de perturbation de la cicatrisation
Perturbation de la cicatrisation		
Risque de dislocation/luxation		
Risque de blessure		
Risque de tuméfaction/d'œdèmes		
Risque de lésion tissulaire		
Risque d'infection/propagation des germes		
<b>Métabolisme</b> Comprend toutes les fonctions régulatrices des composants nutritifs comme les glucides, protéines et lipides, leur transformation en énergie ainsi que l'ensemble des processus de transformation chimique dans l'organisme. Par ex. le métabolisme glucidique ou les fonctions de régulation hormonale de l'hypophyse, de la glande thyroïde, des glandes surrénales etc.	Risque d'hypo-/hyperglycémie	
	Risque de désordre métabolique	
	Désordre métabolique	
<b>Reproduction</b> Comprend toutes les fonctions et activités liées à la fertilité, la grossesse, l'accouchement et la lactation.	Risque de perturbations de la santé pour la mère et l'enfant	
	Risque de grossesse non désirée	
	Perturbation de la vie sexuelle	
<b>Température corporelle</b> Comprend toutes les fonctions et activités liées à la régulation de la température corporelle.	Risque d'hyper-/hypothermie	

<p><b>Sphère émotionnelle/ psychosociale</b> Ce domaine comprend toutes les lignes directrices de pratique ENP relatives à des altérations (par ex. physique, liées à l'environnement), comportements ou d'autres facteurs entraînant une atteinte du développement personnel, de la participation et/ou de la santé émotionnelle et sociale.</p>	<p><b>Sensations</b> Comprend tous les processus neurophysiologiques et neuropsychologiques provoqués par des stimuli qui sont préliminaires à la perception. Les sensations peuvent être des douleurs mais également des sentiments psychiques comme l'ennui, l'épuisement etc.</p>	<p>Douleurs</p> <p>Peur</p> <p>Perturbation des sensations</p> <p>Perturbation du bien-être</p> <p>Sentiment d'ennui</p> <p>Souffrance personnelle</p> <p>Epuisement</p> <p>Risque d'épuisement</p> <p>Pudeur</p>
	<p><b>Perception</b> Comprend tous les processus et fonctions liés aux fonctions mentales spécifiques de la reconnaissance et de l'interprétation des stimuli sensoriels (auditifs, visuels, gustatifs, olfactifs, tactiles).</p>	<p>Perturbation de l'orientation</p> <p>Perturbation du schéma/de l'image du corps</p> <p>Perturbation du concept/de l'image du moi</p> <p>Risque de perturbation de la conscience</p> <p>Perturbation de la perception</p> <p>Perturbation de la conscience</p>
	<p><b>Interaction</b> Comprend l'ensemble des actions mutuelles, réciproques réalisées par deux personnes ou plus, généralement à l'aide de tout type de communication.</p>	<p>Risque de communication inadéquate/inefficace</p> <p>Perturbation de la communication</p> <p>Risque de perturbation de l'interaction</p> <p>Perturbation de l'interaction</p> <p>Perturbation de la relation</p> <p>Risque de besoins inaccomplis</p>
	<p><b>Action/comportement</b> Comprend toute activité et réaction physique d'une personne susceptible d'être observée et/ou mesurée. L'ensemble des actions apparentes sont des comportements qui représentent des expressions observables d'une personne dirigées vers son environnement.</p>	<p>Perturbation de l'adaptation</p> <p>Perturbation du comportement</p> <p>Perturbation de la stratégie de résolution de problèmes</p> <p>Comportement présentant un danger pour la santé</p> <p>Risque de mise en danger de soi-même/d'autrui</p> <p>Comportement présentant un danger pour soi-même/autrui</p> <p>Comportement automutilatoire</p> <p>Risque de thérapie inefficace</p> <p>Risque de ne pas atteindre les buts liés à la santé</p> <p>Risque de suicide</p> <p>Risque de fugue</p>
	<p><b>Activité/organisation de la vie quotidienne/participation</b> Comprend toutes les actions/activités liées à l'implication d'une personne dans une situation de vie, focalisées sur l'exécution des tâches d'une journée structurée, comme par ex. les loisirs, les tâches ménagères etc. et/ou qui se réfèrent à l'intégration/participation sociale et les perspectives y afférentes.</p>	<p>Risque de déficit en autosoins</p> <p>Perturbation des autosoins</p> <p>Perturbation de l'organisation de la journée/vie</p> <p>Perturbation de la réalisation d'activités</p> <p>Perturbation de l'organisation des loisirs</p> <p>Déficit en autosoins économie domestique</p> <p>Déficit en soins de dépendance</p> <p>Risque de déficit en soins de dépendance</p>
	<p><b>Développement personnel</b> Comprend toutes les activités, conditions et fonctions permettant de se faire une idée réaliste du monde et de soi-même afin d'être capable d'agir et de décider dans son propre intérêt.</p>	<p>Perturbation des capacités cognitives</p> <p>Perturbation de la capacité de décision</p> <p>Perturbation du développement</p> <p>Risque de perturbation du développement</p> <p>Perturbation de la perspective d'avenir</p> <p>Perturbation des habitudes</p> <p>Perturbation de la qualité de vie</p> <p>Perturbation de la phase de fin de vie</p> <p>Perturbation de l'estime de soi</p>
	<p><b>Connaissances</b> Comprend toutes les capacités et</p>	<p>Manque d'informations/capacités</p> <p>Perturbation de l'assimilation d'informations</p>

	activités permettant d'obtenir et d'utiliser des informations et des connaissances ainsi que de les appliquer dans le but de promouvoir, maintenir et restaurer la santé.	
	<b>Société</b> Comprend les activités, actions et idées liées à des normes sociales (religion, rôles, croyance, systèmes de valeur etc.) et ayant un impact sur les options de choix et décisions personnelles.	Risque d'exclusion sociale Risque d'isolement social Risque de ruine financière/sociale Risque d'exclusion professionnelle Conflits de normes Conflit de rôle Perturbation de l'exercice de la religion/foi Déficit en auto-soins
<b>Risques pluridimensionnels</b> <i>Ce domaine comprend toutes les lignes directrices de pratique ENP relatives à des thérapies/méthodes de traitement, altérations (par ex. physiques, liées à l'environnement) et/ou d'autres facteurs qui affectent tant la sphère fonctionnelle/physiologique que la sphère émotionnelle/psychosociale et ne se laissent donc pas attribuer sans équivoque à une classe précise.</i>	<b>Risques pour la santé (non spécifiques)</b> Comprend toutes les activités, traitements, thérapies et altérations (physiques) liés à un potentiel de mise en danger de sa propre santé.	Risque de mort subite du nourrisson Risque de complications : traitement/thérapie Risque de complications : maladie primaire/blessure Risque de complications : postopératoire Risque de complications : altérations pathologiques Risque de complications : altération de la perception Risque de complications : déshydratation Risque de complications : thermorégulation Risques pour la santé
<b>Problèmes de soins relatifs à l'entourage</b> <i>Ce domaine comprend toutes les lignes directrices de pratique ENP qui ne font pas référence au bénéficiaire de soins lui-même mais aux risques liés à son entourage sociétal et/ou social.</i>	<b>Risque pour la santé de l'entourage</b> Comprend toutes les altérations corporelles qui représentent une mise en danger potentielle de la part de la personne concernée pour son entourage.	Risque de contamination
N = 4	N = 21	N = 136

Tableau 1 : Groupe des problématiques de soins divisé en domaines, classes et catégories

En 2006 (version 2.3), dans une première démarche, les termes/concepts pré-combinatoires des diagnostics soignants ENP ont été décomposés en leurs éléments constitutifs, à savoir la problématique et la spécification, et une **structure mono-hiérarchique**<sup>2</sup> a été construite par la formation de clusters. Cette restructuration permet des évaluations des données à plusieurs niveaux d'agrégation. La formation de clusters des problématiques de soins a été réalisée dans plusieurs démarches par l'analyse des concepts de soins inhérents. L'ensemble des processus de hiérarchisation était orienté concept, suivant des règles prédéterminées basées sur des travaux fondamentaux au sujet de la définition des domaines, classes etc.

Se sont ensuivies, pendant les années 2007 et 2008, la décomposition et la formation de clusters des objectifs soignants et des interventions ENP. Dans ces cas aussi, il s'agit de structures monohiérarchiques. Au niveau des domaines et des classes, l'organisation des objectifs et des inter-

<sup>2</sup> Les systèmes d'ordre mono-hiérarchiques sont « strictement » hiérarchiques, c'est-à-dire qu'un terme ne peut être subordonné qu'à un seul terme générique. Un domaine thématique est classé du général vers le particulier en ajoutant un élément distinctif supplémentaire à chaque niveau hiérarchique.

ventions de soins suit la même structure hiérarchique et thématique que les problématiques. Au niveau des catégories, les objectifs et les concepts d'intervention sont formulés de manière abstraite.

Dans les trois groupes diagnostics, objectifs et interventions de soins, la structure des domaines et des classes est harmonisée en termes de contenu. Un exemple : prenons la catégorie des problématiques soignantes « déficit en autosoins soins d'hygiène », la catégorie des objectifs soignants attribuée est « présence de la capacité d'autosoins concernant les soins d'hygiène » et au niveau des interventions de soins, la catégorie correspondante est « interventions dans le contexte de la toilette ». Les caractéristiques et les étiologies suivent une structure hiérarchique autonome. Les termes/concepts dans ENP sont organisés de manière **mono-hiérarchique**. Le travail d'hiérarchisation de ENP a commencé en 2006 (version 2.3) par les problématiques soignantes. Depuis, on parle aussi d'une classification des soins ENP. Ci-après un exemple de la version actuelle ENP 2.9 :

**Diagnostics soignants (n = 552)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Déficit en autosoins Toilette

Diagnostics soignants ...

Catégorie : Déficit en autosoins Soins de bouche

Diagnostics soignants...

**Objectifs soignants (n = 1852)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Présence de la capacité d'autosoins concernant la toilette

Objectifs soignants

Catégorie : Présence de la capacité d'autosoins concernant les soins de bouche

Objectifs soignants

**Interventions de soins (n = 2615)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Interventions de soins concernant les soins d'hygiène

Interventions de soins

Catégorie : Interventions de soins concernant les soins de bouche

Interventions de soins

**Caractéristiques (n = 3984)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Concernant les soins des dents

Caractéristiques

**Étiologies (n = 3526)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Comportement hygiénique

Étiologies

**Ressources (n = 648)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Catégorie : Capacités physiques

Ressource

Les hiérarchisations développées sont importantes tant pour le perfectionnement de ENP que pour l'évaluation des données. Elles restent invisibles pour l'utilisateur final ainsi que dans la version imprimée, car les avantages de ENP pour la pratique des soins résident dans la structure horizontale (fig. 1 partie C).

Le nombre actuel d'éléments de chaque groupe ENP ressort du tableau 2 ci-après. Chaque item n'existe qu'une seule fois dans le système, mais il peut être relié maintes fois – à l'exception des diagnostics soignants. A l'intérieur des domaines, classes et catégories, chaque élément d'un

groupe ne possède qu'un seul lien vers le prochain niveau supérieur. A chaque élément est attribué un numéro ID univoque qui ne change pas entre les différentes versions. Les éléments dans ENP ne sont jamais éliminés mais seulement mis en sommeil. Cela permet la lecture des vieux plans de soins contenant des termes qui ne sont peut-être plus valables.

Termes/concepts du groupe	Nombre 2.5	Nombre 2.6	Nombre 2.7	Actuel 2.9
Diagnostocs soignants	521	542	548	552
Caractéristiques	2230	2719	2905	3984
Étiologies	1799	2282	2426	3526
Ressources	379	457	473	648
Objectifs soignants	1435	1683	1724	1852
Interventions de soins	2494	2511	2558	2615
Spécifications de l'intervention	3652	4285	4461	4797

Tableau 2 : Nombre d'items dans les groupes ENP

Domaine	Classe				Catégorie				Diagnostocs soignants ENP pré-combinatoires			
	2.5	2.6	2.7	2.9	2.5	2.6	2.7	2.9	2.5	2.6	2.7	2.9
Problématiques soignantes de la sphère fonctionnelle/physiologique	11	11	11	11	66	67	67	67	259	275	279	278
Problématiques soignantes de la sphère émotionnelle/psychosociale	8	8	8	8	55	58	59	59	202	210	212	221
Problématiques soignantes comprenant des risques pluridimensionnels	1	1	1	1	2	8	9	9	59	54	54	50
Problématiques soignantes relatives à l'environnement	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
<b>Total : 4</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>124</b>	<b>134</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>521</b>	<b>542</b>	<b>547</b>	<b>552</b>

Tableau 3 : Nombre d'éléments du groupe *problématiques soignantes ENP* version 2.5 (avril 2009) par rapport aux versions 2.6 (mai 2011), 2.7 (mai 2012), et 2.9 (mai 2014)

## 1.2 Les termes pré-combinatoires dans la classification des soins ENP – partie B

Dans ENP, les éléments de la classification des soins sont reliés de manière pré-combinatoire, cela veut dire que la combinaison de termes et d'éléments dans son ensemble est considérée comme descripteur. Les diagnostics soignants par exemple comprennent une problématique soignante (notion du niveau d'ordre du groupe problématique soignante) et une spécification (notion du groupe caractéristiques, étiologies ou interventions de soins). Outre les diagnostics soignants, les interventions de soins sont également pré-combinées dans ENP. Pour faciliter la compréhension, les chapitres suivants illustrent le processus constructif et la structure d'une pré-combinaison à l'aide d'exemples.

### 1.2.1 Diagnostics soignants ENP pré-combinatoires

Un diagnostic soignant ENP est le résultat de la combinaison d'une problématique soignante issue de la structure mono-hiérarchique de la partie A avec une spécification sous forme d'une étiologie ou d'une caractéristique du problème/phénomène de soins correspondant.

#### Exemple 1 – Groupe Problématique soignante :

Domaine : Problématiques soignantes de la sphère fonctionnelle/physiologique

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Déficit en auto-soins se vêtir

Problématique de soins : **Perturbation dans la capacité à se vêtir/se dévêtir**

Ainsi, le diagnostic soignant ENP pré-combinatoire « Le patient présente une perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir en raison d'un trouble dans la planification et réalisation des actions/mouvements » est composé de la problématique soignante « perturbation de la capacité à se vêtir/se dévêtir » et de l'étiologie « trouble de la planification et réalisation des actions/mouvements ». Le diagnostic soignant est un d'exemple issu de la catégorie déficit en auto-soins se vêtir.

Exemple 2 : « Le patient présente un risque d'atélectasie/pneumonie en raison d'une diminution de la ventilation pulmonaire (dystélectasie) ».

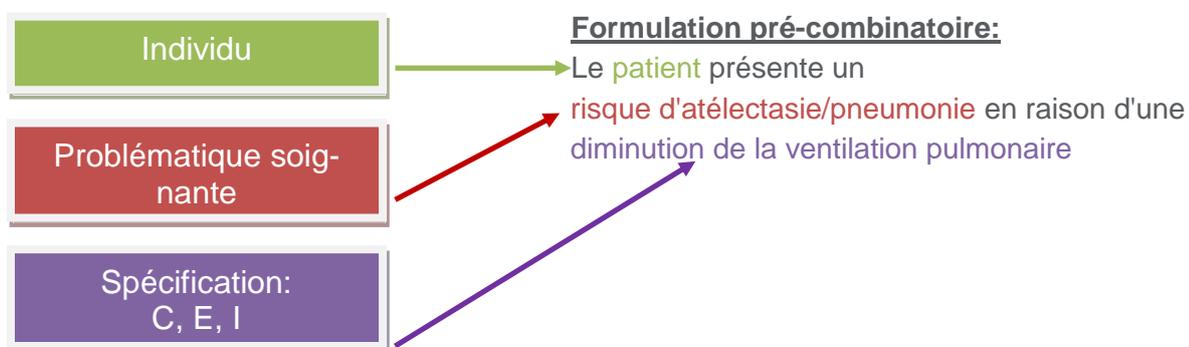


Figure 2 : Pré-combinaison d'un diagnostic soignant ENP

Ces deux exemples illustrent la méthode pré-combinatoire consistant à formuler un diagnostic soignant ENP à base des termes de la classification de soins.

Dans la version 2.9, chaque diagnostic soignant ENP actualisé a été complété avec une définition, visant à assurer une application univoque. Les définitions ont été développées pour des fins didactiques et pour fournir du soutien aux soignants qui ne connaissent pas un concept diagnostique déterminé, promouvant ainsi une compréhension homogène. En règle générale, les soignants professionnels n'ont pas besoin des définitions pour l'application quotidienne de ENP, car grâce à la granularité des diagnostics soignants – leur degré de spécification, l'exactitude et l'expressivité – ils sont formulés de manière très claire, laissant peu de marge d'interprétation. Par la suite, un exemple illustrant la structure d'une définition de soins ENP.

00022 **Le résident-- n'est pas autonome pour organiser la toilette en raison d'une désorientation**

**Définition :**

Réduction ou absence de la capacité à se laver tout le corps ou des parties du corps au lavabo ou à d'autres possibilités de toilette en raison d'une perturbation de la fonction mentale de l'auto-perception (nécessaire pour s'orienter par rapport au temps, à l'espace, à la situation et/ou à la propre personne).

(ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing, ICF b114 Orientation functions, ICNP Orientation [10013810] und Disorientation [10001235])

Il s'avère que la définition retient les deux concepts « être incapable de se laver le corps » et « désorientation ». La définition vise à décrire et/ou à expliquer les éléments centraux d'un diagnostic soignant ENP par une détermination exacte des termes utilisés. Lors de l'élaboration des définitions, des systèmes de classification existants et d'autres sources centrales pertinentes pour les soins, comme par ex. des analyses de concepts, sont pris en compte. La littérature consultée est systématiquement indiquée.

Si un diagnostic soignant ENP contient déjà une spécification sous forme d'une étiologie ou d'une caractéristique, tant les étiologies proposées ou les facteurs d'influence que les caractéristiques se réfèrent aux deux composants du diagnostic soignant en question. Voici un exemple facilitant la compréhension :

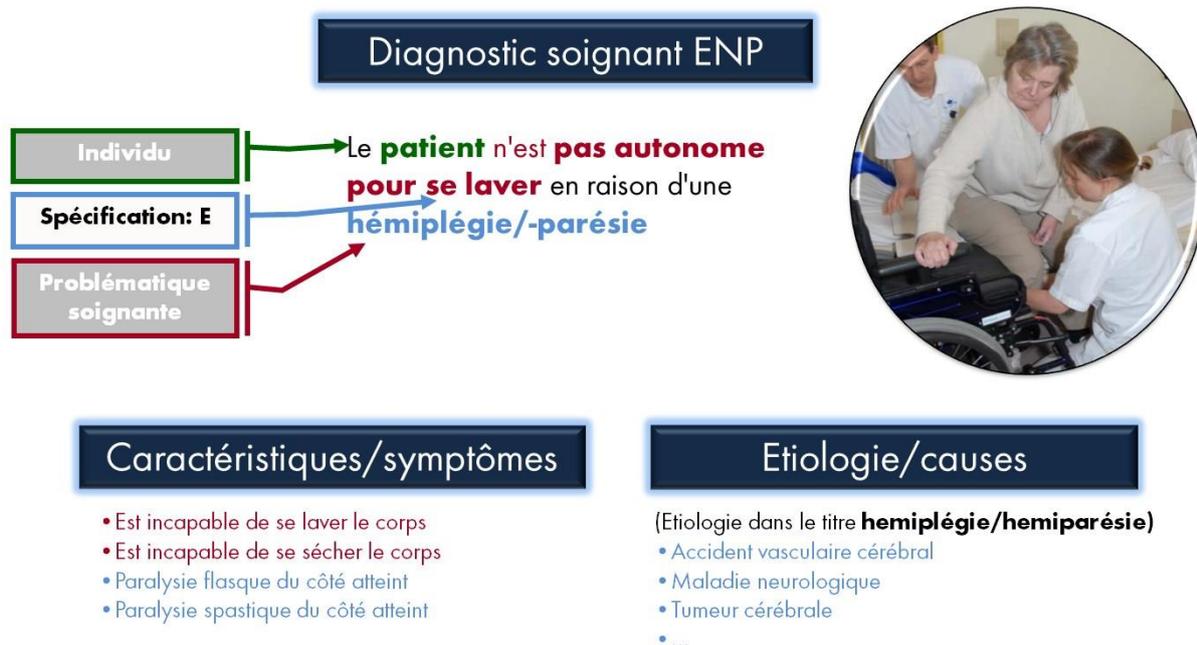


Figure 3 : Points de référence des caractéristiques et étiologies dans ENP

Dans le cas des diagnostics soignants pour lesquels il est utile de préciser le degré de la perturbation au niveau des caractéristiques, une échelle de Likert indique le degré de perturbation/dépendance.

Voici un exemple :

Le résident présente une **perturbation dans sa capacité à réaliser des transferts**

Caractéristiques :

- Difficultés à se transférer du lit au fauteuil (roulant)
- Difficultés à se transférer du fauteuil (roulant) au lit
- Difficultés à se transférer du fauteuil roulant aux toilettes
- ...

Et :

**Degré de difficultés liées au transfert**

Niveau 1 : Transfert autonome avec aides techniques

Niveau 2 : Faible perturbation du transfert

Niveau 3 : Importante perturbation du transfert

Niveau 4 : Sévère perturbation du transfert

Niveau 5 : Perte de la capacité de réaliser des transferts

Grâce à l'ajout des degrés de gravité aux diagnostics de soins ENP relatifs aux déficits en auto-soins, il sera désormais possible d'exporter, à base de la documentation de soins, la systématique de la classification de la dépendance nouvellement développée pour l'Allemagne (Wingenfeld, Büscher, Gansweid, IPW Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, & MDK WL Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, 2008).

### 1.2.2 Interventions ENP pré-combinatoires

Les pré-combinaisons sont également formées pour le groupe des interventions de soins. Contrairement aux diagnostics de soins ENP, la pré-combinaison consiste dans ce cas en différents éléments du groupe des interventions de soins et du groupe des spécifications des interventions. Des spécifications sont attribuées aux interventions de soins. Celles-ci peuvent englober d'autres indications, par exemple quant à la fréquence, au degré de soutien lors de la réalisation de l'intervention de soins, au nombre de personnes nécessaires, aux aides techniques ou produits, à la localisation de l'intervention, au temps etc.

Les niveaux des diagnostics de soins pré-combinatoires et des interventions de soins sont formés à partir du système de classification de soins ENP. Ces diagnostics de soins pré-combinatoires et les interventions de soins sont les formulations que les soignants utilisent pour la documentation des processus de soins. La démarcation entre les éléments classificatoires et les éléments pré-combinatoires de ENP est représentée par des lignes grises dans la figure 1, tandis que les relations sont représentées par les lignes de connexion.

Par la suite, vous apprenez de quelle façon les spécifications de l'intervention guidant l'action sont attribuées aux concepts des interventions de soins :

Exemple du groupe interventions de soins :

**Domaine** : Interventions de soins de la sphère fonctionnelle/physiologique

**Classe** : Soins d'hygiène/se vêtir

**Catégorie** : Effectuer la toilette

**Sous-catégorie** : Réaliser la toilette complète de façon individuelle

**Réaliser la toilette partielle de façon individuelle**

Aider de façon individuelle à se doucher

Aide de façon individuelle à se baigner

Effectuer la toilette selon la stimulation basale de Bobath

....

La formulation « Réalisation individuelle de la toilette complète » n'est pas le suffisamment concrète pour être une consigne opératoire dans la planification de la démarche de soins. Des détails concernant des questions de localisation de la toilette ou du degré de soutien restent sans réponse. Pour cette raison, les interventions ENP sont concrétisées davantage. Ainsi, le plan de soins fournit des consignes opératoires, précisant la réalisation exacte de la prise en charge individuelle, adaptée aux besoins. A l'intervention de soins « Effectuer la toilette partielle de façon individuelle », par exemple, les spécifications d'intervention suivantes sont attribuées :

- Partie du corps à laver :
  - Visage/mains
  - Bras
  - Poitrine/torse
  - Dos
  - Jambes
  - Région intime
  - Fessier
- Indiquer le degré de soutien
  - Surveiller
  - Aider en soutenant

- Aide partielle
- Aide complète
- Stimuler/guider
- Lieu de réalisation de la toilette partielle
  - Au lit
  - Au bord du lit
  - Au lavabo
- Respecter les particularités
  - Respecter les rituels
- Indiquer le produit de soins utilisé
- Fréquence/heure

Généralement, les spécifications suivantes peuvent être attribuées aux formulations des interventions de soins :

- Type de soutien
- Nombre de soignants nécessaires
- Produits de soins utilisés
- Indications du lieu où la toilette peut se réaliser
- Intervalle
- Indications temporelles
- Localisation de la région du corps
- Aides techniques utilisées
- Groupes professionnels impliqués dans la prise en charge

### **1.3 Les lignes directrices de pratique dans ENP – partie C**

La partie C de la structure de ENP (cf. figure 1) illustre la composition des lignes directrices de pratique à partir des différents éléments des groupes. Chaque ligne directrice de pratique contient des éléments des groupes problématiques soignantes (élargies aux diagnostics soignants par l'étape intermédiaire des termes pré-combinatoires), étiologies, caractéristiques, ressources, objectifs et interventions (élargies aux interventions guidant les actions par l'étape intermédiaire des termes pré-combinatoires).

Les étiologies et les caractéristiques relatives à un diagnostic soignant, qui sont formulées dans la ligne directrice de pratique ENP, se réfèrent à la spécification. Cela est une particularité dans la structure des diagnostics soignants ENP. Il existe aussi des diagnostics soignants ENP sans pré-combinaison entre spécification et problématique soignante qui ne comprennent que l'individu et la problématique soignante. Ces formulations de problématique soignante ne seront transformées en diagnostic soignant qu'avec le codage d'étiologies et de caractéristiques ; il s'agit là, en règle générale, de catégories résiduelles pour des phénomènes de soins qui n'ont pas encore pu être transformés en un diagnostic soignant à travers une pré-combinaison. Le développement de termes pré-combinatoires dans ENP est réalisé lorsque des concepts d'intervention spécifiques relatifs au diagnostic soignant correspondant sont confirmés dans la pratique des soins et dans la littérature. Cette démarche permet de présenter « la bonne pratique » ou des « soins basés sur les preuves » au sens d'une ligne directrice de pratique.

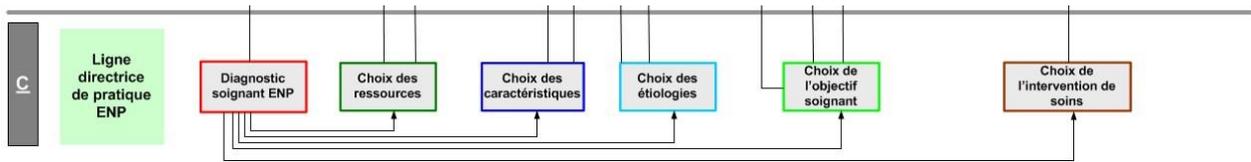


Fig. 4 : Structure horizontale d'une ligne directrice de pratique ENP

La structure horizontale des lignes directrices de pratique basées sur les diagnostics soignants est le résultat d'une mise en relation d'éléments correspondants de la structure globale ENP au-delà des différentes classes. Les relations entre les diagnostics, caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs, interventions et spécifications d'intervention sont représentées dans le graphique (voir partie C de fig. 1) par les lignes horizontales. Sur cette micro-échelle, l'équipe de développeurs ENP parle aussi d'une **ligne directrice de pratique ENP**. Il s'agit donc d'une attribution – solide sur le plan professionnel et, si possible, basée sur les preuves – de possibles objectifs et concepts d'interventions visant à remédier à/soulager une problématique/un diagnostic soignant. Dans le passé, les développeurs ENP ont également utilisé les termes « théorie orientée pratique modifiée » (Wieteck, 2003) ou « chemin thérapeutique basé sur les diagnostics soignants » (Wieteck, 2007a). Les deux notions se retrouvent dans le terme de la ligne directrice de pratique.

Une ligne directrice de pratique ENP se définit par analogie avec les définitions courantes du terme général « ligne directrice de pratique » (Bölicke, 2001; Field & Lohr, 1992; Ollenschläger et al., 1999; Wieteck, 2009) :

*Une ligne directrice de pratique ENP décrit l'aide à la prise de décision, systématiquement développée, pour une démarche appropriée, adaptée aux besoins et basée sur l'expertise soignante actuelle en cas de problématiques diagnostiques de soins concrètes. Les lignes directrices de pratique ENP indiquent la marge de manœuvre et de décision laquelle suit l'activité soignante de manière raisonnable sur le plan professionnel, une fois le diagnostic soignant ENP posé.*

L'extrait de ENP est le résultat de la combinaison d'éléments sur le plan professionnel dont l'objectif est d'obtenir une ligne directrice de pratique. Cela est appliqué dans la pratique des soins, visible dans un logiciel et se concrétise dans la planification des soins sous forme d'un chemin thérapeutique individuel destiné à chaque patient.

Tenant compte de l'exigence des développeurs de ENP, les lignes directrices des pratiques basées sur le diagnostic soignant représentent l'expertise soignante actuelle.

## 1.4 Le développement et la poursuite du développement de ENP

Le développement et la poursuite du développement de ENP est décrit dans de nombreuses publications (Wieteck, 2003, 2004c, 2013; Wieteck, Berger, & Opel, 2007). La documentation des modifications concrètes se retrouve dans les « Informations scientifiques ENP », régulièrement

publiées. Par la suite seront ébauchées les étapes essentielles du développement ainsi que la stratégie actuelle de la poursuite du développement.

ENP est enregistré en tant que classification de soins standardisée dans le registre OID (Object Identifier)<sup>3</sup> de la santé publique allemande. Cela permet un échange de données avec d'autres dossiers électroniques du patient/résident. Les informations relatives à ENP peuvent être consultées sur le site web du DIMDI (institut allemand de documentation et d'information médicales)<sup>4</sup>.

### 1.4.1 Rétrospective

Le développement de ENP a commencé en 1989 dans une école allemande de soins infirmiers avec, pour objectif central, l'idée d'harmoniser la documentation de la démarche soignante et de développer des guides de formation. Un groupe d'enseignants pour les métiers de soins de différentes écoles de soins infirmiers a contribué au développement. L'année 1994 n'a pas seulement vu la première publication des lignes directrices de pratique ENP, mais elle a également marqué le début de la mise en œuvre de ENP en tant que logiciel dans une base de données relationnelle.

#### • Phase 1 (1989-1998) – Développement inductif

La situation initiale de la démarche inductive a été l'objectif de rapprocher les contenus de la formation à la planification de la démarche soignante et sa mise en œuvre réelle.

Des situations concrètes de soins (> 2138), issues des guides de pratique utilisés dans la formation infirmière, ont constitué la base pour établir des plans de soins. Le plan de soins, convenu avec les étudiants et dans l'équipe soignante, a ensuite été analysé dans l'équipe des enseignants. Les formulations utilisées et convenues par des experts pour représenter la situation de soins sous forme de problématiques/diagnostics de soins, objectifs et interventions ont en plus été étayées par la littérature, puis cataloguées (Wieteck, 2004c).

La phase inductive du développement a été marquée par 4 questions de recherche centrales :

1. *Quels sont les diagnostics soignants posés dans la pratique de soins et donc nécessaires pour représenter le processus de soins individuel sous forme d'une formulation standardisée ?*
2. *Quelles sont les caractéristiques, causes et ressources associées à un diagnostic soignant déterminé qui devraient donc être proposées comme formulation standardisée ?*
3. *Quels sont les objectifs convenus (avec le patient/résident) dans le cadre du processus de soins et documentés dans le plan de soins ?*
4. *Quelles sont les interventions de soins sélectionnées et quels sont les modules de texte permettent de les représenter pour guider l'action ? Quelles sont les interventions de soins décrites dans la littérature de soins actuelle qui peuvent être proposées comme modules de texte ? (Wieteck, 2004c, p. 28-29)*

<sup>3</sup> Dans le contexte de l'informatique, les « Object Identifier » s'utilisent à l'échelle mondiale d'identificateur univoque et permanent pour un objet informatif déterminé.

<sup>4</sup> Cf. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/oid/verzeichnis.html> (consulté le 26/06/2014).

Sur le plan méthodologique, le développement inductif était marqué par trois phases principales :

- A) **L'observation participante, qualitative**, de situations de soins concrètes, réalisées dans le cadre de l'enseignement pratique avec un apprenti et un enseignant. Au cours du processus diagnostique, les diagnostics soignants ont été identifiés et les interventions de soins ont été définies et formulées dans une planification des soins pour le patient/résident. Si possible, les descriptions des plans de soins étaient basées sur des concepts soignants connus et décrits. Si cela n'a pas été possible, des analyses terminologiques selon Walker/Avant ont été réalisées (Opel, 2004).
- B) Analyse du plan de soins avec les praticiens, ensuite dans l'équipe enseignante dans une optique de **consensus** par rapport au processus diagnostique et aux formulations visant à représenter celui-ci.
- C) Mise en parallèle des diagnostics, objectifs et interventions de soins identifiés avec la littérature spécialisée et catalogage de nouveaux résultats trouvés (Wieteck, 2004c). L'équipe de développement ENP parle d'une théorie orientée pratique modifiée, autrement dit, d'un chemin thérapeutique basé sur les diagnostics soignants. Aujourd'hui, on utilise la notion de « ligne directrice de pratique ENP ».

Ces chemins thérapeutiques basés sur les diagnostics soignants (théories situationnelles ou orientées pratique), aujourd'hui nommés lignes directrices de pratique ENP, représentent l'expertise soignante actuelle. Le développement d'un chemin thérapeutique basé sur les diagnostics soignants repose, d'un côté, sur des méthodes inductives, et de l'autre sur des analyses bibliographiques (Wieteck, 2004), ainsi que sur une vérification sous forme de travaux de validation.

Tout comme le développement d'un chemin thérapeutique basé sur les diagnostics soignants, le processus diagnostique est considéré comme un processus de formation d'hypothèses (Gordon; Bartholomeyczik, 2001, Schrems, 2003). La définition de Dickoff, James et Wiedenbach au sujet des « théories productrices de situations » (« situation-producing theories », « prescriptive theories », (Dickoff; James; Wiedenbach, 1968, p. 420-422) ou bien « théorie orientée pratique » (Walker/Avant 1998) contient déjà nombre d'éléments du processus de soins, comme l'objectif des actes soignants et les consignes d'action qui en résultent ; au cours du projet ENP, cette inspiration a vu un enrichissement par les dimensions des diagnostics soignants avec des caractéristiques, étiologies et ressources, conformément au modèle de la démarche de soins. Dickoff et James situent la théorie orientée pratique à la fin du processus de formation de théories en quatre étapes ; les développeurs ENP, par contre, placent la théorie orientée pratique modifiée au deuxième niveau du processus (cf. fig. 3) (Dickoff et al. 1968). Cela reflète la conception selon laquelle les chemins thérapeutiques/lignes directrices de pratique ENP – créés par la mise en lien des diagnostics soignants avec les caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs et interventions de soins – représentent seulement des hypothèses et non pas une théorie prescriptive.

Dans cette logique, il est essentiel de prendre en compte que les hypothèses développées sont des conclusions préliminaires du domaine des soins. Les hypothèses formulées peuvent être confirmées, démenties ou modifiées grâce à de nouveaux résultats. L'actualisation permanente de ENP reflète ce processus.



Figure 5 : Emplacement de la « théorie orientée pratique modifiée » dans le modèle de la formation des théories

Les termes/concepts utilisés dans ENP se caractérisent par un degré élevé de complexité et de granularité. Au cours du développement, l'équipe de développeurs ENP a défini les structures linguistiques et les définitions de chaque catégorie de ENP pour rendre encore plus clair le langage développé.

- **Phase 2 (1998-aujourd'hui) – retours d'expérience de la part des utilisateurs et validation pour perfectionner ENP**

Depuis 1994, ENP est géré dans une base de données et peut être intégré, à l'aide de différents produits logiciels, dans un dossier électronique du patient/résident assurant la documentation des processus de soins. Depuis la première application de ENP dans une documentation des processus de soins en 1996 jusqu'aujourd'hui (Deppmeyer, 1999; Wiroteck, 2001), les retours des utilisateurs

teurs sont analysés, constituant un aspect essentiel de la poursuite du développement (Wieteck, 2013). La gestion de ENP dans une base de données assure que chaque terme dispose d'une notation (numérotation univoque, numéro ID) qui n'apparaît pourtant pas dans les publications sous forme de livre dans le souci d'améliorer la lisibilité et faute de pertinence pour l'utilisateur final.

Depuis 2001, des travaux de validation de ENP se réalisent. Les études portant sur les tests de validité de contenu et des critères présentent un composant essentiel pour la poursuite du développement de ENP. Le paragraphe 1.4.3 vous donnera une idée approximative des travaux de validation existants.

- **Phase 3 (2004-2009) – la structure de la classification**

Dans la publication sous forme de livre de 2004, ENP ne présente pas encore sa propre structure taxonomique. A l'époque, les lignes directrices de pratique ENP ont été affectées aux activités de la vie quotidienne (AVQ). Les travaux de hiérarchisation ont progressivement été transformés jusqu'à former la structure classificatoire actuelle. On a d'abord développé une taxonomie<sup>5</sup> pour les diagnostics soignants ENP. La structure classificatoire des diagnostics soignants ENP est mentionnée pour la première fois dans un article scientifique (2006), c'est ici aussi que ENP est mentionné en tant que système de classification des soins (Wieteck, 2006a, 2006c). En 2006, ENP comptait sept classes, aujourd'hui appelés groupes (diagnostics soignants, étiologies, caractéristiques, ressources, objectifs soignants, interventions de soins et indications guidant l'action). A ce moment déjà, les groupes des diagnostics soignants présentaient une structure mono-hiérarchique avec 3 domaines, 22 classes et 128 catégories. Les autres classes/groupes (étiologies, caractéristiques etc.) ne présentaient pas encore une structure hiérarchique, mais les termes/concepts ont été gérés de façon juxtaposée dans la base de données. Il y avait des relations, c'est-à-dire des liens, entre les concepts/termes et les diagnostics soignants pertinents (Wieteck et al., 2007). Entre 2007 et 2009, tous les groupes ont été systématiquement structurés moyennant la formation de clusters et ont finalement été intégrés dans la structure actuelle de la classification mono-hiérarchique.

Les notions des domaines de l'informatique et de la représentation des connaissances sont les mieux adaptées pour décrire la réalisation de ENP sous forme de base de données : par rapport à sa présentation en base de données, ENP peut être qualifié d'ontologie<sup>6</sup>. Dans ENP, l'expertise soignante actuelle est représentée par les liens (relations). Le fondement est constitué par les diagnostics soignants, les caractéristiques, les étiologies, les ressources, les objectifs et les concepts d'intervention qui sont gérés dans une base de données. Sans relations entre eux, ils auraient peu d'utilité pour l'utilisateur au sens de la représentation des connaissances. Pour cette raison, ces éléments sont structurés dans la base de données et connectés par des relations justifiées par l'expertise soignante. Les liens horizontaux, enfin, transforment les informations détaillées en une image informative complète sous forme de lignes directrices de pratique. Les liens créent un réseau sémantique facilitant la prise de décisions dans le cadre de la démarche de soins. Dans un dossier électronique du patient/résident, les formulations proposées dans ENP ser-

---

<sup>5</sup> Le terme taxonomie (ou schéma de classification) décrit un modèle homogène ou une construction théorique selon lequel des éléments/objets individuels sont classés en fonction de critères déterminés et donc attribués à différentes catégories.

<sup>6</sup> Les ontologies sont des descriptions des conceptualisations d'un domaine de connaissances. Dans le cas de ENP il s'agit de l'expertise soignante utilisée pour représenter et guider le processus des soins. Une ontologie est un vocabulaire contrôlé qui décrit d'une manière formelle des objets et les relations existant entre ces objets et reflète ainsi un domaine spécifique. Souvent, le terme 'réseau sémantique' est utilisé au lieu d'ontologie.

vent à effectuer la documentation du processus soignant. En plus, ENP est relié à un grand nombre d'autres systèmes terminologiques et classificatoires (cf. chapitre 1.6).

- **Phase 4 (depuis 2008) – La traduction de ENP comme processus permanent**

ENP est disponible comme base de données en allemand, anglais, italien et français. Les publications sous forme de livre en anglais, français et italien sont encore attendues ; la thèse de doctorat de Serge Haag décrit la validation de ENP en langue française (Haag, 2009a). Une thèse de fin d'études dans le cadre d'un master en traduction spécialisée de l'université de Bologne a marqué le début de la traduction italienne de ENP. Depuis, Dr ssa Elisabetta De Vecchis dirige la traduction de ENP vers l'italien, ainsi que la validation de la traduction en tant que membre de l'équipe de développement ENP.

### 1.4.2 Poursuite du développement aujourd'hui

Aujourd'hui, ENP constitue un langage professionnel de soins aux structures mono-hiérarchiques qui met à disposition l'expertise soignante sous forme de lignes directrices de pratique. Le graphique suivant permet de comprendre le processus systématique de perfectionnement de ENP. Chaque année, une nouvelle version base de données ENP est mise à disposition. Les publications sous forme de livre apparaissent généralement tous les deux ans.

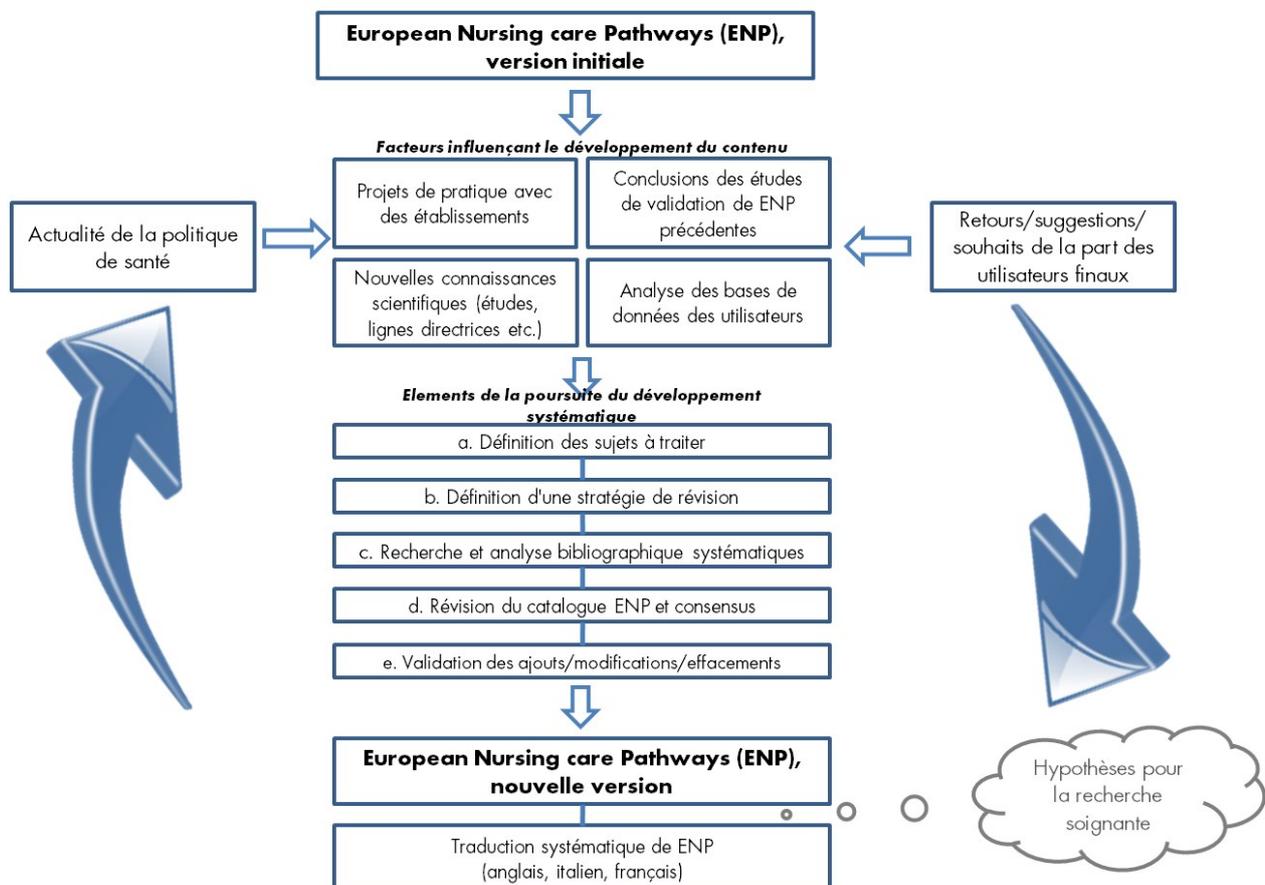


Figure 6 : Le processus du développement systématique de ENP

En fonction des décisions au niveau de la politique sanitaire, des retours d'expérience des utilisateurs et des dernières connaissances des sciences de soins et des disciplines avoisinantes de la santé, chaque année une décision est prise quant au choix des lignes directrices de pratique ENP qui sera soumis à une vérification et, si besoin, à une révision. L'étape méthodologique initiale de la mise à jour est la recherche bibliographique systématique qui suit le schéma suivant :

1. Définition de la stratégie de révision avec formulation de la question guidant la recherche bibliographique
2. Définition du type de publication et du niveau de preuve préférés
3. Définition des critères d'inclusion et d'exclusion et des bases de données à utiliser (par ex. MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library)
4. Identification des mots-clés et détermination de phrases de recherche spécifiques
5. Réalisation des recherches dans les bases de données
6. Tri des résultats de recherche et mise à disposition de la littérature pertinente
7. Evaluation des publications et études trouvées en termes de qualité (Critical Appraisal)
8. Révision du catalogue ENP à base des connaissances et données tirées de la littérature
9. Consensus des résultats dans l'équipe de développement ENP, au besoin en collaboration avec des experts externes de la discipline pertinente
10. Validation de la révision moyennant un expert rating, une étude ou un test clinique dans la pratique des soins

Le tableau ci-dessous montre, à titre d'exemple, un petit extrait d'un tableau de révision des diagnostics soignants ENP au sujet des troubles de déglutition, mis à jour en 2014. Les diagnostics soignants qui apparaissent dans la première ligne correspondent à la catégorie « Perturbation de la déglutition ». La deuxième colonne contient l'ensemble des étiologies (voir figure), caractéristiques, objectifs et interventions de soins faisant partie des diagnostics soignants de cette catégorie. Les chiffres dans la troisième colonne renvoient aux publications qui confirment le lien existant d'un item (une étiologie dans le cas présent) à un diagnostic soignant (croix rouge) dans la ligne correspondante.

	Quellenangaben	Der Bewohner-- ist aufgrund einer hypotonen <b>Wangen-/ Lippen-/Mundmuskulatur</b> bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt	Der Bewohner-- ist aufgrund von <b>Kauschwächen</b> bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt	Der Bewohner-- <b>verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme</b> , Schlucken ist beeinträchtigt	Der Bewohner-- <b>verschluckt sich bei Flüssigkeit</b> , Schlucken ist beeinträchtigt	Der Bewohner-- ist aufgrund eines <b>Zungenstoßes</b> beim Schlucken beeinträchtigt	Der Bewohner-- ist aufgrund der <b>reduzierten/ veränderten pharyngealen Peristaltik</b> beim Schlucken beeinträchtigt	ID_1032_Der Bewohner-- ist aufgrund eines <b>beeinträchtigten Bolusformung/-transport</b> beim Schlucken beeinträchtigt NEU	ID_1033_Der Bewohner hat aufgrund <b>fehlender/ unzureichender Schutzreflexe</b> das Risiko einer <b>Aspiration</b> NEU	Der Bewohner-- hat <b>sonstige Ursachen</b> für die Schluckstörung
	<b>URSACHEN</b>									
19398	Verminderte <b>orofaziale Kontrolle</b>	1+2+83+136+141+143	x							
921	<b>Fazialisparese</b>	1+2+134+138+147	x							
19863	Zentrale <b>Fazialisparese</b>	1+2	x							
19864	Periphere <b>Fazialisparese</b>	1+2	x							
931	<b>Hypotonus</b> der Wangen-/Gesichtsmuskulatur	1+2+136	x							
20573	<b>Hypotonus</b> der Lippenmuskulatur	1+2+136	x							
20567	<b>Hypotonus</b> der Pharynxmuskulatur mit reduzierter Clearing-/Reinigungs-/Funktion	2	x							
6898	Schmerzen beim <b>Kauen</b>	1+2		x						
6899	Operative Eingriff im <b>Kieferbereich</b>	1+2+135+156		x						
6900	Verletzungen der <b>Zunge</b>	1+2		x						
19878	<b>Myofunktionelle</b> Störung orofacial	1+2+119+134+135+140+145+146					x			x ggf. entf
20568	Muskeldystrophie orofacial	148	x							
20569	Myopathie orofacial		x							
19386	Abnorme orale <b>motorische Funktionalität</b>	1+2+67								x
	Motorischer Verlust oder Schwäche bei neurologischen Störungen									
19387	Beeinträchtigung der <b>neuromuskulären Koordination</b>	1+2+4+15+8+123+135+136+140+143+156		x					x	x ggf. entf
19376	Veränderte <b>Kiefergelenksfunktion</b>	1+2		x						
20014	Schädigung des <b>Kiefergelenkes</b>	1+2		x						
19395	<b>Kiefergelenkluxation</b>	1+2		x						
19377	<b>Cranioandibuläre</b> Dysfunktion	1+2		x						
19393	Überlastung der <b>Kaumuskulatur</b> durch Zähneknirschen	1+2+136		x						
19375	Beeinträchtigte <b>Kaumuskulatur</b>	1+2		x						
19394	Cromandibuläre <b>Dystonie</b>	1+2		x						
20015	Kieferschlussdystonie	1+2+136		x						
20016	Zahnfehlstellungen	1+2		x						
20531	Läsionen im Bereich des <b>Larynx</b> (Kehlkopf)	1+2+137			x	x			x	x ggf. entf
19836	Läsionen im Bereich des <b>Pharynx</b>	1+2+137			entfernen	x		x	entfernen	

Tableau 4 : Extrait d'un tableau de révision de l'équipe de développement ENP

Cette démarche permet de vérifier la démarcation entre les diagnostics soignants et d'étayer chaque item par la littérature ou des études – ou bien de le rejeter selon le niveau de connaissances actuel.

Les champs marqués en vert indiquent les nouveaux contenus ajoutés, une croix rouge sur fond vert représente un nouveau lien entre l'étiologie etc. et le diagnostic correspondant.

Dans une prochaine démarche, les modifications élaborées sont présentées à dix experts reconnus dans le but de valider la qualité des lignes directrices de pratique ENP par un expert rating.

## 1.5 L'utilisation de ENP

Selon la distinction entre les terminologies d'interface, de référence et administratives, ENP peut être considéré comme terminologie d'interface. Les terminologies d'interface sont prévues pour l'application « front-end » et sont donc employées directement par les utilisateurs finaux – les soignants – pour réaliser la documentation des processus et des prestations de soins de manière standardisée (Bakken, Cashen, Mendonca, O'Brien, & Zieniewicz, 2000).

L'utilisation de ENP est prévue, en premier lieu, pour le dossier électronique du patient. ENP peut être un soutien précieux pour des fins pédagogiques dans la formation en soins infirmiers et en soins aux personnes âgées. Ou alors, pour la formation du personnel dans des établissements de soins lors desquelles on leur enseigne et on les entraîne à absolument prendre en compte les étapes du processus de soins, étant donné que les mises en relation permettent désormais de mettre à la disposition de l'utilisateur l'expertise soignante actuelle. Implémentées dans un logiciel, les données des patients peuvent être consultées de manière rapide et efficace et elles peuvent, en plus, servir pour des fins d'évaluation. Implémentées dans un logiciel, les données des patients peuvent être consultées de manière rapide et efficace et elles peuvent, en plus, servir pour des fins d'évaluation.

## 1.6 Les liens de ENP avec d'autres instruments

ENP est réalisé dans une base de données permettant l'intégration dans des produits logiciels. Au sein d'un groupe, les notations (numérotation univoque des items) sont attribuées automatiquement dans le cadre de la gestion de la base de données. Chaque item dans le système ENP présente une codification univoque dans son groupe qui sera conservée dans des futures versions et ne changera pas.

Ce type de notation permet la mise en relation du système de classification des soins ENP avec d'autres outils et systèmes classificatoires. Jusqu'à présent, il existe des liens avec les instruments suivants :

- **Codes CIM-10** et **OPS** (OPS : classification commune allemande des actes médicaux) pour un codage optimisé des diagnostics secondaires à l'hôpital et un soutien du codage DRG
- **LEP Nursing 3** pour déterminer des valeurs temporelles
- **PPR** (réglementation du personnel soignant)
- **IDEA** (Interdisciplinary Databased Electronic Assessment), un ensemble interdisciplinaire pour l'anamnèse qui sert à estimer le besoin d'agir. Cela permet d'en déduire, à travers les liens vers ENP, des diagnostics soignants pertinents
- **Mots-clés**, système de recherche pour un repérage rapide de diagnostics soignants
- **Critères MDK** (MDK : service médical des caisses-maladies allemandes) **pour la classification du besoin en soins** (valeurs temps, degrés de dépendance)
- **Divers outils d'évaluation** comme par ex. des échelles d'évaluation Braden, Tinetti ou MIF proposent des diagnostics soignants ENP
- **PKMS** (outil de facturation de soins particulièrement coûteux) ainsi que d'autres codes complexes pour un soutien automatisé des demandes de documentation et de la génération de codes

Plusieurs études et tests pratiques ont déjà permis de tester les mises en relation avec les instruments décrits ci-dessus (Baltzer, Baumberger, & Wieteck, 2006; Gärtner, 2006, 2008; Schmid, 2007; Schütze, 2006).

## 1.7 La diffusion de ENP

Actuellement (août 2014), de nombreux services à domicile et établissements (aigus) de santé en Allemagne, Autriche, Italie et au Luxembourg utilisent ENP dans leurs dossiers électroniques du patient/résident pour une documentation complète du processus de soins. L'énumération suivante vous donne une idée plus précise de l'utilisation électronique de ENP :

### Allemagne :

12 hôpitaux et plus de 300 établissements des soins aux personnes âgées, à domicile et stationnaires, utilisent ENP dans quatre types de produits logiciels.

### Autriche :

17 hôpitaux, cinq services de soins à domicile et 20 établissements stationnaires de soins aux personnes âgées utilisent ENP dans deux types de produits logiciels. En termes de quantité, les services de soins à domicile en Autriche ne sont pas comparables aux services de soins à domicile en Allemagne. Les cinq services de soins à domicile qui travaillent avec ENP comptent plus de 3.000 soignants qui se servent de ENP tous les jours pour réaliser la documentation des processus de soins.

### Luxembourg :

Trois hôpitaux, un établissement stationnaire de soins aux personnes âgées, ainsi que les deux prestataires de soins à domicile les plus importantes – prenant en charge près de 90 % de tous les patients au Luxembourg – se servent de ENP dans deux produits logiciels différents. Au Luxembourg aussi, les services de soins à domicile se distinguent de ceux en Allemagne quant à l'ordre de grandeur. Les deux services de soins à domicile emploient plus de 4.000 soignants qui travaillent avec ENP. Dans ce cas, les positions comptables ont également été « mappées » avec ENP pour soutenir la comptabilité des prestations à partir de la documentation régulière de tous les jours.

Outre l'utilisation électronique, beaucoup d'établissements de soins et de formation font recours à la version imprimée de ENP comme aide à la formulation pour faciliter la rédaction à la main des plans des soins.

## 2. Les modifications dans les différentes versions

Nous vous décrivons ci-après les modifications entreprises dans les différentes versions ENP. En plus des diagnostics soignants ajoutés ou retirés, décrits dans ce document, seront également présentés les diagnostics dont le contenu a fait l'objet de modifications approfondies grâce à la réalisation d'un travail bibliographique et des enquêtes d'experts. Outre ces diagnostics, de nombreuses interventions visant l'harmonisation ont été réalisées et des suggestions formulées par les utilisateurs finaux sont pris en considération, après que des spécialistes les ont analysées.

## 2.1 Les versions ENP 2.0 à 2.4

Toute version n'est pas publiée en format imprimé. Entre les publications des livres, il existe des versions additionnelles dans la base de données ENP. Ainsi, par ex. le test de ENP, mené en 2005 dans plusieurs cliniques, a été réalisé avec la version ENP 2.3. Pendant et après les tests de pratique effectués dans le canton de Saint-Gall, des modifications centrales dans ENP ont été réalisées qui seront présentées en résumé ci-après.

### Le passage de la version ENP 2.3 à 2.4

- a) Travail de hiérarchisation au niveau des diagnostics soignants, développement de la taxonomie ENP visant une structure monohiérarchique facilitant l'évaluation des données.
- b) Travail d'hiérarchisation au niveau des objectifs soignants, développement d'une taxonomie des objectifs.
- c) Travail d'hiérarchisation au niveau des interventions de soins.
- d) Vérification des diagnostics soignants en vue du niveau d'abstraction instable et des chevauchements. Au cours de cette vérification, 41 diagnostics soignants ont été assemblés de la version 2.3 (n = 557 lignes directrices de pratique) à la version 2.4 (n = 516 lignes directrices de pratique).
- e) Etalement de ENP par des travaux bibliographiques supplémentaires. Sources utilisées pour étayer les lignes directrices de pratique version 2.0 (n = 279), y compris littérature spécialisée, manuels et études ; jusqu'à la version 2.5, le nombre de sources littéraires consultées s'élève à 520. L'appui par la littérature internationale a été renforcé.
- f) Traitement des lacunes détectées au cours des tests pratiques à des fins d'exhaustivité et de spécification, voir par ex. (Kossaibati & Berthou, 2006).

## 2.2 Le passage de la version ENP 2.3 à 2.4 (2008/2009)

### Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 14)

- 848 Le résident/patient/client présente une **dénutrition** en raison d'un **trouble alimentaire**
- 849 Le résident/patient/client présente une **dénutrition** en raison d'un **trouble cognitif**
- 851 Le résident/patient/client présente un **risque de dénutrition** en raison d'un **trouble cognitif**
- 850 Le résident/patient/client présente un **risque de dénutrition**
- 855 Le résident/patient/client présente une **perturbation de son bien-être** en raison d'une **alimentation par sonde**
- 852 Le résident/patient/client présente une **incapacité (partielle)** à diriger l'**attention** sur l'**hémiespace contralésionnel/négligé** (= négligence)
- 853 Le résident/patient/client présente une **perturbation** de sa **capacité à absorber** et assimiler des **informations**
- 856 Le résident/patient/client présente une **perturbation** de sa **capacité à acquérir des compétences** en autosoins, il y a un risque de thérapie inefficace
- 857 Le résident/patient/client présente une **escarre**, la **cicatrisation est entravée**
- 858 Le résident/patient/client présente un **ulcère artériel** (ulcus cruris arteriosum), la **cicatrisation est entravée**
- 859 Le résident/patient/client présente un **ulcère veineux** (ulcus cruris venosum), la **cicatrisation est entravée**
- 861 Le résident/patient/client présente un **bien-être perturbé** dû à une **plaie chronique**
- 858 Le résident/patient/client présente un **syndrome du pied diabétique**, la **cicatrisation est entravée**
- 887 Le résident/patient/client présente un **risque de thérapie inefficace** en raison d'un **manque de connaissances/capacités** à gérer son **diabète/une hypo-/hyperglycémie**

### Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi (n = 31)

- 555 Le résident/patient/client présente une **dénutrition**
- 558 Le résident/patient/client **refuse de s'alimenter**, il y a un **risque de dénutrition**
- 554 Le résident/patient/client **néglige son alimentation**, il y a un **risque de dénutrition**
- 134 Le résident/patient/client présente une **perte involontaire d'urine** liée à une **augmentation de la pression intra-abdominale** (incontinence à l'effort)
- 135 Le résident/patient/client présente un **besoin impérieux d'uriner** accompagné d'une **perte involontaire d'urines** (incontinence par impériosité)
- 137 Le résident/patient/client présente une **perte d'urine involontaire** (vidange réflexe spontanée) à **intervalles réguliers** dès que

- la vessie est pleine
- 138 Le résident/patient/client présente une perte de gouttes d'urine/**fuite d'urine involontaire** liée à une **rétention d'urine chronique**
- 574 Le résident/patient/client est **incapable d'éviter une perte involontaire d'urine**, l'appareil génito-urinaire étant intact (incontinence fonctionnelle)
- 130 Le résident/patient/client présente une **incontinence d'urine** (incontinence mixte/type d'incontinence non défini) (catégorie résiduelle)
- 845 Le résident/patient/client présente une **fuite urinaire permanente** en raison d'une **incontinence extra-urétrale**
- 012 Le résident/patient/client n'est pas autonome pour se laver en raison d'une **mobilité réduite**
- 018 Le résident/patient/client n'est pas autonome pour se laver en raison d'une **hémiplégie/parésie**
- 007 Le résident/patient/client n'est pas autonome pour se laver en raison d'une **capacité physique réduite**
- 027 Le résident/patient/client ne doit pas faire d'effort lors de la toilette en raison d'une **diminution de la performance cardiaque**, il y a un **déficit en auto-soins** concernant la toilette
- 029 Le résident/patient/client présente une **incapacité à tenir les ustensiles pour les soins d'hygiène** en raison d'une **mobilité réduite**, il y a un déficit en auto-soins concernant la toilette
- 022 Le résident/patient/client n'est **pas autonome pour organiser la toilette** en raison d'une **désorientation**
- 011 Le résident/patient/client doit éviter tout mouvement entre le bassin et le tronc suite à une **lésion rachidienne**, il y a un **déficit en auto-soins** lors de la toilette
- 013 Le résident/patient/client est **complètement dépendant** lors de la toilette en raison d'une **restriction de la conscience quantitative**
- 033 Le résident/patient/client **effectue la toilette de façon inadéquate**, il y a un déficit en auto-soins concernant la toilette
- 016 Le résident/patient/client est **incapable d'effectuer la toilette intime** comme d'habitude en raison d'une **plaie aux parties intimes**
- 001 Le résident/patient/client présente une **perturbation dans les soins d'hygiène** liée à une autre raison (catégorie résiduelle)
- 676 Le résident/patient/client présente une **plaie chronique**, il y a une **perturbation de la cicatrisation**
- 339 Le résident/patient/client présente une **plaie à cicatrisation secondaire**, il y a une **perturbation de la cicatrisation**
- 331 Le résident/patient/client présente une **plaie à cicatrisation primaire**, il y a un **risque de cicatrisation perturbée**
- 278 Le résident/patient/client présente un **risque de complications** en raison d'une **contusion au niveau des extrémités**
- 092 Le résident/patient/client présente une **perturbation de la prise de repas** en raison de **troubles de la sensibilité** et d'une **hypotonie** de l'hémiface
- 094 Le résident/patient/client présente une **incapacité partielle ou totale à s'alimenter** en raison d'une **difficulté de fermer la bouche**, les aliments lui tombent/coulent de la bouche
- 078 Le résident/patient/client présente une **perturbation** dans son autonomie à **soigner les ongles des doigts**
- 827 Le résident/patient/client présente une **perturbation** dans son autonomie à **soigner les pieds**
- 069 Le résident/patient/client présente une **perturbation** dans son autonomie à effectuer les **soins des cheveux**

#### Lignes directrices de pratique mises en sommeil (n = 8) :

- Le résident/patient/client présente une plaie purulente et recouverte, risque de propagation des germes
- Le résident/patient/client présente un **risque élevé d'atteinte à l'intégrité de la peau** en raison de l'utilisation de détergents
- Le résident/patient/client présente un **risque élevé d'inflammation des yeux** par une propagation de germes lors de la toilette
- Le résident/patient/client n'est **pas autonome pour laver les cheveux**
- Le résident/patient/client a les **ongles des pieds longs** et n'est pas autonome pour se les couper
- Le résident/patient/client présente une **forte couche cornée** aux pieds, n'est pas autonome pour l'enlever
- Le résident/patient/client a des **salissures sous les ongles des doigts** et n'est pas autonome pour les nettoyer
- Le résident/patient/client présente une **incapacité partielle ou totale à boire** liée à une **difficulté de fermer la bouche**, les liquides lui coulent de la bouche
- Le résident/patient/client présente une incapacité partielle à manger/déglutir, les **aliments restent dans la partie des joues** du côté concerné

#### Littérature consultée (n = 520)

## 2.3 Le passage de la version ENP 2.5 à 2.6 (2009 jusqu'à mai 2011)

#### Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 25)

- 867 Le résident/patient/client présente un **dégagement inefficace des voies respiratoires** (catégorie résiduelle)
- 868 Le résident/patient/client présente une **perturbation** dans son autonomie à **soigner les yeux** (catégorie résiduelle)
- 869 Le résident/patient/client présente un **risque d'atélectasie/pneumonie** lié à une autre raison (catégorie résiduelle)
- 870 Le résident/patient/client présente des **troubles de la déglutition** (catégorie résiduelle)
- 872 Le résident/patient/client présente un **risque de déficit hydrique/électrolytique** (catégorie résiduelle)
- 873 La résidente/patiente/cliente présente un **risque de troubles d'allaitement** (catégorie résiduelle)
- 877 La résidente/patiente/cliente présente des **troubles d'allaitement** (catégorie résiduelle)
- 878 Le résident/patient/client présente un **comportement nutritionnel inadéquat** (catégorie résiduelle)
- 879 Le résident/patient/client présente une **perturbation de la miction** (catégorie résiduelle)
- 880 Le résident/patient/client présente une **perturbation de la vidange intestinale** (catégorie résiduelle)
- 881 Le résident/patient/client présente **d'autres perturbations** des soins de la stomie
- 886 Le résident/patient/client présente un **risque de mort subite du nourrisson**
- 892 L'enfant âgé de 4 ans ou plus **perd involontairement ses selles** sans étiologie organique (encoprésie)
- 882 La famille/personne de confiance n'est **pas autonome pour réaliser les soins de dépendance**
- 883 La famille/personne de référence présente un **risque** de ne **pas être autonome pour réaliser les soins de dépendance** de la

- personne concernée
- 894 Le résident/patient/client présente une colonisation/infection par des **micro-organismes multirésistants**, il y a un **risque de propagation de micro-organismes**
- 889 Le résident/patient/client présente une **crise d'hypertension** en raison d'une **dysréflexie autonome**
- 893 Le résident/patient/client présente un **risque de dysréflexie autonome** en raison d'une **paraplégie**
- 896 Le résident/patient/client présente une **perturbation dans l'organisation de la journée/vie** suite à un **syndrome démentiel**
- 887 Le résident/patient/client présente un **risque de thérapie inefficace** en raison d'un **manque de connaissances/capacités** à gérer son **diabète/une hypo-/hyperglycémie**
- 891 Le résident/patient/client présente un **risque de développement retardé**
- 897 Le résident/patient/client présente une **perturbation de la communication** en raison d'un **trouble du langage**
- 898 Le résident/patient/client présente une **dermatite liée à l'élimination/l'incontinence**, la **cicatrisation est entravée**
- 895 Le résident/patient/client présente un **bas niveau d'activité**, il y a un **risque d'atteinte à la santé**

**Les catégories résiduelles ont été complétées en collaboration avec des cliniques d'évaluation. Elles se révèlent nécessaires car, outre les diagnostics soignants pré-combinatoires spécifiques, il existe d'autres types de problématiques soignantes.**

### **Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi (n = 30) :**

- 519 Le résident/patient/client présente une **infection/maladie sexuellement transmissible**, il y a un **risque de contamination** pour le partenaire sexuel
- 354 Le résident/patient/client présente un **risque d'hyper-/hypoglycémie**
- 383 Le résident/patient/client présente une **maladie infectieuse**, il y a un **risque de contamination pour l'entourage**
- 263 Le résident/patient/client présente une **situation hémodynamique instable** en raison d'une **diminution de la performance cardiaque**
- 610 Le résident/patient/client présente un **risque de complications cardiovasculaires** en raison d'une **diminution de la performance cardiaque**
- 261 Le résident/patient/client présente un **risque de complications cardiovasculaires** en raison de **changements cardiovasculaires liés à une hypertension**
- 260 Le résident/patient/client présente un **risque de complications cardiovasculaires** en raison de **changements cardiovasculaires dus à une hypotension**
- 696 L'enfant, âgé de cinq ans ou plus, **mouille son lit** sans étiologie organique (énurésie)
- 160 Le résident/patient/client présente un **risque d'escarre (adaptation à l'accord d'expert actuel)**
- 103 Le résident/patient/client reçoit une **alimentation parentérale par thérapie intraveineuse**, il y a un **risque de complications liées à l'alimentation**
- 097 Le résident/patient/client est **alimenté par voie entérale à l'aide d'une sonde**, il y a une **perturbation de l'alimentation**
- 326 Le résident/patient/client présente un **risque de sur- ou sous-dosage** en raison d'une **thérapie intraveineuse**
- 651 Le résident/patient/client présente un **risque de complications** en raison d'un **cathéter veineux/d'une thérapie intraveineuse**
- 451 Le résident/patient/client présente une **perturbation** de son autonomie à **organiser sa journée/vie** en raison des **processus dégénératifs liés à l'âge**
- 535 Le résident/patient/client présente une **perturbation dans l'organisation de la journée/vie** en raison d'un **trouble de la pensée**
- 450 Le résident/patient/client présente une **perturbation** de son autonomie à **organiser sa journée/vie** en raison d'un **trouble d'orientation**
- 634 Le résident/patient/client présente une **perturbation dans l'organisation de la journée/vie** en raison d'une **difficulté à retenir/se rappeler des informations**
- 793 Le résident/patient/client présente un **risque de complications** en raison d'un **accès artériel**
- 627 Le résident/patient/client **manque d'élan**, il y a un **risque de déficit en auto-soins**
- 428 Le résident/patient/client présente une **perturbation du lien avec la réalité** en raison d'une **expérience psychotique**, il y a un **risque de déficit en auto-soins**
- 429 Le résident/patient/client présente une **perturbation de la structuration de la journée**, il y a un **risque de déficit en auto-soins**
- 426 Le résident/patient/client présente une **perturbation de l'organisation de la vie**, il y a un **risque de déficit en auto-soins**
- 313 Le résident/patient/client présente une **perturbation dans son autonomie à organiser sa journée/vie** en raison d'un **trouble du moi**
- 621 Le résident/patient/client présente une **perturbation dans l'organisation de la journée/vie** en raison de **pensées récurrentes qui ne peuvent pas être supprimées par la logique/raison** (pensées obsessionnelles)
- 425 Le résident/patient/client présente une **perturbation de son autonomie à organiser sa journée/vie** en raison d'un **handicap**
- 152 Le résident/patient/client présente une **perturbation de l'organisation de sa vie** en raison d'une **entérostomie** (anus artificiel)
- 467 Le résident/patient/client présente une **perturbation** dans son autonomie à **organiser les loisirs**
- 500 Le résident/patient/client présente de façon répétitive un **comportement automutilateur**, il y a une **perturbation de la stratégie de résolution de problèmes**
- 684 Le résident/patient/client présente un **comportement d'évitement** en raison d'un **manque de confiance en sa propre force physique**
- 131 Le résident/patient/client présente un **risque de dermatite lié à l'élimination/l'incontinence**

### **Lignes directrices pour la pratique mises en sommeil (n = 9) :**

- 188 Le résident/patient/client présente un **risque de collapsus cardiovasculaire** lors de l'**exécution des mesures de mobilisation** (intégré dans le diagnostic hypotonie ID\_260)
- 325 Le résident/patient/client présente un **risque d'inflammation (veineuse)** avec un **cathéter veineux central (CVC)** en place (intégré dans le diagnostic ID\_651)
- 324 Le résident/patient/client présente un **risque d'inflammation (veineuse)** avec un **cathéter veineux périphérique en place** (intégré dans le diagnostic ID\_651)
- 326 Le résident/patient/client présente un **risque de sur- ou sous-dosage** en raison d'une **thérapie intraveineuse** (intégré dans le diagnostic ID\_651)

- 887 Le résident/patient/client présente un **risque de thérapie inefficace** en raison du **manque d'informations/aptitudes** pour gérer le diabète/l'hypo-/hyperglycémie
- 082 Le résident/patient/client dispose d'une **fixation de la sonde nasale**, il y a un **risque d'irritation de la peau** (intégré dans le diagnostic ID\_097)
- 098 Le résident/patient/client présente des **troubles gastro-intestinaux** en raison de l'alimentation par sonde (intégré dans le diagnostic ID\_097)
- 106 Le résident/patient/client présente des variations de la glycémie en raison du **diabète**, il y a un **risque d'hyper-/hypoglycémie** (intégré dans le diagnostic ID\_354 qui a été abstrait)
- 107 Le résident/patient/client présente un **risque de ne pas atteindre les objectifs de santé** en raison d'un **manque d'informations/capacités** à gérer le **diabète**

Littérature consultée (n = 1018)

## 2.4 Le passage de la version ENP 2.6 à 2.7 (mai 2011 jusqu'à août 2012)

Un mobile essentiel des développements mis en œuvre entre les versions 2.6 et 2.7 ont été deux projets à grande échelle réalisés dans des hôpitaux. Cela concerne d'un côté la représentation des « soins thérapeutiques », de l'autre les particularités des cliniques pédiatriques. En plus, les travaux d'évaluation de ENP ont entraîné la modification de plusieurs chemins thérapeutiques.

### Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 11)

- 898 Le résident/patient/client présente une **dermatite liée à l'élimination/l'incontinence**, la cicatrisation est entravée
- 900 Le résident/patient/client n'est pas autonome pour se laver en raison d'un **trouble d'intégration sensorielle**
- 902 Le résident/patient/client présente des **anomalies motrices et/ou comportementales** lors des réactions d'adaptation relatives à l'environnement, il y a une **perturbation de la perception/un trouble d'intégration sensorielle**
- 903 Le résident/patient/client ne présente **pas de réaction aux stimuli**, il y a une perturbation de la **conscience**
- 901 Le résident/patient/client présente un risque **d'irritations de la muqueuse/empreintes** en raison d'une **plaque palatine**
- 905 Le nouveau-né présente un **risque d'hyperbilirubinémie néonatale**
- 904 Le résident/patient/client présente un **dysfonctionnement/une insuffisance rénal(e)**, il y a un **trouble du métabolisme**
- 1017 Le résident/patient/client présente un **développement retardé**
- 1034 La famille/les personnes de référence n'assurent **pas une éducation favorisant le développement**, il y a un **risque de développement retardé**
- 1032 Le résident/patient/client présente des **troubles de la déglutition** en raison d'un **trouble de la formation/du contrôle/du transport du bolus**
- 1033 Le résident/patient/client présente un **risque d'aspiration** en raison d'une **absence/insuffisance des réflexes de protection**

### Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi (n = 20) :

- 522 La résidente/patiente/cliente présente une **perturbation de la production de lait maternel**, il y a un **risque de sous-alimentation** du nourrisson
- 184 Le résident/patient/client présente une diminution de sa capacité à **maintenir la position assise de façon autonome**
- 712 Le résident/patient/client présente une **diminution de sa capacité à se repositionner au lit** de façon autonome
- 160 Le résident/patient/client présente un **risque d'escarre**
- 084 Le résident/patient/client présente une **perturbation de son autonomie** dans la fonction **boire/manger**
- 842 Le résident/patient/client n'est **pas autonome pour prendre en charge son alimentation**, lié au **développement**
- 849 Le résident/patient/client présente une **dénutrition** en raison d'un **trouble cognitif**
- 555 Le résident/patient/client présente une **dénutrition**
- 851 Le résident/patient/client présente un **risque de dénutrition** en raison d'un **trouble cognitif**
- 608 Le résident/patient/client présente une **perturbation dans sa capacité de réaliser des transferts**
- 015 Le résident/patient/client présente un risque de complications lié à un **trouble de la perception corporelle**
- 309 Le résident/patient/client présente un **risque de complications** en raison d'une **perturbation de la conscience quantitative**
- 411 Le résident/patient/client est incapable de **percevoir/assimiler les stimuli environnementaux de manière adéquate**, il y a un risque de mauvaise interprétation
- 840 Le résident/patient/client présente un développement des capacités/aptitudes non conforme à l'âge, dû à une **perturbation du développement des systèmes perceptifs**
- 537 Le résident/patient/client présente une perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir en raison d'une **hémiplégie**
- 529 Le résident/patient/client présente une **perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir** en raison d'autres étiologies
- 154 Le résident/patient/client présente un **risque d'insuffisance rénale**
- 234 Le résident/patient/client présente un risque d'atélectasie/pneumonie en raison d'une **diminution de la ventilation pulmonaire**
- 828 Le résident/patient/client présente un risque de **diminution de la ventilation pulmonaire**
- 359 Le résident/patient/client présente un **risque de complications** en raison d'un **taux de bilirubine élevé**
- 814 Le résident/patient/client présente un **risque d'exclusion sociale** en raison d'un **comportement** qui est en contradiction avec

- les normes sociales en vigueur
- 815 Le résident/patient/client présente un **comportement social altéré** violant les normes sociales en vigueur en raison d'une **relation parents-enfant perturbée**, il y a un **risque d'exclusion sociale**
- 748 Le résident/patient/client présente un **risque de développement retardé** en raison d'une **séparation des parents/personnes de confiance**
- 838 Le résident/patient/client présente un **risque de développement retardé** en raison d'une **naissance prématurée**
- 891 Le résident/patient/client présente un **risque de développement retardé**
- 92 Le résident/patient/client présente une incapacité partielle ou totale à s'alimenter en raison d'une musculature hypotonique des joues/des lèvres/de la bouche
- 681 Le résident/patient/client présente une incapacité partielle ou totale à s'alimenter en raison de difficultés de mastication
- 87 Le résident/patient/client fait de fréquentes fausses routes lors de l'alimentation, il y a une perturbation de la déglutition
- 90 Le résident/patient/client présente des troubles de la déglutition, fait de fréquentes fausses routes avec des liquides
- 95 Le résident/patient/client présente des troubles de la déglutition en raison d'une pulsion/poussée linguale
- 96 Le résident/patient/client présente des troubles de la déglutition en raison d'une réduction/altération du péristaltisme pharyngé/œsophagien
- 870 Le résident/patient/client présente des troubles de la déglutition pour d'autres/multiples raisons

#### **Lignes directrices pour la pratique mises en sommeil (n = 5) :**

- 811 Le résident/patient/client présente un **risque d'exclusion sociale** en raison d'un **comportement social altéré** qui est en contradiction avec les normes sociales en vigueur
- 52 Le résident/patient/client présente une perturbation du réflexe de déglutition, il y a un risque de fausse route lors des soins de la bouche
- 88 Le résident/patient/client présente une absence de réflexe de déglutition, il y a un risque d'aspiration
- 89 Le résident/patient/client présente une absence de réflexes de toux, pharyngé et de déglutition, il y a un risque de fausse route avec la salive
- 94 Le résident/patient/client présente une incapacité partielle ou totale à s'alimenter en raison d'une difficulté de fermer la bouche, les aliments lui tombent/coulent de la bouche

#### **Littérature consultée (n = 1214)**

A l'époque (2012), les lignes directrices de pratique ont été étayées sur la base de 1214 sources bibliographiques nationales et internationales, dont des législations, lignes directrices et des recommandations allemandes, telles que les accords d'expert nationaux, les directives du MDS (service médical des grandes organisations des caisses d'assurance maladie), des particularités légales par ex. les activités selon § 87b du Code social allemand (concernant les personnes dépendantes présentant un besoin important en prise en charge) etc.

## **2.5 Les versions ENP 2.7 à 2.9 (août 2012 jusqu'à août 2014)**

La dernière phase de révision a apporté – outre une profonde révision systématique basée sur la littérature de près d'un cinquième de toutes les lignes directrices de pratique – trois nouveaux ajouts importants pour la classification de soins ENP en termes de transparence des critères, unicité et compréhensibilité :

- Le développement d'une définition pour chaque diagnostic soignant ENP (cf. chapitre 1.2)
- L'indication du niveau de preuve (LoE – Level of Evidence) pour chaque diagnostic soignant en référence aux critères de NANDA International (cf. chapitre 3)
- La documentation de l'historique des modifications pour chaque ligne directrice de pratique qui permet de suivre le nombre et le moment des modifications réalisées pour chaque diagnostic soignant et chaque ligne directrice de pratique.

Voici à titre d'exemple un extrait de la documentation des modifications effectuées par l'équipe de développement ENP concernant la classe « soins d'hygiène/se vêtir » :

Type de texte		N° ID	Textes ENP liés au diagnostic soignant
	Historique des modifications : 1994*, 2004, 2008 ; 2014		
		Ligne directrice de pratique ENP	Diagnostic soignant ENP
	Niveau d'évidence :	LOE 3.1	LOE 3.1
<b>Classe</b>		10.051	<b>Soins d'hygiène/se vêtir</b>
<b>Catégorie</b>		10.468	<b>Déficit en autosoins Toilette</b>
<b>Diag. soignant</b>		11	Le résident doit éviter tout mouvement entre le bassin et le tronc en raison d'une <b>lésion rachidienne</b> , il y a un <b>déficit en auto-soins concernant la toilette</b>
<b>Définition</b>			Est incapable/n'as pas le droit de <b>se laver</b> de manière autonome tout <b>le corps ou des parties du corps</b> au lavabo ou à d'autres possibilités de toilette en raison d'une <b>lésion de la colonne vertébrale</b> (en raison de violence, tumeurs etc.) associée à un risque de paraplégie et/ou de défaillance neurologique suite à des mouvements rotatifs au niveau du bassin et du tronc (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing).

Figure 7 : Extrait d'une documentation des modifications effectuées par l'équipe de développement ENP

#### Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 17)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	Année de développement	ID	Titre du diagnostic soignant ENP 2.9
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1080	Le résident-- présente un <b>risque de perturbation de la mobilité</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1072	Le résident-- présente une <b>perturbation de son bien-être</b> [problématique soignante sans spécification]
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1071	Le résident-- présente une <b>perturbation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1070	Le nouveau-né présente une <b>hyperbilirubinémie néonatale</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1068	Le résident-- présente un <b>risque de cicatrisation perturbée</b> en raison d'un <b>intertrigo</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1067	Le résident-- présente un <b>trouble de l'équilibre électrolytique</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1066	Le résident-- présente une <b>réaction allergique</b> , il y a un <b>risque choc anaphylactique</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1064	Le résident-- présente un <b>déficit hydrique</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1063	Le résident-- présente un <b>risque de complications pulmonaires</b> en raison d'une <b>intervention chirurgicale</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1062	Le résident-- présente une <b>respiration insuffisante</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1041	Le résident-- présente un <b>risque de complications</b> en raison d'une <b>morsure de tique</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1040	Le résident-- présente un <b>risque de perturbation du développement</b> en raison d'une <b>négligence physique/médicale</b>

LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1039	Le résident-- présente un <b>risque de perturbation du développement</b> en raison d'un <b>abus psychique/d'une négligence émotionnelle</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1035	Le résident-- présente un <b>risque de perturbation du développement</b> en raison d'un <b>abus physique</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1038	Le résident-- présente un <b>risque de perturbation du développement</b> en raison d'une <b>suspicion d'abus sexuel/de viol</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	Le résident-- présente un <b>risque de perturbation du développement</b> en raison d'un <b>abus sexuel/viol</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	Le résident-- présente un <b>risque d'abus physique</b>

**Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi (n = 112) :**

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	Actualisation systématique	ID	Titre du diagnostic soignant ENP 2.9
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2007, 2014	407	Le résident-- présente une <b>perturbation de la communication</b> en raison d'une <b>hypercousie (surdité)</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	416	Le résident-- présente une <b>perturbation de la communication verbale</b> en raison d'une <b>aphasie globale</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	419	Le résident-- présente une <b>perturbation de la communication verbale</b> en raison d'une <b>aphasie motrice</b> (aphasie de Broca)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	417	Le résident-- présente une <b>perturbation de la communication verbale</b> en raison d'une <b>aphasie sensorielle</b> (aphasie de Wernicke)
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2008, 2014	412	Le résident-- présente une <b>perturbation de la communication</b> en raison d'une <b>faiblesse physique</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2014	387	Le résident-- présente des <b>difficultés à exprimer ses propres désirs/besoins</b> , il y a un <b>risque qu'ils ne soient pas accomplis de manière adéquate</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2000* 2006 , 2014	424	Le résident-- présente une <b>perturbation de la communication verbale</b> en raison d'un <b>trouble de la parole</b> (perturbation des aptitudes motrices-articulatoires)
LOE 2.1	LOE 2.1	2010*; 2014	897	Le résident-- présente une <b>perturbation de la communication</b> en raison d'un <b>trouble du langage</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*,2006, 2014	414	Le résident-- est <b>incapable d'établir des contacts</b> comme d'habitude, il y a une <b>perturbation de l'interaction</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*,2011, 2014	411	Le résident-- est <b>incapable de percevoir/assimiler les stimuli environnementaux</b> de manière adéquate, il y a un <b>risque de mauvaise interprétation</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2000*,2004, 2006, 2014	746	Le résident-- présente des <b>difficultés à établir et de maintenir des relations</b> , il y a une <b>perturbation de l'interaction sociale</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007; 2014	186	Le résident-- présente des <b>troubles de la marche</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2008, 2014	193	Le résident-- présente des difficultés à la marche en raison du <b>manque d'assurance lors de l'utilisation des aides techniques</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2001, 2011, 2014	608	Le résident-- présente une <b>perturbation dans sa capacité à réaliser des transferts</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2004, 2007, 2011, 2014	181	Le résident-- présente une <b>diminution de sa capacité à se repositionner au lit</b> de façon autonome

LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	592	Le résident-- n'est <b>pas autonome</b> pour se <b>déplacer dans son domicile</b> en fauteuil roulant
LOE 3.2	LOE 3.2	2001*, 2004, 2008, 2014	648	Le résident-- présente une <b>mobilité réduite</b> en raison d'une <b>baisse de l'endurance/force physique</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2007, 2014	179	Le résident-- présente une <b>mobilité réduite</b> en raison de l'amputation d'un membre inférieur
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2002, 2006, 2007, 2014	171	Le résident-- présente un <b>risque de contracture</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2007, 2014	178	Le résident-- présente une mobilité réduite en raison d'une <b>contracture</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	165	Le résident-- présente un <b>risque de thrombose</b> en raison d'une <b>immobilité/mobilité réduite</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2009, 2014	261	Le résident-- présente un <b>risque de complications cardiovasculaires</b> en raison de <b>changements cardiovasculaires liés à une hypertension</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 1994, 2005, 2009; 2014	610	Le résident-- présente un <b>risque de défaillance cardiovasculaire</b> en raison d'une <b>insuffisance cardiaque</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	234	Le résident-- présente un <b>risque d'atélectasie/pneumonie</b> en raison d'une <b>diminution de la ventilation pulmonaire</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2007, 2014	347	Le résident-- n'est <b>pas autonome</b> pour la <b>prise de médicaments</b> , il y a un <b>risque de thérapie inefficace</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2004, 2008, 2011, 2014	688	Le résident-- présente un <b>risque d'aspiration</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	12	Le résident-- n'est pas autonome pour se laver en raison d'une <b>mobilité réduite</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008; 2014	22	Le résident-- n'est pas <b>autonome pour organiser la toilette</b> en raison d'une <b>dé-sorientation</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	33	Le résident-- effectue la <b>toilette</b> de façon inadéquate en raison d'une <b>auto-négligence</b> (self-neglect)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	7	Le résident-- n'est pas autonome pour <b>se laver</b> en raison d'une <b>capacité physique réduite</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007, 2014	18	Le résident-- n'est <b>pas autonome pour se laver</b> en raison d'une <b>hémiplé-gie/hémi-parésie</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 2000, 2004, 2008, 2014	13	Le résident-- est complètement dépendant lors de la toilette en raison d'une <b>res-triction de la conscience quantitative</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	2001*, 2004, 2008, 2014	536	Le résident-- n'est <b>pas autonome</b> pour <b>se doucher/se baigner</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2007, 2009, 2014	37	Le résident-- présente une <b>perturbation</b> dans son autonomie à <b>soigner sa bouche</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	46	Le résident-- porte une <b>prothèse dentaire</b> et n'est pas autonome pour effectuer les <b>soins de bouche/de la prothèse dentaire</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	69	Le résident-- présente une perturbation dans son <b>autonomie à soigner les che-veux</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2007, 2014	72	Le résident-- présente une <b>perturbation</b> dans son autonomie à <b>se raser/faire la barbe</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	78	Le résident-- présente une <b>perturbation</b> dans son autonomie à <b>soigner les ongles des doigts</b>

LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2009*, 2014	827	Le résident-- présente une perturbation dans son autonomie à <b>soigner les pieds</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007; 2014	63	Le résident-- présente un <b>risque d'atteinte à l'intégrité de la peau</b> en raison d'une <b>peau sèche</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	66	Le résident-- présente un <b>risque d'atteinte à l'intégrité de la peau</b> en raison d'une <b>tendance à intertrigo</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	84	Le résident-- présente une <b>perturbation de la fonction boire/manger</b> en raison d'une <b>autonomie réduite</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2004, 2008, 2014	554	Le résident-- <b>néglige son alimentation</b> (self-neglect), il y a un <b>risque de dénutrition</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2008; 2014	559	Le résident-- présente un <b>risque d'adiposité</b> en raison d'un <b>comportement alimentaire déficitaire</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2008, 2014	562	Le résident-- présente un <b>risque de déficit hydrique</b> en raison d'une <b>oligodipsie/adipsie</b> (réduction/absence de sensation de soif)
LOE 2.1	LOE 2.3	2009*, 2014	872	Le résident-- présente un <b>risque de déficit hydrique/électrolytique</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*, 2014	850	Le résident-- présente un <b>risque de dénutrition</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*; 2014	851	Le résident-- présente un <b>risque de dénutrition</b> en raison d'un <b>trouble cognitif</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2004*, 2007, 2008, 2014	558	Le résident-- <b>refuse de s'alimenter</b> , il y a un <b>risque de dénutrition</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	2004*; 2008, 2014	555	Le résident-- présente une <b>dénutrition</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2009; 2014	97	Le résident-- est <b>alimenté par voie entérale à l'aide d'une sonde</b> , il y a une <b>perturbation de l'alimentation</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	87	Le résident-- <b>fait de fréquentes fausses routes</b> lors de l'alimentation, il y a une <b>perturbation de la déglutition dans la phase orale de transport/pharyngée</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	90	Le résident-- <b>fait de fausses routes avec des liquides exclusivement</b> , il y a une <b>perturbation de la déglutition dans la phase orale de transport/pharyngée</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	127	Le résident-- présente une perturbation de son autonomie dans <b>l'élimination des urines/selles</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2014	132	Le résident-- n'atteint pas les toilettes à temps en raison d'une <b>mobilité réduite</b> , il y a un <b>risque de miction involontaire</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008; 2012, 2014	130	Le résident-- présente une <b>perte involontaire d'urine</b> (incontinence mixte) en raison d'une <b>hyperactivité du détrusor</b> et d'une <b>insuffisance de l'appareil sphinctérien</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2008, 2012, 2014	574	Le résident-- n'est <b>pas en mesure d'éviter une perte d'urine</b> , l' <b>appareil génito-urinaire étant intact</b> (incontinence fonctionnelle)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2008, 2012, 2014	134	Le résident-- présente une <b>perte involontaire d'urine</b> (incontinence à l'effort) en raison d'une <b>insuffisance de l'appareil sphinctérien</b> lors d'une pression abdominale élevée
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	137	Le résident-- présente une <b>perte involontaire d'urine</b> (incontinence réflexe) en raison de <b>contractions du détrusor involontaires, non inhibables</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	135	Le résident-- présente une fuite involontaire d'urine (incontinence par impériosité) suite à un <b>besoin fort/impérieux d'uriner</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2012, 2014	143	Le résident-- présente un <b>risque de diminution de la fréquence des selles</b> (risque de constipation)

LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2012, 2014	576	Le résident-- présente une <b>diminution de la fréquence des selles</b> accompagnée de selles dures/sèches (constipation)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2012, 2014	145	Le résident-- présente une <b>élimination involontaire de selles</b> (incontinence fécale)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2003, 2006, 2012, 2014	321	Le résident-- présente un <b>risque d'infection ascendante des voies urinaires</b> en raison d'une <b>sonde transurétrale à demeure</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2003, 2006, 2012, 2014	322	Le résident-- présente un <b>risque d'infection des organes d'élimination</b> en raison d'une <b>sonde vésicale sus-pubienne</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2007, 2011, 2014	529	Le résident-- présente une <b>perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	170	Le résident-- n'est <b>pas autonome pour mettre/enlever les bas de compression</b> , il y a un <b>déficit en auto-soins lors de l'habillement</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2001*, 2004, 2007, 2014	530	Le résident-- ne montre <b>pas d'intérêt pour les vêtements propres/soignés</b> , il y a un <b>risque d'auto-négligence (self-neglect) dans le domaine des vêtements/de l'apparence physique</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	537	Le résident-- présente une <b>perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir</b> en raison d'une <b>hémiplégie</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2014	299	Le résident-- présente des difficultés à dormir d'une traite, il y a un <b>risque de manque de sommeil</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2007, 2014	282	Le résident-- présente des <b>difficultés à s'endormir</b> , il y a un <b>risque de manque de sommeil</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2003, 2007, 2014	479	Le résident-- est <b>incapable de se détendre</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2007, 2009, 2014	467	Le résident-- présente une <b>perturbation dans son autonomie à organiser les loisirs</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	451	Le résident-- présente une <b>perturbation de son autonomie à organiser sa journée/vie</b> en raison de <b>processus dégénératifs liés à l'âge</b> (syndrome de Frailty)
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2010, 2014	450	Le résident-- présente une <b>perturbation de son autonomie à organiser sa journée/vie</b> en raison d'un trouble d'orientation
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	634	Le résident-- présente une <b>perturbation dans l'organisation de la journée/vie</b> en raison d'une <b>difficulté à retenir/se rappeler des informations</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	535	Le résident-- présente une <b>perturbation dans l'organisation de la journée/vie</b> en raison d'un <b>trouble de la pensée</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	896	Le résident-- présente une <b>perturbation dans l'organisation de la journée/vie</b> suite à un <b>syndrome démentiel</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1993* 2003, 2009, 2014	452	Le résident-- présente une perturbation de son autonomie à <b>organiser sa journée/vie</b> en raison d'un <b>handicap</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	547	Le résident-- présente une <b>perturbation de son bien-être liée</b> à l'incapacité à soigner son apparence physique
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	187	Le résident-- présente un <b>risque de chute</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2005*, 2007, 2014	203	Le résident-- présente une perturbation du contrôle de la posture/de l'équilibre et un <b>risque de chute</b> en raison de la <b>maladie de Parkinson</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007, 2014	216	Le résident-- présente un <b>risque de chute</b> en raison d'une <b>perturbation de l'équilibre</b> lors de la marche/station/position assise
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1995, 2003, 2007,	160	Le résident-- présente un <b>risque d'escarre</b>

		2010, 2012, 2014		
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2004, 2007, 2014	431	Le résident-- se retire de la vie sociale, il y a un <b>risque d'isolement social</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2001*, 2008, 2014	429	Le résident-- présente une <b>perturbation de la structuration de la journée</b> , il y a un <b>risque de déficit en autosoins</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2002*, 2008, 2014	626	Le résident-- a <b>tendance à s'évader</b> , il y a un <b>risque de mise en danger de soi-même</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	217	Le résident-- présente une <b>perturbation de l'orientation spatiale</b> en raison de <b>troubles de l'équilibre</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2005, 2008, 2014	317	Le résident-- présente un <b>risque de mise en danger de soi-même/d'autrui</b> en raison d'un <b>trouble d'orientation</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2008, 2014	743	Le résident-- présente un <b>comportement</b> engendrant un <b>danger aigu pour soi-même/autrui</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990* 2003, 2007 2014	489	Le résident-- présente des douleurs aiguës
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2007, 2014	645	Le résident-- présente des <b>douleurs chroniques</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	493	Le résident-- présente des <b>douleurs de l'appareil locomoteur</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	491	Le résident-- présente une <b>diminution de la fonction/mobilité</b> liée à des <b>douleurs articulaires</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	354	Le résident-- présente un <b>risque d'hyper-/hypoglycémie</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*,2006, 2009, 2014	676	Le résident-- présente une <b>plaie chronique</b> , il y a une <b>perturbation de la cicatrisation</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	497	Le résident-- a <b>peur</b> , ressent une menace réelle/fictive
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	190	Le résident-- a <b>peur de chuter</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2014	498	Le résident-- a <b>peur de tomber du lit</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	703	Le résident-- présente une souffrance liée à des <b>accès d'agitation</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	464	Le résident-- <b>s'ennuie</b> en raison d'un <b>manque d'occupations dotées de sens</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	503	Le résident-- souffre de ne <b>pas pouvoir rentrer chez lui</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	68	Le résident-- présente une <b>perturbation de son bien-être</b> en raison d'un <b>prurit</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	39	Le résident-- présente une <b>mastication/salivation réduite</b> , il y a un <b>risque de candidose et parotidite</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	131	Le résident-- présente un <b>risque de dermatite lié à l'élimination/l'incontinence</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*,2006, 2008, 2011, 2014	857	Le résident-- présente une <b>escarre</b> , la <b>cicatrisation est entravée</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2008, 2014	622	Le résident-- présente un <b>risque d'excès du volume liquidien (extracellulaire/intravasculaire)</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2008, 2011, 2014	887	Le résident-- présente un risque de thérapie inefficace en raison d'un <b>manque de connaissances/capacités</b> à gérer son <b>diabète/une hypo-/hyperglycémie</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2011, 2014	569	Le résident-- présente un <b>risque d'atteinte à l'intégrité de la peau</b> en raison d'une <b>peau sensible/fine</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	383	Le résident-- présente une <b>maladie infectieuse</b> , il y a un risque de contagion pour l'entourage

LOE 2.1	LOE 2.1	2009*, 2014	894	Le résident-- présente une colonisation/infection par des micro-organismes multi-résistants, il y a un risque de propagation de micro-organismes
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2009, 2014	339	Le résident-- présente une plaie à cicatrisation secondaire, il y a une perturbation de la cicatrisation

### Lignes directrices pour la pratique mises en sommeil (n = 13)

Dans le cadre de la révision, les diagnostics suivants ont été intégrés dans un autre diagnostic ou transformé en un nouveau diagnostic.

52	Le résident-- présente une perturbation du réflexe de déglutition, il y a un risque de fausse route lors des soins de la bouche
88	Le résident-- présente un risque de fausse route lié à l'absence de réflexe de déglutition
89	Le résident-- présente un risque de fausse route avec la salive lié à l'absence de réflexes de toux, pharyngé et de déglutition
94	Le résident-- présente une incapacité partielle ou totale à s'alimenter liée à la difficulté de fermer la bouche, les aliments lui tombent/coulent de la bouche
561	Le résident-- présente un risque de déficit hydrique
654	Le résident-- doit suivre un régime pauvre en protéines en raison d'une intolérance, il y a un risque de complications liées à l'alimentation
828	Le résident-- présente un risque de diminution de la ventilation pulmonaire
235	Le résident-- présente une respiration superficielle et une incapacité à effectuer les exercices respiratoires actifs, il y a un risque d'atélectasie/pneumonie
249	Le résident-- est incapable d'expectorer suite à un dysfonctionnement de la fermeture de la glotte, il y a un risque d'atélectasie/pneumonie
198	Le résident-- présente une diminution dans sa liberté de mouvement en raison de facteurs externes
206	Le résident-- présente une mobilité réduite en raison d'une douleur à l'effort
647	Le résident-- présente une diminution de la mobilité postopératoire
490	Le résident-- présente des douleurs articulaires avec une douleur initiale

### Littérature consultée (n = 3545)

Dans la version 2.9 (2014), les lignes directrices de pratique sont étayées sur la base de 3.545 sources bibliographiques nationales et internationales. Parmi ces sources figurent des législations, des lignes directrices et des recommandations, telles que les accords d'expert nationaux etc., ainsi que de nombreux guidelines internationaux. En somme, les 552 lignes directrices de pratique présentent un total de 10.355 liens à des sources bibliographiques. Surtout des livres spécialisés ou des articles décrivant un phénomène de soins complexe sont liés plusieurs fois aux lignes directrices de pratique ENP.

### 3. Niveau de preuve des diagnostics et lignes directrices ENP

Dans le cadre de la révision des diagnostics soignants et lignes directrices de pratique ENP réalisée en 2014, les niveaux de preuve ont été évalués et indiqués. Depuis le début du développement, un objectif central a été d'obtenir une comparabilité des niveaux de preuve avec d'autres systèmes de classification de soins. C'est dans cette logique que le niveau de preuve (Level of evidence, LOE) de ENP s'oriente aux critères de classement de NANDA International<sup>7</sup> – même si certains aspects critiques de ce système vaudraient la peine d'être discutés. Cette approche permet de comparer l'expressivité de diagnostics soignants déterminés issus de différentes classifications. L'énumération suivante précise les niveaux de preuve utilisés dans ENP :

#### 1. Développement d'une nouvelle ligne directrice de pratique

Les lignes directrices de pratique ENP sont généralement développées de manière inductive ; cela veut dire que les praticiens de soins qui travaillent avec ENP identifient une lacune. La démarche de développement est donc l'identification d'un phénomène dans la pratique de soins. Puis la réalisation de l'ordre de développement. Le résultat est concerté avec les praticiens de soins. Ensuite, le diagnostic est intégré au catalogue.

Moins fréquent est le développement d'une nouvelle ligne directrice incité par une analyse bibliographique. Dans ce cas, il y a d'abord une proposition de développement (cf. LOE 1.1/1.2/1.3) qui sera ensuite discutée et évaluée par des experts compétents de la pratique clinique.

##### 1.1 Titre du diagnostic soignant uniquement (ordre de développement)

Le diagnostic soignant ENP est vérifié avec toute diligence et étayé par la littérature. Le respect des règles syntaxiques et structurelles est assuré. De possibles chevauchements sont vérifiés.

##### 1.2 Titre du diagnostic soignant et définition (ordre de développement)

Un diagnostic soignant ENP est formulé avec précision, la définition correspond au titre. La définition se distingue des caractéristiques et du titre du diagnostic ; ces éléments ne figurent pas dans la définition. Le diagnostic et la définition sont appuyés par des références bibliographiques.

##### 1.3 Diagnostic soignant et définition complétés par des objectifs et interventions de soins (ordre de développement)

La ligne directrice de pratique ENP se trouvant à un stade précoce est mise à disposition de l'utilisateur final dans des produits logiciels pour être évaluée et améliorée en collaboration.

Dans la pratique clinique des soins, il peut arriver que, dans le cadre de projets, une ligne directrice de pratique ENP soit déjà mise à disposition des utilisateurs finaux au stade précoce 1.3. Le catalogue officiel ENP et les publications sous forme de livres, par contre, ne contiennent que les diagnostics au niveau de maturité 2.1 ou plus.

---

<sup>7</sup> Pour connaître les niveaux de preuve utilisés par NANDA-I, veuillez consulter l'adresse internet suivante : <http://www.nanda.org/nanda-international-level-of-evidence-criterial.html> (consulté le 25/06/2014).

## **2. Diagnostics soignants et lignes directrices de pratique intégrés au catalogue officiel ENP et confirmés par la littérature internationale, la pratique de soins et/ou des études de consensus**

### **2.1 a) Le titre du diagnostic, la définition, les caractéristiques, étiologies et ressources sont appuyés par la littérature**

Le diagnostic soignant, sa définition ainsi que l'ensemble des caractéristiques, étiologies et ressources sont appuyés par la littérature spécialisée, nationale et internationale.

### **2.1 b) Le titre du diagnostic, la définition, les caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs et interventions de soins sont développés pour compléter le diagnostic soignant, appuyés sur la littérature**

En plus de l'appui sur la littérature du diagnostic soignant, de la définition et de l'ensemble des caractéristiques, étiologies et ressources, les interventions et les objectifs de soins sont associés au diagnostic et appuyés par la littérature.

### **2.2 Analyse terminologique du diagnostic soignant**

En plus de l'appui sur la littérature du diagnostic soignant, de la définition et de l'ensemble des caractéristiques, étiologies, ressources, interventions et objectifs de soins, une analyse conceptuelle est réalisée avec une évaluation bibliographique détaillée. L'analyse conceptuelle soutient le diagnostic soignant et la définition, elle comprend le débat et l'appui des caractéristiques.

### **2.3 Etudes de consensus portant sur les diagnostics existants, réalisées par des experts**

En complément à l'appui sur la littérature de tous les éléments du diagnostic et de la ligne directrice, les études de consensus sont réalisées avec des experts du domaine concerné. Les études englobent des opinions d'experts et des études Delphi ou de crossmapping avec d'autres classifications de soins, ainsi que d'autres types d'étude aux contenus diagnostiques.

## **3. Les diagnostics soignants et lignes directrices de pratique cliniquement soutenus (validation et vérification)**

### **3.1 a) Synthèse bibliographique**

Analyse et évaluation systématiques de la littérature portant sur le diagnostic et les interventions de soins selon une stratégie de recherche documentée et justifiée.

### **3.1 b) Synthèse bibliographique et expert rating**

Analyse et évaluation systématiques de littérature portant sur le diagnostic et les interventions de soins selon une stratégie de recherche documentée et justifiée, suivis par un expert rating (par ex. sous forme d'enquêtes, conférences etc.).

### **3.2 Etudes cliniques portant sur les diagnostics et les lignes directrices, non généralisables à la population générale**

L'étude se réfère au diagnostic soignant ainsi qu'à toutes les caractéristiques et étiologies liées au diagnostic. Les études peuvent être de caractère qualitatif ou quantitatif. Cela englobe également des études analysant la validité concomitante (*concurrent validity*) dans le contexte clinique. Le volume des échantillons est limité et le choix n'est pas aléatoire (non probabiliste).

### **3.3 Etudes cliniques bien conçues aux petits échantillonnages**

L'étude se réfère au diagnostic soignant ainsi qu'à toutes les caractéristiques et étiologies ayant un rapport au diagnostic. Elle est basée sur un échantillon aléatoire (probabiliste) et un petit volume d'échantillons.

### **3.4 Etudes cliniques bien conçues avec une quantité suffisante d'échantillons aléatoires, permettant de généraliser à la population globale**

L'étude se réfère au diagnostic soignant ainsi qu'à toutes les caractéristiques et étiologies ayant un rapport au diagnostic. Elle est basée sur un échantillon aléatoire (probabiliste), le volume d'échantillons est suffisamment important pour généraliser les résultats à la population globale.

## 4. Définitions des termes des classes ENP

Au cours du développement, l'équipe de développeurs ENP a déterminé la structure linguistique et la définition de chaque groupe ENP pour rendre encore plus clair le langage de soins European Nursing care Pathways. Les structures définies vous sont présentées dans les chapitres suivants.

### 4.1 Définition des diagnostics soignants ENP

Un diagnostic soignant ENP se définit comme suit :

*Un **diagnostic soignant ENP** est un énoncé linguistique utilisé par des soignants – si possible en concertation avec la personne concernée et/ou sa famille/les personnes de confiance – et qui est fondé sur une estimation/évaluation systématique (outil d'évaluation, anamnèse soignante, examen physique) de l'état de santé du patient, sur les effets psychiques, physiologiques ainsi que ceux liés au développement ou sur la réaction face à ses problèmes de santé ; il constitue la base de décision quant aux objectifs soignants et au choix des interventions de soins adéquates.*

Un diagnostic soignant ENP décrit, sous une forme standardisée, les possibles résultats diagnostiques. Un diagnostic soignant ENP est composé d'une problématique soignante et d'une spécification. Un petit pourcentage, actuellement 13,6 % (n = 75), des diagnostics soignants ENP ne présente pas de spécification et sert de « catégorie résiduelle » au cas où aucune proposition d'une problématique soignante pré-combinatoire avec spécification ne s'applique. Dans ce cas, le soignant rajoute lui-même les caractéristiques et les étiologies au cours du processus diagnostique et transforme la problématique de soins en un diagnostic soignant. Une pré-combinaison d'une spécification et d'une problématique a été effectuée chaque fois que des concepts d'intervention spécifiques étaient disponibles pour la problématique soignante ENP. Dans ENP, la définition d'une problématique soignante est la suivante :

*Les problématiques soignantes sont des perturbations actuelles de l'individu concerné qui sont dues à sa personne ou à son environnement. Ou bien il s'agit de risques liés à l'état de santé ou au traitement de la personne concernée qu'elle ne peut pas assumer ou éliminer elle-même et qui limitent son autonomie et/ou celle d'autres personnes. Des conditions ou modifications psychiques liées à l'entourage ou au développement, des modifications de la santé physiologique ainsi que des contraintes liées à l'âge peuvent être à l'origine des problématiques soignantes. Une attitude professionnelle est nécessaire pour saisir les problématiques soignantes, pour les transformer en diagnostic soignant et agir positivement sur l'état de santé en appliquant les soins prévus.*

Selon Gordon et Bartholomeyczik (2001), un diagnostic soignant comprend trois éléments essentiels, « également nommés schéma PES. Ces trois composants sont : le problème de santé (P), les facteurs étiologiques ou reliés (E) [et] les caractéristiques définissant ou les clusters de signes et de symptômes (S) ». (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, p. 38 f.) Le groupe des problématiques soignantes décrit, au niveau de la catégorie, des problématiques soignantes qui

correspondent aux porteurs de caractères disjoints auxquels sont attribués les termes des diagnostics soignants. Puisqu'un diagnostic soignant ENP se compose d'une problématique soignante et d'une spécification, il comprend déjà au moins deux éléments essentiels d'un diagnostic soignant selon la définition de Gordon (2001, p. 38). Au cours du processus diagnostique, le soignant choisit les caractéristiques et étiologies ENP adéquates. Dans ENP, les caractéristiques ne se réfèrent pas uniquement à la problématique soignante, mais à la combinaison entre la problématique de soins et la spécification.

Le tableau 5 suivant représente, à titre d'exemple, les diagnostics soignants ENP de la classe « 1.1 Soins d'hygiène/se vêtir » et de la sous-catégorie « 1.1.1 Déficit en autosoins Toilette » du domaine « 1 Diagnostics soignants de la sphère fonctionnelle/physiologique » pour clarifier la différence entre la problématique soignante (= catégorie) et le diagnostic soignant ENP.

Classe	Catégorie ( = problématique soignante)	Diagnostics soignants ENP
1.1 Soins d'hygiène/ se vêtir	1.1.1 Déficit en autosoins Soins d'hygiène	Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome pour se laver</b> en raison d'une <b>mobilité réduite</b>
		Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome pour se laver</b> en raison d'une <b>hémiparésie/hémiplégie</b>
		Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome pour se laver</b> en raison d'une <b>capacité physique réduite</b>
		Le résident/patient/client ne doit pas faire d'effort lors de la toilette en raison d'une <b>diminution de la performance cardiaque</b> , il y a un <b>déficit en autosoins</b> concernant la <b>toilette</b>
		Le résident/patient/client présente une <b>incapacité à tenir les ustensiles de toilette</b> en raison d'une <b>mobilité réduite</b> , il y a un <b>déficit en autosoins</b> concernant la toilette
		Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome pour organiser la toilette</b> en raison d'une <b>désorientation</b>
		Le résident/patient/client doit éviter tout mouvement entre le bassin et le tronc en raison d'une <b>lésion rachidienne</b> , il y a un <b>déficit en autosoins concernant la toilette</b>
		Le résident/patient est <b>complètement dépendant lors de la toilette</b> en raison d'une <b>restriction de la conscience quantitative</b>
		Le résident/patient/client effectue la <b>toilette</b> de façon inadéquate en raison d'une <b>auto-négligence</b> (self-neglect)
		Le résident/patient/client est <b>incapable d'effectuer la toilette intime</b> comme d'habitude en raison d'une <b>plaie aux parties intimes</b>
		Le résident/patient/client n'est pas autonome pour assurer son <b>hygiène corporelle</b> , lié au <b>développement</b>
		Le résident/patient/client n'est pas autonome pour se laver en raison d'un <b>trouble d'intégration sensorielle</b>
		Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome pour se laver</b>
Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome pour se doucher/se baigner</b>		

Tableau 5 : Diagnostics soignants ENP de la catégorie soins d'hygiène/se vêtir pour illustration

L'opérationnalisation ici présentée du déficit en autosoins concernant la toilette est déterminée par le développement de la ligne directrice de pratique. Si, lors de l'élaboration d'une ligne directrice de pratique basée sur le diagnostic soignant, on constate qu'il y a des interventions spécifiques, par exemple en cas d'hémiparésie pour le déficit en autosoins concernant la toilette, le diagnostic soignant ENP serait alors élaboré selon la méthode pré-combinatoire. L'analyse bibliographique, réalisée dans le contexte du développement ENP des diagnostics de la sous-catégorie *déficit en*

*autosoins concernant la toilette*, montre qu'il y a des concepts d'interventions spécifiques pour les diagnostics soignants ENP cités dans le tableau 5 (Helmbold, 2010a).

La structure décrite des diagnostics soignants ENP a été choisie dans le souci de proposer à l'utilisateur du langage professionnel ENP des concepts d'interventions nuancés et ciblés pour représenter le processus des soins. Les problématiques soignantes ENP ne contenant pas de spécification servent de catégorie résiduelle que le soignant transformera en un diagnostic soignant à travers le codage de caractéristiques et d'étiologies. Les catégories résiduelles ne devraient être utilisées qu'au cas où il n'existe aucun diagnostic soignant ENP spécifique qui reflète la situation présente du patient/résident/client individuel.

### **La syntaxe des diagnostics soignants ENP**

La détermination de la syntaxe des différents éléments linguistiques dans ENP sert à l'unification de la structure du langage professionnel. Voici un exemple :

*« Le patient présente un risque d'atteinte à l'intégrité de la peau en raison d'une trachéostomie implantée »*

« Le patient » = sujet

« présente » = verbe

« un risque d'atteinte de l'intégrité de la peau » = complément d'objet direct

« en raison d'une trachéostomie implantée » = complément prépositionnel

*« Le patient n'est pas autonome pour effectuer sa toilette en raison d'une hémiplégie/-parésie »*

« Le patient » = sujet

« n'est pas autonome » = verbe verbale négative

« pour se laver » = verbe principal (ici à l'infinitif)

« en raison d'une hémiplégie/-parésie » = complément prépositionnel

La syntaxe des diagnostics soignants ENP sans spécification est la suivante :

« Le patient présente un risque d'escarre »

« Le patient » = sujet

« présente » = verbe

« un risque d'escarre » = complément d'objet direct

La structure de la phrase d'un diagnostic soignant est un énoncé dont le verbe est à la troisième personne du singulier de l'indicatif présent.

## **4.2 Définition : Caractéristiques ENP**

Chaque analyse d'un terme mène automatiquement aux caractéristiques déterminant ce terme. Pour déterminer le contenu d'un terme et pour définir un concept diagnostique, comme par ex. les diagnostics soignants ENP, la dénomination des caractéristiques aptes à appuyer le diagnostic soignant est essentielle. Dans la science de la terminologie, on attribue différentes significations aux caractéristiques. *« La totalité des caractéristiques d'un terme constatées à un moment donné constitue la somme des connaissances relatives à ce terme »* (Arntz, Picht, & Mayer, 2004, p. 53

f). *Ce savoir sur le terme aide à en nommer et délimiter le contenu.* Les caractéristiques aident également à structurer les termes et à les classer dans une taxonomie.

Dans le processus diagnostique, les caractéristiques servent d'indicateurs pour confirmer un diagnostic soignant (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, p. 43 ss.). Dans le contexte du développement des diagnostics soignants ENP, les caractéristiques sont utilisées pour conceptualiser ceux-ci. La définition des caractéristiques ENP est la suivante :

**Les caractéristiques ENP** sont des indicateurs, des attributs et des expressions émises par l'individu concerné. Elles contribuent à identifier les diagnostics/problématiques soignantes ou à les délimiter entre eux. Ces caractéristiques ou indicateurs peuvent décrire des symptômes ; il peut s'agir d'attributs supplémentaires du problème, d'indicateurs biographiques ou historiques, physiologiques ou psychiques, de la description d'une expression verbale de la personne concernée par rapport au problème, de la description de réactions d'une personne ou de facteurs de risque.

Les caractéristiques ENP se réfèrent aussi bien à la problématique soignante y comprise qu'à la spécification de ladite problématique. Les diagnostics au sein d'une catégorie peuvent contenir des caractéristiques générales relatives à la problématique soignante.

### **La syntaxe des caractéristiques ENP**

Les formulations des caractéristiques sont des symptômes (par ex. *signes de cyanose, fréquence respiratoire élevée, râle sibilant, tachypnée, exprime avoir du prurit*), les expressions de la personne concernée (par ex. *exprime avoir peur des douleurs lors de l'expectoration, décrit la sensation de solitude/abandon*), les réactions comportementales (par ex. *irritabilité élevée, est incapable d'exprimer sa rage/sa colère de manière adaptée et la dirige contre des objets/animaux, s'arrache les cheveux*), les signes physiologiquement détectables (par ex. *fréquence respiratoire d'un adulte inférieure à 12 respirations/min*) ou les descriptions des limitations de capacité de la personne concernée (par ex. *est incapable de se laver certaines régions du corps, est incapable d'articuler*).

Du point de vue syntaxique, les caractéristiques peuvent être des phrases complètes, composées d'un sujet et d'un syntagme verbal (qui peut comprendre le prédicat, des objets et/ou des compléments), et elles sont formulées généralement en actif. Il peut s'agir aussi d'une ellipse, composée du prédicat, des objets et/ou des compléments ou simplement de termes individuels. Ces phrases incomplètes se réfèrent toujours au sujet du diagnostic soignant. Par ex. *La capacité de se laver les parties du corps est limitée* ou *Maladie cutanée infectieuse*.

### **4.3 Définition : Étiologies ENP**

Une étiologie peut être définie comme une dénomination désignant « un événement ou un nombre d'événements qui provoquent de manière causale (causalité) un autre événement, à savoir l'effet. » La définition du terme d'étiologie dans l'ouvrage de référence « Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie » s'appuie sur les quatre types de causes selon Aristote, sur la compréhension moderne des causes et effets selon Hume et sur d'autres philosophes (Mittelstraß,

1996, p. 442). La définition des étiologies dans le cadre du développement ENP se base sur une approche similaire. Pour affiner davantage la différenciation du diagnostic soignant, des étiologies sont formulées qui sont co-responsables de la cause et du maintien de la problématique/l'état de santé ou qui agissent sur ces derniers (Brobst et al., 1997, p. 17 s., Gordon, 2001, p. 41).

Dans ENP, les étiologies se définissent comme suit :

***Les étiologies ENP** sont des facteurs déclencheurs et/ou influençants qui débouchent sur l'établissement d'une problématique soignante/un diagnostic soignant ou la/le confirment. Des étiologies/facteurs d'influence peuvent être un comportement de la personne concernée, des maladies connues ainsi que des perturbations descriptibles de la sphère psychosociale ou du domaine des capacités physiques et cognitives. Entourage, socialisation et expériences de l'individu concerné sont autant d'indicateurs que l'on retrouve dans la catégorie causes/facteurs d'influence.*

Dans le contexte du processus de soins, il est indispensable de connaître les causes des problématiques soignantes, car souvent il faut en tenir compte dans le choix des interventions afin d'éliminer ou atténuer une problématique soignante. Pour planifier et sélectionner les interventions de soins adéquates, il faut par exemple différencier si l'individu ne peut pas se laver parce que l'étiologie est due à une restriction postopératoire de la mobilité ou à une apraxie.

La compréhension des causes dans ENP s'appuie sur l'analyse du terme « causes » qui engendre la différenciation suivante (Hügli & Lübcke, 2001, p. 640 ss-) :

Les causes en tant que relation de causalité entre cause et effet. Les causes en tant que chaîne ou relation de causalité, en d'autres termes « [...] ce réseau des causes et effets entremêlé dans un événement ». (Hügli & Lübcke, 2001, p. 642)

*Cause influente*, à savoir les causes qui sont liées à l'effet, mais ne sont pas les seules à provoquer l'effet.

*Cause prépondérante*, à savoir la cause à laquelle on peut prouver un aspect central pour l'effet.

*Causes essentielles* qui sont des conditions nécessaires pour l'effet.

Dans ENP, les différentes manières de considérer et de déterminer les nuances du terme « causes » sont toujours formulées en rapport avec le diagnostic soignant. L'intérêt se porte sur les corrélations particulières qui existent entre les problèmes/états de santé d'un individu, leurs causes originaires et les facteurs qui maintiennent ce problème.

A chaque diagnostic soignant ENP on peut attribuer plusieurs étiologies. En d'autres termes, différentes étiologies peuvent influencer ou provoquer le diagnostic. Ces étiologies liées aux diagnostics soignants, choisies et formulées au cours du processus diagnostique, constituent la base pour la sélection des interventions appropriées.

Les formulations étiologiques peuvent être des maladies (par ex. *manie, insuffisance cardiaque droite, troubles du comportement alimentaire, sclérose multiple*), des motifs pour le comportement (par ex. *besoin d'affirmation de soi, répugnance lors de l'ingestion des aliments, manque d'intérêt, peur, pudeur*), des états (par ex. *état confusionnel, inappétence persistante, déformation à la voile*

*du palais, succion faible, dyspnée d'effort, manque d'amour-propre, restriction de la mobilité), des déficits de connaissances/informations (par ex. manque de connaissances concernant l'allaitement, manque d'accès aux informations), des influences socioculturelles (par ex. facteurs dynamiques familiales, chômage, maltraitance), des habitudes/comportement (par ex. compulsions ritualisées, barbouillage de selles, manque d'activités, limitation insuffisante), de l'interaction perturbée (par ex. parle une autre langue maternelle) ou des capacités perturbées/limitées (par ex. capacités cognitives limitées).*

### **La syntaxe des étiologies ENP**

Du point de vue syntaxique, les étiologies peuvent être des phrases complètes, composées d'un sujet et d'un syntagme verbal (qui peut comprendre le prédicat, des objets et/ou des compléments). Il peut s'agir aussi d'une ellipse, composée du prédicat, des objets et/ou des compléments ou simplement de termes individuels. Ces phrases incomplètes se réfèrent toujours au sujet du diagnostic soignant. Par ex. *Oublie de boire* ou *Faible tolérance à l'activité physique*.

## **4.4 Définition : Ressources**

Dans ENP, pour chaque diagnostic soignant sont formulées les ressources (capacités) de la personne concernée qui sont pertinentes pour la sélection de l'objectif soignant et des interventions.

La définition d'une ressource ENP est la suivante :

***Les ressources ENP** sont des descriptions d'états, de capacités physiques, mentales et psycho-sociales, du comportement et/ou de facteurs dans l'entourage social qui contribuent à développer des stratégies d'adaptation et/ou à appuyer les interventions de soins.*

Le développement des ressources est toujours fait en considérant une description et une évaluation la plus différenciée possible du problème/de l'état sanitaire dont le besoin de soins/soutien est dérivé. Pour définir les objectifs et interventions de soins, il est important de savoir si un patient présentant un déficit en autosoins en soins d'hygiène est capable de s'asseoir ou de se tenir debout et par ex. de passer le gant de toilette seul. Contrairement aux autres groupes ENP, la liste des ressources formulées ne prétend pas être exhaustive. Quant aux formulations des ressources, les soignants sont incités à ajouter au cours du processus diagnostique des compléments individuels.

Les formulations standard des ressources dans ENP comprennent des comportements, des attitudes favorisant les actions, le soutien par l'entourage social ou des états physiologiques qui contribuent à développer et à faciliter des stratégies d'adaptation et des interventions pour remédier aux problèmes de santé et pour gérer des crises (de santé) en faisant recours aux ressources personnelles et au soutien social (résilience).

### **La syntaxe des ressources ENP**

Du point de vue syntaxique, les ressources peuvent être des phrases complètes, composées d'un sujet et d'un groupe verbal (qui peut comprendre le prédicat, des objets et/ou des compléments). Il

peut s'agir aussi d'une ellipse, composée du prédicat, des objets et/ou des compléments ou simplement de termes individuels. Par ex. *Est capable d'utiliser les aides techniques de manière ciblée* ou *Reconnaît la nécessité du soin*.

#### 4.5 Définition : Objectifs soignants ENP

Les soins ciblés et la promotion des ressources individuelles visent à atteindre l'objectif soignant. Les objectifs de soins doivent être réalistes, accessibles, vérifiables, formulés de manière positive et orientés vers la problématique/le diagnostic soignant(e). A chaque diagnostic soignant ENP sont attribués plusieurs objectifs possibles. En fonction de l'état du patient, le soignant choisit un ou plusieurs objectifs soignants. La définition d'un objectif ENP est la suivante :

*Les objectifs soignants ENP déterminent les résultats de soins planifiés par les soignants, en concertation avec ou pour la personne concernée, qui doivent être atteints dans une période de temps convenue. Les résultats attendus décrivent des « états réels » à atteindre à l'avenir. Les objectifs soignants peuvent se référer à des efforts et capacités physiques, des paramètres physiologiques, des connaissances, des comportements et des traits de personnalité, des constats, des expériences émotionnelles et sensations subjectives ainsi que la détection d'altérations physiques.*

Les formulations de l'objectif soignant peuvent être utilisées pour la mesure de l'outcome. A cette fin, chaque objectif soignant ENP est lié à une échelle de cinq niveaux pour évaluer le degré d'atteinte des objectifs. Il y a différents types d'échelles de cinq niveaux. Pour toutes les échelles, le niveau 5 correspond à l'objectif atteint, le niveau 1 veut dire que l'objectif n'a pas encore été atteint. Voici quelques exemples :

**Diagnostic soignant ENP** : Le patient se retire de la vie sociale, il y a un risque d'isolement social

**Étiologie** : Maladie psychique

**Caractéristique** : Se retire dans la chambre

**Objectif soignant** : Participe aux activités occupationnelles sans y être incité

La personne soignante évalue l'atteinte de l'objectif sur une échelle de Likert à cinq niveaux. Les niveaux proposés pour l'évaluation du degré d'atteinte de l'objectif sont les suivants :

- 5 = entièrement atteint
- 4 = en grande partie atteint
- 3 = moyennement atteint
- 2 = peu atteint
- 1 = pas atteint

Le codage du niveau 1 signifierait que le patient n'a pas atteint l'objectif soignant *Participe aux activités occupationnelles* par rapport au diagnostic soignant (= 0 % d'atteinte de l'objectif) ; le codage « peu » signifierait que de faibles efforts pour atteindre l'objectif sont perceptibles (jusqu'à 25 % d'atteinte de l'objectif) ; une évaluation « moyenne » indique une atteinte de l'objectif modérée (26-50 %) ; une atteinte « en grande partie » est codée lorsque l'objectif est atteint à plus de 50 % (51-75 % d'atteinte de l'objectif) et une atteinte « complète » est saisie lorsque l'objectif est atteint à plus de 75 %.

L'autre type de graduation est réalisé dans ENP avec des items de l'objectif opérationnalisés. A titre d'exemple, le tableau suivant décrit trois objectifs relatifs à la toilette :

Échelle de 1 à 5 : Toilette					
	Manifestation 5	Manifestation 4	Manifestation 3	Manifestation 2	Manifestation 1
Est autonome pour <b>laver et sécher son corps</b>	Est autonome pour <b>laver et sécher son corps</b>	Est autonome pour laver et sécher son corps grâce à des <b>aides techniques</b> et/ou en investissant <b>plus de temps</b> (> 15 min)	Est autonome pour laver et sécher son corps selon les <b>instructions verbales</b> et avec des <b>ustensiles mis à disposition</b>	Est <b>partiellement autonome</b> pour laver et sécher son corps, la personne soignante se charge de parties du corps difficilement accessibles	Est <b>complètement dépendant</b> dans la réalisation de la toilette
Est autonome pour <b>laver et sécher le haut du corps</b>	Est autonome pour <b>laver et sécher le haut du corps</b>	Est autonome pour laver et sécher le haut du corps grâce à des <b>aides techniques</b> et/ou en investissant <b>plus de temps</b> (> 7 min)	Est autonome pour laver le haut du corps <b>selon les instructions verbales</b> et avec des ustensiles <b>mis à disposition</b>	Est <b>partiellement autonome</b> pour laver et sécher le haut du corps, la personne soignante se charge de parties du corps difficilement accessibles	Est <b>complètement dépendant</b> dans la réalisation de la toilette du haut du corps
Est autonome pour <b>laver et sécher le visage et les mains</b>	Est autonome pour <b>laver et sécher le visage et les mains</b>	Est autonome pour laver et sécher visage et mains en <b>investissant plus de temps</b> (> 3 min)	Est autonome pour laver le visage et les mains <b>selon les instructions verbales</b> et avec des ustensiles <b>mis à disposition</b>	Est <b>partiellement autonome</b> pour laver et sécher visage et mains, la personne soignante doit finir la toilette	Est <b>complètement dépendant</b> dans la toilette de visage et mains

Tableau 6 : Echelle de 1 à 5 des objectifs ENP concernant la toilette

Un exemple de la classe « respiration » et de la catégorie « respiration physiologique » :

Échelle de 1 à 5 : Respiration physiologique					
	Manifestation 5	Manifestation 4	Manifestation 3	Manifestation 2	Manifestation 1
La <b>détresse respiratoire ressentie subjectivement pendant/après des activités physiques</b> est située sur l'échelle de 1 à 5 > 3 (1 = détresse respiratoire maximale, 5 = aucune détresse respiratoire)  <b>Source bibliographique :</b> Gillissen, A et al. 2008	Ressent <b>pendant/directement après des activités physiques</b> une activité respiratoire normale/non modifiée	Ressent <b>pendant/directement après des activités physiques</b> une <b>légère détresse respiratoire</b> (dyspnée)	Ressent <b>pendant/directement après des activités physiques</b> une <b>détresse respiratoire (dyspnée) modérée</b> , celle-ci peut se caractériser par une activation des muscles respiratoires secondaires	Ressent <b>pendant/directement après des activités physiques</b> une <b>détresse respiratoire (dyspnée) grave</b> , celle-ci peut se caractériser par une cyanose et une activation des muscles respiratoires secondaires	Ressent <b>pendant/directement après des activités physiques</b> une <b>détresse respiratoire (dyspnée) grave</b> , celle-ci peut se caractériser par une peur de mourir, panique, cyanose, activation des muscles respiratoires secondaires et/ou respiration par les ailes du nez

Tableau 7 : Echelle de 1 à 5 des objectifs ENP de la catégorie « respiration physiologique »

Un autre exemple issu de la classe « sensation » et de la catégorie « sans douleur » :

Échelle de 1 à 5 : Sans douleur					
	Manifestation 5	Manifestation 4	Manifestation 3	Manifestation 2	Manifestation 1
Est indolore	Ne présente pas de douleur/des douleurs situées sur l'échelle numérique entre 1 et 2	A des douleurs situées sur l'échelle numérique entre 3 et 4	Présente des douleurs situées sur l'échelle numérique entre 5 et 6	Présente des douleurs situées sur l'échelle numérique entre 7 et 8	Présente des douleurs situées sur l'échelle numérique entre 9 et 10

Tableau 8 : Echelle de 1 à 5 des objectifs ENP de la classe « sans douleur »

Un dernier exemple issu de la classe « sensation » et de la catégorie « exigences adaptées aux capacités » :

Échelle de 1 à 5 : Exigences adaptées aux capacités					
	Manifestation 5	Manifestation 4	Manifestation 3	Manifestation 2	Manifestation 1
Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène correspondent aux capacités physiques actuelles	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène correspondent aux capacités physiques actuelles	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène correspondent partiellement aux capacités physiques actuelles, cela se manifeste par un épuisement absolu suite aux activités d'hygiène corporelle	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène correspondent partiellement aux capacités physiques actuelles, cela se manifeste par une altération importante des paramètres vitaux et/ou par des douleurs ressenties suite aux activités d'hygiène corporelle	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène ne correspondent pas aux capacités physiques actuelles, cela se manifeste par une altération importante des paramètres vitaux dépassant les valeurs limite et/ou par des douleurs, l'activité d'hygiène corporelle devant être interrompue (plusieurs fois)	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène dépassent les capacités physiques, cela se manifeste par un collapsus cardiovasculaire, une insuffisance respiratoire ou d'autres types de crise, les activités d'hygiène corporelle ne pouvant pas être poursuivies comme prévu

Tableau 9 : Echelle de 1 à 5 des objectifs ENP de la catégorie « Exigences adaptées aux capacités »

Actuellement, il y a 50 différentes échelles d'évaluation relatives aux objectifs soignants ENP. La transformation du reste des objectifs soignants ENP en items opérationnalisés est poursuivie au fur et à mesure. Le but est de développer d'autres indicateurs de résultats qui serviront à la fois d'instrument d'auto-évaluation pour les patients/résidents/clients et d'instrument de mesure pour les soignants. Les indicateurs de résultats développés jusqu'à présent sont disponibles dans le logiciel et dans la base de données.

Pour assurer une évaluation homogène de l'atteinte de l'objectif au sein de l'équipe soignante, la discussion de l'atteinte de l'objectif avec les patients et/ou dans l'équipe est indispensable. Des formulations d'objectifs du type « Perçoit les situations sociales de manière plus nuancée » impliquent un certain degré de subjectivité.

## La syntaxe des objectifs soignants ENP

Du point de vue syntaxique, les objectifs soignants peuvent être des phrases complètes, composées d'un sujet et d'un syntagme verbal (qui peut comprendre le prédicat, des objets et/ou des compléments), et elles sont formulées généralement en actif. Il peut s'agir aussi d'une ellipse, composée du prédicat, des objets et/ou des compléments ou simplement de termes individuels. Ces phrases incomplètes se réfèrent toujours au sujet du diagnostic soignant. Par ex. *L'autonomie est favorisée* et *Exprime le sentiment de sécurité*.

## 4.6 Définition : Interventions de soins ENP

Les interventions de soins dans ENP désignent toute action liée aux soins du patient qui est réalisée par les soignants sur la base du processus diagnostique soignant auprès des et avec les patients (par ex. réaliser la toilette complète) ou indirectement pour eux (par ex. préparer des médicaments).

Une intervention de soins se définit comme suit :

*Une intervention de soins ENP est l'énoncé linguistique représentant un concept d'intervention. Les concepts d'intervention sont des formulations abstraites d'actes soignants qui se composent de nombreuses démarches individuelles. Les concepts d'interventions de soins ENP peuvent désigner des actes soignants directs, indirects ou administratifs qui sont initiés et réalisés par des soignants sur la base de processus décisionnels cliniques et de l'expertise soignante pour atteindre l'objectif.*

Voici un exemple à titre d'illustration : L'acte soignant « décubitus latéral à 30° selon Seiler » est composé de plusieurs actes partiels. Ces interventions partielles commencent par ex. par la désinfection des mains, la préparation du matériel etc., la salutation adressée au patient, le processus de positionnement proprement dit (qui peut être, lui-même, divisé en plusieurs démarches individuelles, par ex. baisser la tête du lit, enlever le coussinet etc.) et se termine avec l'assurance que le patient n'a pas d'autres besoins après le positionnement et qu'il peut accéder par ex. à la sonnette sans difficulté. Les démarches à suivre pour réaliser les interventions de soins ENP ne sont pas décrites en détail, puisqu'elles ont été conceptualisées dans le cadre de la formation professionnelle. En outre, il n'est pas utile pour la documentation du processus soignant d'intégrer toutes les démarches d'un concept d'intervention dans le dossier du patient (cf. à ce sujet entre autres Göpfert-Divivier, Mybes, & Igl, 2006).

## La syntaxe des interventions de soins ENP

Les interventions de soins sont généralement formulées à l'infinitif et décrivent des consignes ou des incitations à agir, généralement en actif. Du point de vue syntaxique, il s'agit d'ellipses comprenant prédicat, objet(s) et/ou complément(s), le prédicat étant souvent une construction infinitive. Ces phrases incomplètes se réfèrent toujours au sujet de l'action à réaliser. Par ex. *Réaliser une relation d'aide ciblée* ou *Utiliser des techniques de mouvement ménageants, réduisant la charge*.

## Spécification de l'intervention

La littérature spécialisée exige des interventions de soins formulées par écrit qu'elles répondent aux questions essentielles suivantes : « Qui fait quoi, quand, comment, avec quoi ? » Ces exigences par rapport à la formulation des interventions de soins impliquent que les concepts d'intervention de soins doivent guider l'action. Dans ENP, les spécifications des interventions font la part de ces exigences envers les formulations.

La définition des spécifications de l'intervention est la suivante :

*Les spécifications de l'intervention ENP sont des informations détaillées supplémentaires qui se réfèrent aux interventions de soins. Elles peuvent comprendre les dimensions suivantes : une description détaillée des interventions de soins, le degré de soutien apporté par les soignants lors de la réalisation des interventions, la fréquence et l'heure prévue des interventions, les intervalles de temps entre les interventions de soins, les produits de soins et les aides techniques utilisés, l'ordre des interventions interdépendantes, la topologie, les indications du lieu, du chemin ou de la quantité, le nombre des soignants nécessaires pour une réalisation adéquate de l'intervention de soins.*

### 4.7 Valeurs temps normatives dans ENP

Dans ENP, les valeurs temps normatives sont attachées, outre d'autres éléments, aux interventions de soins pour être additionnées au cas par cas. Différents facteurs – comme le degré de gravité, le lieu de la prestation etc. – sont pris en compte pour représenter les valeurs temps additionnées en fonction de la situation concrète. Les valeurs temps sont des estimations, négociées avec des soignants le long d'un processus empirique de plusieurs années. Les valeurs temps normatives déposées sont en plus pondérées par leur rapport contextuel au diagnostic soignant. Ainsi, les valeurs temps enregistrées pour la toilette complète chez un patient/résident dément se distinguent des valeurs pour un patient qui n'est pas capable d'effectuer les soins d'hygiène en raison d'une faiblesse physique. Démarré en 1996, le processus de l'attribution de valeurs temps a été continuellement ajusté, dès sa première application logicielle dans la pratique, dans des focus groups avec des soignants. D'autres ajustements des valeurs ont été effectués suite à des valeurs temps recueillies au cours de projets de recherche. Lors de la connexion de LEP-Nursing 3 avec les interventions ENP en 2004, il s'est avéré que les valeurs de temps enregistrées correspondent en grande partie.

## 5. La qualité des lignes directrices de pratique ENP

Les chemins thérapeutiques basés sur le diagnostic soignant dans ENP sont nés dans le contexte du développement inductif en Allemagne (Wieteck 2004, p. 27 ss.). Aujourd'hui encore, les utilisateurs ont une influence sur le développement de ENP. Ils transmettent à l'équipe de développeurs ENP leurs exigences quant à la représentation de diagnostics soignants et d'interventions de soins. Ces exigences issues de la pratique des soins sont saisies et définies en tant que requêtes de développement. Ainsi, en 2010 une demande fut déposée dans le cadre de la représentation de perturbations de communication chez les résidents déments, avec des éléments par ex. « langage peu clair », « langage exempt de signification ». Suite à une analyse du contenu avec les soignants sur place et un premier tri dans la littérature, la ligne directrice de pratique « Le résident/patient/client présente une perturbation de la communication en raison d'un trouble du langage » a été développée. Après confirmation positive de la part des soignants sur place, la démarche suivante est une recherche bibliographique approfondie et une comparaison systématique avec des diagnostics soignants possiblement concurrents.

La base bibliographique des lignes directrices de pratique ENP comprend la littérature spécialisée ainsi que des recherches sur le plan national et international. Cet appui professionnel de ENP a été sensiblement intensifié au cours des cinq années précédentes, ce qui a clairement contribué à améliorer la qualité des lignes directrices de pratique. Chaque ENP a été harmonisé avec la littérature spécialisée actuelle ; dans le contexte de la discussion portant sur la validité de contenu des termes relatifs aux diagnostics soignants, Woodtli qualifie ce procédé en 1988 déjà de signe d'une validation du contenu.

Il existe déjà huit études de validation de contenu et de critère (Berger, 2010, Hardenacke, 2007, Helmbold, 2010a, 2010b, Schmitt, 2010, Wieteck, 2006b, 2006c, 2008), d'autres, entre autres portant sur le sujet des troubles de la déglutition, sont en cours (août 2014). Dans le contrôle de la validité des critères effectué par Berger (2010), 1.931 formulations narratives relatives à la planification du processus de soins ont été représentées avec ENP dans le contexte hospitalier. Les formulations sont issues de mémoires de fin d'étude qualifiées de « très bien » ou « bien ». Au total, 73 % des formulations ont pu être représentées entièrement, 14 % partiellement et 13 % n'ont pas pu être représentées. L'étude de validité des critères, effectuée par Schmitt en 2010 dans le domaine des soins intensives en néonatalogie, a abouti à des résultats similaires (Schmitt, 2010). Ces études se rapportent à la ligne directrice de pratique entière (= diagnostic soignant, caractéristiques, étiologies, interventions de soins). Les analyses bibliographiques de Helmbold se rapportent, elles aussi, à l'ensemble de la ligne directrice de pratique (Helmbold, 2010a, 2010b). L'exemple des diagnostics soignants relatifs à la malnutrition permet de comprendre à l'aide des restrictions de validité, identifiées dans l'étude de Hardenacke (2007), le traitement et le développement des diagnostics ENP relatifs à la malnutrition (Helmbold, 2010b).

Plusieurs études et projets concernant l'évaluation de ENP ont été effectués dans le contexte de l'application pratique de ENP. Dans un projet d'application de grande envergure en milieu hospitalier, Baltzer (2006) arrive à la conclusion que « les formulations ENP sont proches de la pratique et compréhensibles » et « avec ENP, les processus des soins peuvent être représentés de façon complète et saisissable ». (Baltzer et al., 2006, p. 9) Effectué dans quatre cliniques du canton de Saint-Gall, le projet d'évaluation du canton visait à tester le langage professionnel ENP pour une

décision cantonale concernant son introduction. Dans ce contexte, ENP a été testé dans plusieurs établissements et spécialités. Voir à ce sujet le rapport final concernant la conception et le pilotage de l'introduction de ENP dans les hôpitaux et cliniques du canton de Saint-Gall (2006) (Kossaibati et Berthou 2006, p. 8 ss.). Dans le cadre du projet d'évaluation, les experts en soins de chaque établissement pilote ont évalué les planifications des soins documentées avec ENP selon les critères « vérifiabilité », « guide d'action », « pertinence professionnelle », « univocité », « compréhensibilité » et « intégralité ». Le résultat en était que, dans au moins 80 % des planifications de soins analysées, les contenus documentés ont rempli les critères de l'analyse. (Kossaibati et Berthou 2006, p. 41).

Une étude d'intervention a permis d'analyser si l'application de ENP (qui à ce moment-là s'appelait encore « modules pour la documentation du processus de soins ») dans un logiciel influe sur la qualité de la documentation du processus soignant dans un établissement de soins aux personnes âgées. Les interprétations des analyses de fréquence et de la valence ont démontré des répercussions clairement positives sur la qualité de la documentation (Wieteck, 2001). Le but d'une autre étude était de déterminer le degré de concordance entre les « interventions de soins effectivement réalisées » (saisies par des observateurs) et les « prestations de soins documentées à l'aide de ENP ». En total, 1.068 codages d'interventions de soins auprès de 34 patients ont été évalués dans cette étude transversale, descriptive et multicentrique, selon la méthode des tests parallèles. La concordance en pourcentage des résultats des évaluateurs dans les deux établissements était en moyenne de 76 %. L'étude n'explique pourtant pas dans quelle mesure les 24 % de codages incorrects sont dus à des négligences de la part des soignants ou à des éléments manquants sur le plan des interventions de soins dans ENP (Wieteck, 2007b). Deux autres publications présentent des évaluations de données ENP issues de cliniques, établissements de soins et services de soins à domicile. Les données ENP issues des documentations du processus de soins ont été analysées par rapport à différentes questions (Haag, 2009b, Konrad, 2009, Wieteck, 2004a). Un article spécialisé (Wieteck 2009) démontre que ENP dispose de la granularité nécessaire pour, par exemple, répondre aux questions d'audit de l'accord d'experts « escarre » à base de la documentation journalière du processus de soins (Wieteck, 2009). On discute ENP également sous l'angle de la possibilité de représentation des prestations de soins dans le contexte des DRG (Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009). En plus, des travaux d'évaluation ont été effectués par rapport à la traduction de ENP en italien, anglais et français. A cette fin, il existe par ex. une collaboration avec l'université Collegio Provinciale IPASVI L'Áquila ainsi qu'avec plusieurs hôpitaux au Luxembourg.

Le point fort de ENP réside d'une part dans la granularité, qui répond aux exigences des soignants par rapport aux documentations dans la région germanophone. Un échange de données au niveau international pourrait être assuré à l'aide d'un mapping (Wieteck, 2007c). En outre, ENP permet de remplir les critères du MDS (Service médical des grandes organisations des caisses d'assurance maladie) qui sont établies dans la prise de position fondamentale relative au processus de soins et à la documentation (MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., 2005).

Contrairement à d'autres classifications de soins pré-combinatoires, ENP classe des diagnostics, objectifs et interventions qui sont assemblés dans une structure horizontale à une ligne directrice de pratique individuelle ; l'expertise soignante sert ainsi d'aide à la prise de décision pour les soi-

gnants. Pour cette raison, il est difficile d'établir des comparaisons avec d'autres systèmes de classification quant aux critères de qualité.

## 6. Commentaires critiques

A ce jour, ENP n'est pas encore complet et ne peut donc pas proposer, à des fins de documentation des processus, la totalité des intérêts soignants qui sont nécessaires pour décrire des phénomènes et interventions de soins. C'est ce qui ressort de différentes études et de projets d'évaluation. Au moment de l'étude en 2008, environ 23 % des diagnostics soignants NANDA-I n'ont pas pu être représentés dans ENP (Wieteck 2008). Beaucoup de ces diagnostics soignants peuvent être trouvés sous l'étape de développement 1.3 qui comprend des diagnostics soignants en cours de révision. A ce moment-là, il fallait compléter de manière individuelle environ 18 % des formulations contenues dans les plans de soins. Cela concerne l'ensemble du processus de soins (diagnostics, objectifs, interventions) (Berger, 2008, 2010, Schmitt, 2009, Wieteck, 2004b). Dans le test de pratique de grande envergure à Saint-Gall, Kossaibati et Berthou concluent que l'origine allemande du langage de soins est perceptible et qu'une helvétisation est recommandée afin de favoriser l'acceptation. Les résultats confirment, en accord avec d'autres études, que ENP n'est pas encore entièrement établi dans tous les domaines spécialisés des soins. Dans certains secteurs, des éléments des chemins thérapeutiques étaient ressentis comme hétérogènes et pas encore au niveau de l'actualité scientifique. Pour adapter ENP et pour remédier aux restrictions ressenties au cours du projet dans les hôpitaux et cliniques du canton Saint-Gall, les aspects suivants ont été formulés :

- Helvétisation (sur le plan linguistique et conceptuel) : entre autres, la représentation du domaine de compétence soignant et de la vision des soins suisses et le remplacement de termes qualifiés de non suisses par des équivalents suisses ;
- Actualisation des contenus ENP (prise en considération particulière de la littérature internationale, aussi celle écrite en langues étrangères, ainsi que la recherche du secteur des soins) ;
- Harmonisation du niveau de détails ;
- Tenue à jour des contenus ENP : dans les domaines des soins oncologiques et soins transculturels, soins aux toxicomanes, des aspects psycho-sociaux etc. (voir annexe 3). (Kossaibati & Berthou, 2006, p. 61)

La validité des lignes directrices de pratique ENP n'est pas encore testée de manière approfondie sur un haut niveau scientifique. Il y a des indications selon lesquelles certains diagnostics soignants ENP ne sont pas encore complets et pourraient être améliorés (Hardenacke, 2007).

### Réflexions sommaires

Etant donné que l'expertise soignante s'enrichit et change en permanence, le processus d'évaluation de ENP est, lui aussi, une exigence permanente dans le contexte du perfectionnement du système. Il ne paraît pourtant pas erroné de parler d'une grande maturité du système. Tant l'application actuelle dans tous les secteurs de soins pour représenter le processus soignant que les réactions positives des utilisateurs en sont des indices. Un autre argument à faveur de la qualité de ENP, c'est le haut degré de correspondance avec les systèmes NANDA-I et ICNP au niveau du contenu ; en termes d'expressivité et d'univocité, des experts ont évalué les diagnostics soignants ENP à 84 % égales/supérieures par rapport aux diagnostics infirmiers NANDA-I (Wieteck 2008).

## Bibliographie

**Arntz, R., Picht, H., & Mayer, F.** (2004). *Einführung in die Terminologearbeit* (5. Aufl. ed. Vol. Band 2). Hildesheim u. a.: Georg Olms Verlag AG.

**Bakken, S. et al.** (2000). Representing Nursing Activities within a Concept-oriented Terminological System: Evaluation of a Type Definition. *JAMIA, Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(1), pp. 81-90.

**Baltzer, M., Baumberger, M., & Wieteck, P.** (2006). Pilotprojekt LEP Nursing 3/ENP. Abschlussbericht, Download: [http://download.recom-verlag.de/pdf/Abschlussbericht%20Projekt%20ENP\\_LEP3.pdf](http://download.recom-verlag.de/pdf/Abschlussbericht%20Projekt%20ENP_LEP3.pdf).

**Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik Literaturanalyse. *eingereicht PR-Internet*, 12, pp. 669-687.

**Berger, S.** (2008). Kriteriumsvalidität von ENP. Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 10.

**Berger, S.** (2010). *Kriteriumsvalidität von ENP Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit der standardisierten Pflegefachsprache ENP*. Kassel: Recom Verlag.

**Bölicke, C.** (2001). Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. *Pflege Aktuell*(2), pp. 96-99.

**Brobst, R. A. et al.** (1997). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.

**Deppmeyer, C.** (1999). Vom Anspruch zur Wirklichkeit - Der Umgang mit Pflegeplanung und Pflegedokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 38(9), pp. 743-745.

**Field, M. J. & Lohr, K. N.** (Eds.). (1992). *Guidelines for clinical practice: From development to use* Washington.

**Gärtner, R.** (2006). *Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik*. (Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung), Katholische Stiftungsfachhochschule, München.

**Gärtner, R.** (2008). Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 (beta) Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik. *PrInterNet/Pflegewissenschaft*, 10(06), pp. 368-373.

**Göpfert-Divivier, W., Mybes, U., & Igl, G.** (2006). Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Abschlussbericht des Kompetenzteams im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Retrieved from [http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2011/12150/pdf/Entbuerokratisierung\\_BMFSFJ.pdf](http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2011/12150/pdf/Entbuerokratisierung_BMFSFJ.pdf) (Accessed: 26.06.2014).

**Gordon, M.** (2001). *Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis* (3. Auflage ed.). München, Jena: Urban& Fischer.

**Gordon, M. & Bartholomeyczik, S.** (2001). *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.

- Haag, S.** (2009a). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege. Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten.* (Promotionsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.), Universität Trier.
- Haag, S.** (2009b). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege: Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten, Edition Pflegewissenschaft Band 3* (Vol. 1). Kassel: RECOM Verlag.
- Hardenacke, D.** (2007). Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. *PrInterNet*, 10(10), pp. 530-538.
- Helmbold, A.** (2010a). Literaturanalyse zur Körperwaschung - Ein Schritt im Validierungsprozess der ENP-Pflegediagnosen. *Pflegewissenschaft*, 02, pp. 100-107.
- Helmbold, A.** (2010b). Weiterentwicklung von ENP im Bereich Mangelernährung auf Grundlage einer Validierungsstudie und einer Literaturstudie. *Pflegewissenschaft*, 5, pp. 292-299.
- Hügli, A. & Lübcke, P.** (Eds.). (2001). *Philosophie-Lexikon* (4. Aufl. ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Konrad, H.** (2009). *Pneumonieprophylaxe bei Krankenhauspatienten. Analyse von Daten der Pflegeklassifikation ENP® in elektronischen Patientenakten* (G. Hoffmann Ed. Vol. Band 2). Bad Emstal: RECOM GmbH & Co. KG.
- Kossaibati, S. & Berthou, A.** (2006). *Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen -Schlussbericht-* (pp. 1-125): Institut de santé et d'économie (ISE).
- MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.** (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Retrieved from [www.vdd.de/...MDS.../MDS\\_Grundsatzstellungnahme\\_Pflegeprozess\\_und\\_Dokumentation\\_2005.pdf](http://www.vdd.de/...MDS.../MDS_Grundsatzstellungnahme_Pflegeprozess_und_Dokumentation_2005.pdf) (Accessed: 31.07.2009).
- Mittelstraß, J.** (Ed.). (1996). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 4: Sp-Z.* Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Ollenschläger, G. et al.** (1999). *Leitlinien - Bedeutung, Verbindlichkeit und Qualität: Welche Problematik liegt in der Entwicklung und Einführung von Leitlinien?* (pp. 1-12). Köln: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung.
- Schmid, B.** (2007). Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in der DRG-Fallgruppe, Erklärungsansatz zur Kostenhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. *PrInterNet*, 9(9), pp. 532-541.
- Schmitt, A.** (2009). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *eingereicht PR-Internet*.
- Schmitt, A.** (2010). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *eingereicht PR-Internet*, 12(4), pp. 224-232.
- Schütze, F.** (2006). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erlössicherung.* (Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung), Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Wieteck, P.** (2001). *Interventionsstudie zur Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation mit Hilfe eines EDV-gestützten Pflegeplanungsprogrammes in einer stationären Einrichtung.* (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Darmstadt.
- Wieteck, P.** (2003). European Nursing care Pathways (ENP®). Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. *PR-InterNet*, 5(11), pp. 84-94.

- Wieteck, P.** (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP in deutschen und österreichischen Einrichtungen ENP European Nursing care Pathways. *PrInterNet*(9), pp. 486-494.
- Wieteck, P.** (2004b). Sekundäranalyse auf inhaltliche Vollständigkeit der ENP®. In P. Wieteck (Ed.), *ENP® - European Nursing care Pathways Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen*. Bad Emstal: RECOM Verlag, pp. 1157-1169.
- Wieteck, P.** (2006a). Arbeiten mit ENP®. Pflegeprozessdokumentation der Zukunft. *Heilberufe*, 58(11), pp. 62-63.
- Wieteck, P.** (2006b). Content Validity of ENP® Nursing Diagnoses through Cross Mapping of ICNP® Focus Terms, download: <http://www.icn.ch/id73final.pdf>. *Final Report*, pp. 1-71.
- Wieteck, P.** (2006c). ENP®-ICNP®-Crossmapping. *PrInterNet*, 08(02), pp. 109-118.
- Wieteck, P.** (2007a). Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. *Pflegezeitschrift*, 60(5), pp. 257-259.
- Wieteck, P.** (2007b). Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. *PrInterNet*, 9(2), pp. 113-120.
- Wieteck, P.** (2007c). *Validitätsprüfung ausgewählter Bestandteile der ENP® (European Nursing care Pathways). ENP® - ein Instrument zur prozessorientierten, fallbezogenen und handlungsbegründenden Pflegeprozessdokumentation*. (Doctor rerum medicinalium Dissertation), Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Wieteck, P.** (2008). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304.
- Wieteck, P.** (2009). Transfer der Expertenstandards in die Pflegepraxis. Ausblicke bezüglich des Nutzens einer elektronischen Patientenakte mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 11(04), pp. 227-239.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2004c). *ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* (1. Auflage ed.). Bad Emstal: RECOM Verlag.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege, Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2. Auflage ed.). Kassel: RECOM Verlag.
- Wieteck, P., Berger, S., & Opel, B.** (2007). Wissenschaftliche Hintergründe European Nursing care Pathways. [http://download.recom-verlag.de/pdf/ENP\\_wissenschaftliche\\_Hintergruende\\_Web\\_2007\\_de.pdf](http://download.recom-verlag.de/pdf/ENP_wissenschaftliche_Hintergruende_Web_2007_de.pdf), download 2013, Mai 2007. Retrieved (Accessed).
- Wingenfeld, K. et al.** (2008, 25. März). *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008*. Studie. Bielefeld/Münster.



## Contact

---

RECOM GmbH & Co. KG  
ENP Research and Development  
Lindenstraße 17  
85107 Baar-Ebenhausen  
Allemagne

Téléphone +49 (0) 8453 339968-4  
Téléfax +49 (0) 8453 332717

E-Mail: [info@recom.eu](mailto:info@recom.eu)