

# FONDEMENTS THEORIQUES DE LA CONSULTATION INFIRMIERE <sup>1</sup>

## DEFINITIONS

**NGAP** : Consultation ou visite comportent généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique, et s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. [...]

**L. Jovic**<sup>2</sup> : Des infirmières voient des malades, adressés par un médecin *en consultation* dans un but précis, défini par l'objet de la consultation (soins de plaies, stomathérapie, éducation, relation d'aide,...). Après une observation, elles formalisent les besoins du malade dans une perspective de soins infirmiers, prodiguent des soins, éduquent et fournissent des informations et des conseils dans le cadre de leur champs de compétence.

**Dictionnaire des soins infirmiers** : Prestation programmée qui consiste à informer, conseiller, éduquer un patient et/ou son entourage en matière de santé et de soins infirmiers.

**ISIS** : La consultation infirmière se fonde sur la réglementation de l'exercice infirmier telle qu'elle figure dans le Code de la Santé Publique.

L'infirmière reçoit en consultation des personnes (individus, famille, groupe) qui lui sont adressés ou qui requièrent spontanément son intervention, dans un but précis relevant de sa spécificité professionnelle et/ou de son domaine d'expertise (soins de plaies, stomathérapie, information, éducation, aide et soutien psychologique).

A partir des étapes du raisonnement clinique infirmier appliqué à ses champs de compétence (rôle autonome, interdépendant et dépendant), la consultation permet l'élaboration contractuelle d'un programme thérapeutique selon un processus de co-construction.

## MODELES CONCEPTUELS

### 1/ Modèle de Caplan

Quatre catégories de clients, d'où quatre catégories de consultations. Les deux premières s'adressent à des institutions, et ne sont donc pas adaptables à l'exercice infirmier libéral.

- Consultation centrée sur le développement d'un projet institutionnel : Consultation qui consiste à informer les porteurs de projet de l'avis d'expert délivré par le consultant sur le fond.

- Consultation centrée sur les développeurs d'un projet institutionnel : Idem que le précédent sauf que l'avis de l'expert concerne la forme, et non plus le fond.

<sup>1</sup> Largement inspiré du module « Consultation » du Certificat d'Approfondissement à la Démarche Clinique Infirmière (CADCI) de l'Institut de Soins Infirmiers Supérieurs (ISIS), mise à jour 2007.

<sup>2</sup> Ljiljana JOVIC « La Consultation Infirmière à l'Hôpital », éditions ENSP, Mai 2002, 70 pages (page 13).

- Consultation centrée sur le patient : consultation *de première ligne* qui permet au consultant d'appliquer son expertise directement au service du bénéficiaire des soins.

- Consultation centrée sur le professionnel de santé qui a requis l'intervention du consultant à propos d'une situation clinique. Consultation *de seconde ligne* initiée à la demande d'un professionnel de santé qui éprouve un manque de confiance et/ou un manque d'objectivité et de recul face à une situation clinique donnée.

## **2/ Modèle de l'Expertise**

Ce modèle repose sur le recours à un « consultant expert » afin d'apporter une solution pertinente (*recommandation*) à un problème *identifié par le consulté* :

- le consulté a correctement identifié le problème,
- il a clarifié sa demande,
- il l'a communiquée clairement au consultant,
- il a sélectionné le consultant adapté.

Ignorer un seul de ces impératifs expose à un échec dans la résolution du problème ayant motivé la consultation.

## **3/ Modèle Médical**

Le consultant maîtrise la phase d'identification du problème (*diagnostic*) ainsi que le *traitement* visant à le résoudre. Ce modèle impose que le consultant puisse effectuer une analyse fine de la nature du problème et de ses causes. Le consulté doit accepter le diagnostic posé et être observant pour ce qui concerne le traitement prescrit.

## **4/ Modèle du « Consultation Process » de Schein**

Ce modèle à vocation didactique vise à la fois à résoudre le problème posé et à autonomiser le consulté afin qu'il soit en capacité de résoudre un problème similaire ultérieurement. Le consultant doit être obligatoirement expert dans le processus permettant la résolution du problème saillant. Il peut également être expert du contenu qui alimente le problème.

Le contrat initial entre le consultant et le consulté est plus large et le temps de consultation est souvent plus étalé pour laisser le temps au consulté de s'approprier la démarche.

# **PREALABLES A LA MISE EN ŒUVRE D'UNE CONSULTATION INFIRMIERE**

## **1/ Développer les compétences nécessaires à la consultation**

- Compétences dans le raisonnement clinique infirmier
- Compétences dans le domaine de l'éducation (EPS, ETP),
- Compétences en relation d'aide en soins infirmiers,
- Compétences en matière de communication interpersonnelle,
- Compétences dans le domaine de l'éthique clinique,
- Compétences dans le domaine de l'évaluation,
- Compétences dans le domaine de la transmission des savoirs à ses pairs.

## **2/ Identifier le client**

- Consultation de première ligne (*client = patient, famille, groupe*). Nécessité d'un point d'entrée médical si le client veut pouvoir être pris en charge financièrement par son assurance maladie, même si le champ d'expertise relève du rôle autonome de l'infirmière (Cf. Dispositions générales de la NGAP – Art. 5c).

- Consultation de seconde ligne (*client = professionnel de santé, équipe soignante*). Vise à apporter de l'aide à un client dont le problème dépasse son niveau de compétence. Cette consultation peut être le support d'actions didactiques.

## **3/ Identifier le champ d'expertise**

La consultation clinique dans le domaine des soins infirmiers impose de clarifier le champ d'expertise investi par le consultant. Dans une démarche interdisciplinaire, il peut s'agir :

- du champ clinique infirmier : entretien et continuité de la vie et accompagnement des réactions humaines générées par la trajectoire de santé d'une personne (individu, famille ou groupe).
- d'un champ infirmier plus spécialisé : patients atteints de plaies chroniques, patients stomisés, etc...

## **LA CONSULTATION INFIRMIERE DE PREMIERE LIGNE**

Le consultant mènera les activités suivantes :

- Détermination du problème de santé qui motive la demande de consultation au terme d'un raisonnement diagnostique infirmier alimenté par l'examen clinique infirmier.
- Formulation de prescriptions infirmières au terme de la phase thérapeutique du raisonnement clinique.

Ce projet thérapeutique devra être expliqué au patient en mettant en œuvre une démarche éducative visant à obtenir le consentement de la personne et à favoriser l'observance thérapeutique. Les prescriptions seront mises en œuvre par le bénéficiaire et/ou ses aidants naturels/professionnels.

Cette phase pouvant être d'une durée variable, si un suivi s'avère nécessaire, sa périodicité ainsi que ses modalités pratiques doivent être négociés avec le bénéficiaire des soins.

Tout processus de consultation doit être clôturé au terme d'une évaluation de la plus-value obtenue (résultats de soins) observée sur la base de critères déterminés à l'avance (indicateurs).

## **LA CONSULTATION INFIRMIERE DE SECONDE LIGNE**

Le consultant mènera les activités suivantes en partenariat avec le consulté :

- Détermination du problème de santé dégagé chez un patient par le consulté (ou l'équipe soignante) ayant motivé la demande de consultation au terme du partage d'un raisonnement diagnostique infirmier explicité. Il sera également nécessaire d'identifier la nature de la difficulté rencontrée par le consulté (ou l'équipe soignante) face à cette situation clinique.

- Formulation de recommandations (prescriptions infirmières) au terme de la phase thérapeutique du raisonnement clinique. Le caractère rationnel du projet thérapeutique recommandé devra être expliqué au consulté (ou à l'équipe soignante). Il sera également nécessaire de s'assurer que le(s) professionnel(s) chargé(s) de mettre en œuvre les recommandations possède(nt) bien le niveau de compétence requis pour le faire.

Ces deux étapes peuvent prendre un caractère didactique si le modèle de consultation retenu le prévoit (« Consultation Process »).

Ces recommandations seront ou non mises en œuvre par le consulté (ou l'équipe soignante) qui reste le plus souvent libre de sa décision d'appliquer ou non les prescriptions du consultant. Ce point devra être clairement explicite dans le contrat afin de déterminer le degré d'implication et de responsabilité du consultant.

Si un suivi s'avère nécessaire, sa périodicité ainsi que ses modalités pratiques doivent être négociés avec le bénéficiaire des soins.

Tout processus de consultation doit être clôturé au terme d'une évaluation de la plus-value obtenue. Dans le cadre de la consultation de seconde ligne, cette évaluation devra être réalisée à plusieurs niveaux et dépendra du degré de mise en application par le consulté (ou l'équipe soignante) des recommandations émises par le consultant. Il sera ainsi nécessaire d'évaluer :

- la qualité de la réponse apportée par le consultant au consulté (ou à l'équipe soignante),
- si besoin, la plus value observable chez la personne soignée (résultats de soins, indicateurs),
- si besoin, le processus didactique éventuellement mis en œuvre (démarche pédagogique, processus éducatif).

Cette évaluation multiaxiale devra être réalisée sur la base de critères déterminés à l'avance et approuvés par les parties concernées (tableau de bord).

## **ASPECTS PRATIQUES**

Les critères présentés ci-dessous ont issus du système institutionnel<sup>3</sup>. Ils devront être adaptés à la pratique libérale :

- Modalités opérationnelles : procédures, protocoles de soins, modalités d'accueil du bénéficiaire, relations intra et extrahospitalières, relations avec les autres structures (maison de retraite, laboratoire, etc...).

- Systèmes d'information : dossier de soins, fiches de prescription, fiche de circulation, de liaison, tableaux de bord, indicateurs d'activité, rapport d'activité.

- Locaux et logistique: salle de consultation, local d'accueil, téléphone, télécopie, bureautique.

- Information, communication : signalétique, numéros de téléphones spécifiques, livret d'accueil.

---

<sup>3</sup> Ljiljana JOVIC « La Consultation Infirmière à l'Hôpital », éditions ENSP, Mai 2002, 70 pages (page 50).

- Matériel pédagogique : matériel de soins, d'autosurveillance (livrets), de démonstration, d'éducation (vidéos, plaquettes, etc...), de communication (diaporamas de type Powerpoint).
- Evaluation : satisfaction des usagers (malades, professionnels libéraux), mesure d'activité, mesure d'impact, évaluation du personnel.

## VALORISER SON ACTIVITE DE CONSULTANT

Tout ce qui est fait doit être écrit, ce qui n'est pas écrit est considéré comme n'ayant pas été fait.

Toute activité pour être financée et pérennisée doit faire la preuve de la plus value qu'elle génère pour ceux qui en bénéficient.

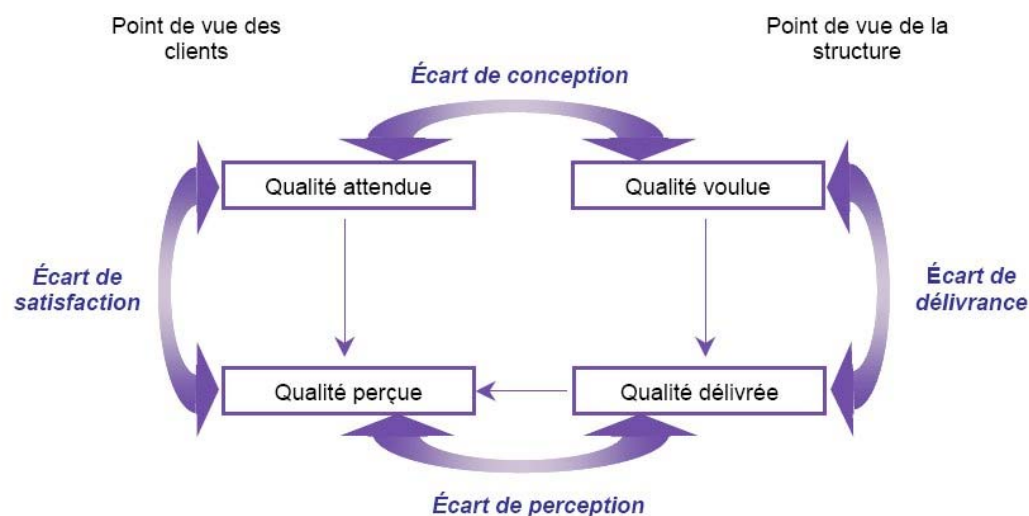
→ Traçabilité à tous les niveaux du processus : de la demande du consulté (contrat) jusqu'à l'évaluation finale.

Le contrat initial peut-être un document légal (DSI), une convention (réseaux, HAD, SSIAD), un contrat moral (attention à l'implicite !). Il définit :

- le motif de la consultation (nature du problème, manifestations, facteurs favorisants),
- les responsabilités de chacune des parties,
- le niveau de mise en application des recommandations/prescriptions,
- les conditions du suivi éventuel (durée, possibilités de réajustements),
- les modalités de l'évaluation (référentiels, indicateurs retenus).

La formulation des recommandations tient compte du modèle de consultation choisi et respecte la « Règle des 3 C » : Compétence, Confiance, Contrôle. Les prescriptions sont limitées au domaine du Rôle Propre de l'infirmière.

L'évaluation finale peut consister soit en un contrôle de la qualité de la prestation (cf. schéma ci-dessous), soit en une pratique réflexive.



- La qualité attendue par le client se construit autour de ses besoins mais aussi de son expérience antérieure du produit ou du service.
- La qualité perçue est celle qu'expérimente le client. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée.
- La qualité voulue est formulée par l'organisation sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée.
- La qualité délivrée est celle que reçoit réellement le client.

### **ETABLIR SA LEGITIMITE ET SA CREDIBILITE**

- Cultiver son réseau de relations au sein de la discipline de soins infirmiers mais aussi au dehors.
- Valoriser les résultats obtenus.
- Se fixer pour objectif constant d'accroître sa visibilité.
- Proposer de participer à la formation des professionnels afin de se faire connaître.
- Construire sa réputation : créer l'envie d'avoir recours à la consultation infirmière.
- Identifier les « niches » et saisir les opportunités, adapter son offre de services.

### **LES REGLES D'OR DU CONSULTANT EN SOINS INFIRMIERS**

- Ne pas jouer au sauveur.
- L'illusion de posséder des connaissances exhaustives est un danger contre lequel il est nécessaire de se prémunir.
- Rester humble.
- Eviter de générer une dépendance chez le consulté.
- Entrer dans le contexte, ne surtout pas l'ignorer.
- Eviter de mettre en évidence une incompétence.
- Déterminer le but de la consultation sur la perspective du consulté.
- Soutenir les consultés en situation de consultation de seconde ligne, faire face avec eux aux situations, former, écouter, aider.

