

## **La consultation infirmière : un chemin d'expertise, une réalité partagée.**

Chantal Jouteau-Neves – Evelyne Malaquin-Pavan

Cadres infirmiers spécialistes cliniques

« L'infirmière possède des fonctions spécifiques, même si elle en partage certaines avec d'autres. La société souhaite un service infirmier, aucun autre professionnel ne peut donner ce service à la place de l'infirmière » - Virginia Henderson, 1966.

Mots clés : champ clinique infirmier, compétences, formation, rôle infirmier, soins infirmiers, consultation paramédicale, consultation infirmière, éducation thérapeutique, éducation pour la santé, promotion de la santé, interdisciplinarité.

### **1/- Introduction**

Depuis 2005, la thématique *consultation paramédicale* fait l'objet de rapports d'orientations<sup>1</sup> et de publications mettant en exergue la nécessité sociale et économique de répondre différemment aux besoins de la population en matière de prévention, de santé publique et d'éducation pour la santé. Ces rapports s'inscrivent dans l'évolution législative nationale et européenne et les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles en vigueur. Vaste défi au sein duquel les acteurs des soins infirmiers sont fortement engagés, tant par conviction fondant les valeurs de l'exercice infirmier auprès des personnes soignées que par motivation pour promouvoir la plus value du service rendu lorsque les compétences du rôle autonome sont mobilisées à bon escient. Pour rendre compte de cette problématique rapportée aux soins infirmiers, notre propos se déroulera en 5 grands axes :

- dans quel contexte s'inscrit cette montée en charge des consultations paramédicales ?
- qu'est-ce qu'une consultation infirmière et quelle en est la plus-value ?
- quels en sont les leviers et les freins ?
- enfin, quelles perspectives en retirer pour en faire une réalité partagée.

### **2/- Contexte d'inscription**

De nombreux paramètres sont intriqués dans l'émergence de la réorganisation de prestations paramédicales, que ce soit sous l'angle de consultation d'annonce, de soutien ou encore d'éducation. De manière schématique, en écho avec les progrès scientifiques médicaux et technologiques, ces points d'ancrage sont les suivants :

- Le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques<sup>2</sup>.
- Les attentes de la population concernant un service qui prenne en compte la singularité de chacun.
- Les problèmes économiques et le financement de l'assurance maladie comme de l'assurance vieillesse et des prestations mutualistes, amenant à re-concevoir l'offre de soins, la place de l'utilisateur responsable de sa santé, les modalités d'accès comme de remboursement des soins.
- La pénurie médicale amorcée ayant conduit depuis 2003 à la rédaction de différents rapports autour de la redéfinition des professions de santé, le transfert de tâches et de compétences...

---

<sup>1</sup> Se reporter au rapport d'orientation de la HAS réalisé en 2007 par le Service d'évaluation médico-économique et santé publique *L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques* (95 p), rapport s'appuyant sur 102 sources documentaires étayant l'état des lieux (législatifs, organisationnels et financiers) et les propositions. Se reporter en complément à l'enquête EDUPEF Education du patient dans les établissements de santé français, INPES, revue n° 9 Mars 2008, [www.inpes.sante.fr/evolutions/](http://www.inpes.sante.fr/evolutions/)

<sup>2</sup> 14 millions de personnes en France (soit 23% de la population française) déclarent souffrir de maladie chronique. 43 millions (63%) se déclarent atteints par un ou plusieurs problèmes de santé chronique (notamment obésité ou surpoids) – Source : 39<sup>ème</sup> congrès national de la Mutualité Française, 4/6 juin 2009, Bordeaux – [www.mutualite.fr](http://www.mutualite.fr)

- Les expérimentations menées dans ce cadre et l'évaluation positive des résultats obtenus.
- Les décrets relatifs aux programmes de formation à l'éducation à la santé<sup>3</sup> et aux programmes d'éducation thérapeutiques.
- L'introduction de la démarche de soins DSI dans le système conventionné mis en œuvre dans l'exercice libéral et le droit de prescription.
- Le nombre croissant de consultations (infirmières, diététiciens,...) dans les établissements de santé, les réseaux... en écho avec les différents plans ou programmes nationaux (plan cancer, plan Alzheimer, plan Douleur, plan d'éducation pour la santé ...).
- Les revendications professionnelles d'une reconnaissance et d'une valorisation de ces activités comme spécificité propre au sein d'une approche interdisciplinaire.

Autant d'axes à comprendre et à savoir articuler entre eux pour conduire les travaux de notre GIC ANFIIDE *Consultation infirmière* dans une réalité objective, par définition complexe puisque qu'inscrite dans un contexte hétérogène où la démonstration de l'efficience entre coûts générés/résultats des actions n'est pas plus aisée que l'identification des réseaux d'influences sous-jacentes.

### 3/- Concept et pratique de la consultation infirmière<sup>4</sup>

Rappelons que le concept de consultation est tout sauf nouveau dans l'exercice infirmier français. En effet, trois domaines d'exercice ont été précurseurs de l'introduction de ce rôle dans la profession infirmière :

- *L'infirmière visiteuse* au début du 20<sup>ème</sup> siècle, vecteur puissant de la politique de santé publique de l'époque, alliait action sanitaire et sociale (fonction qui a disparue à la suite de la séparation du sanitaire et du social, entraînant en parallèle la création de la fonction d'assistante sociale). Modèle français qui n'est pas sans rappeler le concept d'*infirmière de famille* préconisée en 2000 par l'OMS<sup>5</sup> comme atout pour la santé.
- *L'infirmière en santé mentale*, dans le cadre du développement de la sectorisation et de la psychiatrie de liaison, qui assure des consultations tant au domicile que dans les centre médico-psychologiques ou autres structures d'accueil.
- *L'infirmière stomathérapeute*, ouvrant un autre champ de compétence spécifique, bien que celui-ci ne soit pas intégré à la réglementation régissant notre profession.

De nombreux autres exemples d'exercice dédié<sup>6</sup> pourraient être mis en perspective, la créativité des infirmières en la matière restant à valoriser ou identifier du fait du peu de traçabilité des actions menées, notamment dans le champ de l'éducation, de la prévention ou encore dans l'expertise développée (plaies, incontinence, douleur, chronicité, asthme, diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires...).

---

<sup>3</sup> citons par exemple le décret n° 2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes de formation à l'éducation à la santé, et tous les liens possibles avec les priorités des axes des différents plans gouvernementaux en matière de santé publique, de douleur, de nutrition, de maladie d'alzheimer, de santé mentale,...).

<sup>4</sup> Se reporter à nos mémoires collectives et notamment aux différents articles du dossier *La consultation infirmière*, Revue Soins n° 707, Juillet/Août 2006, p 32/61.

<sup>5</sup> Déclaration de Munich : *les infirmières et les sages femmes, atout pour la santé*, 2000, in Article de J. F. Négri – Consultation infirmière et évolution de la profession, Dossier SOINS n° 707, p 32-34.

<sup>6</sup> Jovic L. *La consultation infirmière, une réalité dans le secteur hospitalier*, mémoire de l'Ecole nationale de santé publique, 2000.

Aujourd'hui encore, de nombreuses infirmières assurent des consultations sans qu'aucun dispositif de valorisation de l'activité n'ait été mis en place. Heureusement, d'autres y parviennent et cette réalité est en soi porteuse pour la communauté. Saluons au passage les infirmières françaises libérales ou hospitalières qui dispensent actuellement des consultations, réelles pionnières dont l'expérience de terrain est notre meilleur atout.

Savoir définir et mesurer ce qu'est une consultation infirmière nécessite de se mettre d'accord sur quelle en est la nature, les compétences à développer et les modalités d'évaluation.

### 3.1/- Définitions et modèles de consultation infirmière

La consultation infirmière peut se fonder aujourd'hui sur la réglementation de l'exercice infirmier telle qu'elle figure dans le code de santé publique<sup>7</sup> (CSP).

Nous proposons cette définition parmi d'autres : «*L'infirmière reçoit en consultation une personne (individu, famille, groupe) qui lui est adressée ou qui requière spontanément son intervention, dans un but précis relevant de sa spécificité professionnelle et/ou de son domaine d'expertise (soins de plaie, incontinence, stomathérapie, information, éducation, aide et soutien psychologique...). Après une observation et à partir des étapes du raisonnement clinique infirmier appliquées à ses champs de compétence (rôle autonome, interdépendant et dépendant), elle formalise les besoins de la personne dans une perspective de soins infirmiers et élabore de manière contractuelle un programme thérapeutique selon un processus de co-construction dont elle évaluera les résultats*».

Cependant, dans le cadre du transfert d'activités médicales à destination des professions paramédicales, nous sommes dans le domaine du diagnostic médical et de la prescription médicale appliqués à des contextes variés. Il ne s'agit donc plus d'une consultation qui s'inscrit dans le cadre réglementaire actuel de la profession d'infirmière mais d'une activité qui impose une modification de la législation actuelle. Ces transferts s'inspirent d'expériences positives menées dans les pays étrangers.

Plusieurs modèles co-existent, définissant des modalités de consultation s'adressant à des bénéficiaires différents. Par exemple, le modèle de CAPLAN<sup>8</sup> permet d'en distinguer deux typologies différentes : la consultation de *première ligne*, centrée sur le patient, et la consultation de *seconde ligne*, centrée sur le professionnel de santé qui a requis l'intervention du consultant. Quel que soit le domaine de cette consultation infirmière, elle fait référence au concept de pratique avancée en soins infirmiers que l'on soit :

- *infirmière praticienne* (domaine complémentaire d'expertise dans un champ de la clinique médicale- pose de diagnostics médicaux et prescriptions médicamenteuses) ;
- *infirmière spécialiste clinique* (domaine d'expertise dans le champ de la clinique infirmière avec pose de diagnostics infirmières et prescriptions infirmières).

Il s'agit avant tout d'être infirmière et non un «*médecin de seconde catégorie*» comme certains détracteurs ont pu qualifier cette évolution de pratique.

<sup>7</sup> Code de la santé publique, version 2004, partie relative aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

<sup>8</sup> Caplan G. & R.B. – *Mental Health Consultation and collaboration*. San Francisco, Jossey-Bass, 1993.

Quel que soit le lieu et la problématique spécifique du patient, la consultation infirmière repose sur :

- l'affirmation de la spécificité des soins infirmiers et de ce que recouvre dans ce champ la notion de *thérapeutique infirmière*,
- la recherche de la complémentarité dans l'approche interdisciplinaire des situations de soins,
- la mise en exergue de l'expertise en soins infirmiers,
- la réalisation de soins de base, techniques, éducatifs et relationnels rigoureux et spécifiques,
- la coordination et la continuité des soins passant notamment par une traçabilité affirmée.

De manière schématique et structurante, cela nécessite :

- un cadre légal, un modèle de consultation basé sur un processus par étape,
- des compétences acquises par la formation et l'expérience (niveau Master à l'étranger), notamment dans le champ du décodage des réactions d'adaptation humaines et la mise en musique de l'alliance thérapeutique...
- des ressources mobilisables et des outils spécifiques...
- une méthode : la démarche clinique, épine dorsale de la consultation qui vise à mettre en place des interventions personnalisées pour atteindre les objectifs contractualisés...
- une clientèle ciblée,
- une offre structurée de prestations que ce soit pour la consultation infirmière généraliste ou spécialisée, de première ou de seconde ligne,
- une évaluation des résultats et un enregistrement de l'activité,
- une rémunération dédiée (dans le champ conventionnel pour l'exercice libéral que la valorisation dans la T2A - tarification à l'activité – pour les établissements.

### **3.2/- Plus value de la consultation infirmière<sup>9</sup>**

Le challenge est bel et bien là aujourd'hui : comment construire cette reconnaissance sociétale d'une fonction qui montre l'efficacité des résultats obtenus en matière de santé, d'autonomie et de qualité de vie pour la personne soignée ? En regard, il s'agit de la reconnaissance professionnelle qui va de pair, à sa juste valeur tant sur le plan de l'évolution de la carrière que sur le taux de la rémunération.

La consultation infirmière est centrée sur l'individu. C'est une démarche d'accompagnement qui s'inspire des valeurs humanistes. L'infirmière tient compte des ressources de la personne, de son autonomie et de son développement. Elle agit dans une perspective globale. La reconnaissance des compétences, de l'aptitude à l'autodétermination, l'importance qu'elle accorde à une relation de collaboration et au prendre soin (caring) guident ses interventions et lui permettent à la fois d'informer, de négocier les priorités et les responsabilités en tenant compte des valeurs, des croyances, des préférences et des priorités de chacun.

Lorsque l'on analyse les différents retours d'expériences, la consultation infirmière permet l'adaptation des personnes à de nouvelles situations ou la résolution de problèmes difficiles, l'échange d'avis et de renseignements sur divers aspects des soins, l'amélioration de leur qualité, l'accroissement des connaissances et des habiletés

---

<sup>9</sup> Roy Odette, Champagne Jocelyne, Michaud Cécile - *La compétence de consultation*, in L'infirmière du Québec, juillet/ Août 2003.

cliniques des infirmières, la facilitation des changements et la collaboration intra et interdisciplinaire.

### 3.3/- Leviers et freins

Depuis 2007, de nombreuses évolutions favorables sont en marche, notamment la mise en place de l'Ordre National Infirmier (et de ses comités régionaux, départementaux), la réforme LMD, le développement de formations dédiées à la pratique avancée comme à l'éducation thérapeutique selon une perspective infirmière<sup>10</sup>.

Outre les axes de réflexion déjà soulignés ci-dessus, quelques focus influençant positivement ou négativement le développement de la consultation infirmière doivent guider nos actions.

**Parmi les leviers**, citons :

- la démarche clinique clairement identifiée au sein du Code de santé publique (CSP) et du cadre conventionnel (DSI),
- la notion de *prescription infirmière* (rôle autonome) qui figure dans le CSP,
- le droit de prescription sur une liste des dispositifs médicaux DM (LFSS et arrêté d'avril 2007),
- la volonté ministérielle, sociétale et mutualiste<sup>11</sup> d'améliorer les parcours des patients présentant des maladies chroniques et d'accroître les démarches d'éducation thérapeutique,
- des publications de modalités d'exercice (structuration, outils, démarches utilisées, financement...) et de résultats probants mettant en lumière le gain en qualité de vie et en diminution des coûts,
- une consultation infirmière d'éducation thérapeutique primée aux 6<sup>èmes</sup> victoires de la Médecine, consultation dédiée aux patients vivant avec le VIH et/ou co-infectés par les virus des hépatites<sup>12</sup>,
- une mobilisation forte des mutuelles qui se dote aujourd'hui d'un programme Priorité santé mutualiste pointant la nécessité de la mise en place de «*véritables équipes soignantes autour du médecin traitant*», reconnaissant aux infirmières «*un rôle déterminant à tenir dans l'éducation thérapeutique des patients chroniques, un nouveau partage des tâches bienvenu pour leur permettre d'exercer pleinement cette mission innovante et stratégique*»<sup>13</sup>.
- la synergie des liens interassociatifs et individuels créés dans le cadre de ce GIC initié par le bureau de l'ANFIIDE et qui nous rassemble aujourd'hui, porteurs de travaux mutualisés de bonne augure.

**Parmi les freins**, citons :

- une catégorisation de l'infirmière dans la rubrique «*auxiliaires médicales*» du CSP,
- une absence d'accès direct du patient aux compétences infirmières autonomes sans aval médical dans le cadre conventionnel,

<sup>10</sup> Pour exemple, les programmes de DU ou de masters développés par certaines universités, l'EHESP ou encore des organismes de formation continue tels ISIS, le GRIEPS... concernant les cursus de consultation, d'éducation thérapeutique ou d'approfondissement clinique infirmier.

<sup>11</sup> voir l'exemple du programme prioritaire développé par la Mutualité Française depuis Avril 2009 *Priorité Santé Mutualiste* in article de D. Lenoir *Améliorer la prise en charge des patients chroniques*, revue Soins Cadres, n° 72 Novembre 2009, p 44-46.

<sup>12</sup> Prix remis le 14 décembre 2007 à Mesdames Valérie Achart-Delicourt et Pascale Lagarde, équipe du Pr François Bricaire du Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Pitié Salpêtrière, APHP Paris.

<sup>13</sup> Citations extraites de l'article de Daniel Lenoir - *Améliorer la prise en charge des patients chroniques*, dossier La prise en charge concertée du patient, Revue Soins Cadres n° 72, novembre 2009, p 44-46.

- la non reconnaissance d'une consultation infirmière dans la NGAP comme l'absence de valorisation de l'activité tant en établissement qu'en ambulatoire,
- la difficulté à porter des propositions infirmières innovantes du fait d'une méconnaissance des lieux stratégiques où se prennent les décisions d'orientations en matière de santé, par exemple pour ne citer que celui-ci, le programme national de prévention et d'éducation pour la santé fixé tous les 5 ans où sont sensés être membres un représentant des instituts de formations paramédicales et 2 paramédicaux<sup>14</sup>.
- une absence de consensus et de référentiel structurant les modalités de la consultation infirmière au sein même de la profession, complexifiant inutilement les enjeux de pouvoirs comme les contraintes indues.

#### 4/- Perspectives pour aujourd'hui et demain

Depuis 1978, le législateur a attribué à la profession infirmière un rôle thérapeutique spécifique modifiant la situation antérieure qui donnait au médecin toutes les prérogatives dans le champ de la santé de l'individu. D'autres acteurs paramédicaux sont aussi des partenaires impliqués dans ce champ, nous demandant de savoir clarifier les ressources et limites de chacune de nos prestations spécifiques.

Force est de constater que nous avançons. Comme l'avait souligné Christophe DEBOUT en 2006<sup>15</sup>, l'optimisation de l'éventail des interventions infirmières – notamment la consultation – requière *«l'identification de la plus value générée imputable aux soins infirmiers, son intégration aux systèmes d'information en santé et une révision des modalités d'accès aux soins infirmiers assurant une meilleure fluidité aux trajectoires des patients»*.

Nous avons aujourd'hui l'expérience et le recul nécessaire pour confronter les atouts et la complémentarité des consultations infirmières avec les consultations tant médicales que celles réalisées par d'autres paramédicaux. La première journée du 25 avril dernier a posé la première pierre de la construction du GIC *Consultation infirmière*, réel tremplin pour co-construire notre devenir, rassembler les professionnels engagés dans la pratique de la consultation infirmière et, au final, contribuer à nourrir notre Ordre National Infirmier de travaux d'appui reflétant la pratique dispensée souhaitée aidant à terme à sa nécessaire régulation.

Il nous reste à poursuivre nos engagements politiques et notre responsabilité de *savoir* et de *faire savoir* :

- **savoir**, c'est-à-dire renforcer et/ou acquérir, au sein même de la profession, un haut niveau d'expertise clinique reposant sur la rigueur scientifique et les valeurs humanistes telles que développées par Watson, notamment au travers de la formation, de l'évaluation des pratiques, de l'analyse des pratiques comme de l'utilisation de résultats probants basés sur les travaux engagés auprès des personnes soignées, des proches, des collègues...

---

<sup>14</sup> Programme arrêté pour 5 ans par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé sur proposition d'un comité consultatif et après avis du Comité national de santé publique (Art. D.1417-17 stipulant la composition).

<sup>15</sup> Article *Consultation infirmière, un nouveau rôle à investir dans le champ clinique infirmier*, Dossier *La consultation infirmière*, Revue Soins n° 707, Juillet/Août 2006, p 36/39.

- **faire savoir** à nos partenaires du système de santé, aux politiques et aux usagers ce que nous sommes en mesure d'offrir et d'assurer tant dans le champ sanitaire que médico-social.

Ainsi, pour donner à la consultation infirmière une lisibilité extérieure majorée, les objectifs d'ouverture pour 2010 pourraient être :

- finaliser un argumentaire et des recommandations pour le développement des consultations infirmières ;
- formaliser un référentiel de compétences aidant à l'identification des activités comme des formations requises ;
- prendre contact avec la Mutualité Française qui regroupe 95% des mutuelles de santé française pour faire connaître ces travaux et en faire un partenaire dans les négociations d'accès direct aux soins infirmiers comme du paiement forfaitaire ;
- envisager avec pragmatisme et conviction une saisine auprès de la Haute Autorité de Santé pour la rédaction de recommandations de bonnes pratiques tenant compte de la perspective infirmière, en écho avec ce que les diététiciens ont su produire en partenariat avec la HAS et l'Association des diététiciens de langue française<sup>16</sup>

Un programme ambitieux certes ! Tels qu'envisagés, gageons que les dossiers produits dans la continuité de cette journée soient les piliers du développement pérenne des consultations infirmières que nous souhaitons.-

---

<sup>16</sup> RPC Consultation diététique réalisée par un diététicien, HAS/ADLF – [www.adlf.org](http://www.adlf.org)