



La compétence de consultation

Compétence liée à la pratique avancée, la consultation permet d'améliorer une situation jugée insatisfaisante ou de faciliter la résolution d'un problème. Proposition d'un modèle intégré de consultation.

PAR ODETTE ROY, INF., PH.D., JOCELYNE CHAMPAGNE, INF., B.SC., DESS ET CÉCILE MICHAUD, INF., PH.D.

Au cours de l'histoire des services infirmiers, la consultation est l'une des compétences que l'on a relevées chez de nombreuses infirmières. Déjà à la fin du 19^e siècle, Florence Nightingale agissait à titre de consultante pour l'armée britannique. Quant à Patricia Benner (1984), elle parle de la consultation comme d'une compétence reconnue chez les infirmières expertes à l'intérieur d'un domaine de pratique. Pour Hamric *et al.* (2000), la consultation fait partie des huit compétences attendues des infirmières de pratique avancée. Malgré l'importance et la pertinence qu'elles accordent à la consultation, ces auteures ne proposent ni définition claire ni processus précis à suivre. Par ailleurs, nos collègues françaises ont instauré des « consultations infirmières » qui sont le pendant des consultations médicales.

D'une part, on constate qu'il existe une sorte de confusion à propos des fonctions de consultation et de leur utilité dans l'avancement de la pratique et, d'autre part, on ne peut que déplorer le peu d'écrits qui leur ont été consacrés dans le domaine des soins infirmiers. Nous avons donc puisé dans l'expérience que nous avons acquise au Québec et recensé divers ouvrages afin de présenter un modèle qui, nous l'espérons, aidera non seulement nos collègues de pratique avancée, mais aussi les infirmières expertes dans leur travail quotidien. Le modèle proposé est en lien direct avec leur travail et comporte aussi un potentiel de généralisation pour d'autres professionnels de la santé, particulièrement en ce qui a trait aux étapes du processus de consultation.

Le « parapluie » de la pratique avancée
Dans son document de réflexion, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) définit la pratique avancée comme « une expression globale qui décrit un niveau avancé de la pratique infirmière qui maximise l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier approfondi pour répondre aux besoins des clients dans le domaine de la santé (individus, familles, groupes, populations et collectivités) » (AIIC, 2000). La pratique infirmière avancée est souvent illustrée sous la forme d'un « parapluie » qui recouvre les fonctions de l'ICS, soit l'infirmière clinicienne spécialisée (*clinical nurse specialist*) ou la conseillère en soins spécialisés et l'infirmière praticienne (*nurse practitioner*). Au Québec, la pratique avancée est principalement connue par le travail de l'ICS¹. Par ailleurs,

cette situation risque de se modifier dans un avenir rapproché puisque, à l'instar de ce qui se fait aux États-Unis et dans certaines provinces canadiennes, il est de plus en plus question d'intégrer des infirmières praticiennes dans le système de santé québécois (AIRC, 2000; Commission Clair, 2000). On comprend que le développement de ce rôle fait suite à l'accroissement de la demande en soins de santé, de plus en plus complexe, et à la nécessité de procéder à certains réaménagements face aux mutations profondes qui se sont opérées sur les plans social, politique et économique.

Par le passé, il était d'usage de définir le champ d'exercice de l'ICS par ses fonctions clinique, de consultation, d'enseignement, de gestion et de recherche (Hamric et Spross, 1989). Aujourd'hui, on préfère décrire la pratique infirmière avancée d'après un ensemble de huit champs de compétence : expertise clinique, consultation, promotion du changement, collaboration, accompagnement infirmière-individu-famille, leadership intra et inter-professionnel, prise de décision éthique et recherche (Hamric *et al.*, 2000). Cependant, les divers ouvrages sur le sujet reconnaissent à cette infirmière un jugement clinique d'expert qui s'alimente à un vaste répertoire de connaissances et d'habiletés de haut niveau. Par ailleurs, il est important de rappeler que ces compétences ne sont pas exclusives les unes des autres, mais se chevauchent continuellement. Ainsi, l'ICS demandée en consultation dans une situation de crise pourra offrir des soins directs en intervenant auprès de la personne ou de sa famille, ou des soins indirects si elle opte plutôt de soutenir l'infirmière dans ses interventions. Dans un cas comme dans l'autre, ce n'est pas seulement la compétence de consultation qui sera mise à contribution, mais aussi celle de l'expertise clinique et de l'accompagnement.

Des études ont montré que la pratique avancée permet un niveau élevé de soins à moindre coût et qu'elle suppose un jugement clinique éclairé et un bon processus de prise de décision (Naylor *et al.*, 1999; Brooten *et al.*, 1991; Mundingher *et al.*, 2000; Feldman *et al.*, 1987; McGrath, 1990). Cependant, celles sur l'impact des interventions en pratique avancée

n'expliquent pas comment ces infirmières ont pu innover, implanter des programmes dans un contexte qui comporte le plus souvent des enjeux non seulement sur le plan de la santé, mais aussi d'ordre professionnel, politique, social et culturel. À notre avis, c'est ici qu'intervient la compétence de consultation.

Quelle consultation ? Quels clients ?

La consultation est une compétence qui implique un processus, une série d'étapes permettant l'amélioration d'une situation insatisfaisante ou la résolution d'un problème. Pour Lippitt et Lippitt (1986), la consultation se définit comme une progression interactive au cours de laquelle on demande, recherche, donne et reçoit de l'aide. Il peut s'agir d'un processus d'aide à une personne, un groupe ou une organisation à qui il permet de mobiliser ses ressources internes et externes en vue de résoudre un problème ou de réaliser un changement.

Ces différentes définitions laissent entendre que la compétence de consultation ne repose pas uniquement sur des connaissances cliniques, mais fait aussi appel à la connaissance d'un processus. Cet avis semble partagé par Norwood (1998) et Lescaubeau *et al.* (1996) qui font une nette distinction entre le contenu et le processus. Ces auteurs soulignent que la façon de faire devient aussi importante, sinon plus, que la solution elle-même, l'hypothèse de départ étant que la qualité du processus détermine l'apprentissage et l'intégration de l'expérience inhérents au changement.

Dans la pratique infirmière avancée, la consultation poursuit plusieurs objectifs primordiaux : l'adaptation des personnes à de nouvelles situations ou la résolution de problèmes difficiles, l'échange d'avis et de renseignements sur divers aspects des soins, l'amélioration de leur qualité, l'accroissement des connaissances et des habiletés cliniques des infirmières, la facilitation des changements et la collaboration intra et interdisciplinaire.

Pour leur part, Caplan et Caplan (1993) distinguent quatre types de clients possibles selon les objectifs poursuivis : le patient et sa famille, l'infirmière et les autres

La consultation est une compétence qui implique un processus, une série d'étapes permettant l'amélioration d'une situation insatisfaisante ou la résolution d'un problème.

Consultation et clients éventuels

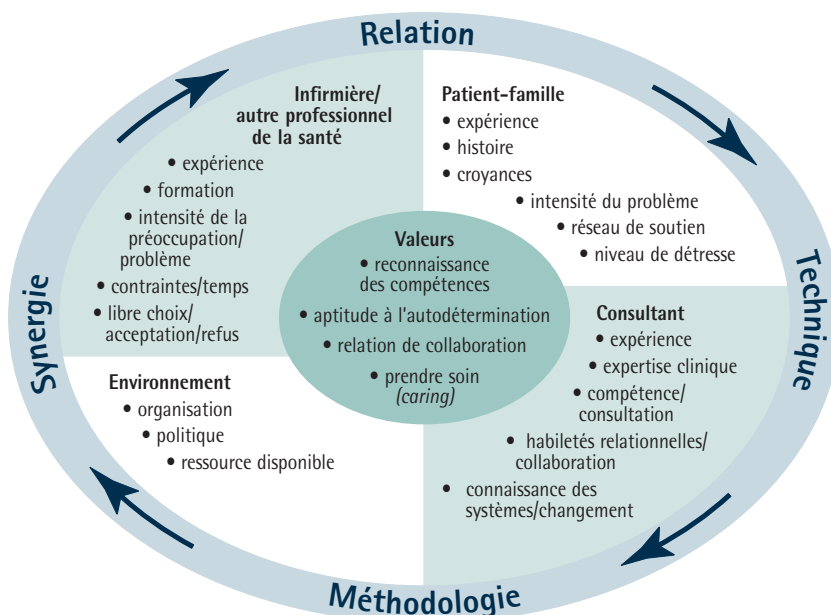
Types de client	Situation
Patient-famille	<ul style="list-style-type: none"> • problèmes complexes • manque de connaissances et d'habiletés • soins directs
Infirmière/ autre professionnel de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • difficultés et problèmes cliniques • assistance et soutien à l'infirmière • soins indirects
Unité/programme	<ul style="list-style-type: none"> • expertise pour orienter les changements et développer des pratiques
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • expertise pour orienter les choix sur le plan clinique

professionnels, les unités de soins et l'organisation (voir le tableau ci-dessus). On distingue les demandes de consultation relatives à des situations complexes de soins provenant de la clientèle, des infirmières et des divers professionnels de la santé de celles émanant des unités de soins et des organisations en vue d'élaborer, d'implanter et de coordonner des programmes de soins et de gérer des projets. Il peut s'agir de soins directs touchant une personne ou sa famille en vue de résoudre un problème spécifique, de soins indirects dans le cas où la consultation s'effectue auprès d'une

infirmière ou d'un autre professionnel de la santé, ou encore d'une intervention orientée vers un changement de pratique dans une unité de soins ou une organisation. Cependant, dans toutes ces situations de consultation, l'infirmière de pratique avancée cherche non seulement à faciliter et à orienter le changement, mais aussi à développer des compétences chez le client. Alors, comment y arriver? Comment parvenir à gérer le processus de changement? Comment faire en sorte que chacune des situations devienne une occasion de développement et d'accroissement des compétences?

Vers un modèle intégré de consultation

Le modèle intégré de consultation proposé est centré sur l'autonomie et la collaboration. Il vise le développement optimal des personnes par la mise en relation des divers systèmes au sein desquels elles évoluent. Par conséquent, celles qui ont travaillé avec une infirmière consultante améliorent leurs compétences et deviennent notamment plus habiles à solutionner leurs problèmes. Ce modèle est dit intégré en ce sens qu'il regroupe plusieurs concepts théoriques au sein d'un même système, comme dans le cas de l'approche de Hamric *et al.* (2000), du cadre d'intervention de Lescarbeau *et al.* (1996) ainsi que de celui de Norwood (1998). Par conséquent, le modèle réunit à la fois des notions conceptuelles, contextuelles et opérationnelles. Il comporte trois éléments majeurs (voir la figure) : le premier nous conduit au cœur même du modèle et fait appel aux valeurs humanistes ; le second tient compte des acteurs et du contexte environnemental — on précise ici les caractéristiques de la personne qui demande de l'aide (patient-famille, infirmière ou autre professionnel de la santé) et celles de la consultante, mais aussi les particularités de l'environnement où se déroule l'action ; enfin, le troisième élément rappelle l'influence des diverses composantes qui orientent le processus de consultation, soit les aspects relationnel, technique, synergique et méthodologique.

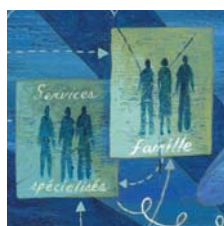


Les valeurs

Le modèle intégré de consultation est centré sur l'individu. La démarche d'accompagnement de l'infirmière de pratique avancée s'inspire directement des valeurs humanistes. L'infirmière tient compte des ressources de la personne, de son autonomie et de son développement. Que ce soit pour prêter assistance dans la résolution d'un problème, faciliter le changement ou favoriser les apprentissages et le potentiel d'actualisation, elle agit dans une perspective globale : elle s'efforce de comprendre et de considérer les divers facteurs en interaction. La reconnaissance des compétences, de l'aptitude à l'autodétermination, l'importance qu'elle accorde à une relation de collaboration et au prendre soin (caring) guident ses interventions et lui

permettent à la fois d'informer, de négocier les priorités et les responsabilités en tenant compte des valeurs, des croyances, des préférences et des priorités de chacun. Par ailleurs, l'infirmière de pratique avancée qui se préoccupe des valeurs de ce modèle se perçoit comme accompagnatrice d'une autre qui amorce un processus de changement. Elle vise davantage la transformation de la personne (ou du milieu, selon le cas) que la seule résolution d'un problème.

Des acteurs et un environnement



Le deuxième élément du modèle s'attarde aux caractéristiques des acteurs et de leur environnement dans le cadre du

processus de consultation. Par conséquent, la façon dont l'infirmière de pratique avancée appréhende les situations dépend de son développement personnel : son expérience, son expertise clinique, sa compétence de consultation, ses habiletés relationnelles, en particulier celles liées à la collaboration, mais aussi sa capacité à travailler avec divers systèmes jouent toutes un rôle important. À ces facteurs s'ajoutent les caractéristiques de la personne qui consulte, soit le patient et sa famille, soit l'infirmière ou les autres professionnels de la santé. Au moment où la consultante reçoit le patient ou sa famille pour la première fois, elle doit se pencher sur plusieurs aspects de leur réalité : leur expérience, leur histoire, leurs croyances, l'intensité du problème, leur réseau de soutien ainsi que le niveau de détresse qui est le leur. Dans le cas où c'est l'infirmière ou d'autres professionnels de la santé qui consultent, il faudra, en plus de leur expérience, tenir compte de leur formation, de l'intensité du problème à résoudre et des contraintes éventuelles à surmonter, dont celle du temps. Tout en sachant que ces caractéristiques sont autant d'éléments qui affectent le processus de consultation, la consultante ne doit pas perdre de vue que l'infirmière ou tout autre professionnel de la santé qui s'adresse à elle demeure libre

de ses choix et conserve le droit d'accepter ou de refuser ses recommandations. De plus, l'environnement lui-même agit sur la consultation. Il suffit de penser à certains facteurs contextuels comme ceux qui dépendent de l'organisation, du politique ou des ressources disponibles.

Les composantes

La *composante relationnelle*, ou collaboration entre les acteurs, c'est-à-dire la consultante et la personne qui consulte, constitue l'assise de l'approche. Cette relation est axée à la fois sur la poursuite d'objectifs communs, la reconnaissance de champs de compétence complémentaires ainsi que le partage du pouvoir en fonction de ces champs. À cet égard, Hamric et ses collaborateurs (2000) soutiennent à juste titre que les habiletés interpersonnelles sont essentielles au développement de la compétence relationnelle. Ainsi, une bonne connaissance de soi jointe à un excellent jugement clinique protègent l'infirmière de



pratique avancée des stéréotypes ou d'autres facteurs d'ordre subjectif. Soucieuse de « se faire elle-même une idée », cette dernière

veut regarder la situation avec réalisme et sans préjugé. En plus de faire preuve d'ouverture, et grâce au respect et à la confiance qui imprègnent ses relations, elle peut prendre dans certaines situations le recul nécessaire pour offrir soutien et disponibilité à la personne ou au groupe en difficulté.

Par *composante technique*, on entend les outils nécessaires pour assurer la plus grande rigueur possible et faire circuler l'information valide, complète et pertinente dans le système. Ces outils, conçus et adaptés en fonction des besoins et du contexte, varient selon la situation : on peut parler aussi bien de collecte de données, d'évaluation initiale, de génogramme, que d'évaluation de résultats, etc. Ils permettent d'avoir une meilleure compréhension du problème en question et d'offrir à la personne qui consulte un plus grand choix d'actions ou d'interventions.

La *composante synergique* désigne l'action concertée d'éléments qui concourent à un même résultat en se renforçant mutuellement. Appliqués à notre modèle, les principes qui régissent la synergie potentialisent le travail entre les acteurs. La composante synergique vient rappeler à l'infirmière de pratique avancée qu'elle doit aider la personne ou le milieu à assumer la responsabilité du problème et des solutions. En misant sur les capacités et les ressources disponibles, l'infirmière en confirme la valeur ; en travaillant avec la personne et le milieu, elle contribue au développement de leur potentiel.



La gestion rigoureuse du processus de consultation forme la *composante méthodologique* du modèle intégré de consultation. Pour atteindre les buts visés, l'ICS, en plus de s'appuyer sur des références scientifiques, doit recourir à une méthode systématique de résolution de problème. Ce processus séquentiel, qui comporte sept étapes exposées ci-après, est au cœur de la consultation, qui vise essentiellement à transformer une situation jugée insatisfaisante.

Les étapes du processus



Le nombre des étapes ainsi que leur appellation varient selon les auteurs (Norwood, 1998 ; Lescarbeau *et al.*, 1996 ; Lippitt et

Lippitt, 1986 ; Caplan et Caplan, 1993). Dans ce modèle adapté, sept étapes ont été retenues : l'entrée, le contrat, l'orientation de l'intervention, la détermination du problème, la planification des actions, la réalisation des interventions et, finalement, l'évaluation, la conclusion et le désengagement.

La première étape, soit l'*entrée* ou l'*évaluation*, est déterminante dans le processus de consultation. Malgré son importance, plusieurs auteurs déplorent qu'elle soit

Les sept étapes du processus

- 1
Entrée ou évaluation
- 2
Contrat
- 3
Orientation de l'intervention
- 4
Détermination du problème
- 5
Planification des actions
- 6
Réalisation des interventions
- 7
Évaluation, conclusion et désengagement

D'après Norwood (1998), Lescarbeau et al. (1996) et Lipitt et Lipitt (1986).

souvent escamotée (Norwood, 1998 ; Lescarbeau et al., 1996). Rappelons que l'entrée permet à l'ICS de jeter un premier regard sur une situation, d'évaluer le problème dans un climat de coopération, d'explorer les types d'aide possible et de déterminer si le problème relève de son domaine d'expertise.

Pour y arriver, la consultante recueille de l'information à la fois sur la situation problématique et sur les attentes. Elle s'informe également sur le système client, c'est-à-dire sur l'ensemble des personnes affectées par le problème : les valeurs du système, les symptômes présents et leur impact, les interventions déjà faites et les résultats obtenus, les relations entre les personnes, les solutions envisagées, les résultats attendus, etc. Les différentes données recueillies permettent à l'infirmière de pratique avancée de transmettre au client de l'information sur sa perception de la situation, sa façon habituelle d'intervenir et ses compé-

tences. En résumé, l'étape d'entrée lui permet d'explorer les différentes facettes du problème afin de partager de l'information avec la personne qui consulte et de procéder à un premier traitement de l'information.

La seconde étape du processus, le *contrat*, consiste en une première validation du problème et une ébauche de solutions. Il est alors possible de s'entendre avec la personne sur le but de l'intervention, la façon de procéder et les résultats souhaités. Comme le contrat symbolise un engagement, il sert aussi à négocier les rôles et les responsabilités de chacun dans une situation où chaque partie souhaite apporter sa contribution à l'amélioration de la situation.

La troisième étape, appelée *orientation de l'intervention*, est centrée sur la circulation de l'information. Elle vise, d'une part, à informer le système client sur le problème et, d'autre part, à recueillir de l'information sur la façon dont la situation est perçue et sur les solutions possibles. À cette étape, des hypothèses sont émises dans le but d'orienter l'action future. L'étape suivante est la détermination du problème, et elle permet de procéder à l'analyse de la situation et à trouver les causes du système client ainsi que les facteurs qui influent sur lui.

Quant aux cinquième et sixième étapes, la *planification des actions* et la *réalisation des interventions*, elles sont réservées à l'élaboration du plan. C'est le moment où la consultante propose à la personne qui



consulte un plan d'intervention qui tient compte de l'information recueillie ; elle prend également soin d'élargir les perspectives du problème et de fournir des éléments de solution. Ainsi, l'infirmière de pratique avancée engagée dans un processus de consultation apporte le soutien nécessaire pour faciliter le changement et vaincre les résistances éventuelles, tout en veillant au maintien de la relation de coopération et à l'autoprise en charge du client. De concert avec la personne qui consulte, elle met en œuvre un plan d'action.

Finalement, la dernière étape, l'*évaluation*, la *conclusion* et le *désengagement*, permet de vérifier si la situation initiale s'est modifiée et si le problème est résolu, d'apprécier si de nouvelles habiletés et capacités ont été développées au sein du système client. On procède alors à la révision de chacune des étapes du processus en mettant en évidence les signes de succès. Ainsi, en évaluant le changement, on peut confirmer les apprentissages et applaudir les résultats.

Mots clés : dynamisme et évolution



L'infirmière de pratique avancée, en tant que consultante, ne se perçoit pas comme la seule responsable de l'évolution de la situation. Elle reconnaît la responsabilité des membres par rapport au système qui fait l'objet de ses interventions et recherche le développement du potentiel humain de tous et chacun. Elle encourage chaque personne à assumer pleinement le champ de ses responsabilités et de ses compétences. Ainsi, dans toutes les situations, elle fait appel à une même méthode globale et systématique : étudier la problématique, associer les personnes à l'analyse de la situation, planifier des actions, en assurer la mise en œuvre et évaluer le changement avec les personnes concernées. Le processus de consultation en sept étapes oriente en quelque sorte l'infirmière de pratique avancée ; il lui permet de gérer systématiquement une situation tout en sachant pertinemment qu'il s'agit d'un processus dynamique et toujours en évolution. C'est ainsi qu'à la fin de ces sept étapes, il est possible qu'un nouveau processus commence, comprenant une nouvelle évaluation, de nouvelles données et de nouveaux acteurs. La transformation s'accomplit et se perpétue grâce au mouvement.

Ce que rappelle le modèle intégré de consultation, c'est que les notions de processus et d'interaction sont intimement liées à la conception de l'intervention. L'infirmière qui s'en inspire cherche à faciliter le changement chez un individu

ou au sein d'un système en misant sur les capacités et les ressources des personnes concernées.

- I. Au Québec, les titres d'infirmière clinicienne spécialisée et de conseillère en soins spécialisés sont les titres d'emploi les plus souvent utilisés. Dans cet article, l'ICS désigne les deux titres d'emploi.

Références

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (AIIC). *La pratique infirmière avancée : cadre national*, Ottawa, AIIC, 2000.

BENNER, P. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Menlo Park (CA), Addison-Wesley Co., 1984, 307 p.

BROOTEN, D. *et al.* « Functions of the CNS in early discharge and home follow-up of very low birthweight infants », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 5, n° 4, hiver 1991, p. 196-201.

CAPLAN, G. et R.B. CAPLAN. *Mental Health Consultation and Collaboration*, San Francisco, Jossey-Bass, 1993.

FELDMAN, M.J. *et al.* « Studies of nurse practitioner effectiveness », *Nursing Research*, vol. 36, n° 5, sept./oct. 1987, p. 303-308.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (ou COMMISSION CLAIR).

Les solutions émergentes : rapport et recommandations, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.

HAMRIC, A.B. *et al.* *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach* (2^e éd.), Philadelphie (PA), W.B. Saunders, 2000.

HAMRIC, A.B. et J.A. SPROSS. *The Clinical Nurse Specialist in Theory and Practice* (2^e éd.), Philadelphie (PA), W.B. Saunders, 1989.

LESCARBEAU, R. *et al.* *Profession : consultant* (3^e éd.), Presses de l'Université de Montréal, 1996, 381 p.

LIPPITT, G. et R. LIPPITT. *The Consulting Process in Action* (2^e éd.), San Diego, University Associates, 1986.

McGRATH, S. « The cost-effectiveness of nurse practitioners », *Nurse Practitioner*, vol. 15, n° 7, juil. 1990, p. 40-42.

MUNDINGER, M.O. *et al.* « Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 1, 5 janv. 2000, p. 59-68.

NAYLOR, M.D. *et al.* « Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 281, n° 7, 17 févr. 1999, p. 613-620.

NORWOOD, S.L. *Nurses as Consultants: Essential Concepts and Processes*, Menlo Park (CA), Addison-Wesley, 1998, 328 p.

ODETTE ROY est actuellement infirmière clinicienne spécialisée au Programme clientèle personnes âgées à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

JOCELYNE CHAMPAGNE est conseillère en soins spécialisés, personnes âgées, gestion des risques, techniques et procédés de soins à l'Hôpital Charles LeMoine.

CÉCILE MICHAUD est professeure adjointe au Département des sciences infirmières de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et conseillère en soins spécialisés, recherche et évaluation de la qualité à l'Hôpital Charles LeMoine.