

Faculté de santé publique

**La collaboration
interprofessionnelle entre un
podologue et le personnel de
maison de repos**

Mémoire réalisé par
Anne-Laure PLAZA

Promoteur :
Thérèse VAN DURME

Année académique 2022-2023

Remerciements

Merci à ma famille et mes amis qui m'ont permis de me dégager du temps de travail pour me plonger dans ce mémoire, et qui m'ont encouragée dans la réalisation de celui-ci. Merci à ma maman et à Aline pour la relecture.

Merci à tous les participants qui ont donné de leur temps pour les interviews. Vous avez contribué à la qualité de ce Mémoire !

Merci à ceux qui m'ont aidée à imaginer ce sujet d'étude, en particulier Sophie Duvillier et Madame Alvarez Irusta.

Merci à ma promotrice, Madame Van Durme, pour sa disponibilité et sa bienveillance.

Le Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

A mon fils, *Eloim*, qui a suivi des cours de la Faculté de Santé Publique avant même
d'entrer à la crèche

Liste des abréviations :

CIP	Collaboration interprofessionnelle
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
INAMI	Institut national d'assurance maladie invalidité
MG	Médecin généraliste
MR/S	Maison de repos ou maison de repos et de soin

Remarque concernant l'écriture de ce Mémoire : le terme « le podologue » englobe le et la podologue ; et le terme « le pédicure » désigne à la fois le et la pédicure.

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	8
1. Partie théorique	9
1.1 Résidents en MR/S	10
1.2 Besoins en podologie en MR/S	11
1.3 Collaboration interprofessionnelle	14
1.4 Modélisation de la collaboration interprofessionnelle	17
1.5 La collaboration inter-organisationnelle (CIO).....	20
2. Méthodologie	21
2.1 Choix de la méthode qualitative	21
2.2 Réalisation du guide d’entretien.....	22
2.3 Collecte des données	22
2.4 Analyse des données	24
3. Résultats	25
3.1 Finalisation	26
3.2 Intériorisation :	28
3.3 Délégation de la régulation:	30
3.4 Formalisation :.....	34
3.5 Contexte	38
4. Discussion	43
4.1 Barrières et facilitateurs de la CIP.....	43
4.2 Forces et faiblesses de l’étude	53
4.3. Stratégies	55
5. Conclusion	58
Bibliographie.....	59
Annexes	62

Annexe 1 : Guides d'entretien.....	62
Annexe 2 : Caractéristiques des participants.....	64
Annexe 3 : Outil SAED pour structurer la communication orale entre professionnels de santé.....	65

Introduction

Après 2 ans comme podologue salariée au Luxembourg, je m'établis en tant que podologue indépendante en Belgique. Ma première patiente m'appelle, c'est une résidente en Maison de repos (MR/S). J'entre dans la MR/S, on me renseigne à l'accueil, je me promène dans les couloirs vides en travaux et j'arrive dans la chambre de la résidente. Je n'ai pas les renseignements médicaux, mais je commence tout de même le soin. Un peu stressée, je blesse la résidente. Et là... catastrophe, elle doit sûrement prendre des anticoagulants, car ça saigne abondamment et longtemps ! Elle n'a pas l'air très contente. En sortant de la chambre, je tente de trouver un infirmier pour lui signaler la blessure. On me regarde de travers.

Devenue enseignante en podologie, j'accompagne des étudiants en MR/S en stage. On arrive à l'étage. Ils ont l'air surpris de nous voir, aucune liste de résident n'est prête. Après négociation pour ne pas s'installer dans le placard à balais, nous nous changeons dans une chambre vide. Il faut dire que nous n'avions pas obtenu l'accès au vestiaire du personnel, par manque de casiers. Dans leur course du matin, une infirmière nous écrit rapidement une liste en prenant soin de noter si les résidents sont diabétiques ou prennent des anticoagulants. Il y a un « ! » à côté du nom d'un résident. Heureusement que je demande la signification car « ! » veut dire VIH. Les étudiants sont déçus du manque d'accueil sur ce stage et ne sont pas pressés à commencer les soins. Je tente de les motiver.

Je commence une nouvelle supervision de stage. Une collègue me prévient : les résidents sont super, mais il n'y a aucune considération de l'équipe. « Tu ne peux compter que sur toi-même ».

Les histoires se répètent et je ne trouve pas la solution face à ces problématiques. Pourquoi cela ne fonctionne-t-il pas toujours bien quand un podologue arrive en maison de repos ? Comment changer les choses pour améliorer la collaboration d'un podologue avec le personnel d'une maison de repos ? Quel exemple est-ce que je donne à mes étudiants quand j'interagis avec le personnel d'une maison de repos ?

Question de recherche du Mémoire

Ma question de recherche est alors la suivante : *Comment favoriser la collaboration interprofessionnelle (CIP) entre un podologue et le personnel d'une maison de repos et de soins (MR/S) ?* Je vais commencer par objectiver la problématique, puis par comprendre

comment nous pouvons mieux fonctionner tous ensemble pour la continuité de la prise en charge des résidents en MR/S.

Les objectifs de cette étude sont multiples. Il s'agira de :

- Définir quels sont les soins de qualité dans le contexte d'une CIP entre un podologue et le reste de l'équipe d'une MR/S
- Objectiver les barrières et facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle (CIP) entre un podologue et le personnel de maison de repos
- Identifier les stratégies pour soutenir les facilitateurs et contrer les barrières à cette CIP

1. Partie théorique

Notre question de recherche est la suivante : *Comment favoriser la collaboration interprofessionnelle entre un podologue et le personnel d'une maison de repos et de soins (MR/S) ?* Nous allons commencer par nous pencher sur les besoins en soin des résidents en maison de repos, puis nous étudierons l'apport ainsi que les enjeux d'un podologue en maison de repos. Nous terminerons notre partie théorique en mettant en avant la collaboration interprofessionnelle comme une réponse mais également un défi dans la prise en charge d'un résident en MR/S par les podologues.

Ce mémoire porte sur une recherche qualitative, et nous avons commencé par explorer les bases de données avec des situations transférables à notre recherche. Voici le PICO qualitatif de notre recherche littéraire :

- **Participant** : Professionnel soignant (médecin, infirmiers, paramédicaux, autres praticiens) externe (ayant leur activité principale en dehors d'une MR/S)
- **Intérêt** (phénomène d'intérêt) : barrières et facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle avec l'équipe du personnel soignant
- **Contexte** : MR/S

Sur base de de Pico qualitatif, nous avons formulé deux équations de recherche pour écrire le cadre théorique de ce Mémoire. Les équations ont été écrites sur Pubmed en août 2022, avec un filtre de 10 ans maximum d'ancienneté :

- *((podiatry[MeSH Terms]) OR (chiropody[Title/Abstract]) OR (foot care[Title/Abstract]) OR (podiatric medicine[Title/Abstract])) AND ((residential facilities[MeSH Terms]) OR (nursing homes[MeSH Terms]) OR (homes for the Aged[MeSH Terms])) => 8 résultats. Sur les 8 résultats, un 1 article correspondait à une analyse de CIP entre un podologue et une MR/S*
- *(Collaboration interprofessionnelle) AND (residential facilities) => 93 résultats (filtre de 10 ans). Dans cette recherche, nous avons exclu les articles qui parlent de la collaboration MR/S-hôpitaux, et nous avons sélectionné des articles avec une analyse de collaboration avec des spécialistes externes. Nous avons gardé 3 articles. Il s'agit de l'analyse des pratiques collaboratives en maison de repos des médecins généralistes, des dentistes, ainsi qu'un article abordant diverses professions (dont des médecins généralistes et kinésithérapeutes).*

Des recherches ont également été réalisées de manière non systématiques sur Google scholar avec les mots-clés suivants, assemblés de manière aléatoire : collaboration interprofessionnelle, collaboration inter-organisationnelle, podologue, paramédicaux, maison de repos, Ehpad. Cela n'a pas donné de résultat qui correspondait à notre PICO.

1.1 Résidents en MR/S

Selon l'OMS, le vieillissement de la population est plus rapide aujourd'hui que dans le passé. Entre 2015 et 2050, la proportion mondiale des plus de 60 ans passera de 12% à 22%, et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans va tripler entre 2020 et 2050. (WHO, 2022) Le placement d'une personne âgée en maison de repos est l'une des alternatives possible, et la demande d'une place en maison de repos augmente.

En Belgique, les séjours longs pour les personnes âgées dans des institutions se font principalement dans une maison de repos (MR), ou une maison de repos et de soins (MRS). Premièrement, les maisons de repos (MR) sont « *des résidences collectives et permanentes pour personnes âgées de 70 ans au moins* » (AVIQ, n.d.). Parallèlement, il y a les maisons de repos et de soin (MRS) qui « *prennent en charge de manière permanente des personnes qui nécessitent des soins lourds, des services et de l'aide à la vie journalière* » (AVIQ, n.d.). Certaines institutions proposent dans un même bâtiment des chambres en MR et MRS.

L'appellation familière « home » ou « maison de repos », ainsi que l'abréviation MR/S englobe les deux.

La population âgée est caractérisée par de multiples pathologies de santé à la fois chroniques et aiguës, ce qui rend leur prise en charge complexe. (WHO, 2022) (Dahlke et al., 2020) La demande de soin de santé va augmenter, ce qui va faire augmenter le budget des soins de santé.

1.2 Besoins en podologie en MR/S

Les membres du personnel d'une MR/S sont nombreux pour couvrir tous les besoins en soins. Il y a plusieurs fonctions présentes : infirmier, logopède, ergothérapeute, chef paramédical, coordinateur infirmier, un référent démence, kinésithérapeute, médecin coordinateur et conseiller, et infirmier en chef. (INAMI, 2017) Dans les divers besoins en soins d'une personne âgée en MR/S se place également le besoin en soins de podologie.

Le métier de podologue en Belgique est un métier jeune en pleine expansion. En 2018, 786 podologues avaient leur Visa qui leur donne l'autorisation d'exercer en Belgique (dont 163 en Wallonie et 91 à Bruxelles). Fin août 2022, ils sont 1250 podologues, soit une hausse de presque 60% en 4 ans. (SPF Santé Publique, 2019) Il n'y a cependant pas de chiffre exact sur le nombre de podologues travaillant actuellement en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) car « *tout dispensateur et en particulier les professions avec une nomenclature réduite comme pour les podologues n'a pas l'obligation de s'inscrire à l'INAMI* »¹. Le podologue travaille souvent comme indépendant à temps plein, en travaillant sur divers lieux : cabinet privé, centre paramédical, domiciles, et maisons de repos. Le podologue est un professionnel paramédical d'un niveau Bac+3 qui soigne les affections du pied et liées à la locomotion. Il prodigue des soins de podologie, réalise des appareillages pour ongles et orteils, examine la biomécanique et la marche, et fabrique des semelles podologiques sur mesure. La prévention et l'éducation du patient font également partie du soin de podologie. (SPF Santé Publique, 2019) (SPF Santé Publique, 2018) En Belgique, les actes et sa formation sont définis dans l'Arrêté royal du 7 mars 2016. Les podologues travaillent à l'acte et sont payés directement par le patient. Les patients diabétiques en trajet de soin ou convention diabète ont droit au **remboursement** INAMI deux fois par an pour un soin de podologie. (Moniteur Belge, 2016) Pour les autres patients, il n'y a pas de remboursement. Plusieurs mutuelles octroient un

¹ Mail reçu le 8 novembre 2022, écrit par le SPF Santé Publique.

remboursement supplémentaire pour des soins chez les personnes âgées de plus de 65 ans. C'est plus rares pour des semelles fonctionnelles.

Le podologue réalise tout d'abord des **soins de podologies** aux patients. Cela a pour but de soigner les affections cutanées et unguéales des pieds telles que les ongles épais, ongles incarnés, hyperkératoses (durillons, cors), mycoses, mal perforant plantaire, plaie. Il réalise également des orthoplasties (appareillage en silicone) pour corriger ou soulager sur le long terme les douleurs liées aux orteils comme l'hallux valgus et les griffes d'orteil. Il peut également corriger sur le long terme les ongles incarnés avec des orthonyxies. En Belgique, 3 différents professionnels sont habilités à réaliser des **soins aux pieds des résidents de maison de repos**. Selon l'Arrêté Royal de 1990 « portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier », les infirmiers réalisent des soins d'hygiène chez des résidents avec difficulté dans les activités de la vie quotidienne. (Moniteur Belge, 1990) Dans la pratique, cela inclut la coupe d'ongle des mains et des pieds, bien que cela ne soit pas écrit clairement. Les podologues, tout comme les pédicures spécialisées (anciennement appelées pédicures médicales) réalisent des soins qui consistent à l'enlèvement de callosités, la coupe appropriée des ongles, et au soin de plaies. Face à la confusion entre les rôles du podologue et du pédicure spécialisé, le SPF Santé Publique a écrit en 2018 un avis définissant le rôle de l'un et de l'autre. (SPF Santé Publique, 2018) Un Arrêté Royal devrait paraître dans les années à venir.

L'utilisation des soins de podologie en maison de repos n'est pas chiffrée en Belgique. En effet, seuls les soins pour certains patients diabétique bénéficient du remboursement INAMI. Pour le reste des soins, il n'y a pas de remboursement, donc pas de centralisation des informations chiffrées de la quantité des soins de podologie. En Angleterre, 97% des résidents diabétiques ont accès à des soins de podologie à Galway, selon Hurley et al. (2017). Une barrière aux soins de podologie est le prix, car il s'agit d'un service privé. (Hurley, O'Donnell, O'Caoimh, & Dinneen, 2017) L'étude de Gage et al. (2012) indique que 82% des résidents en maison de repos ont eu accès à des soins de podologie dans les 6 derniers mois en Angleterre. Cette étude portait sur 26 maisons de repos. (Gage et al., 2012)

Dans l'idéal, voici les soins de qualité en podologie en MR/S :

- Soins et conseils pour les résidents avec des pathologies complexes du pied : ongles incarnés, mal perforant plantaire, décollement d'une partie d'un ongle, hyperkératose douloureuse, ...
- Soins et conseils pour les résidents avec un profil de risque d'infection : diabète, artériopathie, diminution d'immunité (oncologie par exemple)
- Réalisation d'appareillage visant à corriger ou protéger des orteils (orthoplasties), ainsi que des appareillages pour les ongles (orthonyxies)

Ces soins vont permettre au patient une meilleure hygiène, un confort, ainsi qu'une diminution des douleurs.

Les podologues peuvent également réaliser des **examens biomécaniques** pour la réalisation de **semelles podologiques**. L'examen biomécanique met en évidence les dysfonctions anatomiques et fonctionnelles liées à la locomotion. Cet examen permet aussi au podologue de planifier le traitement tel que : semelles podologiques, orthoplastie, changement de chaussure, ou redirection vers un autre professionnel de santé. Le but des semelles est de redonner une fonction au pied et à la marche pour diminuer les douleurs des pieds, genoux, hanches, et dos liées à la marche ou à la course. Les techniciens bandagistes-orthopédistes-prothésistes (BOP) sont des concurrents car ils sont eux aussi habilités à réaliser des semelles orthopédiques, mais sur prescription d'un chirurgien orthopédiste. Les semelles réalisées par un BOP permettent un remboursement partiel, contrairement aux semelles podologiques qui ne sont pas remboursées (sauf certaines mutuelles).

Dans l'idéal, voici les examens biomécaniques et les semelles podologiques en MR/S :

- Analyse de marche adaptée à la personne âgée qui présente des douleurs liées à la marche telles que : métatarsalgies, talalgies, hallux valgus, gonalgie, entorses chroniques.
- Evaluation du risque de chute de tous les résidents pouvant se déplacer : utilisation de tests standardisés, analyse des chaussures.
- Réalisation de semelles de confort et de soutien.
- Conseils de chaussage au résident ou à l'équipe pluridisciplinaire, redirection du patient vers les autres professionnels de santé.

Ces éléments vont permettre au résident de conserver ou retrouver sa mobilité, de manière sécurisée, en diminuant les douleurs. Une revue systématique et méta-analyse de Wylie et al en 2019 a montré une réduction significative des chutes en maison de repos grâce à l'intervention d'un podologue ainsi que grâce à une approche interdisciplinaire faisant intervenir un podologue. (Wylie et al., 2019).

1.3 Collaboration interprofessionnelle

Face à l'hétérogénéité des besoins de soins des résidents en MR/S, ayant besoin de soins de la part de professionnels aux compétences multiples, qui ne sont pas tous salariés de la MR/S, ainsi qu'à la problématique des remboursements des patients en podologie, la collaboration entre un podologue et le personnel d'une maison de repos nécessite une réponse globale et cohérente pour favoriser une meilleure prise en charge des résidents.

La collaboration est un processus dans lequel des personnes ou des groupes travaillent ensemble et interagissent dans le but d'un bénéfice commun. La **collaboration interprofessionnelle (CIP) est définie** par D'Amour en 2005 comme étant *le développement d'une pratique cohésive entre des professionnels de différentes disciplines. C'est le processus par lequel les professionnels réfléchissent et développent des façons de pratiquer qui fournissent une réponse cohérente aux besoins du patient*². (D'Amour & Oandasan, 2005) Cette prise en charge autour de buts communs implique une réponse intégrée, cohérente et commune. (Tsakitzidis et al., 2017) L'enjeu est de défragmenter les divers professions de santé qui sont habituées à travailler en silo. (D'Amour & Oandasan, 2005). De plus, une difficulté supplémentaire est que le financement des diverses professionnels de santé est multiples : financement par l'INAMI, par le patient et sa famille pour un forfait en MR/S, mais aussi un financement pour les spécialistes externes. La CIP se distingue du travail multidisciplinaire où chaque professionnel travaille côté à côté, et que chacun propose son plan de soin.

La collaboration interprofessionnelle a montré de nombreux **bénéfices**. Elle permet de réduire les erreurs cliniques, éviter les soins inutiles (efficience), améliorer la qualité des soins, favoriser une meilleure coordination des soins, augmenter la satisfaction des patients et des professionnels, améliore l'autonomie du patient, et permet une approche globale du patient. A l'inverse, une commination inefficace entre les professionnels a été reconnue comme une

² Traduction libre par l'auteur de ce mémoire

cause de résultats indésirables pour le patient. (Dahlke et al., 2020) (Karam, Brault, Van Durme, & Macq, 2018) (Tsakitzidis et al., 2017)

Au niveau de la **CIP entre un podologue et le personnel d'une MR/S**, nous n'avons trouvé que l'étude de Gage et al. (2012) en Angleterre lors de notre recherche littéraire. Dans cette étude portant sur 26 maisons de repos, la MR/S a un arrangement avec le podologue qui vient toutes les 6 à 8 semaines pour des soins. Il n'y a pas de fonctionnement unique pour la collaboration interprofessionnelle, car cela varie en fonction des relations individuelles entre le podologue et la maison de repos. Cette étude montre diverses problématiques : une difficulté de communication liée au manque d'information structurée, une coordination faible déterminée par le pouvoir des acteurs et limitée par des facteurs organisationnels. De plus, les décisions de soins sont dictées par le podologue et non par le personnel de maison de repos, ni par le résident. Une piste d'amélioration soulevée est la mise en place de leader de confiance pour une meilleure organisation et coordination. (Gage et al., 2012)

Trois autres études ont analysé la **CIP entre le personnel d'une MR/S et un soignant externe** : dentiste, kinésithérapeute, et médecin généraliste (MG). Leur analyse nous semble pertinente dans le cadre de ce mémoire car ce sont des problématiques qui s'approchent du fonctionnement d'un podologue en MR/S. (Fleischmann et al., 2016) (Tsakitzidis et al., 2017) (Britton, Durey, O'Grady, & Slack-Smith, 2016)

Les apports d'une collaboration interprofessionnelle sont la satisfaction personnelle et la bonne ambiance (Fleischmann et al., 2016). Mais un manque de CIP va avoir pour conséquence que les conseils ne sont pas intégrés dans le quotidien ou ne sont pas tenus sur la durée. (Britton et al., 2016) (Tsakitzidis et al., 2017). Et sur le long terme, il y aura un évitement des infirmiers par les MG ou l'arrêt de la pratique en MR/S (Fleischmann et al., 2016)

Une meilleure CIP est favorisée par :

- l'implication de la famille (Britton et al., 2016)
- le partage de connaissances entre soignants externe (MG et dentiste) et le personnel d'une MR/S (Britton et al., 2016) (Fleischmann et al., 2016)
- Une infirmière disponible qui répond aux attentes, selon le MG (Fleischmann et al., 2016). Si elle est disponible en début de visite, elle peut favoriser le lien avec le résident
- Les documents papiers, s'ils ne sont pas dans l'excès (Fleischmann et al., 2016)

- La planification de réunions multi professionnelles où chaque tâche est attribuée à une discipline, selon le MG (Tsakitzidis et al., 2017)
- L'enthousiasme du personnel, selon le MG (Tsakitzidis et al., 2017)
- Prendre une pause avec les autres membres du personnel, selon les aides-soignants (Tsakitzidis et al., 2017)
- Les tenues professionnelles distinctes qui permettent de différencier les fonctions, selon les MG (Tsakitzidis et al., 2017)

Les attentes de professionnels externes sont variées suivant leur perception d'un travail collaboratif. Pour certains, l'important est une infirmière disponible qui réponde aux attentes, pour d'autres il s'agit de partage d'informations écrites.

A l'inverse, les barrières d'une CIP sont :

- Manque de temps consacré par les infirmiers aux MG (Fleischmann et al., 2016), la charge de travail des infirmiers (Tsakitzidis et al., 2017)
- Manque de communication au MG au sujet d'information importantes de résidents, comme une absence pour hospitalisation (Fleischmann et al., 2016)
- Difficulté d'accès aux bases de données comme les classeurs et logiciels, pour le MG (Fleischmann et al., 2016)
- Le choix du mode de visite et de l'heure de visite des MG, selon les infirmiers (Tsakitzidis et al., 2017)
- Manque de représentation de l'ensemble des soignants lors des réunions multi professionnelles, selon les kinésithérapeutes (Tsakitzidis et al., 2017)
- Manque de connaissance des compétences des autres (Tsakitzidis et al., 2017)
- Multitude de MG qui travaillent tous de manière différente, selon les infirmiers (Tsakitzidis et al., 2017)
- L'environnement et le matériel ne sont pas adéquats à la pratique de soins techniques, tels que les soins dentaires (Britton et al., 2016)
- les remboursements peu importants (Britton et al., 2016), la recherche d'un bénéfice économique global avec un équilibre avec la pratique en cabinet (Fleischmann et al., 2016)
- l'habitude de travailler en silo. (Britton et al., 2016)
- Le statut d'indépendant qui donne la possibilité de décider seul (Tsakitzidis et al., 2017)

Les pistes d'améliorations proposées sont :

- La mise en place d'un référent « soins dentaires » parmi le personnel de la MR/S pour aider à la coordination et à l'intégration des soins au quotidien. (Britton et al., 2016)
- Engager un référent à la collaboration qui va définir les procédures, favoriser les objectifs communs, planifier des réunions régulières, répartir les tâches entre les professionnels

1.4 Modélisation de la collaboration interprofessionnelle

Le modèle imaginé par D'Amour et al. en 1997 pour son doctorat a ensuite été amélioré pour donner lieu à un nouveau modèle en 2008. Il permet de modéliser les mécanismes de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de soins de santé primaire. Les auteurs mettent en avant le fait que chaque professionnel est tiraillé entre une logique de professionnalisation et une logique de collaboration. (D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999) Travailler ensemble et non pas de manière parallèle est un défi, car chacun défend son propre intérêt et un certain degré d'autonomie.

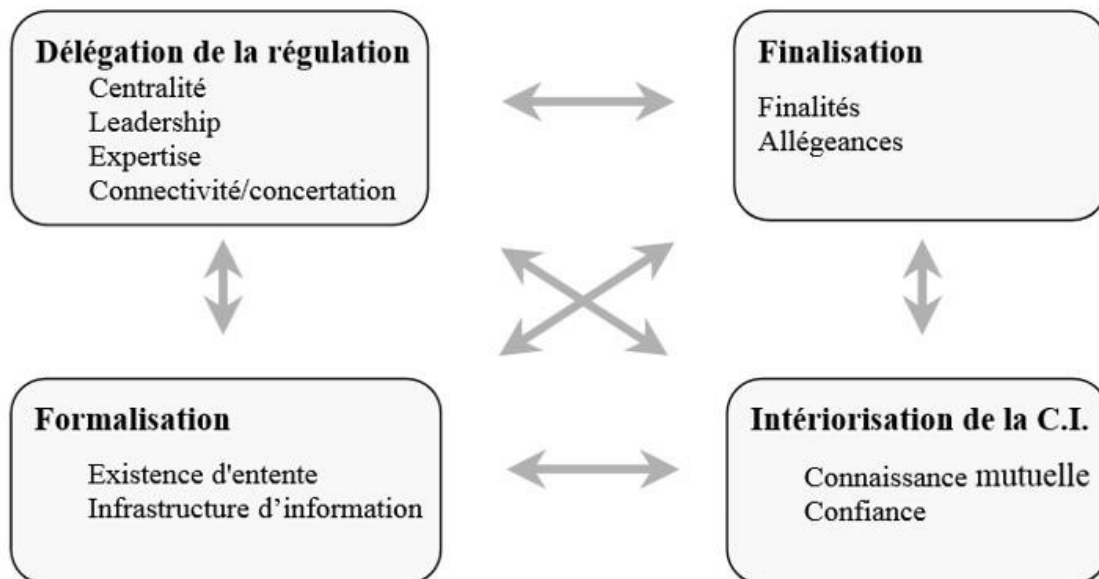


Figure 1 : Traduction francophone du *Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle*, de D'Amour 2008 (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008)

Indicators	Active Collaboration: Level 3	Developing Collaboration: Level 2	Potential or Latent Collaboration: Level 1
Goals	Consensual, comprehensive goals	Some shared ad hoc goals	Conflicting goals or absence of shared goals
Client-centred orientation vs. other allegiances	Client-centred orientation	Professional or organizational interests drive orientations	Tendency to let private interests drive orientations
Mutual acquaintanceship	Frequent opportunities to meet, regular joint activities	Few opportunities to meet, few joint activities	No opportunities to meet, no joint activities
Trust	Grounded trust	Trust is conditional, is taking shape	Lack of trust
Centrality	Strong and active central body that fosters consensus	Central body with an ill-defined role, ambiguous political and strategic role	Absence of a central body, quasi-absence of a political role
Leadership	Shared, consensual leadership	Unfocused, fragmented leadership that has little impact	Non-consensual, monopolistic leadership
Support for innovation	Expertise that fosters introduction of collaboration and innovation	Sporadic, fragmented expertise	Little or no expertise available to support collaboration and innovation
Connectivity	Many venues for discussion and participation	Ad hoc discussion venues related to specific issues	Quasi-absence of discussion venues
Formalization tools	Consensual agreements, jointly defined rules	Non-consensual agreements, do not reflect practices or are in the process of being negotiated or constructed	No agreement or agreement not respected, a source of conflict
Information exchange	Common infrastructure for collecting and exchanging information	Incomplete information-exchange infrastructure, does not meet needs or is used inappropriately	Relative absence of any common infrastructure or mechanism for collecting or exchanging information

Figure 2 : Indicateurs du niveau de CI selon la typologie de d'Amour, 2008 (D'Amour et al., 2008)

Le modèle présenté à la *figure 1* reprend 4 dimensions qui regroupent au total 10 indicateurs qui s'influencent entre eux. Les 2 dimensions à droite du schéma concernent les relations entre les individus, les deux autres dimensions concernent le cadre organisationnel. (D'Amour et al., 2008). Les indicateurs ont été détaillés dans 3 niveaux possibles de collaboration (voir *figure 2*) Voici une description plus approfondie des différents concepts de ce modèle :

Finalisation : Cette dimension concerne les finalités [goals]: les objectifs et décisions communes qui vont réunir une équipe. Les buts doivent être communs, consensuels. La collaboration va au-delà d'un simple échange d'informations, car il s'agit de prise de décisions communes. L'orientation centrée patient versus les allégeances diverses [client centred orientation vs other allegiances] est un autre indicateur qui entre en compte dans la CIP. Qu'est-ce qui motive réellement les actions ? Est-ce les intérêts personnels ou organisationnels ? L'intérêt premier doit être le réel objectif du patient.

Formalisation : Les existence d'entente [formalisation tool] sont les règles de conduite, les procédures, la description des tâches. Pour une bonne CIP, il faut des règles consensuelles et

bien définies. En plus de cela, l'infrastructure d'information [information exchange] est intéressant à analyser : quels canaux sont utilisés pour transmettre l'information ? Cahier de liaison, groupe whatsapp informel, papier, ordinateur, ... Il y a une nécessité d'une infrastructure commune d'échange et de collecte d'informations pour une CIP.

Intériorisation : Les professionnels de la santé, pour pouvoir collaborer, ont besoin d'intérioriser le fait que l'action collective soit nécessaire. Cela demande d'abord de se connaître soi-même et de connaître l'autre. La confiance [trust] est un point important, car le professionnel devient vulnérable en se dévoilant.

La connaissance mutuelle [mutual acquaintanceship] Le partage des territoires professionnels montre les zones grises, les zones où l'action n'est pas clairement définie ou assignée à une profession. Les professionnels dont le métier est socialement bien reconnu et délimité vont être peu ouverts à établir des zones communes. A l'inverse, les professionnels avec un territoire restreint ou moins connu vont plus facilement accepter une zone commune de collaboration.

La construction de l'identité professionnelle est un socle sur lequel on se base avant de connaître l'autre. Pour favoriser la connaissance mutuelle, il est nécessaire d'avoir des opportunités de rencontres, ou des activités communes.

Délégation de la régulation : la délégation analyse la gouvernance. La centralité [centrality] est la manière dont la direction (ou un leader émergent) va favoriser la CIP en coordonnant le travail, et en identifiant les experts nécessaires à la prise en charge du patient. Cela doit se faire de manière forte et active, avec une politique claire qui favorise alors le consensus. Le leadership doit être partagé et consensuel. Il faut éviter le monopole de pouvoir, tout comme il faut éviter la prise de décision fragmentée. L'expertise [support for innovation]: est-ce qu'il y a un soignant qui a une expertise qui favorise le travail collaboratif ?

La connectivité/concertation [connectivity] est la connexion entre les professionnels de la santé et entre les professionnels de santé et les organisations. Un lieu de rencontre entre professionnels permet un échange et cela facilite la résolution de problèmes, tout comme une réunion d'équipe. Il est important d'avoir des échanges de discussions informelles qui ne concernent pas seulement des problèmes spécifiques.

Dans notre étude, ce modèle a cependant des limites car il a initialement été prévu pour des soignants travaillant dans la même équipe. Le podologue travaille dans un cabinet externe et vient de manière plus ou moins régulière en MR/S. C'est pourquoi nous avons trouvé intéressant de montrer des éléments d'analyse d'une collaboration inter-organisationnelle.

1.5 La collaboration inter-organisationnelle (CIO)

La collaboration inter-organisationnelle se définit comme étant l'ensemble des processus dans lequel les professionnels de la santé représentant plusieurs organisations s'engagent lorsqu'ils travaillent de manière interdépendante sur les soins aux patients. Il s'agit de services développés avec des autres institutions pour répondre à un besoin de santé. (Karam et al., 2018) Karam et al (2018) ont modélisé les interactions qui forment la CIO en se basant sur le modèle de D'Amour et ajoutant certaines spécificités liées à la CIO que voici : (Karam et al., 2018)

- La confiance peut être affectée par les facteurs suivants : doute sur les compétences de l'autre, sentiment de menace sur son territoire professionnel, philosophies divergentes, images négatives de la profession.
- La lutte de pouvoir. Malgré des organisations différentes, une lutte de pouvoir a souvent lieu, par exemple dans une relation médecin-infirmier.
- L'environnement externe est affecté par plusieurs éléments: politiques de remboursements des patients, rareté ou suffisance des prestataires (particulièrement pour des professions avec similarité de domaine), proximité géographique des organisations, et législation.
- Il y a un besoin de formalisation plus important que dans la CIP. Cela comprend les procédures, et les modalités de communication. La clarification du rôle professionnel est un point également important.

2. Méthodologie

Ce mémoire est de type mémoire-recherche. Il est composé d'une première partie avec la question de recherche, le cadre théorique et une revue de la littérature. La méthodologie du cadre théorique a été décrite en début de chapitre 2. Sur la base de ce cadre théorique, le protocole de recherche a été mis en place. Un guide d'entretien a été réalisé pour une collecte des données qualitatives. Le but étant de comprendre les barrières et facilitateurs de la CIP entre un podologue et le reste de l'équipe soignante d'une MR/S.

Afin de préciser notre recherche qualitative, nous avons gardé le PICO qualitatif utilisé lors de notre recherche littéraire. Pour rappel, le voici :

- **Participant** : Professionnel soignant en MR/S (médecin, infirmiers, paramédicaux, autres praticiens), et podologue externe (ayant leur activité principale en dehors d'une MR/S)
- **Intérêt** (phénomène d'intérêt) : barrières et facilitateurs à la collaboration interprofessionnelle avec l'équipe du personnel soignant
- **Contexte** : MR/S

2.1 Choix de la méthode qualitative

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons opté pour une recherche qualitative, via des entretiens individuels auprès de podologues. Ce choix de la méthode qualitative a été fait pour plusieurs raisons. Tout d'abord, notre revue littéraire nous montre que le sujet a été très peu abordé par la littérature, et qu'il est inédit en Belgique pour des podologues, ce qui demande une première recherche de type exploratoire, afin de mieux comprendre les enjeux des différents acteurs. Le choix d'une méthode qualitative par **entretiens semi-directifs** permettait des résultats plus en profondeur, ainsi que d'explorer des résultats ou des sujets depuis un nouveau point de vue. Cela permet de comprendre l'expérience humaine, de développer des explications à un phénomène, de comprendre une complexité. (Aujoulat, 2020) De plus, pour des raisons d'organisation pratique, des entretiens individuels ont été choisis plutôt que des focus groups.

Le choix d'interviewer des podologues et d'autres soignants en MR/S (infirmiers, aide-soignant, kinésithérapeute, MG, pédicure spécialisée) s'est fait pour comprendre les barrières

et facilitateurs de la CIP entre un podologue et le reste de l'équipe d'une MR/S selon différents points de vue. Avec d'un côté le point de vue des podologues, de l'autre le point de vue des autres soignants.

2.2 Réalisation du guide d'entretien

Choix du modèle théorique

Le modèle de D'Amour a été utilisé à de nombreuses reprises pour rédiger le guide d'entretien, afin de comprendre et améliorer la collaboration interdisciplinaire entre les podologues et l'équipe de la MR/S. La typologie liée à ce modèle permet de structurer les questions autour de 10 thématiques, ce qui facilite une analyse qualitative en prenant en compte diverses facettes de la collaboration.

Construction des questions qualitatives :

Le guide d'entretien en annexe 1 a été réalisé sur la base de la typologie du modèle d'Amour, en tenant compte de l'expérience de terrain de la mémorante, qui est podologue et enseignante en podologie, et en discussion avec sa promotrice. La formulation des questions a été réalisée afin que les podologues ainsi que les autres soignants puissent se projeter dans la réalité du terrain. Les questions ont été testées lors du premier entretien réalisé (pod1) sur les conseils de ce podologue et pour suivre une logique de progression dans la discussion.

Le guide d'entretien a été utilisé de manière semi-directive, pour laisser une liberté d'expression aux participants et pour pouvoir s'adapter aux réponses de l'interlocuteur et à ses caractéristiques.

2.3 Collecte des données

L'échantillon de podologues. Les podologues ont été recrutés et interviewés en janvier 2023 de la manière suivante. Tout d'abord, les plusieurs étudiants en podologie ont été contactés individuellement. En parallèle, une annonce a été faite sur le groupe Facebook « réseau pédicure-podologue » qui compte plus de 11'000 membres et qui regroupe la plupart des podologues de France, Suisse et Belgique principalement. La stratégie de recrutement n'a pas été systématique, nous pouvons parler ici d'échantillon de convenance.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants. La personne devait avoir obtenu son diplôme de podologie et travailler à Bruxelles ou en Wallonie. Le podologue devait avoir soigné au moins 1 résident en MR/S durant les 5 dernières années. Les résidence-services étaient exclues de l'analyse, car le fonctionnement diffère des MR/S. En effet, le nombre de professionnels de santé étant moins élevé, et avec un fonctionnement différent, il y avait un risque que les résultats soient divergents.

Après les 8 entretiens réalisés auprès de podologues, nous avons eu le sentiment d'une saturation des données. Cependant, il s'agit de podologues ayant un profil similaire, ce qui peut restreindre les formes d'expériences vécues.

L'échantillon des soignants en MRS : les soignants ont été contactés peu après le début des entretiens avec les podologues, c'est-à-dire de mi-janvier à mi-mars 2023. Ils ont été contactés via le réseau des connaissances de la mémorante, travaillant en MR/S . Nous avons également pu publier une annonce sur un groupe de jeunes médecins généralistes de 381 membres. Enfin, une annonce a été publiée auprès des étudiants de la Faculté en Santé Publique de l'UCL.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants. Les métiers identifiés comme pouvant avoir un lien de collaboration avec les podologues en MR/S sont les suivants : infirmier, infirmier chef, aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, pédicure médicale, secrétaire accueil, coordinateur paramédical, et directeur de maison de repos. Ils devaient avoir travaillé au moins 1 mois en MRS durant les 5 dernières années pour le personnel salarié, et il n'y avait pas de minimum pour les travailleurs indépendants tels que médecin généraliste, kinésithérapeute, ou pédicure médicale. Une prise de contact avec une responsable de l'AVIQ a également été réalisée pour demander une interview.

La stratégie de recrutement n'a pas été systématique, nous pouvons parler ici d'échantillon de convenance. Nous ne sommes pas arrivés à saturation des données.

Après une réponse positive de la personne, nous lui avons donné par écrit la question de recherche, le temps estimé de l'entretien (environ 15 minutes), ainsi que la manière dont ses données seraient traitées. Les interviews ont été réalisées par téléphone, en conversation vocale. L'appel commençait par une discussion simple, puis un rappel des conditions du mémoire. L'enregistrement commençait dès le début des questions d'entretien.

2.4 Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits automatiquement avec l'outil d'aide à la transcription Amberscript. Ils ont été ensuite vérifiés manuellement. Il s'agissait d'une transcription mot-à-mot.

L'anonymat a été garanti durant la recherche. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du participant. Lors de la transcription, les données permettant d'identifier le participant ont été supprimées. Après la transcription, les entretiens ont été effacés. Les lectures et la transcription des entretiens ont permis une familiarisation de la mémorante avec les entretiens.

Tout d'abord, pour commencer l'analyse, les éléments importants (phrases, mots, paragraphes) des entretiens ont été mis en gras lors de la lecture. En parallèle, une matrice (feuille Excel) a été réalisée avec les 10 critères du modèle de D'amour, détaillés dans le chapitre 2. Le cadre analytique était préétabli. Cependant, une souplesse avec ce cadre analytique a été choisie. En effet, nous avons laissé la possibilité d'avoir des catégories émergentes avec les éléments mis en gras qui n'entraient pas dans la matrice.

Les résultats ne sont pas généralisables à une population. Avec la notion de transférabilité, nous pouvons considérer que les résultats soient reproductibles dans un même contexte. (Aujoulat, 2020)

3. Résultats

Au total, 8 podologues et 8 autres professionnels ont été interviewés entre janvier et mars 2023. Il s'agit de 2 infirmiers, 2 ergothérapeutes, 1 kinésithérapeute, 2 aides-soignants, et 1 pédicure spécialisée. Les entretiens ont eu lieu par téléphone. La durée moyenne de l'enregistrement des entretiens était de 13 minutes 00:13:23 [minimum 00:08:18 ; maximum 00:18:18].

Pour décrire les résultats des interviews, nous allons structurer les divers apports des participants en fonction des 4 dimensions de D'Amour, qui sont subdivisées en 10 thématiques. Les entretiens ont donné lieu à 3 thèmes émergents : coût, concurrence, locaux. Nous les avons regroupés dans une nouvelle dimension : le contexte. Voici les différentes catégories pour la structuration des résultats.

- Finalisation
 - Finalité
 - Allégeances
- Intériorisation
 - Confiance
 - Connaissance mutuelle
- Délégation de la régulation :
 - Centralité
 - Leadership
 - Expertise
 - Connectivité/concertation
- Formalisation :
 - Existence d'entente
 - Infrastructure d'information
- Contexte (thématiques émergentes)
 - Coût
 - Concurrence
 - Locaux

Sur les 8 podologues, 4 effectuent des visites de manière périodique, à raison de ½ jour par semaine. Les 4 autres effectuent des visites sur la demande du résident lui-même ou de sa famille. Parmi les 4 travailleurs en MR/S, aucun ne travaille en collaboration avec un

podologue. Les soins des pieds sont réalisés par des pédicures médicales. Les podologues font tous des soins avec un paiement à l'acte. La facturation se fait via la MR/S pour les podologues qui viennent de manière régulière et ont un contrat avec la MR/S, avec parfois une rétrocession d'honoraire. Pour les podologues venant sur demande, la facturation se fait auprès des familles.

Les caractéristiques des différents participants se trouvent en Annexe 2.

3.1 Finalisation

La thématique de finalisation reprend de manière large les buts et le sens des pratiques, pour comprendre si les enjeux des différents professionnels de santé se rejoignent.

3.1.1 Finalités

Le concept de finalité représente les objectifs des divers professionnels de santé qui travaillent ensemble. Est-ce que les objectifs de chacun convergent ?

Tout d'abord, nous allons observer ici si les objectifs des différents acteurs de la santé sont les mêmes dans la MR/S au sujet de la prise en charge podologique. Pour plusieurs podologues, il y a une bonne adéquation entre les objectifs des soignants et des podologues, au niveau de la qualité des soins. Tandis que pour d'autres, les objectifs sont divergents si le travail de l'un ajoute du travail chez les autres professionnels. Par exemple, dans le cas d'un pansement posé par un podologue lors du soin.

Les podologues pensent que le personnel soignant d'une MR/S ne se préoccupe que peu de la santé des pieds des résidents, et que le personnel soignant appelle seulement en dernier lieu le podologue.

L'ergothérapeute place comme objectif prioritaire l'autonomie du résident. Il est prêt à collaborer avec des podologues dans ce sens.

ils pourraient engager une podologue indépendante qui vient X fois par semaine [...] si c'est vraiment pour pouvoir préserver leur autonomie, c'est vraiment important (Erg2)

Malgré des variations importantes entre les diverses professions, la sécurité du patient ainsi que sa propre sécurité sont des objectifs qui poussent à collaborer.

Les objectifs de soin centrés sur le patient, et la prise en compte du résident dans sa globalité sont deux éléments qui favorisent un travail interprofessionnel :

Je pense qu'on peut voir plus facilement la globalité de la personne s'il y a plusieurs intervenants donc. Et au final on est là pour la personne (Inf2)

Finalités - En bref

Les éléments qui favorisent un but commun entre le podologue et le reste de l'équipe soignante en MR/S sont les soins centrés sur le patient, la prise en charge globale, l'amélioration de l'autonomie du résident, ainsi que la sécurité.

Des tensions peuvent avoir lieu si le personnel soignant voit sa charge de travail augmenter à la suite d'un soin réalisé par un podologue.

3.1.2 Allégeances

L'allégeance est la manière dont les préoccupations organisationnelles et personnelles prennent plus d'importance que les considérations de prodiguer des soins de qualité pour les résidents.

Le travail d'un podologue en MR/S n'est pas toujours perçu comme étant valorisant. Pour certains podologues, il s'agit d'un choix par défaut, ou d'une situation provisoire. Et finalement, le podologue reste grâce aux relations avec sa patientèle.

Il y a une recherche pour le podologue de mettre à profit ses compétences dans son travail en MR/S. La recherche d'une CIP permettrait un meilleur épanouissement dans son travail en MR/S.

intellectuellement c'est pas toujours, je trouve, stimulant. [...] c'est des soins assez simples (Pod3)

Un autre frein à la collaboration interprofessionnelle est également mis en avant : les conditions de travail du personnel de MR/S qui doit faire face à une charge de travail importante. Mais à l'inverse, le travail réalisé par un podologue ou une pédicure peut être considéré comme étant de moins bonne qualité à cause d'un rythme de travail trop rapide en MR/S, en comparaison avec le travail en cabinet.

Le travail collaboratif en maison de repos semble également être freiné de manière plus globale par l'âgisme présent dans la société. Cela ne pousse pas à l'amélioration de la qualité des soins en MR/S.

souvent le problème des personnes âgées, c'est qu'on n'en voit pas la nécessité, on dit "oh elle est à la fin de sa vie, c'est pas grave" (Kin1)

Allégeances - En bref

Du côté du podologue, la motivation au travail en MR/S n'est pas toujours présente. Le manque d'utilisation de ses compétences est aussi mis en avant. La motivation au travail en MR/S liée uniquement à la prise en charge des résidents est une barrière à la CIP.

La charge de travail est une barrière à la collaboration et aux soins de qualité. Cette charge de travail est perçue comme étant intense pour les équipes en MR/S, mais aussi pour les soins de podologie.

L'âgisme, qui est aussi présent dans les MR/S est un frein aux soins de qualité, et donc un frein à la collaboration interprofessionnelle.

3.2 Intériorisation :

La thématique d'intériorisation va rejoindre la notion plus personnelle du concept de collaboration de chacun. Cela permet de mettre en avant les barrières et facilitateurs personnels, relatifs à la confiance en l'autre et à sa connaissance.

3.2.1 La confiance

La confiance est le degré selon lequel le professionnel peut avoir au niveau de la continuité des soins. Est-ce qu'on a confiance en l'autre pour prendre en charge les résidents ? Avons-nous confiance en la continuité des soins ?

La confiance d'un podologue envers le personnel d'une MR/S est souvent présente pour des podologues qui viennent de manière hebdomadaire. A l'inverse, une visite ponctuelle d'un podologue sur demande du résident ne favorise pas la confiance entre les professionnels.

Le podologue, lui, accorde plus facilement sa confiance pour un suivi de soin s'il y a une trace écrite de ce qu'il dit. Par exemple, quand il donne une information à une infirmière, le podologue apprécie que l'infirmière prenne des notes écrites. La confiance semble alors liée aux outils de communication.

La confiance - En bref

La confiance se construit plus facilement avec un podologue qui réalise des visites périodiques en MR/S, en comparaison avec un podologue qui vient sur demande. Elle est donc liée à la connectivité.

La confiance est également liée à la communication. Le podologue accorde sa confiance lorsqu'il y a une communication écrite.

3.2.2 La connaissance mutuelle

La connaissance mutuelle concerne à la fois la connaissance que l'autre a de sa profession, mais également la connaissance que nous avons de nos propres compétences.

Premièrement, le podologue a l'impression que les autres ne connaissent pas ses compétences de travail. « *on nous prend très souvent pour des pédicures médicales* » (Pod2)

Il y a effectivement des professionnels de santé qui ont une méconnaissance du podologue, et qui ne connaissent pas les différents actes qu'un podologue peut réaliser.

Pourtant, une partie du personnel soignant en MR/S peut avoir une très bonne connaissance des capacités d'un podologue.

c'est au niveau préventif. Je crois que c'est corriger la posture des pieds à l'aide de semelles. Et puis il y a la partie curative, puis le soin de pied diabétique mais plus complexe (Inf1)

A l'inverse, il semblerait que ce soient les podologues eux-même qui se dévalorisent. Par exemple, en ne proposant que « *une bête coupe d'ongles* » (Pod8) aux résidents.

Il semblerait que le champs de compétences d'un podologue en MR/S soit en partie délimité par les infirmiers. Dans certains lieux, les soins pour les ulcères sont par exemple réservés aux infirmiers. Une nuance est cependant présente pour les podologues qui viennent de manière ponctuelle dans des MR/S où travaillent déjà des pédicures spécialisées. Ils viennent réaliser des soins plus complexes, mais sans notion claire de limite de compétences.

quand j'envoie [...] chez un podologue, c'est plus pour corriger, faire faire des orthèses... aller plus loin quoi. (Péd1)

Sur les 8 podologues interviewés, un seul a prononcé le mot « semelle ». Mais l'idée de faire des semelles en MR/S ne venait pas directement de lui-même.

c'était plus elle[la résidente] qui voulait absolument des semelles, elle était un peu butée sur l'idée, mais elle marche pas beaucoup. (Pod6)

La connaissance mutuelle - En bref

Le podologue a l'impression que le personnel soignant ne connaît pas son métier. Il y a effectivement des soignants qui connaissent peu le podologue, mais beaucoup d'autres en ont une très bonne connaissance.

Le champs d'action d'un podologue en MR/S n'est pas bien défini. Le podologue réalise souvent des soins simples en dessous de ses compétences. Cela peut être entretenu par des soignants qui limitent ses compétences. Mais il semblerait que le podologue lui-même se dévalorise inconsciemment, et ne pense pas non plus à proposer des actes plus complexes.

Les podologues qui sont appelés par des infirmiers pour des visites ponctuelles réalisent des soins plus techniques, avec une plus grande utilisation de leurs compétences.

3.3 Délégation de la régulation:

Dans cette thématique de délégation de la régulation, nous observerons comment le cadre mis en place a un impact sur les pratiques collaboratives : la gouvernance, la présence d'experts dans la domaine de la collaboration, les lieux de connectivité, et la place du leadership.

3.3.1 La centralité

La centralité est la gouvernance d'une pratique, ici de la podologie. Y a-t-il un chef ? Cette question est particulière dans le domaine de la podologie, car le podologue est un indépendant. Cependant, la CIP avec une MR/S demande une certaine coordination de la prise en charge des résidents.

Pour les soins de podologie, chaque lieu fonctionne de manière différente, avec une multitude d'acteur impliqués. Le fonctionnement diffère d'une MR/S à une autre. Dans certains lieux, une personne centralise les demandes de soin de podologie, dans d'autres une multitude d'acteurs sont impliqués. L'acteur qui centralise les demandes doit aussi tenir compte des contraintes liées aux modalités de venue des podologues. L'acteur qui prend en charge les rendez-vous de podologie est souvent le chef infirmier. Dans d'autres lieux, chaque soignant (kinésithérapeute, infirmier, aide-soignant, ...) qui voit un problème concernant la podologie le réfère à la secrétaire. La famille du résident, ainsi que le résident lui-même qui a toutes ses capacités cognitives, peuvent également être des acteurs dans la prise de rendez-vous avec un podologue en MR/S.

Cependant, il n'y a pas de centralité pour un suivi sur le long terme des problèmes de podologie.

Référente soin de plaie, ça il y avait. Mais elle s'occupait de toutes les plaies, pas spécifiquement que pour les problèmes de pieds (Inf1)

La centralité - En bref

Il y a une grande variabilité de fonctionnement entre les différentes MR/S concernant l'organisation des soins de podologie. Divers acteurs prennent en charge la demande de rdv de podologie : l'infirmier chef, l'infirmier, le kiné, la famille du résident, le résident. Dans certains cas, une secrétaire centralise les demandes.

Il n'y a pas de référent spécifique pour des problèmes de podologie.

3.3.2 Le leadership

Qui prend la décision de soin à court terme et à long terme ? Ces questions abordent la problématique du leadership lorsqu'un podologue arrive en MR/S.

Pour commencer, il y a déjà une première constatation du problème de pied du résident par l'infirmier ou l'aide-soignant. Celui-ci va poser un premier acte, par exemple avec un pansement préventif de protection pour une inflammation, et va signaler le problème pour une prise en charge podologique.

Du côté des podologues, la vision du leadership est claire. Le podologue garde le leadership quand il est présent auprès du résident, et les infirmiers ont le leadership le reste du temps. Le podologue a aussi l'habitude de donner des indications de suivi :

Moi, je leur conseille un plan de traitement par rapport à mes connaissances à moi, mais après, c'est plutôt eux qui suivent ça sur le long terme et qui gèrent plutôt le soin comme eux l'entendent. (Pod5)

Il peut y avoir une tension autour du leadership quand le podologue est présent. Le personnel soignant peut parfois demander que le soin soit réalisé d'une certaine manière. Cependant, le podologue défend son leadership au niveau du court terme, par rapport à son expertise.

Cependant, les infirmiers doivent supporter eux-mêmes les conséquences des actes qui pourraient avoir été mal réalisés, ce qui leur ajoute une charge de travail avec des actes avec lesquelles ils ne sont pas toujours familiers :

c'est déjà arrivé qu'elles coupent trop loin et qu'un patient dise "ah mais j'ai encore mal", ça saigne pas et puis on a une infection. [...] une infirmière essaye de couper elle même parce qu'elle doit rectifier [...] (Aid1)

Le leadership - En bref

Le podologue a le leadership du soin lors de sa visite, il prend les décisions lui-même. Le reste du temps, ce sont les infirmiers et aides-soignants qui s'occupent du résident. La visite ponctuelle peut poser un problème si le soin de podologie n'a pas été correctement réalisé, car ce sont les équipes qui doivent rectifier les erreurs les jours suivants. Le podologue n'apprécie pas les remarques sur ses décisions de soin lors de sa visite.

3.3.3 L'expertise:

L'expertise à la CIP représente deux volets. Tout d'abord, il y a la formation à la CIP, de plus, il y a le support à l'innovation collaborative, qui peut être soutenu par une personne.

Un premier incitant à la collaboration interprofessionnelle est tout d'abord la pratique en stage durant les études :

sur le terrain[en stage] on a appris pas mal [...] à qui référer, comment ça se passait au niveau de la communication. C'était surtout oral (Pod7)

D'autres pays forment les étudiants à la CIP de manière pratique durant les cours, ce sont des expériences fortes dont les professionnels se souviennent encore :

en Erasmus en fait, c'était vraiment axé collaboration. [...] on devait tous se réunir, on expliquait un peu des cas qu'on avait eu avec les kinés, et les ostéos (Pod6)

Il ne semble pas y avoir de véritable moteur à l'innovation au niveau de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une MR/S, ni du côté du personnel qui « apprend sur le tas » (Inf2), ni du podologue, ni des familles des résidents « en maison de repos, les familles ne poussent pas plus loin. » (Péd1). Cependant, nous avons relevé un événement exceptionnel qui a permis une meilleure connaissance mutuelle : une activité réalisée par des étudiants en podologie :

lors d'un teambuilding [...] on s'est fait soigner les pieds par les élèves. [...] voir si on se tenait bien droit [...] certaines personnes ont découvert des choses.(Aid2)

Il semblerait que, même si le podologue peut avoir des idées pour favoriser une meilleure collaboration, par exemple en imaginant faire de la prévention pour le personnel ou pour les résidents, cela reste au stade de l'idée.

L'expertise - En bref

Le podologue peut avoir des idées mais il ne va pas les mettre en application. Du côté du podologue, il n'y a pas de moteur à l'innovation au niveau de la collaboration interprofessionnelle, et une expertise collaborative uniquement en stage. Du côté des MR/S, il ne semble pas y avoir de moteur à l'innovation collaborative, hormis de très rares occasions.

En Belgique, l'étudiant en podologie ne fait pas l'expérience de CIP lors des cours. L'étudiant apprend sur le terrain en stage. La formation au travail collaboratif semble être plus riche dans d'autres pays.

3.3.4 La connectivité / concertation

Les relations interpersonnelles, et les opportunités de se rencontrer sont reprises ici dans la connectivité/concertation.

Les relations avec les membres du personnel sont quelque chose qui a de l'importance pour le podologue. Dans plusieurs lieux, cela se passe très bien :

*je m'entends bien avec tout le monde et ils m'écoutent et ils sont
reconnaissants donc c'est gratifiant (Pod1)*

Dans d'autres cas, il y a une demande à plus de contacts du personnel soignant et plus de considération, particulièrement chez les podologues qui viennent sur demande. Les podologues présents un demi-jour par semaine montrent que des liens se créent en fonction des affinités. Mais le changement fréquent de personnel est un frein à cette connectivité.

La personne vers laquelle le podologue va vouloir entrer en contact va varier d'un podologue à l'autre. Le podologue va privilégier l'accessibilité du personnel soignant, pour des opportunités de connectivité :

*ils [ergo et aide-soignants] sont plus accessibles. Et moi aussi je suis à la
recherche du personnel pour justement parler, s'il y a quelque chose à
signaler (Pod 8)*

Pourtant, l'aide-soignant et l'ergothérapeute ne sont pas considérés comme étant des personnes de contact. C'est l'infirmière qui semble être en charge du contact avec le podologue.

Si c'est plutôt dans le médical, si c'est le médecin ça va être l'infirmière [...] les ergothérapeutes c'est plus pour [...] des gens qui viennent faire des activités avec les résidents. Mais c'est pas pour les pédicures ou les podologues. Ça c'est plutôt les infirmières (Aid1)

Une opportunité de connectivité est le fait que certains résidents avec démence refusent un soin avec une personne qu'ils ne connaissent pas. A ce moment, un travail côte-à-côte avec une aide-soignante a une importance. Par exemple, l'aide-soignant va parler avec le résident pendant que le podologue va réaliser le soin.

Un autre élément qui a une influence sur la connectivité entre un podologue et le personnel d'une MR/S est la taille du bâtiment. La connectivité augmente pour des petites structures :

une petite maison de repos [...] du coup j'ai une proximité avec le personnel, même si je suis là seulement une demi journée par semaine. [...] ça fait qu'il y a une meilleure communication [...]. Plus facile à chaque fois de revoir un peu les mêmes personnes et de pouvoir échanger et de créer entre guillemets des petits liens (Pod4)

La connectivité/concertation - En bref

Les relations entre le podologue et le personnel d'une MR/S sont très variables. Les bonnes relations sont gratifiantes pour le podologue et liées aux visites périodiques. A l'inverse, il y a un manque de considération pour le podologue en visite ponctuelle, ce qui lui déplaît.

Les facilitateurs à la connectivité sont : une MR/S de petite taille, les résidents avec démence qui demandent un travail en binôme podologue-soignant. Les barrières sont le changement de personnel.

Le podologue va entrer en contact avec la personne qui sera accessible. Il s'agit souvent des aides-soignants et des ergothérapeutes, bien que l'infirmier soit considéré comme étant la personne de référence.

3.4 Formalisation :

La formalisation prend en compte les procédures de communication, ainsi que la disponibilité des informations pour une CIP.

3.4.1 Existence d'entente

De manière générale, les procédures ou lignes de conduite sont très peu présentes dans le cadre des soins de podologie.

Un protocole est souvent mis en place dans le cadre de renouvellement de pansement à faire. Le podologue constate une plaie au niveau des pieds, le signale, et cela est noté dans le roulement des pansements pour le suivi.

Le podologue est demandeur de faire partie de réunions de discussion pluridisciplinaires autour des résidents. Aucun des podologue interviewé n'en faisait partie.

D'autres réunions pourraient également être planifiées, par exemple une réunion annuelle pour voir le ressenti de chacun.

Le podologue peut sentir un flottement dans l'organisation, dû à l'absence de procédures claires liées à son passage en MR/S :

par rapport à la logistique tu vois. Ils ne savaient pas toujours quand elle devait être lavée, ou s'il y avait un tel médecin qui devait passer. C'est arrivé une fois qu'on soit deux intervenants en même temps (Pod7)

Un facteur facilitant la mise en place de procédure est la continuité de travail entre les différents podologues qui se succèdent dans le temps dans une même MR/S. Ceci est facilité par une personne centrale, ici, la directrice.

la directrice de la maison de repos d'ailleurs avec qui je m'entends assez bien, qui m'a fait visiter, qui m'a expliqué [...] comment ça fonctionnait, comment l'ancienne podologue fonctionnait [...]. Elle m'a donné d'ailleurs même déjà tous les anciens papiers de l'ancienne podologue (Pod4)

Lorsque le personnel soignant constate une problématique liée à la podologie, il doit d'abord penser à le signaler pour un rdv. Il y a d'abord une demande du personnel soignant d'outils pour une simplification de leur travail afin de créer une liste pour le podologue.

Existence d'entente - En bref

En dehors d'une procédure pour un suivi de pansement réalisé par un podologue, il n'y a pas ou peu de protocole pour une collaboration entre un podologue et le personnel d'une MR/S. Il y a des demandes des podologues de participer aux réunions pluridisciplinaires. L'idée d'une réunion annuelle pour faire le point est aussi proposée. Les résidents et les équipes ne savent pas toujours quand le podologue va venir, ce qui peut poser problème et qu'un deuxième rendez-vous médical soit programmé au même moment.

Un facilitateur à l'existence d'entente est une personne centrale qui explique les modalités de fonctionnement au nouveau podologue qui commence en MR/S.

Les soignants seraient aussi en demande d'un outil facilitant la prise de rdv en podologie, car ils doivent penser à beaucoup de choses.

3.4.2 Infrastructure d'information

L'infrastructure d'information comprend la communication orale et écrite dans le but de transmettre des informations, entre un podologue et la MR/S.

Avant l'arrivée du podologue en MR/S, certains infirmiers en MR/S préparent une communication écrite à destination des résidents, des autres soignants, et du podologue. Il peut s'agir d'écriteaux collés aux différents lieux de passage.

A son arrivée, pour obtenir des informations sur l'état de santé des résidents, le podologue demande à l'aide-soignante ou l'infirmière une partie des données de manière orale. Cependant, dans le cas d'un podologue qui vient ponctuellement, la prise d'informations passe souvent par la famille. A la fin de sa visite, le podologue combine plusieurs stratégies d'information (par oral et par écrit) pour que la transmission d'information s'effectue. Ici, la communication écrite passe par un carnet de liaison :

à chaque fois que je vois une infirmière aussi, donc oralement, il y a la transmission de l'information et ça dépend le patient, j'essaie de lui dire [...] sinon je le mets dans le carnet de liaison [...] et je vérifie si la fois d'après il y a quelque chose qui a évolué. (Pod1)

Il y a dans certains cas des ajustements à faire au niveau de la communication d'un podologue pour le personnel d'une maison de repos. En effet, certains manquements sont relevés, ce qui conduit à une difficulté de suivi de soin pour le personnel soignant.

elles nous mettent après sur le compte rendu, ce qu'elles ont fait et ce qu'il faut qu'on fasse. Mais à aucun moment on est appelés à venir constater quoi que ce soit. [...] avec la charge de travail actuelle, ça nous arrange plutôt pas mal. [...] on se rend compte des fois deux jours après qu'il y a un pansement avec un méchage, mais ça ce n'était pas précisé. (Inf2)

Du point de vue du podologue, l'échange d'informations est freiné par les outils informatiques, auxquels il est rare que le podologue ait accès. Parfois, le podologue demande l'accès mais cela lui est refusé :

j'avais aussi demandé un accès au logiciel qui permettait de noter tous les actes que les médecins en font, que les paramédicaux font, mais je n'ai jamais eu de profil [...] je n'avais pas le droit en fait. Je ne sais pas sous quel prétexte (Pod2)

D'autres podologue n'ont pas fait la démarche de demander l'accès aux dossiers informatisés, en prévoyant une procédure de demande compliquée. Du côté du personnel soignant, il ne semble pas y avoir de barrière au partage de dossier patient, du moins pour les dossiers papiers. Cependant, certains membres de l'équipe d'une MR/S pensent que le fait de mettre en place un outil informatique accessible à chacun permettrait d'améliorer la communication d'information, en comparaison avec le dossier papier.

La communication orale autour des données de santé du résident est chez certains soignants très appréciée, surtout si cela rejoint un objectif de prise en charge globale :

ils viennent, on discute des pathologies du résident, ils demandent s'il est diabétique, les médicaments qu'il prend. On voit vraiment des étudiants [en podologie] qui sont intéressés. Non seulement par les pieds, mais pour par l'ensemble des pathologies que pourrait avoir le résident. (Aid2)

La communication écrite est également souvent utilisée et appréciée par le personnel soignant, quand le podologue indique en fin de journée quels soins il a réalisés et quelles sont les surveillances à avoir pour les résidents.

Plusieurs facteurs influencent la communication entre un podologue et le personnel d'une maison de repos. Puisqu'une partie de l'échange d'informations s'effectue de manière orale, en fonction du personnel croisé aléatoirement dans les couloirs, l'architecture du bâtiment a son importance, tout comme le nombre de travailleurs présents. Une petite maison de repos,

ou une architecture qui favorise le passage devant le bureau des infirmiers facilite la communication interprofessionnelle. Cependant, le manque de personnel soignant en MR/S impacte aussi défavorablement la CIP.

Aucun podologue n'a fait état de communication avec un médecin généraliste, ou avec d'autres intervenants externes. Seule la pédicure médicale a indiqué avoir reçu une lettre d'un médecin généraliste.

Une piste d'amélioration proposée par plusieurs soignants est premièrement que le podologue sensibilise les différents acteurs en MR/S sur la santé des pieds. De plus, il est souhaité que le podologue informe davantage les autres professionnels de santé sur ses compétences, ainsi que sur ses tarifs et sur les remboursements existants.

Infrastructure d'information - En bref

L'information passe par de multiples canaux. Une partie passe par écrit, comme la liste des résidents à faire qui peut être donnée en main propre ou affichée dans les couloirs. De plus, le personnel soignant qui voit le podologue dans les couloirs indique par oral l'état de santé du résident. Après le soin de podologie, la liste des soins réalisés est souvent communiquée par écrit par le podologue aux infirmiers, soit sur une feuille, soit dans un carnet de liaison. En parallèle, une communication oral est également utilisée par le podologue après le soin. La communication orale est influencée par la taille du bâtiment et la disponibilité du personnel soignant dans la MR/S. Il n'y a pas d'interaction avec les médecins généralistes.

La communication orale montre l'intérêt de l'autre, et la communication écrite est appréciée pour la précision. Malgré cela, des manquements de communications ont parfois lieu.

Il n'y a pas d'utilisation des outils informatiques par le podologue.

Pour les podologues qui viennent sur demande, l'information passe par le résident ou par la famille, de manière orale.

Le podologue devrait également communiquer aux différents acteurs des MR/S ses compétences, ainsi que des informations concernant ses tarifs et les remboursements possibles.

3.5 Contexte

La particularité du travail d'un podologue en MR/S en Belgique a soulevé d'autres thématiques que celles présentées dans le modèle de D'amour. Il s'agit du coût, de la concurrence, et d'un local de podologie. Nous avons regroupé ces trois thématiques dans cette nouvelle rubrique qu'est le contexte.

3.5.1 Coût

Dans cette partie sur le coût, il y a d'abord les tarifs pour les résidents, et aussi le coût pour le podologue lui-même du soin en MR/S.

La collaboration entre un podologue et le personnel d'une MR/S peut être entravée par des facteurs divers. Il y a d'abord une problématique de prix élevé pour le résident et sa famille, qui fait que le podologue ne peut pas venir de manière très régulière en MR/S.

Du point de vue d'une infirmière, les questions financières étaient un frein pour les podologues. Cela amène la problématique de réussir à trouver un podologue qui veut bien venir se déplacer.

La problématique financière, ainsi que le nombre peu élevé de podologues, font que ce sont les pédicures spécialisées (anciennement pédicures médicales) qui réalisent souvent les soins des pieds en MR/S :

ça leur coûte plus cher un podologue. [...]pour les cas de diabétique, l'idéal, c'est vrai que ce serait un podologue qui vienne, mais malheureusement on est confrontés à devoir le faire aussi en faisant attention. (Péd1)

La perception du coût financier d'un podologue ne semble pas être un investissement efficient selon certains membres de l'équipe en MR/S, ce qui place la perception de l'utilité du podologue après d'autres préoccupations.

De point de vue de l'intérêt financier du podologue, les avis sont multiples. Un contrat de collaboration avec une MR/S est un élément qui va attirer un jeune diplômé à la recherche d'une stabilité financière. Mais pour les podologues qui viennent sur demande, il y a une plus grande incertitude financière sur le fait d'être payé. Cela peut conduire à un arrêt de travail dans la MR/S. Le podologue va aussi chercher une rentabilité globale dans son activité professionnelle, ce qui peut limiter les temps d'échanges avec le personnel. En effet, il va venir par exemple le matin et partir avant le temps de midi.

Le coût - En bref

Le coût d'un soin de podologie est cher pour les résidents et leur famille dans le contexte d'une MR/S. Cela amène les pédicures spécialisées à réaliser des soins en MR/S, y compris pour les résidents qui auraient besoin de l'expertise d'un podologue, leurs tarifs étant moins élevés.

Du point de vue du podologue, un contrat de collaboration avec une MR/S peut être une stabilité financière appréciable pour un jeune diplômé. Il va chercher une rentabilité financière globale avec ses autres activités, il ne restera pas durant le temps de pause de midi. Un podologue venant sur demande n'a que peu d'intérêt financier à se déplacer pour venir soigner un seul résident en MR/S. Le personnel d'une MR/S peut avoir de la difficulté à trouver un podologue pour une demande ponctuelle.

Et pour la question d'embaucher un podologue salarié, l'ajout d'un podologue dans une équipe est la dernière des préoccupations financières d'une MR/S.

3.5.2 Concurrence

Le podologue a un domaine d'expertise qui fait concurrence aux professions de pédicure spécialisés et de l'orthopédiste qui fait faire ses semelles par un bandagiste.

Tout d'abord, il y a une présence forte des pédicures spécialisés en MR/S. La plupart des personnes interviewées n'ont toujours vu que des pédicures spécialisés en maison de repos.

Les podologues qui viennent en MR/S réalisent en pratique le même travail que les pédicures spécialisés, ce qui déplaît à ceux-ci. Mais cela déplaît aussi aux podologues eux-mêmes. Comme cité ci-dessus, les podologues peuvent ressentir une frustration liée à la confusion des compétences et de l'identité entre pédicure spécialisé et podologue.

on nous prend très souvent pour des pédicure médicale [...] je ne dénigre absolument pas le travail des pédicure médical, mais [...] on n'a pas du tout la même formation (Pod2)

Cependant, le podologue a une expertise qu'il pourrait valoriser, en montrant des compétences différentes des pédicures spécialisées. En effet, le podologue doit faire face à des pédicures spécialisées de mieux en mieux formées, par exemple aux techniques d'orthonyxie (appareillage pour ongle) et d'orthoplastie (appareillage pour orteil). De plus, de manière générale, ce sont les pédicures spécialisés qui se déplacent plus facilement que les podologues.

Il serait possible d'intégrer un podologue au sein d'une activité de prévention de chutes. L'équipe composée d'ergothérapeutes et de kinésithérapeute est déjà en place dans les MR/S. Selon l'ergothérapeute, l'ajout d'un podologue serait bénéfique :

avec les kinés, on fait des des séances prévention des chutes [...]on fait aussi des séances théoriques où là c'est vraiment purement prévention, [...] je pense qu'on a un peu tous notre rôle là dedans (Erg2)

Mais actuellement, ce rôle d'analyse de marche et de conseil de chaussage revient actuellement aux kinésithérapeutes.

La réalisation de semelles faites par un podologue semble être un luxe qui ne fait pas partie des priorités. De plus, dans les rares cas de demande de semelles, le résident est envoyé chez un orthopédiste à l'extérieur, et non chez un podologue.

Cependant, les rdv extérieurs ont un coût financier et cela demande de l'énergie aux équipes :

prendre le trajet avec quelqu'un, ça va coûter des sous. Le fait d'aller là, ça va recoûter des sous. Le fait de payer le médecin, ça va coûter des sous. Revenir, reprendre un autre avis, voilà. Donc en général, les gens abandonnent même avant d'avoir commencé (Kin1)

La concurrence - En bref

La concurrence est forte pour un podologue en MR/S en Belgique.

Du côté des soins de podologie, les pédicures spécialisés semblent effectuer un travail similaire. Elles sont de mieux en mieux formées. De plus, elles sont plus nombreuses, plus présentes, et connues en MR/S que les podologues. Il y a un chevauchement de compétences, ce qui amène à une confusion de l'identité des deux métiers en MR/S. Cela déplaît aux podologues, mais aussi aux pédicures spécialisés qui souhaiteraient que le podologue agisse pour des soins ou appareillages plus complexes. Pour l'analyse de marche, la prévention des chutes et les conseils de chaussage, ces expertises reviennent principalement aux kinésithérapeutes, mais aussi aux ergothérapeutes. L'expertise d'un podologue pourrait ajouter une plus-value, selon les ergothérapeutes, c'est une opportunité.

Concernant la réalisation de semelles orthopédiques, il y a une faible demande. Cela se fait à l'extérieur chez un orthopédiste. Cette prise de rdv externe demande de l'énergie aux équipes. Les semelles sont perçues comme un luxe.

3.5.3 Locaux

L'espace consacré aux intervenants externes est perçu symboliquement comme l'importance de cette profession.

juste le fait du local [...] ça en dit long sur la place que ça prenait.(Erg1)

Ce thème émergent a souvent été mis en avant dans les différents entretiens. Un local adapté spécifique, comme un petit cabinet, pour les activités de podologie a souvent été proposé dans les pistes d'amélioration. Pourtant, certains lieux ont une pièce attitrée pour cela avec un point d'eau, comme dans la MR/S où travaille la pédicure spécialisée. De manière générale, un local prévu pour un podologue est perçu comme étant un moyen d'améliorer le travail collaboratif. En effet, la mauvaise ergonomie pour le podologue peut déjà être un frein aux soins de qualité. Le travail dans la chambre du résident, ou dans un local qui n'est pas adapté, peut conduire à l'arrêt d'une collaboration avec une maison de repos. De plus, cela peut éviter au podologue de perdre du temps à rechercher ses patients dans la MR/S.

Cependant, pour une collaboration efficace, il semblerait que ce local doive se situer proche des lieux de passage des soignants.

Les locaux - En bref

La mise à disposition d'un local spécifique aux soins de podologie est un élément important pour une collaboration interprofessionnelle efficace, pour des soins de qualité, pour une bonne ergonomie de travail, et pour un gain de temps. De plus, cela montre symboliquement sa place dans l'établissement. Un local peu adapté ou inexistant est un élément qui peut amener un podologue à un arrêt de contrat de collaboration.

Le choix du lieu du local est de préférence dans un lieu de passage des soignants. Un point d'eau dans le local est utile.

4. Discussion

Dans ce mémoire-recherche, nous avons réalisé des entretiens pour permettre de répondre à notre question de recherche qui est : *Comment favoriser la collaboration interprofessionnelle entre un podologue et le personnel d'une maison de repos et de soins (MR/S) ?* Cette question de recherche avait été divisée en trois objectifs pour cette étude :

- Définir quels sont les **soins de qualité** dans le contexte d'une CIP entre un podologue et le reste de l'équipe d'une MR/S
- Objectiver les **barrières et facilitateurs de la CIP** entre un podologue et le personnel de maison de repos
- Identifier les **stratégies** pour soutenir les facilitateurs et contrer les barrières à cette CIP

4.1 Barrières et facilitateurs de la CIP

De manière générale, nous nous trouvons dans une situation avec une certaine complexité. « *Si je devais synthétiser tout cela je dirais que c'est toujours un peu compliqué.* » (Pod6) Dans cette partie, nous allons synthétiser les résultats de notre recherche concernant les barrières et facilitateurs de la CIP entre un podologue et le personnel d'une MR/S. Nous mettrons en lumière ces résultats avec ceux de la littérature.

Une première difficulté dans ce mémoire est de pouvoir classer la collaboration entre les podologues et le personnel de MR/S dans une ces deux catégories. S'agit-il de collaboration interprofessionnelle ou inter-organisationnelle ? Le podologue n'est pas une institution à part entière, il exerce de manière indépendante. Mais il n'est pas non plus salarié de la MR/S. Dans la littérature, le terme « collaboration interprofessionnelle » est utilisé pour décrire la collaboration entre un médecin généraliste et une MR/S (Fleischmann et al., 2016) ainsi qu'entre un dentiste et une MR/S (Britton et al., 2016). C'est pourquoi nous avons utilisé ce terme pour décrire la relation de collaboration entre un podologue et le personnel d'une MR/S. La collaboration entre les podologues et les MR/S est très peu décrite dans la littérature. Probablement car il s'agit d'un métier jeune et qu'il n'est pas présent dans tous les pays.

Thèmes	Facilitateurs d'une CIP	Barrières d'une CIP
Finalité	Soins centrés sur le patient dans sa globalité (P, S)	
Allégeance	Motivation à travailler ensemble (P)	Charge de travail (P, S) Âgisme (S) Motivation uniquement liée aux résidents
Confiance	Visites périodiques (P)	Visite ponctuelle (P)
Connaissance mutuelle	Connaissance du podologue (S)	Méconnaissance du podologue (S)
Centralité		Pas de référent (S)
Leadership	Leadership bien défini (P, S)	Maintien ferme du leadership du podologue (P)
Expertise	Apprentissage en stage (P)	Pas de moteur à la CIP (P, S) Pas d'expérience de CIP en cours (P)
Connectivité	Visites périodiques (P) MR/S de petite taille (P) Démence d'un résident (S) Accessibilité du personnel (P)	Visite ponctuelle, manque de considération (P) Changement de personnel (P)
Existence d'entente	Personne centrale (référent) qui explique les habitudes (P)	Peu de protocole (P) Pas d'agenda central de rdv des intervenants externes (P) Absence du podologue aux réunions pluridisciplinaires (P)
Infrastructure d'information	Petite taille du bâtiment (P) Accessibilité du personnel (P) Multiples canaux de communication	Méconnaissance du podologue (compétences et remboursements) (S)
Coût	Contrat de collaboration (P)	Coût élevé du podologue Recherche d'équilibre financier global (P) Visite ponctuelle (P, S)
Concurrence		Présence forte des pédicures spécialisées, confusion des métiers (P) Faible demande de semelles (S)
Locaux	Local spécifique (P, S)	Local inadapté ou inexistant (P, S)

Figure 3 : Tableau synthétisant les barrières et facilitateurs de la CIP entre un podologue et le personnel d'une MR/S en Belgique, selon le point de vue du podologue (P), ou du soignant (S)

Pour commencer, les **buts communs** sont des éléments qui favorisent le travail ensemble. Le soin centré sur le résident, la prise en charge globale, la qualité des soins, et l'autonomisation du résident sont éléments qui favorisent la CIP.

La **charge de travail** du personnel soignant est souvent décrite comme étant une barrière à la CIP. Les podologues ne trouvent pas facilement des infirmiers à qui parler. Le manque de temps consacré par les infirmiers pour les personnes externes était déjà décrit pour les MG externes par Tsakitzidis et al. (Tsakitzidis et al., 2017). De plus, les soignants peuvent avoir l'impression que le podologue réalise trop rapidement les soins, ce qui provoque alors des erreurs et des blessures. Mais la conséquence d'une erreur, ou plaie provoquée lors du soin alourdit alors le travail des soignants qui doivent prendre en charge le changement de pansement, et parfois rectifier comme ils peuvent le soin. En effet, le podologue vient de manière périodique une demi-journée par semaine.

Bien que le **leadership** soit bien acté, avec un leadership du podologue lors de sa visite et un leadership des soignants le reste du temps, certains soignants peuvent parfois faire des remarques au podologue pour qu'il modifie son soin, probablement par peur qu'un geste ajoute une charge de travail pour les soignants par la suite. Mais le podologue ne voit pas cela d'un bon œil, car il voit un manque de confiance en ses compétences. Il refusera alors de changer sa pratique. Pour le podologue, on pourrait attribuer cela à une forme de lutte de pouvoir, comme le décrit Karam et al (2018) dans des relations de statut des professionnels d'organisations différentes. (Karam et al., 2018). Pourtant, un partage des connaissances entre le soignant externe et les soignants en MR/S pourrait améliorer la CIP, selon Britton et al. (Britton et al., 2016) ainsi que Fleischmann et al. (Fleischmann et al., 2016). Cela peut s'expliquer par une habitude de travailler en silo (Britton et al., 2016), ou par le fait que le podologue ait un statut d'indépendant qui lui donne la possibilité de décider seul (Tsakitzidis et al., 2017).

Les visites ponctuelles (sur demande) d'un podologue sont une barrière à la CIP. Par facilité, le podologue ne cherche pas ou peu à s'investir dans la MR/S, et va passer par la famille du résident ou par le résident lui-même pour obtenir des informations de santé. A l'inverse, un contrat de collaboration avec une **visite périodique** permet une amélioration des relations entre le podologue et le personnel d'une MR/S, une amélioration de la confiance, ce qui favorise la CIP. Les podologues en visite périodique interviewés par la mémorante dans le cadre de cette recherche viennent une demi-journée par semaine.

La **motivation** intrinsèque à la collaboration interprofessionnelle et au travail en MR/S est un point important dans l'implication du podologue en MR/S. Une motivation qui serait uniquement liée à un lien avec les résidents semble être un frein à la CIP. Une motivation plus large au travail en MR/S est un facilitateur. Cependant, la faible utilisation des compétences du podologue entrave sa motivation. Les relations avec les soignants ainsi que la gratitude des soignants envers le travail du podologue sont une motivation appréciée par le podologue. En effet, l'enthousiasme du personnel est décrit dans par Tsakitzidis et al (2017) comme étant bénéfique à la CIP (Tsakitzidis et al., 2017). C'est un point important car parmi les divers podologue interviewés, une partie mentionnait une décision ou une future décision d'arrêter leur pratique en MR/S. Cela rejoint l'étude de Fleischmann (2016) qui montre qu'un manque de CIP peut être un élément qui conduit à l'arrêt de la pratique en MR/S (Fleischmann et al., 2016).

La **centralité** est faible concernant l'encadrement des visites de podologie en MR/S. Cela est probablement lié au statut du podologue, qui travaille en tant qu'indépendant. Les podologues qui viennent de manière périodique bénéficient d'une organisation de la MR/S pour la prise de rendez-vous et pour la facturation. Mais la gouvernance ne va souvent pas au-delà de ces aspects pratiques. Dans une MR/S, la directrice a pris une position plus forte de gouvernance, en expliquant les modalités de fonctionnement au nouveau podologue, et en lui donnant les papiers de l'ancien podologue. Cela a donné satisfaction au podologue.

Même si le podologue peut avoir des idées pour favoriser une meilleure collaboration, cela reste au stade de l'idée, probablement à cause d'une **absence de soutien à l'innovation**. Nous pouvons nous poser la question si ce frein vient des études et stages, ou si cela vient de la structure de la MR/S et de sa gouvernance. Des étudiants ont vu en Erasmus des cours « pratiques » où les étudiants doivent réfléchir à un cas clinique en interprofessionnalité avec des étudiants d'autres sections. Ces expériences vécues semblent avoir été formatrices pour améliorer la CIP.

Les ergothérapeutes ainsi que les aides-soignants semblent être des **professionnels de santé** vers qui le podologue peut se tourner pour une bonne CIP. Les infirmiers sont pourtant considérés comme étant les professionnels habilités à communiquer avec le podologue. Cependant ils ont souvent une charge de travail importante. Les ergothérapeutes sont décrits comme étant accessibles par le podologue. De plus, dans leur formation, les compétences collaboratives sont mises en avant. L'ergothérapeute a conscience qu'il ne peut pas travailler seul. En outre, son statut de paramédical peut l'isoler, ce qui va le pousser à travailler avec

d'autres professionnels. Pour les aides-soignants, il semblerait que ce soient des professionnels qui aiment prendre le temps de discuter, de se connaître. En effet, dans l'étude qualitative de Tsakitzidis en 2017, les aides-soignants indiquaient que le fait de passer du temps de pause ensemble renforçait les liens et favorisaient ainsi la CIP. (Tsakitzidis et al., 2017). Les médecins généralistes n'ont pas eu d'interaction avec les podologues dans l'échantillon présenté. Ils sont également des indépendants qui viennent ponctuellement ou sur demande en MR/S. Mais cela serait à mettre en place car la pédicure spécialisée a signalé avoir déjà eu une lettre d'un médecin.

Le **type de patient** à prendre en charge a une incidence sur la CIP. En effet, un résident avec une démence sera plus difficile à prendre en charge pour le podologue s'il ne le connaît pas bien. La présence d'un membre de l'équipe soignant sera un repère pour le résident, et une aide pour que le podologue réalise le soin. Cela rejoint l'étude de Fleischmann qui indique qu'une infirmière disponible et qui répond aux attentes favorise également le lien avec les résidents (Fleischmann et al., 2016).

La **communication orale** est appréciée par les soignants, ils relient cela à un intérêt du podologue pour une prise en charge globale du résident. Le podologue aime quand le soignant prend des notes écrites lors d'une communication orale, cela le rassure pour la continuité des soins. La petite taille du bâtiment ainsi que son architecture va favoriser la connectivité entre les divers professionnels de santé, la communication orale, et ainsi la CIP. La communication orale est utilisée avant le soin de podologie pour transmettre des informations actualisées concernant l'état de santé du résident, elle est complémentaire aux informations écrites.

La **communication écrite** est également appréciée. Il y a tout d'abord un aspect pratique à cette communication écrite pour la liste des résidents. Cette liste peut aussi être affichée dans les couloirs, ce qui permet une communication non seulement aux professionnels mais ce qui permet d'impliquer également les résidents. La communication écrite est utilisée pour la précision concernant la transmission d'information de santé des soignants au podologue. De plus, le podologue transmet par écrit la liste des patients soignés, dans un but de facturation mais aussi de continuité des soins. La communication écrite, sans excès de papier, est un facilitateur à la CIP, comme l'indique également l'étude de Fleischmann (Fleischmann et al., 2016).

Il peut y avoir un **manquement de communication**, par exemple au sujet de la pose d'un pansement. Il est difficile d'établir si la cause vient d'un oubli du podologue, ou d'un oubli

lors d'une transmission au moment d'un changement d'équipe, ou d'une absence de mise en place de procédure dans le roulement des soins. Il peut également y avoir un manque de communication au sujet des informations de santé du patients. Cela peut amener à une baisse de qualité des soins, car le podologue va alors être amené à soigner le résident sans avoir connaissances d'informations essentielles à sa pratiques. Et cela peut être risqué pour le podologue lui-même. Certains podologues trouvent qu'il est compliqué d'avoir accès aux informations de santé du résident. Pourtant, il ne semble pas y avoir de barrière du côté des soignants. Une première piste serait de systématiser la transmission d'informations, avec la mise en place d'un protocole clair. En effet, il n'y a que très peu d'**existence d'ententes ou de procédures** mises en place. La transmission d'une liste écrite devrait être systématisée en fin de soin par le podologue, ou via un carnet de communication comme cela se fait dans certaines MR/S. De plus, pour une communication orale efficient, l'utilisation d'une procédure comme le SAED (situation , antécédent, évaluation, demande) permet de prévenir les événements indésirables liés à une erreur de compréhension lors de la communication orale entre les professionnels de santé (HAS, 2014). L'outil SAED est disponible dans l'annexe 3 de ce mémoire. Cela rejoint également l'étude de Karam et al (2018) qui montre que dans une forme de collaboration entre différentes organisations, un besoin de clarification des procédures ainsi que des modalités de communication est important (Karam et al., 2018). Pour continuer sur le sujet de l'existence d'ententes, il n'y a pas d'agenda central qui reprend les différents rendez-vous médicaux des soignants externes, ce qui peut amener à des doublons. Cette problématique **organisationnelle** peut rejoindre l'étude de Fleischmann sur les MG qui arrivent pour soigner un résident absent car hospitalisé (Fleischmann et al., 2016).

L'utilisation des **outils informatiques** est un point noir de la communication. Malgré le fait que plusieurs soignants pensent qu'il serait bénéfique que le podologue ait accès aux outils informatiques, le podologue n'y a pas accès. Pour certains, c'est parce que le podologue ne pense pas à le demander. Mais pour d'autres podologues, malgré une demande, l'accès leur est refusé sans explication. Voici nos hypothèses concernant ce refus. Le statut de podologue étant particulier, cela demanderait du temps pour programmer un accès spécifique, et de réfléchir à quels accès il aurait droit. Il pourrait aussi y avoir une crainte sur le secret médical d'un soignant externe, bien qu'il soit tenu au secret médical comme les autres. Cela rejoint les résultats de l'étude de Fleischmann qui indique que les MG ont des difficultés à avoir accès aux logiciels des résidents (Fleischmann et al., 2016).

Le podologue cherche une rentabilité globale au niveau de ses activités. Une visite une demi-journée par semaine est un mode de fonctionnement qui satisfait l'**intérêt financier** et organisationnel du podologue. Le podologue n'est alors pas présent dans la MR/S lors des temps de midi, ni lors des réunions pluridisciplinaires. La présence des podologues dans les **réunions pluridisciplinaires** pourrait être bénéfique pour une CIP, mais en pratique cela ne se fait pas. Nous pouvons attribuer cela aux horaires des podologues, mais aussi au fait qu'ils ne soient pas salariés de la MR/S. Le podologue n'est pas payé durant ce temps de réunion. Pourtant, plusieurs podologue seraient demandeurs d'y participer. Ce statut d'indépendant externe fait qu'ils ne vont pas être automatiquement invités à y participer. De plus, le manque d'habitude de ces réunions, et la formation du podologue peuvent expliquer un frein à la demande de participer à ces réunions. Selon notre revue de la littérature, les intervenants externes étaient également demandeurs de planification de réunions multi-professionnelles où chaque tâche est attribuée à une discipline, et où toutes les professions sont représentées (Tsakitzidis et al., 2017).

La **connaissance des compétences d'un podologue** varie fortement entre un soignant et un autre. Les soignants sont demandeurs d'avoir plus d'informations au sujet des compétences du podologue, de ses tarifs, et des remboursements possibles. Le podologue pourrait par exemple faire une brochure pour expliquer cela. La clarification du rôle professionnel est un élément mis en avant par l'étude de Karam et al (2018) qui aborde la collaboration inter-organisationnelle. De plus, l'étude de Tsakitzidis et al (2017) indique également que le manque de connaissance des compétences de l'autre est une barrière à la CIP (Tsakitzidis et al., 2017). Les infirmiers et ergothérapeutes semblent avoir une très bonne connaissance du métier de podologue. Notons qu'il pourrait y avoir un biais de sélection des participants, car les répondants qui ont accepté l'interview connaissaient à l'avance la question de recherche. Le kinésithérapeute semble avoir très peu de connaissance du podologue. Cela peut être lié au kinésithérapeute interviewé, diplômé avant la mise en place d'une formation de podologie en Belgique. Pourtant, le podologue a l'impression que ses compétences ne sont pas bien connues, ce qui fait qu'il **se dévalorise**, et réalise des actes d'une faible complexité. Ces actes sont alors semblables à ceux des pédicures spécialisées, ce qui crée encore plus de confusion entre les deux métiers. Pourtant, le podologue est plus formé, donc plus cher. Mais en réalisant des soins simples, il y a aussi le risque qu'il n'apporte pas de valeur supplémentaire en comparaison avec les pédicures spécialisés. Voici quelques hypothèses concernant le mécanisme de dévalorisation du podologue par lui-même :

- lors des stages dans la formation du podologue, celui-ci est amené à soigner des résidents en MR/S. Il s'agit uniquement de soins de podologie ;
- il n'y a pas de support à l'innovation, ni du côté du podologue, ni du côté des MR/S ;
- le podologue perçoit souvent un manque de connaissance de ses compétences.

Le podologue est en demande pour réaliser un travail plus complexe et plus stimulant intellectuellement. La mise en avant de ses compétences, et la prise d'un leadership lui permettraient de réaliser des soins plus complexes, et ainsi de se différencier des **pédicures spécialisés**. Ceux-ci sont également en demande d'une meilleure distinction entre les pratiques, et que le podologue soigne les résidents aux besoins plus complexes. Un arrêté royal devrait voir le jour dans les années à venir pour distinguer les pratiques. Actuellement, il arrive aux pédicures spécialisés sous contrat en MR/S de s'occuper des soins plus complexes car ils sont présents et qu'ils coûtent moins cher aux résidents. Les pédicures spécialisés sont actuellement nombreux et très présents dans les MR/S. Le nombre de podologues diplômés n'est pas élevé, et il pourrait y avoir un manque de podologue dans certaines régions de Belgique. Cela peut amener les pédicures spécialisés à réaliser certains actes de podologie. Nous pouvons mettre cela en lien avec l'étude de Karam et al (2018) qui montre que la rareté des professionnels de santé, ainsi que la proximité géographique ont une influence dans la collaboration. Particulièrement avec des professions qui ont un domaine d'expertise similaire (Karam et al., 2018). En fonction des entretiens réalisés, les podologues avec un contrat se situent à Bruxelles et non en Wallonie. (voir Annexe 2)

Une grande part de la formation du podologue est l'**analyse biomécanique** (analyse de la posture, de la marche, et de la mobilité des patients). Des cours de gériatrie sont au programme du cursus, avec une connaissance théorique d'évaluation du risque de chute. Cependant, il n'y a pas d'application pratique lors des stages du futur podologue en maison de repos. Cela le conditionne probablement à ne pas imaginer la possibilité de mettre en place des examens biomécaniques. De plus, une **perception âgiste** ne favorise pas la mise en place de semelles fonctionnelles : certaines personnes pourraient se demander : à quoi cela sert-il de dépenser un budget important pour une personne âgée en fin de vie qui marche peu ? Le coût d'une MR/S étant assez élevée, ce n'est souvent pas une priorité. Si le résident doit aller à l'extérieur pour avoir des semelles chez un orthopédiste, les démarches sont longues et coûteuses, mais le patient est en partie remboursé. Il pourrait y avoir une opportunité pour le podologue qui vient déjà en MR/S de proposer également un service d'analyse biomécanique, car il est déjà sur place. Une réflexion peut être mise en place pour imaginer une consultation

qui demande moins de ressources, pour un coût moins élevé, et aussi pour l'adaptation de l'examen biomécanique actuel du podologue, qui est très technique. L'ajout d'un podologue en MR/S a montré des bénéfices concernant le risque de chute comme le montre l'étude de Wylie et al. (Wylie et al., 2019). Voici une idée de fonctionnement pour l'examen biomécanique (HAS, 2020) :

- test d'évaluation du risque de chute : test de Tinneti, test d'appui unipodal ;
- examen de la chaussure ;
- examen de l'état cutané.

Un examen biomécanique plus court que celui réalisé en cabinet, dans un local mis à disposition permettra au podologue de proposer des **semelles avec un tarif préférentiel** pour les résidents. De plus, l'anamnèse sera plus courte qu'en cabinet car le podologue connaîtra déjà les antécédents médicaux des résidents qu'il voit régulièrement pour des soins. Dans les cas où l'analyse montrerait qu'un changement de chaussure serait nécessaire, il serait intéressant que le podologue participe au choix des nouvelles chaussures. Tout cela permettrait une amélioration de la qualité de vie des résidents, une diminution du coût sociétal lié au risque de chute, et une valorisation des compétences du podologue qui se sentira plus impliqué dans la MR/S. Il faudra cependant garder à l'esprit que plusieurs tests pour l'évaluation du risque de chute ont déjà été réalisés par les kinésithérapeutes, qui peuvent voir dans le podologue un concurrent s'il prend cette place d'analyse du risque de chute et de conseil de chaussage. Cela rejoint l'étude de Kram et al (2018) sur le fait que le sentiment de menace sur la perte de territoire professionnel, ainsi que le manque de connaissance sur les compétences de l'autre sont des barrières à la collaboration (Karam et al., 2018). De plus, malgré un tarif réduit, cela pourrait rester cher pour un résident avec peu de moyens.

Le **local** dédié à la podologie est le dernier thème émergeant de nos résultats. Il est intéressant d'y voir également une symbolique sur la place accordée au podologue en MR/S. Ce local serait idéalement situé sur un lieu de passage des soignants, et équipé d'un point d'eau. Cela implique pour les soignants d'organiser une liste de passage des résidents. Cela améliorerait l'ergonomie du podologue, lui permettant un gain de temps. Avec ces aménagements, nous pouvons espérer une meilleure qualité des soins pour les résidents. Cet aspect avait déjà été décrit dans la littérature, dans une étude qui portait sur des dentistes en MR/S. Cette étude de Britton et al (2016) indique que l'environnement et le matériel ne sont pas adéquats à la pratique des soins techniques (Britton et al., 2016). On peut y voir un parallèle avec les soins de podologie qui demandent également du matériel technique.

Un changement au niveau de la **formation** pourrait déjà s'appliquer. En effet, en tant que formateur d'étudiants, la mémorante a pu constater que l'image donnée est souvent plus marquante que le contenu transmis. La manière d'encadrer les stages de podologie en MR/S est un point essentiel sur lequel les écoles peuvent innover pour commencer une amélioration des conditions de travail d'un podologue en MR/S. L'avantage d'une innovation qui commence par les écoles est le faible coût de la prise en charge des patients avec des semelles. Un article de Kelly et al. (2023) met en avant que les professionnels de santé sont souvent formés isolément, mais qu'une nouvelle manière de les former est un levier qui permettrait une amélioration de la qualité des soins. Les étudiants de plusieurs domaines de santé avaient leur stage sur les mêmes horaires dans une MR/S. Cela a montré des bénéfices sur la motivation des étudiants, l'épanouissement et la santé des résidents, avec une approche globale de la santé des résidents. De plus, cela a permis d'enrichir la communication interprofessionnelle des étudiants (Kelly, S., Stephens, M., Clark, A., Chesterton, L., & Hubbard, 2023).

Bien que, selon la description du SPF Santé Publique, la **promotion de la santé**, fait partie des compétences du podologue (SPF Santé Publique, 2019), le podologue n'a pas l'habitude de réaliser ces séances. Il donne des conseils de promotions de la santé durant la consultation, soit directement au patient, soit via les infirmiers. Certains podologues auraient pourtant l'idée de proposer des séances d'informations pour le personnel soignant, ou des séances de promotions de la santé pour les résidents avec divers thématiques comme l'hygiène des pieds ou le chaussage. Il n'y a pas d'incitant au développement de pratiques innovantes, ni du côté des MR/S, ni du podologue. C'est pourquoi mettre cela en place durant la formation est une idée à creuser. Nous avons également découvert que l'ergothérapeute semble être un partenaire idéal pour la mise en place de projets inédits impliquant le podologue. En effet il recherche l'autonomie des résidents, et se montre motivé pour collaborer si cela lui permet d'atteindre ce but.

La question du **coût** du soin de podologie, ou de semelles de podologie est une barrière à un travail collaboratif. En effet, la facture mensuelle d'une MR/S est souvent considérée comme trop élevée par le résident et sa famille. La famille ne va pas chercher à réaliser à des soins supplémentaires non-remboursés. Le podologue va alors rendre visite au résident seulement pour l'acte de soin, mais ne va pas venir réaliser d'autre acte comme le renouvellement d'un pansement. En effet, le podologue, comme les autres professionnels de santé externes, va chercher un bénéfice économique global et un équilibre avec la gestion de son cabinet

(Fleischmann et al., 2016). De plus, la réalisation de semelles fonctionnelles, qui pourrait améliorer la stabilité d'une personne âgée, a un coût élevé. Il n'y a pas d'incitant financier pour qu'un podologue réalise plus d'actes dans une MR/S. Cela rejoint d'étude de Karam et al. (2018), ainsi que celle de Britton et al.(2016) qui décrivent le manque de remboursement comme une barrière à la CIP (Karam et al., 2018) (Fleischmann et al., 2016).

De manière générale, nous pouvons dire que nos résultats ont une bonne validité externe car ils rejoignent les résultats des autres études, mais en apportant des nouveaux éléments liés à la spécificité de la podologie. Cependant, voici **les points soulevés par la littérature qui n'ont pas été retrouvés dans notre étude :**

L'implication de la famille favorise la CIP (Britton et al., 2016). Ici, au contraire, cela semble être un frein. Le podologue qui vient sur une demande ponctuelle va se tourner vers la famille du résident pour obtenir les informations de santé, et ne va alors pas se tourner vers le personnel. L'interaction avec le personnel ne sera pas perçue comme nécessaire pour son travail.

L'importance d'avoir des tenues professionnelles distinctes pour que le podologue puisse différencier les fonctions des soignants n'a pas été mis en avant (Tsakitzidis et al., 2017). Cela ne semble pas être un frein pour l'approche de professionnels de santé par le podologue, qui va privilégier souvent une communication avec la première personne qu'il rencontre.

L'influence du choix du mode de visite et de l'heure de visite des MG, selon les infirmiers (Tsakitzidis et al., 2017). Il n'y a pas eu de mention de ce type par les membres de l'équipe soignante. Mais la saturation des données n'ayant pas été atteinte, cela pourrait être un élément pertinent.

4.2 Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude a plusieurs forces : tout d'abord, les personnes interviewées avaient des expériences variées et avis variés. Une seconde force de cette étude est la multitude de professions de santé en MR/S qui ont pu être interviewés, malgré un échantillon réduit : kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmier, aide-soignant, pédicure spécialisé.

Au niveau du **biais de sélection**, il y a d'abord la problématique de sélection des podologues. En effet, les podologues interviewés ont un profil similaire : ils ont obtenu leur diplôme entre 2016 et 2020, et la moitié d'entre eux travaille à Bruxelles. La profession de podologie étant

jeune, il est difficile de savoir si cela est représentatif de la population de podologue travaillant en MR/S. Plusieurs podologues commencent un travail en MR/S au lancement de leur cabinet pour la stabilité financière : il est donc possible que les podologues en MR/S soient jeunes et qu'il y ait un roulement important. De plus, nous connaissons personnellement les podologues interviewés. L'idéalement, nous aurions dû interviewer un échantillon de podologues plus large. Enfin, les podologues que nous avons rencontrés souhaitaient s'exprimer sur le sujet et se sentent concernés par cette problématique.

Les professionnels de santé interviewés peuvent présenter également un biais de sélection. En effet, la question de recherche était connue au moment du recrutement. Les participants d'une méthode qualitative doivent avoir quelque chose à dire sur le sujet (Aujoulat, 2020). Il est possible que l'absence de participants en tant que médecin généraliste soit lié au fait qu'eux ne se sentent pas concernés par ce sujet de recherche. En effet, ils ne croisent pas les podologues en maison de repos, et ont peu d'interaction avec eux. Cela pourrait indiquer une absence de CIP entre un podologue et un MG. La participation aux interviews était principalement liée à l'intérêt pour la recherche, ce qui fait que certains professionnels de santé ont plus facilement répondu. Les ergothérapeutes sont sensibles à cette thématique, il s'agirait d'un acteur à privilégier pour améliorer la CIP. Il n'y a par contre pas eu de réponse d'infirmier chef, ni de membre de la direction d'une MR/S.

Un **biais d'information** peut avoir lieu lorsque la mémorante, podologue de profession, interviewe des professionnels de santé autres que les podologues : il s'agit d'un biais induit par l'interviewer. Il s'agit de la problématique de polarisation qui montre que lorsqu'une personne tient des propos différents, il a le sentiment d'être l'ennemi d'un groupe. Il est alors difficile pour le répondant de tenir des propos qu'il pourrait considérer comme étant à l'encontre de la pratique de la podologie en MR/S (Lorant, Nicaise, Stordeur, & Garin, 2021).

Le choix du modèle de D'Amour peut induire un biais dans l'analyse, car il s'agit d'un modèle utilisé pour la première ligne de soin. Cependant, nous avons laissé la possibilité d'avoir des thèmes émergents pour contrer cela, dans une démarche constructiviste.

L'analyse qualitative de ce mémoire est influencée par le regard de la mémorante qui est elle-même podologue et enseignante en podologie.

Dans la méthodologie de recherche, il n'y a pas eu de prise en compte de l'avis du résident lui-même ou de sa famille. Nous pourrions ouvrir cette étude en prenant en compte l'avis du

résident. Cela aurait pu montrer comment la CIP a une influence sur la continuité des soins en MR/S, et quelles sont les barrières à la CIP du point de vue du résident et de sa famille.

4.3. Stratégies

Nos résultats ont montré que l'échange d'information n'était qu'une partie de la réponse à une amélioration de la CIP. De multiples autres facteurs ont leur importance.

Ces stratégies sont des stratégies de type Bottom Up, c'est-à-dire que ce sont les acteurs de terrains qui peuvent faire évoluer les pratiques. Cela a l'avantage qu'une fois que les décisions sont prises et l'habitude prise, les directeurs de maison de repos ainsi que les politiques de santé peuvent s'adapter à ces nouvelles pratiques (Lorant et al., 2021). Nous pouvons espérer qu'une plus grande utilisation des actes en podologie favorisera à long terme un meilleur remboursement. Le pouvoir est alors négocié.

En effet, il ne semble pas y avoir d'urgence politique dans la volonté de redéfinir les pratiques du podologue face à la concurrence. Selon le modèle de Kingdom, une fenêtre politique pour un changement se produit quand trois éléments convergent : *problem* (problème), *policy* (solution), *politic* (volonté politique) (Lorant et al., 2021). Nous n'avons pas ici de volonté politique. Pour influencer l'agenda politique, plusieurs éléments peuvent influencer, comme la diffusion d'une recherche, un plaidoyer politique (par exemple avec une association de podologie), une crise, un changement gouvernemental, et l'implication des médias.

L'implémentation de ces recommandations est dynamique. Selon le modèle EPIS qui décrit les implémentations des politiques de santé, il y a un premier temps d'*exploration*. Cela comprend, entre autre, ce mémoire. Puis, un temps de *préparation*, avec une prévision quant à la faisabilité technique, et à l'intention d'être utilisé. Durant la phase d'*implémentation active*, une observation du coût financier, humain et en termes d'espace (local) sera analysée. La dernière phase est la phase de *maintien*, qui va observer si la recommandation était cout-efficace. Après cela, il y a la possibilité d'adapter les recommandations en passant à nouveau par ces quatre phases (Lorant et al., 2021).

Recommandations pour le podologue :

Nous avons souhaité mettre les recommandations sous forme de l'acronyme CIP POD pour la des recommandations pratiques destinées à améliorer la CIP (collaboration interprofessionnelle) des PODologues.



Figure 4 : Recommandations pour le podologue, pour faciliter la CIP avec le personnel d'une MR/S

L'outil de structuration de la communication orale entre professionnels de santé SAED (situation, antécédents, évaluation, demande) se situe en Annexe 3 de ce Mémoire.

Une ouverture des actes du podologue à une liste plus élargie des actes peut être une réponse à une amélioration de la CIP en MR/S.

Si la mise en place d'un contrat de collaboration n'est pas possible, alors nous recommandons au podologue de laisser ses coordonnées à un nombre limité de MR/S, en précisant :

- ses actes, ainsi que les pathologies qu'il prend en charge ;
- ses tarifs, et les remboursements possibles ;
- ses contraintes horaires.

Selon une analyse politique de l'ergothérapeute comme acteur dans le processus de mise en place d'activités pluridisciplinaires impliquant le podologue, nous pouvons considérer que l'ergothérapeute est un acteur dominant. En effet, il combine les critères d'influence, d'intérêt, et de légitimité (Lorant et al., 2021). L'ergothérapeute a de l'influence dans une MR/S car il est salarié et sa fonction transversale l'amène à côtoyer tous les résidents ainsi qu'à travailler avec tous les métiers. Son intérêt est présent, car il a pour but d'améliorer l'autonomie du résident. De plus, il a une forme de légitimité pour mettre en place des activités communes car il est un paramédical, comme le podologue.

Recommandations pour l'enseignement en podologie

Pour favoriser les relations interpersonnelles entre les étudiants en podologie et les MR/S, nous recommandons que les stages aient lieu sur une journée complète sur la semaine (au lieu d'une demi-journée comme pratiqué actuellement). De préférence, cette journée sera celle où ont lieu les réunions interdisciplinaires des équipes de la MR/S, afin de favoriser une approche globale de la santé des résidents par les étudiants en podologie.

Pour favoriser une innovation des pratiques de podologie en MR/S, nous recommandons aux responsables des stages en podologie une ouverture des pratiques en stage : évaluation de la marche, activités de promotion de la santé, semelles. Le contexte de stage est propice à des innovations car les contraintes de coût et de ressources humaines sont différentes d'une pratique libérale. Cela vise également à long terme une évolution de l'image du podologue en MR/S face à la concurrence.

Afin de promouvoir un enseignement des pratiques collaboratives, nous recommandons aux Hautes Ecoles la mise en place de stages avec plusieurs étudiants de cursus différents sur un même lieu de stage, au même moment. Cela peut commencer par un projet à petite échelle en MR/S avec un étudiant en podologie, un étudiant en kinésithérapie, un étudiant en ergothérapie, un étudiant en science infirmières, et un étudiant en logopédie par exemple.

Cette recommandation s'appuie sur l'étude de Kelly et al (2023) (Kelly, S., Stephens, M., Clark, A., Chesterton, L., & Hubbard, 2023).

Et finalement, nous recommandons aux responsables de stage ainsi qu'aux chefs de département de podologie, de soutenir les maîtres de stage dans le but de favoriser l'innovation de pratiques collaboratives,

Recommandations pour la recherche

Afin de mieux comprendre les divers enjeux liés à la CIP d'un podologue en MR/S, nous recommandons les recherches suivantes :

- analyse qualitative et quantitative de l'impact de l'âgisme sur les soins à long terme en MR/S ;
- analyse qualitative sur les perceptions du métier de podologue en Belgique par les autres professionnels de la santé ;
- analyse du rôle du podologue dans la promotion de santé d'une population.

5. Conclusion

Face à une concurrence forte, et avec une motivation moyenne du travail en maison de repos, il devient urgent pour le podologue de réinventer son travail en MR/S pour mettre à profit ses compétences et ainsi favoriser une prise en charge globale du résident. Du côté du podologue, cela passe par une meilleure communication, une ouverture de ses pratiques, des temps de « papote » avec les soignants en MR/S, une information sur ses pratiques, et une formulation de ses demandes auprès de la MR/S. Il favorisera également un contrat de collaboration. Du côté des MR/S, plusieurs éléments peuvent favoriser une meilleure CIP, comme un accueil d'un nouveau podologue dans l'équipe, la mise en place d'un référent à la collaboration avec un podologue. Des éléments pratiques tels que la mise à jour d'un listing des podologues ainsi que la mise à disposition d'un local favorise une CIP. Les responsables de stage en podologie en MR/S ont également une place primordiale dans l'évolution des pratiques.

Bien que ces résultats soient applicables au contexte de la pratique de la podologie en Belgique, cela pourrait également s'appliquer, de manière adaptée, au contexte d'autres pays, ainsi qu'à d'autres paramédicaux qui ont une place « d'externe » en MR/S.

Bibliographie

- Aujoulat, I. (2020). *WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives en Santé Publique* (UCL). Bruxelles.
- AVIQ. (n.d.). Hébergement des aînés. Retrieved from <https://www.aviq.be/fr/hebergement/aines>
- Britton, K. F., Durey, A., O’Grady, M. J., & Slack-Smith, L. M. (2016). Does residential aged care need dental professionals? A qualitative study on dental professionals’ perceptions in Australia. *Gerodontology*, 33(4), 554–561. <https://doi.org/10.1111/ger.12209>
- D’Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 1–14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- D’Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(SUPPL. 1), 8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- D’Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L’action collective au sein d’équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Sante*, 17(3), 59–92. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1468>
- Dahlke, S., Hunter, K. F., Reshef Kalogirou, M., Negrin, K., Fox, M., & Wagg, A. (2020). Perspectives about Interprofessional Collaboration and Patient-Centred Care. *Canadian Journal on Aging*, 39(3), 443–455. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000539>
- Fleischmann, N., Tetzlaff, B., Werle, J., Geister, C., Scherer, M., Weyerer, S., ... Mueller, C. A. (2016). Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Family Practice*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0522-z>
- Gage, H., Dickinson, A., Victor, C., Williams, P., Cheynel, J., Davies, S. L., ... Goodman, C. (2012). Integrated working between residential care homes and primary care: A survey of care homes in England. *BMC Geriatrics*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-71>
- HAS. (2014). Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé.

- Retrieved April 21, 2023, from https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
- HAS. (2020). Fiche : Pour le médecin de premier recours : le patient à risque de chute – évaluations et traitements podologiques. Retrieved April 21, 2023, from https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3222474
- Hurley, L., O’Donnell, M., O’Caoimh, R., & Dinneen, S. F. (2017). Investigating the management of diabetes in nursing homes using a mixed methods approach. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *127*, 156–162. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.010>
- INAMI. (2017). Soins dans les MRPA, MRS et CSJ. Retrieved from <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/mrpa-mrs-csj-soins.aspx>
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, *79*(December 2016), 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- Kelly, S., Stephens, M., Clark, A., Chesterton, L., & Hubbard, L. (2023). “Not the last resort”: The impact of an interprofessional training care home initiative on students, staff, and residents. *Journal of Interprofessional Care*, (Advance online publication), 1–9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2168258>
- Lorant, V., Nicaise, P., Stordeur, S., & Garin, H. (2021). *WFSP2230 : Politique de santé. Faculté de Santé Publique, UCL.*
- Moniteur Belge. (1990). Arrêté Royal portant fixation de la liste des prestations techniques de l’art infirmier et des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l’art infirmier [...], 14684. Retrieved from <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6095/2.html>
- Moniteur Belge. (2016). Arrêté royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l’exercice de la profession de podologue [...], (7 mars).
- SPF Santé Publique. (2018). *Avis de la Commission Technique des Professions*

Paramédicales concernant le podologue et le pédicure spécialisé.

SPF Santé Publique. (2019). Podologue. Retrieved from <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/professions-paramedicales/podologue>

Tsakitzidis, G., Anthierens, S., Timmermans, O., Truijen, S., Meulemans, H., & Van Royen, P. (2017). Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care! *Primary Health Care Research and Development*, 18(6), 591–602. <https://doi.org/10.1017/S146342361700024X>

WHO. (2022). Vieillesse et santé. Retrieved November 2, 2022, from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Wylie, G., Torrens, C., Campbell, P., Frost, H., Gordon, A. L., Menz, H. B., ... Morris, J. (2019). Podiatry interventions to prevent falls in older people: A systematic review and meta-Analysis. *Age and Ageing*, 48(3), 327–336. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy189>

Annexes

Annexe 1 : Guides d'entretien

Je m'appelle Anne-Laure Plaza, podologue et mémorante à la Faculté de Santé Publique de Louvain (UCL). Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la collaboration interprofessionnelle entre un podologue et le personnel d'une maison de repos en Belgique. Pour cela, je réalise des entretiens avec des podologue ayant déjà soigné au moins un patient en MR/S en Belgique francophone/ des soignants en MR/S en Belgique.

Le but est de comprendre les barrières et facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle entre un podologue et le personnel d'une MR/S.

Si vous êtes d'accord, je vous poserai quelques questions pour qu'on en discute durant 20 minutes environ. Je vais aussi vous demander de pouvoir enregistrer notre discussion. Ceci ne servira que comme aide-mémoire pour moi et ne sera pas diffusé. À tout moment, vous pouvez demander d'interrompre l'enregistrement. J'effacerai cet entretien dès que mon mémoire sera fini. Lors du rapport, aucune information vous concernant ne permettra de vous identifier. Votre anonymat sera protégé. Madame Van Durme est la promotrice de cette recherche.

Avez-vous des questions au sujet de cette recherche ?

Guide pour les podologue	Guide pour les soignants en MR/S
En quelle année avez-vous été diplômé ? Quelle formation avez-vous reçue au sujet de la collaboration avec les autres professionnels? (expertise)	En quelle année avez-vous été diplômé ? Quelle formation avez-vous reçue au sujet de la collaboration avec les autres professionnels? (expertise)
Pouvez-vous me décrire le/les lieux dans lequel vous soignez des patients en maison de repos. Comment est-ce organisé pour les soins de podologie ? Qui sont les référents (centralité) ? Qui prend les rendez-vous ? A quelle fréquence se font les visites ? Le paiement se fait-il à l'acte ?	Pouvez-vous me décrire le/les lieux dans lequel vous soignez des patients en maison de repos. Comment est-ce organisé pour les soins aux pieds des patients ? Qui sont les référents (centralité) ? Qui prend les rendez-vous ? A quelle fréquence se font les visites ?
Comment vous sentez-vous intégré à l'équipe (connaissance mutuelle et connectivité) ? Quelle confiance accordez-vous à l'équipe ?	Qui sont les personnes qui viennent s'occuper des pieds des patients (connaissance mutuelle) ? Quels sont leurs diplômes ? Quelle confiance leur accordez-vous ? Avez-vous l'impression qu'ils fassent partie de

	l'équipe (connectivité) ?
En maison de repos, quels actes réalisez-vous ? Et comment se passe habituellement votre travail dans le home?	Comment se passent habituellement les soins de pieds des patients ? Comment cela se passe-t-il quand un patient a besoin de semelles ?
Quels sont les outils et les procédures mis en place pour obtenir des informations – par exemple pour connaître le bilan médical du patient ? Et de quelle manière transmettez-vous les informations en fin de soin ? (infrastructure d'information et existence d'entente)	Quels sont les outils et les procédures mis en place pour donner des informations – par exemple pour faire connaître le bilan médical du patient ? Et de quelle manière recevez-vous les informations du podologue ? (infrastructure d'information et existence d'entente)
De quelle manière se prennent les décisions de soin sur du court terme et long terme ? (leadership) ? Comment évalueriez-vous l'adéquation entre vos objectifs de soin et ceux de l'équipe soignante (finalités) ?	De quelle manière se prennent les décisions de soin sur du court terme et long terme ? (leadership) ? Comment évalueriez-vous l'adéquation entre vos objectifs de soin et ceux de du podologue (finalités) ?
Quels autres éléments ont selon vous une influence sur votre pratique en MR/S ? (allégeance) ?	Quels autres éléments ont une influence sur la manière dont vous travaillez avec un podologue en MR/S ? (allégeance) ?
Qu'est-ce qui vous motive à travailler en MR/S ? Quels sont les points de tension éventuels ?	De manière générale, qu'est-ce qui vous motive à collaborer en MR/S ? Quels sont les points de tension éventuels ?
Avez-vous des pistes d'amélioration pour une meilleure collaboration entre podologue et MR/S ?	

Annexe 2 : Caractéristiques des participants

Voici les caractéristiques de podologues interviewés :

Date interview	Nom	diplômé	autre formation	type visite	payement	facturation	durée interview	lieu MR/S
06-01-23	pod1	2020	Communication	1/2 jour par semaine	à l'acte	via MR/S	0:17:41	Bruxelles
09-01-23	pod2	2020		1/2 jour par semaine	à l'acte	via MR/S	0:14:18	Bruxelles
10-01-23	pod3	2020		1/2 jour par semaine	à l'acte	via MR/S	0:10:55	Bruxelles
13-01-23	pod4	2020		1/2 jour par semaine	à l'acte	via MR/S	0:18:18	Bruxelles
14-01-23	pod5	2018		sur demande	à l'acte	via la famille	0:08:21	Luxembourg
17-01-23	pod6	2019		sur demande	à l'acte	via famille ou MR/S	0:15:01	Luxembourg
20-01-23	pod7	2016		sur demande, 1 seul patient	à l'acte	via famille	0:08:48	Luxembourg
22-01-23	pod8	2020	master en santé publique	sur demande	à l'acte	via famille	0:14:04	Bruxelles

total	1:47:26
-------	---------

Voici les caractéristiques de travailleurs en MR/S :

Date interview	Nom	diplômé	formation	Autre formation	Soin des pieds en MR/S	durée interview	lieu MR/S
17-01-23	inf1	2000	infirmier		pédicure médicale	0:14:23	Namur
27-01-23	erg1	2016	ergothérapeute		pédicure médicale	0:14:50	Bruxelles
28-01-23	erg2	2021	ergothérapeute		pédicure médicale	0:11:46	Bruxelles
31-01-23	péd1	2019	pédicure médicale	esthétique	pédicures médicales	0:14:58	Luxembourg
09-02-23	aid1	2013	aide-soignante	pédicure médicale	pédicures médicales	0:15:12	Brabant Wallon
02-03-23	kin1	1985	kinésithérapeute		pédicures médicales	0:12:08	Brabant Wallon
11-03-23	aid2	1996	aide-soignante		école de podologie	0:12:26	Bruxelles
24-03-23	inf2	2014	infirmier		école de pédicure et deux pédicures	0:11:14	Namur

total	1:46:57
-------	---------

Annexe 3 : Outil SAED pour structurer la communication orale entre professionnels de santé



S	<p>Je décris la Situation actuelle concernant le patient :</p> <p>Je suis : <i>prénom, nom, fonction, service/unité</i> Je vous appelle au sujet de : <i>M./Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité</i> Car actuellement il présente : <i>motif de l'appel</i> Ses constantes vitales/signes cliniques sont : <i>fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.</i></p>
A	<p>J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :</p> <p>Le patient a été admis : <i>date et motif de l'admission</i> Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ... Il a eu pendant le séjour : <i>opérations, investigations, etc.</i> Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : <i>labo, radio, etc.</i> La situation habituelle du patient est : <i>confus, douloureux, etc.</i> La situation actuelle a évolué depuis : <i>minutes, heures, jours</i></p>
E	<p>Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :</p> <p>Je pense que le problème est : ... J'ai fait : <i>donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.</i> Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet</p>
D	<p>Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :</p> <p>Je souhaiterais que : ... par exemple : Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : <i>quand ?</i> ET Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : <i>quoi et quand ?</i></p>
<p>RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.</p>	

Ce document est issu du guide HAS « Saed : ça aide à communiquer », téléchargeable sur www.has-sante.fr

Figure 5 : Outil SAED pour structurer la communication orale entre les différents professionnels de santé. (HAS, 2014)

