

# Informations scientifiques

European Nursing care Pathways – version 2.10



Dr Pia Wieteck

Sebastian Kraus (MSc)

Dr Holger Mosebach

Simon Berger (MScN)

Date : Mai 2017

## Table des matières

Introduction .....	2
1. La structure de ENP .....	2
1.1 La classification des soins ENP - partie A .....	3
1.2 Termes pré-combinatoires dans la classification des soins ENP – partie B.....	12
1.2.1 Diagnostics soignants ENP pré-combinatoires .....	12
1.2.2 Interventions ENP pré-combinatoires .....	15
1.3 Lignes directrices de pratique ENP - partie C.....	16
1.4 Le développement et la poursuite du développement de ENP .....	17
1.4.1 Rétrospective.....	17
1.4.2 Poursuite du développement aujourd'hui .....	21
1.4.3 Validation des lignes directrices de pratique ENP .....	25
1.5 L'utilisation de ENP .....	31
1.6 Les liens de ENP avec d'autres instruments .....	31
1.7 La diffusion de ENP.....	33
2. Les modifications dans les différentes versions .....	34
2.1 Les versions ENP 2.0 (Wieteck, 2004b) à 2.4.....	35
2.2 Le passage de la version ENP 2.4 à 2.5 (2008/2009).....	35
2.3 Le passage de la version ENP 2.5 à 2.6 (2009 jusqu'à mai 2011).....	37
2.4 Le passage de la version ENP 2.6 à 2.7 (mai 2011 jusqu'à août 2012).....	40
2.5 Les versions ENP 2.7 à 2.9 (août 2012 jusqu'à août 2014).....	43
2.6 Le passage de la version ENP 2.9 à 2.10 (septembre 2014 jusqu'à mai 2017).....	53
2.7 Perspective : version ENP 3.0 (publication prévue pour fin 2018/début 2019).....	56
3. Niveau de preuve des diagnostics et lignes directrices de pratique ENP .....	57
4. Définitions des termes des classes ENP .....	60
4.1 Définition : les diagnostics soignants ENP.....	60
4.2 Définition : les caractéristiques ENP .....	62
4.3 Définition : les étiologies ENP .....	63
4.4 Définition : les ressources ENP .....	64
4.5 Définition : les objectifs soignants ENP .....	65
4.6 Définition : les interventions de soins.....	68
4.7 Valeurs temporelles normatives dans ENP.....	69
5. La qualité des lignes directrices de pratique ENP.....	71
6. Commentaires critiques .....	72
Bibliographie .....	74

# Informations scientifiques

## Introduction

La classification des soins ENP (European Nursing care Pathways) a été développée pour permettre, dans le cadre d'une documentation des soins, la représentation de la démarche de soins dans un langage homogène et standardisé. L'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, la facilitation des processus (comme le transfert d'un établissement à l'autre), la transparence des prestations de soins. La structure du langage ENP est conçue de façon à soutenir les soignants lors de leur prise de décision dans la démarche de soins et ce, à travers la présentation de l'expertise soignante actuelle. En outre, l'emploi de termes standard dans la documentation des soins générera des données qui serviront pour la formation/vérification d'hypothèses dans la recherche en soins 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) dans une base de données, 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 avec sept groupes conceptuels (cf. chapitre 1.1)
- B) ENP en tant que pré-combinaison d'éléments issus de ce système de classification des 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 de la démarche de soins à l'aide de formules standard, comme les diagnostics soignants, caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs et interventions de soins.

Merci de citer le présent texte de la façon suivante :

Wieteck, Kraus, Mosebach & Berger (2017). Traduit par Christine Rabl. Informations scientifiques ENP (European Nursing care Pathways), version 2.10. RECOM GmbH. Disponible en ligne sous : <https://www.recom.eu/wissen/enp-entwicklung/einleitung.html>

## 1. La structure de ENP

Vous trouverez ci-après une description des trois parties composant ENP, illustrée par une représentation graphique de 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 base du système de classification ; éléments qui constituent par ex. les diagnostics soignants et les concepts d'intervention. La **partie C** explique la transformation d'un diagnostic soignant en une ligne directrice de pratique soignante par la mise en relation avec les caractéristiques, les étiologies, les ressources, les objectifs de soins et les concepts d'intervention. Actuellement (**version 2.10**), ENP propose **557** 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. Le graphique, dans son ensemble, représente la cohérence des trois parties (cf. figure 1).

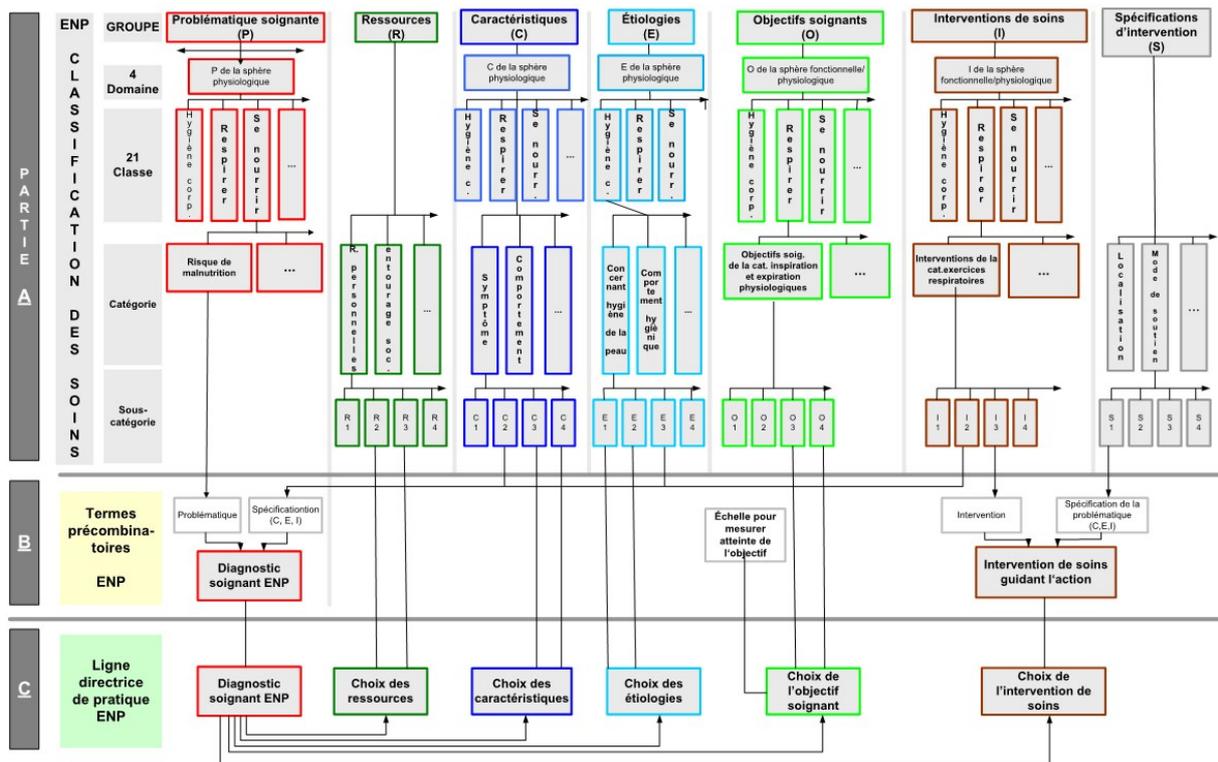


Figure 1 : Structure hiérarchique du système de classification ENP avec ses parties A, B et C

### 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, en règle générale dans 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/termes représentant la démarche de soins** ». La chaîne de termes, représentée par des lignes de connexion, crée des relations entre les termes superordonnés et les termes subordonnés. Au sein d'une classe, le système de classification comporte, à son tour, une structure hiérarchique. Il englobe 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 **68 catégories**. Le tableau suivant énumère les domaines, classes et catégories des problématiques soignantes ENP. Sur le plan du contenu, la répartition des domaines et classes est identique dans les trois groupes diagnostics, objectifs et interventions de soins.

Domaine	Classe	Catégorie
<p><b>Sphère fonctionnelle/physiologique</b></p> <p><i>Ce domaine comprend toutes les lignes directrices de pratique ENP relatives à des altérations des fonctions et structures corporelles provoquant des restrictions 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></p> <p>Capacité de soigner et laver son corps, de choisir des vêtements appropriés et de s'habiller.</p>	Déficit en autosoins Toilette <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></p> <p>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></p> <p>Comprend les activités, capacités, conditions et fonctions permettant à l'être humain 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
		Malnutrition
		Risque de malnutrition
		Perturbation du comportement alimentaire
		Déficit hydrique/trouble 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

<sup>1</sup> **A titre d'illustration, la définition du déficit en autosoins Toilette :** Réduction ou absence de la capacité à se laver tout le corps ou des parties du corps au lavabo ou à la salle d'eau (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing). Chaque catégorie est définie et fait partie des diagnostics soignants ENP affectés.

<p><b>Elimination</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
	Perturbation de la miction
	Incontinence urinaire
	Perturbation de l'élimination des selles
	Déficit en autosoins Soins de stomie
	Risque de complications de la 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 sanguine 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.</p>	Perturbation de la fonction cardiovasculaire
	Risque de perturbation cardiovasculaire
	Risque de thrombose
	Risque d'embolie pulmonaire
	Risque de saignement
	Risque de réaction allergique/de choc anaphylactique
<p><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.</p>	Perturbation du mouvement
	Perturbation de la marche
	Perturbation de l'enchaînement/la succession des mouvements
	Risque de chute
	Risque de contracture
	Risque de spasticité
	Risque de paralysie
	Risque de perturbation de la mobilité
<p><b>Se détendre/dormir/se reposer</b> Comprend toutes les activités et fonctions mentales s'exprimant par un détachement physique comme</p>	Risque de manque de sommeil
	Perturbation du sommeil

	mental de l'environnement direct qui est périodique, réversible et sélectif, met le corps dans un état de repos et réduit les fonctions physiques.	Perturbation de la relaxation
	<b>Intégrité des tissus</b> Comprend toutes les activités, conduites 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 à l'intégrité de la muqueuse/peau
		Altération 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/formation d'œdèmes
		Risque de lésion tissulaire
		Risque d'infection/propagation de germes
	<b>Métabolisme</b> Comprend toutes les fonctions de régulation 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 perturbation de la santé de la mère et de l'enfant
		Risque de grossesse non désirée
		Perturbation de la vie sexuelle
	<b>Température corporelle</b>	Risque d'hyper-/hypothermie

	Comprend toutes les fonctions et activités liées à la régulation de la température corporelle.	
<p><b>Sphère émotionnelle/psychosociale</b>  <i>Ce domaine comprend toutes les lignes directrices de pratique ENP relatives à des restrictions (par ex. physiques, liées à l'entourage), comportements ou d'autres facteurs entraînant une atteinte du développement personnel, de la participation et/ou de la santé émotionnelle et sociale.</i></p>	<p><b>Sensations</b>  Comprend tous les processus neurophysiologiques et neuropsychologiques provoqués par des stimuli qui sont préliminaires à la perception. Il peut s'agir de douleurs ou de sentiments psychiques comme l'ennui, l'épuisement etc.</p>	Douleurs
		Peur
		Perturbation des sensations
		Perturbation du bien-être
		Sentiment d'ennui
		Souffrance personnelle
		Epuisement
		Risque d'épuisement
		Pudeur
		<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>
	Perturbation du schéma/de l'image du corps	
	Perturbation du concept/de l'image de soi	
	Risque de perturbation de la conscience	
	Perturbation de la perception	
	Perturbation de la conscience	
	<p><b>Interaction</b>  Comprend l'ensemble des actions mutuelles, réciproques exercées par deux personnes ou plus, moyennant tout type de communication.</p>	Risque de communication inadéquate/inefficace
		Perturbation de la communication
		Risque de perturbation de l'interaction
		Perturbation de l'interaction
		Perturbation de la relation
Risque de besoins inaccomplis		
<p><b>Action/comportement</b>  Comprend toutes les activités et réactions physiques d'une personne qui sont observables et/ou mesurables. L'ensemble des actions apparentes sont des</p>	Perturbation de l'adaptation	
	Perturbation du comportement	
	Perturbation de la stratégie de résolution de problèmes/d'adaptation	

	comportements qui représentent des expressions observables d'une personne dirigées vers son environnement.	Comportement présentant un danger pour la santé
		Risque de mise en danger de soi-même/d'autrui
		Comportement présentant un danger pour soi-même/autrui
		Comportement automutilatoire
		Risque de thérapie inefficace
		Risque de ne pas atteindre les buts liés à la santé
		Risque de suicide
		Risque de fugue
	<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 sociétale et les perspectives y afférentes.	Risque de déficit en autosoins
		Perturbation des autosoins
		Perturbation de l'organisation de la journée/vie
		Perturbation de la réalisation d'activités
		Perturbation de l'organisation des loisirs
		Déficit en autosoins Economie domestique
		Déficit en soins de dépendance
		Risque de déficit en soins de dépendance
	<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.	Perturbation des capacités cognitives
		Perturbation de la capacité de décision
		Perturbation du développement
		Risque de perturbation du développement
		Perturbation de la perspective d'avenir
		Perturbation des habitudes
		Perturbation de la qualité de vie
Perturbation de la phase de fin de vie		
Perturbation de l'estime de soi		
		Manque d'informations/capacités

	<p><b>Connaissances</b> Comprend toutes les capacités et 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.</p>	Perturbation de l'assimilation d'informations
	<p><b>Société</b> Comprend les activités, actions et idées liées à des normes sociales (religion, rôles, croyance, systèmes de valeurs etc.) et ayant un impact sur les options de choix et décisions personnelles.</p>	<p>Risque d'exclusion sociale</p> <p>Risque d'isolement social</p> <p>Risque de ruine financière/sociale</p> <p>Risque d'exclusion professionnelle</p> <p>Conflits de normes</p> <p>Conflit de rôle</p> <p>Perturbation de l'exercice de la religion/foi</p> <p>Déficit en autosoins</p>
<p><b>Risques pluridimensionnels</b> <i>Ce domaine comprend toutes les lignes directrices de pratique ENP relatives à des thérapies/méthodes de traitement, restrictions (par ex. physiques, liées à l'entourage) et/ou d'autres facteurs entraînant des risques qui affectent tant la sphère fonctionnelle/physiologique que la sphère émotionnelle/psychosociale et ne se laissent donc pas attribuer sans équivoque à l'une des autres classes.</i></p>	<p><b>Risques pour la santé non spécifiques</b> Comprend toutes les activités, traitements, thérapies et altérations (physiques) liés à une mise en danger potentielle de sa propre santé.</p>	<p>Risque de mort subite du nourrisson</p> <p>Risque de complications : traitement/thérapie</p> <p>Risque de complications : maladie primaire/blessure</p> <p>Risque de complications : postopératoire</p> <p>Risque de complications : altérations pathologiques</p> <p>Risque de complications : altération de la perception</p> <p>Risque de complications : déshydratation</p> <p>Risque de complications : thermorégulation</p> <p>Risques pour la santé</p>
<p><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></p>	<p><b>Risque pour la santé de l'entourage</b> Comprend toutes les altérations physiques qui représentent une mise en danger potentielle de la part de la personne concernée pour son entourage.</p>	Risque de contagion
N = 4	N = 21	N = 137

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

En 2006 (version 2.3), dans un premier temps, les termes/concepts pré-combinatoires des diagnostics soignants ENP ont été décomposés en leurs éléments constitutants, à savoir la problématique et la spécification, et une **structure monohiérarchique** a été construite par la formation de clusters. Cette nouvelle structure 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 à 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 interventions 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 Toilette », la catégorie des objectifs soignants attribuée est « présence de la capacité d'autosoins Toilette » et au niveau des interventions de soins, la catégorie correspondante est « interventions de soins concernant la toilette ». Les caractéristiques et les étiologies suivent une structure hiérarchique autonome. Les termes/concepts dans ENP sont organisés de manière **monohiérarchique**. Le travail de 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 2.10 :

**Diagnostics soignants (n=557)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Déficit en autosoins Toilette

Diagnostic soignant...

Catégorie : Déficit en autosoins Soins de bouche

Diagnostics soignants...

**Objectifs soignants (n=1865)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Présence de la capacité d'autosoins Toilette

Objectifs soignants

Catégorie : Présence de la capacité d'autosoins Soins de bouche

Objectifs soignants

**Interventions de soins (n=2632)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Interventions de soins concernant la toilette

Interventions de soins

Catégorie : Interventions de soins concernant les soins de bouche

Interventions de soins

**Caractéristiques (n=4243)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Caractéristiques concernant les soins dentaires

Caractéristiques

**Étiologies (n=3802)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : Soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Comportement d'hygiène  
Étiologies

**Ressources (n=653)**

Domaine : **Sphère fonctionnelle/physiologique**

Catégorie : Capacités physiques

Ressource

Les hiérarchisations développées sont importantes tant pour le perfectionnement de ENP que pour des évaluations de données. Elles restent pourtant invisibles pour l'utilisateur final et 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'items de chaque groupe ENP ressort du tableau 2 ci-après. Chaque item n'existe qu'une seule fois dans le système, mais – à l'exception des diagnostics soignants – il peut être relié maintes fois. 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 item est attribué un numéro ID univoque qui ne change pas d'une version à l'autre. Les items dans ENP ne sont jamais éliminés mais seulement mis en sommeil. Cela permet l'affichage et la lecture des vieux plans de soins contenant des termes qui ne sont peut-être plus valables.

Termes/concepts du groupe	Quantité 2.5	Quantité 2.6	Quantité 2.7	Quantité 2.9	Quantité 2.10 (actuel)
Diagnostiques soignants	521	542	548	552	557
Caractéristiques	2 230	2 719	2 905	3 984	4 243
Étiologies	1 799	2 282	2 426	3 526	3 802
Ressources	379	457	473	648	653
Objectifs soignants	1 435	1 683	1 724	1 852	1 865
Interventions de soins	2 494	2 511	2 558	2 615	2 632
Spécifications de l'intervention	3 652	4 285	4 461	4 797	5 011

Tableau 2 : Nombre d'items dans les groupes ENP au cours des versions

Domaine	Classe				Catégorie				Diagnostic soignants pré-combinatoires			
	2.6	2.7	2.9	2.10	2.6	2.7	2.9	2.10	2.6	2.7	2.9	2.10

Problématiques soignantes de la sphère fonctionnelle/physiologique	11	11	11	11	67	67	67	68	275	279	278	280
Problématiques soignantes de la sphère émotionnelle/psychosociale	8	8	8	8	58	59	59	59	210	212	221	224
Problématiques soignantes comprenant des risques pluridimensionnels	1	1	1	1	8	9	9	9	54	54	50	50
Problématiques soignantes relatives à l'environnement	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3
<b>Total : 4</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>134</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>137</b>	<b>542</b>	<b>547</b>	<b>552</b>	<b>557</b>

Tableau 3 : Nombre d'éléments du groupe problématiques soignantes ENP de la version 2.6 (mai 2011) par rapport aux versions 2.7 (mai 2012), 2.9 (mai 2014) et 2.10 (mai 2017)

## 1.2 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. La plupart (env. 4/5) des 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 monohiérarchique 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 autosoins 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 autosoins se vêtir.

Un autre exemple est présenté dans la figure 2 : « Le patient présente un risque d'atélectasie/pneumonie en raison d'une diminution de la ventilation pulmonaire (dystélectasie) ».

## PRE-COMBINAISON

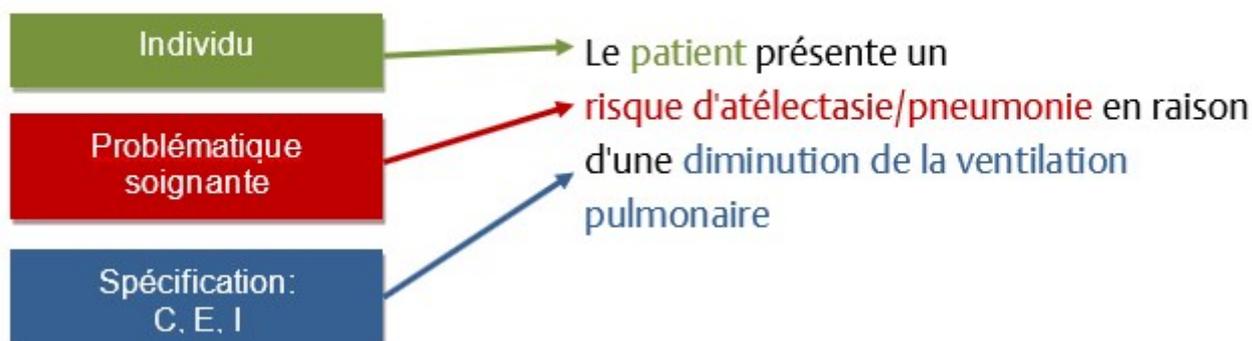


Figure 2 : Pré-combinaison d'un diagnostic soignant ENP

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

Dans les versions 2.9 et 2.10, 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 leur granularité – le degré de spécification, l'exactitude et l'expressivité – les diagnostics soignants 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 la salle d'eau 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] et Désorientation [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 d'intérêt soignant, comme par ex. des analyses de concepts, sont pris en compte. La littérature utilisée pour rédiger la définition est indiquée dans la bibliographie relative à la ligne directrice de pratique ENP respective.

Si un diagnostic soignant ENP contient déjà une spécification (une étiologie ou une caractéristique), tant les étiologies proposées que les caractéristiques se réfèrent aux deux composants du diagnostic. Voici un exemple facilitant la compréhension :

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 :

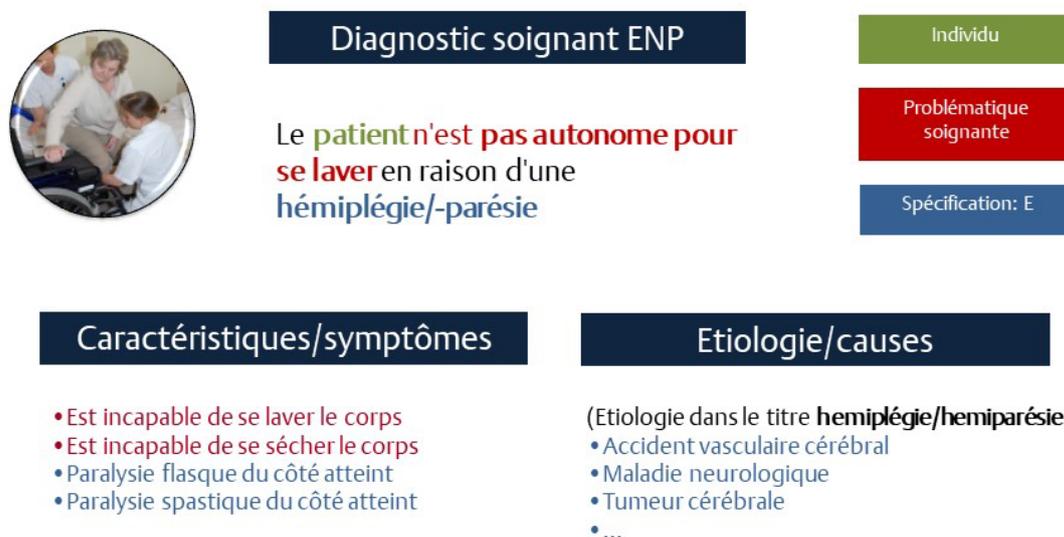


Figure 3 : Points de référence des caractéristiques et étiologies dans ENP

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
- ...

**Degré de perturbation du 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 à réaliser des transferts

Grâce à l'ajout des degrés de gravité aux diagnostics de soins ENP relatifs aux déficits en autosoins, il sera désormais possible d'exporter, à base de la documentation des processus, les ainsi nommés « degrés de

soins », systématique nouvellement développée pour l'Allemagne permettant de classer la dépendance (Wingenfeld, Büscher & Gansweid, 2008).

### 1.2.2 Interventions ENP pré-combinatoires

Dans le groupe des interventions de soins, il y a également des pré-combinaisons. 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 comprendre des précisions, 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 utilisés, à la localisation de l'intervention, au temps etc.

Les pré-combinaisons des diagnostics et des interventions de soins sont formées à partir de la classification ENP. Ces diagnostics et interventions de soins pré-combinatoires sont les formulations que les soignants utilisent pour la documentation des soins. La démarcation entre les éléments classificatoires et les éléments pré-combinatoires de ENP est représentée par des lignes horizontales grises dans la figure 1 ci-dessus, 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 :

Un exemple issu 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 :**

Effectuer individuellement la toilette complète

**Effectuer individuellement la toilette partielle**

Aider individuellement à prendre une douche

Aider individuellement à prendre un bain

Effectuer la toilette selon la stimulation basale de Bobath

...

La formulation « Réalisation individuelle de la toilette complète » n'est pas suffisamment concrète pour être une consigne opératoire dans la planification des soins. Des questions concernant l'endroit de réalisation de la toilette, le degré de soutien requis ou d'autres détails restent sans réponse. Pour cette raison, les interventions ENP sont concrétisées davantage. De cette façon, 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
  - 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
- Indiquer le produit de soins utilisé
- Fréquence/heure

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

- Précisions du concept d'intervention sous-jacent
- Type de soutien
- Nombre de soignants nécessaires
- Produits de soins utilisés
- Indications du lieu où la toilette peut être réalisée
- Indications de l'intervalle
- Indications temporelles
- Localisation de la région du corps
- Aides techniques utilisées
- Groupes professionnels impliqués

### 1.3 Lignes directrices de pratique ENP - partie C

La partie C de la structure de ENP (cf. figure 4) 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).

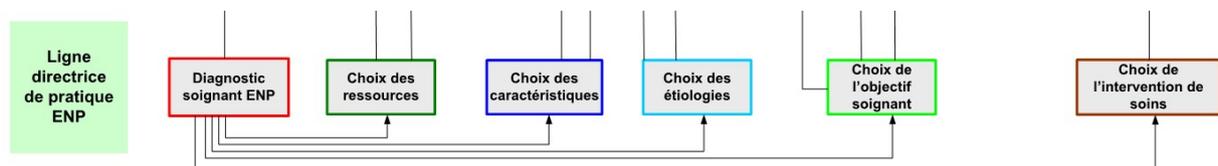


Figure 4 : Structure horizontale d'une ligne directrice de pratique ENP

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 problématiques soignantes 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 diagnostics soignants pré-combinatoires ENP est réalisé lorsque des concepts d'intervention spécifiques relatifs sont proposés par rapport à la problématique en question. Cette démarche permet de présenter la « bonne pratique » ou des « soins basés sur les preuves » au sens d'une ligne directrice de pratique.

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 classes. Les relations entre les diagnostics, caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs, interventions et spécifications d'intervention sont représentées dans le graphique (cf. fig. 1) par les lignes horizontales. Sur

cette micro-échelle en résultant, l'équipe de développement 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 ou 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.

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

*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 face aux problématiques diagnostiques de soins concrètes. Les lignes directrices de pratique ENP tracent la marge de manœuvre et de décision dans laquelle s'inscrit l'activité soignante de manière techniquement justifiée, une fois le diagnostic soignant ENP posé.*

Le résultat de la combinaison sensée d'éléments pour former une ligne directrice de pratique est l'extrait de ENP qui 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

L'origine et la poursuite du développement de ENP est décrite dans de nombreuses publications (cf. par ex. Wieteck, 2003, 2004b, 2013, 2014). La documentation des modifications concrètes d'une version à l'autre se retrouve dans les présentes « Informations scientifiques ENP », régulièrement publiées. Par la suite seront ébauchées les étapes essentielles du développement ainsi que la stratégie actuelle de la poursuite systématique du développement.

ENP est enregistré en tant que classification des soins standardisée dans le registre OID (Object Identifier)<sup>2</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>3</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 en soins infirmiers de différentes écoles 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

<sup>2</sup> En informatique, les « Object Identifier » s'utilisent à l'échelle mondiale comme identificateur univoque et permanent pour un objet informatif déterminé.

<sup>3</sup> Cf. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/oid/verzeichnis.html> (consulté le 10/05/2017).

La démarche inductive avait pour objectif initial 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 (n > 2138) auprès des patients/résidents/clients lors de l'encadrement pratique faisant partie de la formation infirmière ont servi de 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, à savoir les problématiques/diagnostics, objectifs et interventions de soins ont en plus été étayés par la littérature, puis catalogués. Quatre questions de recherche centrales ont marqué la phase inductive du développement (Wieteck 2004b) :

- Quels sont les diagnostics soignants posés dans la pratique de soins et donc nécessaires sous forme d'une formulation standardisée pour représenter le processus de soins individuel ?
- Quelles sont les caractéristiques, étiologies et ressources associées à un diagnostic soignant déterminé qui devraient donc être proposées comme formulation standardisée ?
- Quels sont les objectifs convenus (avec le patient/résident) dans le cadre du processus de soins et documentés dans le plan de soins ?
- Quelles sont les interventions de soins sélectionnées et quels sont les modules de texte permettant 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 ?

En termes méthodologiques, trois phases ont marqué la quête de réponses à ces questions :

- **L'observation participante, qualitative** de situations de soins concrètes, réalisées lors de l'encadrement pratique avec un étudiant et un enseignant. Au cours du processus diagnostique, on a identifié les diagnostics soignants pertinents puis défini et formulé les interventions de soins 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).
- Analyse du plan de soins, d'abord avec les praticiens puis dans l'équipe enseignante, dans une optique de **consensus** quant au processus diagnostique et aux formulations visant à représenter celui-ci.
- Mise en parallèle des diagnostics, objectifs et interventions de soins identifiés avec la littérature spécialisée et catalogage de nouveaux résultats trouvés (Wieteck, 2004b). Dans ce contexte, 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, 2004b), complétées par une vérification par des travaux de validation.

Abb.5\_FR Tout comme le développement d'un chemin thérapeutique, le processus diagnostique est considéré lors du développement de ENP comme un processus de formation d'hypothèses (Gordon & Bartholomeyczik, 2001 ; Schrems, 2003). Les idées de Dickoff, James et Wiedenbach (1968, p. 420-422) et leur définition de la « théorie productrice de situations » (« situation-producing theories », « prescriptive theories ») ou bien « théorie orientée pratique » (Walker/Avant 1998) contiennent déjà des éléments centraux du processus de soins, comme l'objectif des actes soignants et les consignes opératoires qui en

résultent ; au cours du projet ENP, cette inspiration a vu un enrichissement par les dimensions des diagnostics soignants avec les 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 (Dickoff et al. 1968) ; les développeurs ENP, par contre, placent la théorie orientée pratique modifiée au deuxième niveau du processus (cf. fig. 5). 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 pas encore 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 niveau élevé de complexité et de granularité. Au cours du développement, l'équipe de développement 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) – poursuite du développement de ENP à base de retours utilisateurs et de validations**

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 électronique des processus de soins en 1996 (Deppmeyer, 1999 ; Wieteck, 2001) jusqu'aujourd'hui, les retours des utilisateurs sont analysés, constituant un aspect essentiel de la poursuite du développement (Wieteck, 2013). La gestion de ENP dans une base de données fait que chaque terme dispose d'une notation (numérotation univoque, numéro ID) ; dans le souci d'améliorer la lisibilité et faute de pertinence pour l'utilisateur final, ce numéro n'apparaît pas dans les publications sous forme de livre.

Depuis 2001, ENP est soumis à des validations. Les études portant sur les tests de validité de contenu et des critères contribuent essentiellement à la poursuite du développement de ENP. Le paragraphe 1.4.3 vous donnera une idée approximative des travaux de validation réalisés.

## **Phase 3 (2005-2009) – construction de la structure classificatoire**

En 2004, dans sa publication en livre, ENP ne présente pas encore sa propre structure taxonomique. A l'époque, les lignes directrices de pratique ENP s'orientaient aux activités de la vie quotidienne (AVQ). La hiérarchisation a progressivement été transformée jusqu'à former la structure classificatoire actuelle. On a d'abord développé une taxonomie<sup>4</sup> pour les diagnostics soignants ENP. La structure classificatoire des diagnostics soignants ENP est mentionnée pour la première fois dans un article scientifique (Wieteck, 2006a), c'est ici aussi que ENP est dénommé système de classification des soins. 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, le groupe des diagnostics soignants présentait une structure monohiérarchique avec 3 domaines, 22 classes et 128 catégories. Les autres classes/groupe (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 respectifs. Entre 2007 et 2009, tous les groupes ont été systématiquement structurés moyennant la formation monohiérarchique de clusters pour finalement être intégrés dans la structure classificatoire actuelle.

Les notions employées en informatique et en représentation des connaissances sont les mieux adaptées pour décrire la réalisation de ENP dans une base de données : Par rapport à sa présentation en base de données, ENP peut être qualifié d'ontologie<sup>5</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 mises en relation au niveau horizontal, 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 servent 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).

---

<sup>4</sup> Le terme taxonomie (ou schéma de classification) décrit un modèle homogène ou un construit théorique à base duquel des éléments/objets individuels sont classés en fonction de critères déterminés, formant ainsi différentes catégories.

<sup>5</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 la démarche 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, on parle de « réseau sémantique » à la place d'ontologie.

## 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 attendue, mais la thèse de doctorat de Serge Haag décrit la validation de ENP en langue française (Haag, 2009). 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, 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 monohiérarchiques qui met à disposition l'expertise soignante sous forme de lignes directrices de pratique. La figure 6 ci-après permet de comprendre le processus de perfectionnement systématique de ENP, établi depuis 2013 et optimisé sans cesse. Chaque année, une nouvelle version base de données de ENP est mise à disposition. Les publications sous forme de livre apparaissent généralement tous les deux ans.

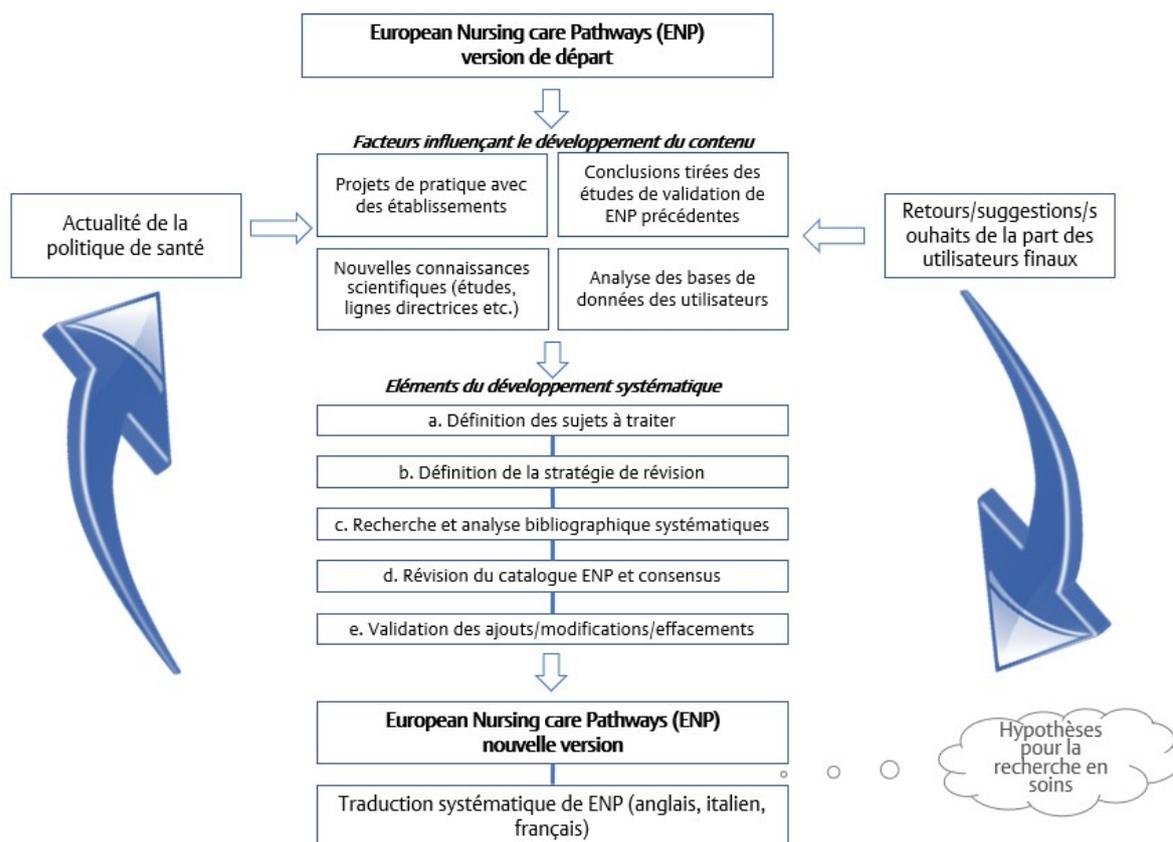


Figure 6 : Le processus du développement systématique de ENP aujourd'hui

En fonction des décisions prises en politique sanitaire, des retours utilisateurs et des dernières connaissances des sciences de soins et des disciplines avoisinantes de la santé, chaque année un choix de

lignes directrices de pratique ENP est défini qui sera soumis à une vérification systématique et, si besoin, à une révision. En termes de méthodologie, l'étape initiale de la mise à jour et de la révision est une recherche bibliographique systématique qui suit le schéma suivant :

Démarche de révision	Exemples des travaux de développement portant sur les troubles de déglutition
1. Définition de la stratégie de révision avec formulation de la question guidant la recherche bibliographique	<p>Réalisation d'une recherche sélective dans des bases de données, complétée par le principe « boule de neige » et une recherche manuelle libre dans des journaux sélectionnés en appliquant des opérateurs booléens (AND, OR, NOT), la troncature et les recherches par phrases.</p> <p>Exemple d'une question de recherche : « Quelles possibilités d'interventions soignantes, basées sur des preuves, décrit la littérature spécialisée en vue de la prévention, de la prise en charge, du traitement et de la compensation d'une dysphagie manifestée dans la phase de transport oral (...) ? »</p>
2. Définition du type de publication préféré et du niveau de preuve favorisé	Préférence d'articles spécialisés publiés dans des journaux évalués par les pairs. Le type d'étude sous-jacent devrait être de préférence un travail de synthèse (systématique) ou bien une étude d'intervention.
3. Définition des critères d'inclusion et d'exclusion et des bases de données à utiliser (par ex. MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library)	Publications en langue allemande ou anglaise, parues à partir de l'année 2000, exclusion de rapports de cas isolés. Recherche dans les bases de données reconnues en sciences des soins et accessibles (PubMed, the Cochrane Database of Systematic Reviews, GeroLit et CINAHL), dans le registre des directives de l'AWMF (communauté de travail de l'association déclarée des sociétés scientifiques et médicales spécialisées en Allemagne) et dans le catalogue de la bibliothèque d'Etat de Bavière. En fonction du nombre de résultats, limitation des opérations de recherche aux résultats trouvés dans le titre et/ou l'abstract des bases de données.
4. Identification des mots-clés et détermination de phrases de recherche spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Phénomène</b> : dysphagia, impaired swallowing, swallowing disorder*, swallowing dysfunction*, swallowing abnormalit*, impaired deglutition, deglutition disorder*</li> <li>• <b>Caractéristiques</b> : symptom*, characteristic*, attribute*, indicator*</li> <li>• <b>Interventions de soins</b> : Nurs* concept*, nurs* intervention*, care, nurs* procedure*</li> </ul>
5. Réalisation des recherches dans les bases de données	Combinaisons appropriées de mots-clés, opérateurs, critères d'inclusion/d'exclusion et de critères de filtrage pour obtenir des phrases de recherche complètes. <sup>6</sup>

<sup>6</sup> Ci-après un exemple d'une phrase de recherche complète, appliquée dans la recherche en matière de troubles de déglutition : ((("Deglutition Disorders"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh] AND ("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) OR (((dysphagia[title] OR impaired swallowing[title] OR swallowing disorder\*[title] OR swallowing dysfunction\*[title] OR swallowing abnormalit\*[title] OR impaired deglutition[title] OR deglutition disorder\*[title]) AND (cause\*[title] OR source\*[title]) AND ("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) OR ((dysphagia[title] OR impaired swallowing[title] OR swallowing disorder\*[title] OR swallowing dysfunction\*[title] OR swallowing abnormalit\*[title] OR impaired deglutition[title] OR deglutition disorder\*[title]) AND (symptom\*[title] OR characteristic\*[title] OR attribute\*[title] OR indicator\*[title]) AND ("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) OR ((dysphagia[title] OR impaired swallowing[title] OR swallowing disorder\*[title] OR swallowing dysfunction\*[title] OR swallowing abnormalit\*[title] OR impaired deglutition[title] OR deglutition disorder\*[title]) AND (nurs\*[title] OR care[title] OR procedure\*[title] OR caring[title] OR intervention\*[title]) AND ("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) AND ("1990/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) AND ("2000/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang])) Filters: Review; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Publication date from 2000/01/01; Humans; English ; German

<p>6. Tri des résultats de recherche et obtention de la littérature pertinente en texte intégral, puis lecture critique des publications et études en termes de qualité (critical appraisal)</p>	<p>Les phrases de recherche finales ont fait émerger respectivement entre 15 et 687 résultats des bases de données dont la pertinence a été évaluée en fonction des titres et des abstracts. Finalement, 119 résultats ont été jugés pertinents pour la révision. Ces publications ont été acquises en version intégrale puis harmonisées, suite à une vérification de la qualité méthodologique, avec les éléments existants dans le catalogue ENP en matière de dysphagie. Suivant le principe « boule de neige », d'autres publications d'intérêt potentiel, citées par ex. dans la bibliographie de la littérature primaire acquise, ont également été prises en compte. En fin de compte, les contenus de 91 publications analysées ont été inclus dans la révision, de sorte qu'actuellement, les diagnostics soignants relatifs aux troubles de déglutition sont étayés par un total de 159 publications.</p>
<p>7. Révision du catalogue ENP à base des connaissances et données tirées de la littérature</p>	
<p>8. Consensus des résultats dans l'équipe de développement ENP, au besoin en collaboration avec des experts externes de la discipline pertinente</p>	<p>Cf. tableau 5</p>
<p>9. Validation de la révision, par ex. moyennant un expert rating, une étude ou un test clinique dans la pratique des soins</p>	<p>Cf. chapitre 1.4.3</p>

Tableau 4 : Recherche bibliographique systématique assurant le perfectionnement de ENP basé sur des preuves

Le tableau 5 ci-après présente un extrait d'un tableau de la révision relative à un diagnostic soignant ENP de la thématique respiration, actualisée entre le milieu de l'année 2016 et 2017. Il s'agit, à titre d'exemple, de la révision des étiologies<sup>7</sup> relatives au diagnostic soignant. Les colonnes du tableau correspondent au numéro ID univoque de l'étiologie, à la formulation linguistique de l'étiologie proprement dite, aux références bibliographiques abrégées de la littérature sur laquelle se basent les items, le cas échéant aux explications relatives aux étiologies (par ex. en cas de termes techniques en latin) et à un marquage sous forme de « X » pour désigner la présence d'un lien actif entre l'étiologie et le diagnostic soignant. Ce qui ne figure pas dans le tableau, ce sont les informations relatives aux liens établis entre les lignes directrices de pratique ENP et d'autres outils et concepts (cf. chapitre 1.6) et les valeurs temporelles normatives liées aux interventions ENP (cf. chapitre 4.7). L'écriture noire indique une reprise inchangée d'un item ou élément par rapport à la version ENP antérieure, tandis que l'écriture rouge et/ou en rouge barrée indique une modification adoptée dans la nouvelle version. Les révisions peuvent être des types suivants :

- Ajout d'un item
- Modification linguistique d'un item existant (par ex. remplacement d'un terme courant par le terme technique)
- Mise en sommeil du lien entre un item et un diagnostic soignant (par ex. en raison d'une meilleure compatibilité avec un autre diagnostic soignant ENP)
- Mise en sommeil complète d'un item (par ex. suite à de nouvelles connaissances scientifiques)

<sup>7</sup> Pour chaque ligne directrice de pratique ENP, une documentation similaire est réalisée, bien évidemment, quant aux caractéristiques, ressources, objectifs et interventions.

				223 - Der Patient hat aufgrund von fest sitzendem Bronchialsekret das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
ID-Nr.	Ursache	Literatur-Kurzverweise	b.B.: Erläuterung der Ursache	
3143	Operativer Eingriff im Bauchraum			
20813	Operativer Eingriff am offenen Herzen			
2951	Zähes Bronchialsekret mit hoher Viskosität		Viskosität beschreibt die Zähigkeit einer Flüssigkeit. Umso größer die Viskosität, desto zähflüssiger und weniger fließfähig ist die Flüssigkeit.	X
2952	Glasig-zähes Bronchialsekret mit glasig-hoher Viskosität		Viskosität beschreibt die Zähigkeit einer Flüssigkeit. Umso größer die Viskosität, desto zähflüssiger und weniger fließfähig ist die Flüssigkeit.	X
2953	Unproduktiver Husten	10;13;32;		X
2909	Erschöpfung			X
15656	Funktionsbeeinträchtigung der Bronchialschleimhaut durch Staub/Allergene/Noxen	39		X
20824	Akute Atemwegserkrankung	32		X
17430	Mukoviszidose	24;27;28;32;33		X
20706	Bronchiektase	7;15;17;24;29;30;31;37;35		X
20826	Chronische Bronchitis	32		X
	Neuromuskuläre Erkrankung zu der Pflegediagnose: Beeinträchtigte Selbstreinigungsfunktion	3;9;10;13;11; 9 (ALS);22;27;32;34; 38		
	Akute oder chronische Verletzung/Beeinträchtigung des Spinalkanals	39		X
	Rezidivierende Atemwegserkrankungen	32	Beschreibt das Wiederauftreten einer Atemwegserkrankung nach einer klinisch vermuteten, zeitweiligen Heilung bzw. zeitweiligen Besserung.	X
	Asthma bronchiale	20;21;32;33		X
20608	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	6;32 ;33		X

Tableau 5 : Extrait d'un tableau de révision élaboré par l'équipe de développement ENP

Cette démarche permet de vérifier la démarcation entre les diagnostics soignants et d'étayer tout item par la littérature spécialisée et les connaissances basées sur des preuves, tirées d'études et de travaux de synthèse – ou bien de le rejeter en fonction de l'état actuel des connaissances. Les textes en rouge indiquent les contenus ajoutés par rapport à la version ENP antérieure, une croix rouge indique une nouvelle mise en relation entre le diagnostic affiché ci-dessus et l'étiologie etc.

### 1.4.3 Validation des lignes directrices de pratique ENP

A chaque fois que c'est possible et surtout si une modification profonde a eu lieu, l'étape de la révision systématique est suivie d'une validation des contenus et des résultats élaborés. Le but en est de soumettre les lignes directrices de pratique ENP, une fois révisées et concertées au sein de l'équipe de développement ENP, à un processus supplémentaire de vérification de la qualité (Creason, 2004) pour assurer ainsi, en fonction de la méthode de validation appliquée, l'exactitude technique, l'intégralité, un niveau adéquat de granularité et sélectivité et l'aptitude pratique de chaque ligne directrice de pratique.

Dès le début du développement de classifications des soins dans les années 1980, différentes méthodes ont été élaborées et proposées pour contrôler la validité. Le tableau 6 ci-dessous en fournit un aperçu synthétique, sans pour autant prétendre être exhaustif :

Modèle	Construit mesuré	Description succincte	Bibliographie
<b>Méthodes de validation selon Gordon &amp; Sweeney</b>			
<b>Retrospective Identification Model</b>	Validité par consensus, validité apparente, titre du diagnostic soignant	Utilisation des expériences agrégées des soignants qui décrivent et évaluent de manière rétrospective des phénomènes/diagnostics soignants (DS), par analogie avec des « focus groups »	(par ex. Creason, 2004 ; Gordon & Sweeney, 1979)
<b>Clinical Model</b>	Titre du diagnostic soignant	L'observation directe de patients et de leur comportement par des soignants ainsi que la documentation servent de source et de base d'évaluation pour les titres des DS	
<b>Nurse Validation Model</b>	Validité de contenu, validité apparente	Les caractéristiques liées à un DS sont évaluées par deux ou plus soignants expérimentés en vue de leur apparition commune, pertinente et leur fréquence dans la pratique	
<b>Méthodes de validation selon Fehring</b>			
<b>Diagnostic Content Validation Model (DCV)</b>	Validité de contenu, validité apparente	Evaluation des caractéristiques liées à un DS par des experts (soignants) versés moyennant une échelle de Likert de cinq niveaux ; calcul d'un indicateur pondéré pour chaque caractéristique	(par ex. Caldeira et al., 2012 ; Richard J. Fehring, 1987 ; Richard J. Fehring, 1994)
<b>Clinical Diagnostic Validation Model (CDV)</b>	Validité de contenu, validité apparente, fiabilité inter-observateur	Vérification de la validité d'un DS dans une situation clinique par deux experts, moyennant observation ou interrogation des patients ; calcul d'un indicateur pondéré de la fiabilité inter-observateur	
<b>Etiologic Correlational Ratings Validation Model (ECR)</b>	Validité prédictive	Etablissement d'une relation directe cause-effet entre un DS et ses étiologies ; calcul d'un coefficient de corrélation (etiologic correlation rating) pour déterminer l'intensité d'une étiologie ou d'un facteur de risque dans la prédiction d'un DS	
<b>Differential Diagnostic Validation Model (DDV)</b>	Validité discriminante (de deux DS), validité de	Les caractéristiques déterminantes de deux DS similaires sont regroupées dans un outil d'évaluation puis évaluées en aveugle par un « nombre suffisant » d'experts (soignants) et/ou patients pour chaque DS,	

	contenu, validité apparente	le cas échéant dans un contexte clinique ; calcul des indicateurs pondérés pour les deux DS et comparaison de ceux-ci.	
<b>Technique de Delphie</b>	Validité de contenu, validité apparente	Méthode d'interrogation systématique, écrite et à plusieurs reprises d'un groupe d'experts dont on garde l'anonymat. Les caractéristiques et éléments définissants d'un DS sont révisés dans les premières phases jusqu'à obtenir un consensus en vue d'utilité, intégralité et clarté.	(par ex. Grant & Kinney, 1992)
<b>Analyses terminologiques</b>	Attributs centraux et caractéristiques de notions	Processus en plusieurs étapes visant l'analyse conceptuelle et l'attribution univoque de l'information transportée avec une notion. Le but en est l'élimination d'ambiguïtés. Souvent appliquée comme étape préliminaire à d'autres formes de validation.	(par ex. Walker & Avant, 2010 ; Whitley, 1997)
<b>Méthodes de validation à variables multiples</b>			
<b>Analyse des facteurs</b>	Validité du construit	Procédé pour réduire une multitude de variables/observations à un petit nombre de facteurs d'influence centraux. Lors de la validation d'un DS, l'analyse indique si les caractéristiques se présentent comme un seul facteur (cas idéal) ou comme plusieurs.	(par ex. Chang, 1995 ; Hoskins, 1997 ; Kerr et al., 1993)
<b>Analyse de cluster</b>	Validité du construit	Procédé pour déterminer des groupes homogènes (cluster) d'objets dans un grand jeu de données hétérogène. Apte tant pour générer une structure de classification que pour valider (les objets appartenant à un cluster devraient présenter une corrélation supérieure à celle avec des objets d'autres clusters).	(par ex. Chang, 1994 ; Kerr et al., 1993)
<b>Magnitude Estimation Scaling</b>	Validité de contenu, validité apparente	Avec cette technique, des caractéristiques définies d'un DS déterminé sont évaluées, en relation avec le degré d'expérience subjective, par un groupe d'experts en vue de différentes dimensions conceptuelles (par ex. pertinence, fréquence d'apparition). Cela génère des échelles relatives exploitables.	(Grant, Kinney & Guzzetta, 1990a, 1990b)
<b>Crossmapping (mise en correspondance croisée)</b>	Validité de contenu, validité des critères	Méthode consistant à identifier puis relier des notions ou termes similaires ou associés de différentes classifications (de soins) pour les vérifier en vue d'inconsistances.	(Hyun & Park, 2002 ; Wieteck, 2008a)

Tableau 6 : Choix de méthodes les plus courantes pour valider des diagnostics soignants/classifications de soins (source : représentation réalisée par l'auteur)

Pour des raisons méthodologiques, d'une part, et la structure particulière de ENP (cf. chapitres 1.1 à 1.3), de l'autre, les procédés ébauchés ci-dessus ne se prêtent qu'à un degré limité à la validation des European Nursing care Pathways. En règle générale, ils focalisent uniquement le libellé et/ou des caractéristiques ou étiologies déterminées d'un diagnostic soignant et ne se réfèrent donc qu'à un extrait très limité de ENP sans prendre en compte la totalité des étiologies ou interventions liées à une ligne directrice de pratique ENP ou une ligne directrice de pratique ENP dans son intégralité qui couvre tout le processus de soins. En plus, les modèles courants ne répondent, généralement, qu'à la question à savoir si un critère déterminé peut être considéré comme une caractéristique fiable pour un diagnostic soignant et n'indique pas les raisons pour lesquelles un critère est à refuser, le cas échéant. Face à la multitude d'approches connues – notamment les procédés de validation selon Fehring (1987 ; 1994) aujourd'hui encore fréquemment utilisés – un décalage important est à déplorer entre la poursuite continue du développement des classifications de soins, d'une part, et l'arrêt souvent prolongé de l'avancement méthodologique des concepts de validation, de l'autre ; situation qui fait émerger des questions quant à la fiabilité et la force des résultats de la validation. Finalement, beaucoup des approches impliquent des exigences importantes,

en partie difficiles à remplir en termes de réalisabilité et praticabilité (temps requis, moyens financiers, disponibilité de partenaires ou établissements coopérants etc.).

Devant ce contexte, la validation réalisée par l'équipe de développement ENP met l'accent sur les aspects méthodologiques suivants :

- La vérification de la validité d'une ligne directrice de pratique ENP révisée dans le contexte clinique, au préalable de l'admission définitive dans une nouvelle version ENP (« prétest »). A cette fin, des soignants ou d'autres praticiens cliniques de l'équipe interdisciplinaire, expérimentés dans le domaine pertinent, évaluent les modifications apportées par l'équipe de développement ENP quant à différents aspects (exactitude technique, intégralité pour représenter la situation individuelle du patient/résident/client, formulation, utilisabilité etc.) du point de vue d'un utilisateur direct au sein d'une clinique ou d'un établissement de soins aux personnes âgées.
- La réalisation d'une analyse systématique sous forme d'une étude scientifique, représentant la forme la plus qualitative de la validation. Une grande variété de conceptions d'étude et possibilités de réalisation sont envisageables. Jusqu'ici, cette forme de validation impliquant un besoin accru de ressources a trouvé son application surtout sous forme de thèses de fin d'études ou dans le cadre de projets de mapping en collaboration avec des développeurs d'autres concepts et instruments ; devant la diffusion croissante de ENP dans des établissements (par ex. des cliniques universitaires) ou des associations d'établissements disposant d'un grand nombre de lits ou l'utilisation quasiment généralisée de ENP dans des contextes soignants spécifiques de certains pays, on peut s'attendre à une augmentation considérable en importance et en quantité des études systématiques et qualitatives portant sur la classification des soins ENP.
- La réalisation d'expert ratings avec des spécialistes choisis selon des critères définis qui évaluent les lignes directrices de pratique ENP révisées en vue de différentes dimensions et proposent, le cas échéant, des améliorations ultérieures. Là aussi, différentes réalisations sont possibles, soit dans le cadre de colloques scientifiques de plusieurs étapes, soit sous forme d'interrogations normalisées.

Cette forme citée en dernier lieu, l'expert rating moyennant interrogation normalisée, représente en ce moment la méthode de validation la plus utilisée pour les lignes directrices de pratique ENP révisées – raison pour laquelle, dans les années 2014 et 2015, des réflexions fondamentales ont été initiées quant au développement d'un nouvel outil d'interrogation normalisée, testé pour la première fois avec les lignes directrices de pratique ENP relatives aux troubles de déglutition. Le souci principal y était la saisie complète de tous les éléments constitutifs ainsi que l'obtention d'évaluations synthétiques par rapport aux différentes exigences que ENP cherche à satisfaire, à savoir :

- L'aptitude de la structure de ENP au travail pratique
- La visibilité de l'approche interprofessionnelle
- Le bon degré de précision (granularité)
- Le bon degré de clarté et de distinction
- L'intégralité des éléments
- L'exactitude technique
- L'aptitude de ENP pour le soutien à la prise de décision et la documentation des processus
- L'utilisation conséquente de termes techniques dans la poursuite du développement et la révision de ENP (exemple : « céphalée » au lieu de maux de tête).

Pour assurer une comparabilité au moins approximative avec d'autres outils courants dans la validation de diagnostics soignants et des résultats d'études existants, on a choisi l'expert rating informatisé comme approche méthodologique, par analogie avec le modèle DCV de Fehring très répandu (1987 ; 1994). L'idée fondamentale en est que des experts reconnus évaluent, à base d'un questionnaire normalisé et à l'aide

d'un système de catégories définies, l'ensemble des caractéristiques, étiologies, objectifs, interventions ainsi que les diagnostics soignants ENP pertinents. Celle-ci est la partie essentielle de l'outil d'interrogation.

Après avoir envisagé de nombreuses conceptions, les développeurs ont finalement conçu un questionnaire interactif, réalisé sous forme d'un tableau Microsoft Excel, qui guide les experts à l'aide de fonctions confortables propres au logiciel (par ex. macros, boutons de commande) à travers le traitement. Les deux premières pages de l'outil renseignent les interrogés brièvement sur l'objectif de l'étude, sur la structure de ENP ainsi que sur le fonctionnement du questionnaire électronique. La partie interrogatoire proprement dite demande aux participants d'évaluer successivement, dans trois rubriques, les (non) liens actuels des diagnostics soignants vers les étiologies, caractéristiques et interventions de soins correspondantes. Chacun de ces éléments est muni d'une liste déroulante, préréglée sur l'option « utile, inchangé », confirmant le lien existant tel quel. Pour les éléments non liés, par contre, l'option préréglée indique qu'un lien ne serait pas utile. Si l'expert identifie un besoin de modification, la liste déroulante lui permet de préciser le type de modification nécessaire. Les options proposées concernent différentes dimensions de l'item en question : l'intégralité, la précision, l'exactitude technique et la pertinence. La figure 7 présente un extrait du questionnaire pour illustrer sa conception.

Kennzeichen von Schluckstörungen		Pflegediagnosen (insg. 10!)			
Zurück	Weiter zu Ursachen von Schluckstörungen	1. Der Bewohner ist aufgrund einer/s beeinträchtigten Bolusformung/ -kontrolle/ -transports beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/ -transportphase beeinträchtigt	2. Der Bewohner ist aufgrund eines Zungenstosses/ von Zungenpressen beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/ -transportphase beeinträchtigt	3. Der Bewohner ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/ Lippen-/ Mundmuskulatur beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/ -transportphase beeinträchtigt	4. Der Bewohner verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme, das Schlucken ist in der oralen Transport-/ pharyngealen Phase beeinträchtigt
Kennzeichen ↓					
Berichtet über Schluckstörungen bei fester Nahrung		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Aufreten der Schluckstörung überwiegend bei fester Nahrung		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Husten/Räuspern bei/nach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Husten/Räuspern bei/nach dem Schlucken von Flüssigkeiten		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Erstickungsanfälle nach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Erstickungsanfälle nach dem Schlucken von Flüssigkeit		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Atemnot, ggf. mit Zyanose bei/nach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Atemnot, ggf. mit Zyanose bei/nach dem Schlucken von Flüssigkeit		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Beobachtbare Schwierigkeiten beim Anschlucken		✓ Sinnvoll, unverändert	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Verbleibende Nahrungsreste auf der Zunge (nach dem Schlucken)		✓ Sinnvoll, unverändert	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Verbleibende Nahrungsreste am Gaumen (nach dem Schlucken)		✓ Sinnvoll, unverändert	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Äußerungen über/Beobachtung von Schluckstörungen		Sinnvoll, unverändert Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu spezifisch Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu allgemein Auflösen, inhaltlich zu spezifisch Auflösen, inhaltlich zu allgemein Auflösen, fachlich falsch Auflösen, fachlich unvollständig Auflösen, nicht dokumentationsrelev.	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Feuchte/gugelige Stimmqualität nach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Aufälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Aufälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken von Flüssigkeit		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Aufälliges positives Ergebnis beim 50 ml Wasserschlucktest		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Veränderte Schluckphasen (Schluckkontrollgriff)		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Fehlender Schluckreflex (Schluckkontrollgriff)		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen

Figure 7 : Extrait du masque d'édition de l'outil d'évaluation

Vu l'amplitude souvent très importante des aspects à vérifier par les experts, le questionnaire renonce à inclure les interventions détaillées guidant l'action<sup>8</sup>, subordonnées aux concepts d'intervention, pour ne pas dépasser les limites du faisable. L'inconvénient qui en découle – à savoir la possibilité que, faute de connaissance des spécifications, les participants estiment un concept d'intervention comme étant trop abstrait – a donc été toléré et pris en compte dans l'interprétation des résultats. La feuille suivante invite les experts à comparer leur estimation aux liens utilisés dans des versions ENP antérieures, actuellement mis en sommeil, et d'ajouter des étiologies, caractéristiques ou interventions qui manquent à leur avis aux diagnostics soignants. Des questions synthétiques portant sur les aspects mentionnés ci-dessus (échelle

<sup>8</sup> Cf. chapitre 2.1

de Likert à quatre niveaux) concluent le questionnaire. La structure de l'outil d'évaluation a, en plus, été transformée en projet de sondage en ligne en utilisant la plateforme SoSciSurvey (<https://www.soscisurvey.de/>), permettant outre le traitement local avec Microsoft Excel (offline) un expert rating en ligne.

Une importance essentielle, tant pour la réalisation de la validation que pour l'expressivité des résultats, incombe à la question à savoir qui peut être considéré un expert du domaine pertinent en vue de l'évaluation de diagnostics soignants et des éléments correspondants. Les avis sur ce point divergent considérablement et les nombreuses approches définitoires appliquent différents critères dans la délimitation entre expert et profane. Des exemples en sont des connaissances professionnelles ou des performances de premier plan dans le domaine respectif (Bromme, Jucks & Rambow, 2004). Selon une autre optique, c'est surtout la pertinence pratique, qui, outre les connaissances techniques et/ou performances exceptionnelles, fait l'expert. Compte tenu de l'intention d'une classification des soins de soutenir la pratique soignante de manière efficace dans la prise de décision et dans l'action, l'équipe de développement ENP accorde une importance particulière à ce critère. Par conséquent, la notion d'expert sous-jacente au présent travail suit la définition issue de la sociologie de la connaissance citée ci-après : « On entend par experts des personnes ayant créé – partant de connaissances spécifiques pratiques et expérimentales associées à une problématique clairement délimitée – la possibilité de donner avec leurs interprétations au champ d'action concret une structure sensée et guidant l'action pour les autres » (Bogner, Littig & Menz, 2014 : 13, notre traduction). La définition sélectionnée diverge donc délibérément des essais d'explication courantes en soins, comme par ex. la notion d'expert en soins proposée par Benner ou l'approche concrétisante de Jasper (Jasper, 1994), plus ciblées sur les compétences de solution de problèmes situationnels. Il ne faut pourtant pas oublier que la condition d'expert dans le contexte des sciences de soins dépend toujours de l'intérêt de recherche respectif et que ce rôle est donc accordé, en partie, par le chercheur (Meuser & Nagel, 2002).

Par rapport aux diagnostics soignants, Fehring (1994) propose, dans le contexte de ses modèles de validation, de sélectionner des experts appropriés à base de paramètres mesurables. L'attribution de points en fonction de critères spécifiques permet ainsi de qualifier d'expert pour la validation toute personne ayant obtenu un score minimum déterminé. Les critères appliqués sont les suivants :

- Diplôme de master ou supérieur d'une filière directement liée aux soins (pondération la plus élevée)
- Mémoire d'études académiques (master ou supérieur d'une filière soignante) au sujet du/des diagnostic(s) soignant(s) à valider
- Expérience professionnelle d'une année au minimum dans le domaine de recherche
- Formations continues certifiées au sujet du/des diagnostic(s) soignant(s) à valider
- Publications et/ou résultats de recherche publiés au sujet du/des diagnostic(s) soignant(s) à valider

L'énumération met en évidence que la tentative d'appliquer les critères proposés par Fehring en Allemagne aboutirait (jusqu'à présent) à un problème considérable : un manque sensible d'experts qualifiés pour la participation à une étude de validation. Discipline encore jeune, l'implantation de la science des soins a vu de grands progrès, tout en étant loin d'être terminée. Cela vaut particulièrement en comparaison avec d'autres pays comme par ex. les Etats-Unis ou la Grande-Bretagne (Palm & Dichter, 2013). En plus, la formation continue à un niveau académique de qualification secondaire n'existe en Allemagne que depuis la fin des années 1980 – bien que, dès lors, le nombre de cursus proposés a augmenté rapidement (Schaeffer & Wingenfeld, 2014). Les cursus de qualification primaire, intégrant ou remplaçant la formation professionnelle « classique », n'existent que depuis une dizaine d'années et souvent à titre de modèle. Il est

connu que les cursus succédant à la formation professionnelle comme la gestion, la pédagogie ou la science des soins ciblent, dans la plupart des cas, une position en dehors du « point of care ». Cependant, même beaucoup de diplômés des cursus plus récents, de qualification directe, manifestent peu d'affinité avec une activité en soins directs (Bollinger, Gerlach & Grewe, 2006). Les diplômés universitaires d'orientation conséquente vers une activité clinique dans la prise en charge directe, comme par ex. « Clinical Nurse Specialist » ou « Advanced Nursing Practitioner » sont de plus en plus revendiqués (cf. l'association infirmière allemande DbfK, 2013) mais ils ne sont qu'à l'aube de leur imposition. Par conséquent, le nombre de soignants titulaires d'un diplôme universitaire en Allemagne est encore assez modeste. A l'heure actuelle, il est donc plutôt illusoire de chercher à trouver, dans la sphère germanophone et particulièrement en Allemagne, un nombre suffisant de soignants cliniquement actifs et expérimentés disposant d'au moins un master (critère principal selon Fehring), qualifiés comme experts pour une étude de validation en diagnostics soignants. Ces personnes devraient, en plus, être spécialisées dans le domaine à évaluer – les troubles de déglutition dans le cas présent – ce qui revient à une restriction supplémentaire de la sélection des personnes appropriées.

Pour les raisons exposées ci-dessus, la définition de l'expertise dans le contexte des travaux de validation de ENP requiert une divergence par rapport aux critères formulés par Fehring, très répandus à l'échelle internationale. Il s'agit surtout de renoncer à la prémisse selon laquelle les experts participants doivent obligatoirement présenter un diplôme universitaire en soins. Les expériences faites jusqu'ici ont mis en évidence la nécessité de ne considérer même pas la formation professionnelle de premier cycle en soins comme une condition préalable pour participer à l'étude. Cela se justifie par le fait que, bien que les soignants soient souvent impliqués dans la prise en charge de groupes de patients/résidents/clients spécifiques, une spécialisation clinique dans le domaine respectif n'existe pratiquement pas, ni au niveau national, ni international. Un exemple en est la thématique des dysphagies, d'une pertinence accrue dans la pratique des soins : La recherche bibliographique systématique, effectuée dans le cadre de la révision des lignes directrices de pratique ENP, n'a identifié que peu de publications en lien immédiat avec les soins. La littérature consacrée aux soins qui a pu être trouvée est, pour la plupart, rédigée par un/des auteur(s) appartenant à des professions voisines et traite sur un plan général le rôle des soins dans la prise en charge interdisciplinaire des patients dysphagiques (par ex. Brady, 2008 ; Tanner, 2010). Rares sont les publications qualitatives à ce sujet issues de la profession soignante proprement dite (Hines et al., 2011). En synthèse des réflexions professionnelles et qualitatives, les aspects suivants ont été retenus comme conditions préalables et décisives au choix des experts appropriés demandés à participer à l'étude – avec des adaptations justifiées de ces critères restant possibles en fonction de la ligne directrice de pratique ENP :

- Une maîtrise suffisante du langage (technique) allemand permettant la validation d'une classification des soins en langue allemande
- Une qualification professionnelle en rapport direct avec le sujet de la dysphagie, dans l'idéal à un niveau académique (par ex. orthophonie, linguistique, thérapie de la parole etc.)
- Au moins deux ans d'expérience professionnelle correspondant à la qualification dans un domaine clinique de prise en charge de personnes atteintes de troubles de déglutition
- Au moins une publication pertinente de qualité méthodologique à ce sujet (par ex. ouvrage de référence, littérature de base, systématique)
- L'appartenance active à une association (professionnelle) ou une commission ayant un rapport avec la dysphagie ou bien une activité enseignante à ce sujet

Les données sont analysées à l'aide de logiciels comme Microsoft Office et/ou de logiciels de statistiques (par ex. SPSS, Statistical Package for the Social Sciences). A cette fin, les données saisies dans les

questionnaires électroniques sont transférées à des masques d'analyse. Une fois les données saisies, elles sont vérifiées encore une fois pour éviter, dans la mesure du possible, les erreurs de transmission. Pour interpréter les données, on a appliqué principalement des méthodes descriptives comme les calculs de fréquence (absolue et relative), les indicateurs de position (par ex. la moyenne arithmétique), les indicateurs de dispersion (par ex. l'envergure) ainsi que des représentations graphiques. Une importance centrale incombe en plus à la quantification de toutes les évaluations réalisées par les experts quant aux (non) liens de chaque caractéristique, chaque étiologie et chaque intervention avec chacun des dix diagnostics soignants ENP. Cette base permet de déterminer moyennant une limite définie auparavant (valeur cut off) lesquels des éléments et (non) liens sont à...

- soumettre à une vérification détaillée en termes de contenu,
- contrôler en termes d'univocité et granularité,
- dissoudre, compléter ou ajouter.

Au-delà de la recherche d'une limite appropriée pour l'impulsion d'une révision du contenu, il s'agit de focaliser les incongruences significatives parmi les évaluations des experts et de se faire une idée de l'envergure et de la fiabilité des coïncidences des évaluations. En fonction des données disponibles, différents modèles sont appliqués pour calculer la fiabilité inter-observateur et l'accord inter-observateur.

### 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 et al., 2000).

L'utilisation de ENP est prévue, en premier lieu, dans le dossier électronique du patient. Puisque les mises en relation mettent l'expertise soignante actuelle à la disposition de l'utilisateur, ENP peut être un soutien didactique précieux dans la formation en soins infirmiers et en soins aux personnes âgées ; ou alors dans la formation interne du personnel dans des établissements de soins où une réflexion intense des étapes de la démarche de soins est enseignée et entraînée. Implémentées dans un logiciel, les données des patients peuvent être consultées de manière rapide et efficace et elles peuvent servir, en plus, pour des fins d'évaluation. La mise en pratique et la visualisation réelle de ENP peut diverger en fonction du logiciel respectif.<sup>9</sup>

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

ENP est réalisé dans une base de données, apte à être intégrée dans des produits logiciels comme par ex. des dossiers électroniques du patient/résident/client. Les notations (numérotation univoque des items) au sein d'un groupe sont attribuées automatiquement lors 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, également appelée « mapping », du système de classification des soins ENP avec d'autres outils et systèmes classificatoires. Les outils suivants ont été liés à ENP ou le sont actuellement :

- Les **codes CIM-10** (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) et **OPS** (classification allemande des actes médicaux) pour un codage optimisé des diagnostics secondaires d'intérêt soignant à l'hôpital et en soutien du codage DRG.
- **LEP Nursing 3**, un système de classification pour documenter les prestations (soignantes) dans le secteur de la santé. Les prestations et interventions répertoriées dans la méthode LEP et pourvues

<sup>9</sup> A titre d'illustration, vous trouvez un exemple de la réalisation de ENP dans un logiciel sur le site web de la société RECOM <https://www.recom.eu/software/uebersicht.html>

de valeurs temporelles par défaut (cf. Baumberger & Raeburn, 2015) ont été mises en relation avec les interventions du catalogue ENP. Cela a permis de faire recours, en plus de l'utilisation des valeurs temporelles ENP (cf. chapitre 4.7), aux valeurs temporelles LEP par ex. pour documenter la dépense en soins ou pour générer des indicateurs probants. Depuis l'année 2014, la mise en relation entre ENP et LEP Nursing n'est plus maintenue.

- Classement **PPR** (réglementation du personnel soignant). Composant de la loi relative à la structure du système de santé de l'année 1992, le classement PPR a servi pour déterminer les dépenses quotidiennes en soins stationnaires, constituant donc une base de calcul orientée performance du besoin en ressources humaines soignantes. Pour différentes raisons – entre autres les catégories de soins plutôt abstraites et des valeurs de minutes de soins peu réalistes qui en découlent, mais surtout dû au besoin énorme en personnel dans les cliniques allemandes annoncé par les données PPR (21 000 postes à temps complet entre 1993 et 1995) – le classement PPR a été suspendu en 1996 déjà, puis abrogé complètement dans l'année suivante. Même si le PPR n'a donc plus de caractère obligatoire, il est, aujourd'hui encore, utilisé par nombre de cliniques comme outil de pilotage interne (Thomas et al., 2014 ; Wieteck & Kraus, 2016).
- **IDEA** (Interdisciplinary Databased Electronic Assessment), un catalogue d'anamnèse interdisciplinaire et informatisée qui sert à saisir des informations anamnestiques structurées et à estimer, par la suite, le besoin prévisible d'interventions. IDEA repose sur une collecte homogène d'informations d'intérêt anamnestique, appuyée par la science et la littérature. D'un point de vue soignant, les liens établis entre IDEA et ENP permettent de déduire de manière automatique des diagnostics soignants d'intérêt potentiel grâce à un regroupement par le logiciel des informations saisies dans l'anamnèse. A titre d'illustration, la saisie dans IDEA d'un indice de masse corporelle > 30 (calculé automatiquement à base de la taille et du poids), associée à des renseignements relatifs à l'état nutritionnel et des préférences alimentaires, peut générer la proposition du diagnostic soignant « Le patient/résident/client présente un comportement nutritionnel inadéquat ». Même si la mise en relation entre IDEA et ENP représente une aide à la prise de décision, c'est toujours la personne soignante qualifiée qui décide si le diagnostic soignant ENP proposé s'applique ou non à la situation individuelle de prise en charge.
- Un **catalogue de mots-clés** en forme de système de recherche, permettant un repérage rapide de diagnostics soignants ENP lors de l'utilisation informatisée. Le catalogue ne contient non seulement le libellé des termes employés dans les diagnostics soignants, mais aussi des synonymes ou des notions ayant une portée similaire.
- **Critères du MDK** (service médical des assurances maladie en Allemagne) pour définir la dépendance (affectation d'un niveau de soins entre autres à base de valeurs temporelles et degrés d'autonomie). Suite à l'entrée en vigueur de la deuxième loi allemande sur le renforcement des soins (PSG II) en janvier 2017, remplaçant les trois niveaux de soins antérieurs par cinq degrés de soins (cf. par ex. Kimmel & Breuninger, 2016), le mapping des critères MDK avec ENP n'est désormais plus maintenu car dans ce nouveau contexte légal les critères MDK ont perdu leur pertinence pratique. Contrairement aux anciens niveaux de soins (respectivement les critères MDK), les nouveaux degrés de soins introduits en janvier 2017 ne sont pas reliés directement avec ENP, mais le mapping avec l'anamnèse IDEA (cf. ci-dessus) et l'évaluation soignante de base (BAss) qui en fait partie (cf. Pelchen et al., 2016) constituent une relation indirecte avec ENP.
- **Outils d'évaluation standardisés** relatifs à différents aspects cliniques de la prise en charge, par ex. risque de chute, risque d'escarre, alimentation ou respiration qui génèrent, grâce à l'intégration dans un dossier électronique du patient/résident/client et aux algorithmes axés sur les résultats, des diagnostics soignants ENP d'intérêt potentiel en fonction du score obtenu. Si par exemple l'évaluation du risque d'escarre à l'aide de l'échelle de Braden indique un score de 14 points ce qui équivaut à un risque d'escarre moyen, le diagnostic soignant ENP « Le patient/résident/client présente un risque d'escarre » sera proposé par la suite. Là encore, la décision sur la justesse du diagnostic proposé par rapport à la situation individuelle de prise en charge incombe à la personne soignante qualifiée.

- **PKMS** (outil de facturation de soins particulièrement coûteux) ainsi que d'autres codes complexes soutenant de manière automatisée la documentation et la génération de codes. Créé par le Conseil de Soins allemand (DPR), le score PKMS se veut un outil pour représenter les cas de patients nécessitant des dépenses accrues en soins à l'hôpital et constitue, pour cette patientèle, la base de facturation des soins accrus dans le système G-DRG (exception : les jours calendaires en unité de soins intensifs ne sont pas à coder). Le code PKMS saisit les prestations tant en soins généraux qu'en soins spécifiques. L'application du PKMS à un patient en prise en charge stationnaire aiguë demande, d'une part, la présence d'un des motifs catalogués qui justifient des soins accrus dans le domaine respectif, et de l'autre, l'application du profil d'interventions de soins correspondant. Si un ou plusieurs critères s'appliquent, des points s'additionnent pour chaque jour calendaire du séjour. Le score total déclenche une procédure OPS « 9-20 ... soins accrus » dès que le score indiqué dans le catalogue PKMS est atteint (Wieteck et al., 2017). Avec une intégration adéquate dans des produits logiciels, le mapping entre ENP et PKMS permet un codage en grande partie automatisé du score PKMS à partir de la documentation régulière avec ENP, sans besoin de formulaires, masques de saisie ou efforts de saisie supplémentaires.
- **Diagnostics infirmiers NANDA-I** : Depuis une quarantaine d'années, l'organisation NANDA International (NANDA-I) se consacre au développement, à la formulation et validation de diagnostics infirmiers (avec les caractéristiques et facteurs favorisants correspondants) dans le but de représenter le raisonnement clinique, diagnostique élaboré par des personnes soignantes qualifiées sous forme d'une taxonomie standardisée. Langage infirmier reconnu à l'échelle internationale et largement répandu, NANDA-I met l'accent sur les premières étapes de la démarche de soins, à savoir la collecte et le regroupement d'informations et leur transformation en un jugement infirmier relatif à des problématiques pertinentes pour le patient/résident/client – le processus diagnostique. La représentation et la documentation de la totalité du processus de soins avec des composants linguistiques standardisés et classés (détermination des objectifs de soins basés sur le diagnostic, planification des interventions de soins adéquates, réalisation de la prise en charge soignante, évaluation des résultats de soins) requiert donc d'autres systèmes classificatoires qui couvrent, mappés avec les diagnostics infirmiers NANDA-I, les étapes ultérieures de la démarche de soins. Il en existe plusieurs approches. Dans l'optique d'une utilisation électronique dans des systèmes informatisés et dans le but de combler cette lacune dans le processus de soins, les lignes directrices de pratique ENP ont été mappées avec les diagnostics infirmiers NANDA-I dans le cadre d'une étude de recherche portant sur la validation de ENP. Toute ligne directrice de pratique ENP qui a pu être mise en relation avec un diagnostic infirmier NANDA-I a été analysée, puis les objectifs et les interventions ENP correspondants ont été mappés, une fois les doublons apurés, dans une nouvelle base de données avec les diagnostics infirmiers NANDA-I. La base de données résultante offre donc la totalité des diagnostics infirmiers NANDA-I, complétés par les liens solides avec les objectifs et interventions issus du catalogue ENP.

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

### 1.7 La diffusion de ENP

Actuellement (mai 2017), de nombreux services à domicile et établissements stationnaires du secteur de la santé (hôpitaux, maisons de soins etc.) en Allemagne, Autriche, Italie et au Luxembourg utilisent ENP dans des dossiers électroniques du patient/résident pour une documentation complète du processus de soins. ENP n'est pas seulement utilisé dans le dossier électronique GRIPS de la société RECOM, mais il est de plus en plus appliqué en format base de données, intégré dans de nombreux produits logiciels d'autres éditeurs. En plus, beaucoup d'institutions et établissements de formation (continue) ont recours à ENP non seulement en forme électronique mais également en format imprimé, par ex. comme aide à la formulation pour la rédaction à la main des plans de soins. Ce grand éventail de formes d'utilisation et de chemins de

diffusion rend difficile la quantification exacte de l'utilisation de ENP à l'échelle nationale et internationale. L'énumération suivante prétend néanmoins dresser une image la plus précise possible de l'utilisation de ENP dans les pays germanophones.

### **Allemagne**

Une douzaine d'hôpitaux et plus de 300 établissements de soins aux personnes âgées, à domicile et stationnaires, utilisent ENP dans différents produits logiciels. Dû à l'intégration de ENP comme base de données dans des logiciels tiers, il n'existe pas de chiffres concrets ; des estimations fiables suggèrent qu'au moins 35 000 personnes soignantes en Allemagne travaillent avec ENP. Jusqu'ici, ce sont quatre établissements de formation à avoir intégré ENP comme partie intégrante au programme d'études. Le didacticiel gratuit « entraîneur ENP »<sup>10</sup> a été fourni, rien que depuis l'année 2016, à plus de 3 000 personnes soignantes en formation (continue).

### **Autriche**

En Autriche, 17 hôpitaux, plus de 100 services de soins à domicile et 60 structures stationnaires de soins aux personnes âgées utilisent ENP dans trois produits logiciels différents. En termes de quantité, les services de soins à domicile en Autriche ne sont pas comparables aux services de soins à domicile en Allemagne. Aux plus de 100 services de soins à domicile travaillant avec ENP appartiennent plus de 8 000 collaborateurs soignants qui réalisent la documentation quotidienne des soins avec ENP.

### **Luxembourg**

Trois hôpitaux aigus, une clinique de rééducation, deux structures stationnaires de soins aux personnes âgées ainsi que les deux prestataires de soins à domicile les plus importants – 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 quotidienne. Plusieurs établissements étant en train d'analyser intensément le système classificatoire, on peut s'attendre à une diffusion croissante de ENP au Luxembourg, surtout dans le domaine des soins stationnaires.

## **2. Les modifications dans les différentes versions**

Vous trouverez ci-après les modifications entreprises dans les différentes version 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 modifications concernant les diagnostics, de nombreuses mesures visant l'harmonisation de la classification ont été réalisées et des suggestions formulées par les utilisateurs finaux ont été prises en considération après avoir été analysées par des spécialistes. Quant à l'architecture de ENP, elle ne cesse d'être perfectionnée.

---

<sup>10</sup> Cf. <https://www.recom.eu/get-enp.html>

## 2.1 Les versions ENP 2.0 (Wieteck, 2004b) 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. Le test de ENP en pratique par exemple, mené en 2005 dans plusieurs cliniques, a été réalisé avec la version ENP 2.3. Pendant et après les tests 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

- Travail de hiérarchisation au niveau des diagnostics soignants, développement de la taxonomie ENP visant une structure monohiérarchique facilitant l'évaluation des données.
- Travail de hiérarchisation au niveau des objectifs soignants, développement d'une taxonomie des objectifs.
- Travail de hiérarchisation au niveau des interventions de soins.
- Vérification des diagnostics soignants en vue des niveaux d'abstraction hétérogènes 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).
- Etayement 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.
- Traitement des lacunes détectées au cours des tests pratiques en termes d'exhaustivité et de degré de détail (cf. par ex. Kossaibati & Berthou, 2006).

## 2.2 Le passage de la version ENP 2.4 à 2.5 (2008/2009)

Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 14)	
848	Le résident/patient/client présente une <b>dénutrition</b> en raison d'un <b>trouble alimentaire</b>
849	Le résident/patient/client présente une <b>dénutrition</b> en raison d'un <b>trouble cognitif</b>
851	Le résident/patient/client présente un <b>risque de dénutrition</b> en raison d'un <b>trouble cognitif</b>
850	Le résident/patient/client présente un <b>risque de dénutrition</b>
855	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de son bien-être</b> en raison d'une <b>alimentation par sonde</b>
852	Le résident/patient/client présente une <b>incapacité (partielle)</b> à diriger l' <b>attention</b> sur l' <b>hémiespace contralésionnel/négligé</b> (= négligence)
853	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation</b> de sa <b>capacité à absorber</b> et assimiler des <b>informations</b>
856	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation</b> de sa <b>capacité à acquérir des compétences</b> en autosoins, il y a un risque de thérapie inefficace
857	Le résident/patient/client présente une <b>escarre</b> , la <b>cicatrisation est entravée</b>
858	Le résident/patient/client présente un <b>ulcère artériel</b> (ulcus cruris arteriosum), la <b>cicatrisation est entravée</b>
859	Le résident/patient/client présente un <b>ulcère veineux</b> (ulcus cruris venosum), la <b>cicatrisation est entravée</b>
861	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de son bien-être</b> en raison d'une <b>plaie chronique</b>
858	Le résident/patient/client présente un <b>syndrome du pied diabétique</b> , la <b>cicatrisation est entravée</b>

887	Le résident/patient/client présente un <b>risque de thérapie inefficace</b> en raison d'un <b>manque de connaissances/capacités</b> à gérer son <b>diabète/une hypo-/hyperglycémie</b>
-----	--

Tableau 7 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 2.5

Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi (n = 31)	
555	Le résident/patient/client présente une <b>dénutrition</b>
558	Le résident/patient/client <b>refuse de s'alimenter</b> , il y a un <b>risque de dénutrition</b>
554	Le résident/patient/client <b>néglige son alimentation</b> , il y a un <b>risque de dénutrition</b>
134	Le résident/patient/client présente une <b>perte involontaire d'urine</b> liée à une <b>augmentation de la pression intra-abdominale</b> (incontinence à l'effort)
135	Le résident/patient/client présente un <b>besoin impérieux d'uriner</b> accompagné d'une <b>perte involontaire d'urines</b> (incontinence par impériosité)
137	Le résident/patient/client présente une <b>perte d'urine involontaire</b> (vidange réflexe spontanée) à <b>intervalles réguliers</b> dès que la <b>vessie est pleine</b>
138	Le résident/patient/client présente une perte de gouttes d'urine/ <b>fuite d'urine involontaire</b> liée à une <b>rétention d'urine chronique</b>
574	Le résident/patient/client est <b>incapable d'éviter une perte involontaire d'urine</b> , l'appareil génito-urinaire étant intact (incontinence fonctionnelle)
130	Le résident/patient/client présente une <b>incontinence d'urine</b> (incontinence mixte/type d'incontinence non défini) (catégorie résiduelle)
845	Le résident/patient/client présente une <b>fuite urinaire permanente</b> en raison d'une <b>incontinence extra-urétrale</b>
012	Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome pour se laver</b> en raison d'une <b>mobilité réduite</b>
018	Le résident/patient/client n'est pas autonome pour se laver en raison d'une <b>hémiplégie/-parésie</b>
007	Le résident/patient/client n'est pas autonome pour se laver en raison d'une <b>capacité physique réduite</b>
027	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 auto-soins</b> concernant la <b>toilette</b>
029	Le résident/patient/client présente une <b>incapacité à tenir les ustensiles pour les soins d'hygiène</b> en raison d'une <b>mobilité réduite</b> , il y a un déficit en auto-soins concernant la toilette
022	Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome pour organiser la toilette</b> en raison d'une <b>désorientation</b>
011	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 auto-soins</b> concernant la <b>toilette</b>
013	Le résident/patient/client est <b>complètement dépendant</b> lors de la toilette en raison d'une <b>restriction de la conscience quantitative</b>
033	Le résident/patient/client <b>effectue la toilette de façon inadéquate</b> , il y a un déficit en auto-soins concernant la toilette
016	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>
001	Le résident/patient/client présente une perturbation concernant la toilette liée à une autre raison (catégorie résiduelle)

676	Le résident/patient/client présente une <b>plaie chronique</b> , il y a une <b>perturbation de la cicatrisation</b>
339	Le résident/patient/client présente une <b>plaie à cicatrisation secondaire</b> , il y a une <b>perturbation de la cicatrisation</b>
331	Le résident/patient/client présente une <b>plaie à cicatrisation primaire</b> , il y a un <b>risque de cicatrisation perturbée</b>
278	Le résident/patient/client présente un <b>risque de complications</b> en raison d'une <b>contusion au niveau des extrémités</b>
092	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de la prise de repas</b> en raison de <b>troubles de la sensibilité</b> et d'une <b>hypotonie</b> de l'hémiface
094	Le résident/patient/client présente une <b>incapacité partielle ou totale à s'alimenter</b> en raison d'une <b>difficulté à fermer la bouche</b> , les aliments lui tombent/coulent de la bouche
078	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation</b> dans son autonomie à <b>soigner les ongles des doigts</b>
827	Le résident/patient présente une <b>perturbation</b> dans son autonomie à <b>soigner les pieds</b>
069	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation</b> dans son autonomie à effectuer les <b>soins des cheveux</b>

Tableau 8 : Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi dans la version 2.5

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 <b>risque élevé d'atteinte à l'intégrité de la peau</b> en raison de l'emploi de détergents
	Le résident/patient/client présente un <b>risque élevé d'inflammation des yeux</b> par une propagation de germes lors de la toilette
	Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome</b> pour se <b>laver les cheveux</b>
	Le résident/patient/client a les <b>ongles des pieds longs</b> et n'est pas autonome pour se les couper
	Le résident/patient/client présente une <b>forte couche cornée</b> aux pieds, n'est pas autonome pour l'enlever
	Le résident/patient/client a des <b>salissures sous les ongles des doigts</b> et n'est pas autonome pour les nettoyer
	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de boire</b> en raison d'une <b>difficulté à fermer la bouche</b> , les liquides lui coulent de la bouche
	Le résident/patient/client présente une perturbation pour manger/déglutir la nourriture, <b>les aliments s'accumulent dans la partie des joues</b> du côté concerné

Tableau 9 : Lignes directrices de pratique mises en sommeil, version 2.5

## 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 ENP (n = 25)	
867	Le résident/patient/client présente un <b>dégagement inefficace des voies respiratoires</b> (catégorie résiduelle)
868	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation</b> dans son autonomie à <b>soigner les yeux</b> (catégorie résiduelle)

869	Le résident/patient/client présente un <b>risque d'atélectasie/pneumonie</b> lié à une autre raison (catégorie résiduelle)
870	Le résident/patient/client présente des <b>troubles de la déglutition</b> (catégorie résiduelle)
872	Le résident/patient/client présente un <b>risque de déficit hydrique/électrolytique</b> (catégorie résiduelle)
873	La résidente/patiente/cliente présente un <b>risque de troubles d'allaitement</b> (catégorie résiduelle)
877	La résidente/patiente/cliente présente des <b>troubles d'allaitement</b> (catégorie résiduelle)
878	Le résident/patient/client présente un <b>comportement nutritionnel inadéquat</b> (catégorie résiduelle)
879	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de la miction</b> (catégorie résiduelle)
880	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de la vidange intestinale</b> (catégorie résiduelle)
881	Le résident/patient/client présente <b>d'autres perturbations</b> des soins de la stomie
886	Le résident/patient/client présente un <b>risque de mort subite du nourrisson</b>
892	L'enfant âgé de 4 ans ou plus <b>perd involontairement ses selles</b> sans étiologie organique (encoprésie)
882	La famille/personne de confiance n'est <b>pas autonome pour réaliser les soins de dépendance</b>
883	La famille/personne de référence présente un <b>risque</b> de ne <b>pas être autonome pour réaliser les soins de dépendance</b> de la personne concernée
894	Le résident/patient/client présente une colonisation/infection par des <b>micro-organismes multirésistants</b> , il y a un <b>risque de propagation de micro-organismes</b>
889	Le résident/patient/client présente une <b>crise d'hypertension</b> en raison d'une <b>dysrèflexie autonome</b>
893	Le résident/patient/client présente un <b>risque de dysrèflexie autonome</b> en raison d'une <b>paraplégie</b>
896	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation dans l'organisation de la journée/vie</b> suite à un <b>syndrome démentiel</b>
887	Le résident/patient/client présente un <b>risque de thérapie inefficace</b> en raison d'un <b>manque de connaissances/capacités</b> à gérer son <b>diabète/une hypo-/hyperglycémie</b>
891	Le résident/patient/client présente un <b>risque de développement retardé</b>
897	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de la communication</b> en raison d'un <b>trouble du langage</b>
898	Le résident/patient/client présente une <b>dermatite liée à l'élimination/l'incontinence</b> , la <b>cicatrisation est entravée</b>
895	Le résident/patient/client présente un <b>bas niveau d'activité</b> , il y a un <b>risque d'atteinte à la santé</b>

Tableau 10 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 2.6

Les catégories résiduelles ont été ajoutées en collaboration avec des cliniques coopérantes. 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 <b>infection/maladie sexuellement transmissible</b> , il y a un <b>risque de contamination</b> pour le partenaire sexuel

354	Le résident/patient/client présente un <b>risque d'hyper-/hypoglycémie</b>
383	Le résident/patient/client présente une <b>maladie infectieuse</b> , il y a un <b>risque de contamination pour l'entourage</b>
263	Le résident/patient/client présente une <b>situation hémodynamique instable</b> en raison d'une <b>diminution de la performance cardiaque</b>
610	Le résident/patient/client présente un <b>risque de complications cardiovasculaires</b> en raison d'une <b>diminution de la performance cardiaque</b>
261	Le résident/patient/client présente un <b>risque de complications cardiovasculaires</b> en raison de <b>changements cardiovasculaires liés à une hypertonie</b>
260	Le résident/patient/client présente un <b>risque de complications cardiovasculaires</b> en raison de <b>changements cardiovasculaires liés à une hypotension</b>
696	L'enfant, âgé de cinq ans ou plus, <b>mouille son lit</b> sans étiologie organique (énurésie)
160	Le résident/patient/client présente un <b>risque d'escarre</b> (adaptation à l'accord d'expert actuel)
103	Le résident/patient/client reçoit une <b>alimentation parentérale par thérapie intraveineuse</b> , il y a un <b>risque de complications liées à l'alimentation</b>
097	Le résident/patient/client est <b>alimenté par voie entérale à l'aide d'une sonde</b> , il y a une <b>perturbation de l'alimentation</b>
326	Le résident/patient/client présente un <b>risque de sur- ou sous-dosage</b> en raison d'une <b>thérapie intraveineuse</b>
651	Le résident/patient/client présente un <b>risque de complications</b> en raison d'un <b>cathéter veineux/d'une thérapie intraveineuse</b>
451	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation</b> de son autonomie à <b>organiser sa journée/vie</b> en raison des <b>processus dégénératifs liés à l'âge</b>
535	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation dans l'organisation de la journée/vie</b> en raison d'un <b>trouble de la pensée</b>
450	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation</b> de son autonomie à <b>organiser sa journée/vie</b> en raison d'un <b>trouble d'orientation</b>
634	Le résident/patient/client 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>
793	Le résident/patient/client présente un <b>risque de complications</b> en raison d'un <b>accès artériel</b>
627	Le résident/patient/client <b>manque d'élan</b> , il y a un <b>risque de déficit en auto-soins</b>
428	Le résident/patient/client présente <b>une perturbation du lien avec la réalité</b> en raison d'une <b>expérience psychotique</b> , il y a un <b>risque de déficit en auto-soins</b>
429	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de la structuration de la journée</b> , il y a un <b>risque de déficit en auto-soins</b>
426	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de l'organisation de la vie</b> , il y a un <b>risque de déficit en auto-soins</b>
313	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation dans son autonomie à organiser sa journée/vie</b> en raison d'un <b>trouble du moi</b>
621	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation dans l'organisation de la journée/vie</b> en raison de <b>pensées récurrentes qui ne peuvent pas être supprimées par la logique/raison</b> (pensées obsessionnelles)
425	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de son autonomie à organiser sa journée/vie</b> en raison d'un <b>handicap</b>
152	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de l'organisation de sa vie</b> en raison d'une <b>entérostomie</b> (anus artificiel)

467	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation</b> dans son autonomie à <b>organiser les loisirs</b>
500	Le résident/patient/client présente de façon répétitive un <b>comportement automutilateur</b> , il y a une <b>perturbation de la stratégie de résolution de problèmes</b>
684	Le résident/patient/client présente un <b>comportement d'évitement</b> en raison d'un <b>manque de confiance en sa propre force physique</b>
131	Le résident/patient/client présente un <b>risque de dermatite lié à l'élimination/l'incontinence</b>

Tableau 11 : Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi dans la version 2.6

Lignes directrices de pratique mises en sommeil (n = 9) :	
188	Le résident/patient/client présente un <b>risque de collapsus cardiovasculaire</b> lors de l' <b>exécution des mesures de mobilisation</b> (intégré dans le diagnostic hypotonie ID_260)
325	Le résident/patient/client présente un <b>risque d'inflammation (veineuse)</b> avec un <b>cathéter veineux central (CVC)</b> en place (intégré dans le diagnostic ID_651)
324	Le résident/patient/client présente un <b>risque d'inflammation (veineuse)</b> avec un <b>cathéter veineux périphérique en place</b> (intégré dans le diagnostic ID_651)
326	Le résident/patient/client présente un <b>risque de sur- ou sous-dosage</b> en raison d'une <b>thérapie intraveineuse</b> (intégré dans le diagnostic ID_651)
887	Le résident/patient/client présente un <b>risque de thérapie inefficace</b> en raison d'un <b>manque de connaissances/capacités</b> à gérer son <b>diabète/une hypo-/hyperglycémie</b>
082	Le résident/patient/client dispose d'une <b>fixation de la sonde nasale</b> , il y a un <b>risque d'irritation de la peau</b> (intégré dans le diagnostic ID_097)
098	Le résident/patient/client présente des <b>troubles gastro-intestinaux</b> 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 <b>diabète</b> , il y a un <b>risque d'hyper-/hypoglycémie</b> (intégré dans le diagnostic ID_354 qui a été abstrait)
107	Le résident/patient/client présente un <b>risque de ne pas atteindre les objectifs de santé</b> en raison d'un <b>manque d'informations/capacités</b> à gérer le <b>diabète</b>

Tableau 12 : Lignes directrices de pratique mises en sommeil, version 2.6

## 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 de validation de ENP ont déclenché la révision de plusieurs chemins thérapeutiques.

Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 11)	
898	Le résident/patient/client présente une <b>dermatite liée à l'élimination/l'incontinence</b> , la cicatrisation est entravée

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

Tableau 13 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 2.7

Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi (n = 20)	
522	La résidente/patiente/cliente présente une <b>perturbation de la production de lait maternel</b> , il y a un <b>risque de sous-alimentation</b> du nourrisson
184	Le résident/patient/client présente une diminution de sa capacité à <b>maintenir la position assise de façon autonome</b>
712	Le résident/patient/client présente une <b>diminution de sa capacité à se repositionner au lit</b> de façon autonome
160	Le résident/patient/client présente un <b>risque d'escarre</b>
084	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation de son autonomie</b> dans la fonction <b>boire/manger</b>
842	Le résident/patient/client n'est <b>pas autonome</b> pour assurer ses <b>autosoins liés à l'alimentation</b> , du fait de son <b>développement</b>
849	Le résident/patient/client présente une <b>dénutrition</b> en raison d'un <b>trouble cognitif</b>
555	Le résident/patient/client présente une <b>dénutrition</b>
851	Le résident/patient/client présente un <b>risque de dénutrition</b> en raison d'un <b>trouble cognitif</b>
608	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation dans sa capacité de réaliser des transferts</b>
015	Le résident/patient/client présente un risque de complications lié à un <b>trouble de la perception corporelle</b>
309	Le résident/patient/client présente un <b>risque de complications</b> en raison d'une <b>perturbation de la conscience quantitative</b>
411	Le résident/patient/client est incapable de <b>percevoir/assimiler les stimuli environnementaux de manière adéquate</b> , 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 <b>perturbation du développement des systèmes perceptifs</b>
537	Le résident/patient/client présente une perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir en raison d'une <b>hémiplégie</b>
529	Le résident/patient/client présente une <b>perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir</b> en raison d'autres étiologies
154	Le résident/patient/client présente un <b>risque d'insuffisance rénale</b>
234	Le résident/patient/client présente un risque d'atélectasie/pneumonie en raison d'une <b>diminution de la ventilation pulmonaire</b>
828	Le résident/patient/client présente un risque de <b>diminution de la ventilation pulmonaire</b>
359	Le résident/patient/client présente un <b>risque de complications</b> en raison d'un <b>taux de bilirubine élevé</b>
814	Le résident/patient/client présente un <b>risque d'exclusion sociale</b> en raison d'un <b>comportement</b> qui est en contradiction avec les normes sociales en vigueur
815	Le résident/patient/client présente un <b>comportement social altéré</b> violant les normes sociales en vigueur en raison d'une <b>perturbation de la relation parents-enfant</b> , il y a un <b>risque d'exclusion sociale</b>
748	Le résident/patient/client présente un <b>risque de développement retardé</b> en raison d'une <b>séparation des parents/personnes de confiance</b>
838	Le résident/patient/client présente un <b>risque de développement retardé</b> en raison d'une <b>naissance prématurée</b>
891	Le résident/patient/client présente un <b>risque de développement retardé</b>
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

Tableau 14 : Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi dans la version 2.7

Lignes directrices de pratique mises en sommeil (n = 5) :	
811	Le résident/patient/client présente un <b>risque d'exclusion sociale</b> en raison d'un <b>comportement social altéré</b> 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 à fermer la bouche, les aliments lui tombent/coulent de la bouche
----	---

Tableau 15 : Lignes directrices de pratique mises en sommeil, version 2.7

## Littérature consultée (n = 1 214)

A l'époque (2012), les lignes directrices de pratique ont été étayées sur la base de 1 214 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 de prise en charge) etc.

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

Cette phase de révision a apporté – outre une profonde révision systématique, basée sur la littérature, de près d'un cinquième de la partie diagnostique (titre du diagnostic, caractéristiques, étiologies) de toutes les lignes directrices de pratique – quatre ajouts structurels importants pour la classification des soins ENP en termes de transparence, univocité 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), tant pour le diagnostic soignant que pour la ligne directrice de pratique entière, 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
- L'implémentation de textes explicatifs (si besoin) pour les caractéristiques, étiologies et ressources. Les explications s'utilisent par ex. en cas de termes techniques latins, termes ambigus ou peu utilisés dans le but de lever les ambiguïtés ou remédier aux lacunes de connaissances qui peuvent exister chez des utilisateurs de ENP.

Voici à titre d'exemple des extraits de la documentation des modifications effectuées par l'équipe de développement ENP concernant la classe « soins d'hygiène/se vêtir » (figure 8 et tableau 16) :

Type de texte	N° ID	Textes ENP liés au diagnostic soignant
		<b>Historique des modifications :</b> 1994*, 2004, 2008 ; 2014
		<b>Ligne directrice de pratique ENP</b>
		<b>Diagnostic soignant ENP</b>
		<b>Niveau d'évidence :</b> 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 autosoins 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 8 : Extrait d'une documentation des modifications apportées par l'équipe de développement ENP : Les éléments rajoutés en 2014, à savoir définition du diagnostic soignant, niveau de preuve et historique des modifications

ID	Caractéristique	Texte explicatif
22 080	Agrammatisme très prononcé	Désigne un trouble de la production du langage qui est caractérisé par l'absence de structures grammaticales, par ex. enchaînement de mots porteurs de sens sans liens grammaticaux.
22 036	Flux de langage très trébuchant	
7 140	Aphasie nominale prononcée	
22 060	Utilise des phrases sans contenu	
22 052	Utilise des locutions vides de sens et/ou des stéréotypies	
22 049	Néologismes phonémiques	Néologismes qui se distinguent dans plus d'un son du mot cible. Ce « nouveau » mot n'existe pas dans le langage standard et n'est donc pas porteur de sens.
22 058	Paraphasies phonémiques	Décrit la modification phonétique d'un mot par le remplacement, l'ajout, l'omission ou la transposition de sons.
22 081	Paraphasies sémantiques sporadiques	Décrit l'utilisation erronée d'un mot qui présente une ressemblance de sens avec le mot cible ou en diffère complètement. Ex. « J'ai épousé ma sœur il y a 20 ans. »
22 082	Conduite d'approche	Désigne le rapprochement progressif, sur le plan sémantique ou phonétique, au mot recherché, par ex. en le désignant.
22 043	Effort élevé pour parler	Difficultés de la motricité de la parole en raison d'une perturbation de l'articulation, de la phonation et/ou du rythme de la parole

Tableau 16 : Exemples de textes explicatifs relatifs aux items ENP, ici au niveau des caractéristiques

Les tableaux synoptiques ci-dessous affichent les lignes directrices de pratique ENP qui ont été créées, révisées profondément ou mises en sommeil entre les versions ENP 2.7 et 2.9.

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

LOE par rapport à	LOE par rapport au diagnostic	Année de développement	ID	Titre du diagnostic soignant ENP 2.9
-------------------	-------------------------------	------------------------	----	--------------------------------------

la ligne directrice				
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 de 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>

Tableau 17 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 2.9

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

LOE par rapport à	LOE par rapport	Actualisation systématique	ID	Titre du diagnostic soignant ENP 2.9
-------------------	-----------------	----------------------------	----	--------------------------------------

la ligne directrice	au diagnostic			
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>hyposcousie (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 <b>n'est pas autonome pour organiser la toilette</b> en raison d'une <b>désorientation</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>hémiplégie/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>restriction 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 cheveux</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</b> de la déglutition dans la <b>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</b> étant <b>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 autosoins 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 est incapable de 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</b> dans son autonomie à <b>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 <b>trouble d'orientation</b>
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 à l'incapacité à soigner son apparence physique</b>
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, 2010, 2012, 2014	160	Le résident présente un <b>risque d'escarre</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2004, 2007, 2014	431	Le résident <b>se retire de la vie sociale</b> , 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 d'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 multirésistants, 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

Tableau 18 : Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi dans la version 2.9

### Lignes directrices de 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.

ID	Titre du diagnostic soignant ENP
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 à 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 actives, il y a un risque d'atélectasie/de 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 postopératoire de la mobilité
490	Le résident présente des douleurs articulaires avec une douleur initiale

Tableau 19 : Lignes directrices de pratique mises en sommeil, version 2.9

### Littérature consultée (n = 3 545)

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.

### 2.6 Le passage de la version ENP 2.9 à 2.10 (septembre 2014 jusqu'à mai 2017)

Outre les révisions du catalogue ENP au niveau du contenu, un grand effort a été entrepris dans la période de révision entre les versions ENP 2.9 et 2.10 non seulement en vue de la méthodologie du développement de ENP mais aussi en vue d'une procédure de validation, en même temps praticable et adéquate, des contenus ENP créés ou révisés (cf. chapitres 1.4.2 et 1.4.3) ce qui équivaut à un contingent important de ressources investies dans des travaux structurels et d'accompagnement.

Les tableaux ci-après affichent les lignes directrices de pratique ENP ayant subi des modifications en termes de contenu ou terminologie ou ayant été ajoutées dans la version 2.10<sup>11</sup>. Une grande partie des modifications ou innovations est basée sur des propositions des utilisateurs qui travaillent avec ENP dans leur pratique quotidienne. Pour des informations détaillées relatives aux modifications au niveau des détails/items, une documentation séparée des modifications apportées à toute ligne directrice de pratique révisée est disponible sur demande. Entre les versions ENP 2.9 et 2.10, aucune ligne directrice de pratique n'a été mise en sommeil.

### Nouvelles lignes directrices de pratique ENP (n = 5)

LOE par rapport à	LOE par rapport	ID	Titre du diagnostic soignant ENP
-------------------	-----------------	----	----------------------------------

<sup>11</sup> Les tableaux ne contiennent pas des modifications en matière de terminologie ou de contenu qui ont été apportées à des items individuels sans rapport au contexte/sujet de la ligne directrice de pratique correspondante.

la ligne directrice	au diagnostic		
LOE 2.1	LOE 2.1	1081	Le résident présente une <b>perturbation de l'interaction</b> en raison de <b>schémas inadéquats de réaction émotionnelle/affective</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1082	Le résident présente une <b>perturbation de la communication</b> en raison d'un <b>trouble de la pensée formelle</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1084	Le résident présente un <b>trouble de la vidange vésicale/une incontinence urinaire</b> , il y a une <b>perturbation du comportement de demande d'aide</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1120	Le résident porte une <b>urostomie</b> (dérivation urinaire chirurgicale), il y a un <b>déficit en auto-soins en soins/gestion de stomie</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1121	Le résident présente un <b>risque</b> de développer une <b>complication stomiale</b>

Tableau 20 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 2.10

### Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi (n = 13)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Titre du diagnostic soignant ENP
LOE 3.2	LOE 3.2	149	Le résident porte une <b>entérostomie</b> (anus artificiel), il y a un <b>déficit en auto-soins en soins/gestion de stomie</b> (avant : Le résident présente un <b>déficit en auto-soins en soins de stomie</b> )
LOE 2.1	LOE 2.1	148	Le résident va subir une <b>stomie</b> , il y a un <b>besoin d'informations</b> (avant : Le résident va subir une <b>entérostomie</b> (anus artificiel), il y a un <b>besoin d'informations</b> )
LOE 2.1	LOE 2.1	153	Le résident porte une <b>colostomie</b> (anus artificiel), il y a un <b>manque d'informations/de capacités</b> pour effectuer l'irrigation de façon autonome (avant : Le résident porte une <b>entérostomie</b> (anus artificiel), il y a un <b>manque d'informations/de capacités</b> pour effectuer l'irrigation de façon autonome)
LOE 3.2	LOE 3.2	268	Le résident présente de la <b>fièvre</b> (pyrexie), il y a un <b>risque de complications</b> (avant : Le résident présente une <b>hyperthermie</b> , il y a un <b>risque de complications</b> )
LOE 2.1	LOE 2.1	580	Le résident présente une <b>altération de la peau</b> au niveau de la stomie, il y a une <b>perturbation des soins de stomie</b> (avant : Le résident présente une <b>altération de la peau</b> au niveau de l'entérostomie, il y a une <b>perturbation des soins de stomie</b> )
LOE 2.1	LOE 2.1	581	Le résident présente une <b>nécrose de la stomie</b> , il y a une <b>perturbation des soins de stomie</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	582	Le résident présente une <b>rétraction de la stomie</b> , il y a une <b>perturbation des soins de stomie</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	583	Le résident présente un <b>prolapsus de la stomie</b> , il y a une <b>perturbation des soins de stomie</b>

LOE 2.1	LOE 2.1	584	Le résident présente une <b>hernie parastomiale</b> , il y a une <b>perturbation des soins de stomie</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	674	Le résident présente une <b>perturbation de sa capacité à s'adapter aux changements de son état de santé</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	881	Le résident porte une <b>autre stomie problématique</b> qui entrave les soins de stomie ( <u>avant</u> : Le résident présente d'autres perturbations des soins de la stomie)
LOE 2.1	LOE 2.1	1063	Le résident présente un <b>risque de complications respiratoires</b> en raison d'une <b>intervention chirurgicale</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	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

Tableau 21 : Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi dans la version 2.10

### Lignes directrices de pratique dont la terminologie et/ou le contenu a subi des modifications ponctuelles (n=19)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Titre du diagnostic soignant ENP
LOE 2.1	LOE 2.1	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	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	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 2.1	LOE 2.1	138	Le résident présente une <b>rétention d'urine chronique</b> et une <b>perte involontaire d'urine (incontinence par regorgement)</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	151	Le résident présente une <b>mycose</b> (infection fongique) <b>autour de l'entérostomie</b> , il y a une <b>perturbation des soins de stomie</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	160	Le résident présente un <b>risque d'escarre</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	359	Le résident présente un <b>ictère</b> en raison d'un <b>taux de bilirubine élevé</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	369	Le résident présente un <b>risque de fausse route</b> en raison de (d'une tendance au) <b>vomissement suite à une intervention chirurgicale</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	383	Le résident présente une <b>maladie infectieuse</b> , il y a un <b>risque de propagation de micro-organismes</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	574	Le résident n'est <b>pas en mesure d'éviter une perte d'urine</b> , l'appareil <b>génito-urinaire</b> étant <b>intact</b> (incontinence fonctionnelle)

LOE 2.1	LOE 2.1	696	L'enfant, âgé de cinq ans ou plus, <b>mouille son lit</b> sans étiologie organique (énurésie)
LOE 2.1	LOE 2.1	706	Le résident présente une <b>perturbation actuelle de son bien-être</b> en raison de <b>nausées</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	905	Le nouveau-né présente un <b>risque d'ictère néonatal</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1070	Le nouveau-né présente un <b>ictère néonatal</b> , il y a un risque de complications
LOE 3.2	LOE 3.2	165	Le résident présente un <b>risque de thrombose veineuse</b> en raison d'une <b>immobilité/mobilité réduite</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	279	Le résident présente un <b>risque de thrombose veineuse</b> en raison de <b>varices</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	591	Le résident présente d'autres <b>facteurs de risque</b> favorisant le <b>risque de thrombose</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	859	Le résident présente un <b>ulcère veineux</b> (ulcus cruris venosum), la cicatrisation est entravée
LOE 3.2	LOE 3.2	135	Le résident présente un <b>besoin impérieux d'uriner</b> et une <b>perte involontaire d'urines</b> (incontinence par impériosité)

Tableau 22 : Lignes directrices de pratique dont la terminologie et/ou le contenu a subi des modifications ponctuelles, version 2.10

Jusqu'au mois de mai 2017, **les 557 lignes directrices de pratique ENP de la version 2.10 sont étayées par l'analyse d'un total d'env. 3 960 publications.** Les modifications du contenu de ENP entre les versions 2.9 et 2.10 se basent sur env. 410 publications nationales et internationales, systématiquement recherchées.

## 2.7 Perspective : version ENP 3.0 (publication prévue pour fin 2018/début 2019)

Outre la poursuite du développement du contenu à base des retours utilisateurs, de l'analyse de bases de données des utilisateurs, de nouvelles connaissances de la recherche et la poursuite de l'appui sur des preuves, la nouvelle version majeure de ENP prévue pour fin 2018/début 2019 va apporter surtout l'achèvement de deux aspects structurels :

- La rédaction systématique d'une définition pour tout diagnostic soignant du catalogue ENP n'ayant pas encore obtenu de définition dans le cadre des révisions depuis 2014. Les définitions formulées dans cette période seront vérifiées encore une fois en termes d'actualité et exactitude afin d'assurer une description précise des termes conceptuels utilisés dans les diagnostics soignants et leurs relations.
- L'indication du niveau de preuve (cf. chapitre 3), d'une part par rapport à tout diagnostic soignant ENP avec les caractéristiques, étiologies et ressources correspondantes et de l'autre par rapport à toute ligne directrice de pratique ENP dans sa totalité (c'est-à-dire prenant en compte en plus les objectifs et les interventions de soins ENP). Le but en est de créer de la transparence pour tout le catalogue ENP quant au stade du développement, au degré d'étayage scientifique et au stade de validation de chaque diagnostic soignant resp. chaque ligne directrice de pratique ENP.

En matière de contenu, le développement ou la révision des lignes directrices de pratique ENP liées aux thématiques cliniques suivantes est prévu ou en cours (mai 2017) :

- Troubles de déglutition
- Respiration
- Démence
- Fatigue chronique

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

Depuis la révision des diagnostics soignants et lignes directrices de pratique ENP réalisée en 2014, les niveaux de preuve ont été élaborés et indiqués. Dès le début, le développement a été mené dans le but de créer, d'une part, une comparabilité des niveaux de preuve avec ceux d'autres systèmes classificatoires, et de l'autre, la plus grande transparence possible des stades de développement, révision et validation des diagnostics soignants et lignes directrices de pratique ENP face aux intéressés. 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 (cf. Herdman & Kamitsuru, 2016, p. 496-498) – même si certains aspects critiques de ce système vaudraient la peine d'être discutés.<sup>12</sup>Cette approche permet de comparer l'expressivité de diagnostics soignants appartenant à différentes classifications. L'indication de niveaux de preuve est poursuivie au fur et à mesure du développement et se réfère respectivement à l'énoncé diagnostique (diagnostic soignant avec définition, caractéristiques, étiologies et ressources) et à la ligne directrice de pratique dans sa totalité (y compris les objectifs et interventions de soins). Ci-après des précisions concernant 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 dans le catalogue. La démarche de développement est donc souvent déclenchée par l'identification d'un phénomène pertinent dans la pratique soignante. Une fois le développement réalisé, le résultat est concerté avec les praticiens de soins. Ensuite, le diagnostic est intégré au catalogue ENP. Moins fréquent est le développement d'une nouvelle ligne directrice incité par une analyse bibliographique, des évolutions dans la politique de santé ou d'autres impulsions extérieures à la pratique soignante. En tel 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 sujet ainsi que les termes conceptuels essentiels du diagnostic soignant ENP sont vérifiés avec toute diligence et étayés par la littérature. Le respect des règles syntaxiques et structurelles est assuré. En plus, de possibles chevauchements avec d'autres lignes directrices de pratique ENP sont analysés et évités essentiellement.

##### 1.2 Titre du diagnostic soignant avec définition, caractéristiques, étiologies et ressources (ordre de développement)

Un diagnostic soignant ENP est formulé avec précision, la définition correspond au titre. Terminologiquement, la définition se distingue des concepts centraux du titre du diagnostic au sens d'une

---

<sup>12</sup> Pour connaître les niveaux de preuve utilisés par NANDA-I, veuillez consulter les livres publiés ou l'adresse internet suivante : <http://www.nanda.org/nanda-international-level-of-evidence-criterial.html> (consulté le 10/05/2017).

périphrase et description. Le diagnostic, la définition ainsi que les caractéristiques, étiologies et ressources élaborés dans cette phase du développement sont étayés par des références bibliographiques.

### **1.3 Diagnostic soignant, définition, caractéristiques, étiologies et ressources sont complétés par des objectifs et interventions de soins pour former une ligne directrice de pratique (ordre de développement)**

La ligne directrice de pratique ENP se trouvant à un stade précoce est mise à disposition des utilisateurs finaux dans des produits logiciels à des fins d'évaluation pour être améliorée en collaboration avec l'équipe de développement ENP.

En pratique, il peut arriver dans le cadre d'un projet qu'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 ayant atteint un niveau de maturité de 2.1 ou plus.

## **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 Titre du diagnostic, définition, caractéristiques, étiologies et ressources (énoncé diagnostique) ou titre du diagnostic, définition, caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs et interventions de soins (ligne directrice de pratique entière) sont appuyés sur la littérature**

Le diagnostic soignant, sa définition ainsi que les caractéristiques, étiologies et ressources au sens de l'énoncé diagnostique ou l'ensemble de la ligne directrice de pratique ENP, à savoir, les éléments énumérés et en plus les interventions et objectifs liés au diagnostic sont étayés par la littérature nationale et internationale.

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

En plus de l'appui sur la littérature du diagnostic soignant, de la définition et 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. Diagnostics soignants et lignes directrices de pratique cliniquement soutenus (validation et vérification)**

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

La poursuite du développement du diagnostic soignant/de la ligne directrice de pratique est basée sur l'analyse et l'évaluation systématiques de la littérature internationale portant sur le diagnostic et les interventions de soins, la stratégie de recherche est documentée et justifiée.

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

La poursuite du développement du diagnostic soignant/de la ligne directrice de pratique est basée sur l'analyse et l'évaluation systématiques de la littérature portant sur le diagnostic et les interventions de soins moyennant une stratégie de recherche documentée et justifiée.

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

L'étude se réfère soit au diagnostic soignant avec toutes ses caractéristiques et étiologies ou à la ligne directrice de pratique entière (y compris les objectifs et interventions de soins). 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 soit au diagnostic soignant avec toutes ses caractéristiques et étiologies, soit à la ligne directrice de pratique entière. Les études peuvent être de caractère qualitatif ou quantitatif. Cela englobe également des études analysant la validité concomitante (*concurrent validity*) dans le contexte clinique. L'échantillon utilisé est aléatoire (probabiliste), le volume d'échantillons est cependant limité.

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

L'étude se réfère soit au diagnostic soignant avec toutes ses caractéristiques et étiologies, soit à la ligne directrice de pratique entière. Les études peuvent être de caractère qualitatif ou quantitatif. Cela englobe également des études analysant la validité concomitante (*concurrent validity*) dans le contexte clinique. L'échantillon utilisé est aléatoire (probabiliste), le volume d'échantillons est suffisamment important pour généraliser les résultats à la population globale.

Quant à la version ENP actuelle 2.10, 157 sur 557 lignes directrices de pratique (c'est-à-dire 28 %) présentent un niveau de preuve. La distribution des niveaux de preuve obtenus est la suivante :

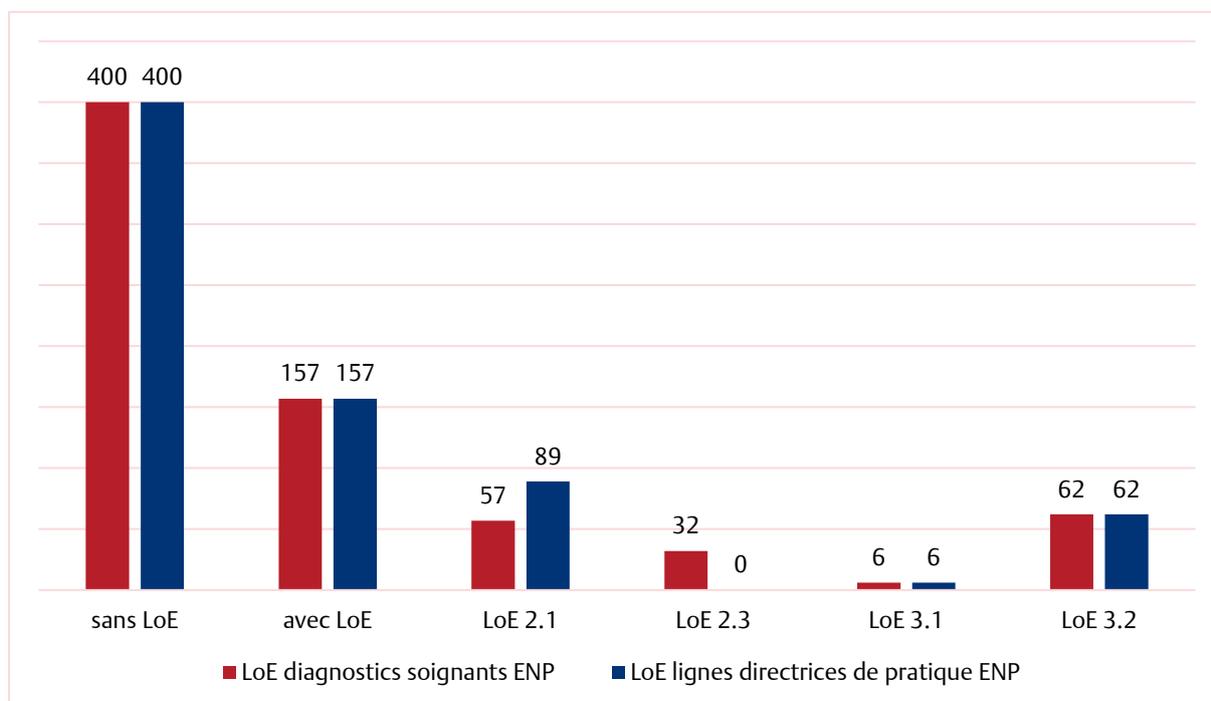


Figure 9 : Distribution des niveaux de preuve pour les diagnostics soignants ENP et les lignes directrices de pratique ENP

## 4. Définitions des termes des classes ENP

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

### 4.1 Définition : les diagnostics soignants ENP

Un diagnostic soignant ENP se définit comme suit :

*Généralement parlant, un **diagnostic soignant ENP** représente une évaluation systématique clinique des réactions d'un patient à des problèmes de santé actuels ou potentiels et/ou à des processus de vie. Les diagnostics soignants font donc partie du processus de soins et constituent la base pour le choix des interventions de soins permettant d'atteindre les objectifs fixés ensemble avec le patient. Un diagnostic soignant ENP, en particulier, est une expression linguistique utilisée par des soignants – si possible en concertation avec la personne concernée et/ou sa famille/les personnes de confiance – qui est fondée 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 par rapport aux objectifs soignants et au choix des interventions de soins adéquates.*

Un diagnostic soignant ENP décrit, sous une forme standardisée, les possibles résultats diagnostiques. Il est composé d'une problématique soignante et d'une spécification. Un petit pourcentage, au mois de mai 2017 env. 17,8 % (n = 99), des diagnostics soignants ENP ne contient 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, la personne soignante rajoute elle-même les caractéristiques et les étiologies au cours du processus diagnostique et transforme la problématique soignante en un diagnostic. 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 psychiques, liées à l'entourage ou au développement, des modifications de la santé physiologique ou 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, un diagnostic soignant comprend trois éléments essentiels, « également nommés schéma PES. Ces trois composants sont : le problème de santé (P), les facteurs étiologiques ou reliées (E) [et] les caractéristiques définissant ou des clusters de signes et de symptômes (S) » (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, p. 38s, notre traduction). 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 & Bartholomeyczik. Au cours du processus diagnostique, le soignant choisit les caractéristiques et étiologies adéquates du catalogue ENP. Dans ENP, les caractéristiques ne se réfèrent pas uniquement à la problématique soignante, mais à la combinaison entre la problématique soignante et la spécification.

Le tableau 23 ci-dessous représente, à titre d'exemple, les diagnostics soignants ENP de la classe *Soins d'hygiène/se vêtir* et de la catégorie *Déficit en autosoins Toilette* du domaine *Diagnostics soignants de la sphère fonctionnelle/physiologique* pour clarifier la différence entre la problématique soignante (= catégorie) et le diagnostic soignant ENP.

Classe	Catégorie (= problématique de soins)	Diagnostics soignants ENP
Soins d'hygiène/se vêtir	Déficit en autosoins Toilette	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 pas autonome pour se laver en raison d'une <b>hémiplégie/-parésie</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 concernant la 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 déficit en autosoins 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/client 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 <b>pas autonome</b> pour assurer ses <b>autosoins liés à l'hygiène corporelle</b> , du fait de son <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 présente une <b>perturbation concernant la toilette</b> [problématique soignante sans spécification]
...		

Tableau 23 : *Diagnostics soignants ENP de la catégorie soins d'hygiène/se vêtir (extrait) pour illustrer la différence entre problématique soignante et diagnostic soignant ENP*

L'opérationnalisation ici présentée du déficit en auto-soins 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'hémiplégie pour le déficit en auto-soins concernant la toilette, le diagnostic soignant ENP sera alors élaboré selon la méthode pré-combinatoire. L'analyse bibliographique, réalisée dans le contexte du développement des diagnostics de la catégorie *déficit en auto-soins concernant la toilette*, montre qu'il y a des concepts d'interventions spécifiques pour les diagnostics soignants ENP figurant dans le tableau 23 (Helmbold & Berger, 2010).

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'intervention nuancés et ciblés pour représenter le processus des soins.

### **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/prédicat
- « un risque » = objet direct
- « d'atteinte à l'intégrité de la peau » = complément de manière
- « en raison d'une trachéostomie implantée » = objet prépositionnel

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

- « Le patient » = sujet
- « n'est pas autonome pour » = locution adverbiale négative
- « effectuer » = verbe principal à l'infinitif
- « sa toilette » = objet direct
- « en raison d'une hémiplégie/-parésie » = objet prépositionnel

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

*Le patient présente un risque d'escarre*

- « Le patient » = sujet
- « présente » = verbe/prédicat
- « un risque d'escarre » = 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. Le pourquoi de cette construction de la phrase s'explique par des raisons pragmatiques et stylistiques.

## **4.2 Définition : les caractéristiques ENP**

Chaque analyse d'un terme mène automatiquement aux caractéristiques déterminantes de ce terme. Pour déterminer le contenu d'un terme et pour définir un concept diagnostique, 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 aux caractéristiques des significations différentes. « 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. 53s, notre traduction). 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. 43ss). Lors du développement d'un diagnostic soignant ENP, les caractéristiques sont utilisées pour conceptualiser celui-ci. La définition des caractéristiques ENP est la suivante :

*Les caractéristiques ENP sont des indicateurs, des attributs et des expressions de l'individu concerné. Elles contribuent à identifier les problématiques/diagnostics soignants 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 qu'à la spécification de ladite problématique.

### La syntaxe des caractéristiques ENP

Les caractéristiques formulées sont des symptômes (*signes de cyanose, fréquence respiratoire élevée, râle sibilant, tachypnée*), des expressions de la personne concernée (*exprime avoir peur des douleurs lors de l'expectoration, décrit la sensation de solitude/abandon*), des réactions comportementales (*irritabilité élevée, est incapable d'exprimer sa rage/sa colère de manière adaptée et la dirige contre des objets/animaux, s'arrache les cheveux*), des signes physiologiquement détectables (*fréquence respiratoire d'un adulte inférieure à 12 respirations/min*) ou des descriptions des limitations de capacité de la personne concernée (*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 voix active. Il peut s'agir aussi d'une ellipse, composée du prédicat, d'objets et/ou de compléments ou simplement de termes individuels. Ces phrases incomplètes se réfèrent toujours au sujet du diagnostic soignant. Par ex. : *Ne mange que la moitié de l'assiette* ou *Maladie cutanée infectieuse*.

### 4.3 Définition : les étiologies ENP

Une étiologie peut être définie comme un énoncé 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 compréhension fondamentale similaire. Des étiologies sont formulées pour affiner davantage la différenciation du diagnostic soignant lorsqu'elles sont co-responsables de la cause et du maintien de la problématique/l'état de santé ou qu'elles agissent sur ces derniers (Brobst et al., 1997 ; Gordon, 2001). Dans ENP, les étiologies se définissent comme suit :

*Les étiologies ENP sont des facteurs déclencheurs et/ou influençants qui débouchent sur l'apparition d'une problématique soignante/d'un diagnostic soignant ou la/le maintiennent. Les 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'aspects 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 proposées afin d'éliminer ou atténuer une problématique soignante. Pour planifier et sélectionner les interventions de soins adéquates, ce n'est pas la même chose si l'individu ne peut pas se laver à cause d'une restriction postopératoire de la mobilité ou d'une apraxie. La compréhension des causes dans ENP s'appuie sur l'analyse de la notion de la cause qui engendre la différenciation suivante (Hügli & Lübcke, 2001) : Les causes en tant que relation causale entre cause et effet. Les causes en tant que chaîne ou relation de causalité, en d'autres termes « *ce réseau des causes et effets dans lequel un événement est entrelacé* » (Hügli & Lübcke, 2001, p. 642, notre traduction).

*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.

*Cause essentielle* qui est une condition nécessaire pour l'effet.

Dans ENP, les différentes optiques et nuances de la notion des « 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 et les facteurs qui contiennent ce problème. A chaque diagnostic soignant ENP peuvent être attribuées 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 étiologies formulées peuvent être des maladies (*manie, insuffisance cardiaque droite, troubles du comportement alimentaire, sclérose en plaques*), des motifs pour le comportement (*besoin d'affirmation de soi, répugnance lors de l'ingestion des aliments, manque d'intérêt, peur, pudeur*), des états (*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 (*manque de connaissances concernant l'allaitement, manque d'accès aux informations*), des influences socioculturelles (*facteurs dynamiques familiales, chômage, maltraitance*), des habitudes/comportements (*compulsions ritualisées, barbouillage de selles, manque d'activités, limitation insuffisante*), des perturbations d'interaction (*parle une autre langue maternelle*) ou des capacités réduites/limitées (*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, d'objet(s) et/ou de complément(s) 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 : les ressources ENP**

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 psychosociales, 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 cherche toujours à permettre 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 par ex. si un patient présentant un déficit en autosoins en soins d'hygiène est capable de s'asseoir ou de se tenir debout et de passer le gant de toilette seul. Contrairement aux autres groupes dans ENP, la liste des ressources formulées ne prétend pas être exhaustive. Quant aux ressources formulées, les soignants sont incités à ajouter au cours du processus diagnostique des compléments individuels.

Les formulations standardisées des ressources dans ENP comprennent des comportements, des attitudes favorisant les actions, le soutien prodigué 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 syntagme verbal (qui peut comprendre le prédicat, des objets et/ou des compléments). Par ex. : *Est capable d'utiliser les aides techniques de manière ciblée* ou *Reconnaît la nécessité du soin*.

### 4.5 Définition : les 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). Plusieurs objectifs possibles sont attribués à chaque diagnostic soignant ENP. 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 performances et capacités physiques, à des paramètres physiologiques, des connaissances, des comportements et des traits de personnalité, à des constats, au vécu émotionnel et aux sensations subjectives ainsi qu'à la détection d'altérations physiques.*

Les objectifs soignants peuvent être utilisés pour la mesure de l'outcome. A cette fin, chaque objectif soignant ENP est relié à une échelle de Likert à cinq niveaux pour évaluer le degré d'atteinte des objectifs. Il y a différents types d'échelles à cinq niveaux. Ces échelles ont en commun la signification de l'évaluation 5 (l'objectif a été atteint) et de l'évaluation 1 (objectif pas encore atteint). Voici quelques exemples :

**Diagnostic soignant ENP :** Le patient se retire de la vie sociale, il y a une altération de l'interaction sociale

**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 degrés d'atteinte de l'objectif reliés sont qualifiés comme suit :

- 5 = complètement 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 modérée de l'objectif (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 opérationnalisés de l'objectif. A titre d'illustration, trois objectifs relatifs à la toilette sont décrits dans le tableau suivant :

Échelle de 1 à 5 « Toilette »					
	Manifestation 5	Manifestation 4	Manifestation 3	Manifestation 2	Manifestation 1
Est autonome pour <b>laver et sécher</b> son <b>corps</b>	Est autonome pour <b>laver et sécher</b> son <b>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</b> le <b>haut du corps</b>	Est autonome pour <b>laver et sécher</b> le <b>haut du corps</b>	Est autonome pour laver et sécher le haut du corps grâce à des <b>aides techniques</b> et/ou en <b>investissant 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</b> le <b>visage et les mains</b>	Est autonome pour <b>laver et sécher</b> le <b>visage et les mains</b>	Est autonome pour laver et sécher le visage et les 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 <b>visage et mains</b> , la personne soignante doit finir la toilette	Est <b>complètement dépendant</b> dans la toilette de visage et mains

Tableau 24 : échelle de 1 à 5 pour les objectifs soignants ENP de la toilette

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

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

Tableau 25 : échelle de 1 à 5 pour les objectifs soignants ENP de la catégorie « Sans douleur »

Un dernier exemple issu de la classe « sensations » 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 <b>exigences physiques attendues</b> liées aux soins d'hygiène correspondent aux <b>capacités physiques</b> actuelles	Les <b>exigences physiques attendues</b> liées aux soins d'hygiène correspondent aux <b>capacités physiques</b> actuelles	Les <b>exigences physiques attendues</b> liées aux soins d'hygiène correspondent <b>partiellement aux capacités physiques</b> actuelles, cela se manifeste par un <b>épuisement absolu</b> suite aux activités d'hygiène corporelle	Les <b>exigences physiques attendues</b> liées aux soins d'hygiène correspondent <b>partiellement aux capacités physiques</b> actuelles, cela se manifeste par une <b>altération importante des paramètres vitaux et/ou par des douleurs</b> ressenties suite aux activités d'hygiène corporelle	Les <b>exigences physiques attendues</b> liées aux soins d'hygiène ne correspondent <b>pas aux capacités physiques</b> actuelles, cela se manifeste par une <b>altération importante des paramètres vitaux dépassant les valeurs limite</b> et/ou par des <b>douleurs, l'activité d'hygiène corporelle</b> devant être <b>interrompue</b> (plusieurs fois)	Les <b>exigences physiques attendues</b> liées aux soins d'hygiène <b>dépasse les capacités physiques</b> , cela se manifeste par un collapsus cardiovasculaire, une insuffisance respiratoire ou d'autres types de crise, les <b>activités d'hygiène corporelle ne pouvant pas être poursuivies comme prévu</b>

Tableau 26 : échelle de 1 à 5 pour les objectifs soignants ENP de la catégorie « Exigences adaptées aux capacités »

Jusqu'ici, une cinquantaine de différentes échelles d'évaluation relatives aux objectifs soignants ENP a été développée. 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 existants sont disponibles sous forme de logiciels et de 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) qui sont formulées généralement en voix active. Il peut s'agir aussi d'une ellipse, composée du prédicat, d'objets et/ou de 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 : les interventions de soins**

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, directement 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 ENP se définit comme suit :

*Une intervention de soins ENP est l'expression 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 entre autres par la désinfection des mains, la préparation du matériel, la salutation adressée au patient, le renseignement du 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 voix active. Du point de vue syntaxique, il s'agit d'ellipses comprenant verbe, objet(s) et/ou complément(s), le verbe 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 ménageantes, réduisant la charge*.

### **Spécification de l'intervention**

La littérature spécialisée exige que les interventions de soins formulées par écrit 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 ENP 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 temporelles normatives dans ENP

Dans ENP, les valeurs temporelles normatives sont attachées, outre d'autres éléments, à de nombreuses interventions de soins ou spécifications de l'intervention 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 obtenir les valeurs temporelles additionnées en fonction de la situation concrète. Les valeurs temporelles sont des estimations, négociées avec des soignants le long d'un processus empirique de plusieurs années. Les valeurs temporelles par défaut sont en plus pondérées par leur rapport contextuel au diagnostic soignant. Ainsi, les valeurs temporelles définies pour la toilette complète chez un patient 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 temporelles 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 eu lieu suite à des mesures de temps réalisées au cours de projets de recherche ; en outre, des indications relatives à la charge en soins tirées de la littérature spécialisée sont prises en compte dans la mesure du possible. Lors de la mise en relation de LEP-Nursing 3 avec les interventions ENP en 2004, il s'est avéré que les valeurs temporelles par défaut se correspondent en grande partie.

Les valeurs temporelles normatives ENP peuvent être déposées à différents niveaux. D'abord au niveau du concept d'intervention même, de sorte qu'une valeur temporelle s'applique de forme générale à l'intervention de soins ENP, indépendamment des spécifications d'intervention sélectionnées. Un exemple en est l'intervention « effectuer des soins de bouche spécifiques ». Sans prendre en compte les produits de soins, aides techniques ou techniques d'essuyage utilisés, la charge en temps de soins calculée pour les soins de bouche spécifiques s'élève toujours à 5 minutes. Les valeurs temporelles normatives peuvent également être définies au niveau des spécifications d'intervention ; dans ce cas, la charge en temps de soins correspond à une valeur cumulée, déterminée par la réalisation concrète de l'intervention de soins, c'est-à-dire les spécifications d'intervention sélectionnées. Un exemple en est l'intervention de soins « Réaliser une toilette complète ». La valeur temporelle agrégée est obtenue par la sélection des spécifications d'intervention, à savoir : l'endroit où la toilette a lieu, le degré de soutien nécessaire, les particularités de la toilette ainsi que le nombre de personnes soignantes requises pour réaliser la toilette complète (cf. figure 10).

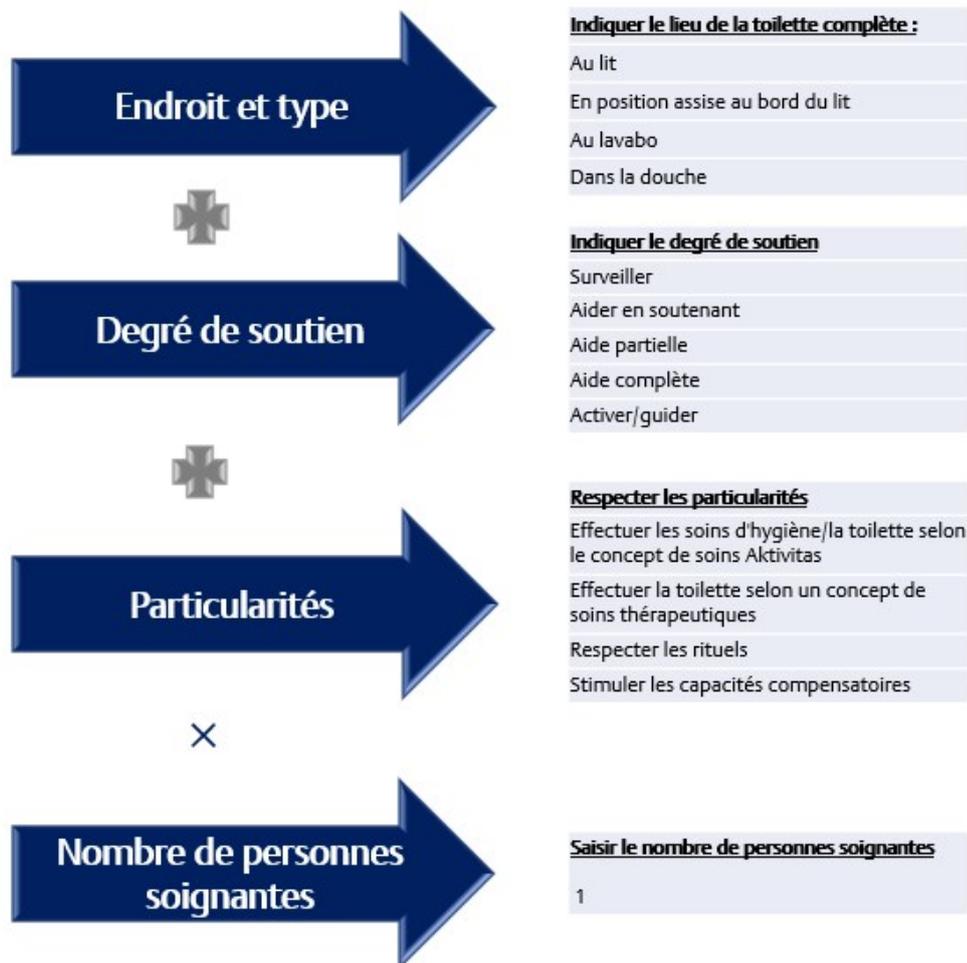


Figure 10 : Exemple du calcul cumulatif des valeurs temporelles ENP normatives (extrait)

Si par ex. une personne soignante (x 1) réalise une toilette complète au lavabo (18 minutes) en y intégrant des éléments stimulants/guidants (+ 5 minutes) et en respectant les rituels propres au patient/résident/client (+ 1 minute), cela donne en somme une valeur temporelle normative de 24 minutes. Si, pour une raison quelconque, la réalisation de la toilette demande deux personnes soignantes (x 2), la valeur temporelle normative s'élève à 48 minutes.

Finalement, ENP contient certaines interventions qui ne sont pas munies, à bon escient, de valeurs temporelles normatives. La raison en est essentiellement que bon nombre d'interventions de soins ne se laissent guère ou pas du tout « standardiser ». Cela est vrai pour de nombreuses activités dans le contexte du conseil, de la guidance et de l'éducation du patient qui peuvent requérir un effort en soins très variable en fonction du contenu en question, l'observance thérapeutique et les compétences du patient/résident/client individuel. Pour ce type de situation, il paraît plus utile de demander à l'utilisateur d'insérer manuellement une valeur temporelle, par ex. moyennant une demande de saisie déclenchée par le logiciel, pour obtenir des valeurs valides et fiables.

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

Les chemins thérapeutiques basés sur le diagnostic soignant dans ENP trouvent leur origine dans le développement inductif en Allemagne (Wieteck, 2004b). Aujourd'hui encore, les utilisateurs ont une influence sur le développement de ENP. Ils transmettent à l'équipe de développement ENP leurs exigences quant à la représentabilité de diagnostics 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 a été déposée dans le cadre de la représentation des altérations de la communication chez les résidents déments, avec des éléments comme « langage peu clair », « langage exempt de signification ». Suite à une analyse réalisée 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 s'ensuit 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 études nationales et internationales. Cet appui professionnel de ENP a été intensifié au cours des cinq années précédentes ce qui a contribué à améliorer sensiblement la qualité des lignes directrices de pratique. Le développement systématique reçoit également de plus en plus d'impulsions importantes par des thèses de Bachelor/Master ou de doctorat (cf. par ex. Haller, 2017). Chaque ligne directrice de pratique ENP a été harmonisée avec la littérature spécialisée actuelle ; dans 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, 2010 ; Helmbold & Berger, 2010 ; Schmitt, 2010 ; Wieteck, 2006b, 2006c, 2008b), d'autres sont actuellement (avril 2017) en phase de publication, par ex. au sujet des troubles de la déglutition (Kraus, 2015) ou ont été réalisées dans le cadre de thèses de fin d'études (Nißlein, 2017) et seront publiées à l'avenir dans un autre contexte. Dans le contrôle de la validité des critères effectué par Berger, 1 931 formulations narratives employées dans la planification des soins ont été représentées avec ENP dans le contexte hospitalier. Les formulations sont issues de mémoires de fin d'études 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 dans le domaine des soins intensifs en néonatalogie aboutit 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 (2010) et Helmbold & Berger (2010) se rapportent, elles aussi, à l'ensemble de la ligne directrice de pratique. L'étude de Hardenacke (2007) a identifié des restrictions de validité au niveau des diagnostics soignants relatifs à la malnutrition ; cet exemple permet de suivre la révision et le développement des diagnostics ENP relatifs à la malnutrition (Helmbold, 2010) qui en découlaient.

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 et collègues arrivent 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, notre traduction). Effectué dans quatre cliniques du canton de Saint-Gall, le projet d'évaluation visait à tester le langage professionnel ENP en vue d'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 (Kossaibati & Berthou, 2006). 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 & Berthou 2006, p. 41).

Une étude d'intervention a analysé 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 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 parmi les interventions de soins dans ENP (Wieteck, 2007b). Deux autres publications présentent des évaluations de données ENP issues de cliniques, établissements de soins stationnaires et services de soins à domicile. Les données ENP tirées des documentations des soins ont été analysées par rapport à différentes questions (Haag, 2009 ; Konrad, 2009 ; Wieteck, 2004a). Dans 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. On discute ENP également sous l'angle de la représentabilité des soins dans le contexte du système DRG (Bartholomeyczik, Haasenritter & Wieteck, 2009 ; Wieteck & Kraus, 2015, 2016). 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 italienne Collegio Provinciale IPASVI L'Aquila ainsi qu'avec plusieurs hôpitaux au Luxembourg.

Le point fort de ENP réside d'une part dans sa 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 en Allemagne) qui figurent dans la prise de position fondamentale relative au processus de soins et à la documentation (MDS, 2005).

Par distinction avec 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 soignants. 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 au point de proposer, dans le cadre de la documentation des processus, la totalité des aspects 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. Selon une étude réalisée en 2008, environ 23 % des diagnostics soignants NANDA-I n'ont pas pu être représentés avec ENP (Wieteck 2008c). A ce moment-là, il fallait compléter de manière individuelle environ 18 % des formulations employées dans les plans de soins. Cela concerne l'ensemble du processus de soins (diagnostics, objectifs, interventions) (Berger, 2008, 2010 ; Schmitt, 2010 ; Wieteck, 2004b). Dans le test de pratique de grande envergure de Saint-Gall, Kossaibati et Berthou (2006) concluent que l'origine allemande du langage de soins est perceptible et qu'une helvétisation est recommandée afin de favoriser l'acceptation. En accord avec d'autres études, les résultats de l'étude confirment que ENP n'est pas encore entièrement établi dans tous les domaines spécialisés des soins. Dans certaines parties, 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 identifiées au cours du projet dans les hôpitaux et cliniques du canton Saint-Gall, les desiderata suivants ont été formulés :

- helvétisation (sur le plan linguistique et conceptuel) : entre autres, représentation du domaine de compétence et de la vision des soins suisses et 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 de la recherche en 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.

La validité des lignes directrices de pratique ENP n'est pas encore testée en profondeur à un niveau scientifique élevé. Il y a des indices qui suggèrent que l'un ou l'autre diagnostic soignant ENP n'est pas encore complet et pourrait être amélioré (Hardenacke, 2007).

### **Réflexions sommaires**

Etant donné que l'expertise soignante s'enrichit et change en permanence, le processus de validation de ENP est, lui aussi, une exigence permanente dans le contexte du perfectionnement du système (cf. entre autres Kraus, 2015). Il paraît pourtant justifié de parler d'une grande maturité du système. Tant l'application actuelle dans tous les secteurs de soins pour représenter la démarche de soins que les réactions positives des utilisateurs en sont des indices. Un autre argument à faveur de la qualité de ENP 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 % égaux/supérieurs par rapport aux diagnostics infirmiers NANDA-I (Wieteck 2008).

## Bibliographie

- Arntz, R., Picht, H., & Mayer, F.** (2004). *Einführung in die Terminologiearbeit* (5. ed.). Hildesheim et al. : Georg Olms Verlag AG.
- Bakken, S. et al.** (2000). Representing Nursing Activities within a Concept-oriented Terminological System : Evaluation of a Type Definition. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(1), pp. 81-90.
- Baltzer, M., Baumberger, D., & Wieteck, P.** (2006). *Pilotprojekt LEP Nuring 3/ENP* (pp. 23). Bern. Spital Bern.
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft*, 12(9), pp. 669-687.
- Baumberger, D. & Raeburn, S.** (2015). LEP Nursing 3 für die Pflegedokumentation und die Sekundärnutzung von Pflegedaten. *NOVAcura*, 46(10), pp. 17-19.
- Berger, S.** (2008). Kriteriumsvalidität von ENP. Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 10(8), pp. 1-8.
- Berger, S.** (2010). *Kriteriumsvalidität von ENP Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit der standardisierten Pflegefachsprache ENP*. Kassel : RECOM.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W.** (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden : Springer VS.
- Bölicke, C.** (2001). Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. *Pflege aktuell*, 55(2), pp. 96-99.
- Bollinger, H., Gerlach, A., & Grewe, A.** (2006). Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit. In J. Pundt (Ed.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*. Bern : Huber, pp. 76-92.
- Brady, A.** (2008). Managing the patient with dysphagia. *Home Healthcare Nurse*, 26(1), pp. 41-46. doi : 10.1097/01.NHH.0000305554.40220.6d
- Brobst, R. A. et al.** (1997). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern : Huber.
- Bromme, R., Jucks, R., & Rambow, R.** (2004). Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement. In G. Reinmann & H. Mandl (Eds.), *Der Mensch im Wissensmanagement : Psychologische Konzepte zum besseren Verständnis und Umgang mit Wissen*. Göttingen: Hogrefe, pp. 176-188.
- Caldeira, S. M. A. et al.** (2012). Validation of nursing diagnoses - the Differential Diagnostic Validation Model as a strategy. Retrieved from [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2532/pdf\\_1258](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2532/pdf_1258) (Accessed : 16.10.2014).
- Chang, B. L.** (1994). Validity of Concepts for Selected Nursing Diagnoses. *Clinical Nursing Research*, 3(3), pp. 183-208.
- Chang, B. L.** (1995). Nursing diagnoses and construct validity of pain, self-care deficit and impaired mobility. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), pp. 556-567.
- Creason, N. S.** (2004). Clinical Validation of Nursing Diagnoses. *International Journal for Nursing Terminologies and Classifications*, 15(4), pp. 123-132.

- Deppmeyer, C.** (1999). Vom Anspruch zur Wirklichkeit - Der Umgang mit Pflegeplanung und Pflegedokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 38(9), pp. 743-745.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.** (2013). Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Retrieved from [www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice---Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice---Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf) (Accessed : 30/12/2014).
- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E.** (1968). Theory in a practice discipline Part I. Practice oriented theory. *Nursing Research*, 17(5), pp. 415-435.
- Fehring, R. J.** (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung : Journal of Critical Care*, 16(6 part 1), pp. 625-629.
- Fehring, R. J.** (1994). Symposium on Validation Models. 3: The Fehring Model. In R. M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.), *Classification of Nursing Diagnoses : Proceedings of the Tenth Conference*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, pp. 55-62.
- Field, M. J. & Lohr, K. N.** (Eds.). (1992). *Guidelines for Clinical Practice : From Development to Use* Washington : National Academy Press.
- 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.* *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. Retrieved from <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/entbueroekratisierung-in-der-stationaeren-altenhilfe.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Accessed : 23/12/2011).
- Gordon, M.** (2001). *Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis* (3. ed.). München ; Jena : Urban & Fischer.
- Gordon, M. & Bartholomeyczik, S.** (2001). *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen* (1. ed.). München, Jena : Urban& Fischer.
- Gordon, M. & Sweeney, M. A.** (1979). Methodological Problems and Issues in Identifying and Standardizing Nursing Diagnosis. *Advances in Nursing Science*, 2(1), pp. 1-15.
- Grant, J. S. & Kinney, M. R.** (1992). Using the Delphi Technique to Examine the Content Validity of Nursing Diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 3(1), pp. 12-22.
- Grant, J. S., Kinney, M. R., & Guzzetta, C. E.** (1990a). A methodology for validating nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 12(3), pp. 65-74.
- Grant, J. S., Kinney, M. R., & Guzzetta, C. E.** (1990b). Using Magnitude Estimation Scaling to Examine the Validity of Nursing Diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 1(2), pp. 64-69.
- Haag, S.** (2009). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege. Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten.* (Promotionsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.), Universität Trier.

- Haller, J.** (2017). *Das Pflegeproblem Harninkontinenz : Eine Literaturanalyse zur Weiterentwicklung der Pflegediagnose Belastungsinkontinenz des Pflegeklassifikationssystems European Nursing care Pathways (ENP)*. (Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts), Fachhochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt.
- Hardenacke, D.** (2007). Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. *Pflegewissenschaft*, 10(10), pp. 530-538.
- Helmbold, A.** (2010). Weiterentwicklung von ENP im Bereich Mangelernährung auf Grundlage einer Validierungsstudie und einer Literaturstudie. *Pflegewissenschaft*(5), pp. 292-299.
- Helmbold, A. & Berger, S.** (2010). Literaturanalyse zur Körperwaschung – Ein Schritt im Validierungsprozess der ENP-Pflegediagnosen. *Pflegewissenschaft*, 12(2), pp. 100-107.
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S.** (Eds.). (2016). *NANDA International, Inc. Pflegediagnosen : Definitionen und Klassifikation 2015-2017* (1. ed.). Kassel : RECOM.
- Hines, S. et al.** (2011). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 9(2), pp. 148-150. doi : 10.1111/j.1744-1609.2011.00211.x
- Hoskins, L. M.** (1997). How to do a Validation Study. In M. J. Rantz & P. LeMone (Eds.), *Classification of Nursing Diagnoses : Proceedings of the Twelfth Conference*. Glendale : Cinahl Information Systems, pp. 79-86.
- Hügli, A. & Lübcke, P.** (Eds.). (2001). *Philosophie-Lexikon* (4. ed.). Reinbek bei Hamburg : Rowohlt.
- Hyun, S. & Park, H.-A.** (2002). Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. *International Nursing Review*, 49(2), pp. 99-110.
- Jasper, M. A.** (1994). Expert : a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), pp. 769-776. doi : 10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x
- Kerr, M. E. et al.** (1993). Taxonomic Validation : An Overview. *Nursing Diagnosis*, 4(1), pp. 6-14.
- Kimmel, A. & Breuninger, K.** (2016). Pflegereform 2017. *Gesundheitswesen*, 78(07), pp. 477-488. doi : 10.1055/s-0042-101411
- Konrad, H.** (2009). *Pneumonieprophylaxe bei Krankenhauspatienten: Analyse von Daten der Pflegeklassifikation ENP® in elektronischen Patientenakten*. Kassel : Recom.
- Kossaibati, S. & Berthou, A.** (2006). *Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen – Schlussbericht* : Institut de santé et d`economie (ISE).
- Kraus, S.** (2015). Der steile Weg zu Qualität: Die systematische Weiterentwicklung und Validierung von ENP-Praxisleitlinien am Beispiel von Schluckstörungen. Ein Erfahrungsbericht. Vortrag am 8. wissenschaftlichen Kongress für IT im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich (ENI) in Hall in Tirol. Retrieved from <http://www.kongress-eni.eu/informationen/letzte-kongresse/texte-videos?download=40:folien-zum-download&start=20> (Accesse : 12/05/2017).
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS).** (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Retrieved from [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/30\\_Pflegeprozess\\_Dok\\_2005.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf) (Accessed : 10.01.2017).
- Meuser, M. & Nagel, U.** (2002). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Eds.), *Das Experteninterview* : VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 71-93.

- Mittelstraß, J.** (Ed.). (1996). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 4: Sp-Z*. Stuttgart, Weimar : Verlag J.B. Metzler.
- Nißlein, A.** (2017). *Evidence-based Nursing und Professionalisierung im Kontext der beruflichen Pflege. Systematische Weiterentwicklung und Validierung des Pflegeklassifikationssystems European Nursing care Pathways am Beispiel einer Praxisleitlinie*. (Master's Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Education), Lehrstuhl für Berufspädagogik, Technische Universität München.
- Ollenschläger, G. et al.** (1999). Leitlinien - Bedeutung, Verbindlichkeit und Qualität: Welche Problematik liegt in der Entwicklung und Einführung von Leitlinien? Retrieved from <http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/Publ2/osna99.pdf> (Accessed : 10.05.2017).
- Opel, B.** (2004). Die Entwicklung von ENP-Pflegediagnosen durch eine Begriffsanalyse nach Walker/Avant. In P. Wieteck (Ed.), *ENP - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden*. Bad Emstal : RECOM Verlag, pp. 37-50.
- Palm, R. & Dichter, M.** (Eds.). (2013). *Pflegewissenschaft in Deutschland – Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik*. Bern : Huber [u.a.].
- Pelchen, L. et al.** (2016). *Pflegerisches Basis-Assessment (BAss)*. Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 29.08.2016. Aktualisiert am 31.10.2016 Retrieved from <http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/Pflegerisches%20Basis-Assessment.pdf> (Accessed : 14/05/2017).
- Schaeffer, D. & Wingenfeld, K.** (2014). Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Eds.), *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim [u.a.] : Beltz Juventa, pp. 9-18.
- 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.** (2010). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *PrInterNet*, 12(4), pp. 224-232.
- Schrems, B.** (2003). *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. Wien : Facultas.
- Schütze, F.** (2006). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erlössicherung*. (Diplomarbeit), Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Tanner, D. C.** (2010). Lessons from nursing home dysphagia malpractice litigation. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3), pp. 41-46. doi : 10.3928/00989134-20100202-06
- Thomas, D. et al.** (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag, No. 204*. Retrieved from <http://econstor.eu/bitstream/10419/101317/1/796268495.pdf> (Accessed : 31/07/2015).
- Walker, L. O. & Avant, K. C.** (1998). *Theoriebildung in der Pflege*. Wiesbaden : Ullstein Medical.
- Walker, L. O. & Avant, K. C.** (2010). *Strategies for theory construction in nursing* (5 ed.). Boston : Prentice Hall.
- Whitley, G. G.** (1997). Three Phases of Research in Validating Nursing Diagnoses. *Western Journal of Nursing Research*, 19(3), pp. 379-399.

- 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. *PrInterNet*, 5(11), pp. 84-94.
- Wieteck, P.** (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP® in deutschen und österreichischen Einrichtungen. *PrInterNet*, 6(9), pp. 486-494.
- 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.* Bad Emstal : RECOM.
- 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.* (Dissertation zur Erlangung des akademischen grades Doctor rerum medicinalium), Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Wieteck, P.** (2008a). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP-ICNP cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304. doi : 10.1111/j.1466-7657.2008.00639.x
- Wieteck, P.** (2008b). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304. doi : 10.1111/j.1466-7657.2008.00639.x
- Wieteck, P.** (2008c). *Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways). Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA. Edition Pflegewissenschaft. Band 1.* Bad Emstal : RECOM.
- 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.). (2004b). *ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* (1. ed.). Bad Emstal : RECOM Verlag.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege. Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2 ed.). Kassel : RECOM.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2014). *ENP-Pflegediagnosen für die Altenpflege. Formulierungshilfen für Ausbildung und Praxis.* Kassel : RECOM.
- Wieteck, P. et al.** (Eds.). (2017). *Handbuch 2017 für PKMS und OPS 9-20. Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege* (8. ed.). Kassel : RECOM.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2015). Personalbedarf messen : aber wie ? *CNE Pflegemanagement*(5), pp. 14-17.

**Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel : RECOM GmbH.

**Wingenfeld, K., Büscher, A., & Gansweid, B.** (2008). Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008. 133. Retrieved from [https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/aq6/downloads/Abschlussbericht\\_IPW\\_MDKWL\\_25.03.08.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/aq6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf) (Accessed : 10/05/2017).