

Informations scientifiques

European Nursing care Pathways – version 3.2



Juillet 2021

Dr Pia Wieteck

Sebastian Kraus (MSc)

Renate Berner (Cadre de la santé)

Sabine Kopp (B.Sc.)

Stephanie Hausherr (M.Sc.)

Dr Holger Mosebach

Table des matières

Introduction	4
1. La structure de ENP	4
1.1 La classification des soins ENP – partie A	5
1.2 Termes pré-combinés dans la classification des soins ENP – partie B.....	13
1.2.1 Diagnostics soignants ENP pré-combinés	13
1.2.2 Interventions ENP pré-combinées	15
1.3 Lignes directrices de pratique ENP – partie C	16
1.4 Définitions des termes des classes ENP	18
1.4.1 Les diagnostics soignants ENP.....	18
1.4.2 Les caractéristiques ENP.....	21
1.4.3 Les étiologies ENP	22
1.4.4 Les ressources ENP.....	23
1.4.5 Les objectifs soignants ENP	24
1.4.6 Les interventions de soins ENP et les spécifications des interventions ENP	26
1.4.7 Les textes explicatifs relatifs aux caractéristiques, étiologies, ressources et spécifications des interventions.....	27
1.5 Valeurs temporelles dans ENP	28
1.6 Les liens de ENP avec d'autres instruments.....	32
1.7 Développement et perfectionnement de ENP	34
1.7.1 Rétrospective.....	35
1.7.2 Poursuite systématique du développement aujourd'hui	39
1.7.3 Validation des lignes directrices de pratique ENP	44
2. Niveau de preuve des diagnostics et lignes directrices de pratique ENP.....	50
3. La qualité des lignes directrices de pratique ENP	54
4. Commentaires critiques	56
5. L'utilisation et la diffusion de ENP	57
Bibliographie	59
Annexe : Modifications réalisées dans ENP depuis la version 2.0	64
A) Les versions ENP 2.0 à 2.4.....	64
B) Le passage de la version ENP 2.4 à 2.5 (2008 à 2009)	64
C) Le passage de la version ENP 2.5 à 2.6 (2009 - mai 2011)	67
D) Le passage de la version ENP 2.6 à 2.7 (mai 2011 – août 2012).....	69
E) Les versions ENP 2.7 à 2.9 (août 2012 – août 2014)	71
F) Le passage de la version ENP 2.9 à 2.10 (septembre 2014 – mai 2017)	79

G) Le passage de la version ENP 2.10 à 3.0 (juin 2017 – mai 2019)	82
H) Le passage de la version ENP 3.0 à 3.1 (juin 2019 – mai 2020)	88
I) Le passage de la version ENP 3.1 à 3.2 (juin 2020 – juin 2021)	89

Informations scientifiques

Introduction

La classification de soins European Nursing care Pathways (ENP) a été développée pour permettre, dans le cadre d'une documentation des soins, la représentation du processus de soins dans un langage homogène et standardisé. L'instrument ENP contribue ainsi aux objectifs centraux d'un langage soignant standardisé, notamment à 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) et une meilleure transparence sur les prestations de soins. La structure du langage ENP est conçue de façon à soutenir les personnes soignantes 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, faits et chiffres qui serviront pour la formation/vérification d'hypothèses dans la recherche en soins et pour les processus de pilotage et de contrôle dans la gestion des soins et la gestion des risques. ENP est disponible en livre imprimé, en base de données¹ ou intégré dans différents produits logiciels. Grâce à la disponibilité de la terminologie en plusieurs langues (allemand, anglais, français et italien) dans un environnement logiciel, 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, Berner, Kopp, Hausherr & Mosebach (2021). Traduction française par Christine Rabl. Informations scientifiques ENP (European Nursing care Pathways), version 3.2. RECOM GmbH. Disponible en ligne sous : <https://www.recom.eu/wissen/enp-entwicklung/einleitung.html>

Un aperçu résumant les changements entre les versions de ENP (depuis la version 2.0) se trouve dans l'annexe du présent document. En plus, à partir de la version ENP 3.0 une documentation automatiquement générée des changements réalisés au niveau des items de la classification par rapport à la version précédente est disponible sur demande.

1. La structure de ENP

Vous trouverez ci-après une description des trois parties composant ENP, illustrée par un 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-combinés** 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

¹ Une description détaillée du modèle base de données de ENP dans la version actuelle est disponible sur demande

d'intervention. Actuellement (**version 3.2**), ENP propose **576** 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).

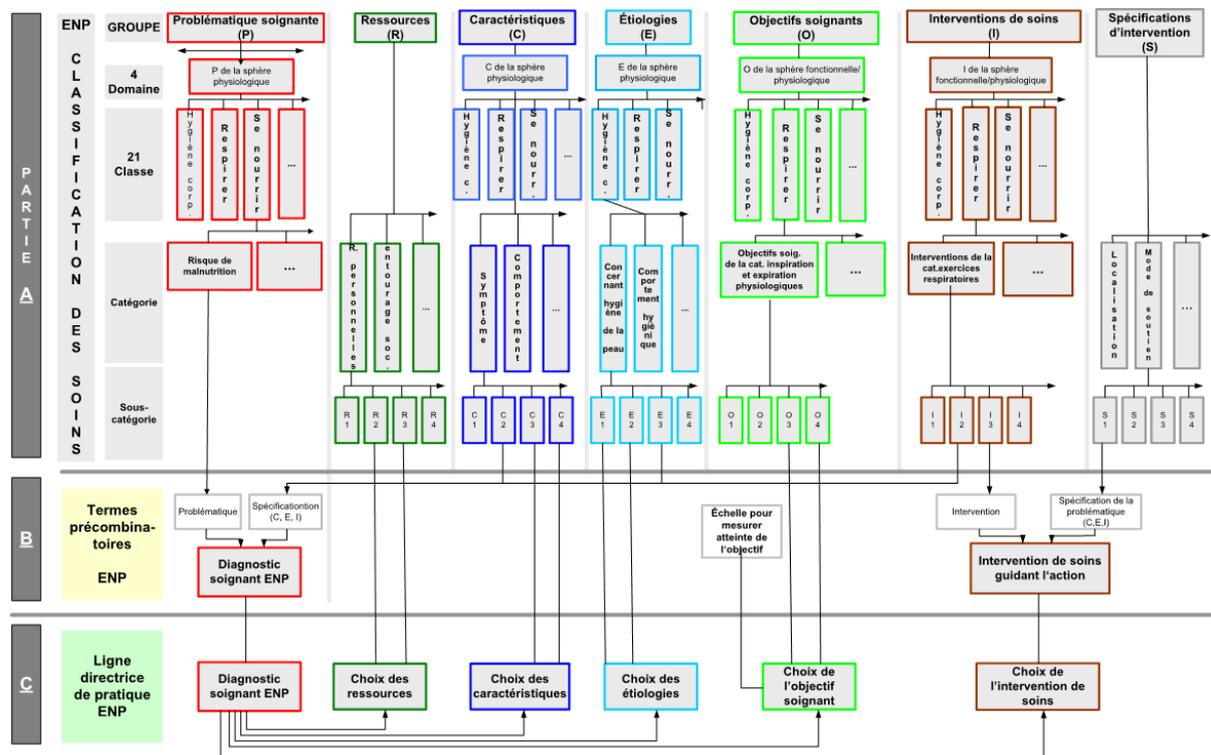


Figure 1 : Structure hiérarchique du système de classification ENP avec ses parties A, B et C

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 hiérarchique, 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 contient les éléments suivants : groupe → domaine → classe → catégorie → sous-catégorie.

Le **groupe des problématiques de soins**, par exemple, est subdivisé en **quatre domaines** (problématiques de la sphère fonctionnelle/physiologique, problématiques de la sphère émotionnelle/psychosociale, problématiques comprenant des risques pluridimensionnels et problématiques relatives à l'entourage). Le domaine des problématiques de soins appartenant à la sphère fonctionnelle/physiologique est à son tour divisé en **11 classes** auxquelles sont attribuées **71 catégories**. Le tableau suivant énumère les domaines, classes et catégories des diagnostics soignants 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>Sphère fonctionnelle/ physiologique</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>Soins d'hygiène/se vêtir Capacité à planifier et réaliser des actes conscients liés au nettoyage et aux soins du corps et à assurer un habillement adapté à l'environnement.</p>	Déficit en autosoins Toilette ²
		Déficit en autosoins Soins de bouche
		Déficit en autosoins Soins des ongles, pieds, oreilles, yeux et du nez
		Déficit en autosoins Soins des cheveux
		Déficit en autosoins Se vêtir
	<p>Respiration 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>	Perturbation de la clairance 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>Alimentation 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
		Déshydratation/trouble de l'équilibre électrolytique
		Risque de perturbation de l'équilibre hydrique/électrolytique
		Risque de troubles d'allaitement
		Perturbation de l'allaitement
		Risque de complications liées à l'alimentation
	<p>Elimination Une vidange de l'urine, du contenu stomacal ou intestinal, induite par contraction musculaire</p>	Déficit en autosoins Miction/défécation
		Perturbation de la miction
		Déficit en autosoins 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'incontinence
		Risque d'infection du système urinaire

²A titre d'illustration, la définition du *Déficit en autosoins Toilette* : Altération ou absence des capacités et aptitudes permettant de réaliser les mesures nécessaires pour nettoyer tout le corps avec de l'eau et des produits de soins appropriés. Cela entraîne un déséquilibre entre le besoin et les capacités en autosoins de la personne concernée. Chaque catégorie est définie et fait partie des diagnostics soignants ENP affectés.

	<p>Circulation sanguine 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>Mouvement/mobilité 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
		Danger de contracture
		Risque de spasticité
		Risque de paralysie
	<p>Se détendre/dormir/se reposer Comprend toutes les activités et fonctions mentales s'exprimant par un détachement physique comme mental de l'environnement direct qui est périodique, réversible et sélectif, met le corps dans un état de repos et réduit les fonctions physiques.</p>	Risque de manque de sommeil
		Perturbation du sommeil
		Perturbation de la relaxation
<p>Intégrité des tissus Comprend toutes les activités, conduites et fonctions ayant un impact (potentiel) sur l'intégrité du corps et/ou des organes.</p>	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	
	Inflammation/infection	

	Métabolisme 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. Cela comprend généralement 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
	Reproduction Comprend toutes les fonctions et activités liées à la fertilité, la grossesse, l'accouchement et la lactation.	Risque de complications pour la mère et/ou l'enfant non né
		Risque de conception non désirée
		Perturbation de la vie sexuelle
	Température corporelle Comprend toutes les fonctions et activités liées à la régulation de la température corporelle.	Risque de complications liées à la thermorégulation
		Risque d'hyper-/hypothermie
	Sphère émotionnelle/ psychosociale <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>	Sensation 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.
Peur		
Perturbation des sensations		
Perturbation du bien-être		
Sentiment d'ennui		
Souffrance personnelle		
Epuisement		
Risque d'épuisement		
Pudeur		
Perception 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).		Perturbation de l'orientation spatiale
		Perturbation du schéma/de l'image corporel(le)
		Perturbation du concept/de l'image du moi
		Risque de perturbation de la conscience
		Perturbation de la conscience
		Perturbation de la perception
		Risque de complications suite à des troubles de la perception
Interaction sociale Comprend l'ensemble des actions mutuelles, réciproques exercées par deux personnes ou plus, moyennant tout type de communication.		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>Action/comportement Comprend toutes les activités et réactions physiques d'une personne qui sont observables et/ou mesurables. L'ensemble des actions apparentes sont des comportements qui représentent des expressions observables d'une personne dirigées vers son environnement.</p>	Perturbation de l'adaptation
		Anomalies comportementales
		Perturbation de la stratégie de coping
		Comportement présentant un danger pour la santé/dépendance
		Risque de mise en danger de soi-même/d'autrui
		Comportement présentant un danger pour soi-même/autrui
		Comportement auto-mutilant
		Risque de thérapie inefficace
		Risque de ne pas atteindre les buts liés à la santé
		Risque de suicide
	Risque de fugue	
	<p>Activité/organisation de la vie quotidienne 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.</p>	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 tenue de la maison
		Déficit en soins de dépendance
	Risque de déficit en soins de dépendance	
	<p>Développement personnel Comprend toutes les activités, conditions et fonctions permettant de se faire une idée réaliste du monde et de soi-même afin d'être capable d'agir et de décider dans son propre intérêt.</p>	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

	<p>Connaissances/information 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>	<p>Manque d'informations/capacités</p> <p>Perturbation de l'assimilation d'informations</p> <p>Connaissances relatives au comportement favorable à la santé</p>
	<p>Société 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>Conflit de rôle</p> <p>Perturbation de l'exercice de la religion/foi</p> <p>Déficit en autosoins</p>
<p>Risques pluridimensionnels <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>Risques pour la santé non spécifiques 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 : interventions chirurgicales</p> <p>Risque de complications : altérations pathologiques</p> <p>Risques pour la santé</p>
<p>Problèmes de soins relatifs à l'entourage <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>Risques de santé pour l'entourage Comprend toutes les altérations physiques qui représentent une mise en danger potentielle de la part de la personne concernée pour son entourage.</p>	<p>Risque de contagion</p>
N = 4	N = 21	N = 138

Tableau 1 : Groupe des problématiques de soins divisé en domaines, classes et catégories dans ENP version 3.2

En 2006 (version 2.3), dans un premier temps, les termes/concepts pré-combinés 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. 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 3.2 :

Diagnostics soignants (n=576)

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=1975)

Domaine : **sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : soins d'hygiène/se vêtir

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

Objectifs soignants

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

Objectifs soignants

Interventions de soins (n=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=4587)

Domaine : **sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Caractéristiques concernant les soins dentaires

Caractéristiques

Etiologies (n=4105)

Domaine : **sphère fonctionnelle/physiologique**

Classe : soins d'hygiène/se vêtir

Catégorie : Comportement d'hygiène

Etiologies

Ressources (n=709)

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. En règle générale, 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 2.7	Quantité 2.9	Quantité 2.10	Quantité 3.0	Quantité 3.1	Quantité 3.2 (actuel)
Diagnostics soignants	548	552	557	566	568	576
Caractéristiques	2 905	3 984	4 243	4.439	4.477	4.587
Etiologies	2 426	3 526	3 802	3.983	4.002	4.105
Ressources	473	648	653	694	697	709
Objectifs soignants	1 724	1 852	1 865	1.930	1.947	1.975
Interventions de soins	2 558	2 615	2 632	2.653	2.675	2 632
Spécifications de l'intervention	4 461	4 797	5 011	5.732	5.827	6.146

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

Domaine	Classe				Catégorie				Diagnostics soignants ENP pré-combinés			
	2.9	2.10	3.0	3.2	2.9	2.10	3.0	3.2	2.9	2.10	3.0	3.2
Problématiques soignantes de la sphère fonctionnelle/ physiologique	11	11	11	11	67	67	70	71	278	280	294	300
Problématiques soignantes de la sphère émotionnelle/ psychosociale	8	8	8	8	59	59	60	60	221	224	228	231
Problématiques soignantes comprenant des risques pluridimensionnels	1	1	1	1	9	9	6	6	50	50	41	42
Problématiques soignantes relatives à l'environnement	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3
Total :	21	21	21	21	136	136	137	138	547	552	566	576

Tableau 3: Nombre d'éléments du groupe problématiques soignantes ENP de la version 2.9 (mai 2014) par rapport aux versions 2.10 (mai 2017), 3.0 (mai 2019) et 3.2 (juin 2021)

1.2 Termes pré-combinés 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 actuelle ou potentielle (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-combinés

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 soignante : **Perturbation dans la capacité à se vêtir/se dévêtir**

Ainsi, le diagnostic soignant ENP pré-combiné « Le patient³ 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 exemple issu de la catégorie déficit en autosoins se vêtir.

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

Pré-combinaison :

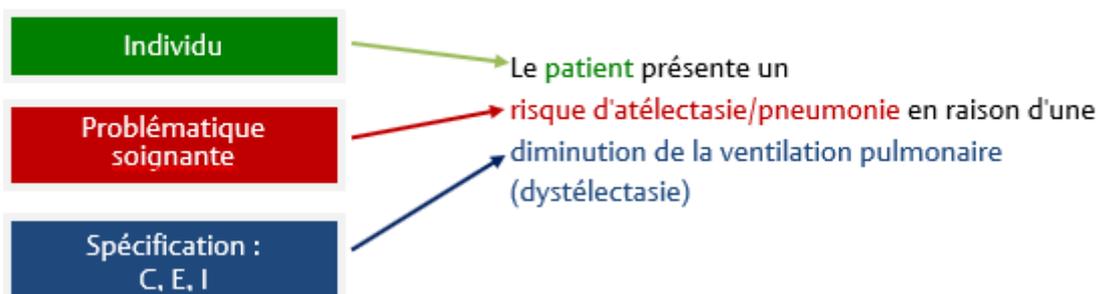


Figure 2 : Pré-combinaison d'un diagnostic soignant ENP

³ En fonction du setting et du sexe du bénéficiaire de soins, la dénomination « patient » peut être remplacé par patiente, résident(e) ou client(e) ou une dénomination neutre. Il est également possible d'utiliser le nom (de famille).

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

Depuis la version 3.0, chaque diagnostic soignant ENP présente une définition, visant à assurer une application univoque (cf. annexe G). 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 forcément besoin des définitions pour l'application quotidienne de ENP, car la granularité des diagnostics soignants – le degré de spécification, l'exactitude et l'expressivité – laisse peu de marge d'interprétation. Par la suite, un exemple illustrant la structure de la définition d'un diagnostic soignant ENP.

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

Définition :

Altération ou absence de la capacité à nettoyer tout le corps ou des parties du corps avec de l'eau et/ou des produits de soins adéquats, en raison d'une **altération de la fonction mentale de (auto-)perception indispensable pour s'orienter par rapport au temps, à l'espace, à la situation et/ou à la propre personne.**

Il s'avère que la définition retient les deux concepts « désorientation » et « être incapable de se laver le corps ». La définition vise à décrire et/ou à expliquer les éléments centraux d'un diagnostic soignant ENP par une détermination exacte des termes utilisés.

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 :

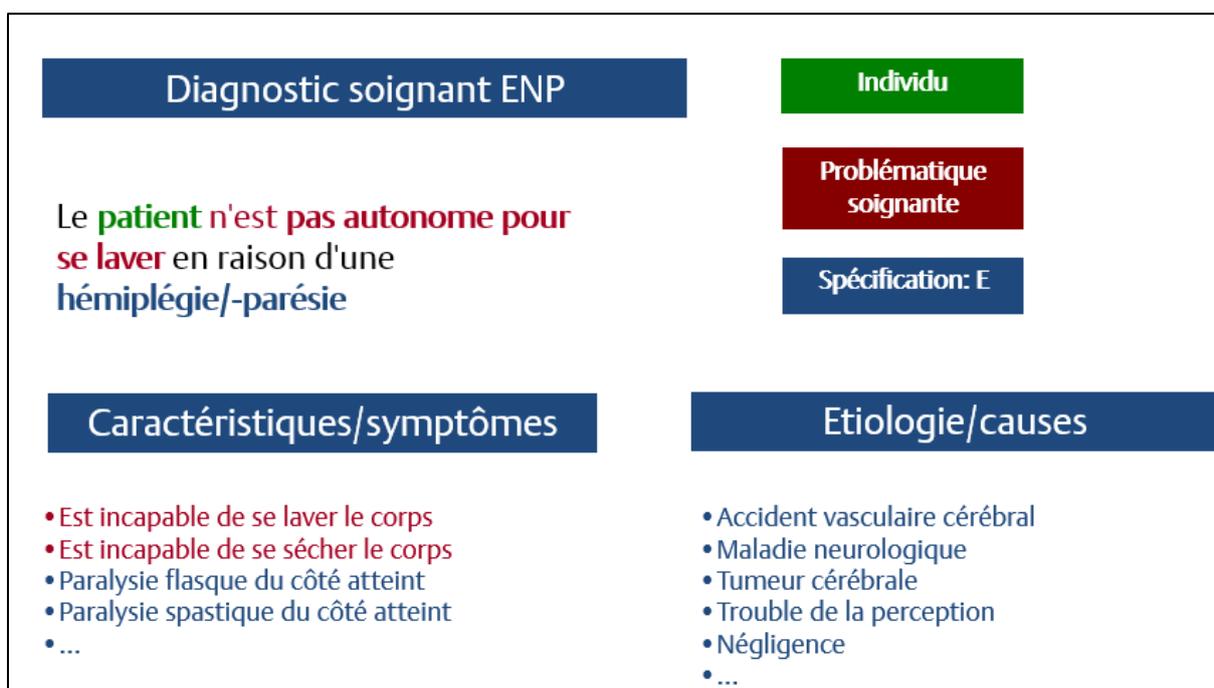


Figure 3 : Points de référence des caractéristiques et étiologies dans ENP

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

Voici un exemple :

Le patient 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 de réaliser des transferts

Une opérationnalisation concrète des degrés de perturbation en fonction du contexte clinique du diagnostic soignant ENP correspondant est souhaitable et envisagée à moyen, voir long terme. Cette mesure permettra d'assurer une compréhension homogène des gradations parmi tous les utilisateurs ENP et par conséquent une application la plus homogène possible.

1.2.2 Interventions ENP pré-combinées

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-combinés 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 une toilette partielle

Aider à se doucher

Aider à se baigner

Effectuer la toilette selon la stimulation basale de Bobath

...

La formulation « Réalisation individuelle de la toilette complète » n'est pas suffisamment précise 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, etc.

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. Le graphique montre, en plus, les autres éléments faisant partie d'une ligne directrice de pratique ENP. Chaque ligne directrice de pratique contient des éléments des groupes problématiques soignantes (converties en diagnostics soignants par l'étape intermédiaire des pré-combinaisons), étiologies, caractéristiques, ressources, objectifs et interventions.

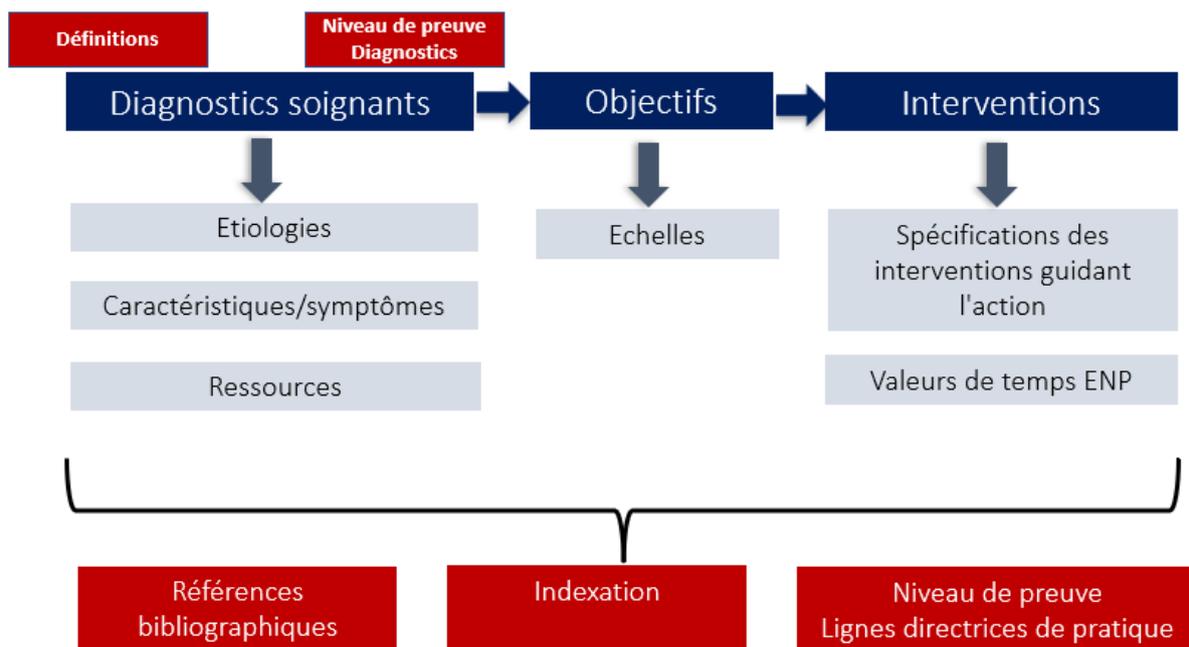


Figure 4 : Représentation élargie de la structure horizontale d'une ligne directrice de pratique ENP et des éléments correspondants

Les étiologies et les caractéristiques relatives à un diagnostic soignant qui sont formulées dans la ligne directrice de pratique ENP se réfèrent aussi 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 et efficaces, relatifs précisément à la problématique en question, sont disponibles ou publiés. Cette démarche permet de présenter la « bonne pratique » ou, à chaque fois que c'est possible, 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 figure 1 par les lignes horizontales. Sur cette micro-échelle qui en résulte, 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 une problématique ou un diagnostic soignant. Dans le passé, on a 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 indiquent la marge de manœuvre et de décision laquelle suit l'activité soignante de manière raisonnable sur le plan professionnel, une fois le diagnostic soignant ENP posé.

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 de l'équipe de développement, les lignes directrices des pratiques basées sur le diagnostic soignant représentent l'expertise soignante actuelle.

Nombre d'autres éléments liés aux lignes directrices de pratique ENP semblent peut-être moins évidents aux utilisateurs : Ainsi, tout diagnostic soignant (pré-combinatoire) présente – outre les caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs, interventions et spécifications de l'intervention y attribuées – une définition systématiquement élaborée des termes conceptionnels essentiels qui figurent dans le diagnostic (cf. annexe G). A la plupart des interventions dans ENP (avec des exceptions intentionnelles) sont liées des valeurs temporelles qui permettent maintes options en termes de planification et d'analyse (cf. chapitre 1.5). En plus, toute ligne directrice de pratique ENP ainsi que tout diagnostic soignant ENP indique un niveau d'évidence (Level of Evidence, LoE), dans le but d'assurer la meilleure transparence possible en vue de son état de développement, de révision et de validation (cf. chapitre 2). Et puis, à toute ligne directrice de pratique ENP sont attribuées plusieurs vedettes-matière dans un index. Surtout dans le contexte de systèmes électroniques, cela doit faciliter la recherche rapide de diagnostics soignants, même avec l'utilisation d'autres termes que ceux contenus dans les lignes directrices de pratique. Finalement, l'ensemble de la littérature utilisée pour le développement/la révision (cf. chapitre 1.7) est indiqué pour toute ligne directrice de pratique ENP.

1.4 Définitions des termes des classes ENP

Au cours du développement, l'équipe 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 paragraphes suivants.

1.4.1 Les diagnostics soignants ENP

Un diagnostic soignant ENP se définit comme suit :

*Généralement parlant, un **diagnostic soignant** représente une évaluation systématique clinique des réactions d'une personne soignée 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 la personne concernée. Un diagnostic soignant ENP, en particulier, est une expression linguistique utilisée par des personnes soignantes – 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 de la personne soignée, 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 juillet 2021 env. 16 % (n = 93), des diagnostics soignants ENP ne contient pas de spécification et sert de « catégorie résiduelle » au cas où aucune proposition d'une problématique soignante pré-combinée 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 reliés (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, la personne soignante 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 ci-dessous représente, à titre d'illustration, 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 soignante)	Diagnostics soignants ENP
Soins d'hygiène/se vêtir	Déficit en autosoins Toilette	Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une hémiplégie/-parésie
		Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une mobilité réduite
		Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une capacité physique réduite
		Le patient ne doit pas faire d'effort lors de la toilette en raison d'une diminution de la performance cardiaque , il y a un déficit en autosoins concernant la toilette
		Le patient présente une incapacité à utiliser les ustensiles de toilette en raison d'une altération de la fonction de la main, il y a un déficit en autosoins concernant la toilette
		Le patient n'est pas autonome pour organiser la toilette en raison d'une désorientation

		Le patient doit éviter tout mouvement entre le bassin et le tronc en raison d'une lésion rachidienne , il y a un déficit en autosoins concernant la toilette
		Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une diminution de la vigilance
		Le patient effectue la toilette de façon inadéquate en raison d'une auto-négligence (self-neglect)
		Le patient est incapable d'effectuer la toilette intime comme d'habitude en raison d'une plaie aux parties intimes
		Le patient n'est pas autonome pour assurer ses autosoins liés à l'hygiène corporelle, du fait de son développement
		Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'un trouble d'intégration sensorielle
		Le patient présente une perturbation concernant la toilette [problématique soignante sans spécification]
		...

Tableau 4 : *Diagnostiques 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 autosoins concernant la toilette est déterminée par le développement de la ligne directrice de pratique. Si l'on constate lors de l'élaboration d'une ligne directrice de pratique basée sur le diagnostic soignant qu'il existe des interventions spécifiques dans ce contexte – par exemple en cas d'hémiplégie pour le déficit en autosoins 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 autosoins concernant la toilette, montre qu'il y a des concepts d'interventions spécifiques pour les diagnostics soignants ENP figurant dans le tableau 29 (Helmbold & Berger, 2010).

La structure décrite des diagnostics soignants ENP a été choisie dans le souci de proposer aux personnes utilisant le 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 de la présence d'une trachéostomie

- « Le patient » = sujet
- « présente » = verbe/prédicat
- « un risque » = objet direct
- « d'atteinte à l'intégrité de la peau » = complément de manière
- « en raison de la présence d'une trachéostomie » = 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.

Chaque diagnostic soignant ENP est muni d'une définition systématiquement élaborée pour expliciter son étendue sémantique de manière la plus claire et univoque possible. Dans le souci d'une qualité, consistance, cohérence et homogénéité adéquate des définitions, des critères contraignants ont été déterminés pour leur élaboration. Une définition sert avant tout à déterminer et expliquer l'essence d'un objet, d'un phénomène (de soins) ou d'un terme. Il était donc d'une importance particulière de ne pas répéter les termes conceptuels essentiels dans la définition mais de les décrire avec précision. Cela implique, dans la mesure du possible, de ne pas se conformer simplement à remplacer un terme conceptuel par un synonyme sans explication ultérieure. Voici un exemple à titre d'illustration :

Diagnostic soignant :

*Le patient présente une perturbation de la communication verbale en raison d'une **aphasie de Broca** (aphasie motrice)*

Définition :

*Altération ou absence de la capacité à s'exprimer activement par des mots parlés en raison d'un **trouble de la production du langage d'origine centrale (trouble du langage)**, acquis après l'acquisition complète du langage, avec une formation lente et pénible des mots et l'absence de structures grammaticales dans la syntaxe (agrammatisme) comme symptôme principal.*

Lors de l'élaboration des diagnostics soignants relatifs à une catégorie donnée (par ex. « Risque d'atélectasie/de pneumonie »), on a commencé, le cas échéant, par le diagnostic sans spécification ; cette définition servait ensuite de base pour les diagnostics soignants spécifiques au même sujet. Pour un diagnostic soignant sans spécification, il s'agit d'abord de définir la notion conceptuelle liée au phénomène/problème soignant – notion qui est généralement reprise par les autres diagnostics soignants, outre leur spécification. Cette démarche assure l'homogénéité et la consistance de la définition du phénomène/problème soignant récurrent au sein d'une catégorie. Les définitions sont toujours appuyées par la littérature spécialisée, dans l'idéal par des analyses conceptuelles de la thématique en question. En vue des exigences envers le développement et le perfectionnement de ENP (« basé sur les preuves »), les définitions ne doivent bien évidemment céder en rien. La littérature utilisée pour rédiger la définition est indiquée dans la bibliographie relative à la ligne directrice de pratique ENP respective.

1.4.2 Les caractéristiques ENP

Chaque analyse d'un terme mène automatiquement aux caractéristiques déterminantes de ce terme. Pour préciser 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 différentes significations aux caractéristiques. « La totalité des caractéristiques d'un terme constatées à un moment donné constitue la somme des connaissances relatives à ce terme » (Arntz, Picht & Mayer, 2004, p. 53s, notre traduction). Ce savoir sur le terme aide à en spécifier 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. : *Est incapable de se faire comprendre* ou *Maladie cutanée inflammatoire*

1.4.3 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 du risque ou 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 la démarche des 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 d'atténuer une problématique soignante ou de parer au risque d'une problématique soignante potentielle. 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 à cause 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*.

1.4.4 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*.

1.4.5 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, la personne soignante choisit un ou plusieurs objectifs. La définition d'un objectif soignant ENP est la suivante :

Les objectifs soignants ENP déterminent les résultats des soins planifiés par les personnes soignantes, 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 un risque d'isolement social

Étiologie : Maladie psychique

Caractéristique : Se retire dans la chambre

Objectif : Participe aux activités occupationnelles

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 la personne soignée n'a pas atteint l'objectif *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 laver et sécher son corps	Est autonome pour laver et sécher son corps	Est autonome pour laver et sécher son corps grâce à des aides techniques et/ou en investissant plus de temps (> 15 min)	Est autonome pour laver et sécher son corps selon les instructions verbales et avec des ustensiles mis à disposition	Est partiellement autonome pour laver et sécher son corps, la personne soignante se charge de parties du corps difficilement accessibles	Est complètement dépendant dans la réalisation de la toilette
Est autonome pour laver et sécher le haut du corps	Est autonome pour laver et sécher le haut du corps	Est autonome pour laver et sécher le haut du corps grâce à des aides techniques et/ou en investissant plus de temps (> 7 min)	Est autonome pour laver le haut du corps selon les instructions verbales et avec des ustensiles mis à disposition	Est partiellement autonome pour laver et sécher le haut du corps, la personne soignante se charge de parties du corps difficilement accessibles	Est complètement dépendant dans la réalisation de la toilette du haut du corps
Est autonome pour laver et sécher le visage et les mains	Est autonome pour laver et sécher le visage et les mains	Est autonome pour laver et sécher le visage et les mains en investissant plus de temps (> 3 min)	Est autonome pour laver le visage et les mains selon les instructions verbales et avec des ustensiles mis à disposition	Est partiellement autonome pour laver et sécher visage et mains , la personne soignante doit finir la toilette	Est complètement dépendant dans la toilette de visage et mains

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

Tableau 6 : Echelle 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 exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène correspondent aux capacités physiques actuelles	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène correspondent aux capacités physiques actuelles	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène correspondent partiellement aux capacités physiques actuelles, cela se manifeste par un épuisement absolu suite aux activités d'hygiène corporelle	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène correspondent partiellement aux capacités physiques actuelles, cela se manifeste par une altération importante des paramètres vitaux et/ou par des douleurs ressenties suite aux activités d'hygiène corporelle	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène ne correspondent pas aux capacités physiques actuelles, cela se manifeste par une altération importante des paramètres vitaux dépassant les valeurs limite et/ou par des douleurs, l'activité d'hygiène corporelle devant être interrompue (plusieurs fois)	Les exigences physiques attendues liées aux soins d'hygiène dépassent les capacités physiques , cela se manifeste par un collapsus cardiovasculaire, une insuffisance respiratoire ou d'autres types de crise, les activités d'hygiène corporelle ne pouvant pas être poursuivies comme prévu

Tableau 7 : 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 ont été développées. 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 opérationnalisés qui serviront à la fois d'instrument d'auto-évaluation pour les personnes soignées et d'instrument de mesure pour les personnes soignantes. 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 la personne concernée 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*.

1.4.6 Les interventions de soins ENP et les spécifications des interventions ENP

Les interventions de soins dans ENP désignent toute action liée aux soins de la personne concernée qui est réalisée par les personnes soignantes sur la base du processus diagnostique soignant, directement auprès des et avec les personnes soignées (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 *Effectuer la toilette selon la stimulation basale de Bobath* est composé de plusieurs actes partiels. Ces interventions partielles commencent entre autres par la désinfection des mains, la préparation du matériel, la salutation et le renseignement adressée à la personne concernée, la toilette proprement dite (qui peut être, elle-même, divisée en plusieurs démarches individuelles, par ex. le positionnement de la personne concernée, le (dés)habillage 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 est peu 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 d'une intervention 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 à apporter 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 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.

1.4.7 Les textes explicatifs relatifs aux caractéristiques, étiologies, ressources et spécifications des interventions

L'introduction de textes explicatifs (là où nécessaires) pour certains éléments ENP s'est révélée nécessaire suite à un développement initié en 2008. De plus en plus de retours de la part des utilisateurs ont fait remarquer l'emploi hétérogène de termes techniques, en partie en langue étrangère, et d'un jargon plutôt soignant, surtout au niveau des caractéristiques, étiologies et ressources de ENP. Un exemple en est l'emploi indistinct des termes « mal de tête » et « céphalée ». Dans un souci d'harmonisation, il fallait prendre une décision quant à la tendance à suivre en vue de la révision des termes existants et de l'ajout de nouveaux termes. Pour faciliter la prise de décision et connaître les préférences d'utilisation, un sondage a été mené auprès de personnes utilisant ENP. Le résultat en était un vote clair en faveur de l'utilisation

conséquente des termes techniques allemands ou en langue étrangère – un choix justifié surtout par l'argument suivant : « Nous sommes une profession, nous avons besoin d'un langage professionnel avec des termes techniques bien implantés ». Ce vote correspond en plus aux exigences envers une terminologie soignée qui changent avec le temps.

En même temps surgit la nécessité de munir surtout certains termes techniques d'origine latine ou grecque d'une explication ; vu la diversité des settings et domaines spécifiques de la profession des soins ainsi que la socialisation professionnelle individuelle des personnes soignantes, on ne peut pas du tout supposer que tous les termes techniques soient familiers à tout le monde. Dans ce contexte, ENP a vu l'ajout, en termes de structure et de contenu, de textes explicatifs relatifs aux caractéristiques, étologies, ressources et spécifications des interventions ; ces textes sont rédigés progressivement à chaque fois que besoin en est. A titre d'illustration, le tableau suivant présente un choix de textes explicatifs pour les caractéristiques ENP de la ligne directrice de pratique *Présente une perturbation de la communication verbale en raison d'une aphasie de Broca (aphasie motrice)*.

ID	Caractéristiques	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 stéréotypes	
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 ne présente donc pas 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 (par ex. « rapapluie » au lieu de « parapluie »).
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 8 : Exemples de textes explicatifs relatifs aux items ENP, ici au niveau des caractéristiques

1.5 Valeurs temporelles dans ENP

Dans ENP, les valeurs temporelles sont attachées, outre d'autres éléments, à de nombreuses interventions de soins ou spécifications de l'intervention (avec des exceptions intentionnelles) 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 personnes soignantes 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 une personne atteinte de démence se distinguent des valeurs pour une personne 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 personnes soignantes. 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 connexion de LEP-Nursing 3 avec les interventions ENP en 2004, il s'est avéré que les valeurs de temps enregistrées correspondent en grande partie.

Les valeurs temporelles se trouvent dans ENP 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 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 5).

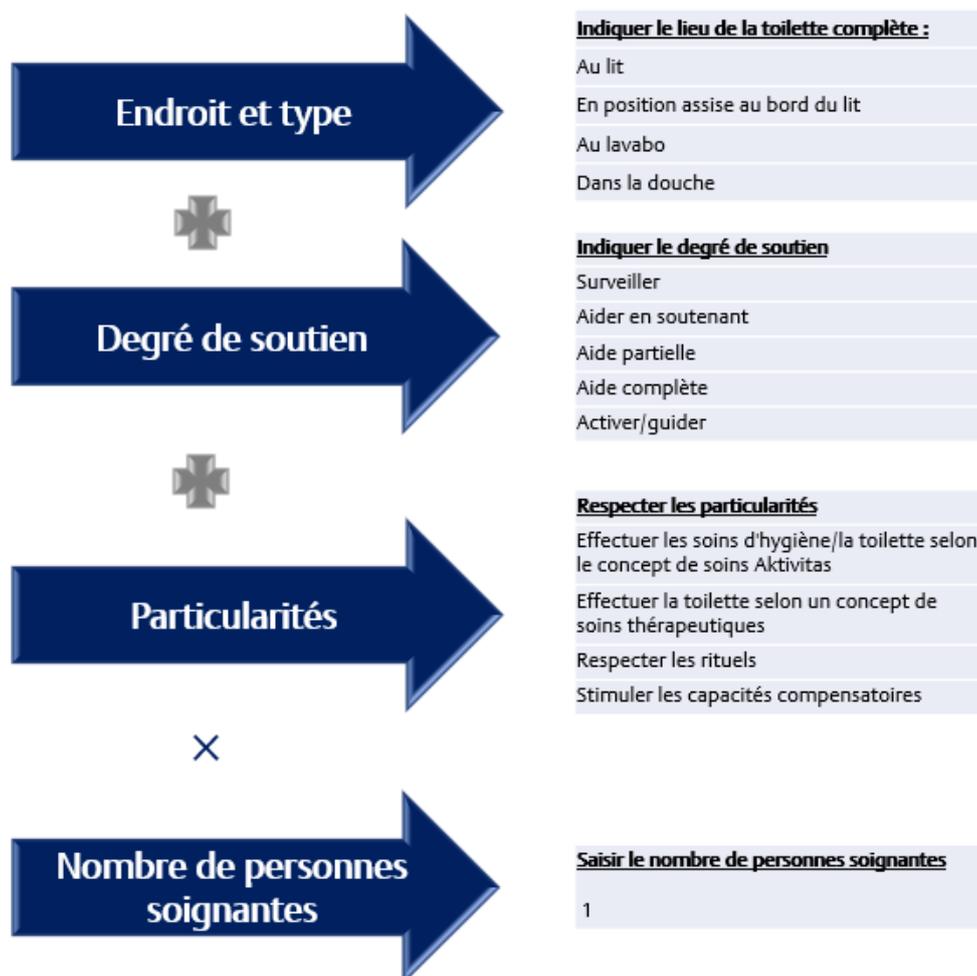


Figure 5 : Exemple du calcul cumulatif des valeurs temporelles ENP (extrait)

Si par ex. une personne soignante (x1) réalise une toilette complète au lavabo (18 minutes) en y intégrant des éléments stimulants/guidants (+5 minutes) et en respectant les rituels propres à la personne soignée (+1 minute), cela donne en somme une valeur temporelle de 24 minutes. Si, pour une raison quelconque, la réalisation de la toilette demande deux personnes soignantes (x 2), la valeur temporelle s'élève à 48 minutes.

Finalement, ENP contient certaines interventions qui ne sont pas munies, à bon escient, de valeurs temporelles. 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 de la personne concernée. Pour ce type de situation, il paraît plus utile de demander à la personne utilisant ENP d'insérer manuellement une valeur temporelle, par ex. moyennant une demande de saisie déclenchée par le logiciel, pour obtenir des valeurs valides et fiables.

Les bénéfices des valeurs temporelles saisies au cours de la documentation régulière (électronique) avec ENP

En premier lieu, l'utilisation des valeurs temporelles dans la documentation régulière, sans aucun effort de saisie supplémentaire, permet la saisie de la dépense réelle en soins dans un établissement/une unité/une tournée/pour un groupe déterminé de personnes soignées. Les valeurs temporelles créent la base indispensable pour être en mesure de réaliser différents analyses, exploitations et calculs – et d'argumenter face à différentes parties prenantes. Une discussion solide sur le besoin en personnel, par exemple, n'est possible que si l'on connaît le temps dépensé en réalité pour la prise en charge d'un groupe déterminé de personnes soignées.

En principe, il y a peu de limitations des analyses imaginables à partir de la durée des soins dispensés, les prestations fournies etc. Un exemple en serait l'analyse d'un cas individuel :

Classes ENP	Nombre de prestations	Total des valeurs en minutes	% par rapport aux prestations du cas
Soins d'hygiène/se vêtir	13	198	20,79
Respiration	9	45	4,72
Alimentation	36	180	18,9
Elimination			
Circulation sanguine	20	53	5,56
Mouvement/mobilité	22	165	17,33
Se détendre/dormir/se reposer			
Intégrité des tissus	20	53	5,56
Métabolisme			
Reproduction			
Température corporelle	12	35	3,7
Sensation			
Perception			
Interaction	3	50	5,25
Action/comportement			
Activité/organisation de la vie quotidienne			
Développement personnel			
Connaissances/information	1	35	3,7
Société			
Risques pour la santé			
Traitement	7	90	9,45
Médication	10	48	5,04
TOTAL	153	952	100

Tableau 9: Exemple d'une analyse des valeurs temporelles ENP d'un cas individuel

Une autre possibilité consisterait à associer le temps prévu au temps réellement dépensé et aux coûts y afférents. La liste des arguments, exemples et scénarios d'application peut être complétée par maints aspects, les exploitations mentionnées ici ne peuvent que donner une idée globale. Il est pourtant vrai que les valeurs temporelles ne peuvent être qu'une approximation de la réalité. Grâce aux spécifications des interventions, ENP permet pour nombre d'interventions un calcul individualisé des valeurs temporelles ce qui veut dire qu'une toilette complète peut correspondre à différentes valeurs temps, en fonction de la situation de prise en charge donnée. Avec cette particularité, ENP s'approche sans doute plus de la réalité que d'autres systèmes fournissant des valeurs temps.

L'origine des valeurs temporelles associées aux interventions ENP

Démarré en 1996, le processus de l'attribution de valeurs temporelles a été continuellement ajusté, dès sa première application logicielle dans la pratique clinique, dans des focus groups avec des personnes soignantes. D'autres précisions et ajustements des valeurs ont été obtenus grâce à des valeurs temps recueillies 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 pour la poursuite du développement de ENP. Dans le cadre d'un mapping (c'est-à-dire une mise en correspondance) entre ENP et la classification LEP-Nursing 3 (un système pour saisir les prestations soignantes), les valeurs temporelles ENP se sont vues vérifier et adapter ; la comparaison des valeurs respectives a révélée une correspondance très significative. Tout comme le contenu soignant dans ENP, les valeurs temporelles sont soumises à des révisions régulières et une poursuite permanente du développement. En dépit de la diligence rigoureuse appliquée pour l'élaboration et le maintien à jour des valeurs temporelles dans ENP, tout établissement utilisant ENP dans un dossier électronique devrait offrir la possibilité de remplacer les valeurs proposées par ENP par des valeurs individuelles. Dans des settings et domaines spécifiques, il peut se révéler utile et nécessaire de différer pour nombre d'actes soignants de manière significative des valeurs moyennes. Un exemple en serait la rééducation précoce neurologique.

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. 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 correspondance, également appelée « mapping », du système de classification des soins ENP avec d'autres outils, concepts 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 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 1.5), aux valeurs temporelles LEP par ex. pour documenter la dépense en soins ou pour générer des indicateurs probants. Depuis l'année 2014, le mapping entre ENP et LEP Nursing n'est plus poursuivi.
- Classement **PPR** (réglementation du personnel soignant). Composant de la loi allemande relative à la structure du système de santé de l'année 1992, le classement PPR dans sa forme originale 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 l'année suivante. Même si le PPR d'alors 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). Depuis 2019, la discussion menée sur des outils de calcul du personnel adéquats pour le domaine des soins a fait revivre la réglementation du personnel soignant. En alternative aux limites

inférieures de personnel soignant introduites dès lors, un modèle « PPR 2.0 » fait débat : une forme révisée du PPR, incluant les niveaux de prestation A4 (soins généraux) et S4 (soin spécifiques) (cf. par ex. Jahn, 2021). En fonction de la discussion ultérieure et la pertinence réelle du PPR 2.0, le mapping entre ENP et la réglementation du personnel soignant (PPR 2.0) sera mis à jour et adapté en conséquence pour permettre de générer les prestations des soins généraux et spécifiques (catégories A et S du PPR) automatiquement à base de la documentation régulière réalisée avec ENP.

- **IDEA (Interdisciplinary Databased Electronic Assessment)**, un catalogue informatisé d'anamnèse interdisciplinaire qui sert à saisir des informations anamnétiques structurées et à estimer, par la suite, le besoin prévisible d'interventions. IDEA repose sur une collecte homogène d'informations d'intérêt anamnétique, 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 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** sous forme de système de recherche permettant un repérage rapide de diagnostics soignants ENP lors de l'utilisation informatisée. Le catalogue contient non seulement le libellé des termes employés dans les diagnostics soignants, mais aussi des synonymes ou des notions ayant une portée similaire, ainsi que des concepts d'intervention centraux dans le contexte du diagnostic soignant pertinent.
- **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 ne se poursuivra pas 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. Société de discipline soignante Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., 2018) 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 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.
- **Codes complexes à pertinence soignante du système G-DRG** soutenant de manière automatisée la documentation et la génération de codes. L'exemple type pour un mapping ENP dans ce domaine était le score des interventions de soins complexes (PKMS), en vigueur jusqu'à la fin 2020. Créé par le Conseil de Soins allemand (DPR), le score PKMS se voulait un outil pour représenter les cas de patient(e)s nécessitant des dépenses accrues en soins à l'hôpital et a constitué, pour cette patientèle, la base de facturation des soins accrus dans le système G-DRG (exception : les jours calendaires en unité de soins intensifs n'étaient pas à coder). Le code PKMS saisissait les prestations

tant en soins généraux qu'en soins spécifiques. L'application du PKMS à un patient en prise en charge stationnaire aiguë demandait, 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'appliquaient, les points ont été additionnés pour chaque jour calendaire du séjour. Le score total a déclenché une procédure OPS « 9-20... soins accrus » dès que le score indiqué dans le catalogue PKMS était atteint (Wieteck et al., 2017). Avec une intégration adéquate dans des produits logiciels, le mapping entre ENP et PKMS permettait 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. Les codes complexes suivants d'intérêt soignant de la classification allemande des actes médicaux (OPS) gardent leur pertinence et sont mis en lien avec ENP, surtout au niveau des interventions :

- 8-559 Rééducation précoce interdisciplinaire et autre,
 - 8-552 Rééducation précoce neurologique-neurochirurgicale
 - 8-550 Traitement complexe de rééducation précoce gériatrique
- **Diagnostics infirmiers NANDA-I** : Depuis une quarantaine d'années, 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, sous forme d'une taxonomie standardisée, le raisonnement clinique des professionnels soignants. Langage infirmier reconnu à l'échelle internationale et largement répandu, NANDA-I met jusqu'ici l'accent sur les premières étapes de la démarche de soins, le processus diagnostique – à savoir la collecte et le regroupement d'informations et leur transformation en un jugement infirmier relatif à des problématiques pertinentes pour la personne soignée. 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, dénommée NANDA PLUS⁴, offre donc la totalité des diagnostics infirmiers NANDA-I, complétés par les liens solides avec les objectifs et interventions issues du catalogue ENP.

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

1.7 Développement et perfectionnement de ENP

L'origine et la poursuite du développement de ENP sont décrites dans de nombreuses publications (cf. par ex. Wieteck 2003, 2004b, 2013, 2014). Les modifications réalisées d'une version à l'autre sont documentées dans les « Informations scientifiques ENP », régulièrement publiées ; dans le souci

⁴ Pour plus d'information sur la base de données NANDA-I PLUS, veuillez consulter le site web de la société RECOM sous <https://www.recom.eu/fr/classifications/nanda-international.html>.

d'améliorer la lisibilité et la clarté des informations scientifiques, la documentation des modifications se trouve à partir de cette version dans l'annexe du document. Par la suite seront ébauchées les étapes essentielles du développement ainsi que la stratégie actuelle de la poursuite systématique du développement.

Moyennant des identificateurs d'objets, ENP est enregistré en tant que classification des soins standardisée dans le registre OID (Object Identifier)⁵ dans la rubrique « santé publique allemande ». Cela permet un échange d'informations et de données entre des systèmes télématiques comme le sont par ex. des dossiers électroniques. Les informations relatives à ENP peuvent être consultées sur le site web du DIMDI (institut allemand de documentation et d'information médicales)⁶. En Allemagne, c'est l'Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux (BfArM) qui assigne les identificateurs d'objets.

Depuis 2011 et donc avec la version 2.6, ENP porte le numéro OID 1.2.276.0.76.5.407 et le nom symbolique (symbolic name) « european-nursing-care-pathways ». La notation de syntaxe abstraite numéro 1 (ASN.1) correspondante est {iso(1)member-body(2)de(276)din-certco(0)gesundheitswesen(76)kodierschemata(5)european-nursing-care-pathway(407)}.

En 2020 (version ENP 3.1), un nouveau numéro OID a été demandé, depuis lors, c'est 1.2.276.0.76.5.515, avec le nom symbolique « enp2020 » et la notation ASN.1 {iso(1)member-body(2)de(276)din-certco(0)gesundheitswesen(76)kodierschemata(5)enp2020(515)}.

1.7.1 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 a également marqué le début de la mise en œuvre de ENP en tant que logiciel dans une base de données relationnelle.

Phase 1 (1989–1998) – Développement inductif

La 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) lors de l'encadrement pratique au cours 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 expert(e)s pour représenter la situation de soins, à savoir les problématiques/diagnostics, objectifs et interventions de soins, ont en plus été étayées par la littérature spécialisée, puis cataloguées. 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 ?

⁵ En informatique, les « Object Identifier » (OID) s'utilisent à l'échelle mondiale comme identificateur univoque et permanent pour un objet informatif déterminé.

⁶ Cf. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/weitere-klassifikationen-und-standards/oid/oid-suche/> (consulté le 06/07/2021).

- Quels sont les objectifs convenus (ensemble avec la personne concernée) 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(e) étudiant(e) et une personne enseignante. 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. 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 a parlé alors 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), 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.

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. 6). 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.

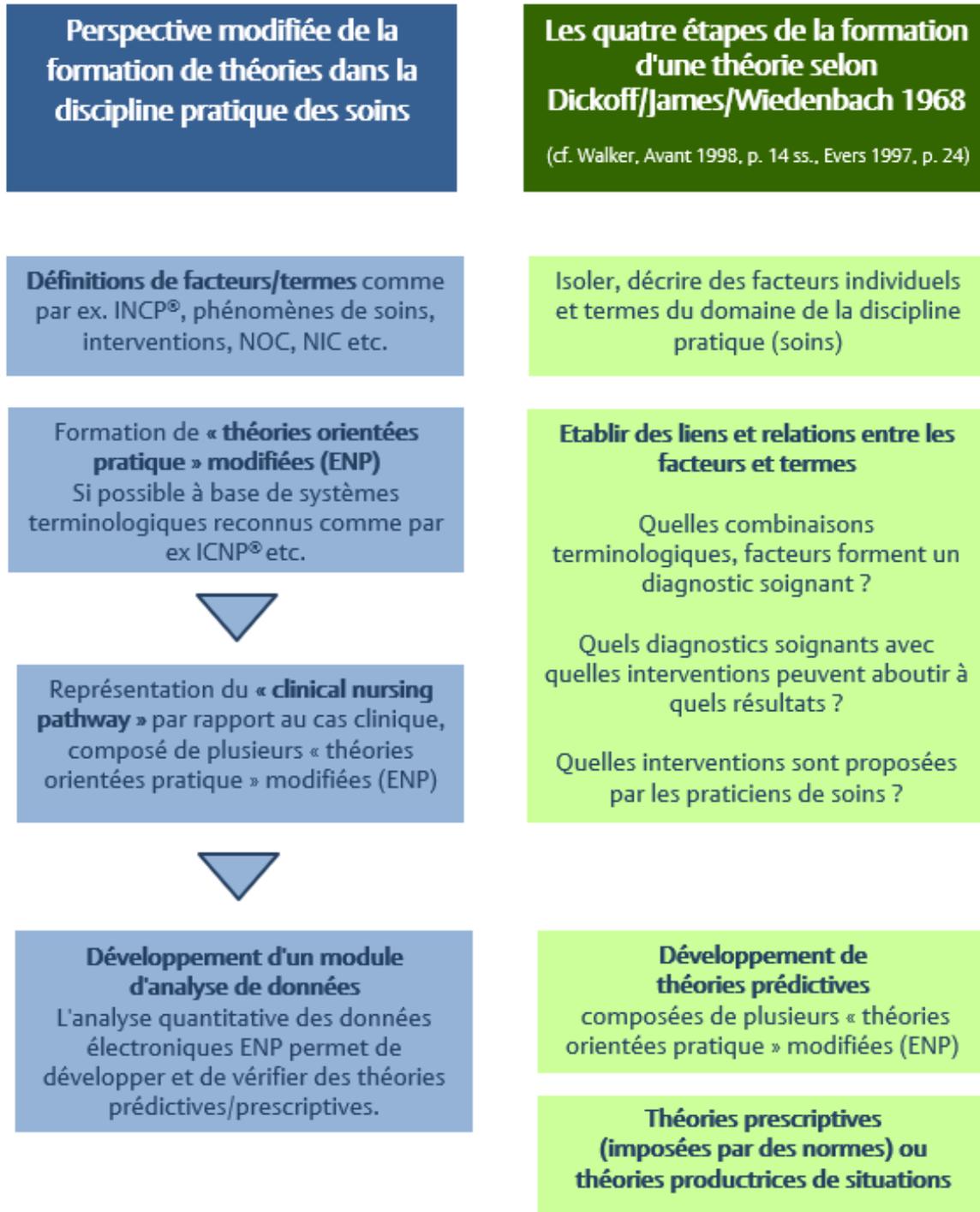


Figure 6 : Emplacement de la « théorie orientée pratique modifiée » dans le modèle de la formation des théories (Wieteck, 2007c, d'après Dickoff et al. 1968).

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 par des fournisseurs de logiciels dans des dossiers électroniques pour assurer 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 du perfectionnement de ENP (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 1.7.3 vous donnera une idée approximative des validations réalisées ; le chapitre 1.7.2 ci-après fournira des informations détaillées sur le processus de développement systématique.

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

Dans les publications en livre jusqu'à l'année 2004, 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 engendré la structure classificatoire actuelle. On a d'abord développé une taxonomie⁷ 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 des domaines de l'informatique et de la représentation des connaissances sont les mieux adaptées pour décrire la réalisation de ENP sous forme de base de données : par rapport à sa présentation en base de données, ENP peut être qualifié d'ontologie⁸. 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, les formulations proposées dans ENP

⁷ 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.

⁸ 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/phénomènes et les relations existant entre eux et reflète ainsi un domaine spécifique. Souvent, on parle de « réseau sémantique » à la place d'ontologie.

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).

Phase 4 (depuis 2008 jusqu'ici) – 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 et français sont encore attendues, 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 (cf. Wieteck, Mantovan & Rigon, 2015). Depuis, Elisabetta De Vecchis dirige la traduction de ENP vers l'italien. Les traductions de ENP sont soumises à des validations permanentes (cf. par ex. Rabl, Mereu & Kraus, 2016).

1.7.2 Poursuite systématique 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 7 ci-après permet de comprendre les démarches systématiques du processus de perfectionnement 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.

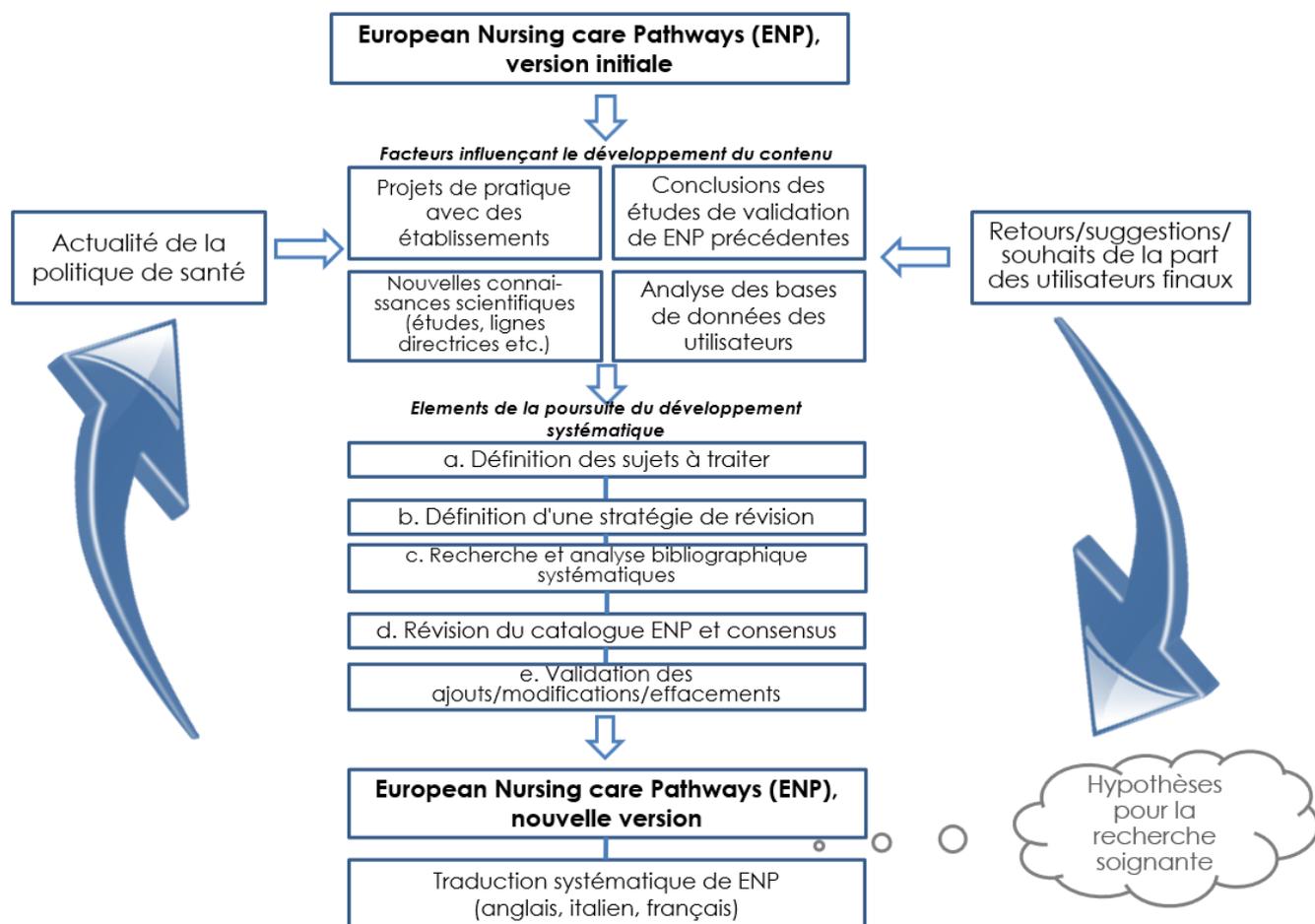


Figure 7 : Le processus du développement systématique de ENP aujourd'hui

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 selon le schéma suivant (illustré par la ligne directrice de pratique ENP « Le patient souffre de fatigue »).

Démarche de révision	Illustration de la poursuite du développement par l'exemple de la ligne directrice de pratique ENP « Le patient souffre de fatigue »																																			
<p>1. Définition de la stratégie de révision avec formulation de la question guidant la recherche bibliographique</p>	<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>Questions (extrait) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par quels symptômes ou caractéristiques physiologiquement détectables la fatigue se manifeste-t-elle chez les personnes concernées en phase palliative ? • Quels symptômes ou caractéristiques de pertinence soignante sont décrits chez des personnes concernées atteintes de fatigue en prise en charge palliative ? • Quelles sont les étiologies associées au symptôme/phénomène fatigue, dans le domaine palliatif en particulier ? 																																			
<p>2. Définition du type de publication et du niveau de preuve favorisés</p>	<p>Préférence d'articles spécialisés publiés dans des journaux évalués par les pairs. Types d'études acceptés : Clinical Studies, Clinical Trials, Comparative Studies, Controlled Clinical Trials, Evaluation Studies, Guidelines, Meta-Analysis, Multicenter Studies, Practice Guidelines, Randomized Controlled Trials, Reviews, Scientific Integrity Reviews et Systematic Reviews.</p> <p>Les rapports de cas isolés sont exclus.</p>																																			
<p>3. Détermination des critères d'inclusion et d'exclusion et des bases de données à utiliser</p>	<p>Publications en langue allemande ou anglaise, parues à partir de l'année 1990 jusqu'à janvier 2018 inclus.</p> <p>Exclusion de publications portant sur des personnes de moins de 18 ans ainsi que des personnes atteintes d'une tumeur cérébrale, de métastases cérébrales, de démence ou d'autres atteintes cognitives (la fatigue ne pouvant guère être distinguée dans ces cas).</p> <p>Recherche dans les bases de données reconnues en sciences des soins et accessibles PubMed (Medline) et CINAHL ainsi que dans le registre des directives de l'AWMF.</p>																																			
<p>4. Identification des mots-clés et détermination de phrases de recherche spécifiques</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">fatigue OR tiredness OR weariness OR exhaustion</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">A N D</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">palliati* OR "end of life"</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">A N D</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">nurs* OR care OR caring</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">A N D</td> <td style="width: 10%;">diagnosis OR diagnoses</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">OR</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">symptom* OR sign OR signs OR syndrome* OR characteristic* OR indicator* OR mark OR marks OR feature*</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">OR</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">cause* OR source* OR reason* OR etiolog*</td> </tr> </table>	fatigue OR tiredness OR weariness OR exhaustion	A N D	palliati* OR "end of life"	A N D	nurs* OR care OR caring	A N D	diagnosis OR diagnoses	OR							symptom* OR sign OR signs OR syndrome* OR characteristic* OR indicator* OR mark OR marks OR feature*							OR							cause* OR source* OR reason* OR etiolog*						
fatigue OR tiredness OR weariness OR exhaustion	A N D	palliati* OR "end of life"	A N D	nurs* OR care OR caring	A N D	diagnosis OR diagnoses																														
OR																																				
symptom* OR sign OR signs OR syndrome* OR characteristic* OR indicator* OR mark OR marks OR feature*																																				
OR																																				
cause* OR source* OR reason* OR etiolog*																																				

5. Réalisation des recherches dans les bases de données	Combinaisons appropriées de mots-clés, opérateurs, critères d'inclusion/d'exclusion et de filtrage pour obtenir des phrases de recherche complètes ⁹ .
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)	Après apurement des doublons, les phrases de recherche finales ont fait émerger un total de 347 résultats des bases de données dont la pertinence a été évaluée en fonction des titres et des abstracts. Finalement, 90 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, systématiquement avec les éléments existants dans le catalogue ENP – entre autres moyennant les outils d'évaluation CONSORT, RIGHT et la déclaration STROBE. 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 22 publications analysées ont été retenus et utilisés pour le perfectionnement de ENP.
7. Révision du catalogue ENP à base des connaissances et données tirées de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout, révision ou mise en sommeil de caractéristiques, étiologies, ressources, interventions de soins et détails d'intervention guidant l'action • Etayage bibliographique de tout élément modifié, ajouté ou mis en sommeil • Elaboration de définitions, explications de termes et textes de consignes • Indication du niveau de preuve de la ligne directrice de pratique révisée
8. Consensus des résultats dans l'équipe de développement ENP, au besoin en collaboration avec des expert(e)s de la discipline pertinente	
9. Validation de la révision, par ex. moyennant un expert rating, une étude ou un test clinique dans la pratique des soins	N'a pas eu lieu lors de la révision de la ligne directrice de pratique ENP « Le patient souffre de fatigue ». Options généralement possibles : <ul style="list-style-type: none"> • Expert rating • Etude clinique • Prêtest des révisions dans la pratique soignante

Tableau 10 : Processus de recherche bibliographique systématique visant la révision basée sur les preuves de ENP, illustré par l'exemple de la ligne directrice de pratique « Le patient souffre de fatigue » (cf. Hausherr 2018)

⁹ Ci-après un exemple d'une phrase de recherche complète : (fatigue[Title/Abstract] OR tiredness[Title/Abstract] OR weariness[Title/Abstract] OR exhaustion[Title/Abstract]) AND (palliati*[Title/Abstract] OR "end of life"[Title/Abstract]) AND (nurs*[Title/Abstract] OR care[Title/Abstract] OR caring[Title/Abstract]) AND ((diagnosis OR diagnoses) OR (symptom* OR sign OR signs OR syndrome* OR characteristic* OR indicator* OR mark OR marks OR feature*)) OR (cause* OR source* OR reason* OR etiolog*)

Le tableau 11 ci-après présente un extrait d'un tableau de la révision relative à un diagnostic soignant ENP de la thématique respiration, actualisée entre mi-2016 et 2017 (cf. Nißlein, 2017a ; Nißlein, 2017b). Il s'agit, à titre d'exemple, de la révision des étiologies¹⁰ 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 liées aux interventions ENP (cf. chapitre 1.5). 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)

¹⁰ Pour chaque ligne directrice de pratique ENP, une documentation similaire est réalisée, bien évidemment, quant aux caractéristiques, ressources, objectifs et interventions.

223 - Le patient présente un risque d'atélectasie/de pneumonie en raison de sécrétions bronchiques ancrées				
N° ID	Étiologie	Référence bibliographique abrégée	par ex. : Explication de l'étiologie	
3143	intervention chirurgicale dans la partie abdominale			
20813	intervention chirurgicale à cœur ouvert			
2951	Sécrétions bronchiques glabreuses à viscosité élevée		La viscosité décrit la résistance d'un fluide au glissement. Plus la viscosité est haute, plus le fluide est épais et moins il est liquide.	X
2952	Sécrétions bronchiques glabreuses vitreuses à viscosité vitreuse élevée		La viscosité décrit la résistance d'un fluide au glissement. Plus la viscosité est haute, plus le fluide est épais et moins il est liquide.	X
2953	Toux non productive	10;13;32;		X
2909	Epuisement			X
15656	Altération de la fonction de la muqueuse bronchique liée à la poussière, aux allergènes ou à des facteurs nocifs	39		X
20824	Maladie aiguë des voies respiratoires	32		X
17430	Mucoviscidose	24 ;27 ;28 ;32 ;33		X
20706	Bronchectasie	7 ;15 ;17 ;24 ;29 ;30 ;31 ;37 ;35		X
20826	Bronchite chronique	32		X
	Maladie neuromusculaire liée au diagnostic soignant : Dégagement inefficace des voies respiratoires	3 ;9 ;10 ;13 ;11 ;9 (ALS) ;22 ;27 ;32 ;34 ;38		
	Lésion/altération aiguë ou chronique du canal rachidien	39		X
	Maladie récidivante des voies respiratoires	32	Décrit la réapparition d'une maladie des voies respiratoires suite à guérison ou amélioration temporaire cliniquement supposée.	X
	Asthme bronchique	20 ;21 ;32 ;33		X
20608	Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	6 ;32 ;33		X

Tableau 11 : Extrait d'un tableau de révision de l'équipe de développement ENP, présentant, à titre d'illustration, la ligne directrice de pratique « Le patient présente un risque d'atélectasie/de pneumonie en raison de sécrétions bronchiques ancrées »

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.

1.7.3 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 12 ci-dessous en fournit un aperçu synthétique, sans pour autant prétendre être exhaustif :

Modèle	Construit mesuré	Description succincte	Bibliographie
Méthodes de validation selon Gordon & Sweeney			
Retrospective Identification Model	Validité par consensus, validité apparente, libellé 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)
Clinical Model	Libellé 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 libellés des DS	
Nurse Validation Model	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	
Méthodes de validation selon Fehring			
Diagnostic Content Validation Model (DCV)	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)
Clinical Diagnostic Validation Model (CDV)	Validité de contenu, validité apparente, fiabilité inter-observateur	Vérification de la validité d'un DS dans une situation clinique par deux expert(e)s, moyennant observation ou interrogation des patient(e)s ; calcul d'un indicateur pondéré de la fiabilité inter-observateur	
Etiologic Correlational Ratings Validation Model (ECR)	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	
Differential Diagnostic Validation Model (DDV)	Validité discriminante (de deux DS), validité de contenu, validité apparente	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, le cas échéant dans un contexte clinique ; calcul des indicateurs pondérés	

		pour les deux DS et comparaison de ceux-ci	
Technique de Delphi	Validité de contenu, validité apparente	Méthode d'interrogation systématique, écrite et à plusieurs reprises d'un groupe d'expert(e)s 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)
Analyses terminologiques	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)
Méthodes de validation à variables multiples			
Analyse des facteurs	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)
Analyse de cluster	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)
Magnitude Estimation Scaling	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'expert(e)s en vue de différentes dimensions conceptuelles (par ex. pertinence, fréquence d'apparition). Cela génère des échelles relatives exploitables.	(Grant, Kinney & Guzzetta, 1990a, 1990b)
Crossmapping (mise en correspondance croisée)	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 12 : 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. chapitre 1), 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 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 de la personne soignée, formulation, utilisabilité etc.) dans une perspective d'utilisation directe dans une clinique ou 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 le 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 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 sous forme d'un tableau Microsoft Excel, profitant des fonctions confortables propres au logiciel (par ex. macros, boutons de commande) qui guident les expert(e)s tout au long du 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 8 illustre la conception du questionnaire à l'aide d'un extrait issu d'un expert rating concernant les lignes directrices de pratique relatives à la dysphagie.

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
Auftreten der Schluckstörung überwiegend bei fester Nahrung		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Husten/Räuspren bei/nach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Husten/Räuspren 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, inhaltlich jedoch zu spezifisch Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu allgemein	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Feuchtelgugelige Stimmqualität nach dem Schlucken		Auflösen, inhaltlich zu spezifisch Auflösen, inhaltlich zu allgemein	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken		Auflösen, fachlich falsch Auflösen, fachlich unvollständig Auflösen, nicht dokumentationsrelev.	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ Sinnvoll, unverändert
Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken von Flüssigkeit			Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Auffälliges positives Ergebnis beim 50 ml. Wasserschlucktest			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
Fehlender Schluckreflex (Schluckkontrollgriff)			Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen

Figure 8 : Extrait du masque d'édition de l'outil d'évaluation

Vu l'amplitude souvent très importante des aspects à vérifier par les expert(e)s, le questionnaire renonce à inclure les interventions détaillées guidant l'action¹¹, 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 expert(e)s 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, à leur avis, manquent aux diagnostics soignants. Des questions synthétiques portant sur les aspects mentionnés ci-dessus (échelle 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

¹¹ Cf. chapitre 1.4.6.

(<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(e). 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(e) 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(e) en soins proposée par Benner (2012) ou l'approche concrétisante de 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 la personne chercheuse (Meuser & Nagel, 2002).

Par rapport aux diagnostics soignants, Fehring (1994) propose, dans le contexte de ses modèles de validation, de sélectionner des expert(e)s approprié(e)s à base de paramètres mesurables. L'attribution de points en fonction de critères spécifiques permet ainsi de qualifier d'expert(e) 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'expert(e)s qualifié(e)s 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 diplômé(e)s 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, Advanced Nursing Practitioner ou des filières de formation initiale (en alternance) s'établissent de plus en plus ces dernières années, mais dans la pratique soignante des établissements, on en voit toujours relativement peu de titulaires. En plus, on déplore un manque de concepts d'intégration et de structures adéquates pour le personnel à formation académique dans la pratique de prise en charge directe (cf. par ex. Claaßen et al., 2021; Association infirmière allemande DbfK 2013 ; Reuschenbach & Darmann-Finck, 2018). Il est donc plutôt illusoire de chercher à trouver, dans la sphère germanophone et particulièrement en Allemagne, un nombre suffisant de personnes soignantes cliniquement actives et expérimentées qui disposent d'au moins un master (critère principal selon Fehring), qualifiées comme expert(e)s 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 expert(e)s participant(e)s doivent obligatoirement présenter un diplôme universitaire en soins. Les expériences faites jusqu'ici ont mis en évidence la nécessité de ne considérer, à l'heure actuelle, 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 personnes soignantes soient souvent impliquées dans la prise en charge de groupes de bénéficiaires de soins 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 des représentant(e)s de professions voisines et traite sur un plan général le rôle des soins dans la prise en charge interdisciplinaire des patient(e)s 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 expert(e)s approprié(e)s demandé(e)s 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 progiciels 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 expert(e)s 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.

2. Niveau de preuve des diagnostics et lignes directrices de pratique ENP

Issus du domaine de la médecine fondée sur les preuves, les niveaux de preuve (ou : niveaux d'évidence, en anglais : Level of Evidence, LoE) permettent de classer hiérarchiquement la qualité des études cliniques en termes de forme et de contenu. Autrement dit, l'affectation d'une étude clinique à un niveau de preuve sert à décrire l'importance et l'expressivité des résultats y obtenus et donc à déterminer l'impact scientifique de l'étude. Cet impact dépend entre autres du type de l'étude réalisée et des points finaux analysés, par ex. la qualité de vie ou le taux de survie. Au fil du temps, d'autres modèles de classification pour définir le niveau de preuve d'une étude clinique ont été développés et le champ d'application des LOE s'est vu élargi. Face au large éventail de graduations et définitions créées sur le plan international, des standards généraux n'existent (si jamais) qu'au sein de domaines spécifiques et non pas à un niveau global (Perleth & Raspe, 2007).

Dès le début des années 2000, le débat autour des niveaux de preuve et les critères correspondants a fait son entrée dans la science des soins. Contrairement au concept appliqué en médecine, l'accent n'est, dans ce cas, pas mis sur une étude déterminée ou un élément isolé comme une caractéristique ou une étiologie particulière. Le niveau de preuve vise plutôt un composant classificatoire dans sa totalité, c'est-à-dire un diagnostic soignant avec ses composants déterminants (par ex. caractéristiques, étiologies, facteurs de risque). En plus, le niveau d'évidence d'un diagnostic soignant ne reflète son expressivité que de manière indirecte, mais il sert surtout d'indicateur du stade de développement du diagnostic soignant/de la ligne directrice de pratique. Autrement dit, l'intérêt principal des niveaux de preuve consiste à assurer une transparence maximale quant aux stades de développement, révision et validation des composants d'une classification de soins face aux personnes utilisatrices et intéressées. Plus le niveau de preuve d'un diagnostic soignant est élevé, moins de doute y a-t-il à propos de sa qualité, pertinence et étayage bibliographique (Kunz et al., 2007).

Depuis 2014, les niveaux de preuve ont été élaborés et indiqués progressivement pour les diagnostics soignants et lignes directrices de pratique ENP. Un objectif central a été d'obtenir, en plus de la transparence, une comparabilité des niveaux de preuve avec d'autres systèmes de classification de soins.

C'est dans cette logique que le niveau de preuve de ENP s'approche étroitement aux critères de classement de NANDA International (cf. Herdman & Kamitsuru, 2018) – même si certains aspects critiques de ce système vaudraient la peine d'être discutés.¹² L'idée de cette analogie est de permettre de comparer l'expressivité et le stade de développement de diagnostics soignants déterminés, issus de différents systèmes de classification.

Les niveaux de preuve pour ENP sont définis sur deux plans différents : Ils évaluent, d'un côté, l'énoncé diagnostique, à savoir le diagnostic soignant avec définition, caractéristiques, étiologies et ressources ; et de l'autre, la ligne directrice de pratique dans sa totalité, y compris objectifs et interventions de soins. Cette différenciation est due au fait qu'actuellement, la partie diagnostique d'une ligne directrice de pratique ENP correspond souvent à un autre stade de développement (généralement plus avancé) que les objectifs et interventions, donc la ligne directrice de pratique complète. Pour rendre transparente une pareille constellation pour toute personne intéressée, ces deux types de niveau de preuve sont indiqués.

La version 3.0 (mai 2019) a vu la finalisation de ce processus continu d'élaboration des niveaux de preuve pour l'ensemble des diagnostics soignants et lignes directrices de pratique ; le résultat en est la précision du stade de développement dans tout le catalogue qui est mise à jour continuellement au cours de la poursuite du développement. Ci-après des précisions concernant les niveaux de preuve utilisés dans ENP :

LOE – Niveau 1 : Nouvelle ligne directrice de pratique en stade de développement/développement inductif de diagnostics soignants et lignes directrices de pratique

Dans de nombreux cas, les lignes directrices de pratique ENP sont développées de manière inductive ; cela veut dire que les praticien(ne)s 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 admis au catalogue ENP (LOE 1.4). 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 expert(e)s compétent(e)s de la pratique clinique.

LOE 1.1 Libellé du diagnostic soignant uniquement (ordre de développement, non admis au catalogue ENP)

Le sujet ainsi que les notions conceptuelles essentielles 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.

LOE 1.2 Libellé du diagnostic soignant avec définition, caractéristiques, étiologies et ressources (ordre de développement, non admis au catalogue ENP)

Un diagnostic soignant ENP est formulé avec précision, la définition correspond au libellé. Terminologiquement, la définition se distingue des concepts centraux du libellé du diagnostic en proposant des périphrases et descriptions. Le diagnostic, la définition ainsi que les caractéristiques, étiologies et ressources élaborés dans cette phase du développement sont étayés par des références bibliographiques.

¹² Les critères de classement pour les niveaux de preuve des diagnostics soignants NANDA-I peuvent être consultés sous <http://www.nanda.org/nanda-i-resources/level-of-evidence-criteria> (consulté le 14/06/2019)

LOE 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, non admis au catalogue ENP)

L'énoncé diagnostique est complété par des objectifs et interventions de soins et étayé par des références bibliographiques. La ligne directrice de pratique ENP en résultant se trouve à un stade précoce ; au cas par cas, elle peut être mise à la disposition d'utilisateurs finaux à des fins d'évaluation et de projection, pour être améliorée en collaboration avec l'équipe de développement ENP. 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 1.4 ou plus.

LOE 1.4 Développement inductif d'une ligne directrice de pratique : diagnostic soignant, définition, caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs et interventions de soins sont développés à partir de la pratique soignante

Le diagnostic soignant, sa définition, les caractéristiques, étiologies, ressources, les objectifs et interventions de soins ont été développés à base d'observations empiriques faites sur le terrain dans des situations concrètes de prise en charge soignante, suivies d'un processus de formation de clusters et de sujets, accompagné de comparaisons permanentes des planifications réelles de la démarche de soins. L'exactitude technique et la pertinence des lignes directrices de pratique développées par cette voie sont confirmées ou complétées par la littérature spécialisée internationale. Il s'ensuit l'inscription au catalogue ENP officiel.

LOE – Niveau 2 : Diagnostics soignants et lignes directrices de pratique confirmés par des analyses de littérature internationale, par la pratique de soins et/ou par des études de consensus

LOE 2.1 Libellé du diagnostic, définition, caractéristiques, étiologies et ressources (énoncé diagnostique) ou libellé du diagnostic, définition, caractéristiques, étiologies, ressources, objectifs et interventions de soins (ligne directrice de pratique entière) sont appuyés sur la littérature internationale

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 des analyses de littérature nationale et internationale.

LOE 2.2 Analyse terminologique complémentaire 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.

LOE 2.3 Etudes de consensus réalisées par des expert(e)s, portant sur les diagnostics soignants/lignes directrices de pratique existants

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 expert(e)s du domaine concerné. Les études englobent des opinions d'expert(e)s et des études Delphi ou de crossmapping avec d'autres classifications de soins, ainsi que d'autres designs de recherche aux contenus diagnostiques.

LOE – Niveau 3 : Diagnostics soignants et lignes directrices de pratique appuyés par la recherche (validation et vérification)

LOE 3.1 a) Synthèse bibliographique

Le perfectionnement du diagnostic soignant/de la ligne directrice de pratique est basé 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.

LOE 3.1 b) Synthèse bibliographique et expert rating

Le perfectionnement du diagnostic soignant/de la ligne directrice de pratique est basé sur l'analyse et l'évaluation systématiques de la littérature portant sur le diagnostic et les interventions de soins avec une stratégie de recherche documentée et justifiée, suivie d'une évaluation réalisée moyennant un questionnaire, un sondage en ligne ou d'autres procédés standardisés, par des expert(e)s sélectionné(e)s à l'aide de critères définis.

LOE 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).

LOE 3.3 Etudes cliniques bien conçues aux petits échantillonnages, non généralisables

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, non représentatif de la population générale.

LOE 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.

Dans la version ENP actuelle 3.2, la distribution des niveaux de preuve parmi les 576 diagnostics soignants/lignes directrices de pratique ENP est la suivante. Veuillez noter que la figure ne prend pas en compte les diagnostics/lignes directrices en cours de développement qui ne font pas encore formellement partie de ENP (LOE 1.1 à 1.3).

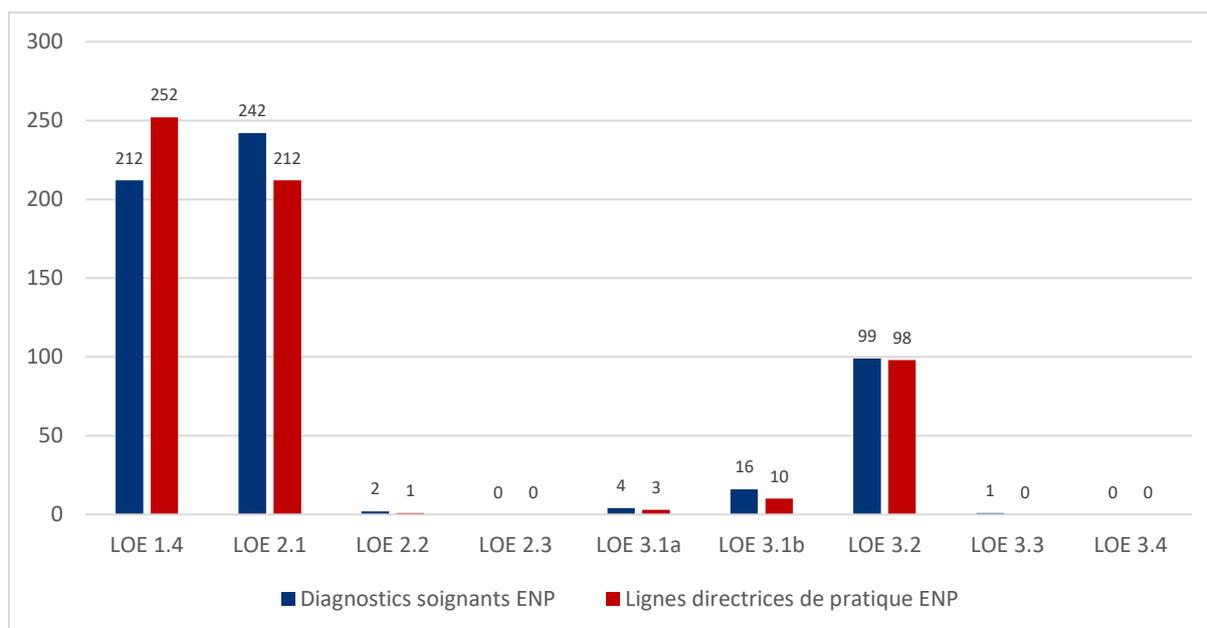


Figure 9 : Distribution des niveaux de preuve pour les diagnostics soignants et les lignes directrices de pratique dans ENP 3.2

3. 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 personnes utilisatrices ont une influence sur le développement de ENP. Elles transmettent à l'équipe de développement ENP leurs exigences en termes de représentabilité de diagnostics et d'interventions de soin, identifiées dans la pratique soignante. 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 des personnes atteintes de démence, avec des éléments comme « langage peu clair » ou « 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 patient 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 systématique de ENP a été intensifié au cours des années précédentes ce qui a contribué à améliorer sensiblement la qualité des lignes directrices de pratique (cf. chapitre 1.4.2). Le développement et la validation systématique reçoivent également de plus en plus d'impulsions importantes par des thèses de Bachelor/Master ou de doctorat (cf. par ex. Burggraf, 2019 ; Haller, 2017 ; Hausherr, 2018, 2020 ; Nißlein, 2017a, 2017b). 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 plusieurs études de validation de contenu et de critère (par ex. Berger, 2010 ; Hardenacke, 2007 ; Hausherr, 2020 ; Helmbold, 2010 ; Helmbold & Berger, 2010 ; Nißlein, 2017b ; Schmitt, 2010 ; Wieteck, 2006b, 2006c, 2008b), d'autres sont actuellement en phase de planification ou sont/ont été réalisées dans le cadre de thèses de fin d'études. Dans le contrôle de la validité des critères effectué par Berger (2010), 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. 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 et sont 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 expert(e)s 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 observation) et les « prestations de soins documentées à l'aide de ENP ». En total, 1.068 codages d'interventions de soins auprès de 34 patient(e)s ont été évalués dans cette étude transversale, descriptive et multicentrique, selon la méthode des tests parallèles. La concordance en pourcentage des résultats 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.

Un point particulièrement fort de ENP est sa granularité fine, 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. C'est une des raisons qui rendent difficiles les comparaisons avec d'autres systèmes de classification quant aux critères de qualité.

4. Commentaires critiques

Tout comme les autres classifications de soins, 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). Même si une grande partie des lacunes détectées alors a été comblée, il restera pratiquement impossible, malgré le plus grand effort, d'atteindre un degré de maturité parfaite d'un langage spécialisé comme ENP qui englobe tous les settings et domaines des soins – vu le progrès incessant des connaissances et l'obsolescence rapide des connaissances en soins existantes.

Dans un 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 d'évaluation de ENP est, lui aussi, une exigence permanente dans le contexte du perfectionnement du système. Il ne paraît pourtant pas erroné de parler d'une grande maturité du système. Tant l'application actuelle dans tous les secteurs de soins pour représenter la démarche de soins que les réactions positives des utilisateurs en sont des indicateurs. 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

expert(e)s ont évalué les diagnostics soignants ENP à 84 % égaux/supérieurs par rapport aux diagnostics infirmiers NANDA-I (Wieteck 2008).

5. L'utilisation et la diffusion 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 personnes soignantes – 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. 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.¹³

Depuis 2020, ENP est également disponible sous forme de l'application web « ENP Online¹⁴ », conçue surtout pour des fins didactique et pour l'encadrement pratique. ENP Online marie de façon illustrative la pédagogie professionnelle au diagnostic soignant. Il s'agit d'une plateforme d'apprentissage en ligne pour apprendre le langage soignant ENP et avec cela la planification et la documentation des soins. ENP Online est disponible en deux versions. Une version de base gratuite permettant la consultation, la recherche et l'étude du catalogue ENP entier, sans limitation temporelle, qui sert de navigateur ENP et de référence pratique. La version premium payante offre, en plus, la possibilité de créer et d'éditer activement des plans de soins ; les plans de soins ENP conçus peuvent ensuite être enregistrés, exportés/importés, imprimés puis retravaillés à un moment ultérieur. L'avantage central de cette version en ligne face à des programmes à installer localement : sauf un dispositif quelconque connectable à internet (smartphone, tablette, ordinateur...), elle ne requiert aucune exigence particulière en matériel ou logiciel, et l'utilisation de ENP Online est indépendante du système d'exploitation.

La diffusion de ENP

Actuellement (juillet 2021), 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 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 ou comme matériel didactique dans la formation soignante. Ce grand éventail de formes d'utilisation et de chemins de diffusion rend pratiquement impossible 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.

¹³ 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/fr/logiciel/apercu-general.html>

¹⁴ Cf. <https://enp-online.org/>

Allemagne

Autour de 35 hôpitaux et plus de 480 établissements de soins aux personnes âgées, à domicile et stationnaires, utilisent ENP dans différents produits logiciels. Même si l'intégration de ENP comme base de données dans des logiciels tiers rend difficile d'obtenir des chiffres définitifs, des estimations fiables suggèrent qu'au moins 60.000 personnes soignantes en Allemagne travaillent avec ENP.

Le nouveau règlement des examens pour professions de soins, entré en vigueur en 2020, retient pour la première fois le diagnostic soignant comme l'une des compétences clés à acquérir au cours de la formation. Cela augmente sensiblement l'attention portée dans ce domaine sur ENP. Le didacticiel gratuit « entraîneur ENP »¹⁵ (à installer sur un ordinateur Windows) a été fourni, rien que depuis l'année 2016, à plus de 4.000 personnes soignantes en formation (continue), même au-delà de l'Allemagne.

L'application web ENP Online, présentée ci-dessus, affiche déjà (juillet 2021) plus de 1.500 comptes créés par des personnes intéressées dans des pays germanophones depuis son activation au mois de mars 2020. En plus, quatre écoles de formation professionnelle en soins ont commencé à intégrer ENP Online dans l'enseignement tout au long de la formation. Et puis, deux autres centres de formation professionnelle ainsi que deux écoles supérieures ont opté pour implémenter la version spéciale « éducation » du dossier électronique RECOM GRIPS¹⁶, conçue pour des fins de formation (continue) avec ENP comme composant central.

Autriche

En Autriche, 18 hôpitaux, plus de 100 services de soins à domicile et 80 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, cinq 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.

¹⁵ Cf. <https://www.recom.eu/get-enp.html>

¹⁶ Cf. <https://www.recom.eu/ausbildung/education.html>

Bibliographie

- Achoumrrar, B.** (2020). Gender im Kontext von Diversity. Eine Dimension pflegerischer Versorgung. In A.-H. Carl et al. (Eds.), *Geschlechterverhältnisse im Kontext von Unternehmen und Gesellschaft* (1. ed.). Baden-Baden: Nomos, pp. 181-194.
- Arntz, R., Picht, H., & Mayer, F.** (2004). *Einführung in die Terminologearbeit* (5. ed.). Hildesheim u. a.: Georg Olms Verlag AG.
- Bakken, S. et al.** (2000). Representing Nursing Activities within a Concept-oriented Terminological System: Evaluation of a Type Definition. *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.
- Benner, P.** (2012). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert* (2. ed.). Bern: Huber.
- 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.
- Burggraf, S.** (2019). *Analyse der Risiken einer Dislokation bei postoperativer Mobilisation nach Osteosynthese am Beispiel einer ENP Praxisleitlinie*. (Bachelorarbeit), DIPLOMA Private Fachhochschule Nordhessen, Studiengang Medizinalfachberufe.
- 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 (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.
- Claaßen, A. C. et al.** (2021). Handlungsfelder und Arbeitsbereiche nach dem dualen Pflegestudium – Eine Verbleibstudie an der FH Münster. *HeilberufeSCIENCE*, 12(1-2), pp. 30-38. doi: 10.1007/s16024-021-00350-2
- 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 (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.
- Fachgesellschaft Profession Pflege e.v.** (2018). Pflegerisches Basis-Assessment (BAss). Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 29.08.2016. Aktualisiert am 01.02.2018. Retrieved from http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/BAss-Beschreibung_%2007.02.2018.pdf (Accessed: 14.05.2017).
- 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/entbuerokratisierung-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.
- Grulich, J. & Riegraf, B.** (2020). Gender Mainstreaming und Diversity Management. Eine Diskussion aus intersektionaler Perspektive. In A. Biele Mefebue, A. Bührmann & S. Grenz (Eds.), *Handbuch Intersektionalitätsforschung* (1. ed.). Wiesbaden: Springer, pp. 1-14.
- 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.
- Hausherr, S.** (2018). *Inhaltliche Anforderungen an Pflegeklassifikationssysteme zur adäquaten Pflegediagnostik bei erwachsenen Patienten mit Fatigue am Beispiel der European Nursing care Pathways (ENP)*. (Bachelorarbeit), Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Fakultät für Soziale Arbeit, Studiengang Pflegewissenschaft.
- Hausherr, S.** (2020). *European Nursing care Pathways (ENP): Inhaltsvalidierung einer Pflegediagnose mit Fokus Gedächtnisstörung und beeinträchtigter Tages-/Lebensgestaltung*. (Masterarbeit), Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg.
- 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.). (2018). *NANDA International. Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2018-2020* (11 ed.). New York u.a.: Thieme.
- 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.
- Jahn, P.** (2021). Untergrenzen oder Personalbemessung in der Pflege. *Der Urologe*, 60(6), pp. 796-802. doi: 10.1007/s00120-021-01566-w
- 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).
- Kunz, R. et al.** (Eds.). (2007). *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. ed.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 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 (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.** (2017a). Eine Brücke zwischen Pflegewissenschaft und Praxis bauen - von der wissenschaftlichen Erkenntnis ins klinische Setting. *Pflege Professionell*(12), pp. 5-8.

- Nißein, A.** (2017b). *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.].
- Perleth, M. & Raspe, H.** (2007). Levels of Evidence - Was sagen sie wirklich aus? Retrieved from https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/levels_evidence.pdf (Accessed: 16.05.2019).
- Rabl, C., Mereu, N., & Kraus, S.** (2016). Validierung der Übersetzung einer Pflegeklassifikation mit der Methode der Rückübersetzung. *Pflegewissenschaft, 18*(5), pp. 444-453. doi: 10.3936/1421
- Reuschenbach, B. & Darmann-Finck, I.** (2018). Pflege studieren – Intentionen, Strukturen und Erfahrungen. In K.-H. Sahmel (Ed.), *Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe* (1. ed.). Berlin, Heidelberg: Springer, pp. 63-75.
- 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, Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaft.
- Wieteck, P.** (2003). European Nursing care Pathways (ENP): Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. *PR-InterNet, 5*(11), pp. 84-94.
- Wieteck, P.** (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP® in deutschen und österreichischen Einrichtungen. *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, Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin.*
- 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.
- Wieteck, P., Moantovan, F., & Rigon, L. A.** (Eds.). (2015). *Percorsi per la pratica infermieristica. Pianificazione, assistenza e documentazione con i percorsi assistenziali ENP*. Rozzano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Woodtli, A.** (1988). Identification of Nursing Diagnoses and Defining Characteristics: Two Research Models. *Research in Nursing & Health*, 11(6), pp. 399-406.

Annexe : Modifications réalisées dans ENP depuis la version 2.0

Vous trouverez ci-après un résumé des modifications entreprises dans les différentes versions ENP à partir de la version 2.0. 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 et/ou d'une validation. 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 analyse technique. Quant à l'architecture de ENP, elle ne cesse d'être perfectionnée. Depuis la version ENP 3.0, outre la suivante présentation synthétique, une documentation automatiquement générée des changements réalisés au niveau des items de la classification par rapport à la version précédente est disponible sur demande.

A) Les versions ENP 2.0 à 2.4

Nous ne publions pas toutes les versions ENP sous forme de livre. 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. Pour vous faire une idée de l'évolution des versions depuis 2.0 et de l'historique de ENP jusqu'à la version 2.0, nous vous recommandons la publication de Wieteck (2004b, en langue allemande). Vu l'importance persistante des modifications centrales apportées à ENP entre les versions 2.3 et 2.4 pour la structure de la classification des soins, nous rappelons ici les points essentiels :

- 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, réalisée entre les versions 2.3 (n = 557 lignes directrices de pratique) et 2.4 (n = 516), 41 diagnostics soignants ont été intégrés dans d'autres diagnostics et donc mis en sommeil.
- Etalement de ENP par des travaux bibliographiques supplémentaires. Sources utilisées pour appuyer 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'utilisation de la littérature internationale a été renforcée.
- Traitement des lacunes détectées au cours des tests pratiques en termes d'exhaustivité et de degré de détail (cf. par ex. Kossaibati & Berthou, 2006).

B) Le passage de la version ENP 2.4 à 2.5 (2008 à 2009)

Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 14)

ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
848	Le patient présente une dénutrition en raison d'un trouble alimentaire
849	Le patient présente une dénutrition en raison d'un trouble cognitif
851	Le patient présente un risque de dénutrition en raison d'un trouble cognitif
850	Le patient présente un risque de dénutrition

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

Tableau 13 : 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 = 30)

ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
555	Le patient présente une dénutrition
558	Le patient refuse de s'alimenter , il y a un risque de dénutrition
554	Le patient néglige son alimentation , il y a un risque de dénutrition
134	Le patient présente une perte involontaire d'urine liée à une augmentation de la pression intra-abdominale (incontinence à l'effort)
135	Le patient présente un besoin impérieux d'uriner accompagné d'une perte involontaire d'urines (incontinence par impériosité)
137	Le patient présente une perte d'urine involontaire (vidange réflexe spontanée) à intervalles réguliers dès que la vessie est pleine
138	Le patient présente une perte de gouttes d'urine/ fuite d'urine involontaire liée à une rétention d'urine chronique
574	Le patient est incapable d'éviter une perte involontaire d'urine , l'appareil génito-urinaire étant intact (incontinence fonctionnelle)
130	Le patient présente une incontinence d'urine (incontinence mixte/type d'incontinence non défini) (catégorie résiduelle)
845	Le patient présente une fuite urinaire permanente en raison d'une incontinence extra-urétrale
012	Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une mobilité réduite
018	Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une hémiplégie/-parésie
007	Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une capacité physique réduite
027	Le patient ne doit pas faire d'effort lors de la toilette en raison d'une diminution de la performance cardiaque , il y a un déficit en autosoins concernant la toilette
029	Le patient présente une incapacité à tenir les ustensiles pour les soins d'hygiène en raison d'une mobilité réduite , il y a un déficit en autosoins concernant la toilette
022	Le patient n'est pas autonome pour organiser la toilette en raison d'une désorientation
011	Le patient doit éviter tout mouvement entre le bassin et le tronc en raison d'une lésion rachidienne , il y a un déficit en autosoins concernant la toilette
013	Le patient est complètement dépendant lors de la toilette en raison d'une restriction de la conscience quantitative

033	Le patient effectue la toilette de façon inadéquate , il y a un déficit en autosoins concernant la toilette
016	Le patient est incapable d'effectuer la toilette intime comme d'habitude en raison d'une plaie aux parties intimes
001	Le patient présente une perturbation dans les soins d'hygiène liée à une autre raison (catégorie résiduelle)
676	Le patient présente une plaie chronique , il y a une perturbation de la cicatrisation
339	Le patient présente une plaie à cicatrisation secondaire , il y a une perturbation de la cicatrisation
331	Le patient présente une plaie à cicatrisation primaire , il y a un risque d'une perturbation de la cicatrisation
278	Le patient présente un risque de complications en raison d'une contusion au niveau des extrémités
092	Le patient présente une perturbation de la prise de repas en raison de troubles de la sensibilité et d'une hypotonie de l'hémiface
094	Le patient présente une incapacité partielle ou totale à s'alimenter en raison d'une difficulté de fermer la bouche , les aliments lui tombent/coulent de la bouche
078	Le patient présente une perturbation dans son autonomie à soigner les ongles des doigts
827	Le patient présente une perturbation dans son autonomie à soigner les pieds
069	Le patient présente une perturbation dans son autonomie à soigner les cheveux

Tableau 14 : 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 = 9)

ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
339	Le patient présente une plaie purulente et recouverte, risque de propagation des germes
002	Le patient présente un risque élevé d'atteinte de l'intégrité de la peau en raison de l'emploi des détergents
005	Le patient présente un risque élevé d'inflammation des yeux lors des soins d'hygiène en raison d'une propagation de germes
071	Le patient n'est pas autonome pour se laver ses cheveux
075	Le patient présente des ongles des pieds longs et n'est pas autonome pour les couper
076	Le patient présente une forte couche cornée aux pieds, n'est pas autonome pour l'enlever
079	Le patient a la crasse sous les ongles des doigts et n'est pas autonome pour les nettoyer
091	Le patient présente une perturbation de boire en raison d'une difficulté à fermer la bouche , le liquide coule de la bouche
093	Le patient présente une perturbation pour manger/déglutir la nourriture, les aliments s'accumulent dans la partie des joues du côté concerné

Tableau 15 : Lignes directrices de pratique mises en sommeil, version 2.5

Publications constituant la base de la version ENP 2.5 : n = 520

C) Le passage de la version ENP 2.5 à 2.6 (2009 - mai 2011)

Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 24)

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

Tableau 16 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 2.6

Les catégories résiduelles (à savoir les diagnostics soignants sans spécification sous forme d'une étiologie, caractéristique ou intervention dans le titre du diagnostic) ont été ajoutées en collaboration avec des cliniques coopérantes. Elles se révèlent nécessaires car, outre les diagnostics soignants pré-combinés 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)

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

Tableau 17 : 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)

ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
188	Le patient présente un risque de collapsus cardiovasculaire lors de l' exécution des mesures de mobilisation (intégré dans le diagnostic hypotonie ID_260)
325	Le patient présente un risque d'inflammation (veineuse) avec un cathéter veineux central (CVC) en place (intégré dans le diagnostic ID_651)
324	Le patient présente un risque d'inflammation (veineuse) avec un cathéter veineux périphérique en place (intégré dans le diagnostic ID_651)
326	Le patient présente un risque de sur- ou sous-dosage en raison d'une thérapie intraveineuse (intégré dans le diagnostic ID_651)
887	Le patient présente un risque de thérapie inefficace en raison du manque d'informations/aptitudes pour gérer le diabète/l'hypo-/hyperglycémie
082	Le patient dispose d'une fixation de la sonde nasale , il y a un risque d'irritation de la peau (intégré dans le diagnostic ID_097)
098	Le patient présente des troubles gastro-intestinaux en raison de l'alimentation par sonde (intégré dans le diagnostic ID_097)
106	Le patient présente des variations de la glycémie en raison du diabète , il y a un risque d'hyper-/hypoglycémie (intégré dans le diagnostic ID_354 qui a été abstrait)
107	Le patient présente un risque de ne pas atteindre les objectifs liés à la santé en raison du manque d'informations/capacités concernant le comportement lié au diabète

Tableau 18 : Lignes directrices de pratique mises en sommeil, version 2.6

Publications constituant la base de la version ENP 2.6 : n = 1018

D) Le passage de la version ENP 2.6 à 2.7 (mai 2011 – 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 lignes directrices de pratique.

Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 11)

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

Tableau 19 : 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) :

ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
522	La patiente présente une perturbation de la production de lait maternel , il y a un risque de sous-alimentation du nourrisson
184	Le patient présente une diminution de sa capacité à maintenir la position assise de façon autonome
712	Le patient présente une diminution de sa capacité à se repositionner au lit de façon autonome
160	Le patient présente un risque d'escarre
084	Le patient présente une perturbation de son autonomie dans la fonction boire et manger
842	Le patient n'est pas autonome pour assurer ses autosoins liés à l'alimentation, du fait de son développement
849	Le patient présente une dénutrition en raison d'un trouble cognitif
555	Le patient présente une dénutrition
851	Le patient présente un risque de dénutrition en raison d'un trouble cognitif
608	Le patient présente une perturbation dans sa capacité à réaliser des transferts
015	Le patient présente un risque de complications en raison d'un trouble de la perception corporelle
309	Le patient présente un risque de complications en raison d'une perturbation de la conscience quantitative
411	Le patient est incapable de percevoir/assimiler les stimuli environnementaux de manière adéquate , il y a un risque de mauvaise interprétation
840	Le patient présente un développement des capacités/aptitudes non conforme à l'âge en raison d'une perturbation du développement des systèmes perceptifs
537	Le patient présente une perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir en raison d'une hémiplégi
529	Le patient présente une perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir en raison d'autres étiologies
154	Le patient présente un risque d'insuffisance rénale
234	Le patient présente un risque d'atélectasie/pneumonie en raison d'une diminution de la ventilation pulmonaire
828	Le patient présente un risque de diminution de la ventilation pulmonaire
359	Le patient présente un risque de complications en raison d'un taux de bilirubine élevé
814	Le patient présente un risque d'exclusion sociale en raison d'un comportement qui est en contradiction avec les normes sociales en vigueur
815	Le patient présente un comportement social altéré violant les normes sociales en vigueur en raison d'une perturbation de la relation parents-enfant , il y a un risque d'exclusion sociale
748	Le patient présente un risque de trouble du développement en raison d'une séparation des parents/personnes de référence
838	Le patient présente un risque de développement retardé en raison d'une naissance prématurée
891	Le patient présente un risque de développement retardé
92	Le patient présente une incapacité partielle ou totale à s'alimenter en raison d'une musculature hypotonique des joues/des lèvres/de la bouche
681	Le patient présente une incapacité partielle ou totale à s'alimenter en raison de difficultés de mastication
87	Le patient fait de fréquentes fausses routes lors de l'alimentation, il y a une perturbation de la déglutition
90	Le patient présente des troubles de la déglutition, fait de fréquentes fausses routes avec des liquides
95	Le patient présente des troubles de la déglutition en raison d'une pulsion/poussée linguale
96	Le patient présente des troubles de la déglutition en raison d'une réduction/altération du péristaltisme pharyngé/œsophagien
870	Le patient présente des troubles de la déglutition pour d'autres/multiples raisons

Tableau 20 : 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) :

ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
811	Le patient présente un risque d'exclusion sociale en raison d'un comportement social altéré qui est en contradiction avec les normes sociales en vigueur
52	Le patient présente une perturbation du réflexe de déglutition, il y a un risque de fausse route lors des soins de la bouche
88	Le patient présente l'absence de réflexe de déglutition, il y a un risque de fausse route
89	Le patient présente une absence de réflexes de toux, pharyngé et de déglutition, il y a un risque de fausse route avec la salive
94	Le patient 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

Tableau 21 : Lignes directrices de pratique mises en sommeil, version 2.7

Publications constituant la base de la version ENP 2.7 : n = 1214

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.

E) Les versions ENP 2.7 à 2.9 (août 2012 – août 2014)

Aperçu des modifications :

Cette phase de révision (versions ENP 2.7 à 2.9) a apporté – outre une profonde révision systématique, basée sur la littérature, de près d'un cinquième de la partie diagnostique (libellé du diagnostic, caractéristiques, étiologies, ressources) 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 successif d'une définition pour chaque diagnostic soignant ENP (cf. chapitre 1.4.1)
- L'élaboration successive puis l'indication du niveau de preuve (LOE – Level of Evidence), tant pour le diagnostic soignant que pour la ligne directrice de pratique entière (cf. chapitre 2)
- La documentation de l'historique des modifications pour chaque ligne directrice de pratique systématiquement révisée qui permet de suivre le nombre et le moment des modifications réalisées pour chaque diagnostic soignant et chaque ligne directrice de pratique
- L'implémentation successive de textes explicatifs (si besoin) pour les caractéristiques, étiologies et ressources ou interventions détaillées. Les explications s'utilisent par ex. en cas de termes techniques latins, termes ambigus ou peu utilisés dans le but de lever des imprécisions ou remédier aux lacunes de connaissances qui peuvent exister chez des personnes qui utilisent ENP (cf. chapitre 1.4.7).

Voici à titre d'exemple un extrait de la documentation des modifications apportées par l'équipe de développement ENP à la ligne directrice de pratique «... présente un risque d'atélectasie/de pneumonie en raison de **sécrétions bronchiques ancrées** » dans la classe « respiration » :

Type de texte		Numéro ID	Textes ENP liés au diagnostic soignant
	Historique des modifications : 1989* , 2003, 2009, 2014, 2017, 2019		
		Ligne directrice de pratique ENP	Diagnostic soignant ENP
	Niveau de preuve (Level of Evidence LOE)	LOE 3.1b	LOE 3.1b
Classe		10 052	Respiration
Catégorie		10 484	Risque d'atélectasie/de pneumonie
Diagnostic soignant		223	Le patient présente un risque d'atélectasie/de pneumonie en raison de sécrétions bronchiques ancrées
Définition			Il y a un risque de déficit de ventilation/collapsus (de parties) des poumons et/ou de développement d'une inflammation du tissu pulmonaire, en raison de la libération de sécrétions muqueuses, non ou difficilement expectorables, des glandes dans les bronches.

Tableau 22 : 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

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 la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	Année de développement	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP 2.9
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1080	Le patient présente un risque de perturbation de la mobilité
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1072	Le patient présente une perturbation de son bien-être [problématique soignante sans spécification]
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1071	Le patient présente une perturbation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1070	Le nouveau-né présente une hyperbilirubinémie néonatale
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1068	Le patient présente un risque de cicatrisation perturbée en raison d'un intertrigo
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1067	Le patient présente un trouble de l'équilibre électrolytique

LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1066	Le patient présente une réaction allergique , il y a un risque choc anaphylactique
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1064	Le patient présente un déficit hydrique
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1063	Le patient présente un risque de complications pulmonaires en raison d'une intervention chirurgicale
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1062	Le patient présente une respiration insuffisante
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1041	Le patient présente un risque de complications en raison d'une morsure de tique
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1040	Le patient présente un risque de perturbation du développement en raison d'une négligence physique/médicale
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1039	Le patient présente un risque de perturbation du développement en raison d'un abus psychique/d'une négligence émotionnelle
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1035	Le patient présente un risque de perturbation du développement en raison d'un abus physique
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1038	Le patient présente un risque de perturbation du développement en raison d'une suspicion d'abus sexuel/de viol
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	Le patient présente un risque de perturbation du développement en raison d'un abus sexuel/viol
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	Le patient présente un risque d'abus physique

Tableau 23 : 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 la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	Actualisation systématique	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP 2.9
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2007, 2014	407	Le patient présente une perturbation de la communication en raison d'une hypercousie (surdité)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	416	Le patient présente une perturbation de la communication verbale en raison d'une aphasie globale
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	419	Le patient présente une perturbation de la communication verbale en raison d'une aphasie motrice (aphasie de Broca)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	417	Le patient présente une perturbation de la communication verbale en raison d'une aphasie sensorielle (aphasie de Wernicke)
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2008, 2014	412	Le patient présente une perturbation de la communication en raison d'une baisse de l'endurance/la force physique
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2014	387	Le patient présente des difficultés à exprimer ses propres désirs/besoins , il y a un risque qu'ils ne soient pas accomplis de manière adéquate
LOE 2.1	LOE 2.3	2000*, 2006, 2014	424	Le patient présente une perturbation de la communication verbale en raison d'un trouble de la parole (perturbation des aptitudes motrices-articulatoires)

LOE 2.1	LOE 2.1	2010* ; 2014	897	Le patient présente une perturbation de la communication en raison d'un trouble du langage
LOE 3.2	LOE 3.2	1990* , 2006, 2014	414	Le patient est incapable d'établir des contacts comme d'habitude, il y a une perturbation de l'interaction
LOE 2.1	LOE 2.3	2005* , 2011, 2014	411	Le patient est incapable de percevoir/assimiler les stimuli environnementaux de manière adéquate , il y a un risque de mauvaise interprétation
LOE 3.2	LOE 3.2	2000* , 2004, 2006, 2014	746	Le patient présente des difficultés à établir et de maintenir des relations , il y a une altération de l'interaction sociale
LOE 2.1	LOE 2.3	1993* , 2004, 2007 ; 2014	186	Le patient présente une diminution de sa capacité à marcher
LOE 2.1	LOE 2.3	1992* , 1994, 2004, 2008, 2014	193	Le patient présente des difficultés à la marche en raison du manque d'assurance lors de l'utilisation des aides techniques
LOE 3.2	LOE 3.2	1992* , 2001, 2011, 2014	608	Le patient présente une perturbation dans sa capacité à réaliser des transferts
LOE 3.2	LOE 3.2	1990* , 2004, 2007, 2011, 2014	181	Le patient présente une diminution de sa capacité à se repositionner au lit de façon autonome
LOE 2.1	LOE 2.1	1989* , 1994, 2004, 2008, 2014	592	Le patient n'est pas autonome pour se déplacer dans son domicile en fauteuil roulant
LOE 3.2	LOE 3.2	2001* , 2004, 2008, 2014	648	Le patient présente une mobilité réduite en raison d'une baisse de l'endurance/force physique
LOE 2.1	LOE 2.3	1992* , 1994, 2004, 2007, 2014	179	Le patient présente une mobilité réduite en raison de l'amputation d'un membre inférieur
LOE 2.1	LOE 2.3	1990* , 1994, 2002, 2006, 2007, 2014	171	Le patient présente un risque de contracture
LOE 3.2	LOE 3.2	1991* , 1994, 2007, 2014	178	Le patient présente une mobilité réduite en raison d'une contracture
LOE 3.2	LOE 3.2	1991* , 1994, 2004, 2008, 2014	165	Le patient présente un risque de thrombose en raison d'une immobilité/mobilité réduite
LOE 3.2	LOE 3.2	1992* , 1994, 2004, 2009, 2014	261	Le patient présente un risque de complications cardiovasculaires en raison de changements cardiovasculaires liés à une hypertension
LOE 2.1	LOE 2.3	1993* , 1994, 2005, 2009 ; 2014	610	Le patient présente un risque de défaillance cardiovasculaire en raison d'une insuffisance cardiaque
LOE 2.1	LOE 2.3	1989* , 1994, 2004, 2011, 2014	234	Le patient présente un risque d'atélectasie/pneumonie en raison d'une diminution de la ventilation pulmonaire
LOE 3.2	LOE 3.2	2005* , 2007, 2014	347	Le patient n'est pas autonome pour la prise de médicaments , il y a un risque de thérapie inefficace
LOE 3.2	LOE 3.2	1992* , 2004, 2008, 2011, 2014	688	Le patient présente un risque de fausse route
LOE 3.2	LOE 3.2	1989* , 1994, 2004, 2008, 2014	12	Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une mobilité réduite
LOE 3.2	LOE 3.2	1991* , 1994, 2004, 2008 ; 2014	22	Le patient n'est pas autonome pour organiser la toilette en raison d'une désorientation

LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	33	Le patient effectue la toilette de façon inadéquate en raison d'une auto-négligence (self-neglect)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	7	Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une capacité physique réduite
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007, 2014	18	Le patient n'est pas autonome pour se laver en raison d'une hémiplégie/-parésie
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 2000, 2004, 2008, 2014	13	Le patient est complètement dépendant lors de la toilette en raison d'une restriction de la conscience quantitative
LOE 3.1	LOE 3.1	2001*, 2004, 2008, 2014	536	Le patient n'est pas autonome pour se doucher/se baigner
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2007, 2009, 2014	37	Le patient présente une perturbation dans son autonomie à soigner sa bouche
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	46	Le patient porte une prothèse dentaire et n'est pas autonome pour effectuer les soins de bouche/de la prothèse dentaire
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	69	Le patient présente une perturbation dans son autonomie à soigner les cheveux
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2007, 2014	72	Le patient présente une perturbation dans son autonomie à se raser/faire la barbe
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	78	Le patient présente une perturbation dans son autonomie à soigner les ongles des doigts
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2009*, 2014	827	Le patient présente une perturbation dans son autonomie à soigner les pieds
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007 ; 2014	63	Le patient présente un risque d'atteinte à l'intégrité de la peau en raison d'une peau sèche
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	66	Le patient présente un risque d'atteinte à l'intégrité de la peau en raison d'une tendance à intertrigo
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	84	Le patient présente une perturbation de la fonction boire/manger en raison d'une autonomie réduite
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2004, 2008, 2014	554	Le patient néglige son alimentation (self-neglect), il y a un risque de dénutrition
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2008 ; 2014	559	Le patient présente un risque d'adiposité en raison d'un comportement alimentaire déficitaire
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2008, 2014	562	Le patient présente un risque de déficit hydrique en raison d'une oligodipsie/adipsie (réduction/absence de sensation de soif)
LOE 2.1	LOE 2.3	2009*, 2014	872	Le patient présente un risque de déficit hydrique/électrolytique
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*, 2014	850	Le patient présente un risque de dénutrition
LOE 2.1	LOE 2.3	2008* ; 2014	851	Le patient présente un risque de dénutrition en raison d'un trouble cognitif
LOE 3.2	LOE 3.2	2004*, 2007, 2008, 2014	558	Le patient refuse de s'alimenter , il y a un risque de dénutrition
LOE 3.1	LOE 3.1	2004* ; 2008, 2014	555	Le patient présente une dénutrition
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2009 ; 2014	97	Le patient est alimenté par voie entérale à l'aide d'une sonde , il y a une perturbation de l'alimentation

LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011 ; 2014	87	Le patient fait de fréquentes fausses routes lors de l'alimentation , il y a une perturbation de la déglutition dans la phase orale de transport/pharyngée
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011 ; 2014	90	Le patient fait de fausses routes avec des liquides exclusivement , il y a une perturbation de la déglutition dans la phase orale de transport/pharyngée
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	127	Le patient présente une perturbation de son autonomie dans l'élimination des urines/selles
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2014	132	Le patient n'atteint pas les toilettes à temps en raison d'une mobilité réduite , il y a un risque de miction involontaire
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008 ; 2012, 2014	130	Le patient présente une perte involontaire d'urine (incontinence mixte) en raison d'une hyperactivité du détrusor et d'une insuffisance de l'appareil sphinctérien
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2008, 2012, 2014	574	Le patient n'est pas en mesure d'éviter une perte d'urine , l'appareil génito-urinaire étant intact (incontinence fonctionnelle)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2008, 2012, 2014	134	Le patient présente une perte involontaire d'urine (incontinence à l'effort) en raison d'une insuffisance de l'appareil sphinctérien lors d'une pression abdominale élevée
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	137	Le patient présente une perte involontaire d'urine (incontinence réflexe) en raison de contractions du détrusor involontaires, non inhibables
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	135	Le patient présente une fuite involontaire d'urine (incontinence par impériosité) suite à un besoin fort/impérieux d'uriner
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2012, 2014	143	Le patient présente un risque de diminution de la fréquence des selles (risque de constipation)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2012, 2014	576	Le patient présente une diminution de la fréquence des selles accompagnée de selles dures/sèches (constipation)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2012, 2014	145	Le patient présente une élimination involontaire de selles (incontinence fécale)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2003, 2006, 2012, 2014	321	Le patient présente un risque d'infection ascendante des voies urinaires en raison d'une sonde transurétrale à demeure
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2003, 2006, 2012, 2014	322	Le patient présente un risque d'infection des organes d'élimination en raison d'une sonde vésicale sus-pubienne
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2007, 2011, 2014	529	Le patient présente une perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	170	Le patient n'est pas autonome pour mettre/enlever les bas de compression , il y a un déficit en autosoins lors de l'habillement
LOE 2.1	LOE 2.3	2001*, 2004, 2007, 2014	530	Le patient ne montre pas d'intérêt pour les vêtements propres/soignés , il y a un risque d'auto-négligence (self-neglect) dans le domaine des vêtements/de l'apparence physique
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	537	Le patient présente une perturbation dans sa capacité à se vêtir/se dévêtir en raison d'une hémiplégie
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2014	299	Le patient présente des difficultés à dormir d'une traite , il y a un risque de manque de sommeil
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2007, 2014	282	Le patient présente des difficultés à s'endormir , il y a un risque de manque de sommeil

LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2003, 2007, 2014	479	Le patient est incapable de se détendre
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2007, 2009, 2014	467	Le patient présente une perturbation de l'organisation autonome des loisirs
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	451	Le patient présente une perturbation de son autonomie à organiser sa journée/vie en raison de processus dégénératifs liés à l'âge (syndrome de frailty)
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2010, 2014	450	Le patient présente une perturbation de l'organisation autonome de sa journée/vie en raison d'un trouble d'orientation
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	634	Le patient présente une perturbation dans l'organisation de la journée/vie en raison d'une difficulté à retenir/se rappeler des informations
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	535	Le patient présente une perturbation dans l'organisation de la journée/vie en raison d'un trouble de la pensée
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	896	Le patient présente une perturbation dans l'organisation de la journée/vie suite à un syndrome démentiel
LOE 2.1	LOE 2.1	1993* 2003, 2009, 2014	452	Le patient présente une perturbation de son autonomie à organiser sa journée/vie en raison d'un handicap
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	547	Le patient présente une perturbation de son bien-être liée à l'incapacité à soigner son apparence physique
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	187	Le patient présente un risque de chute
LOE 2.1	LOE 2.1	2005*, 2007, 2014	203	Le patient présente une perturbation du contrôle de la posture/de l'équilibre et un risque de chute en raison de la maladie de Parkinson
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007, 2014	216	Le patient présente un risque de chute en raison d'une perturbation de l'équilibre lors de la marche/station/position assise
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1995, 2003, 2007, 2010, 2012, 2014	160	Le patient présente un risque d'escarre
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2004, 2007, 2014	431	Le patient se retire de la vie sociale , il y a un risque d'isolement social
LOE 2.1	LOE 2.1	2001*, 2008, 2014	429	Le patient présente une perturbation de la structuration de la journée , il y a un risque de déficit en auto-soins
LOE 2.1	LOE 2.3	2002*, 2008, 2014	626	Le patient a tendance à s'évader , il y a un risque de mise en danger de soi-même
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	217	Le patient présente une perturbation de l'orientation spatiale en raison de troubles de l'équilibre
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2005, 2008, 2014	317	Le patient présente un risque de mise en danger de soi-même/d'autrui en raison d'un trouble d'orientation
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2008, 2014	743	Le patient présente un comportement engendrant un danger aigu pour soi-même/autrui
LOE 3.2	LOE 3.2	1990* 2003, 2007 2014	489	Présente des douleurs aiguës
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2007, 2014	645	Présente des douleurs chroniques

LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	493	Le patient présente des douleurs de l'appareil locomoteur
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	491	Le patient présente une diminution de la fonction/mobilité liée à des douleurs articulaires
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	354	Le patient présente un risque d'hyper-/hypoglycémie
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2006, 2009, 2014	676	Le patient présente une plaie chronique , il y a une perturbation de la cicatrisation
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	497	Le patient a peur , ressent une menace réelle/fictive
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	190	Le patient a peur de chuter
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2014	498	Le patient a peur de tomber du lit
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	703	Le patient présente une souffrance liée à des accès d'agitation
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	464	Le patient s'ennuie en raison d'un manque d'occupations dotées de sens
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	503	Le patient souffre de ne pas pouvoir rentrer chez lui
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	68	Le patient présente une perturbation de son bien-être en raison d'un prurit
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	39	Le patient présente une mastication/salivation réduite , il y a un risque de candidose et parotidite
LOE 2.1	LOE 2.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	131	Le patient présente un risque de dermatite lié à l'élimination/l'incontinence
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2006, 2008, 2011, 2014	857	Le patient présente une escarre , la cicatrisation est entravée
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2008, 2014	622	Le patient présente un risque d'excès du volume liquidien (extracellulaire/intravasculaire)
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2008, 2011, 2014	887	Le patient présente un risque de thérapie inefficace en raison d'un manque de connaissances/capacités à gérer son diabète/une hypo-/hyperglycémie
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2011, 2014	569	Le patient présente un risque d'atteinte à l'intégrité de la peau en raison d'une peau sensible/fine
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	383	Le patient présente une maladie infectieuse , il y a un risque de contamination pour l'entourage
LOE 2.1	LOE 2.1	2009*, 2014	894	Le patient 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 patient présente une plaie à cicatrisation secondaire, il y a une perturbation de la cicatrisation

Tableau 24 : 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 transformés en un nouveau diagnostic.

ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
52	Le patient présente une perturbation du réflexe de déglutition, il y a un risque de fausse route lors des soins de la bouche
88	Le patient présente l'absence de réflexe de déglutition, il y a un risque de fausse route
89	Le patient présente une absence de réflexes de toux, pharyngé et de déglutition, il y a un risque de fausse route avec la salive
94	Le patient 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 patient présente un risque de déficit hydrique
654	Le patient 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 patient présente un risque de diminution de la ventilation pulmonaire
235	Le patient présente une respiration superficielle et une incapacité à effectuer les exercices respiratoires actifs, il y a un risque d'atélectasie/de pneumonie
249	Le patient est incapable d'expectorer suite à un dysfonctionnement de la fermeture de la glotte, il y a un risque d'atélectasie/de pneumonie
198	Le patient présente une diminution dans sa liberté de mouvement en raison de facteurs externes
206	Le patient présente une mobilité réduite en raison d'une douleur à l'effort
647	Le patient présente une diminution postopératoire de la mobilité
490	Le patient présente des douleurs articulaires avec une douleur initiale

Tableau 25 : Lignes directrices de pratique mises en sommeil, version 2.9

Publications constituant la base de la version ENP 2.9 : 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.

F) Le passage de la version ENP 2.9 à 2.10 (septembre 2014 – 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 1.7.2 et 1.7.3). Un contingent important de ressources a été investi 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 2.10¹⁷. Une grande partie des

¹⁷ 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.

modifications ou innovations est basée sur des propositions des personnes 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 la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 2.1	LOE 2.1	1081	Le patient présente une perturbation de l'interaction en raison de schémas inadéquats de réaction émotionnelle/affektive
LOE 2.1	LOE 2.1	1082	Le patient présente une perturbation de la communication en raison d'un trouble de la pensée formelle
LOE 2.1	LOE 2.1	1084	Le patient présente un trouble de la vidange vésicale/une incontinence urinaire , il y a une perturbation du comportement de demande d'aide
LOE 2.1	LOE 2.1	1120	Le patient porte une urostomie (dérivation urinaire chirurgicale), il y a un déficit en auto-soins en soins/gestion de stomie
LOE 2.1	LOE 2.1	1121	Le patient présente un risque de développer une complication stomiale

Tableau 26 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 2.10

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

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

			(avant : Le patient présente une altération de la peau autour de l'entérostomie, il y a une perturbation des soins de stomie)
LOE 2.1	LOE 2.1	581	Le patient présente une nécrose de la stomie , il y a une perturbation des soins de stomie
LOE 2.1	LOE 2.1	582	Le patient présente une rétraction de la stomie , il y a une perturbation des soins de stomie
LOE 2.1	LOE 2.1	583	Le patient présente un prolapsus de la stomie , il y a une perturbation des soins de stomie
LOE 2.1	LOE 2.1	584	Le patient présente une hernie parastomiale , il y a une perturbation des soins de stomie
LOE 2.1	LOE 2.1	674	Le patient présente une perturbation de sa capacité à s'adapter aux changements de son état de santé
LOE 2.1	LOE 2.1	881	Le patient porte une autre stomie problématique qui entrave les soins de stomie (avant : Le patient présente d'autres perturbations des soins de la stomie)
LOE 2.1	LOE 2.1	1063	Le patient présente un risque de complications respiratoires en raison d'une intervention chirurgicale
LOE 3.2	LOE 3.2	134	Le patient présente une perte involontaire d'urine (incontinence à l'effort) en raison d'une insuffisance de l'appareil sphinctérien lors d'une pression abdominale élevée

Tableau 27 : 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	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 2.1	LOE 2.1	68	Le patient présente une perturbation de son bien-être en raison d'un prurit
LOE 3.2	LOE 3.2	130	Le patient présente une perte involontaire d'urine (incontinence mixte) en raison d'une hyperactivité du détroisor et d'une insuffisance de l'appareil sphinctérien
LOE 3.2	LOE 3.2	137	Le patient présente une perte involontaire d'urine (incontinence réflexe) en raison de contractions du détroisor involontaires, non inhibables
LOE 2.1	LOE 2.1	138	Le patient présente une rétention d'urine chronique et une perte involontaire d'urine (incontinence par regorgement)
LOE 2.1	LOE 2.1	151	Le patient présente une mycose (infection fongique) autour de l'entérostomie, il y a une perturbation des soins de stomie
LOE 2.1	LOE 2.1	160	Le patient présente un risque d'escarre
LOE 2.1	LOE 2.1	359	Le patient présente un ictère en raison d'un taux de bilirubine élevé
LOE 2.1	LOE 2.1	369	Le patient présente un risque de fausse route en raison de (d'une tendance au) vomissement suite à une intervention chirurgicale
LOE 2.1	LOE 2.1	383	Le patient présente une maladie infectieuse , il y a un risque de propagation de micro-organismes
LOE 3.2	LOE 3.2	574	Le patient n'est pas en mesure d'éviter une perte d'urine , l'appareil génito-urinaire étant intact (incontinence fonctionnelle)

LOE 2.1	LOE 2.1	696	L'enfant, âgé de 5 ans ou plus, mouille son lit sans étiologie organique (énurésie)
LOE 2.1	LOE 2.1	706	Le patient présente une perturbation actuelle de son bien-être en raison de nausées
LOE 2.1	LOE 2.1	905	Le nouveau-né présente un risque d'ictère néonatal
LOE 2.1	LOE 2.1	1070	Le nouveau-né présente un ictère néonatal , il y a un risque de complications
LOE 3.2	LOE 3.2	165	Le patient présente un risque de thrombose veineuse en raison d'une immobilité/mobilité réduite
LOE 2.1	LOE 2.1	279	Le patient présente un risque de thrombose veineuse en raison de varices
LOE 2.1	LOE 2.1	591	Le patient présente d'autres facteurs de risque favorisant le risque de thrombose
LOE 2.1	LOE 2.1	859	Le patient présente un ulcère veineux (ulcus cruris venosum), la cicatrisation est entravée
LOE 3.2	LOE 3.2	135	Le patient présente un besoin impérieux d'uriner et une perte involontaire d'urines (incontinence par impériosité)

Tableau 28 : Lignes directrices de pratique ENP 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.

G) Le passage de la version ENP 2.10 à 3.0 (juin 2017 – mai 2019)

Les travaux de développement vers la version ENP 3.0 (mai 2019) incluent – en plus de nombreux aspects visant le contenu qui seront présentés à continuation – l'achèvement et la conceptualisation finale de deux éléments structurels dont le développement remonte à l'année 2014 : A savoir, le développement systématique d'une définition pour chaque diagnostic soignant du catalogue ENP (cf. chapitre 1.4.1) et l'indication de niveaux de preuve pour l'ensemble des diagnostics soignants et des lignes directrices de pratique dans ENP. Le chapitre 2 fournira de plus amples renseignements au sujet des niveaux de preuve.

Les près de 120 définitions conçues pendant la période de développement de ENP version 2.10 (entre 2012 et mai 2017) ont été vérifiées encore une fois et révisées, si besoin, en termes d'actualité, syntaxe et exactitude afin d'assurer une description précise des notions conceptuelles utilisées dans les diagnostics soignants. Le travail au niveau des définitions a, en même temps, permis à l'équipe de développement de vérifier et harmoniser tous les diagnostics soignants quant à la syntaxe, le libellé et l'utilisation de termes techniques – sans pour autant altérer le sens ou la portée du diagnostic, si ce n'est pas indiqué par les éléments de la ligne directrice de pratique correspondante. De cette façon, les libellés de 317 diagnostics soignants se sont vus optimisés dans la version 3.0, tandis que 239 diagnostics ont été repris sans modifications terminologiques, par rapport à la version 2.10. Le tableau ci-après présente quelques exemples pour illustrer des améliorations linguistiques¹⁸.

Libellé du diagnostic soignant ENP 2.10	Libellé du diagnostic soignant ENP 3.0
Le patient présente une goutte , il y a un risque de complications liées à l'alimentation	Le patient présente un risque de complications liées à l'alimentation en raison d'une goutte
Le patient présente un risque de déficit hydrique/électrolytique en raison d'une hyperthermie	Le patient présente un risque de déshydratation/déficit électrolytique en raison de pyrexie (fièvre)
Le patient ne doit pas pousser lors de la défécation, il y a un risque de complications	Le patient doit éviter la pression abdominale lors de la défécation , il y a un risque de complications
Le patient porte une colostomie (anus artificiel), il y a un manque d'informations/de capacités pour effectuer l'irrigation de façon autonome	Le patient présente un déficit d'informations/manque de capacités concernant l' irrigation autonome de la colostomie
Le patient présente un risque de saignement de nez (épistaxis)	Le patient présente un risque d'épistaxis (saignement de nez)
Le patient présente un risque de température corporelle non physiologique	Le patient présente un risque de température corporelle non physiologique

Tableau 24: Comparaison illustrative des changements apportés aux libellés des diagnostics soignants ENP 3.0 par rapport à 2.10

Par ailleurs, l'examen approfondi du catalogue ENP n'a pas seulement apporté des précisions linguistiques à bon nombre de diagnostics, mais aussi des ajustements de leur positionnement hiérarchique, c'est-à-dire l'affectation thématique à des catégories et classes superordonnées (cf. chapitre 1.1). Le tableau ci-après énumère les 13 diagnostics soignants qui ont été changés de place dans la hiérarchie ENP (version 3.0) et améliorés, si besoin, au niveau linguistique.

ID	Version ENP	Libellé du diagnostic soignant	Classe	Catégorie
15	ENP 2.10	Le patient présente un risque de complications en raison d'un trouble de la perception corporelle	Risques pour la santé (non spécifiés)	Risque de complications : altération de la perception
	ENP 3.0	Le patient présente un risque de complications liées à la perception en raison d'un trouble de la perception corporelle	Perception	Risque de complications suite à des troubles de la perception
309	ENP 2.10	Le patient présente un risque de complications en raison d'une perturbation de la conscience quantitative	Risques pour la santé (non spécifiés)	Risque de complications : altération de la perception
	ENP 3.0	Le patient présente un risque de complications liées à la perception en raison d'une perturbation de la conscience quantitative	Perception	Risque de complications suite à des troubles de la perception
585	ENP 2.10	Le patient présente un risque de complications en raison d'une obstruction de l'écoulement urinaire	Risques pour la santé (non spécifiés)	Risque de complications : altérations pathologiques
	ENP 3.0	Le patient présente une rétention urinaire obstructive, il y a un risque de complications	Elimination	Risque de rétention urinaire/insuffisance rénale
140	ENP 2.10	Le patient présente une rétention d'urine postopératoire, il y a un risque de complications	Elimination	Perturbation de la miction
	ENP 3.0	Le patient présente une rétention d'urine postopératoire, il y a un risque de complications	Elimination	Risque de rétention urinaire/insuffisance rénale
604	ENP 2.10	Le patient présente un risque d'œdèmes/déformation au niveau du moignon en raison d'une amputation	Intégrité des tissus	Risque de perturbation de la cicatrisation
	ENP 3.0	Le patient présente un risque d'œdèmes/déformation au niveau du moignon en raison d'une amputation	Intégrité des tissus	Risque de tuméfaction/formation des œdèmes

613	ENP 2.10	Le patient est diminué dans la réalisation des activités de la vie quotidienne suite à une activité motrice incontrôlée/involontaire	Activité/organisation de la vie quotidienne	Perturbation de la réalisation d'activités
	ENP 3.0	Le patient présente une perturbation de l'enchaînement des mouvements en raison d'un trouble moteur	Mouvement/mobilité	Perturbation de l'enchaînement/la succession des mouvements
837	ENP 2.10	L'aidant informel présente un manque d'informations/de capacités pour soigner la personne concernée	Connaissances/information	Manque d'informations/capacités
	ENP 3.0	La famille/personne de confiance n'est pas autonome pour réaliser les soins de dépendance en raison d'un manque d'informations/de capacités	Activité/organisation de la vie quotidienne	Déficit en soins de dépendance
511	ENP 2.10	Le patient se sent attiré par des personnes du même sexe et présente une souffrance liée à la tendance sexuelle déviant des normes	Société	Conflits de normes
	ENP 3.0	Le patient présente une souffrance liée à un conflit de normes en raison d'une orientation sexuelle déviant des normes	Sensation	Souffrance personnelle
384	ENP 2.10	Le patient présente un style de communication dégradant/dévalorisant, il y a un risque d'isolement social	Société	Risque d'isolement social
	ENP 3.0	Le patient présente un style de communication dégradant/dévalorisant, il y a un risque d'exclusion sociale	Société	Risque d'exclusion sociale
563	ENP 2.10	Le patient présente une déshydratation liée au métabolisme, il y a un risque de complications	Risques pour la santé (non spécifiés)	Risque de complications : déshydratation
	ENP 3.0	Le patient présente un déficit hydrique d'origine métabolique, il y a un risque de complications liées à la déshydratation	Alimentation	Déshydratation/perturbation de l'équilibre électrolytique
564	ENP 2.10	Le patient présente une déshydratation en raison d'une perte de liquide corporel/d'un manque de substitution de liquide, il y a un risque de complications	Risques pour la santé (non spécifiés)	Risque de complications : déshydratation
	ENP 3.0	Le patient présente un risque de complications liées à la déshydratation en raison d'une perte de liquide corporel/d'un manque de substitution de liquide	Alimentation	Déshydratation/perturbation de l'équilibre électrolytique
258	ENP 2.10	Le patient présente un risque d'hémorragie secondaire, d'épanchement pleural, de pneumothorax et d'atélectasie en raison d'une intervention chirurgicale au niveau des poumons	Risques pour la santé (non spécifiés)	Risque de complications : postopératoire
	ENP 3.0	Le patient présente un risque de complications respiratoires en raison d'une intervention chirurgicale au niveau des poumons	Respiration	Risque de perturbation de la respiration postopératoire
589	ENP 2.10	Le patient présente un risque de complications en raison d'un excès du volume liquidien (extracellulaire/intravasculaire)	Risques pour la santé (non spécifiés)	Risque de complications : altérations pathologiques
	ENP 3.0	Le patient présente un risque de complications en raison d'une hyperhydratation (excès de liquide corporel)	Alimentation	Risque de perturbation de l'équilibre hydrique/électrolytique

Tableau 30 : Lignes directrices de pratique ENP, version 3.0, ayant subi une modification hiérarchique

Le tableau suivant présente les lignes directrices de pratique ENP dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi et systématique ainsi que les nouvelles lignes directrices de pratique ENP. Pareil que pour le développement entre les versions ENP 2.9 et 2.10, le saut vers la version 3.0 n'a pas impliqué de mise en sommeil de lignes directrices de pratique. Les retours et suggestions de la part des personnes travaillant avec ENP dans la pratique quotidienne des soins ont, encore une fois, fourni de précieuses impulsions pour le développement. Des informations plus détaillées sur les modifications précises apportées aux éléments respectifs sont disponibles sur demande pour chaque ligne directrice de pratique révisée.

Nouvelles lignes directrices de pratique ENP (n = 10)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 2.1	LOE 2.1	1122	Le patient présente un ulcus cruris mixtum/ulcus cruris non catégorisé , il y a une perturbation de la cicatrisation
LOE 1.4	LOE 1.4	1123	Le patient n'est pas autonome pour assurer ses autosoins liés à l'élimination, du fait de son développement
LOE 2.1	LOE 2.1	1124	L'enfant/le nouveau-né présente un risque de développer une altération de la relation d'attachement aux parents/responsables de l'éducation
LOE 1.4	LOE 1.4	1146	Le patient présente une perturbation de la vidange intestinale
LOE 2.1	LOE 2.1	1147	La patiente présente un besoin de connaissances relatives au comportement favorable à la santé en soins du nourrisson
LOE 1.4	LOE 1.4	1148	La patiente présente un risque d'accouchement prématuré en raison d'un raccourcissement/une insuffisance cervical(e)
LOE 1.4	LOE 1.4	1174	Le patient présente un besoin de connaissances relatives au comportement favorable à la santé
LOE 2.1	LOE 2.1	1175	Le patient présente un risque de développer, à un âge avancé , un syndrome de fragilité
LOE 2.1	LOE 2.1	1176	Le patient présente un risque de développer une incontinence urinaire
LOE 1.4	LOE 1.4	1178	Le nouveau-né présente un risque de complications en raison d'un syndrome de sevrage néonatal

Tableau 31 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 3.0

Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi, systématique (n=5)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 2.1	LOE 2.1 (dorénavant LOE 3.1a)	808	Le patient souffre de fatigue (<u>avant</u> : Le patient souffre d' asthénie (épuisement, fatigue))
LOE 3.1b	LOE 3.1b	223	Le patient présente un risque d'atélectasie/de pneumonie en raison de sécrétions bronchiques ancrées
LOE 2.1 (dorénavant LOE 3.1a)	LOE 2.1 (dorénavant LOE 3.1a)	896	Le patient présente une perturbation dans l'organisation autonome de la journée/vie suite à un syndrome démentiel
LOE 2.1	LOE 2.1 (dorénavant LOE 3.1a)	220	Le patient présente une dyspnée , il y a une respiration insuffisante (<u>avant</u> : Le patient présente une détresse respiratoire (dyspnée) , il y a une respiration insuffisante)
LOE 2.1	LOE 2.1	809	Le patient présente une altération de la capacité de relation/d'attachement aux parents/personnes chargées de l'éducation (<u>avant</u> : Le patient présente une perturbation de la relation avec ses parents)

Tableau 32 : Lignes directrices de pratique dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi dans la version 3.0

Ce qui ne figure pas dans le tableau ce sont de nombreuses modifications ou révisions en termes de terminologie ou de contenu, apportées à des éléments ENP (par ex. caractéristiques, étiologies ou interventions) qui appartiennent à plusieurs lignes directrices de pratique et/ou qui ne concernent aucune

ligne directrice/aucun diagnostic soignant dans son ensemble. En total, plus d'une centaine de telles activités de développement ont été réalisées. Une grande partie en concerne la catégorie des interventions ENP. Pour faciliter la compréhension, l'exemple suivant illustre ces développements ponctuels qui touchent, en règle générale, non pas un seul mais plusieurs diagnostics soignants/lignes directrices de pratique. Ainsi, l'intervention figurant à titre d'illustration « Déterminer/effectuer les contrôles du glucose tissulaire/de la glycémie » est liée aux diagnostics soignants « Le patient présente un risque d'hypoglycémie en raison d'un syndrome de dumping tardif » et « Le patient présente un risque d'hyper-/hypoglycémie ». Les éléments rouges dans le tableau représentent les changements sous forme d'éléments modifiés ou ajoutés :

Intervention 347 : Déterminer/effectuer les contrôles du glucose tissulaire/de la glycémie		
Numéro ID	Intervention détaillée	Texte explicatif
8189	Réaliser des contrôles glycémiques ponctuels	
8190	Mesurer la glycémie avec un hémoglucotest-des bandelettes de test à lecture visuelle (sans appareil)	Lecture optique de la valeur glycémique sur une bandelette de test sans appareil de mesure. La valeur est déterminée en comparant la couleur avec une échelle donnée.
8191	Avec un glucomètre et des bandelettes	
8192	En laboratoire	
23880	Réaliser une mesure du glucose tissulaire en continu (CGM)	
18063	Mesure automatique-en-continu (monitoring du glucose) du glucose en continu automatisé dans le tissu graisseux sous-cutané (CGM)	Synonyme : continuous glucose monitoring, CGM. Procédé consistant à mesurer, à l'aide d'un capteur placé dans le tissu graisseux sous-cutané, la valeur de glucose tissulaire dans le liquide interstitiel (entre les cellules) à des intervalles très rapprochés et à transmettre la valeur à un lecteur pouvant être intégré dans une pompe à insuline. Outre la valeur de glucose actuelle, à chaque contrôle les données saisies dans les heures précédentes sont représentées de manière graphique, indiquant la tendance de l'évolution de la valeur du glucose. Les systèmes CGM comprennent souvent des fonctions d'alerte avertissant automatiquement un risque imminent d'hyper ou hypoglycémie.
23881	Réaliser une mesure du glucose tissulaire à l'aide du Flash Glucose Monitoring (FGM)	
23882	Déterminer le glucose tissulaire à l'aide du Flash Glucose Monitoring (FGM)	Procédé permettant de déterminer la valeur du glucose tissulaire contenu dans le liquide interstitiel à l'aide d'un capteur, placé en règle générale dans le bras, et d'un lecteur. Outre la valeur de glucose actuelle, à chaque contrôle les données saisies dans les heures précédentes sont représentées de manière graphique, indiquant la tendance de l'évolution de la valeur du glucose.
8193	Définir le type d'aide	
8194	Enseigner à mesurer le glucose tissulaire/sanguin de manière autonome	
23883	Aider à déterminer le glucose tissulaire/sanguin	
8195	Prendre en charge le contrôle du glucose tissulaire/sanguin	
8196	Faire contrôler le glucose tissulaire/sanguin par assistance laboratoire	
23884	Réaliser le calibrage du lecteur/capteur de glycémie	

Littérature consultée pour la révision de l'intervention
Schlüter, S. (2013). Diabetestechnologie - Glukosemessung und Insulinpumpen. Diabetes aktuell, 11(6), pp. 266-269.
Heinemann, L. & Freckmann, G. (2015). CGM Versus FGM; or, Continuous Glucose Monitoring Is Not Flash Glucose Monitoring. Journal of Diabetes Science and Technology, 9(5), pp. 947-950. doi: 10.1177/1932296815603528
Ancona, P. et al. (2017). The performance of flash glucose monitoring in critically ill patients with diabetes. Critical Care and Resuscitation, 19(2), pp. 167-174.
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Ed.). (2015). Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung (CGM) mit Real-Time-Messgeräten bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Abschlussbericht. IQWiG-Berichte - NR. 289. Retrieved from https://www.iqwig.de/download/D12-01_Abschlussbericht_Kontinuierliche-Glukosemessung-mit-Real-Time-Messgeraeten.pdf (Accessed: 27.11.2017).
Garg, S. K. & Akturk, H. K. (2017). Flash Glucose Monitoring: The Future Is Here. Diabetes Technology & Therapeutics, 19(S2), pp. S1-S3. doi: 10.1089/dia.2017.0098

Tableau 33 : Documentation des modifications apportées à l'intervention ENP Déterminer/effectuer les contrôles du glucose tissulaire/de la glycémie

Du point de vue utilisateur de ENP dans un logiciel, la révision prend l'aspect suivant :

Intervention 347 dans ENP 2.10	Intervention 347 dans ENP 3.0
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Blutzuckerkontrollen festlegen/durchführen</p> </div> <p>Blutzuckerkontrollen durchführen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Blutzuckerbestimmung mit Haemo-Glucotest <input type="checkbox"/> Mit elektronischem Messgerät und Codestreifen <input type="checkbox"/> Mithilfe des Labors <input type="checkbox"/> Kontinuierliche automatische Messung (Glukosemonitoring) <hr/> <p>Unterstützungsleistung bestimmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zur Selbstbestimmung des BZ-Werts anleiten <input type="checkbox"/> BZ-Kontrolle übernehmen <input type="checkbox"/> BZ-Kontrolle durch Laborassistentin durchführen 	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Gewebezucker- / Blutzuckerkontrollen festlegen/durchführen</p> </div> <p>Punktuelle Blutzuckerkontrollen durchführen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Blutzuckerbestimmung mittels visuell auszuwertenden Teststreifen (ohne Gerät) <input type="checkbox"/> Mit elektronischem Messgerät und Codestreifen <input type="checkbox"/> Mithilfe des Labors <hr/> <p>Kontinuierliche Gewebezuckermessung durchführen (CGM)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kontinuierliche automatische Glukosemessung im Unterhautfettgewebe (CGM) <hr/> <p>Gewebezuckermessung mittels Flash Glucose Monitoring (FGM) durchführen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gewebezuckermessung mittels Flash Glucose Monitoring (FGM) <hr/> <p>Unterstützungsleistung bestimmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zur Selbstbestimmung des Gewebe- / Blutzuckerwerts anleiten <input type="checkbox"/> Bei der Bestimmung des Gewebe-/ Blutzuckerwertes unterstützen <input type="checkbox"/> Gewebe-/ Blutzuckerkontrolle übernehmen <input type="checkbox"/> Gewebe-/ Blutzuckerkontrolle durch Laborassistentin durchführen <input type="checkbox"/> Kalibrierung des Glukosemessgerätes /-sensors durchführen

Tableau 34 : Evolution de l'intervention « Déterminer/effectuer les contrôles du glucose tissulaire/de la glycémie » de la perspective utilisatrice

Les (mai 2019) 566 lignes directrices de pratique ENP de la version 3.0 se basent sur l'analyse de plus de 5.900 publications. Rien que pour l'élaboration des définitions des diagnostics soignants ENP et pour les révisions du contenu pour passer de la version 2.10 à 3.0, près de 1 950 publications, systématiquement recherchées, ont été consultées entre juin 2017 et mai 2019.

H) Le passage de la version ENP 3.0 à 3.1 (juin 2019 – mai 2020)

Le passage de la version ENP 3.0 à 3.1 comporte surtout des révisions et ajouts au niveau du contenu. Outre l'ajout de deux nouvelles lignes directrices de pratique au catalogue ENP, la partie diagnostique (titre et définition du diagnostic, caractéristiques, étiologies, ressources) d'une ligne directrice de pratique existante a été retravaillée systématiquement dans le cadre d'une étude académique. Un total de 73 lignes directrices de pratique ENP a été profité de modifications ponctuelles ou de développements généraux comme par ex. la révision d'une intervention de soins qui est liée à plusieurs diagnostics soignants. En plus, plusieurs petites erreurs ont été corrigées pour la version ENP 3.1, par ex. concernant les mots-clés liés aux diagnostics soignants ENP (indexation) ou le dédoublement en vue d'items redondants, car identiques, au niveau des caractéristiques et étiologies. Deux diagnostics soignants ont subi une révision du wording pour assurer une compréhension univoque ; aucune ligne directrice de pratique a été mise en sommeil par rapport à la version précédente 3.0. Les tableaux suivants présentent les lignes directrices de pratique ENP ayant subi des modifications significatives. Nous renonçons ici à énumérer toutes lignes directrices de pratiques concernées par des améliorations mineures¹⁹.

Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 2)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 1.4	LOE1.4	1179	Le patient présente un risque d'atteinte à la santé en raison d'un comportement auto-négligent (self-neglect)
LOE 1.4	LOE 1.4	1180	Le patient présente un risque de mise en danger de soi-même/d'autrui en raison d'un trouble du contrôle des impulsions

Tableau 35 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 3.1

Lignes directrices de pratique ENP dont le wording a été retravaillé (n=2)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 1.4	LOE 1.4	350	Le patient présente un risque de lésion tissulaire locale en raison d'une administration intraveineuse/sous-cutanée de médicaments (avant : Le patient présente un risque de lésion tissulaire locale en raison d'une administration intraveineuse de médicaments)
LOE 2.1	LOE 2.1	423	Le patient présente une perturbation de la communication verbale en raison de bredouillement (avant : Le patient présente une perturbation de la communication en raison d'un bredouillement)

Tableau 36 : Lignes directrices de pratique ENP dont le wording a été retravaillé pour la version 3.1

Lignes directrices de pratique ENP dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi, systématique (n=1)

¹⁹ La documentation générée de manière automatique qui saisit tout changement apporté aux items entre les versions ENP 3.0 et 3.1 est disponible sur demande.

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 1.4	LOE 2.1	611	Le patient présente un risque de dislocation en raison d'une ostéosynthèse

Tableau 37 : Lignes directrices de pratique ENP dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi dans la version 3.1

La version 3.1 est basée sur presque 6.000 publications ; par rapport à la version précédente 3.0 une centaine de publications a donc été analysée pour la poursuite du développement.

I) Le passage de la version ENP 3.1 à 3.2 (juin 2020 – juin 2021)

La version ENP 3.2 a été finalisée en juin 2021. La poursuite systématique du développement au niveau du contenu soignant a engendré un total de neuf nouvelles lignes directrices de pratique ENP ainsi qu'une nouvelle catégorie ENP (*inflammation/infection*, subsumée dans la classe *intégrité des tissus*). Dans le cadre d'une étude académique, une ligne directrice de pratique avec ses composants diagnostiques (titre et définition du diagnostic, caractéristiques, étiologies, ressources) a fait l'objet d'une révision systématique et d'une étude de validation (Hausherr, 2020). Trois autres diagnostics soignants ENP ont été adaptés au niveau du wording afin d'assurer l'étendue sémantique et la délimitation par rapport à d'autres diagnostics. Une ligne directrice de pratique a été mise en sommeil pour transformer son contenu en un nouveau diagnostic. En plus, plusieurs améliorations ont été réalisées dans tout le catalogue ENP concernant nombre d'éléments globaux liés à différentes lignes directrices de pratique, surtout en ce qui concerne les interventions de soins avec les spécifications d'interventions respectives. Exprimé en chiffres, le catalogue ENP a été enrichi de 110 nouvelles caractéristiques, 103 nouvelles étiologies, 12 ressources et 28 objectifs de soins (y compris les items associés aux nouvelles lignes directrices de pratique). De nouveau, les précieux et nombreux retours des personnes utilisant la classification de soins ENP constituaient une force motrice majeure pour les révisions de contenu. 234 publications ont été exploitées pour passer de la version ENP 3.1 à 3.2 ce qui élève la base scientifique de ENP à un total de 6.200 publications. Les tableaux suivants résument les modifications centrales. Pour connaître plus en détail les modifications réalisées, une documentation automatiquement générée est disponible sur demande qui présente tous les items révisés entre les versions ENP 3.1 et 3.2.

Nouvelles lignes directrices de pratique (n = 9)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 1.4	LOE 1.4	1041	Le patient présente un risque de complications en raison d'une morsure de tique infectieuse
LOE 1.4	LOE 1.4	1182	Le patient présente une perturbation de la communication [problématique soignante sans spécification]
LOE 2.1	LOE 2.1	1183	Le patient présente une escarre de catégorie I , il y a un risque de lésion de l'épiderme
LOE 2.1	LOE 2.1	1184	La patiente présente une mastite puerpérale , il y a un risque de complications
LOE 2.1	LOE 2.1	1185	La patiente présente une mastite non puerpérale , il y a un risque de complications
LOE 1.4	LOE 1.4	1186	La patiente présente une rétenction des lochies , il y a un risque d'infection
LOE 1.4	LOE 1.4	1187	Le patient présente une infection en raison d'une piqûre de tique

LOE 2.1	LOE 2.1	1188	Le patient éprouve un conflit de normes en raison d'un trouble de la préférence sexuelle et en souffre
LOE 2.1	LOE 2.1	1189	Le patient éprouve une altérité attribuée par la société en raison de son identité sexuelle et en souffre

Tableau 38 : Nouvelles lignes directrices de pratique ENP, version 3.2

Lignes directrices de pratique ENP dont le wording a été retravaillé (n=3)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 2.1	LOE 2.1	522	La patiente présente une hypogalactie , il y a un risque de dénutrition du nourrisson (avant : La patiente présente un risque de dénutrition du nourrisson en raison d'une hypogalactie)
LOE 2.1	LOE 2.1	591	Le patient présente des facteurs de risque favorisant le risque de thrombose (avant : Le patient présente d'autres facteurs de risque favorisant le risque de thrombose)
LOE 3.2	LOE 3.2	857	Le patient présente une escarre de catégorie II-IV , il y a une perturbation de la cicatrisation (avant : Le patient présente une escarre, il y a une perturbation de la cicatrisation)

Tableau 39 : Lignes directrices de pratique ENP dont le wording a été retravaillé pour la version 3.2

Lignes directrices de pratique ENP dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi et d'une validation (n=1)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 2.1	LOE 3.1	634	Le patient présente une perturbation dans l'organisation autonome de la journée/vie en raison de troubles de la mémoire

Tableau 40 : Lignes directrices de pratique ENP dont le contenu a fait l'objet d'un examen approfondi et d'une validation dans la version 3.2

Lignes directrices pour la pratique mises en sommeil (n = 1)

LOE par rapport à la ligne directrice	LOE par rapport au diagnostic	ID	Libellé du diagnostic soignant ENP
LOE 1.4	LOE 1.4	511	Le patient présente une souffrance liée à un conflit de normes en raison d'une orientation sexuelle déviant des normes

Tableau 41 : Lignes directrices de pratique mises en sommeil, version 3.2

Contrairement aux autres groupes dans ENP, le nombre total des interventions de soins ENP s'est réduit de 43 par rapport à la version 3.1 (2.675 interventions dans ENP 3.1 contre 2.632 interventions dans ENP 3.2) – malgré le développement poussé. Cette contradiction apparente s'explique par les efforts réalisés outre le développement ciblé de nouveaux contenus pour la version ENP 3.2 : On a commencé, entre autres, à réduire systématiquement les interventions inutilement redondantes qui se trouvaient dans le catalogue ENP. Dans ce contexte, autour de 50 interventions de soins ENP ont pu être supprimées par la consolidation de la thématique dans chaque fois une seule intervention de soins, liée à tous les diagnostics pertinents ; tout cela bien évidemment sans pertes qualitatives de contenu et sans entraîner des problèmes pour l'utilisation de ENP dans des environnements logiciels. La présence sporadique d'interventions redondantes dans ENP dérive de la nécessité de jadis d'attribuer à une seule intervention différents objectifs, adaptés aux diagnostics soignants concernés. Aujourd'hui, il n'y a plus besoin de créer, pour des raisons techniques, plusieurs interventions au contenu identique – ce qui avait présenté un obstacle indésirable à l'exploitation des données. Il est donc l'objectif déclaré sur l'agenda de développement d'apurer pour la version ENP 3.3 tout ce qui reste en redondances au niveau des interventions.

Une approche similaire est appliquée avec les premières mesures visant à harmoniser le wording des items ENP à travers toute la classification. L'idée est d'assurer l'univocité et la consistance des termes ENP utilisés dans toutes rubriques confondues, éliminant les ambiguïtés et redondances terminologiques. Actuellement, il existe différents termes dont la signification est identique ou dont la portée est difficile à délimiter pour désigner le même phénomène. Ainsi, parmi les étiologies du phénomène/tableau clinique de l'AVC figurent des termes synonymes ou très proches comme par ex. « accident vasculaire cérébral », « apoplexie », « infarctus cérébral » ou « accident ischémique cérébral ». Notre effort vise à obtenir une harmonisation selon un concept systématique. Les premières mises en pratique d'un concept adéquat sont visées pour la prochaine version ENP 3.3, l'achèvement définitif de l'harmonisation recherchée ne sera probablement atteint que dans une des versions suivantes.

Non prévu et pourtant d'autant plus indispensable s'est imposé pour la version actuelle 3.2 la révision de toute la classification ENP en vue de la présence et l'actualité de tous les éléments nécessaires pour représenter la situation de prise en charge de personnes atteintes de COVID-19. Les lourdes conséquences de la pandémie globale de COVID-19 qui ont confronté la profession soignante à d'immenses défis (et le font toujours !) ont rendu incontournable la vérification de ENP sous cet angle. Là où nécessaire, des éléments manquants ou obsolètes ont été ajoutés ou révisés dans différentes lignes directrices de pratique pour assurer une planification et documentation adéquate et différenciée de la prise en charge des personnes concernées.

Un autre aspect du développement de la version ENP 3.2 est lié à la thématique de l'intégration de la dimension de genre (« gender mainstreaming ») qui gagne de plus en plus de pertinence dans toutes les sphères de vie. Cette approche stratégique vise la promotion et la mise en œuvre de la parité de tous les genres en prenant systématiquement en compte les différentes situations de vie et intérêts des hommes, femmes et personnes avec d'autres identités de genre (Gruhlich & Riegraf, 2020). Une grande importance est attachée au gender mainstreaming notamment dans le secteur de la santé et de la prise en charge soignante (cf. par ex. Achoumrrar, 2020). Pour l'équipe ENP, cette conscientisation a servi de motif pour vérifier le catalogue ENP entier du point de vue du genre et pour adapter, dans la mesure du possible, des tournures non neutres et opter pour une écriture inclusive. Malgré la volonté sincère d'identifier et corriger tout élément pertinent, des omissions involontaires ne peuvent être exclues dans une classification avec une totalité de 20.000 items. Le tableau ci-après présente quelques exemples des modifications réalisées.

Libellé antérieur (ENP 3.1)	Nouveau libellé (ENP 3.2)
Honte d'aborder les symptômes avec les soignants ou le médecin <i>(Caractéristique)</i>	Honte d'aborder les symptômes avec les personnes soignantes ou le/la médecin
Assister le médecin à la suture <i>(Intervention de soins)</i>	Assister le/la médecin à la suture
Il y a une relation positive au partenaire de vie <i>(Objectif soignant)</i>	Il y a une relation positive au/à la partenaire de vie

Tableau 42 : Exemples de tournures inclusives dans ENP 3.2

Finalement, l'achèvement de la version ENP 3.2 était accompagné de activités et réflexions liées à une adaptation structurelle de la base de données visant à faciliter l'implémentation des European Nursing care Pathways dans des systèmes SIH et des structures logicielles tierces. La mise en œuvre des modifications structurelles de la base de données ENP est prévue pour l'une des versions à venir. Un descriptif de la structure de la base de données ENP actuelle est disponible sur demande.