



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

INFIRMIERS GÉNÉRAUX

Date du Jury : 30 et 31 Octobre 2000

LA CONSULTATION INFIRMIERE
LA GESTION DES COMPETENCES DANS UN SYSTEME COMPLEXE

Ljiljana JOVIC

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I – LES SOINS INFIRMIERS ET LA GESTION DES COMPETENCES DANS UN SYSTEME COMPLEXE : ASPECTS THEORIQUES.....	4
1. Les soins infirmiers.....	4
1.1. Les soins infirmiers	4
1.2. La consultation infirmière	6
1.3. L'encadrement infirmier.....	9
2. Les systèmes complexes.....	11
2.1. Le système de santé.....	11
2.2. Les organisations.....	12
2.3. La compétence et la qualification	14
3. L'innovation	17
3.1. Les composantes de l'innovation	17
3.2. Le management de la connaissance.....	19
3.3. Le management de l'innovation.....	20
II - LA CONSULTATION INFIRMIERE : UNE REALITE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER.....	25
1. La méthodologie d'enquête	25
1.1. La population	25
1.2. Les outils d'enquête	26
1.3. Les lieux de l'enquête	28
2. La consultation infirmière actuelle.....	29
2.1. L'organisation de la consultation infirmière.....	29
2.2. La perception de la consultation infirmière	31
2.3. La compétence infirmière.....	34
3. L'avenir de la consultation infirmière.....	36
3.1. La rémunération.....	36
3.2. La prescription	38
3.3. Les perspectives	40

III - LA CONSULTATION INFIRMIERE : ASPECTS OPERATIONNELS ET PROSPECTIFS.....	43
1. La consultation infirmière : un projet institutionnel	43
1.1. La consultation infirmière : les bases d'un nouvel ordre	44
1.2. Les acteurs institutionnels	47
1.3. La stratégie institutionnelle.....	48
2. L'infirmière générale : responsable du service de soins infirmiers.....	53
2.1. Les compétences et l'innovation	53
2.2. Le personnel du service de soins infirmiers.....	55
2.3. La stratégie professionnelle	56
3. L'organisation opérationnelle.....	60
3.1. L'opérationnalisation de la mise en place de la consultation infirmière	61
3.2. Les acteurs opérationnels	62
3.3. La stratégie opérationnelle	63
CONCLUSION.....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69
GLOSSAIRE.....	72
ANNEXES.....	75

INTRODUCTION

L'hôpital, lieu sanitaire et social, est une organisation complexe par excellence. Afin d'offrir aux usagers des prestations de qualité et répondre à ses missions de soin, d'enseignement et de recherche¹, il s'inscrit dans un processus permanent d'ajustement entre les besoins de la population, les exigences des personnels, la nature et les modalités du service rendu aux usagers. L'évolution des compétences du personnel du service de soins infirmiers s'inscrit dans cette dynamique. La mise en place de consultations infirmières en est l'un des exemples.

La consultation infirmière existe depuis plusieurs années. Elle a été introduite à la fin des années 1970 par les stomathérapeutes en tant qu'activité identifiée et repérable. D'abord sporadique, aujourd'hui cette activité se développe de façon exponentielle. Les consultations infirmières font référence à des disciplines médico-chirurgicales variées, concernent des domaines d'activités de soins infirmiers différents et prennent des formes diverses. Parmi les références médico-chirurgicales et psychiatriques les plus fréquentes citons : la stomathérapie en lien avec la chirurgie digestive et l'urologie, le soin de plaies et cicatrisation, les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, la prise en charge de patients ayant des conduites addictives, l'éducation des patients atteints de maladies chroniques (diabète, asthme...) et/ou nécessitant des traitements itératifs (chimiothérapie), l'information afin de permettre au malade d'aborder un traitement ou une intervention chirurgicale sans trop d'appréhension (consultation pré-anesthésie). Les domaines d'activité sont soit complémentaires soit centrés sur un type de soin, par exemple : l'éducation, la relation d'aide. Les consultations infirmières sont exercées sous au moins trois formes : les soins externes, généralement dans des locaux de consultation, la visite, au lit du malade, lors de l'hospitalisation, et parfois par téléphone, notamment, pour fournir des compléments d'information, des précisions. La consultation infirmière est, généralement, réalisée à l'initiative d'un médecin. Le développement de cette activité est repérable dans tous les types d'hôpitaux : Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), Centres Hospitaliers (CH), Hôpitaux privés.

¹ Même si ces trois missions sont caractéristiques des Centres Hospitalo-Universitaires, elles peuvent exister, à des degrés divers, dans les autres structures d'hospitalisation.

Au regard de ces faits, les fonctions d'infirmière générale² sont multiples. Celles qui intéressent plus particulièrement la question de la consultation infirmière sont : le rôle dans l'organisation des soins, la gestion des compétences dans le domaine des soins infirmiers, la prospective et l'innovation afin d'être en adéquation avec l'évolution médicale et les besoins des malades, la demande sociale et l'offre de soins, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé.

La consultation infirmière et le rôle de l'infirmière générale suggèrent de nombreuses questions. Quelles sont les compétences infirmières nécessaires à cette activité ? Comment organiser l'activité de consultation infirmière au sein d'un établissement ? Les consultations génèrent de l'activité, aussi comment identifier la production de soins réalisée ? La manière de procéder la plus courante est la cotation en Acte Médical Infirmier (AMI)³. Cependant, ils rendent compte, pour l'essentiel, des soins techniques mais pas des soins relationnels et éducatifs. De plus, il convient de déterminer quel est l'impact de la consultation infirmière en termes d'activité, voire financiers.

Les questions soulevées par le développement de la consultation infirmière sont à la fois spécifiques et générales. Elles sont spécifiques parce qu'elles s'adressent à une activité relativement circonscrite. Elles sont générales dans la mesure où elles concernent le champ plus large de la gestion des compétences, du management de l'innovation, et leur impact aux plans professionnel et institutionnel.

Ce travail sera centré sur la question de recherche suivante : **en quoi, l'identification et l'organisation de la consultation infirmière permet-elle à l'infirmière générale d'exercer, de façon intégrée, ses fonctions de gestion des compétences, de réponse à la demande sociale et d'innovation ?**

La consultation infirmière, en tant que telle, n'est pas une activité réellement nouvelle ni d'apparition récente mais elle était relativement marginale, concernait des individus et justifiait d'une gestion au cas par cas. Chaque établissement a trouvé une solution ou des aménagements d'exercice pour les personnes concernées. Compte tenu du développement

² Lire à chaque fois, selon le cas, infirmier général, infirmière générale ; infirmier, infirmière

³ AMI : Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière, à l'exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à l'application de la lettre clé AIS.

AIS : Acte Infirmier de Soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades. [Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS), Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), mise à jour n° 2-97]

de cette activité et dans la mesure où, à notre connaissance, cette question n'a pas été traitée, dans le contexte français, il apparaît intéressant de tenter d'en cerner quelques aspects.

L'originalité de ce thème tient à son caractère innovant, à la réalité d'activités qui se développent et auxquelles il conviendra de trouver des réponses à la fois professionnelles, statutaires, réglementaires, organisationnelles et financières.

La progression de ce travail a consisté à examiner dans une première partie, de façon théorique, les soins infirmiers et leur gestion dans un système complexe. Puis de décrire et d'analyser, dans une deuxième partie, à partir de données empiriques, la réalité de la consultation infirmière dans le secteur hospitalier. Enfin, dans une troisième partie, sera envisagée la contribution de l'infirmière générale, au développement de la consultation infirmière, dans une perspective opérationnelle et prospective.

I – LES SOINS INFIRMIERS ET LA GESTION DES COMPETENCES DANS UN SYSTEME COMPLEXE : ASPECTS THEORIQUES

Les soins infirmiers sont une des composantes du système de santé. Ils ont été longtemps considérés de façon cartésienne, par un subtil découpage et des modes d'appréhension à la fois éclatés et linéaires. Ils sont présentés de manière éclatée, dans leur nature (soins techniques, soins du "rôle propre", soins relationnels et éducatifs), dans leur organisation (modèle taylorien), dans leur rapport aux autres professionnels de santé avec des comportements antagonistes de rejet ou d'alliance. Le caractère linéaire est repérable dans les représentations juxtaposées des différents éléments qui composent les ensembles, par exemple la ligne hiérarchique. Or l'évolution de la pensée met en avant la complexité des systèmes et, offre de nouveaux modèles d'analyse de la réalité en termes d'interaction, d'innovation. La complexité est un défi pour le dirigeant, aussi est-il important qu'il en comprenne la portée et les implications dans son champ de compétence.

1. LES SOINS INFIRMIERS

La notion de soins infirmiers couramment usitée aujourd'hui recouvre un champ large, aux multiples ramifications et aux nombreuses interactions. Elle concerne un savoir, des connaissances, des pratiques, des domaines d'exercice. Un de ses nouveaux modes d'expression est la consultation infirmière. Cette pratique prend forme dans le contexte hospitalier et conduit à examiner le rôle et le positionnement de l'encadrement.

1.1. Les soins infirmiers

Le métier d'infirmière est récent et son existence relativement courte à l'échelle de l'histoire puisqu'elle est inférieure à un siècle, si l'on prend comme référence 1922, date de la création du diplôme. Les soins infirmiers furent longtemps confondus avec la personne de l'infirmière. C'est à partir des années 1970 que des changements importants apparaissent. Ils sont repérables, notamment, dans les sujets de préoccupation, les formalisations dans les textes réglementaires, le contenu des formations, le champ d'intervention. Ainsi s'opère-t-il progressivement, avec parfois des effets paroxystiques, un déplacement de l'infirmière vers les soins infirmiers. Autrement dit, le déplacement se fait de la personne vers le contenu du travail.

Les notions clé des différentes définitions⁴ font apparaître, notamment, que les soins infirmiers s'adressent à des individus, des familles et des groupes. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé, s'inscrivent dans une perspective curative, préventive et éducative et tiennent compte des aspects sociaux et environnementaux des personnes auxquelles ils sont destinés. De plus, leur exercice s'appuie sur des connaissances et des compétences particulières. Dans ces quelques mots se trouve une grande part de la complexité des soins infirmiers.

L'exercice professionnel comprend trois domaines : la clinique, la gestion et l'enseignement. L'exercice clinique est permanent et le plus ancien. Il constitue la base disciplinaire des soins infirmiers. Cependant, il a connu des fortunes diverses au cours du temps : peu valorisé il n'a pas donné lieu à des formations supérieures et ne permet pas de réelles progressions de carrière. Le fait de la non-prise en compte de ce champ a induit des ruptures avec les autres domaines d'exercice que sont la gestion et l'enseignement ; particulièrement, parce que ces domaines puisent leur légitimité dans l'exercice clinique. L'émergence d'une nouvelle forme de la clinique est observable, depuis le début des années 1990. Elle se traduit par une diversification des fonctions et une multiplication des formations (douleur, plaie et cicatrisation, oncologie...). Les raisons les plus évidentes de cet essor sont : répondre aux besoins des malades, aux besoins des infirmières, notamment, en termes de compétences, afin d'être en adéquation avec les besoins de santé, la demande sociale, l'accroissement des connaissances dans les différents domaines d'activité. La clinique dans les soins infirmiers prend forme autour de la formalisation de connaissances spécifiques et du développement de nouvelles fonctions centrées sur le malade et plus largement son entourage.

L'activité principale des infirmières et leur légitimité se trouvent dans l'exercice clinique. Les autres domaines que sont la gestion et l'enseignement sont issus de la clinique et sont, d'une certaine manière, à son service. La gestion des soins, des personnels et des organisations a pour finalité de permettre l'exercice clinique et en définitive les prestations de soins. L'enseignement, permet la transmission des savoirs professionnels.

Le soin, n'est pas une exclusivité infirmière mais il en est un des principaux maillons, symbolisé par la clinique ; il se caractérise, pour l'essentiel, par un champ, des compétences

⁴ Citons parmi les plus récentes celles du décret 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, de MAGNON R., DECHANOZ G, 1995. - Dictionnaire des soins infirmiers. AMIEC, de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1996.

et des valeurs. Le champ concerne la position occupée au sein d'une filière de prise en charge d'une part, les relations opérationnelles avec les différentes composantes du réseau et les différents acteurs du système de santé (praticiens libéraux, hôpitaux, cliniques...) d'autre part. Des compétences sont liées au métier, mais il faut aussi savoir organiser, gérer et faire coexister des modes de prise en charge différents (hospitalisation traditionnelle, consultation, hospitalisation à durée déterminée, urgences...), savoir traiter une grande diversité de pathologies prises en charge à des degrés de gravité différents, savoir mettre en œuvre des technologies diversifiées... Les valeurs, sont sous tendues par des considérations éthiques et déontologiques.

L'une des évolutions à la fois organisationnelle et clinique de prise en charge des malades et de pratique des soins est repérable dans l'émergence des consultations infirmières.

1.2. La consultation infirmière

La revue de la littérature, dans le contexte français, fait état de pratiques et d'expériences. Les articles sont peu nombreux. Ils décrivent les organisations mises au point et les évaluations faites de cette activité. Parmi les raisons invoquées pour justifier cette activité figurent : la réponse à une demande des malades, les durées moyennes de séjour de plus en plus courtes qui obligent à trouver de nouveaux modes de réponse au besoin d'information et de diminution du stress, le développement des soins ambulatoires, les domaines d'intervention relevant de la spécificité des soins infirmiers (pansements, application de thérapeutiques, la disponibilité des infirmières pour réaliser des activités consommatrices de temps (éducation...), les compétences développées par les infirmières (stomathérapie, soins palliatifs...) et la diminution des coûts (une consultation infirmière est moins onéreuse qu'une consultation médicale).

Quelques soient les raisons invoquées elles répondent, d'abord, à une logique d'adaptation de l'offre de soins, aux besoins des malades et aux nouveaux modes d'organisation de la production de soins.

Concrètement, 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 champ de compétence.

Ce nouveau mode d'exercice répond certes à un besoin aux sources multiples, mais c'est également une reconnaissance des compétences infirmières pour un exercice partiellement indépendant. Étant émergente, l'activité de consultation n'est pas toujours bien identifiée, circonscrite, organisée, évaluée, rémunérée. Les raisons sont probablement à rechercher, notamment, dans la méconnaissance et le manque de formalisation de cette activité liés à sa jeunesse, à son aspect multiforme, au degré d'incertitude, corollaire de toute innovation et à l'insuffisance des textes réglementaires comparés à la réalité des pratiques.

La notion de consultation, de visite, est définie, dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels de la façon suivante : "La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.). La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) – l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation – le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient de l'acte pratiqué⁵.

Si l'on se réfère à cette définition seuls les médecins, chirurgiens dentistes et sages-femmes peuvent pratiquer des consultations et appliquer le tarif de rémunération en vigueur.

Dans le contexte hospitalier, compte tenu des modes de financement, il convient de distinguer les activités de prestation de soins dispensés aux malades hospitalisés, soumis au budget global, de celles réalisées en consultations externes et, qui sont rémunérées soit de façon forfaitaire soit à l'acte, en fonction, à chaque fois, des spécificités professionnelles et de la réglementation en vigueur. Par exemple, pour les infirmières seuls les actes figurant

⁵ Art. 15. – Contenu de la consultation, de la visite. Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS), Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), mise à jour n° 2-97.

dans la nomenclature de la Sécurité sociale peuvent être rémunérés, alors que pour les diététiciennes aucune prestation ne peut donner lieu à rémunération.

Le rapport Brocas (1998) bien que ne portant pas spécifiquement sur la consultation infirmière apporte des éléments de réflexion quant aux pratiques de soins infirmiers actuelles. Réalisé à la demande du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et du Secrétaire à la Santé il suggère de réformer et de simplifier la réglementation concernant les prescriptions, par les médecins, d'actes paramédicaux. Les propositions résultent de l'examen de la réalité et du décalage observé entre la réglementation et les pratiques. Elles "visent à préciser la place des paramédicaux dans le système de soins ambulatoires, à clarifier leur rôle vis-à-vis des médecins et à leur fournir les outils de régulation de l'exercice professionnel qui font aujourd'hui défaut" (Brocas, 1998).

Le dispositif réglementaire s'appuie sur des textes de Santé Publique et les dispositions de la Nomenclature des actes admis au remboursement (règles de la Sécurité sociale). L'exercice professionnel infirmier⁶ comprend deux dimensions : des soins soumis à prescription médicale et des soins du "rôle propre", que sont les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie. Les modalités de la prescription sont précisées dans un arrêté de 1962. En outre, les dispositions générales de la nomenclature prévoient que seuls les actes admis au remboursement et prescrits par un médecin sont susceptibles d'être remboursés.

Les textes en vigueur indiquent mal le partage des rôles entre médecins et paramédicaux exercés dans la réalité. Ils bloquent les évolutions vers une meilleure qualité des soins et ne favorisent pas leur évaluation. Les limites résident à la fois dans la prescription médicale jugée vague et incomplète, et dans la nomenclature qui ne permet pas, généralement, de spécifier le contenu des soins.

Cette réalité est gênante tant dans les établissements de soins que dans l'exercice libéral. En effet, même si l'organisation dans les structures permet de pallier, en partie, les lacunes des textes elle trouve de plus en plus fréquemment ses limites face aux nouvelles exigences de prise en charge des malades et de pratique des soins.

Les propositions du rapport Brocas, relatives à la clarification des rôles respectifs des médecins et des paramédicaux dans la prise en charge des malades en ville, peuvent être

⁶ Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

transposées à l'exercice infirmier salarié dans les établissements de santé. Elles, ne remettent pas en cause les principes du Code de la santé publique, qui fondent les relations entre médecins et paramédicaux. Les préconisations portent pour l'essentiel, sur quatre points. 1) La prescription médicale décide de "l'intervention d'un paramédical" mais non de la nature des actes que ce dernier est amené à réaliser. 2) Le bilan paramédical est réalisé par le paramédical. Le bilan comporte le diagnostic des déficiences et incapacités, la détermination des objectifs de soins et le plan de soins retenu. De plus, sauf indication expresse du médecin, le paramédical prescrit les matériels, produits et petits appareils requis pour les soins qu'il dispense (sondes, pansements, pommades...). 3) La mise en œuvre des soins fait l'objet d'une information au médecin, au malade, et d'une transmission pour accord au service médical de la Caisse d'assurance maladie compétente. 4) L'évaluation du traitement, la nécessité d'une éventuelle prolongation du traitement suppose l'accord du médecin traitant. La mise en œuvre de ces propositions nécessite une adaptation de la réglementation.

La modification des conditions de la prescription médicale a des conséquences économiques. Aussi, il convient de distinguer la responsabilité économique des paramédicaux correspondant à leur part d'initiative dans la délivrance de soins paramédicaux, de la responsabilité économique des médecins liée à leur activité de prescripteur. Le mode de rémunération s'accommode aussi bien d'une forme forfaitaire correspondant à la prise en charge globale d'un malade ou d'une pathologie que d'une rémunération détaillée à l'acte. Toutefois, plus la rémunération sera globale et forfaitaire, plus il sera nécessaire de demander au professionnel de fournir le détail des actes effectués. Cela permettra également une lisibilité pour le malade et/ou sa famille.

L'évolution des soins infirmiers en termes de compétence et de mode de pratique a une incidence sur le rôle et le positionnement de l'encadrement.

1.3. L'encadrement infirmier

Le modèle taylorien a longtemps été dominant à l'hôpital comme dans l'industrie. Il est basé, pour l'essentiel, sur la division sociale entre la conception des tâches réalisée par le bureau des méthodes et des ingénieurs, et leur réalisation dans les ateliers. Dans le nouveau modèle la performance dépend davantage de l'efficacité des interfaces que de chaque tâche prise isolément. Si l'on transpose dans le contexte hospitalier, le médecin et la surveillante

décidaient des tâches réalisées par les infirmières. Aujourd'hui, le travail de l'infirmière est centré sur le malade et plus seulement sur la tâche.

Dans ce contexte le rôle de chacun est modifié et nécessite un nouveau positionnement de l'encadrement. Les membres de l'encadrement ont dû renoncer à être de "super techniciens", ce que en tout état de cause ils pouvaient de moins en moins assumer compte tenu de la sophistication, de la variabilité dans la réalisation des actes, des connaissances nécessaires à l'activité des infirmières. Les cadres se voient investis d'un rôle de management de projets et de facilitateur dans la communication, tant pour la régulation, la mise en circulation des connaissances que pour l'innovation.

Dans cette perspective les cadres n'ont plus ni les compétences ni les moyens d'avoir une prise directe sur les soins cliniques. Seules les infirmières, qui ont cette pratique régulière, en possèdent les connaissances et la maîtrise des savoirs d'action. Les cadres doivent donc compter avec leur capacité d'autonomie et leur expertise professionnelle. On assiste à une "horizontalisation" des rôles même si les rapports hiérarchiques verticaux restent de mise.

Le rôle des cadres n'est plus exclusivement centré sur la production, en l'occurrence le soin. Ils gèrent l'interdépendance entre connaissance et organisation. Ils intègrent les contraintes et potentialités humaines, techniques, financières et juridiques. L'explosion des métiers oblige à assurer une interaction permanente entre la conception, l'évaluation et l'évolution des processus de travail. Ce qui dépasse largement l'ancien rôle d'administration du personnel.

La direction, dont l'infirmière générale fait partie, fixe les objectifs et les moyens pour les atteindre, a un pouvoir important mais ne dispose pas de celui de définir et de contrôler les sources de l'innovation, qui sont la propriété du corps social dans son ensemble. L'originalité de cette mutation est d'être portée, définie et orientée autant par la base de son système social que par les directions. Ainsi assiste-t-on à une redistribution des rôles alors que les acteurs restent les mêmes. De plus, la singularité de la place de l'infirmière générale tient à son mode d'accès à l'équipe de direction⁷ et, à son parcours professionnel qui lui permet de lire, de comprendre et de relier les logiques soignantes, médicales et administratives.

L'évolution des soins infirmiers est liée à un processus de modification interne, à l'interaction et aux pressions de l'environnement dans lequel ils évoluent.

2. LES SYSTÈMES COMPLEXES

La complexité se présente, pour le dirigeant, comme un ensemble de phénomènes difficilement compréhensibles et maîtrisables. L'observation montre que la complexité se matérialise dans l'entreprise, comme à l'hôpital, de multiples manières. Elles peuvent être articulées autour de cinq éléments : l'explosion des modèles de management, la recherche de nouvelles valeurs, l'évolution du rapport au travail, l'incertitude des organisations et l'amplification des interdépendances.

Nous empruntons les travaux issus de l'entreprise, dans leur partie transposable aux établissements de santé, en ce qu'ils peuvent rendre intelligible le fonctionnement de l'hôpital.

2.1. Le système de santé

Le système de santé peut être qualifié de complexe. Dominique Genelot (1998) a identifié neuf caractéristiques pour le premier niveau de complexité. 1) La complexité n'est pas synonyme de complication qui, elle, est maîtrisable. 2) La réalité perçue est toujours inachevée et incomplète, certains aspects échappent à notre entendement, il persiste une part d'imprévisible et d'inconnu. 3) Les parties d'un tout sont liées dans une dialectique dynamique et ne sont pas strictement additifs. 4) Les interactions sont inextricablement enchevêtrées. 5) Les systèmes complexes s'auto-organisent⁸. Cette idée concerne à la fois l'entreprise et l'individu. L'entreprise a un but, mais ce faisant elle se donne une organisation, une identité, un projet global qui dépasse le but initial. Cette auto-organisation peut aussi aller dans le sens d'une meilleure adaptation à son environnement et à sa mission. L'individu, en produisant, s'auto produit également. Le métier qu'il fait, le rôle qu'il joue, les connaissances qu'il acquiert, le sens qu'il donne à son action le façonnent et le transforment au fil des jours. 6) Le complexe est une conjonction d'ordre et de désordre car à tout moment

⁷ Création de la notion de service de soins infirmiers, art. L. 714-26 de la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁸ Les notions d'auto-organisation et d'autonomie ont été précisées par J.-L. Le Moigne dans son ouvrage " La modélisation des systèmes complexes" (1990) : "Un système complexe est, par construction, un système manifestant quelques formes d'autonomie : si ses comportements devaient être complètement dépendants d'interventions extérieures ou exogènes (sur lesquelles il n'exerce aucun contrôle), ils ne seraient pas complexes, mais au contraire complètement prévisibles. Il en est ainsi pour un automate programmé : la connaissance de son programme définit exhaustivement tous ses comportements prévisibles.

La complexité apparaît et se développe avec l'émergence d'une capacité d'autonomie au sein d'un système : ses comportements sont élaborés par le système lui-même, de façon endogène ; ouvert sur ses environnements qui le sollicitent et le contraignent, et en transaction avec eux il n'en est pas pour autant complètement dépendant : ayant ses projets propres, il est capable d'intelligence".

dans les systèmes vivants coexistent des forces de cohésion et des forces d'antagonisme. 7) L'incertitude et l'indécidabilité sont inhérentes aux situations complexes et il faut donc les admettre comme des éléments permanents de la réalité. 8) Les systèmes complexes sont instables et évoluent par bifurcations. 9) Enfin, des logiques différentes coexistent de façon "dialogique". Ce qui signifie, pour Edgar Morin, que plusieurs logiques peuvent se trouver en présence de façon complémentaire, concurrente, antagoniste, sans que cette diversité nuise à l'unité.

L'hôpital s'inscrit dans un processus de prestation de services qui commence et finit, dans la plupart des cas, hors de ses murs. C'est ce que l'on identifie sous le terme de "filrière de soins". Cette notion prend forme à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. A l'extérieur, elle se matérialise par des prises en charge des malades, en tant que de besoin, par divers professionnels et structures. A l'intérieur, c'est la complémentarité et la coordination entre professionnels et services. Aussi, la prestation infirmière n'intervient-elle, généralement, qu'à des moments particuliers et lorsque ses compétences sont requises.

Le système de santé, dans lequel s'intègre le système de soins, est au carrefour de différentes logiques : des malades et des usagers, de soin, professionnelles, juridiques, économiques, sécuritaires... C'est ce qui fait la complexité, mais aussi l'originalité de cette organisation.

2.2. Les organisations

L'une des définitions possibles de l'organisation est un arrangement d'éléments, de parties ou de fonctions en un ensemble cohérent par rapport à un but donné. Cette notion peut avoir deux connotations : l'une statique lorsqu'elle décrit une structure, une institution, l'autre dynamique lorsqu'elle se rapporte à l'action d'organiser. C'est une construction paradoxale dans la mesure où elle est basée sur des contradictions. Deux peuvent être citées. L'une concerne la division des tâches et d'activités qu'il faudra remettre en forme, coordonner, pour remplir la mission, atteindre les finalités visées. L'autre relève d'un tiraillement entre une logique de standardisation et une logique de différenciation. Soit l'apparition d'entités de fonctionnements innovants à l'intérieur de structures relativement codifiées.

L'hôpital apparaît, ou devrait-on dire apparaissait, souvent comme un univers bloqué en raison de cloisonnements entre groupes, métiers, services, statuts individuels... A y regarder de plus près c'est un formidable lieu de mouvement, de création, d'invention, d'innovation.

Ceci est particulièrement vrai pour les soins médicaux et infirmiers, et probablement moins pour les aspects organisationnels.

Les missions de l'hôpital, anciennes pour certaines (sanitaires et sociales) et, plus récentes pour d'autres (recherche), sont relativement constantes. L'hôpital est aussi une organisation contingente dont la pertinence et la cohérence sont à reconstruire en permanence, en fonction de l'environnement interne et externe, et en fonction aussi de l'évolution des intentions de ceux qui le construisent.

Le changement étant permanent il doit être intégré comme une constante dans les modalités de gestion et de management. L'hôpital ne se pilote plus par ses structures mais par son projet. Autrement dit, on ne peut plus se satisfaire des organisations basées sur le faire. Il convient de se positionner de façon explicite en fonction des finalités visées (par exemple, les services offerts, le niveau de qualité des prestations...) et du sens de l'action.

L'hôpital pour remplir sa mission essentielle, le soin, fait intervenir des dizaines de métiers. Aussi est-il important qu'il soit un lieu de construction du sens, de finalités partagées, où chacun peut à la fois développer son autonomie personnelle et contribuer au projet collectif. Cela suppose de disposer d'espace de liberté permettant de comprendre les phénomènes, d'enrichir l'interprétation, de questionner la réalité et d'innover. L'ensemble de la communauté est porteuse de sens avec des responsabilités spécifiques : la direction incarne le sens, elle est porteuse des ambitions et des valeurs des membres de l'entreprise, l'encadrement a un rôle de médiateur et d'animateur pour relayer le sens, les collaborateurs ont un rôle de concrétisation du sens et d'alerte sur les éventuelles pertes de sens (Genelot, 1998).

L'une des contraintes, à laquelle est confronté l'hôpital, est de se développer en faisant face aux évolutions complexes de son environnement tout en prenant en compte des fonctionnements internes hérités du passé, qui se sont progressivement intériorisés au plan des mentalités collectives. Renaud Sain Saulieu (1987)⁹ suggère d'envisager cette nouvelle formule de développement autour d'une problématique du déséquilibre et de la créativité et peut être même du désordre.

Par ailleurs, tout projet d'entreprise incluant les modifications de structure nécessaires pour engager une stratégie de développement pertinente par rapport aux multiples pressions de l'environnement, devra en fait tenir compte de processus transformateurs complexes

⁹ In Collectif sciences humaines Paris IX-Dauphine.

intégrant les dynamiques de changement perçues au triple plan des pouvoirs, des identités et des représentations collectives.

La transformation des organisations n'est pas homogène. L'observation montre qu'elle s'opère par à-coups, par accumulation d'expériences et non par l'application stricte d'un nouveau modèle d'organisation. L'une de ces transformations est l'inversion du rapport entre qualification et compétence.

2.3. La compétence et la qualification

La prise en compte de la compétence des personnels dans une institution n'est pas nouvelle. Il a été observé, depuis longtemps, que la répartition des activités entre personnes de même qualification n'était pas faite au hasard et que la qualité de l'exécution du travail n'était pas strictement liée aux titres ou à la position dans l'échelle indiciaire. Aujourd'hui, les relations sociales et l'organisation de travail créent un système complexe de gestion imbriquée des qualifications et des compétences, auxquelles on peut ajouter une troisième notion : l'employabilité. Elle est l'exigence que chacun devrait se donner pour rester sur le marché de l'emploi.

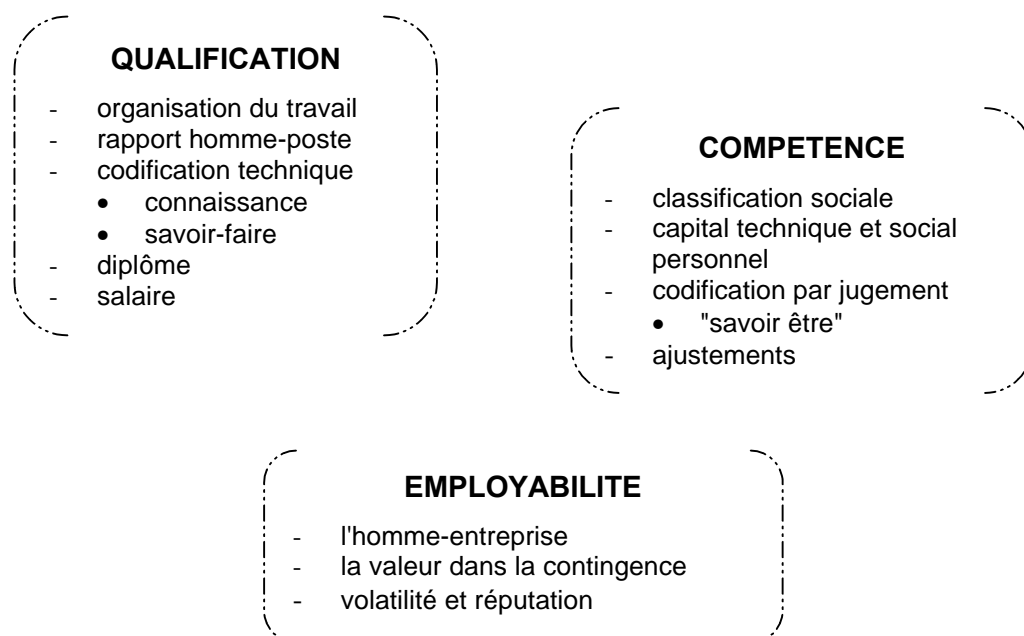


Fig. 1 - Les composantes du travail¹⁰.

¹⁰ Cours de Dominique PECAULT, Apprentissage dans les situations de travail. ENSP, 6 juin 2000.

La compétence semble être un concept mal stabilisé, à ce stade de développement, pour lequel de nombreuses définitions sont proposées. Autrefois, elle était plutôt définie comme l'accumulation de savoirs acquis par la formation et l'expérience. Aujourd'hui, la rapidité des évolutions et les pressions diverses imposent une adaptation permanente de l'activité attendue, donc des connaissances, des pratiques et des comportements. La compétence peut désormais être définie comme "la capacité à utiliser et à combiner des connaissances et des savoir-faire acquis pour maîtriser une situation professionnelle donnée et pour obtenir les résultats attendus" (INSEP Consulting, in Genelot, 1998). Les attributs de la compétence ne sont pas seulement les savoirs et savoir-faire, ce sont aussi des comportements (adaptabilité, réactivité, capacité à travailler en équipe, à apprendre, à communiquer, etc.), qui permettent d'utiliser efficacement ses connaissances dans les situations professionnelles. Autrement dit, la compétence est une construction permanente. Elle est contextualisée, multidimensionnelle, évolutive.

La compétence est un enjeu majeur pour l'hôpital. C'est une ressource qu'il met au service de ses usagers. Quelquefois c'est une ressource rare qui peut fournir une plus-value considérable dans la prestation de soins. Cependant, comme toute médaille à un revers, il faut savoir reconnaître l'incompétence.

Les leviers d'action du management sont : la stratégie, l'organisation et la mobilisation c'est-à-dire l'impulsion d'une volonté commune d'avancer dans le même sens.

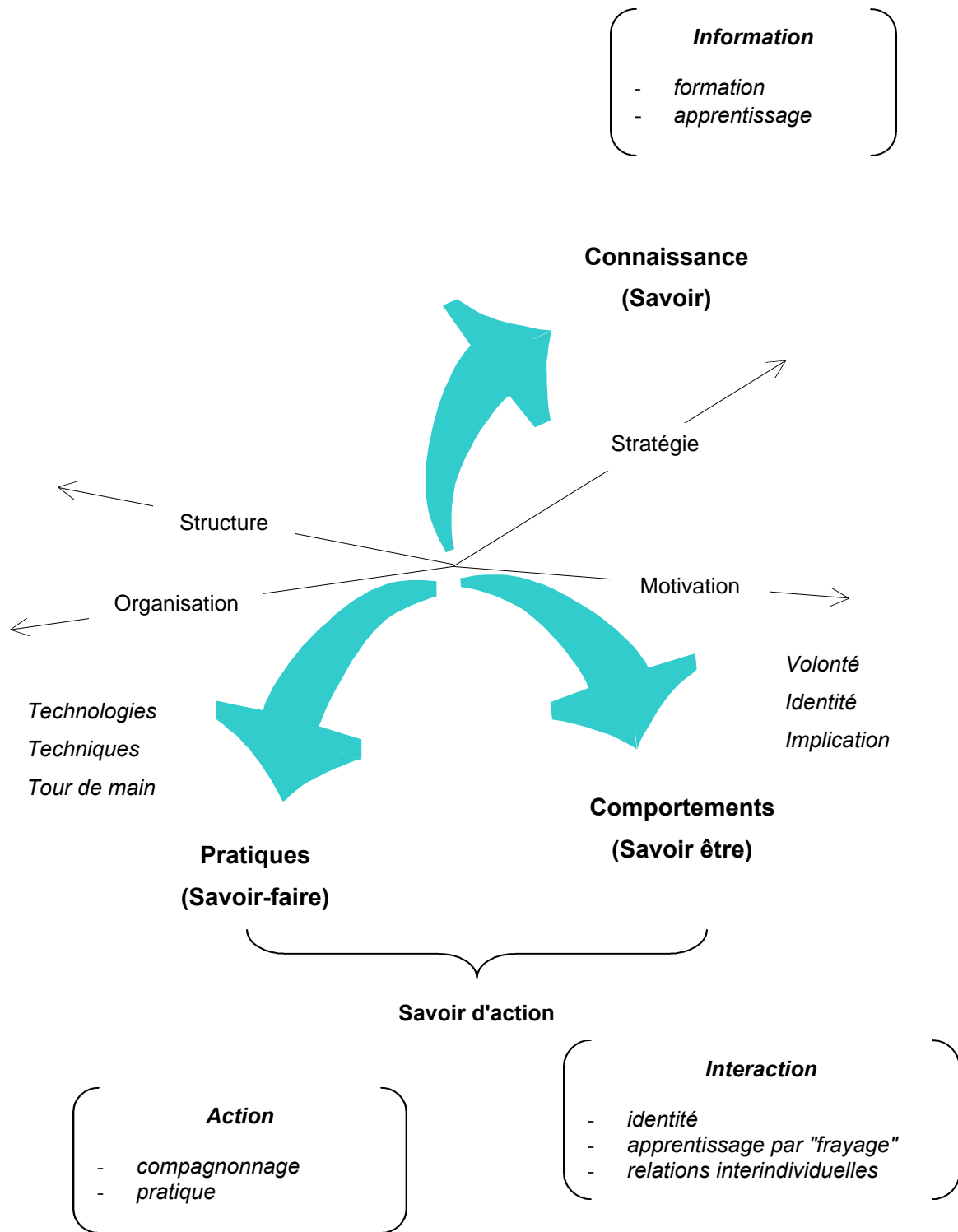


Fig. 2 - Les dimensions de la compétence et les leviers d'action du management (d'après Thomas Durand¹¹).

¹¹ In Compétences : de la théorie au terrain. Revue Française de Gestion, janvier-février 2000.

La compétence globale d'une entreprise est la combinaison de compétences individuelles, collectives et organisationnelles. La compétence collective est l'intégration des compétences individuelles qui se fait grâce à une culture, des connaissances et un savoir-faire partagé au sein d'une équipe. La compétence organisationnelle, est la capacité de construire l'intelligibilité instantanée d'un système complexe sans cesse renouvelé. Elles font partie du patrimoine immatériel d'une entreprise, et deviennent indépendantes des personnes ou des équipes qui les ont acquises et portées à un moment donné (Genelot, 1998).

Le caractère strictement individuel de la compétence professionnelle est ainsi relativisé. Elle relève de l'action collective dans le travail qui comprend trois aspects. Le premier, concerne les facteurs intégratifs (la pression de l'environnement, économique, les groupes professionnels), qui renforcent le lien social dans le travail. La deuxième, correspond à ce qui affaiblit comme les diversités des rationalités d'action, les changements de chef. Enfin, la troisième est représentée par le coût de la coopération.

Si la compétence est une des ressources majeure de l'hôpital en tant que prestataire de service, l'un des moteurs d'évolution des systèmes complexes est l'innovation.

3. L'INNOVATION

L'apparente stabilité des institutions cache un désordre intérieur considérable. Elles sont dans une permanente recherche d'équilibre qui se situe entre socialisation et stabilité d'une part, déviance et innovation d'autre part. L'innovation étant une déviance à un moment donné par rapport à un ordre établi.

3.1. Les composantes de l'innovation

Deux notions sont à distinguer : l'innovation et l'innovateur. L'innovation ne se décrète pas et ne se prévoit pas par un ordonnancement logique et programmé. Mais on peut mettre en place des conditions d'émergence, l'encourager et la soutenir. Elle est un processus hautement complexe imagé par M. Akriche, M. Callon et B. Latour (1988) de la manière suivante : "Pour avoir une idée de l'extrême complexité du processus d'innovation, il faudrait imaginer une fusée pointée vers une planète à la trajectoire inconnue, et décollant d'une plate-forme mobile, aux coordonnées mal calculées" (cité par Alter, 1996).

L'innovation est une interaction à trois niveaux : celui des produits et des services, celui des technologies et des méthodes, celui des découvertes scientifiques et des évolutions de la pensée. Ses principales caractéristiques sont : la transgression d'un ordre établi et donc la création d'un désordre, l'incertitude et l'instabilité, la création et l'adaptation, le croisement de logiques différentes, la recherche de points de convergence avec l'organisation.

La transgression d'un ordre établi est la base de l'innovation. Elle naît d'un désordre engendré par une opposition entre l'organisation et l'innovation. L'organisation cherche à prévoir, à réduire l'incertitude, alors que l'innovation cherche à en tirer partie. Le désordre, même provisoire ainsi provoqué, crée de l'incertitude et de l'instabilité tant sur le plan de l'organisation que des luttes d'influence. Pour pallier cette situation l'innovation fait appel à des ajustements et à la réactivité pour maintenir le fonctionnement de l'entreprise. L'innovation se manifeste de deux façons : un processus d'adaptation, soit l'amélioration continue de l'existant et son adéquation à l'évolution de l'environnement, des créations qui sont de véritables nouveautés.

L'innovateur c'est un employé, un ouvrier, un cadre, qui n'a pas pour mission explicite d'innover, mais qui apporte d'innombrables améliorations dans son travail quotidien. Cependant, il est toujours en décalage par rapport à la norme, l'idée dominante. Il paie une contribution psychologique élevée. C'est le prix du conflit, de la transgression des interdits, de la transformation des alliances.

L'action de l'innovateur rompt avec le schéma classique. Il diffuse l'information au lieu de la dissimuler. Il tire partie de l'incertitude car elle lui apporte de l'autonomie et de la compétence, qui peuvent être sources de pouvoir. Les dimensions stratégiques sont soutenues, bon gré mal gré, par des logiques économiques, notamment, parce que ne pouvant être programmées elles ne suivent pas le processus économique traditionnel. Ainsi les innovateurs parviennent-ils à modifier les contraintes de l'organisation, à inventer de nouvelles règles du jeu.

Les relations entre innovateur et direction peuvent être conflictuelles par confrontation de logiques différentes. Les uns cherchant à repousser les limites institutionnelles, se heurtant à la "bureaucratie", à leurs propres doutes, les autres centrant leur action sur le maintien de l'ordre, portant un regard trop comptable sur l'impact du changement. La sortie de ce dilemme et la garantie de l'efficacité organisationnelle passent par l'ajustement de ces deux logiques, l'expression d'une politique explicite, l'information.

La prise en compte de l'innovation comme une donnée à intégrer dans les méthodes d'organisation et de management semble acquise. Certains aspects de ces méthodes sont anciens mais offrent de nouvelles possibilités de mise en œuvre (management par projet), d'autres sont nouveaux. Le management de la connaissance est de ceux là. Il est particulièrement intéressant pour le sujet étudié car il constitue l'un des axes majeurs de la compétence.

3.2. Le management de la connaissance

Face à la complexité des organisations, du travail, aux exigences de nature et de qualité de prestations, le maintien et le développement de la compétence s'opèrent par une accumulation permanente de connaissances. C'est une affaire à la fois individuelle et collective. Individuelle, car aujourd'hui chaque membre d'une organisation est responsable de la qualité de sa prestation, quelque soit sa place dans l'organigramme ou sur l'échiquier hiérarchique. Collective, parce que tout collectif de travail à besoin, pour se coordonner, donner du sens à son action, construire une signification à son engagement, d'élaborer et de diffuser en permanence un corps de connaissances partagées. L'enjeu est la permanence de la compétence collective et de la compétence organisationnelle dans un système en perpétuelle transformation.

L'ensemble des concepts, méthodes et technologies permettant l'élaboration et l'utilisation collective des connaissances est désigné par "le management des connaissances" et plus souvent par l'anglicisme "*knowledge management*".

La particularité du savoir mis en œuvre dans des activités professionnelles est qu'il est fortement contextualisé et circonstancié. C'est un savoir utile, il permet de situer les conditions de validité et de pertinence des actions, de rendre les interprétations possibles.

L'élaboration, l'utilisation et la diffusion du savoir sont conditionnées par la légitimité de l'interlocuteur. Sa non-reconnaissance crée un écran dans la communication qui ne permet pas de dépasser l'aspect épuré des opérations et d'aborder les aspects-clés de l'activité et du métier, de discuter des difficultés, des erreurs..., de discuter sur le fond.

Les sources du savoir sont multiples. Elles proviennent de la formation, de la pratique, de l'expérience, mais aussi de la vie quotidienne. Le nombre de connaissances disponibles est considérable. Cependant, l'apprentissage, l'utilisation et la transmission des savoirs est

fonction de leur statut. Deux types de savoirs peuvent être distingués : le savoir théorique et le savoir d'action. Le savoir théorique c'est d'une part l'acquisition d'un ensemble de connaissances établies, le plus souvent dans des disciplines traditionnelles (mathématiques, physique, biologie...), et d'autre part la maîtrise de raisonnements logiques permettant la résolution de "problèmes" (Lehmann, 1996)¹². Le savoir d'action désigne l'ensemble des savoirs qui permettent d'agir sur l'environnement physique et social. Dans la pratique, il ne s'agit pas d'avoir une approche hiérarchique des savoirs mais de rechercher leur cohérence et intégration dans la conception, l'exécution et l'organisation du travail.

A l'hôpital, chaque métier à ses propres savoirs. Mais, au-delà des spécificités disciplinaires, les individus et les équipes doivent constituer, actualiser, partager des savoirs communs et les mobiliser de façon adaptée afin de gérer les événements et leurs aléas de façon efficiente. La pluralité et le dialogue entre les savoirs servent la capacité de flexibilité, de réactivité et d'innovation.

L'architecture générale d'un système de management de la connaissance, dans les entreprises de service, repose principalement sur quatre dimensions. La première, est la formalisation des savoirs (savoirs d'expérience, savoirs de méthode...). Il s'agit d'organiser la production collective de connaissances nouvelles, l'apprentissage de connaissances tacites. La deuxième, concerne la mémorisation et la diffusion des savoirs. La troisième, porte sur la coproduction des savoirs. Enfin, la quatrième dimension est relative à la gestion de l'évolution des savoirs. Là encore les modes de production et d'échange du savoir induisent des formes de solidarité entre professionnels et recomposent en partie les rapports hiérarchiques.

L'innovation fait partie intégrante des soins infirmiers et de l'hôpital ; à défaut d'être décrétée elle peut être managée.

3.3. Le management de l'innovation

L'hôpital est fortement exposé à la logique de l'innovation. Cependant, il convient de réfléchir également aux liens entre innovation, organisation du travail, métiers et compétences. De plus, on peut envisager un raisonnement à partir d'un véritable "système d'innovation à l'hôpital", car se cumulent plusieurs types d'innovations : technologiques au sens strict (biotechnologies, nouveaux matériels), organisationnelles, de services liées à l'évolution de

¹² in La dynamique des savoirs. Sciences Humaines, hors série n° 24 mars-avril 1999.

la mise en œuvre des missions de l'hôpital (mise en place de réseaux), sociales et culturelles. Les innovations les plus visibles se font dans le domaine biomédical. Les changements organisationnels sont souvent moins perceptibles et moins médiatisés.

Le processus d'innovation ne peut être codifié. Cependant, il a été possible de repérer des constantes à partir de l'analyse des innovations réussies. Six étapes sont proposées par Dominique Genelot, elles s'adressent plutôt au contexte industriel ; nous proposons une version plus adaptée à l'hôpital.

Tableau 1 - Les étapes du management de l'innovation (d'après Dominique Genelot)

ETAPES	ELEMENTS CONCRETS
<p>1^{ère} étape : l'éclosion des idées</p> <ul style="list-style-type: none"> - permettre la transgression de l'ordre établi - créer des rencontres, croiser des logiques - organiser la veille et le <i>benchmarking</i>¹³ - organiser la communication - accepter l'incertitude du résultat - inscrire l'innovation dans une réflexion prospective 	<ul style="list-style-type: none"> - laisser des espaces de liberté dans les organisations et les relations de travail pour l'invention - permettre le débat d'idées - sortir de son groupe d'appartenance - organiser des échanges avec d'autres structures : hôpitaux, écoles, universités, centres de recherche - se comparer avec ses "concurrents" - utiliser l'exemplarité - se laisser questionner par des logiques différentes de la sienne - organiser les échanges à l'intérieur de l'hôpital - instaurer la curiosité intellectuelle, le sens de l'opportunité - permettre la projection et l'imagination de scénarios "à géométrie variable" (idéal, catastrophe...)
<p>2^e étape : le partage et la maturation des idées</p> <ul style="list-style-type: none"> - accueillir les idées - organiser le système de suggestion 	<ul style="list-style-type: none"> - permettre l'écoute et inciter l'expression d'idées et projets nouveaux - développer une culture de l'expression, de la participation

¹³ Le *benchmarking* est la comparaison avec ses concurrents. L'ouverture d'esprit qu'entraîne cette méthode est génératrice d'innovations.

<p>3^e étape : le passage de l'idée à l'action</p> <ul style="list-style-type: none"> - matérialiser l'idée par une expérimentation [prototype] - évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'innovation - mettre en place une gestion de projet pertinente 	<ul style="list-style-type: none"> - mettre au point un dispositif de tests auprès d'usagers potentiels - confronter au réel en testant l'innovation auprès des usagers potentiels, mesure de l'utilité, de la faisabilité... - mettre en place une gestion de projet structurée et pertinente : cadrage stratégique
<p>4^e étape : le pré-lancement</p> <ul style="list-style-type: none"> - protéger l'innovation embryonnaire - améliorer l'innovation - préparer le lancement 	<ul style="list-style-type: none"> - expérimentation en dehors des circuits habituels - constitution de groupe <i>ad hoc</i> - soutien spécifique de la direction - instaurer un questionnement critique - faire pratiquer par l'utilisateur final et recueillir les remarques et suggestions - prévoir les moyens de mise en œuvre du lancement - prévoir des scénarios alternatifs
<p>5^e étape : le lancement</p> <ul style="list-style-type: none"> - concevoir une stratégie de lancement et rester en alerte - organiser les boucles en retour 	<ul style="list-style-type: none"> - être prêt à intervenir si une anomalie survient - être attentif aux interactions récursives entre l'innovation et l'environnement, c'est-à-dire aux réactions des usagers, des professionnels
<p>6^e étape : la consolidation de la croissance</p> <ul style="list-style-type: none"> - organiser les synergies gagnantes - rester en état de veille et d'adaptation permanente 	<ul style="list-style-type: none"> - accumuler un capital de confiance par cumul même de mini-succès ou de succès très localisés - améliorer l'innovation, lui donner de nouveaux atouts, en imaginer d'autres...

Le processus d'innovation à l'hôpital doit inclure les usagers. En fonction du type d'innovation ce pourront être les malades, les médecins hospitaliers ou de ville, les autres professionnels de santé, les personnels des services logistiques, administratifs...

Les aspects théoriques relatifs aux soins infirmiers, aux systèmes complexes et à l'innovation apportent des éléments de compréhension des notions en jeux, montrent l'évolution et l'articulation entre ces domaines et offrent des grilles de lecture de la réalité. Les soins infirmiers se modifient, notamment, aux plans clinique et organisationnel. L'une de ces évolutions est repérable dans l'émergence d'une nouvelle forme de pratique : la consultation infirmière. De plus, l'évolution des soins en termes de savoirs, de compétence et de modes de pratique à une incidence sur le rôle et le positionnement de l'encadrement.

La complexité des entreprises, comme de l'hôpital, se matérialise autour de : l'explosion des modèles de management, la recherche de nouvelles valeurs, l'évolution du rapport au travail, l'incertitude des organisations et l'amplification des interdépendances.

La transformation des organisations se fait par à-coups et par accumulation d'expériences. Elle se traduit, notamment, par l'inversion du rapport entre qualification et compétence qui devient une ressource majeure pour l'hôpital en tant que prestataire de service.

Le moteur d'évolution des systèmes complexes est l'innovation. Cette donnée est à intégrer dans les méthodes d'organisation et de management. Abordés dans la perspective de gestion des compétences le management de la connaissance et de l'innovation offrent des pistes prometteuses.

La consultation infirmière naît dans ce contexte de transformation du système hospitalier qui s'adapte et évolue pour survivre. Elle est un des "produits" issus des modifications qui se sont opérées au sein du système de santé au cours de ces dernières années.

II - LA CONSULTATION INFIRMIERE : UNE REALITE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

La consultation infirmière est un mode de pratique émergent. Cette activité ne fait que croître dans le secteur hospitalier. Le recueil et l'analyse de données empiriques objectivent la réalité de cette pratique telle qu'elle se présente et fournissent des éléments prospectifs.

1. LA MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

L'enquête a pour but de faire un état des lieux de la pratique de la consultation infirmière dans les hôpitaux français. Il s'agit d'une recherche de type exploratoire et descriptif. Des méthodes, quantitatives et qualitatives, sont employées afin de disposer de données empiriques utiles à l'analyse. Le recueil de données a été réalisé en deux temps. La première phase a permis un recensement, dans les hôpitaux enquêtés, des consultations infirmières. La seconde phase a eu pour objet d'approfondir les pratiques et d'avoir des éléments d'appréciation de la part de professionnels impliqués dans cette activité.

1.1. La population

La population auprès de laquelle a été réalisé le recueil de données est composée d'infirmières générales, d'infirmières, de médecins, de directeurs de services financiers et directeurs de la clientèle, de responsables des organismes payeurs. Des infirmières générales ont été sollicitées lors des deux phases de l'enquête. D'une part, pour recenser les consultations infirmières de leur hôpital ; d'autre part, pour recueillir leur avis sur cette pratique. Des infirmières et des médecins directement impliqués et qui ont une pratique de consultation infirmière. Des directeurs afin d'avoir, notamment, des éléments relatifs à l'impact financier de l'activité de consultation. Des responsables d'organismes payeurs, Direction de la Sécurité sociale, Caisses primaires d'assurance maladie, ont fourni des informations relatives à la rémunération de la consultation infirmière et la Direction générale de la santé pour les aspects réglementaires professionnels.

Population	Objectif du recueil de données	Outils	Effectif
Infirmières	- Savoirs et compétences nécessaires à l'exercice de la consultation infirmière - Impact	Entretien	15
Infirmières Générales	- État des lieux de la consultation infirmière dans les hôpitaux français - Savoirs et compétences nécessaires à l'exercice de la consultation infirmière - Impact	Questionnaire Entretien	253 Qres 15
Médecins	- Savoirs et compétences nécessaires à l'exercice de la consultation infirmière - Impact	Entretien	10
Directeurs des services financiers et/ou de la clientèle	- Impact	Entretien	10
Responsables des organismes payeurs	- Perspectives d'avenir et évolutions	Entretien	5

Tableau 2 - Répartition de la population et des outils d'enquête.

1.2. Les outils d'enquête

Les outils qui ont permis d'explorer le thème de ce mémoire sont : l'étude de la bibliographie, le questionnaire, l'entretien, l'analyse thématique.

L'étude de la bibliographie a permis de faire, d'une part, l'état des connaissances sur le sujet et, d'autre part, d'explorer les concepts et notions relatifs aux soins infirmiers, à la gestion des systèmes complexes et à l'innovation.

Le questionnaire (cf. annexe 1 et annexe 4 pour les résultats chiffrés) a été adressé à toutes les infirmières générales – Directeurs de services de soins infirmiers¹⁴ de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, des Centres Hospitalo-Universitaires, et à un échantillon, tiré au sort, d'infirmières générales de Centres Hospitaliers et d'Hôpitaux privés. Le taux de réponse des hôpitaux a été de 57%. La majorité des hôpitaux (80%) qui ont répondu (84) ont mis en place au moins une consultation infirmière.

¹⁴ Dans certains hôpitaux privés les postes d'infirmières générales sont occupés par des cadres supérieurs infirmiers faisant fonction. Cependant, leur nombre étant marginal, n'ayant pas d'incidence réelle sur le sujet traité et afin de faciliter la lecture nous emploierons le terme d'infirmière générale.

	AP-HP	CHU	Centres hospitaliers	Hôpitaux privés	Tous hôpitaux confondus
Nbre. d'hôpitaux ayant répondu	25	18	25	16	84
Nbre. d'hôpitaux ayant une (des) consultation(s) infirmière(s)	18	17	21	12	68
Nbre. de consultations infirmières	64	94	72	23	253

Tableau 3 - Répartition des hôpitaux et des consultations infirmières.

Les disciplines médico-chirurgicales dans lesquelles sont pratiquées des consultations infirmières sont surtout la médecine adulte (53%) et la chirurgie adulte (37%), et dans une moindre mesure les autres types de services. Cependant, cette répartition doit être rapportée à la représentativité de chacune de ces disciplines médico-chirurgicales. En effet, par exemple, les services de médecine sont plus nombreux que les services de pédiatrie. Les hôpitaux spécialisés en psychiatrie n'ayant pas été interrogés les réponses, concernant des services de psychiatrie, ont été intégrées à la médecine. Par ailleurs, des consultations réalisées dans le milieu pénitentiaire ont été rapportées.

	AP-HP (n=64)	CHU (n=94)	Centres hospitaliers (n=72)	Hôpitaux privés (n=23)	Tous hôpitaux confondus (n=253)
Médecine adulte	50%	60%	47%	52%	53%
Chirurgie adulte	22%	41%	35%	70%	37%
Obstétrique	5%	1%	4%	0%	3%
Pédiatrie	14%	6%	8%	13%	9%
Rééducation	13%	0%	0%	0%	5%
Gériatrie	4%	12%	1%	0%	6%
Autre	8%	4%	17%	4%	9%

Tableau 4 - Répartition des consultations infirmières en fonction des disciplines médico-chirurgicales et des types d'hôpitaux (pourcentages). [Le total de chaque colonne est supérieur à 100% car une consultation peut concerner plusieurs disciplines médico-chirurgicales]

L'échantillon pour les entretiens (cf. tableau 2, et annexes 2 et 3) a été constitué selon la méthode des choix raisonnés. Ont été inclus des sujets typiques dans la mesure où ils pratiquent des consultations infirmières, contribuent à cette activité, ou ont un rôle de décideur à des titres divers.

Ainsi 55 entretiens ont été réalisés pour cette étude soit en face à face (durée moyenne 1 heure) soit par téléphone (durée moyenne 30 mn). Dans la mesure où il s'agit d'une enquête exploratoire les seuils de saturation ont été atteints. Les personnes travaillant dans les organismes payeurs, Direction de la Sécurité Sociale, Caisses Primaires d'Assurance Maladie et à la Direction générale de la santé, ont fourni des informations, donné leur avis sur le sujet, mais ne se sont pas exprimés officiellement dans la mesure où la question de la consultation infirmière et de sa rémunération n'a pas été débattue.

1.3. Les lieux de l'enquête

Le recueil de données a été réalisé, tant pour les questionnaires que pour les entretiens, dans les hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, les Centres Hospitalo-Universitaires, des Centres Hospitaliers et Hôpitaux privés répartis sur le France. Tous cherchent à améliorer la qualité de leur prestation.

Compte tenu de la nature des réponses et du sujet traité il n'a pas été observé de différence en fonction du statut des hôpitaux. Aussi dans la suite du travail ne sera-t-il pas fait de différence ni en fonction du statut de l'hôpital ni de la spécificité de la consultation.

Les personnes ayant participé à l'enquête ont manifesté de la curiosité intellectuelle, de l'intérêt et se sont appliquées à répondre aux questions (certaines étant nouvelles pour elles), de façon aussi complète que possible et à fournir des réponses précises et argumentées. Les infirmières qui effectuent les consultations parlent de leur activité avec passion.

Les limites de ce travail tiennent, notamment, à son caractère exploratoire. Cette première approche de la question fournit des éléments objectifs, suscite des questions qui mériteraient d'être approfondies.

La diversité des approches, les trajectoires individuelles originales et collectives de la population enquêtée, la qualité des matériaux recueillis ont été source de données empiriques importantes et ont permis de fonder l'analyse sur des bases solides. Les résultats, l'analyse et l'interprétation seront présentés concomitamment dans la suite de ce travail.

2. LA CONSULTATION INFIRMIERE ACTUELLE

De nombreuses consultations infirmières fonctionnent depuis plusieurs années. Leur expérience permet de fournir des éléments relatifs à l'organisation, la perception et la compétence infirmière nécessaire à cette forme de pratique des soins infirmiers.

2.1. L'organisation de la consultation infirmière

Historiquement les consultations infirmières ont été mises en place à l'initiative des médecins et parfois à celle de cadres infirmiers. Les raisons qui ont été à l'origine de cette organisation sont de répondre à un besoin des malades et/ou de pallier le manque de disponibilité médicale.

"On faisait beaucoup d'éducation et on recevait beaucoup de coups de fils. Les gens venaient quand ils en avaient envie. Donc il fallait les accueillir et proposer des plages horaires. En plus, les consultations médicales sont devenues plus réduites et les besoins des malades ont augmenté". (IDE¹⁵, endocrinologie)

Les malades, vus en consultations externes, sont adressés par un médecin, hospitalier ou exerçant en ville, mais pas exclusivement. Certains malades viennent directement, d'autres sont adressés par des professionnels de santé (infirmière libérale, Directeur de maison de retraite), des associations, voire des laboratoires de matériels médicaux et produits pharmaceutiques. Lorsque le malade n'est pas adressé par un médecin deux conduites sont observées en fonction des habitudes de service ou de règles de fonctionnement définies au préalable. Dans le premier cas, l'infirmière oriente le malade systématiquement pour un avis médical. Dans le second, elle prend une décision en fonction de l'appréciation de la situation du malade : soit elle prodigue les soins si elle estime qu'ils sont de son domaine de compétence, soit elle dirige le malade vers un médecin. Ensuite, l'infirmière revoit le malade

¹⁵ Les abréviations correspondent à : IDE : Infirmière Diplômée d'État ; IG : Infirmière Générale. ; Méd.: médecin.

en tant que de besoin. Par ailleurs, il est revu également en consultation médicale. Parfois médecins et infirmières consultent sur les mêmes plages horaires, mais dans des locaux différents.

Les infirmières ne consultent pas toujours dans des locaux dédiés à cette activité. Elles interviennent également dans les secteurs d'hospitalisation, à la demande de collègues ou de médecins.

Dans 96% des cas le grade des personnes qui consultent est infirmière. Cependant, dans 19% des cas la consultation est assurée par des cadres infirmiers qui ont conservé une activité clinique.

Les jours et les horaires de consultation sont prévus. La consultation est toujours réalisée en présence du malade. De plus, dans environ la moitié des cas (45%), des informations, des conseils, sont donnés par téléphone soit au malade et à son entourage, soit à un professionnel de santé (pharmacien, médecin, infirmière...). Cette pratique concerne généralement les malades connus dans le service. La durée moyenne d'une consultation infirmière varie de 15 mn à 45 mn. L'activité téléphonique, lorsqu'elle existe, est estimée à une 1 heure par jour.

La gamme des soins réalisés et les champs d'activité (cf. tableau 2, annexe 4) de la consultation infirmière sont considérables : pansements, tests, appareillages, relation d'aide, éducation, observance de traitements, formation à l'hémodialyse, nutrition entérale, soutien, mise en œuvre de traitements... Les domaines d'activité les plus représentés sont : la stomathérapie (25%), l'endocrinologie (18%), la douleur (13%). Des domaines se développent (prise en charge de malades atteints de pathologies chroniques : asthme, mucoviscidose), d'autres sont émergents (pré-anesthésie).

Chaque malade vu est enregistré sur un support (cahier, fiche). Les soins réalisés sont notés sur le dossier de soins et/ou un document spécifique à la consultation infirmière. Au plan administratif, lorsque la consultation infirmière est identifiée, il est délivré une fiche de circulation aux malades. Elle servira éventuellement à la facturation des actes sous forme d'AMI.

Les consultations infirmières sont organisées et spécialisées dans des domaines identifiés. L'organisation de la consultation infirmière est liée à l'activité médicale. Elle intervient en complément ou à la place du médecin. Les médecins adressent les malades aux infirmières

en raison de leur champ d'activité (douleur, stomathérapie), mais comme cela avait été mis en évidence dans le rapport Brocas, il ne précisent pas la nature des soins à effectuer. Ainsi l'autonomie des infirmières est-elle importante aussi bien pour décider des soins à effectuer que des limites de leur champ de compétence. Cependant, cette autonomie est "encadrée" dans la mesure où chaque consultation a un objet précis.

Initialement les consultations infirmières ont été organisées pour répondre à des besoins identifiés des malades. Il s'avère qu'elles apportent également des réponses aux besoins des professionnels de santé. Après plusieurs années de fonctionnement il est possible d'avoir une appréciation de la manière dont elles sont perçues.

2.2. La perception de la consultation infirmière

L'avis des personnes interviewées sur la perception de la consultation infirmière par les malades, les médecins, les infirmières qui n'effectuent pas de consultations, l'encadrement et l'administration, fournit des informations sur l'utilité et les relations entre acteurs induites par cette forme de pratique des soins infirmiers. Dans les entretiens les avis des différents interlocuteurs sont convergents.

La perception des malades est très positive. Les principales raisons invoquées sont : la disponibilité, l'écoute, des relations plus étroites, plus directes, un accès plus facile car le malade hésite moins à déranger l'infirmière que le médecin.

"Les patients sont très reconnaissants. Ils nous le disent avec leurs mots à eux : "les filles vous êtes gentilles", "on n'a pas besoin de voir le médecin", mais nous on ne se prend pas pour le médecin". (IDE, soins externes)

"Les malades sont très contents ; contrairement à ce qu'on pensait au début. Maintenant ils prennent rendez-vous directement avec l'infirmière". (Méd. endocrinologue)

La référence à la compétence spécifique des infirmières est parfois sous-entendue, mais aussi dite de façon explicite. Il est souligné que les malades ont confiance dans la compétence et le savoir des infirmières.

"Ils sont ravis d'avoir une solution à leurs problèmes. Les médecins traitants ne regardent pas, ils réécrivent ce que le chirurgien a mis. J'ai vu des patients arriver après un an de démarches et de problèmes". (IDE, stomathérapeute)

L'appréciation des malades est perçue en terme d'impact de cette forme de pratique. Ils respectent les rendez-vous, les prises en charge se font dans la durée.

"Il existe une personnalisation, ainsi moins de personnes annulent les rendez-vous". (IG)

"Il y a une augmentation de la DMS [durée moyenne de séjour] des toxico. Elle est à 7 jours, avant elle était à 2-3 jours, car ils sont pris en charge. Ils sont contents, surtout ceux qui ont une expérience antérieure. Il y a moins de ruptures de contrats". (IDE, conduites addictives)

Ainsi la perception par rapport aux malades est positive. Les arguments portent sur des éléments liés aux attributs de la compétence.

La perception des médecins est positive, même s'il y a eu parfois des réticences au début, liées à un sentiment de perte de pouvoir. Les médecins ont observé les infirmières, et lorsque la confiance est établie elle est "illimitée". Leur activité est considérée comme complémentaire de celle du médecin. D'après les infirmières générales et les médecins, ces derniers se déchargent sur les infirmières, leur délèguent une activité qui au départ était médicale. La consultation infirmière allège leur charge de travail.

Les infirmières qui effectuent les consultations sont plutôt bien perçues par leurs collègues qui ne pratiquent pas cette activité. Elles sont vues comme experts, complémentaires, une aide, des personnes qui apportent des connaissances. Cependant, il existe également des avis plus nuancés et des difficultés d'intégration dans les services, de partage du travail avec certaines collègues, de mobilité. Parfois, les infirmières qui font des consultations sont considérées comme des "gens un peu à part", valorisés.

"Celles qui le font [la consultation] sont très valorisées. Elles trouvent toutes les dimensions du soin, elles explosent". (IG)

L'encadrement infirmier est partie prenante. Si la consultation fonctionne c'est parce qu'il est favorable et aidant dans l'organisation de cette pratique. Les infirmières générales précisent

qu'il existe des difficultés lorsqu'il n'y a pas eu de projet de service et, qu'elles attachent de l'importance à la personne elle-même car "pour donner des conseils il faut faire preuve d'humilité". De plus, il est nécessaire de bien accompagner le projet, de le faire connaître.

La perception de l'administration est lointaine. Il n'apparaît pas d'opposition, mais plutôt des attentes non satisfaites en termes de codification, de mise en place d'unités de gestion, de facturation. L'administration méconnaît, souvent, cette activité et manque de visibilité sur son intérêt et son développement. Elle est influencée par la position de l'infirmière générale et des médecins. Pour certains médecins l'infirmière générale est associée à l'administration et ils précisent que c'est leur interlocuteur. Cependant, il existe des directeurs d'établissements qui s'intéressent à cette activité et sont allés se rendre compte comment fonctionnait la consultation infirmière de leur hôpital.

"Pour le Directeur, cette activité est une conviction profonde. Il défend cette position".
(IG)

L'utilité de la consultation infirmière est largement perçue. Elle est amenée à se développer à la fois en temps consacré à cette activité et en terme de domaines. Une croissance importante est constatée ; par exemple dans un service d'endocrinologie il y avait une consultation par semaine, maintenant elle fonctionne tous les jours. Cette tendance est argumentée par des besoins de santé importants, les témoignages de malades, une prestation infirmière plus adaptée que l'approche médicale dans certains modes de prise en charge.

"Pour les malades chroniques il faut une adhésion de la famille et une compliance des enfants. La consultation médicale est inadaptée à ce mode de prise en charge. Il faut des infirmières. La consultation infirmière pourrait s'amplifier. (Méd. pédiatre)

Pour des infirmières générales la consultation infirmière fait partie intégrante de la politique de soins. Elle est inscrite dans le projet de soins. Le frein essentiel est lié au manque de moyens en personnel pour mettre en place cette activité. Dans la plupart des situations cette activité est envisagée en termes d'organisation à moyens constants.

L'utilité de la consultation infirmière n'est pas remise en cause. Les infirmières répondent à un besoin qui n'est pas satisfait par ailleurs. Elles offrent une prestation "unique" et ne sont pas en concurrence avec d'autres professionnels de santé. L'encadrement est partie prenante dans l'organisation de la consultation. Le bon fonctionnement et la complémentarité

plutôt que l'opposition entre les acteurs sont assujettis à l'inscription de cette activité dans un projet de la politique de soins. L'infirmière générale est perçue à une place différente en fonction de l'interlocuteur. C'est quelqu'un qui est identifié comme étant en mesure de prendre des décisions et, en tous les cas de les influencer.

La perception positive de la consultation infirmière est largement associée à la reconnaissance d'une compétence.

2.3. La compétence infirmière

Un des médecins endocrinologues interrogés estime qu'il y a trois types de compétences : technique (matériel), psychologique et clinique afin de détecter les problèmes car, souvent, ce sont les infirmières qui signalent les difficultés au médecin. Par ailleurs, les termes utilisés pour indiquer les compétences spécifiques nécessaires pour la pratique d'une consultation infirmière rejoignent les trois pôles du schéma que sont : le savoir, le comportement et la pratique. Les qualificatifs les plus fréquemment cités relèvent du comportement, soulignant ainsi que dans cette forme de pratique ce pôle prend une importance particulière.

En utilisant les termes les plus fréquemment cités on pourrait dire que les compétences spécifiques se déclinent en termes : de savoir, d'une bonne connaissance de la pathologie, du secteur concerné et d'une formation spécifique ; de comportement, de disponibilité et d'écoute ; de pratique, d'une expérience et d'une maturité personnelle et professionnelle.

Les trois domaines de la compétence sont complémentaires et en interaction. Ainsi, par exemple, certains qualificatifs du comportement concernent des dispositions personnelles mais d'autres sont la résultante d'un apprentissage professionnel.

"On sort du bricolage. Il ne devrait pas y avoir de consultation sans formation clinique pointue. L'infirmière lambda ne peut pas faire de consultation. Il faut également une dynamique institutionnelle, cela ne peut se faire sans projet de soins, de projet médical". (IG)

D'autres termes proposés, tels que : savoir travailler en équipe, former ses collègues, sont une contribution aux compétences collectives.

SAVOIR	COMPORTEMENT	PRATIQUE
<ul style="list-style-type: none"> - bonne connaissance de la pathologie et du domaine concerné - bonne connaissance des produits - formation spécifique - gestion des soins, des urgences et administrative - pédagogie - relation d'aide - technique <p style="text-align: center;">Entretien et développement du savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - se former - savoir se remettre en question - recherche en soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> - agréable - amabilité - curiosité intellectuelle - connaissance de ses limites personnelles et professionnelles - discrétion - diplomatie - disponibilité - écoute - faire le deuil des services et des soins techniques - humilité - initiative - investissement personnel - mémorisation - méthode - motivation - optimisme - organisation - partage - patience - prise de distance - qualités relationnelles - rigueur professionnelle - sens des responsabilités 	<ul style="list-style-type: none"> - expérience professionnelle - maturité personnelle et professionnelle

Tableau 5 - Les compétences spécifiques nécessaires à la pratique de la consultation infirmière.

Le niveau d'initiative et d'autonomie dans la pratique de consultations infirmières est très important. Allant, parfois, jusqu'à l'ajustement de traitements, comme les doses d'insuline en diabétologie.

"Il est grand. Si elles font preuve de compétence, elles soulagent le médecin, et si la confiance médicale est réelle il existe une très grande autonomie. C'est un lieu de développement d'une autonomie, de créativité". (IG)

La liberté d'initiative et le niveau d'autonomie s'acquièrent par la compétence et sa reconnaissance par le corps médical et les collègues. Les autres marques de reconnaissance sont : la présentation de la formation et de l'activité à des journées, dans le journal d'établissement, l'information dans le rapport d'activité, l'envoi de malades par des médecins, un positionnement spécifique sur l'organigramme. Mais il n'y a aucune reconnaissance financière.

La compétence spécifique des infirmières qui effectuent des consultations est identifiée en termes de savoirs cliniques, de comportement et de pratique. Il apparaît qu'il est préférable de confier cette activité à une infirmière expérimentée, de préférence experte dans un domaine spécifique, qui à un comportement permettant une relation adéquate et de se situer tant vis-à-vis du malade, des médecins que des collègues. Dans la pratique de la consultation les savoirs d'action sont au moins aussi importants que les connaissances. La compétence identifiée et reconnue par les autres permet un niveau d'initiative et d'autonomie important.

La consultation infirmière, étant dans une logique d'innovation, elle est soumise à une adaptation et une amélioration permanentes, gages de sa pérennité, du maintien et du développement de la qualité de la prestation.

3. L'AVENIR DE LA CONSULTATION INFIRMIERE

Le niveau de développement des consultations infirmières approche de la "masse critique" qui rend nécessaire de s'interroger sur son avenir. La nécessité de cette activité fait ses preuves, des organisations sont mises en place, mais, outre des difficultés diverses, deux thématiques récurrentes sont principalement avancées : la valorisation des prestations fournies et la prescription infirmière.

3.1. La rémunération

Le nombre de consultations infirmières par jour peut varier de 4 à 100, en fonction du type de soins et des besoins. A titre illustratif, dans un service de dermatologie il apparaît que 10% des malades vus en consultation médicale ont une consultation infirmière.

La comptabilisation de l'activité de consultation observée relève de tous les cas de figure, allant de la simple inscription du nom du malade sur un cahier à l'application d'un forfait correspondant à un AMI 10¹⁶. Même lorsque la comptabilisation est faite sous forme d'AMI on ne fait pas toujours payer le malade. Les raisons sont diverses : c'est compris dans l'acte médical, il n'existe pas d'unité fonctionnelle spécifique soins infirmiers, la valeur du point AMI

¹⁶ Compte tenu de la valeur du point AMI (17,50 F au 1.11.1999) cela représente 175 F par consultation.

engendre des factures bien inférieures au coût de la facturation¹⁷. De plus, la cotation en AMI ne permet pas de prendre en compte tous les types de soins dispensés dans les consultations infirmières. Elle est surtout adaptée pour les soins techniques. Aussi les soins relationnels et éducatifs, ne peuvent-ils être facturés, alors que c'est parfois l'activité essentielle d'une consultation infirmière. Des hôpitaux "contournent" la réglementation en appliquant, pour des soins éducatifs, un AMI 1 par 15 mn de durée de consultation.

D'après des Directeurs des services financiers, la production en AMI entre dans le calcul général et contribue à la diminution de la valeur des points ISA (Indice synthétique d'activité). Un des directeurs interrogés estime que, dans son hôpital, les AMI, générés par les deux consultations infirmières qui fonctionnent, représentent 1% de la production des consultations et soins externes.

Par ailleurs, les infirmières sont sollicitées dans le cadre de la mise en place de réseaux de soins. Cette forme d'organisation est également un révélateur de l'insuffisance de la réglementation relative aux soins réalisés par les paramédicaux. Des Caisses primaires d'assurance maladie ont demandé des dérogations à la nomenclature, à titre expérimental, pour les diététiciennes et peuvent le faire pour les infirmières.

Cette situation dans laquelle une activité réalisée n'est pas toujours valorisée ni identifiée pose la question de la rémunération de la consultation infirmière. Schématiquement deux aspects peuvent être évoqués : la rémunération des actes selon la réglementation actuelle et des propositions d'évolution de la rémunération. La mise en œuvre des possibilités offertes par la réglementation actuelle est surtout une affaire de volonté de chaque hôpital, même si elle n'est pas entièrement satisfaisante. Les propositions soumises aux personnes interviewées sont de conserver une tarification à l'acte et de créer une tarification forfaitaire de consultation, comme cela existe pour les médecins. L'une ou l'autre seraient appliquées selon des règles à définir. Une large majorité des personnes interrogées seraient favorables à cette proposition. Estimant que le "temps passé ça se paye", cela montrerait au malade que les soins infirmiers ont aussi un coût, ce serait une forme de reconnaissance du travail fourni et du "niveau de compétence" et ce serait plus lisible pour les décideurs.

La rémunération de la consultation infirmière est à la fois liée à l'application de la réglementation en vigueur et à l'évolution de la tarification. Les enjeux de la valorisation de cette activité sont professionnels, et surtout sociaux car ils participent à l'optimisation des

¹⁷ Le coût de la facturation est estimé dans l'un des hôpitaux enquêtés à 45 F.

dépenses de santé. Les soins externes génèrent des recettes pour l'hôpital. La valorisation des prestations de soins infirmiers "externes" permettrait une lisibilité en termes d'activité et de finances. Sachant que les dépenses en personnel représentent environ 70% des budgets hospitaliers le temps est un bien précieux. Aussi le temps passé par les personnels à l'organisation et à la pratique des consultations pèse-t-il, parfois de façon non négligeable, sur les budgets. A cela il faut ajouter l'investissement en formation afin de garantir des niveaux de compétence compatibles avec cette activité. Aussi est-il important que toutes les activités de soin soient valorisées.

La consultation infirmière représente un coût pour l'hôpital en termes de personnel et dans une moindre mesure en matériel. La rémunération de la consultation infirmière, sur la base de la réglementation en vigueur, montre des limites en raison de l'insuffisance voire l'absence de textes en adéquation avec la réalité des pratiques. Cette situation conduit des hôpitaux à faire des "montages" et à inventer des solutions alternatives se situant entre ce qui est permis par la réglementation et le vide juridique. C'est une démarche classique pour les innovations. C'est un désordre dans un système qui est encadré d'un côté par les textes professionnels et de l'autre par la NGAP. L'étape suivante serait la normalisation, c'est-à-dire la création d'un nouvel ordre, qui lui-même pourra être transgressé pour que le cycle continue.

La question de la rémunération de la consultation infirmière est associée à celle de la prescription car toutes deux sont contingentes du contexte et de l'environnement dans lequel se développe cette forme de pratique des soins infirmiers.

3.2. La prescription

Les situations rapportées dans les entretiens montrent que les infirmières pratiquent déjà d'une certaine manière les prescriptions. Pour les médicaments c'est exceptionnel et il s'agit d'ajuster un traitement en cours, par exemple l'insuline ou un anticoagulant. Cependant, si l'adaptation de la posologie d'un traitement prescrit par un médecin est envisageable dans certaines situations, les avis sont réservés quant à la prescription médicamenteuse.

"Une adaptation du traitement oui, mais la prescription de produits, je ne pense pas que ce soit envisageable aujourd'hui". (Méd. endocrinologue)

"Je ne serais pas d'accord pour les médicaments, même contre la douleur". (IG)

"Ca m'avait fait peur quand j'avais entendu M. Kouchner dire ça [prescription d'antalgiques par les infirmières]. C'est différent s'il y des protocoles. C'est l'application de prescriptions. J'y vois une dérive, on n'a pas eu de formation pour prescrire un médicament plus qu'un autre. C'est une responsabilité". (IDE, soins palliatifs)

Par contre, les infirmières, médecins et infirmières générales sont favorables à une possibilité de prescription de matériel nécessaire aux soins. L'un des principaux arguments est une connaissance infirmière, en la matière, supérieure à celle des médecins. D'ailleurs dans certains services, l'infirmière établit l'ordonnance et le médecin signe.

"Dans les domaines limités, par rapport au matériel c'est elles qui le font complètement. Les infirmières présentent le matériel, le malade choisit, et nous on signe ce que l'infirmière a écrit. D'ailleurs les laboratoires vont les voir directement". (Chirurgien)

"Actuellement les médecins sont incapables de prescrire les soins et ce qui est nécessaire à un stomisé. Ce serait une bonne idée, mais il faudrait que ce soit bien cadré". (IDE, stomathérapeute)

"Par rapport aux plaies, l'infirmière connaît beaucoup mieux certains pansements que le médecin, donc le médecin demande à l'infirmière". (IG)

Les modifications réglementaires permettant aux infirmières de faire des prescriptions relèvent de trois niveaux de décision. Au premier niveau, il convient de répondre aux questions suivantes : estime-t-on qu'il y a les compétences et l'exercice de la fonction permet-il une consultation ? L'appréciation de compétence et d'exercice est du rôle de l'Académie de médecine. Au deuxième niveau, il s'agit d'une appréciation politique, elle résulte d'une volonté et des enjeux, notamment, pour les soins en ville. Le troisième niveau est technique. Il porte sur la modification de la nomenclature. Cette modification d'ordre juridique est relativement simple à réaliser. De plus, cette modification devra être inscrite dans le décret relatif à l'exercice professionnel des infirmières.

La prescription pourrait concerner trois domaines : les médicaments et les examens, le matériel, les "conduites de mise en œuvre" (de prévention, d'apprentissage, d'organisation familiale..., voire de coordination des professionnels de santé intervenant auprès d'un

malade). L'exclusivité médicale pour la prescription de traitements médicamenteux n'est pas discutée. Les infirmières estiment ne pas être formées pour décider de thérapeutiques et, ne manifestent pas de réel désir d'investir ce champ. Par ailleurs, les médecins ne sont pas favorables à se dessaisir de leur prérogatives dans ce domaine. Par contre, pour la prescription de matériel nécessaire aux soins infirmiers, l'enquête montre que les acteurs qui interviennent dans le champ clinique, infirmières et médecins, impliqués dans la prescription infirmière sont favorables à cette évolution. Cette position indique que les conditions de compétence infirmière, en la matière, sont réunies et reconnues. L'officialisation et la concrétisation de la prescription dans ce domaine est liée à la position qu'adopteront les pouvoirs publics. La formalisation de "conduites de mise en œuvre" pourraient faire l'objet d'une prescription infirmière. Le rôle des infirmières dans ce domaine prend de plus en plus forme. Les raisons sont multiples : cet aspect de prise en charge des malades s'inscrit dans le champ des soins infirmiers et la permanence des infirmières dans le processus de soins. Ce troisième domaine de prescription émerge et devrait faire l'objet d'études spécifiques.

Les questions relatives à la rémunération de la consultation et à la prescription infirmière corroborent les observations et propositions du rapport Brocas. Elles sont des points d'ancrage pour les perspectives qui s'ouvrent à la pratique de consultation pour les infirmières.

3.3. Les perspectives

L'intérêt de la consultation infirmière, exprimée dans les questionnaires, c'est d'abord de permettre au malade d'être acteur de sa prise en charge ; viennent ensuite : développer la fonction clinique, diminuer les coûts et en fin offrir aux infirmières une nouvelle carrière. Ainsi ce qui est mis en avant c'est de répondre à la demande des malades et de développer la compétence clinique des infirmières. Par ailleurs, dans les entretiens il est précisé que la consultation est d'un grand intérêt pour l'hôpital dont on n'a pas encore mesuré l'impact. Elle permet d'économiser le temps médical et donc de l'argent, de répondre à des besoins que les médecins ne sont pas en mesure de satisfaire, de donner une place à des malades qui étaient "peu ou mal pris en charge" (par exemple les conduites addictives), d'offrir au malade une qualité de prestation avec de la disponibilité.

"La consultation infirmière économise le temps médical. Je ne veux pas dire que le temps médical est plus précieux, mais il y a plus d'infirmières à l'hôpital que de médecins. Le temps d'un médecin coûte plus cher que le temps d'une infirmière. Or

apprendre c'est répétitif et ça prend du temps. C'est un complément à la consultation médicale et c'est très très bénéfique pour le malade. Le médecin à une forme de contrôle [sur le malade] par l'intermédiaire de l'infirmière. Elle le prévient dès qu'il y aura quelque chose. C'est une sorte de prolongation de la consultation médicale.

L'infirmière peut aussi informer le malade. Les malades posent des questions à l'anesthésiste. Le chirurgien leur à expliqué, mais ils n'imaginent pas ce qui peut leur arriver. Il faut dire qu'il faut avoir de l'imagination pour imaginer ce qui peut vous arriver après une intervention ORL, par exemple. Je ne crois pas qu'ils ne posent pas de questions aux chirurgiens parce qu'ils n'osent pas. Ils posent des questions à l'anesthésiste, aussi, parce qu'il s'est passé du temps depuis la consultation avec le chirurgien. Ils ont réfléchi, parlé autour d'eux. Quand les choses sont graves et mutilantes ils ne perçoivent pas tout. Là je verrais un rôle très important de l'infirmière pour refaire l'information. Elle est plus proche. Elle se met à la portée du malade. Elle perçoit différemment son rôle". (Méd. anesthésiste)

"Il y a 15 000 diabétiques en Vendée et pas suffisamment de médecins. Il faudrait leur donner [aux infirmières] un statut. (Méd. endocrinologue)

"Aux "consultations porte" les médecins devraient passer la main aux infirmières. Cela permettrait de désengorger les urgences porte parce que les médecins ne peuvent pas faire, et de toute façon ne savent pas faire". (Directeur des finances)

Les difficultés éventuelles portent sur la nécessité de respecter les rôles des médecins et des infirmières, de disposer de temps infirmier à consacrer à la consultation, de reconnaissance de ce nouveau mode de pratique.

"La difficulté de la reconnaissance, toute innovation est très difficile en France. Il ne faut pas voir les choses par le petit bout de la lorgnette". (Méd. endocrinologue)

L'expérience et la pratique posent de nouveaux problèmes au sujet desquels il faudra approfondir la réflexion, proposer des réponses. Par exemple, les infirmières sont appelées dans de petites structures pour donner des consultations, aussi comment faire en l'absence de cadre juridique. Par ailleurs, la pratique de la consultation infirmière induit une nouvelle répartition du travail entre le médecin et l'infirmière qui a cette activité ; leur coopération change de nature. Le médecin qui adresse un malade à une infirmière en consultation reste, certes, le prescripteur mais dans la mesure où il ne maîtrise ni la nature ni le contenu des

soins il se réfère à sa compétence. C'est une forme de perte de contrôle sur le processus alors qu'il en est l'ordonnateur.

La consultation infirmière est un concept novateur, elle apporte de la qualité aux soins. La question est de savoir comment la pérenniser et la faire reconnaître officiellement car "tout le monde est très satisfait de son existence".

Les aspects empiriques montrent que la consultation infirmière se "propage" à l'image de ces plantes qui en poussant occupent de plus en plus du terrain auquel elles adhèrent. Ceci se fait en investissant des domaines de plus en plus divers et en développant une activité jugée indispensable. Elle répond à un besoin de santé publique issu de la rencontre entre une compétence "originale" disponible et un environnement (demande des usagers, champ non couvert par d'autres professionnels de santé, prises en charge dans des temps de plus en plus réduits, contraintes économiques).

La consultation infirmière s'inscrit dans une logique d'innovation. Elle crée du désordre, transgresse les règles établies tant d'un point de vue réglementaire que dans la division du travail entre professionnels de santé. Les organisations mises en place sont opérationnelles. Cependant, après une expérience de fonctionnement il est nécessaire d'opérer des ajustements, des améliorations d'une part et des évolutions d'autre part. Ces dernières portent, notamment, sur les questions de rémunération, de prescription, du développement de l'activité de consultation dans et hors des murs de l'hôpital, de formation spécifique (conseil, éducation des adultes).

La prise en compte de logiques qui se croisent sont à la fois un facteur d'émergence, de pérennité, de créativité, de la consultation infirmière. Parmi les diverses logiques en présence citons : professionnelles infirmières et médicales, institutionnelles, nationales (accès aux soins, priorités de santé publique, rationalisation des dépenses).

Les acteurs plus particulièrement impliqués dans cette pratique sont les plus proches du champ clinique : infirmières, médecins, encadrement. Le positionnement des infirmières générales est à souligner dans la mesure où étant au carrefour des logiques soignantes, médicales et administratives, elles sont identifiées à la fois comme des initiateurs, des décideurs, et donc des interlocuteurs privilégiés. Les administrateurs et les responsables des organismes payeurs ont une position qui peut être qualifiée de neutre. Ils ne manifestent pas d'opposition de principe à la pratique de consultation infirmière et, sont prêts à contribuer à son développement. Les uns sous la pression médicale et soignante, les autres en fonction des choix politiques.

III - LA CONSULTATION INFIRMIERE : ASPECTS OPERATIONNELS ET PROSPECTIFS

Le grade d'infirmière générale existe officiellement depuis 25 ans. Un enrichissement constant de la fonction est notable dans les textes qui ont jalonné cette période. Dans les derniers en date¹⁸ les fonctions précisées couvrent un champ relativement large. Ils situent l'infirmière générale, d'une part, comme responsable du service de soins infirmiers et, d'autre part, comme membre de l'équipe de direction. Dans chacune de ses positions elle participe activement à l'évolution de l'hôpital et de la qualité des soins. L'exercice de ses fonctions est sous-tendu, pour l'essentiel, à la fois par des capacités à gérer l'existant et des capacités à se projeter dans l'avenir, afin d'innover, d'anticiper et faire anticiper aux équipes les évolutions de la pensée, technologiques, organisationnelles...

Les éléments théoriques et empiriques issus de l'enquête nous conduisent davantage à proposer "comment réfléchir" cette réalité plutôt qu'à fournir des recettes de "comment faire".

Dans cette perspective et, en référence à la consultation infirmière, nous envisagerons le rôle de l'infirmière générale dans les dimensions de management, d'expertise et de promotion des soins infirmiers, d'innovation. Ces dimensions seront abordées à trois niveaux d'intervention : institutionnel, professionnel et opérationnel ; avec à chaque fois les éléments clés, les personnes concernées, et les aspects concrets.

1. LA CONSULTATION INFIRMIERE : UN PROJET INSTITUTIONNEL

L'organisation d'une consultation infirmière est un projet institutionnel compte tenu de ses interactions avec l'institution et l'environnement de l'hôpital. Elle relève, pour une part, du processus classique de mise en place d'une nouvelle organisation et, pour une autre part, de l'identification des bases d'un nouvel ordre. Au niveau institutionnel c'est d'abord une décision de mise en place et ensuite une stratégie d'action. Les conditions de réussite sont liées aux acteurs, aux finalités visées, à la définition et l'articulation des modalités de fonctionnement et à l'art stratégique. Le projet d'organisation d'une consultation infirmière est

¹⁸ Décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 modifiant le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière et, Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

du domaine de compétence de l'infirmière générale. En tant que membre de l'équipe de direction, elle en est un acteur stratégique.

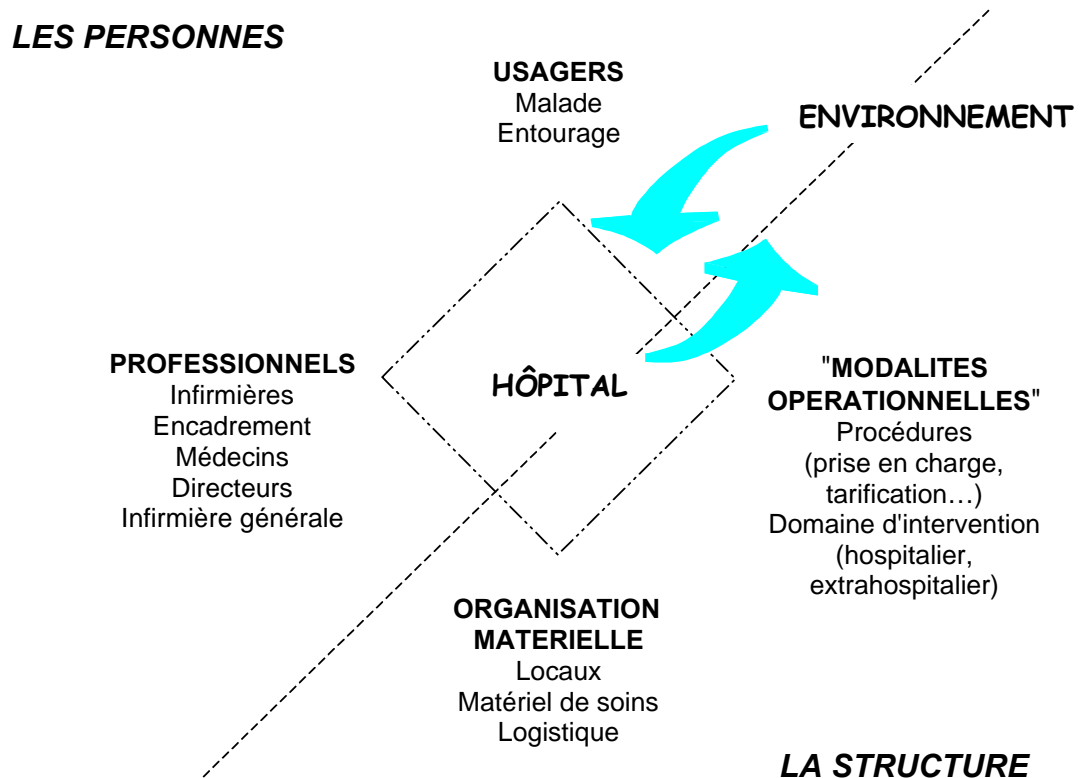


Fig. 3 - Les éléments à prendre en considération dans une stratégie pour l'organisation d'une consultation infirmière.

1.1. La consultation infirmière : les bases d'un nouvel ordre

L'expérience montre que toute pratique nouvelle doit être prévue et intégrée dans l'organisation. Dans le cas contraire, laissée à l'initiative des acteurs, sa mise en œuvre devient aléatoire. Classiquement, lors de la mise en place d'une nouvelle organisation il convient de définir d'abord les finalités visées et de s'attacher ensuite à la formalisation d'une stratégie. Il s'agit de lister tous les éléments pertinents tels que : les personnes directement concernées, les personnes et/ou secteurs sur lesquels il y aura des effets induits, les procédures et interactions et les conditions matérielles. L'une des méthodologie possibles est : d'établir le diagnostic initial, de définir le but et les objectifs, les étapes successives, les moyens nécessaires à la mise en œuvre et au fonctionnement, de prévoir les modalités

d'évaluation et les ajustements. Un prolongement à cette méthodologie est d'examiner les effets induits par la nouvelle pratique qu'il faudra prendre en considération à moyen ou long terme.

Toutes les étapes d'un processus sont importantes, car c'est la bonne réalisation de chacune d'elles et leurs interrelations qui permettront à l'organisation de remplir sa mission de façon efficiente. Toutefois, la définition des finalités et l'établissement d'un diagnostic initial sont des étapes qui méritent d'être soulignées. Les finalités permettent de fixer clairement la nature et le niveau de prestations de soins que l'on souhaite proposer dans la consultation infirmière. C'est le point d'ancrage à partir duquel tout le reste pourra être décliné. Et, *a contrario*, les éléments nouveaux devront être interrogés au regard des finalités. Cette manière de procéder permet de distinguer ce qui est important de ce qui est secondaire et peut éviter le piège de confondre finalités et moyens. Le diagnostic initial a pour vertu d'offrir une vision claire de la situation : quelle est la demande réelle, de qui émane-t-elle, quel est le "marché" potentiel, autrement dit quel sera le recrutement en qualité et en nombre, quelles sont les compétences disponibles, de quels moyens dispose-t-on, quels sont les points de blocage... ? C'est une manière d'objectiver la réalité à partir de laquelle l'innovation pourra se développer. Par la suite les finalités pourront être reconsidérées, un nouveau diagnostic réalisé en fonction des évolutions.

Mais au-delà de ce schéma opérationnel et qui a fait ses preuves, il est pertinent de poser les bases d'un nouvel ordre. La mise en place d'une consultation infirmière provoque un désordre dans le système. Concrètement c'est une offre de service supplémentaire dans la filière de soins, une modification du partage du travail, une redistribution des moyens de fonctionnement.

L'offre de service supplémentaire modifie la configuration de la filière de soins. Même si la consultation infirmière répond à un besoin, sa mise en place peut générer une augmentation de la demande selon la formule "l'offre crée le besoin". Aussi faut-il être en mesure de répondre au flux de malades, avoir éventuellement prévu une montée en charge progressive ou des solutions alternatives. Par exemple, les malades nécessitant des soins de dermatologie peuvent être accueillis dans le secteur hôpital de jour, s'il n'y a pas de possibilité de prise en charge en consultation infirmière.

Le partage du travail à l'hôpital est la résultante d'une formation technique et d'une socialisation. Ainsi chacun sait ce qu'il doit faire et ce qu'il est en droit d'attendre des autres. Les modifications induites, par la consultation infirmière, même relatives, sont des

changements de rôle, de niveau de décision, de responsabilité. Ceci est particulièrement notable dans la répartition du travail entre médecins et infirmières dont la coopération change de nature. Aussi faut-il rendre visibles les rôles et fonctions afin de permettre les ajustements nécessaires à la coordination et la coopération dans le travail. De plus, des personnes peu impliquées jusqu'alors peuvent intégrer la filière de soins, par exemple les personnels administratifs chargés de gérer les consultations (fiche de circulation, facturation, recouvrement).

La redistribution des moyens de fonctionnement concerne tout particulièrement le personnel. C'est le poste budgétaire le plus important dans une consultation infirmière. En fonction des finalités, des besoins, des moyens disponibles et des moyens supplémentaires susceptibles d'être obtenus, il est possible de proposer, par exemple, une création de poste, une répartition des temps de présence dans un service d'hospitalisation et des temps consacrés à la consultation.

Parmi les effets induits et, qu'il faudra gérer à plus long terme, citons à titre d'exemple l'évolution de carrière des infirmières qui font des consultations et l'extension de la pratique de consultation à d'autres professionnels de santé. Pour les infirmières, au début, l'intérêt du poste occulte les projets d'évolution professionnelle. Mais ensuite se posent des questions de projet professionnel, de reconnaissance des compétences. Par ailleurs, l'officialisation d'une consultation infirmière peut être un facteur déclenchant pour créer des consultations spécifiques aux autres professionnels paramédicaux (diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute,...).

Si une analyse pertinente et argumentée n'est pas réalisée avant l'élaboration d'une stratégie de mise en place, les risques sont : de manquer l'objectif faute de l'avoir défini, d'être confronté à des problèmes qu'il faudra résoudre dans l'urgence avec, probablement, des coûts humains et financiers qui auraient pu être prévus, voire évités, de générer des conflits de pouvoir et d'intérêt... La mise au point d'une organisation nécessite d'aller jusqu'à un certain niveau de détail, pour être véritablement opérationnelle et prévenir en tant que faire se peut "le grain de sable qui peut enrayer une belle mécanique". Elle doit être suffisamment visible et transparente pour être repérée et reconnue par les autres, pragmatique et cohérente avec la réalité pour être réalisable et pérenne.

Une organisation c'est un ensemble de procédures et de processus, mais les facteurs clés ce sont les personnes qui la font exister.

1.2. Les acteurs institutionnels

De nombreux acteurs peuvent être concernés à un moment ou un autre dans l'organisation de la consultation infirmière. Les principales personnes impliquées au plan institutionnel sont les membres de l'équipe de direction et les médecins. Leur niveau de responsabilité et de participation, à l'organisation, dépend de leur fonction dans l'institution et de la place octroyée dans la conception et la réalisation du projet.

La proposition d'organiser une consultation infirmière peut être une initiative de l'infirmière générale. Cependant, c'est le Directeur, chef d'établissement, qui décide de sa mise en place, dans la mesure où elle s'inscrit dans le contexte plus large d'une politique générale d'établissement. Sa décision engage l'équipe de direction dans la réalisation du projet. Par ailleurs, de sa conviction dépendra l'affichage institutionnel donné à cette forme de pratique infirmière. Le Directeur confie à l'infirmière générale la mission d'organiser une consultation infirmière.

L'infirmière générale, et les Directeurs des ressources humaines (DRH), de la clientèle et/ou des finances, des services économiques se situent à un niveau stratégique. En tant que membres de l'équipe de direction ils ont un rôle de soutien du projet. Par ailleurs, ils ont des rôles spécifiques liés à leurs fonctions. Dans ce cadre ils définissent les buts et modalités d'organisation des aspects propres à leur champ de compétence (rémunération, facturation, choix de matériel) et organisent l'action des personnels dont ils sont responsables et qui contribuent à la consultation infirmière.

L'infirmière générale a surtout un rôle de conception, d'intégration et de coordination des différentes logiques, de fédération des acteurs susceptibles de participer à la consultation infirmière. Dans ce contexte, elle conçoit et met en œuvre la stratégie institutionnelle qui permettra le fonctionnement concret de la consultation infirmière. Sa connaissance des enjeux de l'institution, des hommes, des services cliniques, légitime son rôle dans ce projet. Les logiques en présence sont soignantes, médicales et administratives.

Le Directeur des ressources humaines intervient dans la gestion des emplois et des compétences. Son rôle, dans la consultation infirmière, se situe particulièrement dans la gestion de l'infirmière "consultante"¹⁹ au plan administratif : affectation après proposition de

¹⁹ Le terme infirmière "consultante" est employé pour désigner, faute de mieux, l'infirmière qui effectue la consultation. Infirmière de consultation étant généralement utilisé pour les infirmières qui travaillent dans les secteurs de consultation de l'hôpital et ont d'autres fonctions.

l'infirmière générale et, la recherche d'une prise en compte de la qualification et de la compétence dans le cadre des statuts de la fonction publique hospitalière.

Les Directeurs de la clientèle et des finances gèrent tout le volet relatif à l'activité de la consultation infirmière, la rémunération, la facturation... et leur intégration dans les finances et le système d'information de l'hôpital.

Les médecins interviennent également à deux niveaux, en tant qu'acteurs institutionnels et en tant que praticiens et donc initiateurs de la consultation infirmière. Au plan institutionnel la mise en place d'une consultation infirmière est intimement liée au projet médical. Elle ne peut être envisagée sans l'accord et l'adhésion, d'une partie au moins, du corps médical. Le Président de la Commission médicale d'établissement est à ce titre un interlocuteur privilégié.

Chacun des acteurs a une place et un rôle dans l'organisation, au niveau de la conception et/ou de la réalisation. L'efficacité provient de la mise en commun de leur capacité à partager des valeurs, une culture et des finalités. Les multiples connexions nécessaires à l'organisation et au fonctionnement d'une consultation infirmière sont aussi des réseaux d'intelligence pour autant que les acteurs sont aptes à se comprendre entre eux pour construire une stratégie cohérente. C'est ce qui permet d'être capable d'inventer des conduites adaptées à un environnement inattendu et complexe.

La consultation infirmière repose sur les Hommes pour fonctionner. Son organisation relève d'une action stratégique susceptible de mobiliser et de mettre en cohérence l'ensemble des éléments humains et structurels nécessaires à sa mise en place, son fonctionnement et sa pérennité.

1.3. La stratégie institutionnelle

Pour parvenir à des résultats la stratégie dépend de l'analyse qui l'a déterminée et de la capacité de l'institution à réaliser les adaptations nécessaires en termes de structure, de processus décisionnel et d'identité.

Une évolution de mode de pratique telle que la consultation infirmière ne peut se faire sans liens avec le projet d'établissement et ses déclinaisons que sont le projet de soins et le projet

médical. Un partenariat étroit avec la direction des ressources humaines et la Commission médicale d'établissement est alors nécessaire.

Le rôle de la Commission du service de soins infirmiers (CSSI) est fondamental pour la promotion et le soutien de ce genre de projet. Il fait partie intégrante de ses missions, particulièrement, en matière de choix d'option du projet de soins et d'élaboration d'une politique de formation.

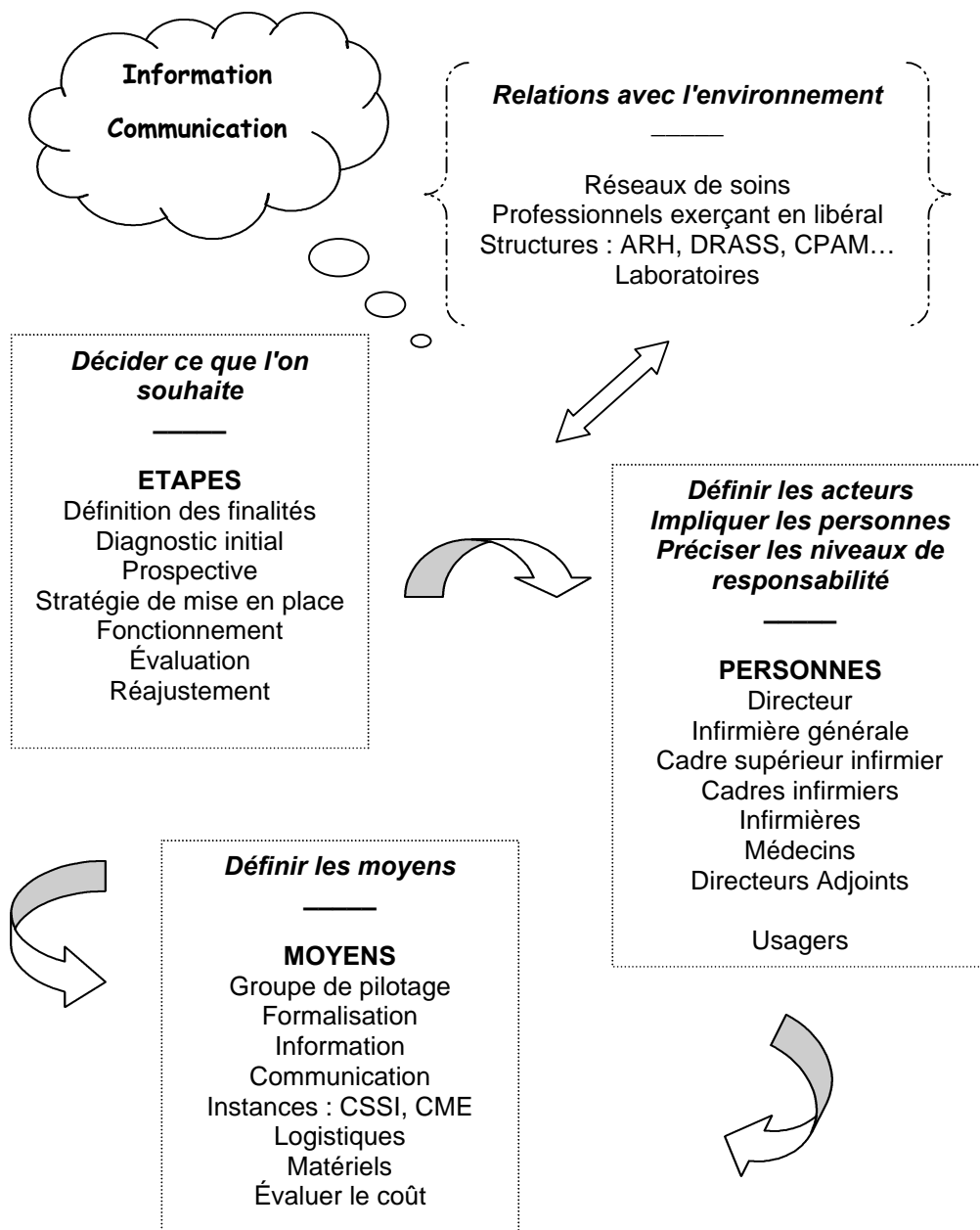


Fig. 4 - Le schéma de l'organisation d'une consultation infirmière.

Dans la plupart des cas l'organisation d'une consultation infirmière n'est pas seulement une adaptation de l'existant mais une innovation. C'est une démarche pragmatique, collective, qui comprend des éléments auxquels il convient de s'attacher. Les principaux éléments stratégiques, de l'organisation d'une consultation infirmière, peuvent être structurés autour de cinq points :

1- Élément clé : donner du sens et construire sur la culture. Les acteurs s'engageront dans l'action, accepteront le changement, s'ils donnent du sens à leur action. Les hôpitaux et, à l'intérieur, les services sont fortement imprégnés de culture.

But : fonder les choix organisationnels et stratégiques

Action concrète :

ACTION	EXEMPLES
Inscrire la consultation infirmière dans la politique de soins de l'hôpital, la filière de soins, les priorités de santé publique	Projet d'établissement Douleur, soins palliatifs...
Situer l'hôpital dans son environnement	Secteur libéral Concurrentiel Adéquation entre l'offre et la demande
Identifier les axes d'évolution de l'environnement	Besoins de santé publique Demande des usagers Maîtrise des coûts, rationalisation des moyens
Préciser les finalités de la consultation infirmière et s'en servir comme référence permanente	Éduquer les malades asthmatiques Permettre l'observance du traitement des malades sous antihypertenseurs
S'appuyer sur l'existant	
Identifier les coûts (personnel, matériel, investissement, fonctionnement)	Création ou redéploiement d'un poste d'infirmière Aménagement de locaux

2- **Élément clé : savoir reconnaître et articuler les logiques différentes**

But : dépasser les logiques personnelles et propres à chaque groupe en présence

Action concrète :

ACTION	EXEMPLES
Identifier les différences et les considérer comme spécifiques	La conception de l'information à donner au malade varie selon l'interlocuteur
Recourir à un niveau de logique supérieur en se plaçant à un niveau au dessus de celui duquel se jouent les antagonismes	Déplacer le clivage médecin / administratif sur l'intérêt du malade, de l'institution
Choisir un angle d'attaque selon le type de question	
Rechercher une cohérence au sein de logiques apparemment contrastées	Établir les liens entre qualité / coût, fonction nouvelle / statut, approche comptable / relation

3- **Élément clé : s'affranchir des structures existantes**

Buts : dépasser les routines et ne pas s'enfermer dans ce que l'on connaît

limiter les résistances au changement

Action concrète :

ACTION	EXEMPLES
Impliquer les personnes	
Prendre des avis	Rencontrer des personnes de l'hôpital Contacter des IG, médecins, directeurs, d'autres hôpitaux,
Utiliser l'exemplarité	Diffuser des articles traitant de la mise en place de consultations infirmières Visiter et faire visiter des consultations qui fonctionnent

4- Élément clé : tenir compte des répartitions de pouvoirs entre différents groupes et acteurs en présence

But : éviter les blocages institutionnels

valoriser toutes les compétences

Action concrète :

ACTION	EXEMPLES
Permettre à tous d'exprimer leur point de vue	Donner la parole à l'infirmière et au chef de service
Organiser un groupe de pilotage pluriprofessionnel	
Associer les personnes potentiellement concernées	Autres paramédicaux
S'appuyer sur les compétences disponibles dans l'hôpital et les potentialités	
S'appuyer sur les réussites antérieures	Organisation d'une consultation pour les personnes démunies
Valoriser les coopérations et les complémentarités	Répartition du travail entre médecins et infirmiers anesthésistes

5- Élément clé : s'affranchir des valeurs dominantes de l'institution

Buts : élargir le champ des possibles

garantir la mise en œuvre et la pérenniser

Action concrète :

ACTION	EXEMPLES
Reconnaître qu'en matière de stratégie ce sont des choix, il n'existe pas une voie unique	Choix de faire fonctionner la consultation de stomathérapie en même temps que celle du chirurgien viscéral tous les jours où il n'y a pas de consultation chirurgicale
Proposer des alternatives, des options Aller jusqu'au bout des logiques	Construire des scénarios, faire des projections (si on met en place la consultation que peut-il se passer ? ...)
Proposer de la flexibilité	Proposer une expérimentation avec des réajustements Tester les activités de consultation en diabétologie auprès des malades en hospitalisation de jour

L'organisation d'une consultation infirmière comporte des éléments formels , stables servant de points de repères. Cependant, ils ne doivent pas la rendre figée. Les stratégies d'organisation permettent de prendre des décisions, relatives à la consultation infirmière, à partir d'une vision claire du contexte dans lequel elle s'inscrit. Il est illusoire de penser que tout peut être prévu. La dimension d'incertitude, toujours possible, est à intégrer dans le processus de pilotage. Cela permet de préparer les esprits, les processus de travail et/ou de pilotage, à s'adapter aux situations inattendues et à modifier les stratégies d'action.

L'infirmière générale est un acteur de l'hôpital et a un rôle à jouer dans l'organisation de la consultation infirmière au niveau institutionnel. Elle est aussi responsable du service de soins infirmiers et à ce titre a une action particulière auprès des personnels qui le composent.

2. L'INFIRMIERE GENERALE : RESPONSABLE DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

L'infirmière générale occupe une place singulière au sein de l'équipe de direction en raison de son parcours professionnel. Il s'agit d'une ascension verticale, à partir du métier d'infirmière, jalonnée de grades, de fonctions, avec à chaque fois des durées de pratique de plusieurs années. Sa carrière professionnelle antérieure lui confère une grande connaissance des soins infirmiers dans leurs différents aspects : soins, gestion, enseignement, voire recherche. Cette situation place l'infirmière générale comme manager mais aussi comme promoteur des soins infirmiers.

Dans le contexte de la consultation infirmière ce sont des compétences qui se développent dans un système régi, pour l'essentiel, par des statuts et des qualifications, des personnels infirmiers et cadres, concernés à des titres divers, une stratégie professionnelle.

2.1. Les compétences et l'innovation

L'infirmière générale a là encore un double rôle celui de gérer l'innovation et d'être innovatrice elle-même. L'un des rôles majeurs de l'infirmière générale dans un hôpital est l'augmentation des compétences globales. Il induit notamment la compétence des cadres. Soulignons toutefois que ce rôle ne se substitue en aucun cas à la responsabilité individuelle de chaque personne vis-à-vis, au minimum, du maintien de sa compétence professionnelle tout au long de sa carrière. La mise en place d'une consultation infirmière à une portée professionnelle dans la mesure où elle met en jeu les compétences. Elle conditionne le

positionnement des acteurs du service de soins infirmiers : infirmières "consultantes", infirmières des services, cadres.

Le rôle de l'infirmière générale en matière de compétences est de gérer de façon pertinente celles qui existent, de les développer, d'en faire acquérir de nouvelles.

Le savoir est un des fondements de la compétence. Dans le contexte de la consultation infirmière une bonne connaissance de la pathologie, des soins et des produits et/ou matériels, sont considérés comme essentiels pour l'exercice de cette pratique. Cela suppose que ces connaissances soient fondées sur de réels savoirs, éprouvés, et pas uniquement sur des habitudes ou la tradition. Leur pertinence repose sur un processus dynamique d'évolution en fonction des progrès de la pensée, technologiques, de la demande sociale et la capacité des infirmières à transposer et à utiliser les savoirs théoriques en situation clinique. L'acquisition, l'entretien, le développement et l'élaboration de savoirs nouveaux sont des gages de compétence mais aussi de qualité des soins et de leur adaptation aux évolutions. Aussi une formation adaptée (champ clinique, enseignement pour adultes, prise en compte des représentations...) et continue est-elle indispensable.

Le comportement occupe une place particulière. Certes, le comportement professionnel est une donnée qui s'applique à tous les acteurs, mais ici il est un facteur important d'acceptation de la fonction, notamment, par les collègues des services de soins. Au delà d'une expérience et d'un savoir éprouvé, le comportement de l'infirmière "consultante" est déterminant dans la coopération, la complémentarité, la reconnaissance dans cette forme de pratique.

La pratique clinique est le corollaire de la consultation infirmière. Elle comprend l'observation et l'analyse de la situation, la décision et le choix d'action et la mise en œuvre technique. Par exemple, l'infirmière stomathérapeute peut décider de coller la poche d'appareillage de la stomie elle même, plutôt que de le faire faire au malade, parce qu'elle a identifié qu'il est dans une phase du processus d'acceptation du handicap qui ne lui permet pas encore de franchir cette étape. Par ailleurs, la pratique clinique est une source d'apprentissage qui alimente la connaissance et le comportement.

L'infirmière "consultante" possède la compétence clinique. La pratique de la consultation comprend également des compétences de gestion (des soins, des malades, administrative, du matériel) et d'enseignement (pédagogie).

Les attributs de la compétence évoqués plus haut sont envisagés vis-à-vis de l'infirmière "consultante", mais on peut aussi en faire une lecture à partir de l'infirmière générale et de l'encadrement impliqué dans la consultation infirmière. Pour élaborer une politique, organiser et gérer la consultation infirmière ils doivent avoir une connaissance des savoirs nécessaires, adopter des comportements en adéquation avec leur rôle et avoir une pratique de management des activités cliniques. C'est aussi une base pour l'innovation. Par exemple, l'infirmière générale est le garant du respect de la réglementation, mais de temps en temps il faut bousculer le cadre, savoir en sortir. Sinon on ne peut avancer, on ne fait que reproduire. Ce sont la connaissance et la compétence qui permettent de dépasser les limites, de savoir quand on peut en sortir et dans quel périmètre. D'un point de vue strictement réglementaire les infirmières stomathérapeutes ou en diabétologie ne sont pas autorisées à prescrire les poches d'appareillage des stomies, les lecteurs de glycémie, mais dans la réalité beaucoup le font avec l'assentiment des médecins. Cet aspect entre de plus en plus dans la pratique courante. Aussi est-il préférable de l'intégrer, de le gérer, d'imaginer comment on peut l'officialiser, plutôt que de s'y opposer.

La compétence est la pierre angulaire de la consultation infirmière. Elle est à la fois une forme d'aboutissement et le point d'ancrage à partir duquel va se développer cette forme de pratique infirmière. C'est en référence à la compétence que prendront corps la légitimité, l'autonomie, la flexibilité, mais aussi le choix des personnes qui exerceront.

2.2. Le personnel du service de soins infirmiers

Les infirmières, les cadres infirmiers, se situent à un niveau opérationnel. Ils ont la connaissance concrète des soins, des pratiques nécessaires à la consultation infirmière. Ce sont eux qui mettront en œuvre et qui feront vivre l'organisation, en collaboration avec les médecins. Aussi sont-ils partie prenante dans le processus qui aura une incidence directe sur leur pratique quotidienne. Les personnes impliquées dans la consultation ce sont les infirmières "consultantes", les infirmières des services et les cadres.

Les infirmières "consultantes" sont des personnes expérimentées possédant des compétences leur permettant l'exercice de la consultation et qui ont, souvent, fait le choix, en terme de projet professionnel, de rester dans le champ clinique. Parmi les éléments de décision de désignation ou d'affectation d'une infirmière pour pratiquer des consultations figurent le positionnement, les attributions et les liens hiérarchiques. Ils sont formalisés par une définition de poste. Par ailleurs, à terme, un autre aspect sera à gérer par l'infirmière

générale. La compétence, voire l'expertise, la position dans l'organisation du travail ou au niveau de l'organigramme, présentent des intérêts incontestables pour la prestation de soins. Cependant, cette situation les enferme d'une certaine manière dans une spécialisation et les rend peu mobiles. Aussi, à un moment ou à un autre, sont réclamés des espaces d'autonomie plus importants, des formes de reconnaissances financières... Aujourd'hui les statuts de la fonction publique offrent peu de possibilités, outre les marges de manœuvre que l'on peut avoir, par exemple, sur la répartition de la prime, la prise en compte des compétences et activités lors de l'évaluation et de soutien de la candidature pour des formations professionnelles.

La place des infirmières des services dans le processus de prise en charge des malades se trouve modifiée par l'offre de prestation des infirmières "consultantes". Si la place et les compétences de ces dernières sont sur valorisées, protégées, cela peut générer des sentiments de dévalorisation des infirmières des services, et engendrer des conflits, de l'incompréhension, des clivages, préjudiciables à la qualité des relations de travail et en définitive à la qualité de prestation de soins. Or, chacun a des champs de compétence complémentaires qu'il est important de reconnaître et de valoriser de façon équitable.

L'encadrement, et plus particulièrement les surveillantes-chef, est le relais incontournable entre l'infirmière générale et les infirmières. Il est au carrefour des décisions stratégiques et des aspects opérationnels. D'une part, il met en œuvre la politique de soins, et les décisions prises par l'équipe de direction. D'autre part, il est le représentant du malade et des soignants auprès de l'administration.

L'infirmière générale en tant que responsable du service de soins infirmiers élabore une stratégie professionnelle permettant la mise en place et le fonctionnement d'une consultation infirmière. Elle est à la fois spécifique et "inter reliée" à la stratégie institutionnelle.

2.3. La stratégie professionnelle

La stratégie est un mode d'action interactif au cours duquel s'opèrent des synergies qu'il faut provoquer et utiliser. Les éléments à définir et à coordonner pour une action efficace sont la compétence, l'affectation et la légitimation, le fonctionnement, la valorisation et l'anticipation.

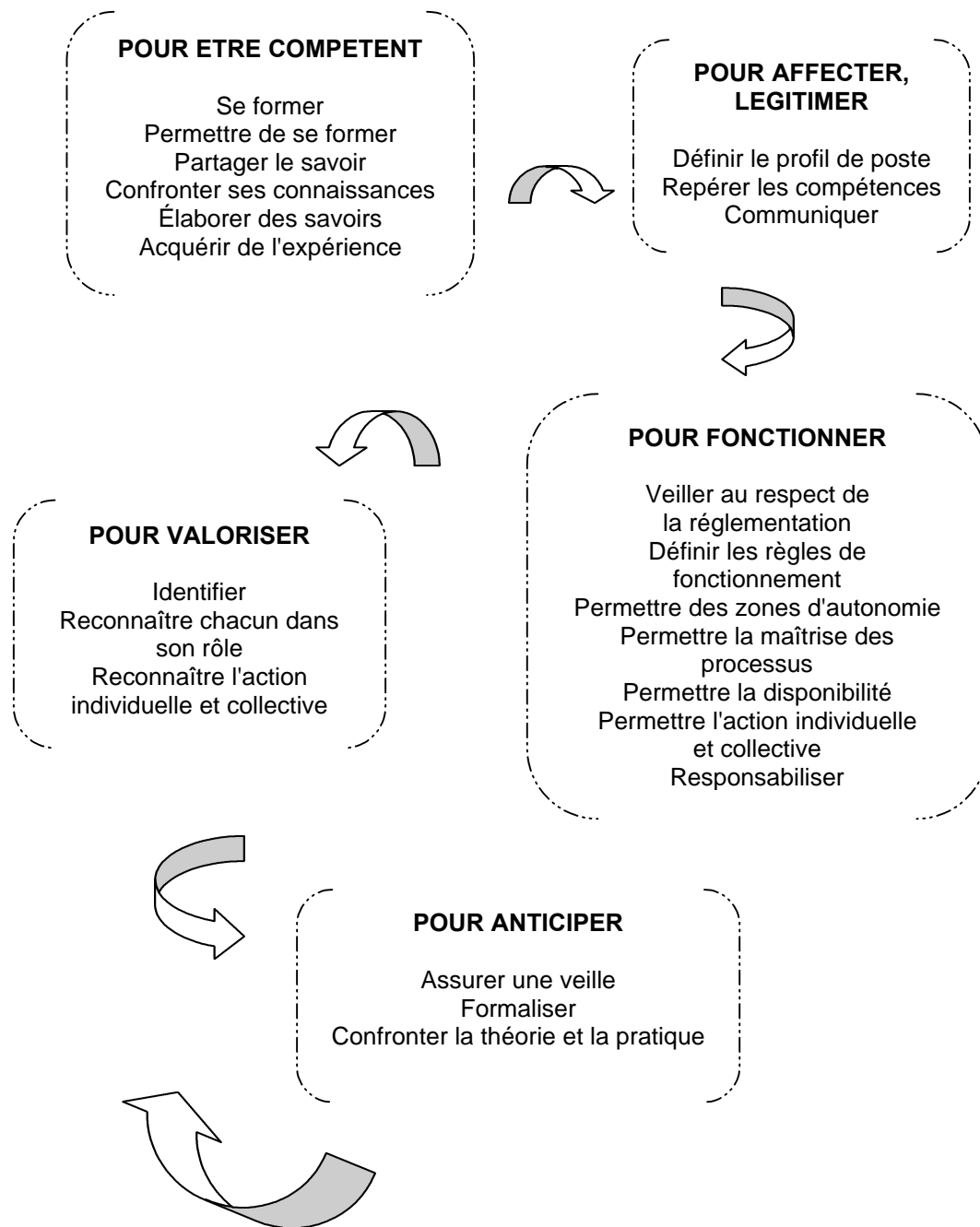


Fig. 5 - Le schéma d'une stratégie professionnelle d'organisation et de fonctionnement d'une consultation infirmière.

L'infirmière générale est un acteur parmi d'autres dans le processus d'organisation et de fonctionnement de la consultation infirmière. La spécificité de sa position dans l'action est surtout de définir la politique, les axes stratégiques, d'énoncer les principes incontournables, de contribuer à fournir les moyens de travailler et de superviser le fonctionnement. Pour cela

son rôle est d'animer, évaluer, contrôler, veiller à l'équité. Par ailleurs, elle confie, au cadre supérieur infirmier ou au cadre infirmier, la mission d'élaborer la partie opérationnelle.

Les actions et les éléments concrets de la stratégie professionnelle :

ACTION / COMPETENCE	ELEMENTS CONCRETS
Se former	
Permettre de se former	Participer à l'élaboration du plan de formation Inciter les personnels à se former Veiller à ce que le personnel soit formé
Partager le savoir	Échanger avec les collègues et les autres professionnels de santé Exposer les connaissances
Confronter ses connaissances	Participer à des débats d'idées (staffs cliniques...)
Articuler le savoir infirmier avec le savoir médical	Participer aux staffs cliniques pluriprofessionnels Participer à des travaux multidisciplinaires
Élaborer des savoirs	Faire et/ou participer à des travaux
Acquérir de l'expérience	Pratiquer

ACTION / AFFECTATION, LEGITIMATION	ELEMENTS CONCRETS
Définir le profil de poste	Élaborer une fiche de poste et une grille de compétence
Repérer les compétences	Identifier les personnes ressources
Communiquer	Faire connaître l'existence et les activités de la consultation

ACTION / FONCTIONNEMENT	ELEMENTS CONCRETS
Veiller au respect de la réglementation	Effectuer des contrôles, des évaluations
Définir les règles de fonctionnement	Élaborer une procédure
Permettre des zones d'autonomie	Éviter des niveaux de formalisation extrêmes
Permettre la maîtrise des processus	Attribuer des activités et pas seulement des actes
Permettre la disponibilité	Offrir des conditions de travail satisfaisantes
Permettre l'action individuelle et collective	
Responsabiliser	Évaluer la prestation de chaque acteur en fonction de son rôle dans la consultation infirmière

ACTION / VALORISATION	ELEMENTS CONCRETS
Identifier	Faire figurer la consultation infirmière comme entité dans le rapport d'activité
Reconnaître chacun dans son rôle	Informar et faire appel aux compétences en tant que de besoin (ex. si c'est une question clinique solliciter l'infirmière)
Reconnaître l'action individuelle et collective	Intégrer l'activité comme critère objectif pour le choix d'une promotion professionnelle, soutenir les candidatures pour une formation, spécialisation..., un avancement de carrière... Répartition de la prime

ACTION / ANTICIPATION	ELEMENTS CONCRETS
Assurer une veille	Se tenir informé (lecture, visites, travaux des associations et sociétés savantes, congrès spécifiques...) Analyser les évolutions sociales, professionnelles, de l'environnement...
Formaliser	Écrire les procédures Faire figurer l'activité de consultation dans le rapport d'activité
Confronter la théorie et la pratique	Faire de la recherche

Les stratégies institutionnelles et professionnelles doivent être opérationnalisées.

3. L'ORGANISATION OPERATIONNELLE

L'organisation opérationnelle est la déclinaison de tous les éléments qu'il faudra prévoir, préciser pour opérationnaliser le projet de mise en place d'une consultation infirmière. Elle s'appuie sur une articulation cohérente entre les processus les acteurs et les moyens.

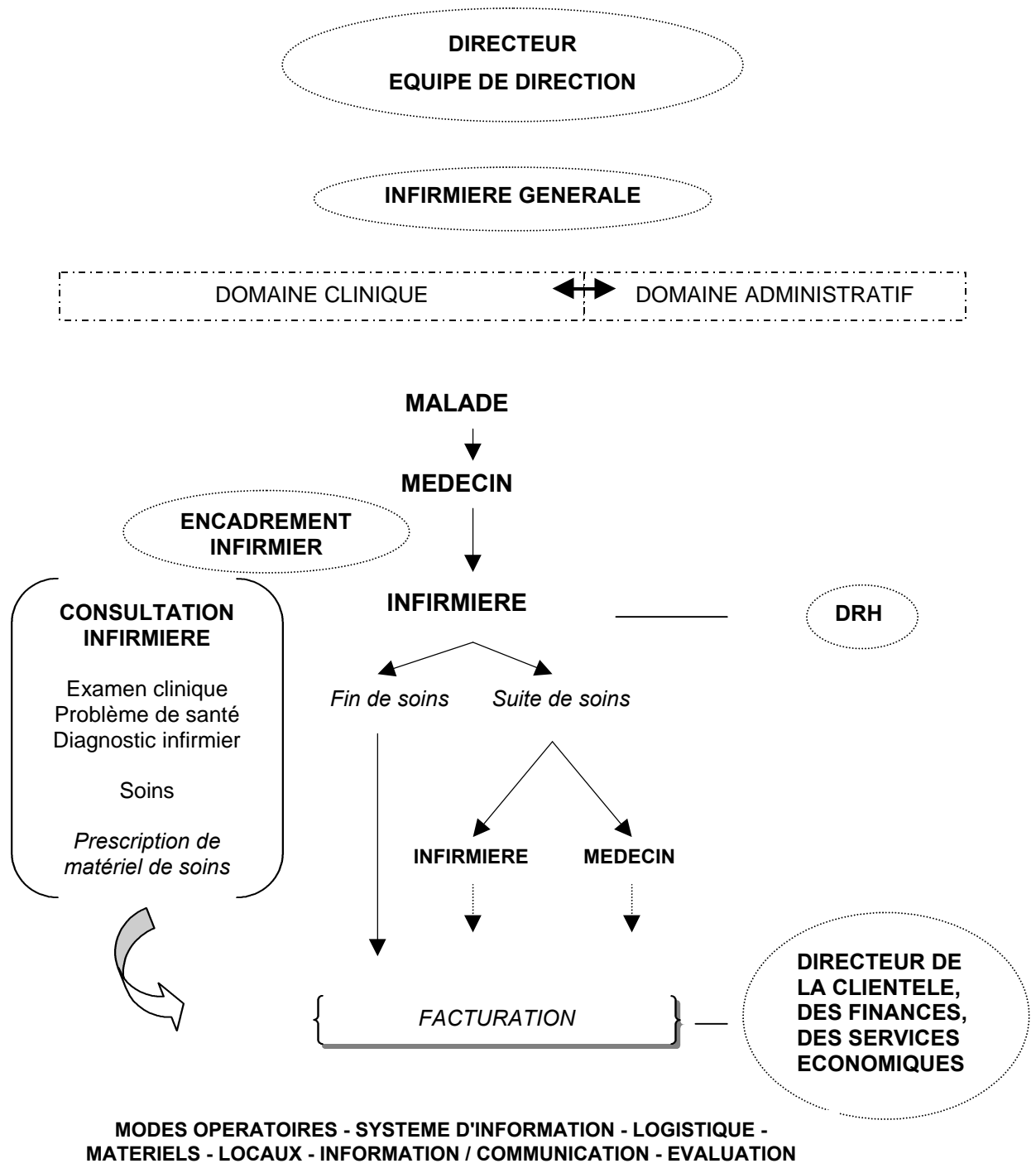


Fig. 6 - Les principales étapes du processus et les acteurs de la consultation infirmière.

3.1. L'opérationnalisation de la mise en place de la consultation infirmière

L'opérationnalisation, outre les éléments concrets de l'organisation, concerne, notamment, les missions du service public, professionnels, spécifiques à la consultation infirmière et leur application concrète dans cette forme de pratique, l'insertion de la consultation infirmière dans le contexte de l'hôpital et son environnement.

Rappeler les missions, préciser les valeurs et principes qui sous-tendent l'action permet de donner du sens et de les traduire en éléments tangibles. Parmi les missions citons, à titre d'exemple, la continuité des soins. Énoncé spécifiquement cela peut être : le malade et/ou son entourage doit pouvoir être à tout moment en contact avec un médecin ou une infirmière, le malade doit pouvoir être pris en charge à l'hôpital et en extrahospitalier. Appliqué à la consultation infirmière elle peut prendre plusieurs formes, non exclusives, : organiser une permanence, un relais (ex. s'adresser dans le service en dehors des heures de fonctionnement de la consultation), établir des liens avec d'autres paramédicaux, s'inscrire dans un réseau de soins... Un des principes peut être : toute demande de consultation infirmière doit être justifiée par des arguments cliniques et être formalisée (ex. bon, message sur un télécopieur).

L'insertion de la consultation dans l'hôpital et dans son environnement procède de la clarification des interfaces, des modalités d'enregistrement de l'information, de sa transmission et de sa restitution. Dans un système complexe les interfaces sont nombreuses et peuvent concerner des individus et des structures. Par exemple, entre médecins prescripteurs et infirmières "consultantes", infirmières et laboratoires. Chacun produit de l'information nécessaire à sa propre organisation, mais aussi utile aux autres partenaires à des titres divers (soins, facturation, rapport d'activité). Aussi est-il important de définir la manière de l'enregistrer (supports), de la transmettre, et à quel destinataire. L'information relative à l'activité de consultation est émise par l'infirmière "consultante", puis elle subit des agrégations, des transformations (nombre d'actes réalisés, montant de la recette, coûts du matériel). Il convient de la restituer périodiquement aux acteurs concernés.

Un suivi régulier, formalisé, des activités, des organisations... et des personnes permettra de faire des bilans, des ajustements et d'anticiper les évolutions.

3.2. Les acteurs opérationnels

Les acteurs opérationnels sont des personnes mais aussi des organisations et d'autres institutions qui interviennent directement dans l'activité clinique de la consultation infirmière.

Les personnes directement concernées sont au premier chef les usagers. Ils sont à la fois objet de soins et acteur dans le système. Aussi convient-il de préciser quelles sont les personnes et dans quelles circonstances ils peuvent bénéficier d'une consultation infirmière. A priori elles sont indiquées pour la prise en charge de malades atteints de pathologies chroniques, mais il apparaît, suite à cette étude, qu'elles peuvent également convenir à des soins plus ciblés et de courte durée. Les usagers ont un rôle actif dans l'utilité et l'appréciation du service rendu, aussi leur place doit-elle être prévue et déterminée dans le processus.

Établir des liens de coopération, de complémentarité, de partenariat, entre professionnels de santé et/ou institutions conduit, dans ce contexte, à préciser les règles de fonctionnement, éventuellement les conditions financières... de façon formalisée (contrat, convention). Elles doivent garantir, notamment, l'indépendance des partenaires, dans les limites des règles établies, et le libre choix des malades.

L'infirmière "consultante" dispose d'une autonomie, possède la maîtrise du processus de soins dans des limites précisées. Elle est membre d'une équipe de soins et est à ce titre rattachée hiérarchiquement à un cadre infirmier, auquel elle aura à rendre compte.

L'encadrement infirmier assure le suivi de la consultation infirmière en termes de fonctionnement, d'activité, d'évolution. Il a un rôle de gestion de l'infirmière "consultante" au plan professionnel et administratif. Il participe au maintien et à l'amélioration des conditions de travail du personnel placé sous sa responsabilité. Par ailleurs, il est également de ses prérogatives de veiller à la coopération et à la complémentarité entre les infirmières "consultantes" et les infirmières des services de soins.

L'activité des infirmières "consultantes" est étroitement liée à l'activité médicale. Elles assurent un prolongement de la prescription thérapeutique en la déclinant en des termes compréhensibles pour le malade, en proposant des modalités d'apprentissage, en répétant autant de fois que nécessaire les consignes jusqu'à l'intégration des processus utiles à l'acquisition d'une autonomie des malades, à l'observance des traitements. La prise en compte de ces aspects oblige, dans le quotidien, une collaboration et un ajustement

permanent, afin que les logiques de soins infirmiers et médicales restent complémentaires et cohérentes. Pour le malade cela doit apparaître comme un processus intégré de sa prise en charge.

L'organisation opérationnelle permet de rendre opératoire l'ensemble des éléments utiles au fonctionnement de la consultation infirmière au moyen d'une stratégie.

3.3. La stratégie opérationnelle

La structure de l'organisation comprend les "modalités opérationnelles"²⁰ et des moyens logistiques et matériels. Les "modalités opérationnelles" permettent de définir la manière de fonctionner. Elles précisent l'itinéraire du malade, la contribution de chacun des professionnels, les zones d'intervention, les relations avec les autres partenaires de soins... Elles sont formalisées, notamment, sous forme de procédures.

Les moyens logistiques et matériels, souvent considérés comme secondaires, parfois oubliés, font partie intégrante d'une organisation. Ils contribuent à la qualité de la prestation et aux conditions de travail des professionnels. Aussi faut-il leur attacher de l'importance. La consultation infirmière suppose un local susceptible d'accueillir du public, un équipement permettant la réalisation des soins dans de bonnes conditions, du matériel en qualité et en quantité suffisantes, des supports de traçabilité des soins (dossier de soins) et de l'activité (tableaux de bords), des supports d'organisation. La liste serait longue et fastidieuse, aussi lors de l'organisation de la consultation infirmière faut-il prendre le temps d'envisager les moyens nécessaires à sa mise en place et à son fonctionnement.

²⁰ La notion "modalité opérationnelle", à défaut d'un vocable plus approprié, est entendue dans le sens de formalisation en des termes opérationnels des procédures, protocoles...

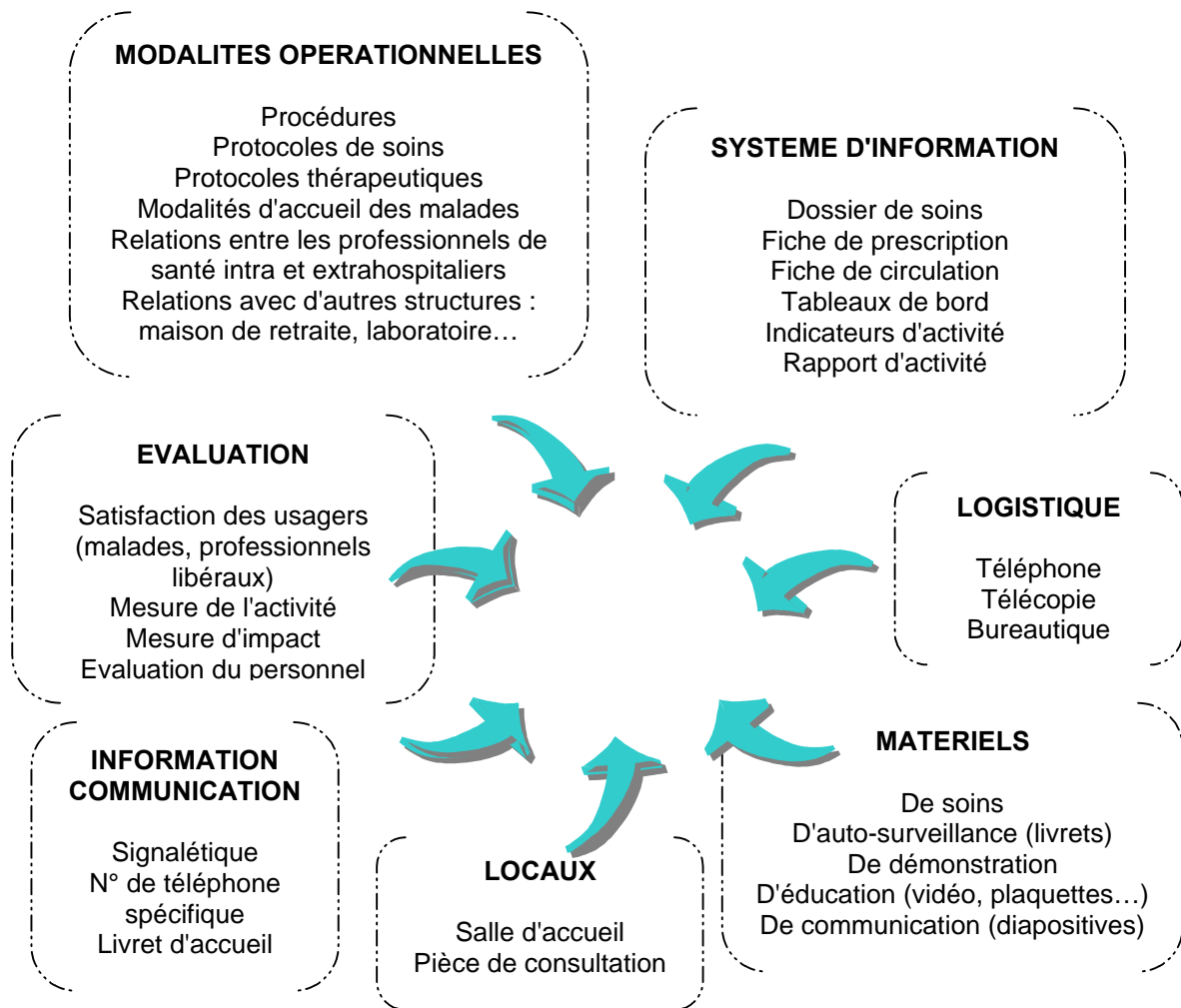


Fig. 7 - Le schéma d'opérationnalisation de la mise en place d'une consultation infirmière.

Le rôle de l'infirmière générale, en matière de stratégie opérationnelle, est d'identifier et de préciser le rôle de l'infirmière "consultante" et des cadres, de s'assurer que toutes les conditions sont réunies pour assurer une consultation infirmière répondant aux exigences de qualité et de sécurité et qu'elles sont conformes aux finalités initialement visées. Elle doit se donner les moyens d'être informée régulièrement sur la réalité, les éléments permettant le suivi de l'évolution et susceptibles d'anticiper ou de contribuer à de nouvelles innovations.

La principaux domaines d'action, d'information et de nature prospective, sont :

- pour l'infirmière "consultante" :

DOMAINES D'ACTION	ACTION	TRANSCRIPTION, ENREGISTREMENT, TRANSMISSION DE L'INFORMATION	PROSPECTIVE
Clinique	Soins (techniques, éducation, relation)	Dossier de soins	Évolution des soins Évolution de la prise en charge médicale Demande des malades
Gestion	Soins, malades, administrative	Fiche de circulation	Tarifification
Enseignement / domaine d'activité	Staffs, cours, conférences	Rapport d'activité	Évolution des savoirs cliniques Évolution des modes de prise en charge des malades
Recherche	Participation à des travaux Réalisation de travaux	Publication Présentation des résultats	Nouveaux modes de pensée Nouvelles pratiques

- pour le cadre infirmier et/ou cadre supérieur infirmier :

DOMAINES D'ACTION	ACTION	TRANSCRIPTION, ENREGISTREMENT, TRANSMISSION DE L'INFORMATION	PROSPECTIVE
Clinique	Suivi de la nature des soins dispensés Suivi des modalités de dispenser des soins		Évolution des soins Évolution de la prise en charge médicale Demande des malades
Gestion	De l'infirmière "consultante" Gestion des infirmières du service Gestion des modes opératoires	Tableaux de bord Rapport d'activité	Évolution de la compétence Évolution des modes d'organisation Étude d'impact Évolution des relations entre professionnels de santé
Enseignement / domaine d'activité	Cours, conférences	Rapport d'activité	Évolution des savoirs Évolutions des modes d'organisation Évolution des modes de management
Recherche / domaine d'activité	Participation à des travaux Réalisation de travaux	Publication Présentation de résultats	Nouveaux modes de pensée Nouvelles pratiques

Les aspects opérationnels montrent la contribution et le rôle de l'infirmière générale dans la mise en place d'une consultation infirmière. Elle peut en être l'initiateur, en tous les cas elle en est le principal acteur stratégique. Son rôle se situe sur trois plans. En résumé, il peut être décliné de la façon suivante : au plan institutionnel, conception, intégration, coordination des différentes logiques, fédération des acteurs ; au plan professionnel, animation, évaluation, contrôle, équité ; au plan opérationnel, définition du rôle des acteurs du service de soins infirmiers, vérification des conditions de sécurité, de qualité et d'adéquation aux finalités visées.

La gestion des compétences relève d'au moins trois domaines. Le premier, concerne les compétences individuelles des infirmières "consultantes", infirmières des services, cadres. La deuxième, est d'ordre organisationnel et administratif. Il s'agit d'utiliser les compétences disponibles, de fixer les niveaux d'exigence au regard des réalités professionnelles et sociétales. La troisième porte sur l'articulation et la création de synergies entre compétences disponibles des personnels du service de soins infirmiers et les autres professionnels de l'hôpital. La gestion des compétences demande à l'infirmière générale un travail d'observation relativement fin de la réalité, d'analyse et d'interprétation. Ce sont les fondements de l'anticipation. Gérer les compétences des autres c'est aussi consolider et accroître les siennes.

Les aspects prospectifs sont à lier aux données observées et qu'il convient d'analyser en examinant les points de non retour qui ont été franchis ou qui sont en passe de l'être, en se projetant dans l'avenir, avec tout ce que cela peut avoir d'aléatoire. A titre illustratif, il est peu probable que les médecins intègrent dans leur pratique le travail aujourd'hui réalisé par les infirmières, ou que les contraintes économiques qui pèsent sur la santé soient levées. En outre, il ne semble pas illusoire de penser que demain on fera de plus en plus appel à des infirmières "experts" dans des domaines cliniques spécifiques. La consultation infirmière n'est qu'une des premières formes d'émergence.

CONCLUSION

Plus qu'une conclusion il s'agira davantage d'une ouverture vers un champ de possibles. La consultation infirmière est une bifurcation dans le mode d'exercice des soins infirmiers, signe d'évolution dans un système complexe.

Les éléments théoriques et empiriques montrent l'évolution des soins infirmiers, de l'hôpital et de son environnement. Parmi les éléments les plus significatifs, de cette complexité, citons le développement du domaine clinique dans le champ des soins infirmiers, une relative "horizontalisation" des pouvoirs et des compétences, une nécessaire coopération et une complémentarité entre les acteurs pour toujours offrir une prestation de soins de qualité, dans un environnement exigeant aux contraintes économiques fortes. C'est dans ce contexte que se fait l'émergence et l'ancrage de la consultation infirmière.

La compétence devient une ressource, particulièrement, dans les organisations prestataires de service. L'exercice de fonctions de dirigeant et la maîtrise, relative, des contingences, d'un environnement complexe et en perpétuelle mutation, supposent l'intégration du management de l'innovation.

Les enjeux de la consultation infirmière sont à la fois professionnels, institutionnels et plus largement de santé publique. Ils tiennent au niveau de compétence clinique des infirmières dans le champ des soins infirmiers, à une offre de service en réponse à une demande sociale qui n'est pas satisfaite par d'autres professionnels de santé et avec des coûts inférieurs à ceux induits par les médecins.

Les évolutions possibles à court terme sont : une autorisation donnée aux infirmières de prescrire le matériel nécessaire aux soins relatifs à leur champ de compétence et une rémunération de la consultation plus conforme à la réalité. A plus long terme, compte tenu des nouvelles formes de partage du travail entre médecins et infirmières, il est possible d'envisager que dans certains cas le malade soit vu par l'infirmière en première intention et soigné sans avoir recours au médecin.

La fonction d'infirmière générale est souvent présentée comme un éclatement selon les trois pôles : soignant, médical et administratif. Il serait plus pertinent de la présenter comme un intégrateur des ces trois pôles. Elle occupe une place singulière au sein de l'équipe de direction, car son passé et son expérience professionnelle lui confèrent une grande connaissance des logiques en présence, lui donnent la capacité de les lire, de les comprendre et de les relier. En référence à la consultation infirmière, elle intervient dans les dimensions de management, d'expertise et de promotion des soins infirmiers et d'innovation. Concrètement, l'infirmière générale est un acteur stratégique aux plans institutionnel, professionnel et opérationnel.

Ce travail apporte des réponses à la question initiale : en quoi l'identification et l'organisation de la consultation infirmière permet-elle à l'infirmière générale d'exercer, de façon intégrée, ses fonctions de gestion des compétences, de réponse à la demande sociale et d'innovation ? La consultation infirmière par les questions qu'elle pose, les enjeux, le nombre et la variété des dimensions à intégrer et à rendre opératoires, constitue une véritable application concrète de la complexité de la fonction d'infirmière générale.

La réussite d'une innovation réside dans son intégration dans la pratique et le fait qu'elle dépasse l'innovateur, gage de professionnalisme de l'infirmière générale.

BIBLIOGRAPHIE

ALTER N., 1996. - Sociologie de l'entreprise et de l'innovation. Paris, PUF.

AUTRET J., 1999. – L'infirmière hospitalière face à l'évaluation et à l'accréditation. Objectif Soins, n° 76, juin, V-VI.

BARBIER J.- M. (sous la direction de), 1996. – Savoirs théoriques et savoirs d'action. Paris, PUF, Col. Pédagogie d'aujourd'hui.

BATAL C., 1997. – La gestion des ressources humaines dans le secteur public. L'analyse des métiers, des emplois et des compétences. Paris, Les Éditions d'Organisation.

BENNER P., 1989. – De novice à expert : excellence en soins infirmiers. Paris, InterEditions.

BROCAS A.-M., 1998. – Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales. Rapport remis à Monsieur le Secrétaire d'État à la Santé et à l'Action Sociale, le 9 décembre.

CHALMET M., 1997. – Les médecins américains concurrencés par les infirmières. Impact Médecin, n° 1106, Mardi 7 octobre.

Collectif Sciences Humaines Paris IX-Dauphine, - 1987- Organisation et management en question. Paris, L'Harmattan, Col. Logiques sociales.

Compétences : de la théorie au terrain (Dossier). Revue Française de Gestion, janvier-février 2000, 81-130.

CREMADEZ M., GRATEAU F., 1997. – Le management stratégique hospitalier. Paris, InterEditions, Masson.

DEFELIX C., 1999. – Une classification pour gérer les compétences ? Le difficile mariage de l'individu et de l'organisation. Gérer et comprendre, Annales des Mines, juin, 77-89.

Direction du Service Central de Soins Infirmiers, 1995. – Résultats de l'enquête et recommandations concernant le conseil infirmier à l'AP-HP. Direction du Service Central de Soins Infirmiers, multigraphié, mars.

Du concept à la pratique. Soins, n° 637, juillet-août 1999, 15-17.

DUBAR C., 1996. - Sociologie du travail face à la qualification et à la compétence. Sociologie du Travail, 2, 38, 179-193.

FABREGAS B., LECLERCQ C., BENCHETTO R., 1994. – La consultation infirmière : révélatrice du rôle propre. Profession Infirmière, n° 24, février, 5-6.

FOUCAULT M., 1978. – Naissance de la clinique. Paris, PUF, 4^e éd.

GENELOT D., 1998. - Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants. Paris, INSEP Éditions, 2^e éd.

HERAULT B., 1997. – Les travailleurs et leur qualification : de la spécialité à la compétence. *Sociologie Santé*, n° 17, 73-102.

JOVIC L., 1998. - La clinique dans les soins infirmiers : naissance d'une discipline. Thèse de Doctorat en Sociologie et Sciences Sociales, Université Lumière Lyon 2.

JOVIC L., 1999. - La clinique dans les soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 59, décembre, 15-19.

Journée de rencontre des infirmières générales d'Ile de France. *Objectif soins*, n° 81, décembre 1999.

KEROUAC S., PEPIN J., DUCHARME F., DUQUETTE A., MAJOR F., 1994. - La pensée infirmière. Conception et stratégie. Paris, Éditions Maloine.

KESSELRING A., 1993. – Apprendre par l'expérience. *Soins Infirmiers*, n° 12, 60-65.

La compétence au travail. *Éducation Permanente*, n° 135, 2, 1998.

La dynamique des savoirs. *Sciences Humaines*, hors série n° 24 mars-avril 1999.

LE CORRE M.-C., 1999. – Chirurgie d'un jour : le gage de l'efficacité. *Revue de l'Infirmière*, n° 51, juillet-août, 47-50.

MAYERE A., 1995. – La gestion des savoirs face au nouveau modèle industriel. *Revue Française de Gestion*, septembre-octobre, 8-16.

MONJARDET D., 1987. – Compétence et qualification comme principe d'analyse de l'action policière. *Sociologie du Travail*, n° 1.

MORIN E., LE MOIGNE J.-L., 1997. – Comprendre la complexité dans les organisations de soins. Lille, ASPEPS Éditions.

OMS, 1996. - La pratique infirmière. Genève, OMS, Série des rapports techniques, n° 860.

PLACZEK F., BARBA-LAPERSONNE L., MALHOMME N., 1997. – Une "consultation infirmière" de plaies chroniques en milieu hospitalier ? *Revue de l'Infirmière*, n° 26, avril, 41-46.

SIBIREFF G., 1997. – Prise en charge dans un CHAA. *Soins*, n° 617, juillet-août, 26-27.

STRAUSS A., 1992. – La trame de la négociation ; sociologie qualitative et interactionnisme. Paris, L'Harmattan.

Une démarche inscrite dans le temps. *Soins*, n° 637, juillet-août 1999, 11-14.

TANGUY L., 1996. – Les usages sociaux de la notion de compétence. *Sciences Humaines*, Hors Série, n° 12, février-mars.

TREPOS J.-Y., 1992. – Sociologie de la compétence professionnelle. Presses Universitaires de Nancy.

WEISSER M., 1998. – Le savoir de la pratique. L'existence précède l'essence... *Recherche et Formation*, n° 27, 93-102.

ZIMMERMANN M.-O., HUIN Pierre, 1997. – Du côté des enfants : une consultation infirmière. Revue de l'Infirmière, n° 21/22, janvier, 40-43.

Internet

Consultation infirmière en ORL. Réseau CHU Poitiers, n° 5, décembre 1998

FLOCH Isabelle, HUET Jean-Luc, 1999. - Les consultations infirmières d'éducation. <http://perso.wanadoo.fr/jean-luc.huet/sante/textes/consult.html>,

Textes réglementaires

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Décret n° 946904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

GLOSSAIRE

Capacité : disposition à agir relativement transversale. Les capacités sont des compétences décontextualisées, il s'agit de potentialités d'action acquises non investies dans l'action mais disponibles pour agir. (Wittorski, in La compétence au travail. Éducation Permanente, 1998)

Compétence : Étymologiquement le mot compétence vient du latin *competentia*, de *competere*, qui signifie en termes de droit "attribution d'un pouvoir d'un tribunal, d'un officier public, mesure d'un pouvoir - décliner, reconnaître, la compétence d'un tribunal - la compétence du notaire" : droit de juger, droit de reconnaître. Dans un autre sens, c'est "l'habileté reconnue qui donne le droit de décider". (Littré, Dictionnaire de la langue française, 1963)

La capacité à utiliser et à combiner des connaissances et des savoir-faire acquis pour maîtriser une situation professionnelle donnée et pour obtenir des résultats attendus". (INSEP Consulting, in Genelot, 1998)

Connaissance : est le résultat du processus d'intériorisation et d'intégration par l'individu des savoirs qui lui sont transmis. De ce point de vue, la connaissance est le produit du processus de compréhension et de mémorisation : c'est ce que l'individu conserve du savoir qui lui a été transmis (qualitativement et quantitativement). (Wittorski, in La compétence au travail. Éducation Permanente, 1998)

Consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).

La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) – l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation – le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient de l'acte pratiqué. (Nomenclature Générale des Actes Professionnels, 1997)

Innovation : commence avec la première transaction commerciale [de l'invention] réussie. [...]. La changement (par exemple une technologie nouvelle) s'intéresse plutôt aux "effets" d'une transformation sur la nature des relations, en les rapportant à une théorie sociologique à portée générale. L'innovation vise plutôt l'analyse du processus ayant présidé à la mise en œuvre de la même transformation et l'intègre dans une perspective au moins partiellement économique. (Alter, 1996)

Invention : est l'ensemble des idées, projets, plans et prototypes développés avant la première rencontre de cet ensemble, ou de l'un de ses éléments avec le marché. (Alter, 1996)

Production de soins : est la traduction quantitative et qualitative de l'activité directe et indirecte, générée au cours des différentes étapes de la trajectoire ou du parcours de la personne soignée, par les différents personnels de santé. (Infirmières générales, in Journée de rencontre des IG d'Ile de France, 1999)

Savoir : un énoncé communicable socialement validé" (groupe CNAM). Il s'agit d'un énoncé descriptif ou explicatif d'une réalité, établi et reconnu par et dans une communauté scientifique et culturelle donnée, à une époque donnée. Il est disponible dans les encyclopédies et les ouvrages spécialisés. (Wittorski, in La compétence au travail. Éducation Permanente, 1998)

Savoir d'action : désigne l'ensemble des savoirs qui permettent d'agir sur l'environnement physique et social.

Pour certains, il ne désigne que les énoncés relatifs à l'action. Il sont alors identifiés et verbalisés. Pour d'autres, il s'agit de l'ensemble des structures opératoires produites par l'expérience d'une pratique et par son renouvellement, dans ce cas, ils ne peuvent pas être verbalisés, et parfois même ils ne sont pas identifiés consciemment par celui qui les détient. D'où la difficulté de transmettre les savoirs d'action. (La dynamique des savoirs, 1999)

Savoir théorique : c'est d'une part l'acquisition d'un ensemble de connaissances établies, le plus souvent dans des disciplines traditionnelles (mathématique, physique, biologie...), et d'autre part la maîtrise de raisonnements logiques permettant la résolution de "problèmes" (Lehmann, 1996, in La dynamique des savoirs, 1999)

Soins infirmiers :

Loi du 8 avril 1946 (art. 473) – "Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation des soins prescrits ou conseillés par un médecin".

Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 – "Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'habilite, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé, de formation et d'encadrement".

Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 – "La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier. Elle comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la contagion".

"Sans pareil, la fonction de l'infirmier ou de l'infirmière consiste à aider le malade ou le bien portant dans l'accomplissement des activités qui contribuent à la santé ou à la guérison (ou bien encore à une extinction paisible) qu'il accomplirait seul s'il avait la force, la volonté ou les connaissances voulues, et cela dans un sens qui l'aide à recouvrer son autonomie au plus tôt". (Henderson Virginia, 1961)

"Les soins infirmiers aident les individus, les familles et les groupes à définir et réaliser leur potentiel physique, psychique et social, en tenant compte des défis propres au milieu où ils vivent et travaillent. Il faut à l'infirmier ou à l'infirmière des compétences pour élaborer et accomplir des fonctions de promotion de préservation de la bonne santé, et de prévention de la mauvaise santé. Au titre des soins infirmiers, il s'agit en outre de planifier et de prodiguer les soins pendant la maladie et la réadaptation, en intégrant les aspects physiques,

psychiques, et sociaux de l'existence, qui interviennent tous dans la santé, la maladie, l'incapacité et la mort.

En œuvrant dûment en faveur de la participation active de l'individu, de sa famille, de ses amis, et du groupe social ou de la communauté dont il fait partie aux soins de santé sous toutes leurs formes, les soins infirmiers encouragent à la fois l'auto responsabilité, l'autonomie de jugement et un environnement sain.

Les soins infirmiers sont art et science ; ils requièrent la compréhension et l'application de connaissances et compétences particulières ; ils reposent sur un savoir et des techniques héritées des sciences humaines, des sciences sociales et des sciences médicales".(Salvage et col., 1993, in OMS, 1996, La pratique infirmière, Genève, OMS, Série des rapports techniques, n° 860)

ANNEXES

- Annexe 1 : Questionnaire : État des lieux de la consultation infirmière
- Annexe 2 : Entretien : Infirmière
- Annexe 3 : Entretien : Infirmière générale, Médecin, Directeur des finances
- Annexe 4 : Résultats du questionnaire

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE

ETAT DES LIEUX DE LA CONSULTATION INFIRMIERE

Ce questionnaire est à remplir par les Directeurs de services de soins infirmiers et/ou Infirmières Générales.

Veuillez répondre à toutes les questions afin que le questionnaire soit exploitable.

Cochez la case correspondant à votre choix.

Hôpital :

1- Existe-t-il une (des) consultation(s) infirmière(s) dans votre hôpital ?
oui / / non /

Si oui complétez la suite du questionnaire en utilisant une fiche par consultation infirmière.

2- Dans quelle discipline médico-chirurgicale s'inscrit la consultation infirmière :

- médecine adulte /
- chirurgie adulte /
- obstétrique /
- pédiatrie /
- rééducation /
- gériatrie /
- autre /
- préciser :

3- Quel est le champ d'activité de la consultation infirmière :

- endocrinologie /
- préciser :
- douleur /
- soins palliatifs /
- stomathérapie /
- escarres /
- troubles urinaires /
- conduites addictives (toxicomanie, alcool, tabac) /
- préciser :
- autre /
- préciser :

4- Quelle est la nature de l'activité de la consultation infirmière (cochez une seule case par colonne) :

- | | Activité Principale | Activité secondaire |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| - soins techniques | / <input type="checkbox"/> / | / <input type="checkbox"/> / |
| - éducation | / <input type="checkbox"/> / | / <input type="checkbox"/> / |
| - information | / <input type="checkbox"/> / | / <input type="checkbox"/> / |
| - autre | / <input type="checkbox"/> / | / <input type="checkbox"/> / |
| - préciser : | | |

5- Dans quels locaux s'effectue la consultation infirmière :

- le secteur de consultation /
- le secteur d'hospitalisation conventionnelle /
- l'hôpital de jour /
- l'hôpital de semaine /

6- La consultation infirmière est-elle effectuée :

- en présence du malade (ou de sa famille) /
- par téléphone /

7- Quel est le personnel qui réalise la consultation infirmière :

- l'infirmière /
- le cadre infirmier /

8- A votre avis quel est l'intérêt de la consultation infirmière (classer les propositions suivantes de 1 à 5 par ordre de priorité) :

- développer la fonction clinique infirmière /
- diminuer les coûts hospitaliers /
- offrir une nouvelle possibilité de carrière aux infirmières /
- permettre au malade d'être acteur de sa prise en charge /
- autre /
- préciser :

9- Êtes vous d'accord pour que l'on prenne contact directement avec la personne qui effectue des consultations infirmières afin de réaliser une enquête plus approfondie ?
oui / / non /

10- Si oui indiquez ses coordonnées :

- nom, prénom
- téléphone
- nom du service
- adresse

Merci de votre participation
Veuillez retourner ce questionnaire rempli à :
Ljiljana JOVIC

ANNEXE 2

CONSULTATION INFIRMIERE ENTRETIEN : INFIRMIERE

Hôpital :

Service :

Spécialité :

Date :

ORGANISATION DE LA CONSULTATION INFIRMIERE

Historique

Finalités

Organisation

Par qui les malades sont-ils adressés ?

Quel est le circuit du malade ?

Lieu

Local dédié

Secteur d'hospitalisation

Modalités

Présence du malade

Téléphone

Durée moyenne d'une consultation

Proportion de temps par téléphone

MALADES

Quels types de malades sont pris en charge ?

Quels types de soins sont réalisés ?

A l'initiative de qui sont réalisés les soins ?

Qui est l'interlocuteur en cas de besoin ?

Comment et où sont notés les soins réalisés ?

ACTIVITE

Comment l'activité est-elle comptabilisée ?

Nombre moyen de consultations par jour ?

Quelle est l'évolution ?

PERCEPTION

/ Malades

/ Médecins

/ Collègues

/ Hiérarchie

/ Administration

COMPETENCES INFIRMIERES

Quelles sont les compétences spécifiques nécessaires à l'exercice de cette activité ? (expérience, formation...)

Quelle est le niveau d'initiative et d'autonomie ?

Quelle est la reconnaissance de la fonction ?

INTERET

DIFFICULTES ET LIMITES

AVENIR

Rémunération de la consultation

Prescription infirmière

PERSONNE INTERVIWEE

Grade :

Fonction :

Ancienneté dans la profession :

Antériorité dans l'activité de consultation :

Expérience professionnelle

Formation spécifique :

ANNEXE 3

CONSULTATION INFIRMIERE ENTRETIEN : IG, MEDECIN, DIRECTEUR DES FINANCES

Hôpital : IG /_/_/
Date : Médecin /_/_/
Directeur des Finances /_/_/

ORGANISATION DE LA CONSULTATION INFIRMIERE

Comment sont adressés les malades à la consultation infirmière ? (*Médecin*)

PERCEPTION

/ Malades
/ Médecins
/ Infirmières
/ Hiérarchie
/ Administration

ACTIVITE

Comment l'activité est-elle comptabilisée ?
Quelle est l'évolution de la consultation infirmière ?

COMPETENCES INFIRMIERES

Quelles sont les compétences spécifiques nécessaires à l'exercice de cette activité ? (expérience, formation...)
Quelle est le niveau d'initiative et d'autonomie ?
Quelle est la reconnaissance de la fonction ?

INTERET

DIFFICULTES ET LIMITES

POLITIQUE VIS-A-VIS DE LA CONSULTATION INFIRMIERE

IMPACT FINANCIER

AVENIR

Rémunération de la consultation
Prescription infirmière

PERSONNE INTERVIEWEE

Métier : Spécialité :
Expérience de consultation infirmière :

ANNEXE 4

Les tableaux représentent les résultats des questionnaires.

	AP-HP (n=64)	CHU (n=94)	Centres hospitaliers (n=72)	Hôpitaux privés (n=23)	Tous hôpitaux confondus (n=253)
Médecine adulte	32	56	34	12	134
Chirurgie adulte	14	39	25	16	94
Obstétrique	3	1	3	0	7
Pédiatrie	9	6	6	3	24
Rééducation	8	4	0	0	12
Gériatrie	4	11	1	0	16
Autre	5	4	12	1	22

Tableau 1 - Répartition des consultations infirmières en fonction des disciplines médico-chirurgicales et des types d'hôpitaux (effectifs). [Le total de chaque colonne est supérieur à n car une consultation peut concerner plusieurs disciplines médico-chirurgicales]

	AP-HP (n=64)	CHU (n=94)	Centres hospitaliers (n=72)	Hôpitaux privés (n=23)	Tous hôpitaux confondus (n=253)
Stomathérapie	19%	29%	25%	30%	25%
Endocrinologie	14%	17%	18%	17%	18%
Douleur	13%	19%	7%	9%	13%
Conduites addictives	9%	7%	19%	0%	8%
. Toxicomanie	2%	2%	6%	0%	3%
. Alcool	3%	1%	6%	0%	3%
. Tabac	2%	1%	3%	0%	2%
Soins palliatifs	6%	10%	7%	4%	8%
Escarres	8%	9%	6%	9%	8%
Troubles urinaires	8%	4%	4%	13%	6%
Autre	43%	24%	30%	43%	32%
. Educat./traitement	27%	11%	11%	4%	14%
. Pathologie	9%	12%	11%	22%	12%
. Soins techniques	3%	0%	1%	4%	2%
. Auto-surveillance	2%	0%	0%	0%	0%
. Pré anesthésie	2%	1%	7%	13%	4%

Tableau 2 - Répartition des champs d'activité des consultations infirmières en fonction des types d'hôpitaux (pourcentages). [Le total de chaque colonne est supérieur à 100% car une consultation peut concerner plusieurs champs]

	AP-HP (n=64)	CHU (n=94)	Centres hospitaliers (n=72)	Hôpitaux privés (n=23)	Tous hôpitaux confondus (n=253)
Consultation	56%	71%	47%	52%	59%
Hospitalisation	48%	41%	60%	61%	50%
Hôpital de jour	23%	40%	25%	35%	31%
Hôp. de semaine	14%	10%	10%	9%	11%
Autre	6%	1%	7%	0%	4%

Tableau 3 - Répartition des locaux dans lesquels sont effectuées les consultations infirmières en fonction des types d'hôpitaux (pourcentages). [Le total de chaque colonne est supérieur à 100% car une consultation peut concerner plusieurs lieux]

	AP-HP (n=64)	CHU (n=94)	Centres hospitaliers (n=72)	Hôpitaux privés (n=23)	Tous hôpitaux confondus (n=253)
Présence du malade	100%	100%	100%	100%	100%
Téléphone	52%	44%	47%	30%	45%

Tableau 4 - Répartition des modalités des consultations infirmières en fonction des types d'hôpitaux (pourcentages).

	AP-HP (n=64)	CHU (n=94)	Centres hospitaliers (n=72)	Hôpitaux privés (n=23)	Tous hôpitaux confondus (n=253)
Infirmière	98%	98%	93%	91%	96%
Cadre infirmier	16%	15%	66%	30%	19%

Tableau 5 - Répartition, par grade, des personnels qui effectuent des consultations infirmières en fonction des types d'hôpitaux (pourcentages). [Le total de chaque colonne est supérieur à 100% car une consultation peut être effectué par des personnes de grades différents]

	AP-HP (n=64)	CHU (n=94)	Centres hospitaliers (n=72)	Hôpitaux privés (n=23)	Tous hôpitaux confondus (n=253)
Malade acteur	1	1	1	1	1
Développer la fonction clinique	2	2	2	2	2
Diminuer les coûts	3	3	3	4	3
Nouvelle carrière	4	4	3	2	4
Autre	5	5	5	5	5

Tableau 6 - Répartition de l'intérêt de la consultation infirmière par ordre de classement et en fonction des types d'hôpitaux.