

SYNTHÈSE

CONSULTATIONS INFIRMIÈRES POUR LES PATIENTS AVEC DES PROBLÈMES DE SANTÉ COMPLEXES



SYNTHÈSE

CONSULTATIONS INFIRMIÈRES POUR LES PATIENTS AVEC DES PROBLÈMES DE SANTÉ COMPLEXES

JENS DETOLLENAERE, MARIE DAUVRIN, MIEKE DESCHODT, MARIE CERULUS, FABIENNE DOBBELS, PIETER HEEREN, IMGARD VINCK, TOM GOFFIN, KOEN VAN DEN HEEDE



■ PRÉFACE

Le vieillissement de la population se double d'une augmentation du nombre de maladies chroniques et d'une progression de la multimorbidité, avec à la clé une demande de soins croissante et de plus en plus complexe. Une réflexion poussée sur notre stratégie en matière de soins de santé est donc devenue nécessaire, et de nouveaux modèles accordant une place centrale à une approche multidisciplinaire, intégrée et holistique s'efforcent aujourd'hui d'apporter une réponse à des besoins changeants. En parallèle, la demande croissante engendre aussi une pression sur le système de soins de santé et notre pays se trouve donc – comme tant d'autres – confronté à une pénurie de plus en plus marquée de prestataires professionnels, qu'il s'agisse d'infirmiers ou de médecins.

Face à ces constats, il est nécessaire d'investir dans une collaboration multidisciplinaire qui mobilise et utilise d'une manière optimale et la plus efficiente possible les talents de chacun. Dans un contexte marqué par des problèmes de pénuries, on pense souvent à cet égard au transfert de certaines tâches infirmières à d'autres professionnels. Ce rapport aborde toutefois la problématique sous un tout autre angle, celui d'une diversification des tâches des infirmiers qui permettrait à ceux qui portent un intérêt particulier au raisonnement clinique ou qui ont suivi des formations complémentaires d'endosser un rôle plus autonome dans le cadre de consultations infirmières destinées à certains patients confrontés à des besoins de soins complexes.

Les infirmiers peuvent-ils avoir un rôle novateur spécifique à jouer dans un nouveau modèle visant à réaliser une meilleure prise en charge des besoins complexes, et donc à améliorer la qualité des soins ? Existe-t-il des données scientifiques démontrant que cette approche est aussi sûre et efficace ? Si oui, pour quels types de consultations et dans quels environnements de soins ? Comment se positionnent ces consultations infirmières vis-à-vis des activités des médecins ? Quelle est leur place au sein d'une équipe multidisciplinaire ? Des infirmiers pourraient-ils ainsi contribuer à alléger la charge de travail des médecins ou d'autres prestataires de soins ? Où en est le développement de ce concept dans notre pays ?

Ce sont là quelques-unes des nombreuses questions auxquelles ce rapport s'est efforcé d'apporter une réponse, qui est loin d'être toujours immédiatement évidente. Il ressort toutefois des données scientifiques disponibles qu'un développement plus poussé des consultations infirmières destinées aux patients avec des besoins de soins complexes se justifie. En Belgique, c'est même une nécessité pour répondre aux initiatives qui se sont déjà développées dans les faits sur le terrain.

Reste à savoir si l'introduction de ce rôle nouveau ne risque pas d'aggraver encore la pénurie d'infirmiers. L'avenir nous le dira, mais on peut se dire que des tâches plus diversifiées et davantage de possibilités d'évolution professionnelle pourraient potentiellement aussi améliorer l'attrait du secteur et donc contribuer à la rétention des effectifs. Cette évolution pourrait donc bien déboucher sur une situation d'où tout le monde sort gagnant : les patients, les infirmiers et le système de soins de santé dans son ensemble.

Christophe JANSSENS

Directeur Général Adjoint

Marijke EYSEN

Directeur Général a.i.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
1.	INTRODUCTION.....	4
1.1.	À NOUVEAUX BESOINS, NOUVEAU PARADIGME	4
1.2.	CONSULTATIONS INFIRMIÈRES POUR LES PATIENTS AVEC DES PROBLÈMES DE SANTÉ COMPLEXES	5
1.3.	QUESTIONS DE RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE.....	6
2.	QUELLE PLUS-VALUE POTENTIELLE POUR LES PATIENTS ET L'ORGANISATION DES SOINS ?.....	7
2.1.	UN IMPACT GLOBALEMENT POSITIF POUR LES PATIENTS	7
2.2.	DES EFFETS FINANCIERS À CONFIRMER.....	7
2.3.	DEUX EXEMPLES CONCRETS.....	8
3.	CONSULTATIONS INFIRMIÈRES, EN BELGIQUE ET AILLEURS.....	9
3.1.	UN CADRE LÉGAL LIMITANT	9
3.2.	DES CONCEPTS MAL DÉFINIS DANS LE CONTEXTE BELGE	9
3.3.	QUELS PROFILS ?	10
3.3.1.	À l'étranger	11
3.3.2.	En Belgique	11
3.4.	DANS QUELS CONTEXTES ?	12
3.5.	QUEL POSITIONNEMENT PAR RAPPORT AU MÉDECIN ?	13
3.5.1.	Substitution, complémentarité ou un peu des deux ?.....	13
3.5.2.	À la demande du médecin... ou pas	13
3.6.	UNE COLLABORATION FORMALISÉE	14
4.	PISTES POUR STIMULER LE DÉPLOIEMENT DE LA CONSULTATION INFIRMIÈRE	15



4.1.	POURSUIVRE L'IMPLÉMENTATION DES PROFILS DE FONCTIONS ET DE COMPÉTENCES...	15
4.1.1.	Échelle de fonctions.....	15
4.1.2.	Profils génériques, accords spécifiques	15
4.2.	REPENSER LES FORMATIONS.....	16
4.2.1.	Des programmes en pleine mutation.....	16
4.2.2.	Définir les conditions d'accès aux formations de master.....	16
4.3.	ENREGISTRER ET DOCUMENTER	16
4.3.1.	La Loi Qualité	16
4.3.2.	Registre des pratiques	16
4.3.3.	Formation continue.....	17
4.4.	PRÉVOIR DES BUDGETS/INCITANTS SPÉCIFIQUES	18
4.5.	ADAPTER LE CHAMP DE PRATIQUE À L'ÉVOLUTION DES BESOINS	18
4.5.1.	Des actes médicaux, à certaines conditions et dans certains contextes.....	18
4.5.2.	Liste d'actes vs champ de compétences	19
4.6.	PROJETS PILOTES.....	19
5.	CONCLUSION	20
■	RECOMMANDATIONS	22
■	RÉFÉRENCES.....	28



1. INTRODUCTION

Vieillesse de la population, flambée des maladies chroniques, multimorbidités, demande de soins croissante et de plus en plus complexe... les défis auxquels est actuellement confronté le secteur de la santé sont bien connus et de plus en plus difficiles à relever avec les possibilités du système en place et les moyens financiers et humains disponibles. Il est donc plus important que jamais de faire de ces derniers une utilisation optimale et de repenser en profondeur des modèles de soins hérités du passé à la fois pour gagner en efficacité et pour développer des réponses plus adaptées aux besoins nouveaux.

Dans la foulée, la composition et les fonctions des différentes professions de santé connaissent aujourd'hui des évolutions majeures dans de nombreux pays. Grâce à leur niveau de formation de plus en plus élevé et au large éventail de leurs compétences fondamentales, les infirmiers^a, en particulier, sont amenés à endosser des rôles beaucoup plus étendus qu'avant dans le système de soins.

L'intervention d'infirmiers hautement qualifiés peut certes apporter une réponse à des problèmes très concrets (améliorer l'accès aux services de santé, pallier le manque d'effectifs dans d'autres groupes professionnels,...), mais aussi et peut-être surtout contribuer à améliorer la qualité des soins et l'attrait de la profession.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement aux **consultations infirmières** organisées dans divers environnements cliniques.

1.1. À nouveaux besoins, nouveau paradigme

Si l'introduction des consultations infirmières est considérablement plus avancée dans certains pays que dans d'autres, elle est largement sous-tendue par une motivation commune : apporter une réponse aux besoins changeants des patients confrontés à des maladies ou problèmes de santé complexes (et souvent chroniques).

Le modèle traditionnel axé principalement sur le traitement aigu de pathologies individuelles se heurte en effet de plus en plus à ses limites, et la multiplication des situations complexes appelle une approche davantage axée sur la personne et sur ses besoins spécifiques. Ceci implique inévitablement une plus grande **souplesse** pour s'adapter à l'évolution de sa situation au fil du temps, mais aussi une approche plus **holistique** pour mieux prendre en compte dans la prise en charge des considérations non strictement médicales, comme par exemple les besoins (psycho)sociaux (besoin d'information, d'éducation, de guidance, de soutien psychologique, d'aide au maintien de l'autonomie...). Dans ce contexte, il est aussi plus que jamais nécessaire de veiller à une **organisation des soins** bien rodée en termes de coordination, de continuité et de collaboration multi- et interdisciplinaire.

Sur une note plus pragmatique, de nombreux pays sont actuellement confrontés à des pénuries de certains profils soignants (comme les médecins, mais parfois aussi les infirmiers eux-mêmes), avec toutes les difficultés qui en découlent pour préserver des soins de qualité, sûrs, efficaces et accessibles en temps opportun.

^a Dans la suite de ce document, la forme masculine sera privilégiée afin d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture (sauf, pour des raisons de facilité grammaticale, lorsqu'il est question de sages-femmes). Sauf mention contraire explicite, elle fait ici office de genre neutre et peut donc désigner indifféremment des hommes, des femmes et/ou des individus non-binaires.



Des modèles de soins innovants visant à améliorer l'efficacité, la coordination, l'intégration et la collaboration dans le système de santé font partie des pistes explorées pour répondre à ces défis. Les consultations infirmières s'inscrivent dans cette tendance et peuvent soit décharger d'autres prestataires – à commencer par le médecin – de certaines activités (**substitution**), soit **compléter** leur intervention pour élargir la prise en charge (voir point 3.5.1). Il peut sembler paradoxal de mobiliser un groupe professionnel lui-même sujet aux pénuries pour de nouveaux rôles et tâches, mais cette évolution pourrait en réalité contribuer à renforcer l'attrait de la profession (et donc à accroître le flux entrant et à améliorer la rétention des effectifs), en offrant de nouvelles perspectives d'évolution à ceux qui l'exercent.

Encadré 1 – La pratique avancée infirmière

Dans la mesure où il n'existe pas de cadre théorique spécifiquement consacré à la consultation infirmière et où celle-ci fait souvent intervenir des rôles infirmiers avancés, nous serons également amenés à évoquer plus largement dans cette étude le volet « pratique clinique directe » de la pratique avancée infirmière (PAI) et les profils infirmiers qui y sont impliqués.

Au niveau international, la PAI recouvre un champ très large (et croissant) de compétences, de rôles et de pratiques et peut notamment amener des infirmiers expérimentés et/ou hautement qualifiés à mener les consultations qui nous intéressent ici. Dans ce cadre, ils pourront, selon les contextes, dispenser un éventail de soins très étendu à des patients ou populations bien précises (évaluation, diagnostic, gestion de cas...), apporter une expertise spécifique dans un domaine où ils se sont spécialisés, etc.

1.2. Consultations infirmières pour les patients avec des problèmes de santé complexes

Au niveau international, les consultations infirmières peuvent poursuivre des **objectifs** très divers et recouvrir des activités extrêmement variées, du diagnostic à la demande de tests, examens et analyses en passant par la prescription de traitements médicamenteux ou autres, l'éducation thérapeutique, la prise de décisions thérapeutiques, le renvoi à d'autres acteurs, etc. Ceci suppose aussi un degré suffisant d'**autonomie** dans la prise de décision.

Cette diversité se retrouve également en Belgique, même si les prestations accessibles aux infirmiers et leur degré d'autonomie restent actuellement limités par la législation qui encadre l'exercice de la profession.

Encadré 2 – Définition de la consultation infirmière dans cette étude

Au sens retenu sur la base des critères appliqués tout au long de nos recherches, les consultations infirmières...

- Ont pour **objectif** d'apporter des informations, des conseils, un soutien et/ou un suivi aux patients et à leurs proches dans une perspective holistique et en s'appuyant sur des fondements *evidence-based*.
- Sont menées par un **infirmier** possédant l'expertise clinique et les compétences avancées nécessaires pour pouvoir suivre les cas qui lui sont confiés de manière autonome (ce qui n'exclut pas qu'il puisse travailler en étroite collaboration avec une équipe plus large).
- Peuvent être **organisées** à la demande d'un médecin, d'autres prestataires de soins, des patients ou de leur entourage, mais aussi, dans certains cas, à l'initiative de l'infirmier. Elles peuvent être planifiées ou non, ponctuelles ou récurrentes.
- S'inscrivent dans différents **contextes de soins et domaines de spécialisation** (p.ex. soins de première ligne, hôpital, soins à domicile, maisons de repos et de soins, soins de santé mentale, etc.)



- Peuvent prendre différentes **formes** (en personne, par téléphone/vidéoconférence, par voie électronique, etc.).

Par ailleurs, nous nous focaliserons dans cette étude sur les consultations infirmières visant à mettre en place une gestion spécialisée des besoins des personnes confrontées à des **problèmes de santé complexes**. Cette complexité peut être liée à des considérations **cliniques** (p.ex. gravité, degré d'incapacité, étendue et complexité des soins formels ou informels, etc.), mais aussi à la **situation** du patient (p.ex. difficultés liées à l'environnement matériel, social, familial ou culturel, faible littératie en santé, situation financière précaire, etc.) ou aux réalités de **l'organisation des soins** (p.ex. multiplicité des acteurs impliqués, manque de coordination ou d'intégration des services, etc.).

Il importe de souligner ici d'une part qu'une maladie relativement simple d'un point de vue biologique peut malgré tout constituer un problème complexe et inversement, d'autre part qu'une même problématique ne sera pas nécessairement complexe pour tous les patients qui y sont confrontés, ni à tous les stades de la maladie pour un même patient.

1.3. Questions de recherche et méthodologie

Dans cette étude, nous avons dressé un état des lieux des consultations infirmières telles qu'elles existent actuellement en Belgique et de dégager des pistes pour améliorer leur développement dans le futur. Nous nous sommes basés pour cela sur cinq questions de recherche :

1. Dans quelle mesure les consultations infirmières sont-elles **efficaces** pour améliorer les résultats des patients et les résultats en termes d'organisation des soins chez les personnes confrontées à des problèmes de santé complexes ?
2. Quels sont les modes d'organisation des consultations infirmières mis en avant dans les bonnes **pratiques internationales** et quels sont les principaux moteurs d'une mise en œuvre couronnée de succès ?
3. Sur quels **fondements légaux** reposent les consultations infirmières en Belgique ?

4. **Comment, par qui et dans quels contextes** les consultations infirmières sont-elles actuellement organisées en Belgique ? (en ce compris la définition des tâches, le partage des responsabilités...)
5. Quels sont les **besoins prioritaires** pour les consultations infirmières organisées au bénéfice de patients confrontés à des problèmes complexes ? Quels sont les obstacles et leviers à l'organisation de ces consultations en Belgique ?

Plusieurs approches ont été utilisées pour répondre à ces questions.

Pour identifier les bénéfices concrets des consultations infirmières pour les patients et pour l'organisation des soins (question 1), nous avons procédé à une revue de littérature (« **revue de revues** »). Cet aspect est traité au **chapitre 2 du rapport scientifique**.

Une **comparaison internationale** reposant sur l'examen de la documentation officielle et de la littérature grise et sur des interviews avec des experts de cinq pays ou régions (France, Finlande, Irlande, Pays-Bas et province de l'Ontario au Canada) nous a ensuite permis d'identifier les bonnes pratiques développées à l'étranger (question 2). Cet aspect est traité au **chapitre 3 du rapport scientifique**.

Pour faire le point sur les dispositions légales et réglementaires qui s'appliquent aux consultations infirmières en Belgique et, plus largement, à l'exercice de l'art infirmier (question 3), nous avons examiné **les textes législatifs et la littérature grise**. Cet aspect est traité au **chapitre 4 du rapport scientifique**.

Pour en apprendre davantage sur la manière dont les consultations infirmières s'organisent actuellement dans notre pays (question 4) et sur les principaux points d'amélioration perçus sur le terrain, nous avons organisé une **enquête** en ligne. Nous avons ainsi recueilli l'avis de 638 infirmiers (428 en Flandre, 148 en Wallonie et 62 à Bruxelles) qui estimaient délivrer des services correspondant à notre définition de la consultation infirmière (voir ci-dessus). Cet aspect est traité au **chapitre 5 du rapport scientifique**.

Enfin, pour dresser un tableau des obstacles et leviers à un déploiement plus large des consultations infirmières en Belgique (question 5), nous avons réalisé neuf **entretiens semi-structurés** avec des représentants de diverses institutions gravitant autour de la thématique des consultations



infirmières (fédérations hospitalières, associations de médecins généralistes et spécialistes, organismes assureurs et administrations de santé régionales). Cet aspect est traité au **chapitre 6 du rapport scientifique**.

Précisons encore que cette étude n'a pas réalisé d'analyse détaillée du code de nomenclature spécifique (429015) qui existe pour les consultations infirmières dans les soins à domicile.

2. QUELLE PLUS-VALUE POTENTIELLE POUR LES PATIENTS ET L'ORGANISATION DES SOINS ?

Pour identifier les fondements scientifiques qui sous-tendent le recours aux consultations infirmières dans le cadre de nouveaux modèles de soins chez les patients avec un problème de santé complexe, nous avons procédé à une « revue de revues » – comprenez, une revue de littérature portant sur 50 revues systématiques incluant un total de 473 essais randomisés et contrôlés comparant les consultations infirmières aux soins habituels ou aux consultations menées par un médecin.

Nous nous bornerons ici à rapporter les principales conclusions de cette analyse de la littérature ; pour plus de détails sur la méthodologie utilisée et sur les résultats, nous vous invitons à vous référer au chapitre 2 du rapport scientifique.

2.1. Un impact globalement positif pour les patients

Il ressort de cette analyse de la littérature que les consultations infirmières sont au moins équivalentes au comparateur (soins habituels et/ou consultation médicale). Elles pourraient même apporter une plus-value en complément ou en remplacement (partiel) des soins usuels seuls pour les résultats touchant à la qualité de vie, aux comportements de santé (comme l'arrêt du tabagisme ou l'encouragement de l'activité physique), à la mortalité, à la satisfaction des patients et à la compliance au traitement.

2.2. Des effets financiers à confirmer

Les consultations infirmières semblent également avoir un impact favorable sur l'utilisation des services de santé, au travers d'aspects comme par exemple la réduction du nombre de réadmissions hospitalières. Un effet positif sur les coûts n'est pas exclu, mais difficile à confirmer avec certitude en raison de limitations méthodologiques (e.a. parce que les types de coûts pris en compte diffèrent fortement d'une étude à l'autre).



Là encore, la consultation infirmière semble à tout le moins démontrer sa non-infériorité par rapport à une approche standard ou à une consultation avec un médecin, même si elle n'est pas toujours clairement supérieure.

2.3. Deux exemples concrets

Notre revue de revues a porté sur des consultations infirmières organisées dans une diversité de contextes (p.ex. soins de première ligne, soins spécialisés ambulatoires, soins hospitaliers, combinaison de plusieurs possibilités) et pour un très large éventail de patients atteints de pathologies complexes (p.ex. maladies cardiovasculaires, endocrinologiques ou respiratoires, maladies rénales chroniques, cancers, problèmes de santé mentale, troubles rhumatoïdes, VIH, etc.). Il en ressort aussi une très grande hétérogénéité dans l'organisation de ces consultations et dans les activités qu'elles recouvrent. Les deux exemples ci-dessous illustrent comment elles peuvent se présenter concrètement sur le terrain.

Encadré 3 – La gestion du diabète en première ligne¹

Un premier exemple venu des Pays-Bas concerne la gestion du diabète de type 2 en première ligne par des infirmiers praticiens ayant suivi, dans ce domaine bien spécifique, une formation équivalente à celle d'un médecin généraliste. Ces infirmiers effectuent leurs consultations en suivant un protocole structuré basé sur des directives du collège néerlandais des médecins généralistes et de la fédération néerlandaise du diabète. Ils sont autorisés à prescrire une série de médicaments et à ajuster les dosages de certains traitements bien précis, et peuvent également demander des analyses de laboratoire. Ils ne sont par contre pas habilités à initier un traitement par insuline, même s'ils ont le droit d'en ajuster le dosage si nécessaire.

Encadré 4 – Encadrer le retour à domicile chez les patients atteints de BPCO²

Le *John Hopkins Bayview Medical Center*, aux États-Unis, a mis en place un programme qui vise d'une part à accompagner les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et leurs aidants proches lors du retour à domicile après une hospitalisation, d'autre part à les soutenir dans l'autogestion de la maladie à plus long terme. Cet accompagnement est assuré par des infirmiers hospitaliers spécialisés ayant suivi une formation supplémentaire dans le domaine de la BPCO, qui voient les patients (et leurs proches si possible) au cours de l'hospitalisation initiale puis trois mois après la sortie. Il comporte trois grands volets :

- L'encadrement de la transition entre l'hôpital et le domicile, afin de s'assurer que les patients et aidants y soient bien préparés et qu'ils comprennent bien ce que recouvre le plan de soins à ce stade de leur parcours ;
- Un soutien individualisé à l'autogestion de la maladie, afin d'aider les patients à prendre correctement leurs traitements, à identifier les signes d'une exacerbation (crise) et à y faire face, à réaliser correctement des exercices de respiration, à adopter et conserver un mode de vie actif et à arrêter de fumer ;
- L'accès aux programmes et services thérapeutiques communautaires.



3. CONSULTATIONS INFIRMIÈRES, EN BELGIQUE ET AILLEURS

3.1. Un cadre légal limitant

En Belgique, des consultations infirmières autonomes sont possibles jusqu'à un certain point dans les limites du cadre légal existant, mais celui-ci ne permet pas de déployer pleinement le concept tel qu'il existe déjà dans d'autres pays. Les actes qui peuvent être effectués par les infirmiers belges sont en effet clairement balisés (voir Encadré 5) et sensiblement plus limités que ceux qui sont ouverts aux infirmiers dans d'autres pays.

Des systèmes comme la prescription de groupe^b ou l'ordre permanent^c permettent déjà d'offrir à l'infirmier une certaine autonomie dans la réalisation de certains actes, et la Loi Qualité, qui stipule que les prestataires ne peuvent dispenser que les soins pour lesquels ils disposent de la compétence et de l'expérience **nécessaires et démontrables**, laisse également entrevoir la possibilité d'un champ de pratique balisé par les compétences réelles du prestataire individuel plutôt que par une liste limitative de compétences associée à un titre professionnel.³

Les résultats de notre enquête auprès des acteurs de terrain (chapitre 5 du rapport scientifique) donnent toutefois à penser que les infirmiers belges qui mènent des consultations flirtent parfois avec les limites du cadre légal et que le modèle en place a donc atteint ses limites.

^b La prescription de groupe permet au médecin de confier certains actes à d'autres prestataires de soins dans le cadre d'un partenariat.

Encadré 5 – Trois catégories d'actes infirmiers⁴

Les actes pouvant être réalisés par des infirmiers sont classés en trois catégories ; des conditions supplémentaires ou des qualifications et compétences spécialisées peuvent être requises pour certains actes relevant des catégories B et C.

- La **catégorie A** recouvre les actes généraux que l'infirmier peut réaliser de manière autonome, dont notamment l'observation, l'identification et l'établissement de l'état de santé mental, physique ou social, des missions d'information, d'accompagnement et de conseil, etc.
- La **catégorie B** comprend les prestations techniques que l'infirmier peut réaliser de manière autonome (B1) ou sur prescription (B2) dans le cadre d'un diagnostic ou traitement établi par un médecin ou dentiste, ou dans le cadre de la médecine préventive.
- La **catégorie C** comprend les actes qui peuvent être confiés (délégués) à l'infirmier par un médecin ou dentiste, p.ex. la préparation ou l'administration de certains traitements (e.a. oncologiques) ou la réalisation de certains examens ou analyses.

3.2. Des concepts peu clairs dans le contexte belge

En Belgique, les consultations infirmières au bénéfice de patients hospitalisés ou ambulatoires ont commencé à se développer à partir des années 1990, essentiellement sous la forme d'initiatives locales visant à apporter une réponse à des besoins concrets. Comme le révèle notre enquête, l'absence d'une définition officielle ou d'un cadre légal se solde toutefois par une très grande variabilité dans leurs modalités concrètes (organisation, financement, accessibilité, disponibilité, tâches de l'infirmier, etc.).

^c Rédigé par un médecin, l'ordre permanent permet à l'infirmier d'effectuer un certain traitement ou procédure (p.ex. administration d'insuline) chez un patient donné lorsque certaines conditions définies à l'avance sont remplies.



Dans la foulée, la vision qu'en ont les autres stakeholders belges que nous avons interrogés (chapitre 6 du rapport scientifique) varie parfois du tout au tout, qu'il soit question des tâches qu'elles recouvrent, de leur positionnement vis-à-vis de l'intervention du médecin (un aspect explicité au point 3.5) ou de l'autonomie accordée à l'infirmier.

De même, ce que les infirmiers hautement qualifiés sont autorisés à faire dans notre pays reste actuellement assez flou. La loi sur l'exercice des professions de soins, qui introduit la notion d'infirmier de pratique avancée (IPA – voir Encadré 6), stipule que celui-ci est autorisé à réaliser « des actes médicaux » dans « un groupe cible de patients bien défini », et ce « en étroite coordination avec le médecin et les éventuels autres professionnels de soins de santé ».⁴ Elle ne spécifie toutefois pas la nature des rapports avec le médecin (hiérarchiques ou non ?), le degré d'autonomie accordé à l'infirmier ou les actes médicaux et groupes de patients visés.

Là encore, nos entretiens avec les stakeholders belges nous confortent dans l'impression que la législation manque de clarté : une partie au moins de nos interlocuteurs apparaissent peu ou mal informés sur les différents profils (IPA, infirmier spécialisé...) qui existent dans notre pays et sur les rôles qu'ils pourraient assumer auprès des patients confrontés à des besoins stables mais complexes. Bien connaître les aptitudes et les atouts des différents professionnels impliqués dans la prise en charge du patient est pourtant indispensable pour développer un travail d'équipe interdisciplinaire efficace.

Encadré 6 – L'infirmier de pratique avancée (IPA)

Plusieurs définitions de l'infirmier de pratique avancée et de la pratique avancée infirmière coexistent dans la littérature scientifique internationale. Sans trop entrer dans les détails, on peut dire que l'infirmier de pratique avancée est un professionnel **expérimenté** ayant suivi une **formation avancée** (master au minimum) qui lui a permis d'acquérir les **connaissances spécialisées, aptitudes et compétences cliniques** nécessaires pour assumer des **responsabilités étendues** et prendre des **décisions complexes** de manière plus **autonome**.

Il doit également posséder une série de compétences humaines et professionnelles qui lui permettront d'assumer **des rôles et responsabilités allant au-delà de ses tâches cliniques au sens strict**. On attendra par exemple de lui, selon les contextes, qu'il soit capable de communiquer de manière efficace, de former, éduquer et **coacher** ses patients et ses collègues, de collaborer efficacement au sein d'une équipe, d'endosser un rôle de **leader**, de planifier les soins et de gérer la santé d'une population de patients donnée, etc. Il doit aussi posséder l'esprit scientifique et le professionnalisme qui lui permettront de développer une pratique *evidence-based* et éthique, mais aussi de développer une réflexion sur cette pratique.



3.3. Quels profils ?

3.3.1. À l'étranger

Il ressort de notre comparaison internationale et de notre revue de la littérature (chapitres 2 et 3 du rapport scientifique) que les consultations infirmières peuvent être assurées par différents types de profils. Dans certains contextes, en particulier dans les soins primaires, elles sont parfois confiées à des infirmiers de niveau bachelier sans autre formation particulière. Les profils les plus fréquemment associés à ces consultations sont toutefois celui d'infirmier spécialisé (avec diplôme de baccalauréat et formation ou expertise supplémentaire) et celui d'infirmier de pratique avancée (IPA) (avec diplôme de master).

Au-delà d'un degré d'autonomie et d'un champ de pratique souvent plus étendus, l'IPA sera typiquement plus impliqué dans le leadership clinique, l'enseignement/la formation d'autres acteurs, la réflexion sur l'organisation de la pratique, etc. Dans les régions où la pratique infirmière avancée existe de longue date, on observe que les IPA sont souvent formés à endosser des fonctions de leadership clinique et contribuent de façon significative à définir l'organisation des consultations infirmières. Dans certains pays et sous certaines conditions, il arrive même qu'ils assument la gestion et la coordination de tout le processus de soins pour certains groupes de patients, en ce compris le diagnostic, l'évaluation, la prise de décisions thérapeutiques, etc.

Il semble évident que ces missions requièrent un certain niveau de formation et d'expérience. Néanmoins, en ce qui concerne plus spécifiquement les consultations infirmières, nos analyses ne nous ont pas permis de dégager des données tangibles qui justifieraient de les réserver aux seuls IPA.

3.3.2. En Belgique

3.3.2.1. Formation

Il existe en Belgique deux grandes filières d'accès à la profession :

- Une formation d'enseignement secondaire professionnel de quatrième cycle (**brevet infirmier**), accessible aux diplômés de l'enseignement secondaire. Elle s'étalait initialement sur trois ans partout en Belgique, mais a été rallongée de 6 mois en Communauté française conformément aux dispositions de la directive européenne 2005/36/CE. En Flandre, ce n'est pas le cas.
- Un **bachelier en soins infirmiers**, organisé dans les établissements d'enseignement supérieur. Il s'agit d'un programme de 240 crédits étalé sur quatre ans, correspondant à 4 600 heures d'enseignement dont 2 300 heures de formation pratique.

Les infirmiers issus de ces deux filières ont longtemps exercé des fonctions largement comparables sur le terrain, mais une distinction a récemment été introduite dans la loi sur l'exercice des professions de soins (voir ci-contre le passage sur les profils de fonction) dans le cadre de la transposition en droit belge de la directive européenne susmentionnée.

En sus de ces formations de base, il existe plusieurs **formations complémentaires** (spécialisations de niveau bachelier en Communauté française), certificats et formations continuées, ainsi que des formations de **master** et de **doctorat**.

- Dans notre enquête, la majorité des répondants étaient titulaires d'un **diplôme** de bachelier en soins infirmiers (84,5%) et 4,9% d'un bachelier de sage-femme. On dénombrait toutefois aussi 10,2% d'infirmiers brevetés.
- 72,1% de nos répondants avaient suivi une **formation supplémentaire** et 14,3% étaient en train de se perfectionner, le plus souvent dans des domaines de spécialisation comme le diabète, l'oncologie, les stomies et/ou les soins de plaies, la gestion des soins, les soins intensifs ou les soins d'urgence.



3.3.2.2. Profils de fonction

Des réformes sont actuellement en cours au niveau fédéral pour introduire un nouveau modèle de fonctions (largement inspiré de celui proposé en mai 2018 par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier⁵) qui devrait venir clarifier la place des différents profils infirmiers dans le paysage des soins. Les fonctions d'**assistant en soins infirmiers** (breveté), d'**infirmier responsable des soins généraux** (bachelier) et d'**infirmier chercheur clinicien** (avec doctorat) ont été tout récemment ajoutés à la loi sur l'exercice des professions des soins de santé ; celle d'**infirmier de pratique avancée** (nécessitant au minimum un diplôme de master) y figurait depuis avril 2019.⁶

Le profil d'**infirmier spécialisé** désigne des infirmiers titulaires d'un baccalauréat ayant acquis des connaissances supplémentaires dans un domaine spécifique au travers d'une formation complémentaire (spécialisation de niveau bachelier, certificat, etc.). Il peut s'agir d'infirmiers avec un titre professionnel particulier et/ou une qualification professionnelle particulière. Cette fonction d'infirmier spécialisé ne figure toutefois pas dans la loi sur l'exercice des professions de soins.

La prolifération d'autres titres que l'on rencontre sur le terrain dans notre pays ne correspondent pas aux titres professionnels et fonctions prévus par le législateur. Celui d'infirmier consultant – une notion belge qui ne semble pas avoir de réel équivalent au niveau international – figurait dans le modèle du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier mais n'a pas été repris dans les documents stratégiques ultérieurs et semble en passe d'être abandonné. Nos propres recherches rejoignent cette position : trop peu d'arguments plaident en faveur de l'intégration de ce concept à l'échelle des fonctions, et les rôles correspondants devraient donc être intégrés aux profils d'infirmier ou d'infirmier spécialisé.

- Parmi les répondants de notre enquête de terrain, 107 infirmiers se présentaient comme **IPA** (16,8 %), 162 comme infirmiers **consultants** (25,8 %), 222 comme **infirmiers spécialisés** avec ou sans titre professionnel (34,8 %) et 147 sous un autre titre (23,2 %).
- Leurs principaux **domaines de spécialisation** étaient les soins de plaies, les soins primaires, l'oncologie et le diabète (environ 20 % chacun).
- Ils possédaient en moyenne 11,6 ans d'**expérience** dans leur domaine de spécialisation et 7,9 ans d'expérience dans les consultations infirmières.

3.4. Dans quels contextes ?

Dans les cinq pays ou régions inclus dans notre comparaison internationale (chapitre 3 du rapport scientifique), les consultations infirmières trouvent leur place dans un large éventail de contextes, des soins communautaires (p.ex. en institution) à l'hôpital en passant par les soins ambulatoires et les maisons de repos. Dans de nombreux pays, les infirmiers endossent des rôles très étendus dans le secteur des soins de première ligne.

En ce qui concerne la Belgique, il ressort de notre enquête (chapitre 5 du rapport scientifique) que des consultations infirmières sont également organisées dans les contextes les plus divers.

On observe toutefois chez nous une nette prédominance du milieu hospitalier : la grande majorité de nos répondants étaient actifs dans un (grand) hôpital général (42,2 %) ou universitaire (26,5 %). Un peu moins d'un quart travaillaient dans les soins de première ligne (maison médicale, cabinet de médecine générale, structure de soins à domicile^d...) et une petite minorité, dans le secteur de la médecine du travail ou dans d'autres structures de soins (hôpitaux psychiatriques, centres de révalidation...). Les maisons de repos n'étaient pas représentées parmi nos répondants.

^d Actuellement le seul contexte où il existe un code de nomenclature spécifique (429015) pour la consultation infirmière



Cette prédominance du milieu hospitalier pourrait s'expliquer par le fait que des structures plus grandes peuvent plus facilement développer ce genre d'initiative innovante. Il pourrait toutefois être intéressant d'examiner si c'est aussi dans cet environnement que les consultations infirmières sont les plus utiles.

Les infirmiers belges menant des consultations à l'hôpital se présentaient principalement comme IPA, infirmiers spécialisés et infirmiers consultants. En première ligne et en médecine du travail, le titre le plus courant était celui d'« infirmier ».

3.5. Quel positionnement par rapport au médecin ?

Les consultations infirmières peuvent être liées de près ou de loin à une consultation médicale ou à l'intervention d'un médecin (sous la forme d'une prescription, de la délégation de certaines tâches, etc.). Dans certains pays ou régions et dans certains contextes, l'IPA ou autre infirmier hautement qualifié jouit toutefois d'une large autonomie dans les limites de ses attributions, et cette relative liberté semble d'ailleurs essentielle à l'organisation de consultations infirmières.

3.5.1. Substitution, complémentarité ou un peu des deux ?

Les activités de l'infirmier peuvent se positionner de deux manières par rapport à celles du médecin. Ces deux scénarios correspondent aux deux extrêmes d'un continuum, la réalité du terrain étant le plus souvent faite d'un mélange des deux :

- L'infirmier peut reprendre un certain nombre d'activités qui incombent jusque-là au médecin (p.ex. évaluation des risques, gestion du traitement dans des populations de malades chroniques dont l'état est stable...). Cette **substitution** peut décharger le médecin d'une partie du suivi, de la réalisation de certains actes, etc.
- Il peut aussi apporter un ou plusieurs services supplémentaires qui n'étaient pas encore proposés par ailleurs (**complémentarité**), généralement dans le but d'améliorer la qualité ou la continuité des soins (p.ex. par une information plus poussée ou un accompagnement plus étroit, une attention plus grande aux besoins non médicaux...).

Nos recherches ne nous permettent pas de conclure à la supériorité de l'une ou l'autre de ces pistes. Le degré de substitution et de complémentarité souhaitable dépendra vraisemblablement beaucoup des besoins et réalités concrètes sur le terrain, et peut en outre présenter une variabilité plus ou moins marquée chez les patients avec des pathologies complexes stables ou instables. Soulignons aussi que, même lorsqu'il est amené à reprendre certaines activités, l'infirmier ne se substitue jamais complètement au médecin.

3.5.2. À la demande du médecin... ou pas

Un autre aspect important de la relation infirmier-médecin concerne la mesure dans laquelle l'intervention de l'infirmier dépend d'une décision du médecin. Est-ce lui qui réfère à la consultation infirmière, voire qui la prescrit, ou celle-ci occupe-t-elle une place indépendante dans le parcours de soins ?

Notre enquête de terrain (chapitre 5 du rapport scientifique) donne à penser qu'en Belgique, la majorité des consultations infirmières sont liées d'une manière ou d'une autre à l'intervention d'un médecin.

Nos répondants mentionnent ainsi que les patients leur sont le plus couramment référés par des médecins (cités par 81 % des infirmiers interrogés), mais parfois aussi par d'autres infirmiers ou prestataires de soins. La consultation infirmière peut toutefois aussi intervenir à l'initiative du patient.

Il est également intéressant de noter que près d'un quart de nos répondants planifiaient leur consultation infirmière avant celle du médecin ; une proportion équivalente l'organisaient après. Chez environ un tiers d'entre eux (plus de la moitié dans les soins de première ligne), la consultation infirmière ne présentait pas de lien direct avec une consultation médicale et un peu plus de 10% (17% en première ligne) déclaraient rencontrer tous ces cas de figure. Comme dans nos exemples étrangers, elle s'inscrivait toutefois typiquement dans un cadre interprofessionnel où les rôles de chacun sont clairement balisés (voir point 3.6).



Encadré 7 – Positionnement par rapport au médecin : les stakeholders belges partagés

La question de l'**autonomie de l'infirmier** est loin de faire consensus parmi les stakeholders belges que nous avons interrogés (chapitre 6 du rapport scientifique). Certains estiment par exemple qu'il s'agit déjà d'une réalité inhérente à la profession et qu'elle pourrait être développée encore davantage, tandis que d'autres restent convaincus que le rôle de l'infirmier se définit toujours par rapport à l'intervention du médecin, ce dernier conservant la responsabilité finale.

De même, la **consultation infirmière** n'est jamais vue comme complètement indépendante de la consultation médicale, qu'elle apporte un complément, décharge le médecin de certaines tâches ou « fasse le pont » entre deux contacts avec ce dernier.

3.6. Une collaboration formalisée

Tant les exemples étrangers (chapitre 3 du rapport scientifique) que les stakeholders interrogés au niveau belge (chapitre 6 du rapport scientifique) mettent en avant l'importance d'une **collaboration structurée et formalisée** avec les médecins et potentiellement avec les autres professionnels impliqués dans la collaboration multidisciplinaire pour l'adoption et l'implémentation durable de la consultation infirmière. Des accords explicites peuvent alimenter la confiance mutuelle, faciliter la collaboration, baliser les responsabilités de chacun ou encore contribuer à lever les éventuelles réticences des médecins vis-à-vis d'une plus grande autonomie des infirmiers.

Au niveau international, plusieurs stratégies sont utilisées à cette fin. Dans certains cas, il existe des protocoles nationaux généralement assez génériques, qui peuvent être ajustés en fonction des réalités locales. Ils peuvent contribuer, par exemple, à définir les tâches pouvant être déléguées aux infirmiers, les missions complémentaires que ceux-ci peuvent endosser au sein d'une équipe et les conditions qui doivent être réunies (p.ex. en termes de formation).

À un niveau plus individuel, des accords de collaboration sont souvent utilisés pour organiser les rapports entre un infirmier et un prestataire de soins indépendant, généralement un médecin. Ils détailleront par exemple la nature de la relation professionnelle entre les deux parties ou les modalités concrètes des tâches déléguées à l'infirmier.

Notre enquête de terrain (voir chapitre 5 du rapport scientifique) révèle que c'est souvent **l'infirmier lui-même qui décide du déroulement de sa consultation**, en s'appuyant sur les instructions d'un médecin (contact oral ou téléphonique, prescription, ordre permanent...) ou sur des guidelines pour la pratique clinique ou une trajectoire de soins. Dans la mesure où il travaille généralement au sein d'une équipe interprofessionnelle plus ou moins étendue, il peut toutefois être difficile de distinguer sa contribution individuelle de ce qui découle d'une réflexion commune.

Plus largement, nos répondants estimaient globalement jouir d'un **degré d'autonomie** modéré à élevé, avec un score moyen de 7,60 sur une échelle à 10 points. Ce score était le plus élevé chez les IPA (7,85), suivis par les infirmiers spécialisés (7,70), les infirmiers consultants (7,51) et la catégorie « autres » (7,33).



4. PISTES POUR STIMULER LE DÉPLOIEMENT DE LA CONSULTATION INFIRMIÈRE

Faute d'un cadre officiel, les consultations infirmières qui existent à l'heure actuelle dans notre pays ont largement émergé au départ d'initiatives locales, pour répondre aux besoins concrets des patients ; leur offrir un cadre légal explicite est considéré comme une priorité absolue par un grand nombre d'acteurs de terrain et de stakeholders interrogés pour faciliter leur développement futur.

Un tel cadre devrait, en particulier, baliser clairement la délégation et le transfert des tâches et donner une assise légale aux responsabilités qu'une majorité d'infirmiers perçoivent déjà de manière informelle vis-à-vis des consultations qu'ils mènent. La portée de ces consultations aussi devrait être clarifiée (en ce compris les prestations médicales ou techniques qui pourraient être confiées aux infirmiers au-delà des actes A-B-C), tout comme les exigences qui y sont associées en termes de formation et de profil de compétences.

4.1. Poursuivre l'implémentation des profils de fonctions et de compétences

À l'instar des consultations infirmières elles-mêmes, les fonctions infirmières et titres professionnels (p.ex. infirmier consultant, infirmier de référence...) utilisés dans notre pays ont souvent été créés en fonction des réalités du terrain et ne reposent pas toujours sur une base légale. Comme le confirment nos entretiens avec les stakeholders, cet état de fait est une source de confusion quant aux compétences spécifiques de ces professionnels, aux rôles qu'ils sont susceptibles d'endosser et aux contributions qu'ils pourraient apporter, notamment dans le cadre de consultations infirmières.

4.1.1. Échelle de fonctions

Nous l'avons dit, des réformes sont actuellement en cours pour clarifier les types de profils infirmiers qui coexistent dans notre pays (voir point 3.3.2.2). À côté du modèle proposé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier proprement dit, plusieurs documents préparatoires peuvent contribuer à éclairer cette réflexion, dont des avis conjoints du Conseil Fédéral et de la Commission Technique de l'Art Infirmier sur les nouvelles fonctions d'infirmier spécialisé et d'IPA, un rapport du groupe de travail fédéral « différenciation des tâches, délégation de tâches et transfert de tâches » et un avis du Conseil Supérieur des Médecins Spécialistes et des Médecins Généralistes sur la nouvelle fonction d'IPA.⁷⁻⁹

Au niveau international, certaines consultations infirmières sont menées par des infirmiers bacheliers, mais la majorité font intervenir des IPA et/ou des infirmiers spécialisés. On constate que la même tendance existe aussi en Belgique.

4.1.2. Profils génériques, accords spécifiques

D'autres ajustements législatifs restent nécessaires à l'implémentation de l'échelle de fonctions sur le terrain. Les experts internationaux insistent notamment beaucoup sur l'importance de définir clairement le champ de pratique, les droits et les responsabilités de chaque profil infirmier. Néanmoins, on peut se demander s'il serait réaliste de vouloir formuler des profils de fonctions ou de compétences trop détaillés, les besoins et attentes étant susceptibles de varier d'un environnement clinique et d'une structure à l'autre.

Mieux vaudrait donc sans doute privilégier des **profils relativement génériques**, à compléter par des **accords plus spécifiques** au niveau de l'organisation ou établissement, en fonction du rôle envisagé. De tels accords entre différents professionnels des soins contribueraient en outre à favoriser l'émergence d'une vision commune des consultations infirmières au niveau de l'organisation, et donc à faciliter leur implémentation. Dans certains pays, la conclusion de tels accords formels est obligatoire.



4.2. Repenser les formations

Les experts interrogés dans le cadre de la comparaison internationale (chapitre 3 du rapport scientifique) soulignent qu'il est capital **d'aligner les programmes de formation des infirmiers sur les responsabilités qu'ils seront amenés à endosser**. Idéalement, tous les stakeholders concernés (infirmiers de terrain, structures d'enseignement, autorités, médecins...) devraient être impliqués dans leur élaboration afin de favoriser une **vision commune**.

4.2.1. Des programmes en pleine mutation

La récente réforme des bacheliers en soins infirmiers (passés de 3 à 4 ans partout en Belgique) a également affecté les programmes de spécialisation, puisque ceux-ci existent toujours au niveau bachelier en Communauté française alors qu'en Flandre, ils ont été remplacés par des diplômes complémentaires (« *postgraduaatsopleidingen* »).

Un autre point d'attention concerne les infirmiers brevetés qui réalisent des consultations, même s'il ne s'agit que d'une petite minorité. Au vu de la réforme des profils actuellement en cours (voir point 3.3.2.2), il est indispensable de réfléchir aux formations spécialisées qui leur sont accessibles et à l'impact qu'elles peuvent avoir sur leur profil de compétences et leur champ de pratique.

En tout état de cause, aligner ces formations spécialisées sur les attentes et exigences de la pratique de terrain ne sera pas simple.

4.2.2. Définir les conditions d'accès aux formations de master

Il en va de même pour la formation de master. Suite à l'introduction du concept d'IPA dans la législation belge, la Flandre (en 2019-2020) et la Communauté française (en 2021-2022) ont introduit des programmes spécialisés pour préparer les étudiants aux rôles qui relèvent de la pratique infirmière avancée, recouvrant p.ex. une formation plus approfondie à l'évaluation clinique, au raisonnement clinique et à la pharmacologie, avec des stages pratiques dans un domaine de spécialité au choix. Ces formations restent toutefois assez génériques et les infirmiers qui en sont issus ne seront vraisemblablement pas en mesure d'endosser d'emblée une position d'IPA, qui nécessite une certaine expérience concrète.

Il semblerait donc opportun de réfléchir au minimum aux conditions d'accès à la formation de master et, plus largement, à l'expérience nécessaire pour assumer une fonction d'IPA. Dans les autres pays et régions étudiés dans le cadre de ce rapport (voir chapitre 3 du rapport scientifique), une **expérience professionnelle spécialisée** de deux à trois ans est souvent exigée pour accéder à une formation de master en pratique infirmière avancée. Dans certains pays, les candidats doivent aussi avoir, en préalable à leur inscription, une place de stage ou autre projet professionnel qui leur permettra de confronter immédiatement les connaissances acquises à la réalité de la pratique.

En Belgique, il est recommandé d'acquérir une expérience professionnelle avant ou parallèlement à ce programme avancé, mais ce n'est pas obligatoire : actuellement, la seule exigence est de disposer d'un bachelier en soins infirmiers. Une piste intéressante pourrait être de prévoir en amont des places de stage fixes qui permettraient de déployer rapidement les consultations infirmières dans différents contextes et de former des infirmiers « sur mesure », le désavantage étant qu'ils pourraient avoir du mal à s'adapter, ensuite, à une fonction similaire dans un contexte différent. Une autre possibilité serait de n'accorder le titre d'IPA qu'après quelques années de pratique professionnelle suite à l'obtention du diplôme.

4.3. Enregistrer et documenter

4.3.1. La Loi Qualité

La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé ou « Loi Qualité », adoptée par le parlement en 2019 et entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2022, fixe une série de conditions visant à garantir la qualité de la pratique de tous les professionnels des soins de santé, quelle que soit leur discipline.³ Elle comporte notamment des dispositions relatives aux conditions à remplir pour pouvoir exercer la profession (visa), aux modalités concrètes de la pratique ou à certaines obligations vis-à-vis des patients. Elle prévoit aussi la création d'un registre des pratiques et d'un portfolio où le prestataire devra consigner les preuves de ses compétences (formations, etc.) et de son expérience.



4.3.2. Registre des pratiques

Dans tous les pays examinés dans le cadre de notre comparaison internationale, l'une ou l'autre forme **d'inscription** dans un registre ou auprès d'une organisation professionnelle est obligatoire pour pouvoir exercer l'art infirmier. Les modalités concrètes de cette inscription (fréquence de renouvellement, conditions à remplir, enregistrement plus ou moins détaillé des activités ou spécialisations, obligation de formation continue, etc.) varient sensiblement d'un pays/région à l'autre.

Les experts internationaux que nous avons interrogés s'accordaient sur le fait qu'un **renouvellement périodique** de l'enregistrement ou de l'autorisation de pratiquer sur la base de critères comme le **volume d'activité** ou la **formation continue** peut contribuer à garantir la sécurité, l'efficacité et le caractère *evidence-based* des soins.

Ils soulignaient toutefois aussi qu'il est nécessaire de prévoir des **moyens** suffisants pour assurer le suivi des données figurant dans les registres.

En Belgique, l'autorisation de pratiquer la profession infirmière (un visa purement administratif) est actuellement délivrée par le SPF Santé publique ; elle est **valable indéfiniment**. Certains infirmiers spécialisés sont également porteurs d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière agréé par leur Communauté. Ils doivent répondre à certaines conditions (comme p.ex. un certain nombre d'heures de formation continue, un nombre minimal d'heures d'activité sur le terrain) pour conserver ce titre professionnel particulier ou cette qualification professionnelle particulière.

La « Loi Qualité » prévoit en outre l'obligation, pour tout prestataire de soins, de communiquer au SPF Santé publique une description générale des soins de santé qu'il dispense, les éventuelles collaborations avec d'autres prestataires dans le cadre desquelles ils sont amenés à dispenser des soins et enfin le lieu où ces soins sont dispensés.³

Ce **registre des pratiques** n'existe toutefois pas encore dans les faits, alors qu'il serait précieux pour disposer d'une vue d'ensemble des infirmiers actifs dans notre pays, de l'endroit où ils travaillent, de leurs compétences, de leurs qualifications et de leurs activités. Lors de sa mise en place, il sera aussi indispensable de mener une réflexion sur le renouvellement périodique de l'autorisation de pratiquer, en ce compris les conditions à remplir et les conséquences lorsque celles-ci ne sont pas respectées.

4.3.3. Formation continue

Continuer à se former et à développer ses compétences tout au long de sa carrière est essentiel pour n'importe quel professionnel de la santé et les infirmiers ne font pas exception, à plus forte raison lorsqu'ils sont amenés à assumer des tâches plus complexes comme des consultations. Dans d'autres pays, cette formation continue est d'ailleurs parfois une **obligation** pour pouvoir continuer à exercer.

La Loi Qualité belge impose aux prestataires de soins de tenir à jour un **portfolio** démontrant qu'ils disposent des compétences et de l'expérience nécessaires à l'exercice de leur profession (Article 8).³ Dans son rapport, le groupe de travail fédéral « Différenciation des tâches, délégation de tâches et transfert de tâches » insiste beaucoup sur l'importance de ce portfolio pour apporter la preuve des compétences nécessaires à l'exécution de certaines tâches déléguées par le médecin.¹⁰ Le portfolio pourrait aussi s'avérer un outil précieux dans le cadre de la conclusion d'accords interprofessionnels, car il permettrait par exemple de documenter concrètement les compétences des infirmiers sans forcément devoir se référer à un niveau spécifique de l'échelle de fonctions définie dans la loi.

La loi ne dit toutefois pas grand-chose de ses modalités concrètes ou de son contenu^e et, faute de dispositions légales explicites, ces aspects sont laissés largement à l'appréciation de chaque groupe professionnel. Pour un IPA, on pourrait par exemple imaginer qu'il mentionne des informations comme les diplômes, l'expérience, les activités de formation continue,

^e Le commentaire qui accompagne ses différents articles dans les travaux préparatoires stipule néanmoins que le portfolio doit contenir un certain

nombre d'informations en sus de celles qui sont conservées par les autorités, dont notamment les preuves permettant de démontrer que le prestataire « se forme de manière suffisante pour rester au courant des techniques en vigueur



d'enseignement ou de recherche, la participation à des initiatives de qualité, etc.

4.4. Prévoir des budgets/incitants spécifiques

Si nous voulons encourager en Belgique un déploiement plus large des consultations infirmières dans différents contextes et notamment dans des structures plus modestes comme les maisons médicales, les cabinets médicaux, etc., il est indispensable que des incitants (financiers) existent – et soient **universellement accessibles** – pour soutenir le recrutement de profils adaptés à la population visée, à ses besoins et aux spécificités de l'organisation. Il pourrait en effet y avoir un risque que ces consultations restent largement cantonnées aux hôpitaux universitaires et aux grands hôpitaux généraux, qui peuvent plus facilement dégager des moyens.

Notre revue de la littérature et notre analyse des bonnes pratiques internationales (chapitres 2 et 3 du rapport scientifique) ne nous ont pas permis d'identifier un modèle de financement idéal pour les consultations infirmières, qui recouvrent des réalités trop variées pour pouvoir se satisfaire d'une approche unique.

Il n'est peut-être pas nécessaire de réinventer la roue, puisqu'il existe déjà en Belgique plusieurs mécanismes qui pourraient être appliqués dans ce contexte, comme les forfaits ou paiements à la capitation dans les soins de première ligne, le New Deal pour la médecine générale (qui prévoit notamment la possibilité d'une prime pour le recrutement d'un infirmier pour le cabinet de médecine générale) ou les conventions qui existent pour différentes maladies chroniques.

Cette étude ne s'est pas attachée à analyser les différents modèles de financement envisageables pour la consultation infirmière, mais soulignons tout de même qu'il serait important de se demander, en première instance, si l'on veut financer la consultation infirmière en tant que prestation ou, plus largement, la fonction dans laquelle elle s'inscrit ou l'intervenant (infirmier spécialisé, etc.) qui en est responsable.

4.5. Adapter le champ de pratique à l'évolution des besoins

Les consultations infirmières au sens de cette étude sont certes possibles jusqu'à un certain point dans les limites de la législation belge actuelle, mais notre revue des meilleures pratiques internationales et notre enquête de terrain (chapitres 3 et 5 du rapport scientifique) donnent à penser qu'elles ne pourront être développées davantage qu'à condition de revoir le cadre légal de manière à adapter le champ des activités ouvertes à la profession, mais aussi à accroître son degré d'autonomie.

4.5.1. Des actes médicaux, à certaines conditions et dans certains contextes

Un accès plus ou moins étendu à la **prescription** de médicaments, de dispositifs, d'exams ou d'analyses, en particulier, est un aspect de la consultation infirmière qui revient beaucoup dans les autres pays et régions que nous avons étudiés, à côté d'actes comme l'interprétation de tests, la réalisation de procédures techniques, le renvoi à d'autres acteurs, le droit d'autoriser la sortie d'hôpital ou même le diagnostic.

L'autonomie dans la réalisation de ces actes augmente avec le niveau de formation ; un infirmier bachelier n'aura généralement pas les mêmes prérogatives qu'un IPA. Si un cadre légal devait être développé en Belgique pour ouvrir la prescription à certains prestataires infirmiers, il sera nécessaire de réfléchir au degré d'autonomie souhaitable (prescription complètement indépendante ou encadrée par un accord de collaboration, un protocole, etc.).

Il importe encore de souligner ici qu'au niveau international, lorsque certaines prestations médicales comme la prescription sont ouvertes aux infirmiers, elles sont souvent cantonnées à un **domaine de compétence** ou de spécialisation bien défini et, évidemment, soumises au respect des recommandations cliniques en vigueur. En outre, la délégation ou le transfert des tâches sont souvent encadrés par des **conventions** à la fois au niveau national et au niveau local (voir point 4.1.2).



Notons qu'il existe un précédent dans le contexte belge, puisque les sages-femmes sont autorisées à poser certains actes normalement réservés aux médecins pour autant qu'ils s'inscrivent dans le cadre du suivi de grossesses à bas risque (voir Cadre 8).

Encadré 8 – L'exemple des sages-femmes

En Belgique, les sages-femmes disposant d'un numéro d'INAMI sont autorisées :

- À prescrire de manière indépendante un certain nombre de **médicaments** dont l'utilisation s'inscrit dans le cadre du suivi de grossesses à bas risque, de l'accouchement ou des soins aux nouveau-nés en bonne santé (à l'hôpital ou en-dehors).
- À prescrire des **échographies** et des **tests de laboratoire** chez les femmes enceintes ou chez qui l'on suspecte une grossesse.
- À réaliser dans le cadre de l'accouchement certaines **prestations médicales** comme p.ex. l'amniotomie (rupture artificielle de la poche des eaux) ou l'épisiotomie (incision du périnée pour éviter les déchirures).⁶

4.5.2. Liste d'actes vs champ de compétences

Plusieurs approches peuvent être envisagées pour élargir le champ de pratique de la profession.

La première part d'un système qui consiste à définir d'une façon relativement précise ce que les infirmiers sont autorisés à faire et à quelles conditions (formation, supervision, etc.). C'est grosso modo ce qui se fait déjà en Belgique avec la **liste des actes A-B-C** (voir point 3.2), qu'il « suffirait » donc de réviser et de mettre à jour pour y inclure de nouvelles tâches. Cette approche présente toutefois le désavantage que, dans le contexte d'un domaine en rapide évolution, la législation risque de redevenir rapidement obsolète par rapport à la réalité du terrain. Un champ d'activités trop bien balisé pourrait aussi entraîner un certain **protectionnisme** entre

groupes professionnels, qui est en contradiction totale avec la volonté de stimuler une collaboration interprofessionnelle accrue.

Une autre approche, déjà appliquée dans certains pays examinés dans le cadre de notre comparaison internationale (chapitre 3 du rapport scientifique), consiste à laisser les prestataires **exercer en fonction de leurs compétences** (« *competent to practice* ») : à eux d'exercer leur jugement clinique pour décider s'ils sont en mesure de réaliser une tâche donnée ou s'il vaut mieux la laisser à d'autres. En Belgique, ce principe est déjà évoqué dans la Loi Qualité, qui stipule que les prestataires ne peuvent dispenser que les soins pour lesquels ils disposent de la compétence et de l'expérience nécessaires et démontrables (art. 8). Pour l'heure, en l'absence du **portfolio** où doivent être réunies les preuves des compétences nécessaires, cette piste reste toutefois difficile à mettre en application dans notre pays.

4.6. Projets pilotes

Notre revue de littérature confirme que, dans l'immense majorité des contextes où elles sont actuellement appliquées, les consultations infirmières ne sont pas inférieures aux soins classiques et peuvent même présenter une plus-value dans certains cas. Les experts internationaux que nous avons consultés soulignent toutefois que, pour faciliter leur implémentation, il est capital de **démontrer plus concrètement leur qualité, leur sécurité, leur efficacité (y compris financière) et leurs bénéfices sur le terrain**.

Une possibilité pour ce faire, en particulier dans les contextes où les consultations infirmières restent encore moins courantes, serait de lancer des **projets pilotes**. Ceux-ci présentent en effet l'avantage de livrer relativement vite des résultats et enseignements concrets qui pourront faciliter un éventuel déploiement ultérieur, de favoriser le développement d'une relation de confiance entre les prestataires participants et de pouvoir être ajustés à un stade précoce si nécessaire. Dans le contexte belge, où une série de conditions préalables restent à remplir, ils pourraient aussi faire office de stade intermédiaire dans un développement progressif des consultations infirmières.



Il convient toutefois de garder à l'esprit que la consultation infirmière s'inscrit typiquement dans le contexte plus large d'une collaboration interprofessionnelle où les expertises se complètent et où l'impact d'un élément donné est souvent très **difficile à isoler**. Il sera donc vraisemblablement préférable, lors de l'évaluation, d'avoir recours à des méthodes de recherches multiples qui permettront, pour un contexte ou une population donnée, de continuer à affiner le processus tout en évaluant ses effets.

Le groupe de travail fédéral « Différenciation des tâches, délégation de tâches et transfert de tâches » met en avant une approche expérimentale comparable (les « *regulatory sandboxes* ») pour l'adaptation de la législation. Ce système permet de tester de nouveaux mécanismes réglementaires pendant une période et dans un cadre bien définis avant de les rendre définitifs s'ils s'avèrent pertinents. Dans le cas qui nous occupe, ils permettraient par exemple d'accorder des compétences élargies à certains profils infirmiers dans le cadre d'un accord de collaboration interprofessionnel et pour une durée limitée afin d'évaluer si ce changement apporte des bénéfices pour les patients et l'organisation des soins.

Avant toute chose, il conviendra toutefois de réaliser une analyse des besoins qui permettrait d'établir dans quels contextes ces projets pilotes devraient être lancés de façon prioritaire en vue d'évaluer des modifications du cadre législatif et du financement.

5. CONCLUSION

Les consultations infirmières que l'on voit aujourd'hui émerger au départ du terrain dans notre pays en fonction des besoins nouveaux des patients s'intègrent tant bien que mal au cadre réglementaire existant, mais force est de constater que ces initiatives manquent d'harmonisation et que les infirmiers qui mènent ces consultations flirtent parfois avec les limites de leurs attributions. De nombreuses lacunes restent en effet à combler sur le plan légal, organisationnel et financier, même si la situation commence à bouger depuis quelques années avec des initiatives comme la nouvelle échelle des fonctions infirmières, les nouvelles mesures en faveur de la médecine générale (qui peuvent faciliter le recrutement des infirmiers en première ligne) ou les adaptations apportées à la loi sur l'exercice des professions de soins.

La législation belge comporte déjà plusieurs mécanismes qui pourraient être utilisés dans le cadre du développement plus large de la consultation infirmière. Reste à savoir s'ils représentent toujours la piste la plus opportune : une mise à jour de la liste des actes A-B-C pouvant être réalisés par les infirmiers, par exemple, risque de devenir rapidement obsolète. Ne vaudrait-il pas mieux, dès lors, lui préférer un système plus souple où l'accès à certaines prestations dépendrait des compétences acquises et démontrables plutôt que d'un titre professionnel ? Si le portfolio où les professionnels doivent documenter leurs compétences devient enfin réalité, une telle approche n'est pas hors de portée.

En tout état de cause, le déploiement de la consultation infirmière dans notre pays ne se fera pas en un jour ni, vraisemblablement, en un coup. D'une part parce qu'il implique de repenser certains aspects non seulement de la législation mais aussi des formations et du financement d'un système de santé hautement complexe, ce qui mérite mûre réflexion. D'autre part parce que cette évolution représente à certains égards une petite révolution pour laquelle il faudra gagner la confiance des autres professionnels et celle des infirmiers eux-mêmes en leur capacité à assumer de nouveaux rôles et les responsabilités y afférentes.



Des projets pilotes permettraient d'explorer différentes possibilités et d'en évaluer les effets, avantages et inconvénients sur le terrain tout en continuant à les affiner – une approche qui présente l'avantage d'apporter rapidement des résultats concrets et utilisables sans trop brusquer les acteurs concernés, puisque ces initiatives sont par définition limitées dans le temps et clairement balisées.

À l'heure où la collaboration multidisciplinaire et les soins intégrés sont en pleine expansion, le contexte semble favorable. La clarification des différents profils infirmiers qui existent dans notre pays est en cours au niveau politique ; on ne peut qu'espérer que nos décideurs s'attacheront, dans la foulée, à offrir aux initiatives de consultation infirmière le cadre qui leur permettra de se développer.



■ RECOMMANDATIONS^f

PRÉAMBULE

Sur la base de notre rapport, il apparaît qu'il existe des arguments scientifiques justifiant de poursuivre la mise en œuvre des consultations infirmières, qui pourraient nous aider à affronter les défis actuels et futurs de notre système de soins de santé. En tant que composante de modèles de soins innovants, les consultations infirmières permettent, éventuellement en combinaison avec les interventions d'autres groupes professionnels, de répondre efficacement aux divers besoins des patients atteints de pathologies complexes et à leurs fluctuations au fil du temps. Au-delà de leurs besoins médicaux, ces personnes sont en effet aussi confrontées à des besoins psychosociaux, sociaux, spirituels ou touchant à la coordination des soins, qui doivent être rencontrés dans le contexte d'une pénurie de personnel soignant.

Nous formulons pour cela les recommandations suivantes :

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Aux ministres compétents dans le domaine des soins de santé :

1. Lors de l'élaboration et du développement d'une offre de soins ou de modèles de soins pour les patients avec des besoins de soins complexes, il convient de réfléchir de manière approfondie à l'opportunité d'y intégrer des consultations infirmières.

Cette réflexion doit prendre en compte les besoins spécifiques de la population de patients visée et les conditions liminaires à remplir pour la mise en œuvre de consultations infirmières (p.ex. le nombre d'infirmiers nécessaires pour le groupe-cible concerné, en précisant l'expertise et le niveau de formation requis). En outre, il est important que les profils infirmiers nécessaires à la mise en œuvre de ces consultations (voir plus loin) soient repris dans les instruments de politique existants (p.ex. conventions INAMI, programmes de soins, normes de personnel dans les maisons de repos et de soins, etc.).

2. Lors de l'élaboration de consultations infirmières :
 - 2.1. Partir d'une analyse des besoins de la population de patients concernée par rapport à l'offre de soins existante. À côté du développement des consultations infirmières en milieu hospitalier (où la majorité des initiatives actuelles ont émergé au départ du terrain), il convient d'accorder une attention toute particulière aux environnements de soins où elles restent

^f Le KCE reste seul responsable des recommandations.



jusqu'ici moins courantes (p.ex. structures de soins résidentielles pour les personnes âgées, soins à domicile, soins de première ligne et soins de santé mentale).

- 2.2. Tout en visant une collaboration et une complémentarité entre les différentes professions de soins de santé, veiller également à partir du principe de subsidiarité.
- 2.3. Réaliser une analyse de l'impact que l'intégration des consultations infirmières dans les modèles de soins aura sur la répartition des rôles, la charge de travail, l'attrait et les revenus des groupes professionnels concernés.
- 2.4. Impliquer activement les groupes professionnels et les groupes de patients concernés, en particulier lors de l'élaboration des cadres d'accords interprofessionnels (voir recommandations 9 et 10).
3. Créer un cadre légal générique permettant une implémentation flexible des consultations infirmières, couplée au principe du « *competent to practice* » (cf. Loi Qualité).

ÉCHELLE DES FONCTIONS CLINIQUES INFIRMIÈRES

Au Ministre de la Santé Publique :

4. Concernant l'implémentation – actuellement en cours – de l'échelle des fonctions cliniques infirmières :
 - 4.1. Ouvrir également les consultations infirmières aux infirmiers titulaires au minimum d'un diplôme de bachelier et ne pas les réserver uniquement aux infirmiers de pratique avancée. Il est nécessaire de réfléchir aux conditions liminaires auxquelles un infirmier responsable de soins généraux doit satisfaire pour pouvoir mener des consultations infirmières (p.ex. nombre minimum d'années d'expérience, formation complémentaire...). Celles-ci devront être définies de façon plus détaillée dans un cadre d'accords interprofessionnels et étayées par les données du portfolio (cf. recommandation 11). Idéalement, il faudrait également mettre en place des mécanismes de politique et de financement pour réguler ces conditions liminaires (p.ex. critères des programmes de soins, conventions, etc.).
 - 4.2. Les fonctions actuellement reprises dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (assistant en soins infirmiers, infirmier responsable de soins généraux, infirmier de pratique avancée et infirmier chercheur clinicien) sont suffisantes pour l'élaboration ou le développement plus poussé de consultations infirmières.



Il est toutefois important d'améliorer la clarté et la transparence du modèle de fonctions pour la profession infirmière elle-même, pour les autres professionnels des soins de santé, pour les patients et pour le grand public.

- 4.3. Eu égard aux activités actuellement en cours en vue de la rédaction des arrêtés d'exécution nécessaires au déploiement de la fonction d'infirmier de pratique avancée, il convient de veiller à ce que lesdits arrêtés facilitent la mise en œuvre de consultations infirmières.

CADRES D'ACCORDS INTERPROFESSIONNELS

Au Ministre de la Santé Publique, en collaboration avec les commissions consultatives concernées au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et les associations de patients :

5. Mettre sur pied des cadres d'accords interprofessionnels pour les environnements de soins et/ou groupes de patients spécifiques pour lesquels la mise en place de consultations infirmières est envisagée. Ce cadre doit spécifier explicitement quels sont les profils infirmiers habilités à réaliser ces consultations, quelles sont leurs compétences, qui initie la consultation infirmière, à qui incombent quelles responsabilités, etc.
6. Mettre sur pied des cadres pour l'évaluation et la révision périodiques de ces cadres d'accords interprofessionnels, en vue d'y intégrer les développements futurs du secteur des soins de santé (p.ex. nouveaux traitements).

Aux prestataires de soins et aux structures et services de santé sur le terrain :

7. Concrétiser et adapter ces cadres d'accords interprofessionnels en fonction des réalités locales et/ou des spécificités de chaque service ou organisation.

CHAMP DE PRATIQUE

Au Ministre de la Santé Publique :

8. Prévoir, à plus long terme, de mobiliser durablement et de façon flexible des infirmiers pour les consultations infirmières organisées dans le cadre de modèles de soins interprofessionnels. Il sera capital pour cela de repenser la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé de manière à se focaliser moins sur des actes infirmiers individuels et davantage sur le principe du « *competent to practice* » (cf. Loi Qualité).



9. Dans l'attente de cette réforme fouillée, déterminer plus précisément quelles sont les adaptations nécessaires pour lever les obstacles existants à la mise en œuvre des consultations infirmières (p.ex. prescription médicamenteuse, prescription de renvoi à d'autres acteurs, interprétation des résultats d'imagerie et résultats de laboratoire). Ceci imposera :
 - 9.1. D'évaluer les actes A-B-C (tels qu'ils sont définis dans l'Arrêté Royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin [ou dentiste] à des praticiens de l'art infirmier) et les arrêtés d'exécution relatifs à l'infirmier de pratique avancée, afin de déterminer quelles sont les adaptations nécessaires.
 - 9.2. De coupler ces adaptations à la mise en application des cadres d'accords interprofessionnels élaborés pour les consultations infirmières. Il conviendra également ici de fixer les conditions liminaires (p.ex. qui initie la consultation infirmière, à qui incombe la responsabilité, quelle est la nature des prestations...).
 - 9.3. De s'assurer que les cadres d'accords interprofessionnels spécifient dans le détail les exigences en termes de formation et d'expérience, afin que ces éléments puissent être intégrés au portfolio des infirmiers.
10. Aligner le champ de pratique sur l'échelle clinique, les infirmiers de pratique avancée pouvant se voir confier des responsabilités plus étendues que les infirmiers responsables de soins généraux.

LOI DU 22 AVRIL 2019 RELATIVE À LA QUALITÉ DE LA PRATIQUE DES SOINS DE SANTÉ

Au Ministre de la Santé Publique, après avis des instances compétentes :

11. Utiliser le portfolio décrit à l'article 8 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé comme instrument pour veiller au respect des exigences fixées dans la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ou dans les cadres d'accords interprofessionnels pour les différents profils infirmiers en termes d'aptitudes, de formation et de compétences (p.ex. activités de formation continue).

**Au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement :**

12. Mettre en œuvre le registre des pratiques tel que prévu à l'article 42 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, afin qu'il soit possible d'identifier quels sont les profils infirmiers qui proposent des consultations et à quel(s) endroit(s) (contexte et région).
13. Coupler le registre des pratiques à la base de données fédérale des praticiens des professions de soins de santé (le cadastre), ce qui permettra d'utiliser ces données comme outil de planification prospectif pour la mobilisation d'infirmiers en fonction de certains objectifs.

Au Ministre de la Santé Publique, après avis des instances compétentes :

14. Fixer des cibles spécifiques quant aux profils infirmiers qui sont nécessaires dans certains contextes cliniques afin de réaliser les consultations infirmières (p.ex. infirmiers de pratique avancée dans les soins à domicile, les soins de première ligne, etc.), sur la base des données couplées (cf. recommandation 13) et d'une analyse des besoins. Celles-ci pourront servir de base pour l'élaboration d'un agenda politique ciblé.

FORMATION**Aux entités fédérées compétentes en matière d'enseignement, en collaboration avec les institutions d'enseignement qui proposent une formation en soins infirmiers :**

15. Renforcer la formation de bachelier en soins infirmiers et les formations complémentaires, afin que les étudiants acquièrent les compétences et aptitudes nécessaires aux divers rôles et activités qui interviennent dans le cadre des consultations infirmières et de la collaboration interprofessionnelle. Il est important de partir ici d'une approche centrée sur les compétences et d'autoriser une certaine flexibilité. Ceci pourrait être réalisé en proposant des formations continuées modulaires qui permettraient aux étudiants d'adapter leur programme de formation continuée en fonction des compétences complémentaires requises pour un domaine de spécialisation donné.



MISE EN ŒUVRE PAR LE BIAIS DE PROJETS PILOTES ET/OU D'UN CADRE RÉGLEMENTAIRE FLEXIBLE

Au secteur de la santé en général :

16. Explorer la possibilité et la nécessité d'organiser (ou de continuer à organiser) des consultations infirmières pour des patients avec des besoins de soins complexes, en impliquant activement les professionnels de soins de santé et groupes de patients concernés.

Aux ministres compétents en matière de soins de santé et aux administrations de santé concernées :

17. Initier des projets pilotes dans différents contextes (p.ex. soins de première ligne, structures de soins résidentiels pour personnes âgées, etc.) pour des patients avec des besoins de santé complexes chez qui la mise en œuvre de consultations infirmières est une priorité. Ces projets pilotes devront :
 - 17.1. Réaliser une évaluation basée sur le Quintuple Aim par le biais d'études scientifiques reposant sur une méthodologie mixte, avec des critères et indicateurs transparents. Il est important, dans ce cadre, d'accorder une attention spécifique à la communication entre prestataires de soins et de veiller à ce que les patients soient impliqués aux différentes étapes de ces recherches.
 - 17.2. Proposer, durant une certaine période, un cadre réglementaire flexible permettant d'explorer quelles modifications devraient être apportées au cadre légal ou quels éléments devraient être repris dans les cadres d'accords interprofessionnels, le portfolio et les instruments de politique futurs (p.ex. conventions, programmes de soins).
18. Élaborer un système de financement qui stimule la mise en œuvre de consultations infirmières dans le contexte d'un environnement interprofessionnel.



■ RÉFÉRENCES

1. Houweling ST, Kleefstra N, van Hateren KJJ, Groenier KH, Meyboom-de Jong B, Bilo HJG. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial J Clin Nurs. 2011;20(9-10):1264-72.
2. Aboumatar H, Naqibuddin M, Chung S, Chaudhry H, Kim SW, Saunders J, et al. Effect of a program combining transitional care and long-term self-management support on outcomes of hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. JAMA. 2018;320(22):2335-43.
3. Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé. M.B. 14/05/2019.
4. Arrêté royal du 18 Juin 1990 portant fixation de la liste des [prestations techniques de l'art infirmier] et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin [ou un dentiste] à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre. M.B. 26/07/1990.
5. Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. Modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur. 2017.
6. Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. M.B. 18/06/2015.
7. Conseil Fédéral de l'Art Infirmier et Commission Technique de l'Art Infirmier. Avis consolidé du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier et de la Commission Technique de l'Art Infirmier concernant l'échelle de fonctions: l'infirmier de pratique avancé. SPF Santé Publique ; 2023.
8. Conseil Fédéral de l'Art Infirmier et Commission Technique de l'Art Infirmier. Avis consolidé du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier et de la Commission Technique de l'Art Infirmier concernant l'échelle de fonctions: l'infirmier spécialisé. SPF Santé Publique ; 2023.



9. Hoge raad van artsen-specialisten en van huisartsen - Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. De verpleegkundig specialist - advies Hoge Raad Artsen. SPF Santé Publique ; 2023.
10. Groupe de Travail Différenciation des tâches, Délégation de tâches et Transfert de tâches. Rapport final Différenciation des tâches, Délégation de tâches et Transfert de tâches. Bruxelles : SPF Santé publique ; 2023.



COLOPHON

Titre :	Consultations infirmières pour les patients avec des problèmes de santé complexes – Synthèse
Auteurs :	Jens Detollenaere (KCE), Marie Dauvrin (KCE), Mieke Deschodt (KU Leuven), Marie Cerulus (KU Leuven), Fabienne Dobbels (KU Leuven), Pieter Heeren (KU Leuven), Imgard Vinck (KCE), Tom Goffin (UGent), Koen Van den Heede (KCE)
Spécialiste de l'information :	Nicolas Fairon (KCE)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Emily Van Coolput (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Isabelle Savoye (KCE), Bénédicte Vos (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Experts externes :	Eva Goossens (UAntwerpen), Ellen Vlaeyen (UHasselt), Annelies Courtens (AZ Groeninge), Susan Broekmans (UZ Leuven), Ann Van Hecke (UGent), Elsie Decoene (UZ Gent), Thérèse Van Durme (UCLouvain)
Stakeholders :	Benjamin Bels (LUSS – Ligue des Usagers des Services de Santé), Sofie Croenen (Domus medica), Wilfried De Backer (Universiteit Antwerpen, ASGB – Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen België), Vera De Troyer (Zorgnet Icuuro), Ellen De Wandeler (NVKVV – Netwerk verpleegkunde), Elsie Decoene (BVVS – Belgische Vereniging Verpleegkundige Specialisten), Martinus Desmet (Nationale MS-Liga van België), Jacques Devulder (BVAS – Belgische vereniging van artsensyndicaten), Laurens Dobbels (Imelda ziekenhuis), Adrien Dufour (Clinique Saint Luc, Bouge), Aline Hotterbeex (Unessa – UNion En Soins de Santé), Emy Kool (Domus medica), Barbara Melard (AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité), Marit Mellaerts (Vlaams Patiëntenplatform), Patricia Menti (UGIB – Union Générale des infirmier(e)s de Belgique), Ilke Montag (Solidaris), Françoise Noel (AVIQ), Edgard Peters (UGIB), Dominique Putzeys (UGIB), Stefan Teughels (Domus medica), Nathalie Thomas (Santhea), Jeroen van den Brandt (Domus medica), Hendrik Van Gansbeke (Wit-Gele Kruis Vlaanderen, NVKVV), Ludo Van op den Bosch (AZ Sint-Jan, Brugge), Hanne Vandewiele (UZ Gent), Jos Vanhoof (BVAS)
Comparaison internationale :	France: Valérie Ertel-Pau (Haute Autorité de Santé), Cécile Fournier (Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)), Sandrine Lefebvre (Hôpital de la Pitié Salpêtrière), Lise Manti (Hôpital de la Pitié Salpêtrière), Marie-Charlotte Druart (Henri-Mondor University Hospital), Armelle Duchenne (Hôpital de la Pitié Salpêtrière), Brigitte Feuillebois (Ministère de la Santé et de la Prévention), Samira Ahayan (Cabinet de Médecine Générale Rouen) Pays-Bas: Jaap Kappert (Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen), Jeroen Peters (HAN University of Applied Sciences), Marieke Schuurmans (Universitair Medisch Centrum Utrecht, Hogeschool Utrecht and Nederlandse Zorgautoriteit) Irlande: Catherine McCabe (School of Nursing and Midwifery Trinity College Dublin), Mary Cassey (University College Dublin), Anne-Marie Brady (Trinity College Dublin), Lisa Glynn (National University of Ireland)



Finlande: Virpi Sulosaari (Turku University of Applied Sciences and University of Turku), Johanna Heikkilä (JAMK School of Health and Social Studies and Åbo Akademi University), Maria Ameen (Helsinki University Hospital and University of Turku), Heljä Lundgren-Laine (University of Turku)

Canada: Tammy O'Rourke (Athabasca University), Sharon Kaasalainen (McMaster University), Elizabeth Wojtowicz (HNHB LHIN Nurse-Led Outreach Team), Shirin Vellani (Toronto Rehabilitation Institute), Erin Tilley (College of Nurses of Ontario)

Validateurs externes :

Filip Haegdorens (Centre for Research and Innovation in Care – CRIC, Universiteit Antwerpen), Marlène Karam (Université de Montréal, Canada), Marieke Schuurmans (Nederlandse Zorg autoriteit, Universiteit Utrecht, The Netherlands)

Remerciements :

Nous tenons à remercier Jacinthe Dancot (ULiège), Stephanie Decock (HOWest Hogeschool), Annelies Courtens (AZ Groeninge), Elsie Decoene (UZ Gent), Ann Van Hecke (UGent), Lieve Goossens (UZ Leuven) et Nathalie Duerinckx (UZ Leuven) pour leurs commentaires sur la version préliminaire de l'enquête. Nous souhaitons également remercier nos collègues du KCE qui ont piloté la version en ligne de l'enquête transversale ou qui ont contribué aux recommandations. Remerciements particuliers à Justien Cornelis, Jef Adriaenssens, Nicolas Bouckaert, Mélanie Lefèvre, Laurence Kohn, Kelly Sabbe, Sabine Stordeur et Céline Poupez pour leurs contributions.

Intérêts déclarés KCE:

Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires.

Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.

Intérêts déclarés externes :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine des soins infirmiers. À ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Layout :

Joyce Grijseels, Ine Verhulst



Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Numéro de projet : 2021-05-HSR
Date de publication : 9 novembre 2023
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Nursing, Advanced Practice Nursing, Nurse Practitioner, "Practice Patterns, Nurses", Nurse Clinicians
Classification NLM : WY 128
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2023/10.273/32
ISSN : 2466-6440
Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>
<https://doi.org/10.57598/R373BS>



Comment citer ce rapport ?

Detollenaere J, Dauvrin M, Deschodt M, Cerulus M, Dobbels F, Heeren P, Vinck I, Goffin T, Van den Heede K. Consultations infirmières pour les patients avec des problèmes de santé complexes – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2023. KCE Reports 373Bs. D/2023/10.273/32.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.