

# Piste 6. Participate Brussels

## *Consultations infirmières dans un contexte de maladie chronique*

Pistes pour la personnalisation des soins

Mars 2021



**innoviris.brussels**   
empowering research



**Marie Dauvrin, Julie Servais, Tyana Lenoble**

**Ont contribué à cette piste :**

Isabelle Aujoulat et Olivier Schmitz (UCLouvain),  
Thérèse Van Durme et Lucia Alvarez-Irusta  
(UCLouvain – BeHive) et Audrey Maigre (Fédération  
d'Aide et Soins à Domicile)

Cette piste est une des 11 pistes pour la personnalisation des soins issue du projet de recherche collaboratif **Participate Brussels**, mis en œuvre avec le soutien de la Région de Bruxelles-Capitale (Innoviris), entre le 1er janvier 2018 et le 31 mars 2021, dans le cadre d'une collaboration entre l'UCLouvain-IRSS et la Haute Ecole Léonard de Vinci, accompagnés par 8 partenaires de recherche, nommés parrains du projet

- Piste 1. Ouvrir le dialogue sur la fatigue comme étape à la personnalisation des soins dans un contexte de maladie chronique
- Piste 2. Maladie chronique et personnalisation des soins : Ouvrir le dialogue sur la vie affective, relationnelle et sexuelle
- Piste 3. Pratique d'une activité physique adaptée dans un contexte de maladie chronique
- Piste 4. Améliorer la littératie en santé digitale en vue de la personnalisation des soins
- Piste 5. Centraliser l'information autour de l'aménagement de la vie professionnelle dans le cadre de la maladie chronique
- **Piste 6. Consultations infirmières dans un contexte de maladie chronique**
- Piste 7. Fonction de liaison entre hôpital et milieu de vie
- Piste 8. Prescription médicale continue dans un contexte de maladie chronique
- Piste 9. Plateforme de concertation en maladies chroniques
- Piste 10. Formation des patients et des professionnels pour renforcer la personnalisation des soins pour les patients vivant avec une maladie chronique
- Piste 11. Réflexions autour de l'engagement bénévole des soignants dans un contexte de maladie chronique

Sont également disponibles les Cahiers liés à l'exécution et aux résultats du projet :

- Cahier 0. Participate Brussels. Patients, professionnels et chercheurs ensemble pour des soins de santé personnalisés en Région de Bruxelles-Capitale ! Synthèse de l'ensemble du projet.
- Cahier 1. Participate Brussels. Un projet collaboratif pour et par les Bruxellois.
- Cahier 2. Participate Brussels. Méthodologie de l'enquête de terrain, des activités de croisement des savoirs et de la co-construction des pistes pour la personnalisation des soins.
- Cahier 3. Participate Brussels. Enjeux de la personnalisation des soins aux personnes vivant avec une maladie chronique en région bruxelloise : enquête de terrain et croisement des savoirs entre patients, professionnels et chercheurs.
- **Cahier 4. Participate Brussels. Pistes pour l'amélioration de la personnalisation des soins pour les personnes vivant avec une maladie chronique dans le contexte de la Région de Bruxelles-Capitale.**
- Cahier 5. Participate Brussels. Vivre et faire vivre le croisement des savoirs et la recherche collaborative. Retours d'expérience et perspectives.

Tous ces supports, ainsi que d'autres ressources et résultats du projet Participate Brussels, sont disponibles sur le site de l'UCLouvain – IRSS à l'adresse :

<http://www.uclouvain.be/participate-brussels>

**Pour citer ce document :** Dauvrin M, Servais J, Lenoble T. (2021). Participate Brussels. Piste 6. Consultations infirmières dans un contexte de maladie chronique. Pistes pour la personnalisation des soins. Bruxelles : UCLouvain & HE Vinci.

## Table des matières

Introduction.....	3
<b>Contexte</b> .....	4
<b>Consultations infirmières existantes</b> .....	5
<b>Conditions d'implémentation</b> .....	8
Profil et formation des infirmiers.....	8
Collaboration interprofessionnelle efficace .....	9
Délégation d'actes.....	12
<b>Conclusion</b> .....	12
<b>Pour aller plus loin sur cette piste</b> .....	13
<b>Bibliographie</b> .....	14

## Introduction

Cette piste est la **Piste 6** de la série des 11 pistes pour la personnalisation des soins issues de Participate Brussels pour les personnes vivant avec une maladie chronique en Région de Bruxelles-Capitale. Ce document est conçu pour être utilisé de façon indépendante : les lecteurs souhaitant plus de détails sont invités à consulter les **Cahiers** du projet Participate Brussels.

Les **Cahiers 1 et 2** présentent respectivement le contexte du projet Participate Brussels et le processus méthodologique ayant donné lieu à l'émergence de ces pistes. Le **Cahier 3** présente les résultats de l'enquête de terrain, des séminaires d'analyse et groupes de discussion menés avec des personnes vivant avec une maladie chronique et des professionnels : les citations incluses dans cette piste proviennent de ces différentes activités. Le **Cahier 4** présente l'entièreté des 11 pistes pour la personnalisation en trois niveaux : 1) des pistes au niveau micro du système de santé, soit au plus proche du patient, 2) des pistes au niveau méso du système de santé, soit le niveau organisationnel ou institutionnel, 3) des pistes au niveau macro, soit le niveau du système de santé de façon plus large. Dans une seconde partie, il présente l'articulation de ces pistes de personnalisation entre elles et discute comment ces 11 pistes contribuent à la personnalisation des soins dans une perspective de promotion de la santé. Le **Cahier 5** reprend le processus participatif et de croisement des savoirs sous-jacent au développement de ces pistes. Enfin, la **synthèse – Cahier 0-** présente un aperçu global du projet Participate Brussels.

## Contexte

Le manque de temps à disposition des patients quand ils se rendent chez leur médecin en consultation est un sujet de préoccupation mis en évidence quasi systématiquement dans l'enquête de terrain. Les consultations infirmières, complémentaires de celles des médecins généralistes ou spécialistes, ont alors été évoquées comme piste d'amélioration de la personnalisation des soins des personnes vivant avec une maladie chronique (voir **Cahier 3**).

*« Et puis la troisième chose du côté du professionnel, c'est qu'à la carte, ce n'est pas faisable sur le terrain, forcément je connais un peu l'éducation thérapeutique et j'ai lu pas mal de choses puisqu'un de mes sujets de recherche était là-dessus, mais donc si je dois commencer à faire un diagnostic, à discuter tous les objectifs, voir ce qu'on met en place... que moi, dans 20 minutes de consultation, ce n'est pas possible. Puisqu'en plus on a des patients de plus en plus complexes, avec des poly-morbidités, du coup c'est compliqué de prendre la globalité sans avoir deux heures de consultation. »*

*Médecin généraliste*

Une revue Cochrane de 2018 suggère que si les médecins et les patients avaient plus de temps pour discuter ensemble, les patients pourraient être plus satisfaits de leurs soins et de leur prise en charge (Wilson, Child, Gonçalves-Bradley, & Irving, 2018). Selon Irving et al (2017), il y a une relation statistiquement significative entre la longueur d'une consultation et le nombre de médecins par 1000 habitants. En Belgique, ce temps de consultation varie entre 10 et 30 minutes (Irving et al., 2017). Selon les participants, ces consultations infirmières seraient des espaces de soins, dans lesquels les personnes qui y officient auraient le temps d'entrer en dialogue avec le patient sur les différentes dimensions de sa vie, de sa qualité de vie aux différents moments de rencontre et de sa maladie, de ses objectifs vis-à-vis de sa maladie, de son projet de vie.

*« Le concept que j'ai dans la tête, c'est de pouvoir mettre en place une consultation infirmière qui fait partie intégrante de la prise en charge (...) Dans la maladie chronique c'est important qu'il y ait un timing de consultation avec des objectifs de consultation ».*

*Infirmier spécialisé en tabacologie*

*« Moi, je ne peux pas gérer un nombre de patients aussi grand si je n'ai pas le backup de ces infirmières qui, finalement, font le lien entre moi et les patients, qui peuvent déjà régler un certain nombre de problèmes (...) Si on n'a pas ça, on ne peut pas, la consultation à ce moment-là, elle se limite à «Bonjour, voilà vos prescriptions, vous faites un peu de kiné et on se voit dans 6 mois», je ne pourrais pas aller si loin dans la prise en charge que je fais et ces infirmières ne sont pas reconnues et ça c'est dommage ».*

*Médecin travaillant en médecine interne*

La consultation infirmière peut se définir de différentes manières. D'après le dictionnaire des soins infirmiers, la consultation infirmière est « une prestation qui consiste à informer, conseiller, éduquer un patient ou son entourage en matière de santé ou de soins infirmiers. La consultation est réalisée en milieu hospitalier ou extrahospitalier, soit sur prescription, soit à la demande du patient ou des infirmières. Elle peut s'inclure dans une consultation pluridisciplinaire » (Magnon, Lepesqueux, & Dechanoz, 1995). Pour d'autres auteurs, il s'agit d'une « prestation programmée qui consiste à

*informer, éduquer un patient et son entourage en matière de santé et de soins infirmiers » (Boiteux, 2006). Elle se définit aussi comme une prestation dans laquelle « des infirmières voient des malades, adressés par un médecin, en consultation, dans un but précis, défini par l'objet de la consultation (soin de plaie, 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 champ de compétence » (Warchol, 2007).*

## Consultations infirmières existantes

En Belgique, ce type de consultations fait partie de la nomenclature d'actes repris par l'INAMI pour les infirmiers à domicile, sous certaines conditions et pour certains profils de patients (INAMI, 2014). En effet, ces infirmiers peuvent attester d'une « consultation infirmière » pour un patient au maximum une fois par année civile. Lors de cette consultation, l'infirmier détermine les problèmes de santé du patient et formule des objectifs de santé en concertation avec ce dernier et/ou son environnement immédiat en se basant soit sur un modèle conceptuel en soins infirmiers comme l'École des besoins d'Henderson ou l'École de l'interaction de Peplau, soit sur la classification infirmière des modes fonctionnels de santé (INAMI, 2014).

*« Si on se présente deux heures assis chez un patient pour parler, on n'est pas remboursés par l'INAMI, il n'y a pas d'acte à facturer. La seule chose qu'on pourrait facturer, c'est une consultation infirmière, mais que tu peux facturer que quand t'as déjà été chez le patient pendant 1 mois et tu ne peux en facturer que une fois par an. »*

*Infirmier travaillant en soins à domicile*

Ce financement est perçu comme dérisoire et en contradiction avec l'approche centrée sur le patient et les différents modèles en soins infirmiers qui préconisent une évaluation régulière du patient, de ses besoins et de ses préférences. Il apparaît, de l'avis de certains acteurs, que certains infirmiers du domicile vont faire ces évaluations, indépendamment d'un financement, prenant sur leur temps « personnel » pour les réaliser (**Voir Fiche 11**).

Certaines conventions, comme la convention diabète de l'INAMI ou la convention douleur chronique du SPF Santé publique, incluent le financement de consultations infirmières.

*« Les conventions sont un moyen de financer les soins de santé, soit avec des enveloppes ouvertes, soit avec des enveloppes fermées. La plupart des conventions, en particulier les plus anciennes, fonctionnent avec une enveloppe ouverte, mais la tendance évolue de plus en plus vers des enveloppes fermées, avec un plafond de dépenses fixé pour une certaine période. L'enveloppe fermée peut être attribuée à un centre de soins particulier ou englober toutes les structures de soins relevant de la convention. Le montant de l'enveloppe est fixé à l'avance et payé après la réalisation des prestations prévues. Une convention peut être conclue entre l'INAMI et un nombre variable de structures de soins, qui peut être très limité (p.ex. deux centres de prise en charge des mutilations génitales féminines) ou très large (p.ex. 99 centres pour la convention d'autogestion du diabète). Les termes des accords d'une convention peuvent être les mêmes pour toutes les institutions relevant de cette convention. Ce sont alors des*

*conventions dites « conventions types », où chaque centre reçoit une somme forfaitaire par patient. Cependant, dans certaines conventions dites « spécifiques », les termes des accords varient en fonction des structures de soins concernées. La somme forfaitaire est alors spécifique pour chaque centre et dépend, par exemple, des coûts salariaux. Enfin, il existe aussi des conventions dites « hybrides », où les termes des accords sont les mêmes pour toutes les institutions, mais où le montant du forfait varie d'une structure de soins à l'autre. Les conventions sont un instrument financier qui favorise la multidisciplinarité en fournissant un cadre qui encourage les dispensateurs de soins à travailler ensemble » (Vandenbroek et al., 2018).*

Dans ce contexte, ces consultations s'inscrivent dans une prise en charge interdisciplinaire des pathologies chroniques : elles peuvent intervenir à l'entrée dans la convention pour participer à l'établissement du bilan du patient ou en cours de parcours, par exemple, à des fins d'éducation thérapeutique. Ces consultations peuvent avoir lieu au domicile, dans un centre spécialisé ou en hospitalier (Vandenbroek et al., 2018).

Certains professionnels ont déjà recours à la consultation infirmière dans leurs pratiques. C'est, par exemple, le cas des **coordinateurs en soins oncologiques (CSO)** aux Cliniques universitaires Saint-Luc qui sont un point de contact privilégié pour les patients. Ils évaluent, lors de leurs consultations, les besoins et les préférences du patient. Selon leurs pratiques, ils utilisent un guide d'entretien semi-dirigé, reprenant des macro-cibles telles que la maladie, le traitement, l'environnement, le vécu, l'environnement psychosocial ou encore les besoins du patient, ou des outils validés portant sur des aspects spécifiques comme le « *l'Outil de Détection de la Détresse* »<sup>1</sup>. Ce mode de consultation se déroule dans un espace dédié, non lié à un agenda, et peut parfois prendre jusqu'à une heure. La première consultation infirmière a lieu, en général, peu après l'annonce du diagnostic par le médecin. Cette première consultation est un temps de rencontre avec l'infirmier afin de mieux faire connaissance, établir une relation de confiance et réaliser une première évaluation du ressenti et des besoins du patient par rapport à ce diagnostic. La deuxième consultation concerne généralement la phase de traitement : elle se déroule soit avant le début du traitement, soit durant le traitement. Cette consultation vise à répondre plus précisément aux questions du patient et à lui transmettre de l'information. A la suite de cette consultation, le patient reçoit une fiche récapitulative, reprenant le numéro de téléphone de son CSO de référence, les informations concernant, entre autres, son traitement et ses effets secondaires et la présentation de l'outil informatique « Je me gère ». Cet outil permet au patient 1) d'identifier des points d'alertes liés aux symptômes qu'il ressent à l'induction ou au cours de son traitement ; 2) de recevoir des informations sur des choses auxquelles il doit rester vigilant ; 3) d'évaluer sa qualité de vie. L'outil « Je me gère » a été développé pour permettre au patient plus d'autonomie et d'autogestion de sa maladie et pour que l'équipe soignante puisse avoir un regard sur les effets indésirables du traitement. Lorsque tous les signaux cochés sont rouges, l'oncologue et le CSO reçoivent une alerte et le patient doit recontacter le médecin dans l'heure afin d'assurer un suivi. Les différentes consultations oncologiques sont généralement prévues à des moments de transition dans la maladie du patient, soit des instants de rupture biographique où l'on passe de personne saine à personne malade, de personne malade à personne en cours de traitement etc. mais

---

<sup>1</sup> Cet outil repose sur 3 échelles associées dans le but de mesurer différentes dimensions : le thermomètre de la détresse, la liste canadienne des problèmes et l'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, n.d.). Cette échelle fait partie des outils testés actuellement par l'Organisation Européenne pour la Recherche et le Traitement des Cancers

peuvent avoir lieu également à d'autres moments à la demande du patient. Ces consultations sont des moments où le patient est détenteur du temps et n'est pas soumis à un cadre organisationnel strict : le patient peut prendre le temps de « se poser » avec son CSO pour faire le point et lui faire part de ses besoins et préférences.

Une autre consultation infirmière est la consultation intégrée dans un service de **rhumatologie**. Les infirmiers y agissent comme référentes pour le patient. La référence se fait, en partie, via un système de permanence téléphonique par lequel les patients peuvent les joindre pour des questions concernant leur maladie, s'ils ont besoin d'un conseil administratif, ou encore d'un conseil thérapeutique. Les infirmiers ont également une permanence physique : leur bureau est situé en face du bureau des médecins, ce qui augmente sa visibilité pour le patient et son accessibilité. Ces infirmiers sont perçus décrits comme le véritable lien entre le patient et l'équipe médicale. Ils coordonnent les soins et se font le relais entre les différents praticiens qui prennent en charge le patient à l'hôpital. Comme le souligne un médecin, il ne pourrait pas « *aller aussi loin dans sa prise en charge s'il n'avait pas ce relais avec les infirmières qui prennent déjà une partie de la prise en charge du patient en main* ». Néanmoins, ces prestations infirmières ne sont pas reconnues ni financées, comme c'est le cas dans le cadre de l'oncologie, alors que cette possibilité d'avoir un complément à la consultation médicale, un temps dédié au patient pour répondre à ses questionnements et pour prendre connaissance de ses besoins et préférences, est pour lui un gage de qualité et d'efficacité de ses soins. Il est également important de ne pas confondre les consultations où l'infirmier peut vraiment jouer un rôle propre d'éducation thérapeutique et d'accompagnement, complémentaire à celui du médecin, et les consultations de type « dispensaire » tenues par des infirmiers qui se chargent de l'accueil du patient ou réalisent des actes sur ordre médical (prise de paramètres, réfection de pansement, injections, ...).

Un autre exemple de consultation infirmière est la consultation organisée dans les **prises en charge de la douleur chronique**. Les patients pris en charge dans le cadre de la « convention Douleur Chronique » sont toujours référés par un médecin généraliste (Berquin et al., 2011). Une fois le dossier reçu, l'infirmier fait un premier bilan téléphonique avec le patient, ce qui permet de faire une première orientation du patient. Par exemple, de l'entretien, l'infirmier peut identifier si le patient présente plutôt une douleur de type neuropathique ou fait l'objet d'une suspicion de fibromyalgie. L'infirmier rencontre ensuite les patients, éventuellement avec leurs proches, dans le cadre d'une consultation d'évaluation qui fait partie intégrante du bilan multidisciplinaire. Cette consultation se déroule comme un dialogue ouvert entre le patient et l'infirmier, abordant les différentes répercussions de la douleur sur la vie du patient. L'infirmier utilise pour ce faire une grille thématique, sans questions prédéfinies. Le diagnostic et le plan de soins sont décidés en équipe interdisciplinaire. L'infirmier peut être amené à revoir certains patients pour leur donner plus d'informations ou des conseils, voire s'inscrire dans une logique d'éducation thérapeutique, selon les circonstances. C'est un moment, comme dans le cas de la coordination en soins oncologiques, en dehors du temps formalisé par l'institution. Cet entretien est l'occasion aussi de parler avec la famille si le patient le désire, d'évaluer les répercussions de la douleur sur la vie quotidienne. Le rôle de l'infirmier lors de ces consultations est décrit comme un rôle de facilitateur dans lequel une relation de partenaire d'égal à égal peut naître et dans laquelle il faut « *faire taire un peu son propre savoir pour être vraiment en phase avec ce que le patient exprime et dit* » (*Infirmier travaillant en centre pour la douleur chronique*). Il existe également, par la suite, des consultations dites de « boîte à outils » où sont abordés des moyens de distraction ou de soulagement pour apaiser la douleur en fonction des préférences et des expériences précédentes du patient.

Une dernière forme de consultation possible est **l'évaluation des patients à l'aide des outils BELRAI**. Accessible à tous les professionnels de santé reconnus, le BelRAI© « *permet une évaluation globale des besoins physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux d'une personne* » (BelRAI, 2018). Il existe, entre autres, un BelRAI© spécifique pour les personnes résidant chez elles et ayant des besoins en soins complexes (HC) et un BelRAI© pour les personnes en établissement de soins ayant des besoins en soins complexes (LTCF). De plus, « *les instruments d'évaluation BelRAI© sont basés sur des instruments scientifiquement validés d'interRAI. Les instruments interRAI fournissent également des algorithmes validés qui, à partir des informations collectées, effectuent des calculs concernant le fonctionnement de la personne, ses risques pour sa santé, ses forces et ses faiblesses. Les algorithmes indiquent également les points d'attention de la personne et permettent au professionnel de soins d'établir un plan de soins de qualité* ». Au cours de ces consultations, l'infirmier procède à réaliser une évaluation globale de la personne à l'aide d'un outil validé. Le but de l'évaluation est d'établir le fonctionnement et les besoins des personnes dans différents moments de leur parcours de vie ou de l'épisode de soins. Si les outils BelRai© ont été pensés comme pouvant être utilisés par tous les professionnels de santé, il apparaît qu'en pratique, ce sont majoritairement les infirmiers qui vont prendre l'initiative de les utiliser.

## Conditions d'implémentation

### Profil et formation des infirmiers

Ces différents types de consultations, qu'elles soient formalisées dans les pratiques ou non, qu'elles soient reconnues ou non, ont toutes un point commun : c'est un moment dédié au patient, pour lui transmettre de l'information mais aussi pour prendre le temps de discuter de ces moments de rupture biographique, de l'implication de la maladie dans sa vie quotidienne, de son vécu et de ses préférences en termes de traitement et de suivi. Ces consultations permettent aussi au patient de se préparer à la visite chez son médecin en ayant du temps pour rassembler ses questions ou de trouver déjà des réponses à celles-ci auprès de l'infirmier. Ces différentes activités rejoignent le profil de fonction et de compétences de l'infirmier consultant tel qu'approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) en 2018 (CFAI, 2018a). En effet, l'infirmier consultant offre un support au patient et à son entourage en organisant des consultations infirmières dans le trajet de soins en étroite collaboration avec le médecin et/ou l'infirmier de pratique avancée. Il offre également un cadre structuré, des conseils aux patients afin de promouvoir sa santé et peut se proposer comme case manager dans les soins intra ou extrahospitaliers. Pour assurer sa mission, l'infirmier consultant doit partir des besoins, préférences et capacités du patient afin de lui offrir des soins personnalisés (CFAI, 2018a, 2019).

Dans d'autres cas, il est suggéré que la consultation infirmière soit menée par des infirmiers détenteurs de la formation spécifique pour les infirmiers de pratique avancée (*Advance Practice Nurse - APN*) et par la reconnaissance de cette qualification. Depuis 2019, la fonction d'infirmière en pratique avancée est en cours de reconnaissance au niveau légal (Chambre des représentants de Belgique, 2019). Cette reconnaissance s'appuie sur l'avis du CFAI publié en mai 2018 et sur les recommandations internationales en provenance, entre autres, de l'OMS, du Conseil International des Infirmières et du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) (CFAI, 2018b;

Morin, 2018). Certains pays disposent déjà, dans un cadre clairement défini, de cette nouvelle profession comme les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou encore le Canada (Sermeus, Eeekloo, Van de Auwera, & Van Hecke, 2018). Dans ces pays, il existe une délégation d'actes des médecins vers les APN comme le fait de prescrire, de poser un diagnostic, de demander des examens et des tests, de suivre une cohorte de patients, de mettre en place un traitement, d'orienter et de servir de point de contact privilégié pour le patient (Sermeus et al., 2018). Dans le profil de fonction de l'APN, détaillé par le CFAI, il est fait mention que les compétences de l'APN vont au-delà de l'art infirmier classique (CFAI, 2018b). En effet, l'APN peut réaliser des tâches médicales peu complexes ou bien définies ainsi que des tâches infirmières hautement spécialisées et complexes tout en ayant des compétences en matière de coordination de soins, d'éducation thérapeutique, d'autogestion et de soins psychosociaux. L'APN doit donc être compétent en termes de « complexité des cas » (problèmes médicaux, systèmes de soins etc.) mais aussi en termes de « complexité des patients » (vulnérabilités multiples, gestion de la coordination de nombreux professionnels gravitant autour du patient etc.). L'APN est autorisé à rédiger des prescriptions médicales dans son domaine de spécialisation et dans le cadre de consultations infirmières qu'il mène de façon autonome (CFAI, 2018b, 2019).

Si l'appellation APN est relativement récente dans le paysage belge, ce n'est pas pour autant que le système de santé en est dépourvu. Dans certains hôpitaux, comme aux Cliniques universitaires Saint-Luc, les « infirmières ressources » correspondent à ce profil d'APN. Elles disposent d'une expertise spécifique, acquise en plus de leur curriculum initial.

### Collaboration interprofessionnelle efficace

D'après une étude de 2005 cherchant à connaître les déterminants d'une collaboration réussie, le système d'éducation est l'un des principaux déterminants de la collaboration interprofessionnelle car il représente le levier central pour promouvoir les valeurs de collaboration parmi les futurs professionnels de la santé (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005). Sermeus (2018) le souligne aussi :

*« La première recommandation est d'organiser la formation en soins de santé de manière transprofessionnelle dès le début de la formation, en mettant en œuvre le travail d'équipe systématiquement en collaboration directe avec la pratique et le domaine d'activité. Plutôt que de former comme cela se fait actuellement, des professionnels indépendamment les uns des autres pendant au moins 4 ans en espérant qu'ils arriveront à collaborer ensemble plus tard dans la pratique » (Sermeus et al., 2018).*

Par ailleurs, une collaboration et une délégation interprofessionnelle réussie exigent également un cadre organisationnel favorable et soutenant, comme dans le projet Asalée et le GCM (voir infra) (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Selon le *Chronic Care Model* (CCM), l'amélioration du soutien à l'autogestion, de la conception des pratiques, de l'aide à la décision, de l'intégration des ressources communautaires dans les soins de santé de la promotion de la santé favorise des interactions plus productives entre les patients, qui sont des participants informés dans leurs soins, et les équipes soignantes, qui sont prêtes et proactives à fournir des soins. En fin de compte, ces interactions productives aident à améliorer les résultats des soins chroniques (Barr et al., 2003).

Reprenant les principes du CCM, plusieurs auteurs américains ont développé un modèle de soins qui se veut durable et diffusable dans l'ensemble du système de santé : le *Guided Care Model* (GCM). Ce modèle est bonne illustration de la délégation de certaines prestations du médecin à l'infirmier dans le cadre de l'amélioration de la personnalisation des soins. D'après une évaluation réalisée après 32 mois de suivi, ce modèle améliore la qualité des soins prodigués aux patients, améliore la satisfaction des médecins et des infirmiers par rapport à ces soins et il réduit l'utilisation et le coût de services spécialisés (Leff & Novak, 2011).

A la base du GCM, se trouve le constat de la fragmentation des soins lors de la prise en charge de chronicité de la maladie, comme cela a été pointé dans l'enquête de terrain du projet Participate Brussels (voir **Cahier 3**). Dans le GCM, les soins sont prodigués par un infirmier formé et soutenu par 3 ou 4 médecins afin de fournir des soins de grande qualité et d'améliorer la qualité de vie des patients présentant de multiples problèmes chroniques et des besoins de santé complexes. Pour ce faire, l'infirmier est en charge de 8 « services » (Boult, 2008) :

1. **L'évaluation** : L'infirmier commence par réaliser une évaluation compréhensive de la situation du patient lors d'un entretien pouvant aller jusqu'à deux heures.
2. **Plan de soins** : Sur base de cette évaluation, l'infirmier et le médecin discutent d'un plan de soins tenant compte de la situation particulière du patient mais aussi des lignes directrices de traitement fondées sur des données probantes. L'infirmier discute ce plan avec le patient et son entourage en le modifiant pour qu'il se conforme aux préférences du patient et à son projet de vie.
3. **Monitoring** : Ce plan de soins est revu tous les mois avec le patient et son entourage, soit par téléphone, soit en contact direct avec ces derniers dans le bureau de l'infirmier, à l'hôpital ou encore au domicile.
4. **Coaching** : Durant la phase de monitoring, l'infirmier évalue le self-management du patient et utilise l'entretien motivationnel pour aider le patient à surmonter les obstacles, le cas échéant.
5. **Autogestion de la maladie chronique** : L'infirmier oriente la plupart des patients vers des séances d'éducation thérapeutique, qui consistent en une séance de 2 heures par semaine pendant 6 semaines.
6. **Coordination des différents secteurs de soins** : L'infirmier aide à coordonner les soins complexes en fournissant un résumé complet de la santé et des soins du patient aux autres secteurs concernés dans la prise en charge. Le but est de rendre plus faciles pour le patient les transitions entre les différents prestataires et spécialement lors de la transition hôpital/domicile.
7. **Education et soutien des aidants-proches** : L'infirmier réalise une série de cours et de séances de groupe de soutien pour 5 à 10 aidants proches. Les réunions sont hebdomadaires et un soutien mensuel continu est assuré. Un suivi téléphonique trimestriel est réalisé pour prendre de leurs nouvelles et évaluer leur quotidien.
8. **Accès aux services communautaires** : L'infirmier facilite également l'accès à de nombreux services organisés comme les repas livrés à domicile ou les services de transport.

Bien que développé dans le contexte américain, le GCM est susceptible de rencontrer les préoccupations belges et bruxelloises. Les différents axes développés par le GCM peuvent être mis en parallèle avec une enquête de Brusano sur les besoins des personnes vivant avec une maladie

chronique en Région de Bruxelles-Capitale (BOOST, 2017). Il ressort en effet que les patients souhaitent une meilleure coordination entre les différents soignants et le secteur de l'aide sociale, une meilleure lisibilité de l'offre. Ils expriment également un besoin d'être écouté, un besoin en éducation thérapeutique et un besoin de clarifier l'aide financière et d'accompagnement vers l'accès aux soins.

Le GCM est relevé également par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) dans son *Position Paper* de 2012 (Paulus et al., 2012). En effet, dans les propositions développées par le KCE, pour améliorer le système de soins pour les personnes vivant avec une maladie chronique, se trouvent ; 1) informer le patient afin qu'il puisse participer au choix de son(s) traitement(s) et ainsi augmenter son observance et sa qualité de vie ; 2) garantir une communication efficiente en augmentant la collaboration et la coordination entre les différents professionnels et entre les différents niveaux de soins ; 3) renforcer l'organisation des soins de santé primaires coordonnée par le médecin généraliste, les spécialistes n'intervenant qu'en cas d'épisodes aigus ; 4) renforcer le rôle des infirmières avec des qualifications spécifiques pour arriver à se substituer au médecin pour certaines tâches. Cette dernière mission pourrait être confiée à des infirmiers de pratique avancée (voir supra).

### *Co-management*

Une autre forme de collaboration, s'inscrivant dans la lignée des recommandations précédentes, est le co-management du patient entre l'APN et le médecin tel que décrit par Hamric et al. (Hamric, Hanson, Tracy, & O'Grady, 2013). Le but du co-management est d'améliorer les soins aux patients grâce à la disponibilité de plusieurs prestataires de soins travaillant main dans la main. Les prestataires voient le patient chacun en consultation et coordonnent leurs soins les uns avec les autres : par exemple, le médecin surveille les aspects médicaux comme le traitement tandis que l'APN se concentre sur les dimensions non médicales de la santé.

Ce co-management du patient peut prendre place au sein des hôpitaux comme mis en évidence dans l'enquête de terrain. Il pourrait également s'intégrer dans le cadre d'une approche par quartier comme celle développée dans le Plan Santé Bruxellois de 2020 et mise en œuvre, entre autres, par le projet *BOOST* (Commission Communautaire Commune, 2020). En effet, mieux accompagner les personnes dans leur milieu de vie en tenant compte de leur réseau social, de leur isolement, de leurs ressources, a tout son sens, notamment lorsqu'il est connu que la moitié de personnes qui arrivent à l'hôpital sont des personnes isolées (De Ridder, 2020). C'est pourquoi l'approche quartier est importante et permettrait de sortir les personnes de leur isolement et de jouer un rôle préventif. L'aide et les soins de proximité dans les quartiers permettrait d'offrir aide, soins et soutien intégrés à chaque personne vivant dans un quartier via une approche holistique, la création de partenariats multiples (médecins généralistes, pharmaciens, aidants proches etc.), et la construction de réseaux sociaux autour des habitants isolés (De Ridder, 2020) (Vanmechelen & Vermeulen, 2020). Cette description peut être mise en parallèle avec l'initiative *Buurtzorg* aux Pays-Bas, une alternative centrée sur le patient et basée sur les principes des soins communautaires. Les équipes de *Buurtzorg* comptent un maximum de 12 infirmiers par quartier, travaillant en étroite collaboration avec le médecin généraliste et d'autres prestataires de soins de première ligne comme les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes, les pharmaciens et les aidants-proches (de Block, 2011; Monsen & Deblok, 2013). Le patient est pris en charge de façon holistique par l'infirmier qui évalue, planifie et coordonne les soins donnés. En créant *Buurtzorg*, le but était de simplifier le système de soins de santé afin de montrer que travailler avec

une vision centrée sur le patient pourrait offrir de meilleurs services à moindre coût en encourageant les patients à subvenir à leurs besoins et à être autonomes avec l'aide de l'infirmier(ère) communautaire, l'éducation thérapeutique et la mobilisation du réseau social de proximité (Centre For Public Impact, 2018). L'importance est donnée à la connaissance, la compréhension et l'évaluation des rôles joués par les autres professionnels pour établir un partenariat réussi, ce qui est d'ailleurs soulevé par le *Plan d'Actions 2019* de Brusano et dans le *Livre Blanc de la première ligne en Belgique francophone* de Be.Hive (Brusano, 2019b) (Be.Hive, 2020).

Les consultations infirmières et le co-management peuvent également trouver leur place dans les services de médecine du travail où le médecin peut se concentrer sur l'aspect clinique et l'infirmier sur le suivi des aspects psychosociaux de la santé au travail. Ce modèle existe en France par exemple, où les infirmières agissant dans le domaine de la santé du travail doivent suivre une formation supplémentaire à cette fin (Groupement des Infirmiers de Santé au Travail, 2020). En Espagne, la spécialisation « d'infirmiers du travail », reconnue officiellement depuis 2005, permet à l'infirmier de participer sur les lieux de travail à la prévention et monitoring des risques ainsi qu'à la protection de la santé des travailleurs et également de prodiguer des soins directement sur le lieu de travail (Asociación de Especialistas en Enfermería Del Trabajo, 2020).

### Délégation d'actes

Certains modèles de consultations infirmières, comme le co-management et le *Guided Care Model*, reposent, en partie, sur la délégation d'actes, soit au sein d'une même équipe de soins, soit entre professionnels relevant d'institutions différentes. Afin d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins, plusieurs pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) ont favorisé, entre autre, la délégation de tâches entre médecins et les autres professionnels de la santé (de Bont et al., 2016). A l'image de ce transfert de certaines tâches, il existe, par exemple, en France, de la création du réseau d'infirmières Asalée *Action de SAanté Libérale en Equipe* (Fournier, Bourgeois, & Naiditch, 2018). L'objectif initial de cette intervention, créée en 2004, était d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coordination entre médecins généralistes et infirmiers. Les médecins généralistes ont délégué aux infirmiers certaines de leurs tâches de prévention primaire, de dépistage et de suivi et l'accompagnement et/ou la réalisation de l'éducation thérapeutique du patient. Un des objectifs sous-jacents au projet Asalée, qui a soutenu son extension et sa généralisation, était de dégager du temps pour les médecins afin de leur permettre, entre autres, d'avoir des consultations plus longues pour les patients le nécessitant (Loussouarn, Franc, Videau, Loussouarn, & Franc, 2019). Par ailleurs, plusieurs travaux sur ce genre d'initiatives ont pu démontrer une amélioration de la qualité des soins, du suivi et de la satisfaction du patient (Lockwood, 2020; Martinez-González, Tandjung, Djalali, & Rosemann, 2015; Morilla-Herrera et al., 2016).

### Conclusion

Que ce soit à domicile, dans un contexte hospitalier ou dans le cadre de la vie professionnelle la consultation infirmière, en complémentarité avec la consultation médicale et en partenariat avec les autres prestataires de soins, permettrait de remettre le patient ou plutôt la personne au centre, en prenant le temps de l'écouter, d'identifier ses objectifs de vie et ses préférences, ce qui s'inscrit dans

la logique de la personnalisation des soins. En permettant de mieux coordonner les soins aux personnes vivant avec une maladie chronique, le système aurait tout à y gagner en termes de qualité et d'amélioration de la personnalisation des soins.

Cependant, si la consultation infirmière est perçue comme apportant une plus-value à la personnalisation des soins, elle reste encore peu implémentée dans la pratique, notamment pour des raisons liées à son financement et par les enjeux de pouvoir sous-jacents. Le rapport du KCE sur le parcours de soins prénatals illustre bien cette tension entre médecins spécialistes et sages-femmes (Benahmed, Lefèvre, Christiaens, Devos, & Stordeur, 2019).

Une généralisation de la consultation infirmière doit passer, entre autres, par le développement d'un mode de financement adapté et la clarification du cadre légal et des responsabilités entre les différents professionnels autour de la maladie chronique. Elle entraînerait également une forme de « professionnalisation » de l'expertise existante.

### [Pour aller plus loin sur cette piste](#)

Au moment de clôturer cette étude (mars 2021), le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé vient de publier son programme annuel dans lequel figure l'étude suivante : « Etude 2021-05 (HSR) Étude exploratoire de la consultation infirmière pour les patients atteints de maladies chroniques ». Le travail réalisé dans cette piste peut permettre de soutenir la réflexion de la future équipe de recherche lors du démarrage de l'étude.

## Bibliographie

- Asociación de Especialistas en Enfermería Del Trabajo. (2020). *Enfermería del Trabajo*.  
<https://enfermeriadeltrabajo.com/>
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73–82.  
<https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>.
- Be.Hive. (2020). *Un livre blanc de la première ligne francophone*. [http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive\\_LivreBlanc\\_2020.02.18.pdf](http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive_LivreBlanc_2020.02.18.pdf)
- BelRAI. (2018). *BelRAI*. <https://www.belrai.org/fr>
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque - KCE Reports 326B*.
- Berquin, A., Flaymonville, M. E., Deseure, K., Van Liefferinge, A. S., Celentano, J., Crombez, G., Vlaeyen, J., & Hans, G. (2011). *Prise en charge de la douleur chronique en Belgique : Passé, présent et futur*.
- Boiteux, A. (2006). La consultation infirmière, une avancée pour la profession. *Soins*, 51(707), 31.
- BOOST. (2017). *Le projet BOOST*. <https://www.boostbrussels.be/a-propos/>
- Boult, C., Karm, L., & Groves, C. (2008). Improving Chronic Care : The “Guided Care” Model. *The Permanente Journal*, 12(1), 50–54.
- Brusano. (2019). *Plan d’action 2019*.
- CFAI. (2018a). *Profil de fonction et de compétences de l’infirmier consultant*.  
<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/profil-de-fonction-et-de-competences-de-linfirmier-consultant-0>
- CFAI. (2018b). *Profil de fonction et de compétences de l’infirmier de pratique avancée*.  
<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/profil-de-fonction-et-de-competences-de-linfirmier-de-pratique-avancee>
- CFAI. (2019). *Avis du Conseil Fédéral de l’Art Infirmier concernant la formation de l’Infirmier spécialisé*. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/avis-2019-04-du-conseil-federal-de-lart-infirmier-concernant-la-formation-de-linfirmier>
- Chambre des représentants de Belgique. (2019). *Proposition de loi portant modification de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l’exercice de professions de santé (DOC 54 3526/001)*.
- Commission Communautaire Commune. (2020). *Plan Santé Bruxellois - Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles*. [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/plan\\_sante\\_bruxellois\\_def\\_fr.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/plan_sante_bruxellois_def_fr.pdf)
- de Block, J. (2011). *Buurtzorg Nederland: a new perspective on elder care in the Netherlands*.  
<https://docplayer.net/14838096-Buurtzorg-nederland-a-new-perspective-on-elder-care-in-the-netherlands.html>
- de Bont, A., van Exel, J., Coretti, S., Güldem Ökem, Z., Janssen, M., Lofthus Hope, K., Ludwicki, T., Zander, B., Zvonickova, M., Christine, B., & Wallenburg, I. (2016). Reconfiguring health workforce: a case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional

- roles in Europe. *BMC Health Services Research*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1898-0>
- De Ridder, R. (2020). *Au chevet de nos soins de santé. Comment les améliorer sensiblement?* Editions Mardaga.
- Fournier, C., Bourgeois, I., & Naiditch, M. (2018). *Question d'économie de la Santé*. IRDES.
- Groupe des Infirmiers de Santé au Travail. (2020). *Formations*. <https://www.git-france.org/formations/>
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2013). *Advanced practice nurse : An integrative approach* (5th ed.). Saunders.
- INAMI. (2014). *Attester une consultation infirmière*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/consultation-infirmiere.aspx>
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *British Medical Journal Open*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Leff, B., & Novak, T. (2011). It Takes a Team: Affordable Care Act Policy Makers Mine the Potential of the Guided Care Model. *Generations - Journal of the American Society on Aging*, 35(1), 60–63.
- Lockwood, C. (2020). Nurses as substitutes for doctors in primary care : A Cochrane review summary. *International Journal of Nursing Studies*, 106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.010>
- Loussouarn, C. (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Revue d'Économie Politique*, 129, 489–524.
- Magnon, R., Lepesqueux, M., & Dechanoz, G. (1995). *Dictionnaire des Soins Infirmiers*. Editions Amiec Recherche.
- Martinez-González, N., Tandjung, R., Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human Resources for Health*, 13(1), 55.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (n.d.). *La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins*.
- Monsen, K., & Deblok, J. (2013). Buurtzorg Nederland. *American Journal of Nursing*, 113(8), 55–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000432966.26257.97>
- Morilla-Herrera, J. C., Garcia-Mayor, S., Martin-Santos, F. J., Uttumchandani, S. K., Campos, A. L., Bautista, J. C., & Morales-Asencio, J. M. (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 290–307. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.010>
- Morin, D. (2018). *Pratique infirmière avancée - vers un consensus au sein de la francophonie*.
- NHS European Office. (2016). *Integrated home-based care in Netherlands : Buurtzorg study*. <https://www.nhsconfed.org/regions-and-eu/nhs-european-office/eu-knowledge-sharing/eu-models-of-care/buurtzorg-study-visit-january-2016>
- Paulus, D., Van den Heede, K., Mertens, R., & Allen, F. (2012). *Position paper : Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique - Rapport 190B*.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The

determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care, Suppl 1.*, 132–147.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13561820500082677>

- Schmitz, O., Servais, J., Lenoble, T., Dauvrin, M., & Aujoulat, I. (2021). *Les enjeux de la personnalisation des soins aux personnes vivant avec une maladie chronique en région bruxelloise. La double réalité des patients et des professionnels de santé.*
- Sermeus, W., Eeekloo, K., Van de Auwera, C., & Van Hecke, A. (2018). *Future of Nursing : improving health , driving change : Leçons tirées de la littérature internationale et des journées organisées en 2017 sur ce thème.*
- Vandenbroek, P., Christiaens, W., Dauvrin, M., Wickert, R., Becher, K., Hendrickx, E., Goossens, J., Jenné, L., & Eyssen, M. (2018). *Protocole d'évaluation pour les conventions avec l'INAMI - Report 299Bs.*  
[https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_299B\\_Protocole\\_evaluation\\_conventions\\_INAMI\\_Synthese\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_299B_Protocole_evaluation_conventions_INAMI_Synthese_0.pdf)
- Vanmechelen, O., & Vermeulen, S. (2019). *Aide et soins de proximité.*
- Warchol, N. (2007). La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle. *Recherche En Soins Infirmiers*, 91, 76–96.
- Wilson, A., Child, S., Gonçalves-Bradley, D., & Irving, G. (2018). Interventions to increase or decrease the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003540>