

Mémoire La collaboration interprofessionnelle en diabétologie : perceptions des médecins et infirmiers sur les pratiques collaboratives dans le suivi ambulatoire du patient diabétique

Auteur : Smets, Laurène

Promoteur(s) : 30771

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/25459>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



La collaboration interprofessionnelle en diabétologie :
perceptions des médecins et infirmiers sur les pratiques
collaboratives dans le suivi ambulatoire du patient diabétique

Mémoire présenté par **Smets Laurène**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences Infirmières
Année académique 2025 - 2026



La collaboration interprofessionnelle en diabétologie :
perceptions des médecins et infirmiers sur les pratiques
collaboratives dans le suivi ambulatoire du patient diabétique

Mémoire présenté par **Smets Laurène**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences Infirmières
Année académique 2025 - 2026
Promoteur : Docteur **Le Huu Hanh**
Nombre de mots : 6990

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude au Docteur Le, ma promotrice, pour sa patience, sa bienveillance et son accompagnement tout au long de la rédaction de ce mémoire. Son aide a été précieuse, tant dans l'orientation méthodologique que dans la réflexion scientifique de ce travail. Sa disponibilité et son écoute ont été un véritable soutien dans les moments de doute comme dans les étapes décisives de cette recherche.

Je souhaite également adresser mes sincères remerciements à l'ensemble des participants de l'étude, tous professionnels de la santé, qui ont accepté de consacrer une part de leur temps, déjà bien chargé, pour contribuer à cette recherche. Merci à eux pour la confiance qu'ils m'ont accordée et pour leur implication, sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir.

Ma reconnaissance va aussi à mes proches, pour leur présence constante, leur encouragement et leur bienveillance tout au long de cette aventure. Un merci tout particulier à ma famille, qui reste et restera toujours un phare éclairant mon chemin, même dans les périodes les plus exigeantes.

Enfin, je souhaite remercier tous les intervenants qui, de près ou de loin, ont soutenu cette recherche, et plus particulièrement le Docteur Philips et le Docteur Smelten, mes maîtres de stage, pour leurs conseils éclairés et pour m'avoir permis d'approfondir mes connaissances ainsi que mon approche conceptuelle dans le cadre de ce mémoire.

Table des matières

1. Introduction	1
2. Matériel et méthodes.....	5
2.1. Type et design de l'étude	5
2.2. Population étudiée et contexte	5
2.3. Méthode de recrutement.....	6
2.4. Outil de collecte des données.....	6
2.5. Recueil et gestion des données	6
2.6. Analyse des données	7
2.7. Considérations éthiques.....	7
3. Résultats	8
3.1. Introduction	8
3.2. Résultats structurés selon le modèle de D'Amour et al. (2008)	9
3.2.1. Vision partagée	9
3.2.2. Intériorisation (relation entre professionnels)	10
3.2.3. Gouvernance	11
3.2.4. Formalisation	13
3.3. Thématiques émergentes.....	14
3.3.1. Communication entre professionnels	14
3.3.2. Manque de temps	15
3.3.3. Répartition des rôles et modalités de délégation.....	15
4. discussion.....	17
4.1. Une vision commune centrée sur le patient.....	17
4.2 Une collaboration présente, mais encore peu formalisée	18
4.3. Des contraintes organisationnelles influençant la collaboration	19
4.4. Réorganisation des pratiques et des rôles.....	21
4.5. Une collaboration marquée par une hiérarchie médicale persistante	21
4.6. Forces et limites de l'étude	23
4.7. Perspectives	25
5. Conclusion.....	26
6. Bibliographie	27
7. Annexes	32

Abréviations

BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée
IPA	Infirmier en pratique avancée
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données

Résumé

Introduction : Dans un contexte marqué par l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution des organisations de soins, la collaboration interprofessionnelle occupe une place importante dans le suivi des patients diabétiques. Cette étude avait pour objectif de comprendre comment se construit la collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmiers dans le suivi ambulatoire des patients diabétiques.

Matériel et méthodes : Cette étude qualitative à visée exploratoire et descriptive a reposé sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de 15 professionnels exerçant dans des conventions diabète de la région liégeoise, dont 6 médecins endocrinologues/diabétologues et 9 infirmiers spécialisés en diabétologie. Les données ont été analysées selon une analyse thématique, à partir du modèle de D'Amour et al. (2008).

Résultats : Les résultats montrent que la collaboration interprofessionnelle repose principalement sur une vision commune centrée sur le patient ainsi que sur des échanges réguliers entre professionnels. Toutefois, elle apparaît encore largement implicite et influencée par les contextes organisationnels, les contraintes de temps et les ressources disponibles. L'étude met également en évidence une évolution progressive des pratiques collaboratives et du rôle infirmier dans le suivi du diabète. Néanmoins, la collaboration reste marquée par une hiérarchie médicale persistante ainsi que par un cadre légal structurant les responsabilités professionnelles.

Conclusion : La collaboration interprofessionnelle dans le suivi ambulatoire des patients diabétiques apparaît comme un processus dynamique, construit à travers les interactions quotidiennes, les contraintes organisationnelles et l'évolution progressive des rôles professionnels. Cette étude ouvre des perspectives concernant le développement de nouvelles pratiques collaboratives dans le suivi ambulatoire du diabète, notamment à travers l'évolution des organisations de soins et des pratiques professionnelles.

Mots-clés : Collaboration interprofessionnelle – diabétologie – maladie chronique

Abstract

Introduction : In a context marked by the increasing prevalence of chronic diseases and the evolution of healthcare organizations, interprofessional collaboration plays an important role in the follow-up of patients with diabetes. This study aimed to understand how interprofessional collaboration between physicians and nurses is built in the ambulatory follow-up of diabetic patients.

Materials and Methods : This qualitative exploratory and descriptive study was based on semi-structured interviews conducted with 15 professionals working in diabetes convention centers in the Liège region, including 6 endocrinologists/diabetologists and 9 diabetes specialist nurses. Data were analyzed using thematic analysis based on the D'Amour et al. (2008) model.

Results : The results show that interprofessional collaboration mainly relies on a shared patient-centered vision and on regular exchanges between professionals. However, collaboration remains largely implicit and influenced by organizational contexts, time constraints, and available resources. The study also highlights a progressive evolution of collaborative practices and of the nursing role in diabetes follow-up. Nevertheless, collaboration remains marked by a persistent medical hierarchy and by a legal framework structuring professional responsibilities.

Conclusion : Interprofessional collaboration in the ambulatory follow-up of diabetic patients appears to be a dynamic process, built through daily interactions, organizational constraints, and the progressive evolution of professional roles. This study opens perspectives regarding the development of new collaborative practices in ambulatory diabetes care, particularly through the evolution of healthcare organizations and professional practices.

Keywords : Interprofessional collaboration – diabetology – chronic disease

Préambule

Ce mémoire s'inscrit dans un cheminement à la fois personnel et professionnel, nourri par une expérience de terrain en diabétologie et par une réflexion progressive sur les dynamiques de collaboration interprofessionnelle. Depuis l'obtention de mon titre d'infirmière éducatrice en diabétologie en 2019, j'ai développé un intérêt croissant pour la prise en soins des patients atteints de maladies chroniques et pour le travail en équipe qu'elle implique.

Ma pratique actuelle, au sein d'une convention diabète, m'amène à collaborer quotidiennement avec différents professionnels de santé et acteurs institutionnels. Dans ce cadre, la participation régulière à des consultations associant médecins et infirmiers constitue un terrain d'observation privilégié. Ces situations mettent en évidence la complémentarité des rôles, les modalités d'échange entre professionnels et la place spécifique de l'infirmier dans le suivi des patients diabétiques. Elles ont progressivement nourri un questionnement sur les conditions nécessaires à une collaboration efficace et sur les défis qu'elle peut représenter en pratique.

La poursuite d'un master en sciences infirmières à l'Université de Liège a permis d'enrichir cette réflexion par des outils d'analyse et une rigueur méthodologique. Cette recherche s'inscrit dans les Sciences Infirmières, notamment à travers l'intérêt porté à la collaboration interprofessionnelle et à la place de l'infirmier dans l'organisation des soins. C'est dans cette continuité que s'inscrit ce travail, qui vise à explorer la manière dont médecins et infirmiers construisent leur collaboration dans le suivi des patients diabétiques.

1. Introduction

Le diabète constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Défini comme une pathologie chronique caractérisée par une altération de la régulation glycémique, il résulte soit d'un défaut de sécrétion d'insuline, soit d'une utilisation inadéquate de cette hormone par l'organisme (1). Cette dysrégulation expose les patients, à long terme, à de nombreuses complications, notamment micro/macro vasculaires et neurologiques, nécessitant une prise en soins continue et adaptée (2).

Au cours des dernières décennies, la prévalence du diabète a connu une augmentation significative. À l'échelle mondiale, le nombre de personnes atteintes est passé de 108 millions en 1980 à plus de 537 millions en 2023, avec des projections atteignant 643 millions d'ici 2030 (3). En Belgique, environ 7,1 % de la population est diagnostiquée, avec une prévalence réelle estimée autour de 10 % en tenant compte du sous-diagnostic (4). Cette évolution, liée notamment au vieillissement de la population et aux changements des modes de vie, renforce la complexité des besoins en soins.

Au-delà de son impact clinique, le diabète représente également un enjeu économique majeur. En Belgique, les coûts de santé liés au diabète ont été estimés à 5,82 milliards d'euros en 2018, soulignant le poids considérable de cette pathologie pour le système de santé (5). Cette charge financière concerne également les patients eux-mêmes. Depuis janvier 2026, une participation financière minimale a été instaurée pour certains traitements antidiabétiques auparavant entièrement remboursés, incluant notamment les insulines, avec un ticket modérateur de 1 euro par conditionnement pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) et de 2 euros pour les autres assurés (6).

Dans ce contexte, la prise en charge du diabète repose sur une approche globale et continue, intégrant des dimensions thérapeutiques, éducatives et préventives. La littérature souligne ainsi la nécessité d'une organisation des soins structurée, impliquant plusieurs professionnels de santé (7,8). En Belgique, le suivi des patients diabétiques s'inscrit dans différents dispositifs adaptés à la complexité de la maladie, tels que le trajet de démarrage, le trajet de soins ou encore les conventions diabète pour les patients nécessitant un traitement intensif (9,10,11).

Ces dispositifs reposent sur une collaboration entre les professionnels de première et de deuxième ligne, notamment entre le médecin généraliste et les équipes spécialisées, afin d'assurer une continuité et une coordination des soins (9,10). Les conventions diabète s'appuient ainsi sur une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire visant à optimiser l'équilibre glycémique et à prévenir les complications (11).

Au sein de ces organisations, la complémentarité des rôles entre professionnels apparaît centrale. Le diabétologue assure principalement le diagnostic, l'évaluation clinique et les décisions thérapeutiques, tandis que l'infirmier spécialisé intervient davantage dans l'éducation thérapeutique, le suivi et l'accompagnement du patient (12). Dans cette perspective, les consultations infirmières occupent une place croissante dans la prise en charge des maladies chroniques. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) souligne qu'elles constituent un levier important pour améliorer la qualité des soins, notamment en renforçant l'autonomie du patient et la continuité du suivi, tout en s'intégrant dans des modèles de soins interprofessionnels (13).

Dans ce cadre, la collaboration interprofessionnelle occupe une place essentielle. Définie comme un processus dans lequel différents professionnels travaillent ensemble afin d'offrir des soins de qualité, elle repose notamment sur le partage des responsabilités, la communication et la reconnaissance des compétences de chacun (14). La littérature met en évidence que cette collaboration ne se limite pas à une organisation formelle du travail, mais repose également sur des dimensions relationnelles telles que la confiance, la connaissance mutuelle et la reconnaissance des rôles entre professionnels, qui constituent des éléments déterminants dans la qualité des interactions interprofessionnelles (14,15).

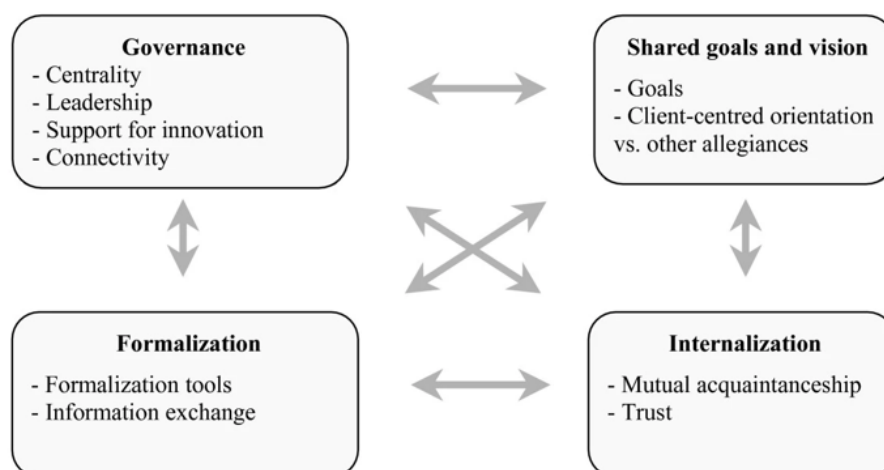
Toutefois, malgré l'importance accordée à cette collaboration dans la littérature et dans les organisations de soins, sa mise en œuvre concrète reste peu documentée, notamment en ce qui concerne les dynamiques relationnelles et organisationnelles qui la sous-tendent. En particulier, les modalités selon lesquelles médecins et infirmiers construisent leur collaboration dans le suivi ambulatoire des patients diabétiques demeurent encore insuffisamment explorées.

Dans cette perspective, le modèle conceptuel proposé par Danielle D'Amour et al. (2008) constitue un cadre d'analyse pertinent pour étudier la collaboration interprofessionnelle (16). Les auteurs considèrent que la collaboration ne repose pas uniquement sur la présence de plusieurs professionnels autour d'un même patient, mais également sur la manière dont ces professionnels interagissent, communiquent et coordonnent leurs pratiques au quotidien (16).

Ce modèle s'appuie sur quatre dimensions principales. La première concerne la vision partagée, c'est-à-dire les objectifs communs poursuivis par les professionnels dans la prise en charge du patient. La deuxième, appelée intériorisation, renvoie davantage aux relations entre professionnels, notamment à la confiance, à la reconnaissance mutuelle et à la connaissance des compétences de chacun. La gouvernance concerne quant à elle les éléments organisationnels soutenant la collaboration, comme le leadership ou les mécanismes de coordination. Enfin, la formalisation fait référence aux outils et procédures permettant d'encadrer les pratiques collaboratives, tels que les protocoles, les réunions ou les moyens de communication utilisés au sein des équipes (16). Ce modèle permet ainsi d'analyser la collaboration interprofessionnelle à travers des dimensions à la fois relationnelles et organisationnelles.

La figure ci-dessous présente une représentation synthétique de ce modèle et des différentes dimensions qui le composent.

Figure 1 : Modèle de collaboration interprofessionnelle selon D'Amour et al. (2008)



The Four-Dimensional Model of Collaboration. This figure shows the four dimensions of the model of collaboration and the ten indicators associated with these dimensions. The arrows indicate the interrelationships between the four dimensions and how they influence each other.

Ce modèle constitue donc le cadre théorique mobilisé dans ce travail et guide l'analyse des dynamiques collaboratives observées sur le terrain.

Sur cette base, la présente étude vise à explorer la manière dont la collaboration interprofessionnelle se construit dans le suivi ambulatoire des patients diabétiques. Ainsi, la question de recherche de ce travail est la suivante :

« Comment se construit la collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmiers dans le suivi ambulatoire des patients diabétiques ? »

Afin de répondre à cette question, plusieurs objectifs ont été définis :

- Comprendre les représentations de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels impliqués.
- Décrire les pratiques collaboratives mises en œuvre.
- Identifier les facteurs susceptibles de favoriser ou de limiter cette collaboration.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type et design de l'étude

Cette étude s'inscrit dans une approche qualitative à visée exploratoire et descriptive. Ce choix méthodologique apparaît particulièrement adapté à l'étude d'un phénomène complexe tel que la collaboration interprofessionnelle, qui mobilise des dimensions relationnelles, organisationnelles et contextuelles difficilement accessibles par des approches quantitatives seules (17).

La recherche qualitative permet ainsi d'explorer les représentations, les expériences et les interactions des professionnels impliqués dans une situation de soins, tout en tenant compte du contexte dans lequel elles s'inscrivent (17).

Dans cette étude, cette approche a permis de mieux comprendre la manière dont médecins et infirmiers perçoivent et construisent la collaboration dans le suivi des patients diabétiques. Le modèle de D'Amour et al. (2008) a été mobilisé comme cadre d'analyse des données afin d'explorer les différentes dimensions de la collaboration interprofessionnelle (16).

2.2. Population étudiée et contexte

La population étudiée est composée de médecins et d'infirmiers spécialisés en diabétologie, exerçant dans des structures hospitalières impliquées dans la prise en soins des patients diabétiques dans le cadre des services de convention diabète.

Les participants ont été recrutés dans plusieurs institutions hospitalières de la région liégeoise afin de diversifier les contextes organisationnels.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin ou infirmier impliqué dans le suivi de patients diabétiques, exercer dans un service de convention diabète en région liégeoise et accepter de participer à l'étude. Les professionnels ne maîtrisant pas la langue française ont été exclus.

Au total, 15 professionnels ont été inclus, dont 6 médecins endocrinologues/diabétologues et 9 infirmiers spécialisés en diabétologie.

2.3. Méthode de recrutement

Le recrutement s'est effectué sur base volontaire. Un document d'information présentant les objectifs de l'étude a été transmis aux professionnels concernés, notamment via les responsables de services (Annexe 1).

Les professionnels intéressés ont ensuite contacté l'investigatrice afin d'organiser un entretien. Cette méthode de recrutement par convenance visait à faciliter l'accès au terrain tout en respectant le principe du volontariat. En recherche qualitative, ce type d'échantillonnage permet de sélectionner des participants directement concernés par le phénomène étudié et susceptibles d'apporter une richesse d'informations en lien avec leur expérience professionnelle (18,19).

2.4. Outil de collecte des données

La collecte des données a reposé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs individuels, menés à l'aide d'un guide d'entretien élaboré sur base du modèle de D'Amour et al. (2008) (16) (Annexe 2). Cette méthode est particulièrement adaptée à l'exploration des représentations et du vécu des participants (19,20).

Un pré-test du guide d'entretien a été réalisé avant le début du recueil des données afin d'évaluer la clarté, la compréhension et la pertinence des questions proposées. Cette étape a permis d'ajuster certaines formulations et de s'assurer de la cohérence de l'outil de collecte avec les objectifs de la recherche (17).

Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou à distance, via WhatsApp, selon les disponibilités des participants, et ont duré entre 30 et 45 minutes. Avec leur accord, ils ont été enregistrés afin de permettre une retranscription intégrale des échanges.

2.5. Recueil et gestion des données

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants puis retranscrits intégralement afin de préserver la richesse des discours recueillis et de faciliter l'analyse des données qualitatives (19,20). Les retranscriptions ont ensuite été anonymisées pour garantir la confidentialité des participants, puis organisées sous forme de verbatims pour l'analyse

thématique. Les fichiers audio et les retranscriptions ont été conservés de manière sécurisée pendant la durée de l'analyse, puis supprimés conformément aux engagements éthiques pris dans le cadre de l'étude.

2.6. Analyse des données

Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique visant à identifier et organiser les thèmes récurrents issus des discours des participants. Cette approche a permis d'explorer les perceptions et expériences des professionnels concernant la collaboration interprofessionnelle dans leur pratique quotidienne (19,20).

L'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes : retranscription intégrale des entretiens, lectures répétées des verbatims, codage initial des unités de sens, regroupement des codes en catégories thématiques, puis interprétation transversale des données (19).

L'analyse a été conduite de manière inductive, tout en s'appuyant sur le modèle théorique de D'Amour et al. (2008), mobilisé comme cadre d'analyse de la collaboration interprofessionnelle (16). Une attention particulière a été portée à l'émergence de thématiques issues du terrain afin de préserver la richesse des discours des participants.

2.7. Considérations éthiques

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique compétent (Annexe 3). La participation reposait sur le volontariat et sur la signature d'un consentement éclairé.

L'anonymat des participants, la confidentialité des données et le respect du RGPD ont été garantis tout au long de l'étude. Les données recueillies ont été conservées de manière sécurisée et étaient accessibles uniquement à l'investigatrice durant la phase d'analyse.

3. Résultats

3.1. Introduction

De nombreuses données ont été recueillies à travers les quinze entretiens réalisés auprès de médecins et d'infirmiers spécialisés en diabétologie, issus de différentes structures hospitalières. La diversité des profils interrogés a permis de croiser des regards complémentaires sur les pratiques collaboratives et d'enrichir l'analyse par une pluralité d'expériences professionnelles. Une saturation progressive des données a été observée après le treizième entretien, sans émergence de nouveaux thèmes majeurs. Les entretiens restants ont néanmoins été maintenus afin de consolider l'analyse. Pour garantir la confidentialité des participants, et compte tenu du nombre restreint de professionnels concernés dans ce domaine spécifique, certaines caractéristiques descriptives ont volontairement été limitées (Tableau 1).

Tableau 1 : échantillon et caractéristiques

Entretien	Profession	Type d'entretien
1	Médecin	Présentiel
2	Infirmier	Présentiel
3	Infirmier	Présentiel
4	Médecin	Teams
5	Médecin	Présentiel
6	Infirmier	Présentiel
7	Médecin	Présentiel
8	Infirmier	Présentiel
9	Infirmier	Présentiel
10	Infirmier	Présentiel
11	Médecin	Présentiel
12	Infirmier	Présentiel
13	Médecin	Présentiel
14	Infirmier	Présentiel
15	Infirmier	Présentiel

L'analyse thématique des entretiens a été menée en s'appuyant sur le modèle de D'Amour et al. (2008), structuré selon quatre dimensions : la vision partagée, l'intériorisation, la gouvernance et la formalisation, tout en intégrant des thématiques transversales issues du

terrain, telles que la communication, le manque de temps, et la répartition des rôles et modalités de délégation.

3.2. Résultats structurés selon le modèle de D'Amour et al. (2008)

3.2.1. Vision partagée

Les entretiens mettent en évidence l'existence d'objectifs communs dans la prise en soins des patients diabétiques, centrés sur l'amélioration de l'équilibre glycémique et la santé du patient.

Plusieurs participants décrivent cette orientation :

“Les objectifs communs, ce sont ceux d'une consultation de diabéto, c'est à dire que ce soit infirmiers ou médecins, c'est à dire voir la gestion du diabète par le patient, les résultats que l'on a, les adaptations à faire, que ce soit des introductions de nouveaux médicaments ou des adaptations de doses, notamment d'insuline évidemment.” Entretien 1

“C'est certain que l'objectif, c'est la santé du patient et c'est l'amélioration de l'équilibre du diabète.” Entretien 5

“Les objectifs communs, c'est que ça se passe mieux pour le patient au niveau de la gestion de son diabète.” Entretien 7

La qualité de vie est également mentionnée dans les discours.

“Le but c'est de permettre une qualité de vie qui répond aux besoins médicaux du patient.” Entretien 8

“L'amélioration de la glycémie, et du confort de vie surtout quoi. ” Entretien 15.

Certains participants évoquent la nécessité de travailler à plusieurs dans la prise en charge du diabète.

“C'est une spécialité où tout est lié [...] l'alimentation, les injections, l'éducation, le mode de vie [...] on ne peut pas travailler seul.” Entretien 1

“Et on travaille énormément les uns avec les autres [...] ils vont chez le diet, chez nous puis chez les infis [...] mais chacun amène ses compétences différentes.” Entretien 4

“On a une spécialité qui nécessite de façon indispensable cette interdisciplinarité.” Entretien 11

La compréhension de la collaboration interprofessionnelle varie selon les participants.

“Ça me paraît recouvrir un même concept dans mon esprit, probablement que certains peuvent trouver des différences, moi dans mon esprit ça recouvre le même concept.” Entretien 4

“C’est travailler avec d’autres personnes qui n’ont pas forcément le même diplôme, la même formation et les mêmes compétences que nous.” Entretien 5

“La collaboration : je fais ma partie et je l’envoie chez le collaborateur faire sa partie [...] L’interdisciplinarité, je vois plus ça comme une mise en commun de l’expérience de chacun pour que ce soit le plus bénéfique possible pour le patient.” Entretien 11

Les entretiens mettent en évidence l’existence d’une vision globalement partagée centrée sur le patient diabétique, bien que les représentations de la collaboration interprofessionnelle et de l’interdisciplinarité restent variables selon les professionnels.

3.2.2. Intériorisation (relation entre professionnels)

Les entretiens mettent en évidence des éléments liés aux relations entre professionnels, notamment en termes de confiance, de reconnaissance et de connaissance mutuelle.

“C’est plutôt l’évolution logique de l’expérience et de la confiance qu’on a en eux.” Entretien 5

“Ça dépend du médecin, de la confiance qu’un médecin a auprès des infirmières.” Entretien 6

La reconnaissance des compétences est également évoquée.

“Ce que les infirmiers et infirmières pouvaient apporter comme renseignements me paraissait toujours très très précieux.” Entretien 4

“On prend notre avis en compte, on demande ce qu’on en pense.” Entretien 12

Les discours soulignent la complémentarité entre médecins et infirmiers.

“Quand je travaille de manière mixte avec une infirmière, elle apporte des choses que moi je ne demande jamais ou que je ne vois pas. Les sites d’injection, les lipodystrophies, la façon dont le patient manipule son matériel [...] ce sont des détails qui changent complètement la prise en charge.” Entretien 1

“On est vraiment complémentaires et chacun sait ce que l’autre peut apporter.” Entretien 2

Des éléments relatifs au climat relationnel sont également présents.

“Il y a quand même une bonne communication, il y a une écoute, il y a aussi une confiance.”
Entretien 8

“On s'entend tous bien, on est tous assez proches.” Entretien 12

Certains participants évoquent une variabilité des relations selon les professionnels.

“Ça dépend du médecin avec qui on travaille.” Entretien 10

“Chaque médecin va aussi laisser un peu plus de liberté à certaines infirmières.” Entretien 13

Les données recueillies montrent que la qualité de la collaboration semble fortement dépendre des relations interpersonnelles développées au sein des équipes.

3.2.3. Gouvernance

Les entretiens mettent en évidence une organisation du travail structurée autour d’une répartition des rôles entre professionnels.

“Donc, l’infirmière fait une grosse anamnèse [...] et ensuite le médecin [...] voit ce qu’il peut modifier.” Entretien 8

“L’infirmier fait des consultations d’éducation et le médecin fait des consultations médicales.”
Entretien 10

“Chacun un pôle différent, mais pour le même but.” Entretien 7

La place centrale du médecin dans les décisions thérapeutiques est fréquemment mentionnée.

“On n'a pas de pouvoir sur ce qu'on change [...] le changement doit être médical [...] Ça reste une consultation médicale [...] On ne peut pas prescrire des traitements.” Entretien 2

“Le médecin, forcément, dans le traitement, oui. C'est vraiment son rôle [...] Moi, je reste à ma place.” Entretien 3

“Le médecin reste le leader par rapport au traitement.” Entretien 8

“Echanger un médicament, faire des prescriptions de médicaments [...] moi ça je ne sais pas les faire, tout ce qui est prescription ça reste du médical.” Entretien 15

Certains participants évoquent une dimension hiérarchique dans la relation, parfois associée à une représentation plus traditionnelle des rôles.

Certains propos renvoient ainsi à une dimension historique de l'organisation des soins :

“Je pense que c'est un peu historique [...] le grand professeur jugeait que les infirmières n'étaient pas là pour ça.” Entretien 1

“Je pense que ça évolue parce que les médecins, peut-être qu'il y a 20 ans, se croyaient pour Dieu [...] et si en plus il y avait une infirmière là, c'est encore dire c'est moi quand même la grande star.” Entretien 1

D'autres participants décrivent une hiérarchie encore présente dans les pratiques actuelles :

“Au final, c'est quand même le médecin qui prend l'initiative, parce que c'est lui le médecin.” Entretien 6

“Je sais que les médecins, ça reste quand même ma hiérarchie dans ma tête.” Entretien 14

Des situations de discussion entre professionnels sont également décrites.

“On propose les traitements et puis le médecin valide.” Entretien 9

“Si elles ne sont pas d'accord sur la conclusion, elles peuvent intervenir et on peut en discuter sans problème. [...] qu'elles ne se disent pas, c'est le docteur, il a tous les droits et c'est lui qui a raison. Non !” Entretien 11

“Mais on peut toujours suggérer quelque chose ou dialoguer.” Entretien 14

Les données recueillies suggèrent que la collaboration s'inscrit dans une organisation où les responsabilités thérapeutiques restent principalement associées au médecin, malgré une évolution progressive des pratiques infirmières.

3.2.4. Formalisation

Les entretiens mettent en évidence des pratiques reposant majoritairement sur des modalités implicites.

“C'est plutôt implicite. Ça se fait naturellement.” Entretien 14

“On ne s'est pas réunis avant en disant : écoutez les filles, vous faites ça, ça et ça... On devrait peut-être bien expliquer qui fait quoi.” Entretien 11

“En général ce n'est pas bien défini.” Entretien 12

L'absence de procédures formalisées est fréquemment mentionnée.

“Il n'y a pas vraiment de procédure. Ça se fait automatiquement, chacun sait un peu ce qu'il doit faire, mais ce n'est pas écrit.” Entretien 2

Certains participants décrivent une organisation dépendante des situations.

“Il n'y a jamais rien de programmé. Ça dépend du moment, du patient, de la disponibilité.” Entretien 6

“C'est fait un peu en fonction de la situation qu'on rencontre.” Entretien 9

Les entretiens montrent que les pratiques collaboratives reposent majoritairement sur des modalités implicites et peu formalisées, laissant une place importante aux ajustements relationnels et organisationnels propres à chaque équipe.

3.3. Thématiques émergentes

3.3.1. Communication entre professionnels

Les entretiens mettent en évidence l'importance de la communication entre professionnels dans la prise en charge des patients diabétiques.

“Il faut le dire, il faut communiquer.” Entretien 3

“Il doit y avoir une communication et au-delà de la communication, parfois une discussion sur le patient et la meilleure marche à suivre.” Entretien 8

“C'est indispensable.” Entretien 11

Les participants décrivent une communication globalement de bonne qualité.

“Elle est bonne. C'est facile, une fois qu'une info est passée, je ne dois pas me tracasser.” Entretien 5

“Elle est très bonne, il n'y a pas de souci. [...] il y a pas mal de communication.” Entretien 7

“De manière générale, très, très bonne. Il y a vraiment un échange d'informations.” Entretien 9

Des interactions régulières entre professionnels sont également rapportées.

“La communication, je dirais qu'elle est très bonne. Dès qu'il y a quelque chose de pas sûr, on va trouver les médecins et eux aussi ils viennent nous trouver.” Entretien 12

“Oui, les choses se suivent, il y a une communication orale efficace et les médecins sont disponibles.” Entretien 14

Certains participants décrivent toutefois une variabilité dans la qualité de cette communication.

“J'en ai une très bonne [...] et une nettement moins bonne.” Entretien 1

“Il y a une espèce d'océan entre les deux [...] la communication est nulle.” Entretien 1

“C'est un peu dépendant de la personnalité du médecin que tu as avec toi.” Entretien 6

La communication apparaît comme un élément central de la collaboration, bien que sa qualité semble variable selon les professionnels et les contextes organisationnels.

3.3.2. Manque de temps

Les entretiens mettent en évidence la présence d'un manque de temps dans l'organisation du travail et dans la prise en charge des patients. Plusieurs participants évoquent des contraintes liées aux délais de consultation et à l'augmentation du nombre de patients :

“Quand je n'avais pas ces délais de consultation-là, je revoyais les gens plus souvent. Mais là, c'est impossible [...] finalement, si on veut essayer d'aider les patients, ce sera via la convention, via les diététiciens. Mais c'est sûr qu'avant, j'en aurais revu toute une série plus vite chez moi.” Entretien 5

“Les consultations étant de plus en plus difficiles en termes de délai [...] on a besoin d'une aide infirmière toujours plus présente.” Entretien 11

Certains participants mentionnent également que certaines dimensions du suivi ne peuvent être abordées dans le temps disponible :

“Si on n'a pas l'aide des infirmières, on passe à côté de beaucoup de choses qu'on n'a pas le temps de voir en consultation.” Entretien 1

D'autres éléments relèvent de l'organisation du travail et de la répartition des tâches :

“Pour les pompes, justement, les infirmières prennent pas mal d'initiatives [...] sinon ce serait ingérable dans le temps qu'on a.” Entretien 7

Les entretiens mettent en évidence des contraintes temporelles importantes, influençant à la fois l'organisation du travail, les possibilités d'échanges entre professionnels et certaines dimensions du suivi des patients.

3.3.3. Répartition des rôles et modalités de délégation

Les entretiens mettent en évidence une répartition des rôles entre médecins et infirmiers, inscrite dans un cadre défini de compétences et de responsabilités.

“Chacun reste de son côté par rapport à ses compétences et son diplôme.” Entretien 2

“On connaît nos limites et on sait quelle est notre fonction.” Entretien 10

Dans ce cadre, certains participants décrivent des situations de délégation de tâches aux infirmiers.

“Elle nous délègue pas mal de choses, elle nous dit : tu augmentes l'insuline, avant on ne l'aurait jamais fait par notre propre initiative.” Entretien 6

“On va de plus en plus loin dans ce qu'on délègue à l'équipe infirmière, mais il n'y a jamais de prescription de nouvelles molécules.” Entretien 13

“Le médecin lègue certaines responsabilités.” Entretien 8

Les propos recueillis décrivent également des modalités de délégation encadrées, impliquant une validation médicale des décisions proposées.

“On propose les traitements et puis le médecin valide.” Entretien 9

“Ils savent qu'ils peuvent augmenter de deux [...] s'ils doivent augmenter de plus, ils vont nous recontacter.” Entretien 5

Enfin, certaines limites liées aux compétences et au cadre professionnel sont mentionnées.

“Mais il faut garder des limites, ne pas dépasser son rôle.” Entretien 14

“Tout ce qui est prescription ça reste du médical.” Entretien 15

Les données recueillies mettent en exergue une évolution progressive des modalités de délégation infirmière, bien que celles-ci restent encadrées par les limites légales et la validation médicale des décisions thérapeutiques.

4. Discussion

La collaboration interprofessionnelle occupe une place importante dans le suivi des patients diabétiques. Dans ce contexte, cette étude s'est intéressée à la manière dont médecins et infirmiers construisent leur collaboration au sein des conventions diabète.

L'analyse des entretiens, appuyée sur le modèle de D'Amour et al. (2008), a permis d'explorer différents éléments influençant les pratiques collaboratives observées. Cette discussion abordera successivement la vision commune du suivi du patient, les modalités de collaboration entre professionnels ainsi que les facteurs organisationnels et professionnels influençant ces pratiques.

4.1. Une vision commune centrée sur le patient

Les résultats mettent en exergue une vision partagée des professionnels autour d'une prise en soins centrée sur le patient. Celle-ci est structurée par des objectifs communs tels que l'équilibre glycémique, la prévention des complications et le suivi à long terme. Ce consensus joue un rôle central dans la collaboration interprofessionnelle, en permettant aux professionnels de s'accorder sur leurs pratiques et de coordonner leurs interventions autour du patient.

Cette approche rejoint les modèles actuels de prise en charge des maladies chroniques, qui reposent sur une vision plus globale du patient et sur la complémentarité des différents professionnels de santé (21). Dans ce cadre, la collaboration ne consiste pas uniquement à intervenir chacun de son côté, mais implique des échanges et une coordination entre professionnels autour du patient (21).

La communication occupe une place importante dans cette dynamique. Les résultats montrent qu'elle permet d'articuler les interventions, de soutenir la co-construction des décisions et d'adapter les prises en charge en fonction de l'évolution clinique du patient. Elle apparaît ainsi comme un élément transversal de la collaboration interprofessionnelle, intervenant à différents niveaux des pratiques.

Toutefois, malgré cette vision commune, les professionnels définissent rarement de manière explicite ce qu'est la collaboration interprofessionnelle. Plusieurs notions proches semblent utilisées de manière interchangeable dans les entretiens. Pourtant, certaines distinctions existent dans la littérature. L'interdisciplinarité renvoie davantage au croisement des savoirs et des disciplines, tandis que la collaboration interprofessionnelle concerne plus directement les interactions entre professionnels dans la pratique clinique (22).

Ces observations rejoignent les travaux de D'Amour et al. (2008), pour qui la vision partagée du patient constitue une dimension centrale de la collaboration interprofessionnelle (16). Dans cette étude, cette vision commune semble favoriser une certaine cohérence des pratiques malgré la diversité des contextes rencontrés.

Les résultats mettent ainsi en évidence que la collaboration interprofessionnelle repose en grande partie sur une vision commune de la prise en soins du patient, soutenue par des échanges réguliers entre professionnels et par l'importance accordée à la communication dans le suivi du diabète.

4.2 Une collaboration présente, mais encore peu formalisée

Au-delà de cette vision commune, les résultats montrent que la collaboration interprofessionnelle observée repose largement sur des modes de fonctionnement implicites. Les rôles apparaissent globalement connus des professionnels, sans pour autant être formalisés de manière explicite au sein des équipes.

Si ce fonctionnement offre une certaine souplesse dans la pratique quotidienne et permet une adaptation rapide aux contraintes du terrain, il peut également rendre les modalités de collaboration variables selon les équipes et les individus. Les participants décrivent ainsi des fonctionnements parfois différents d'un contexte à l'autre, avec des responsabilités qui restent peu explicitées.

Ces observations rejoignent la littérature, qui souligne que la collaboration interprofessionnelle ne repose pas uniquement sur la présence de plusieurs professionnels, mais nécessite aussi une clarification des rôles, des espaces de coordination et une certaine formalisation des pratiques (23). En l'absence de tels repères, la collaboration tend à

dépendre davantage des relations entre professionnels et des équilibres propres à chaque équipe (24).

Dans le suivi des maladies chroniques, et particulièrement du diabète, cette question apparaît importante au regard du caractère prolongé de la prise en charge et de la nécessité d'échanges réguliers entre professionnels. Les résultats suggèrent ainsi que la collaboration observée reste fortement liée aux dynamiques relationnelles et aux habitudes de fonctionnement propres à chaque équipe.

Ces observations vont dans le sens des travaux de D'Amour et al., qui décrivent des formes de collaboration où la faible formalisation laisse une place importante aux ajustements informels entre professionnels (16). Dans leur modèle, celle-ci repose notamment sur l'existence de mécanismes de coordination, de procédures communes ou encore d'espaces permettant d'organiser les échanges entre professionnels. La collaboration observée dans cette étude repose davantage sur des modes de fonctionnement construits progressivement dans les pratiques quotidiennes que sur un cadre organisationnel explicitement défini.

4.3. Des contraintes organisationnelles influençant la collaboration

Les contraintes organisationnelles occupent une place importante dans les modalités de collaboration interprofessionnelle décrites par les participants. Le manque de temps, associé à l'augmentation du nombre de patients, apparaît comme un élément influençant directement les pratiques ainsi que les possibilités d'échanges entre professionnels.

Les difficultés évoquées dans les entretiens s'inscrivent dans un contexte plus large d'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, dont le diabète, impliquant un suivi régulier et prolongé. La littérature souligne que cette évolution exerce une pression croissante sur les systèmes de santé et sur les ressources médicales disponibles (25).

Plusieurs participants décrivent ainsi un manque de temps limitant les échanges entre professionnels et réduisant les possibilités de coordination. Ces observations rejoignent la littérature, qui identifie les contraintes temporelles comme un frein important à la collaboration interprofessionnelle (24).

Face à ces difficultés, certaines équipes adaptent progressivement leur organisation afin de maintenir la continuité des soins. La mise en place de consultations conjointes regroupant le médecin et l'infirmier au sein d'un même espace de consultation, communément appelées « *consultations mixtes* », en constitue une illustration. Bien que ce type d'organisation n'ait été décrit que dans un seul centre au cours des entretiens, il apparaît comme une piste intéressante pour répondre aux contraintes temporelles et aux difficultés d'accès aux soins évoquées par les participants.

Ce fonctionnement permet notamment d'optimiser le temps médical tout en maintenant une supervision clinique et des échanges directs entre professionnels, comme l'illustre un participant :

“Le but premier, c'est d'offrir aux patients du temps pour lui permettre une prise en charge optimale et de libérer un maximum de temps au médecin.” Entretien 11

Ce type d'organisation rejoint les modèles de prise en charge des maladies chroniques basés sur une répartition des tâches entre professionnels afin de maintenir la continuité des soins et de répondre plus efficacement aux besoins des patients (26).

Ces difficultés ne concernent cependant pas uniquement les médecins. Elles s'inscrivent dans un contexte plus large de manque de ressources humaines dans le domaine de la santé. En Belgique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé met en évidence des déséquilibres dans la disponibilité des professionnels, dans un contexte marqué par l'augmentation des besoins liés aux maladies chroniques (27).

Les résultats montrent ainsi que les modalités de collaboration interprofessionnelle sont étroitement liées aux réalités organisationnelles du terrain. Au-delà des relations entre professionnels, la collaboration semble également se construire en fonction du temps disponible, des ressources humaines présentes et des contraintes rencontrées dans la pratique quotidienne.

4.4. Réorganisation des pratiques et des rôles

Les résultats mettent en exergue une évolution progressive de la place des infirmiers dans le suivi du diabète. Cette évolution se traduit notamment par une implication plus importante dans le suivi des patients, l'éducation thérapeutique ou encore certaines adaptations liées à la prise en soins. Elle reflète ainsi une transformation plus large du rôle infirmier, avec une implication plus importante dans le suivi et certaines prises de décision.

Cette évolution du rôle infirmier dans le suivi du diabète s'inscrit dans une dynamique plus ancienne de réorganisation des pratiques professionnelles. Dès les années 1970, certains travaux décrivaient déjà l'intégration de « *nurse practitioners* » dans la prise en charge des patients diabétiques afin d'améliorer la continuité des soins et d'optimiser le temps médical (28). Plus récemment, la littérature souligne également que les consultations infirmières participent au développement d'une plus grande autonomie professionnelle, spécialement dans le suivi des maladies chroniques et l'éducation thérapeutique (29).

En Belgique, cette évolution s'est également traduite par le développement progressif de structures spécialisées, telles que les conventions diabète mises en place à partir de la fin des années 1980, favorisant une prise en charge multidisciplinaire et une implication croissante des infirmiers spécialisés dans le suivi des patients diabétiques (30). Elle se reflète également dans le développement de formations spécialisées en diabétologie permettant aux infirmiers d'acquérir des compétences spécifiques dans l'accompagnement, l'éducation thérapeutique et le suivi des patients diabétiques (31).

Les résultats suggèrent ainsi que les pratiques collaboratives observées s'inscrivent dans une dynamique progressive de réorganisation des rôles, dans laquelle les infirmiers occupent une place croissante dans le suivi des patients diabétiques et la coordination des soins.

4.5. Une collaboration marquée par une hiérarchie médicale persistante

L'organisation de la collaboration interprofessionnelle reste cependant marquée par la place centrale du médecin dans les décisions thérapeutiques, notamment en matière de prescriptions et d'adaptation des traitements. Dans plusieurs entretiens, les participants

décrivent une collaboration permettant les échanges et les discussions entre professionnels, tout en soulignant que certaines décisions restent principalement validées par le médecin.

Ces observations rejoignent la littérature, qui décrit des dynamiques de pouvoir historiquement construites maintenant le médecin dans une position centrale au sein des équipes de soins (32). Cette organisation reste également influencée par un modèle de soins plus traditionnel, dans lequel les responsabilités décisionnelles demeurent majoritairement associées au corps médical.

Toutefois, cette hiérarchie ne semble pas uniquement liée à des habitudes professionnelles ou culturelles. Les résultats mettent également en exergue l'importance du cadre légal, qui définit les compétences attribuées à chaque profession. Certaines activités, comme la prescription médicamenteuse ou l'interprétation globale des examens biologiques, restent réservées au médecin, ce qui contribue à maintenir une répartition des rôles encore marquée entre les professionnels (33).

Dans cette perspective, les frontières professionnelles apparaissent à la fois sociales et institutionnelles, influençant les interactions entre professionnels ainsi que les modalités de collaboration (34). Parallèlement, plusieurs participants décrivent des formes de collaboration plus horizontales, notamment à travers les échanges entre professionnels et la possibilité de proposer ou de discuter certaines décisions. Ces observations vont dans le sens des travaux de D'Amour et al., qui décrivent la collaboration comme un équilibre entre des rôles distincts, mais complémentaires (16).

Dans ce contexte, marqué par une évolution progressive des pratiques collaboratives mais aussi par des limites liées au cadre légal actuel, le développement de la fonction d'infirmier en pratique avancée (IPA) apparaît comme une évolution susceptible de modifier partiellement la répartition des compétences entre professionnels. Bien que peu développée dans les entretiens, cette fonction est explicitement évoquée par un participant, en lien avec certaines activités actuellement réservées au champ médical :

“Et puis, justement, l'interprétation de la prise de sang globale, qui pour le moment, en tout cas sans IPA, me paraît quand même le truc du médecin à tout prix.” (Entretien 1).

Défini comme un professionnel disposant de compétences cliniques avancées, incluant notamment le suivi autonome de patients et, dans certains contextes, l'adaptation thérapeutique (35), l'IPA pourrait ainsi contribuer à répondre à certains enjeux organisationnels et aux besoins croissants liés au suivi des maladies chroniques.

Néanmoins, au regard du nombre limité de données issues des entretiens sur ce sujet, cette perspective doit être envisagée avec prudence. L'IPA ne constitue pas une solution unique, mais s'inscrit dans une transformation plus générale des pratiques collaboratives, impliquant à la fois des évolutions organisationnelles, professionnelles et réglementaires.

Les résultats suggèrent ainsi que la collaboration interprofessionnelle observée s'inscrit dans une évolution progressive des pratiques et des rôles, tout en restant fortement structurée par le cadre légal et les responsabilités médicales.

4.6. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces, notamment la richesse des données qualitatives recueillies ainsi que la diversité des profils interrogés, permettant une exploration approfondie des représentations de la collaboration interprofessionnelle en diabétologie. L'approche qualitative a permis d'obtenir une compréhension plus détaillée des interactions entre professionnels ainsi que de leur vécu dans leur contexte de pratique, en explorant les dimensions relationnelles, organisationnelles et contextuelles impliquées dans la collaboration (19,20).

Le recours à des entretiens semi-directifs a favorisé l'expression libre des participants tout en permettant d'aborder des thématiques communes en lien avec la question de recherche. La diversité des profils professionnels et des contextes de pratique a également contribué à enrichir les données recueillies et à mettre en évidence différentes perceptions de la collaboration interprofessionnelle.

Certaines limites doivent néanmoins être prises en compte afin d'apprécier la portée et la transférabilité des résultats. Cette étude s'inscrit dans un contexte spécifique, celui de la diabétologie hospitalière, et repose sur un échantillon qualitatif ciblé, permettant une exploration approfondie des expériences des participants sans viser une représentativité

statistique. Dès lors, les résultats doivent être interprétés en tenant compte du contexte organisationnel et professionnel dans lequel ils s'inscrivent.

Plusieurs biais potentiels doivent aussi être considérés. Un biais d'échantillonnage peut être évoqué dans la mesure où le recrutement reposait sur le volontariat, pouvant favoriser la participation de professionnels particulièrement sensibilisés ou intéressés par les enjeux de collaboration interprofessionnelle. Un biais de désirabilité sociale ne peut par ailleurs pas être exclu, certains participants ayant potentiellement adapté leurs réponses en fonction du contexte professionnel ou de la perception des attentes liées à l'étude. Par ailleurs, les données recueillies reposent sur des entretiens et donc sur les perceptions, expériences et représentations propres à chaque participant, ce qui implique une part de subjectivité inhérente à la recherche qualitative.

La place de l'investigatrice constitue également un élément à considérer sur le plan méthodologique. Son expérience professionnelle en diabétologie et au sein d'une convention diabète a pu influencer la collecte et l'analyse des données en raison de sa proximité avec le terrain étudié, exposant potentiellement l'étude à un biais de proximité. Une posture réflexive a toutefois été maintenue tout au long du processus de recherche afin de limiter l'influence des préconceptions sur l'interprétation des données. Cette connaissance du contexte a également constitué un atout, en facilitant les échanges avec les participants et la compréhension de certaines réalités du terrain.

La réalisation de certains entretiens à distance a également pu influencer la dynamique des échanges, notamment dans l'interprétation de certains éléments non verbaux, bien qu'elle ait permis de faciliter l'accès aux participants et de s'adapter à leurs disponibilités professionnelles.

Une autre limite concerne le choix des professionnels interrogés. Seuls les médecins et les infirmiers ont participé à l'étude, alors que d'autres professionnels, tels que les diététiciens ou les psychologues, occupent également une place importante dans le suivi des patients diabétiques. Ce choix s'inscrit toutefois dans une volonté de focaliser l'analyse sur les interactions entre médecins et infirmiers, particulièrement visibles dans certaines modalités organisationnelles du terrain étudié. Cette approche ne permet cependant pas de rendre

compte de l'ensemble des dynamiques interdisciplinaires impliquant d'autres professions. Des recherches complémentaires incluant des diététiciens et/ou psychologues permettraient ainsi d'élargir la compréhension des dynamiques interprofessionnelles dans la prise en charge du diabète.

4.7. Perspectives

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs perspectives :

- Renforcer la structuration de la collaboration : une clarification des rôles et des modalités d'échange pourrait limiter le caractère implicite des pratiques observées.
- Évaluer plus spécifiquement l'apport des consultations mixtes dans le suivi ambulatoire des patients diabétiques, notamment concernant leur impact sur la coordination des soins, les échanges entre professionnels et les contraintes organisationnelles rencontrées par les équipes.
- Élargir l'analyse à d'autres professionnels, en particulier les diététiciens, dont la place centrale dans la prise en charge du diabète a été soulignée par les participants.
- Étudier l'apport potentiel de l'infirmier en pratique avancée (IPA) dans le suivi des patients diabétiques, notamment concernant son impact sur la continuité des soins, la collaboration interprofessionnelle et l'évolution des rôles professionnels une fois cette fonction intégrée dans la pratique clinique.

5. Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif de comprendre comment se construit la collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmiers dans le suivi ambulatoire des patients diabétiques. L'approche qualitative adoptée a permis de mettre en lumière les dynamiques relationnelles, organisationnelles et professionnelles qui structurent cette collaboration dans la pratique quotidienne.

Les résultats montrent que la collaboration interprofessionnelle est bien présente dans le suivi du diabète, mais qu'elle repose largement sur des modes de fonctionnement implicites. Elle s'appuie avant tout sur une vision commune centrée sur le patient et sur des échanges réguliers entre professionnels, tout en restant fortement influencée par les contraintes organisationnelles, les ressources disponibles et le cadre légal.

L'étude met également en évidence une évolution progressive des pratiques collaboratives et des rôles professionnels, dans un contexte marqué par l'augmentation des besoins liés aux maladies chroniques. Cette évolution se traduit notamment par une implication croissante des infirmiers dans le suivi des patients diabétiques et par le développement de nouvelles modalités organisationnelles visant à maintenir la continuité des soins.

Toutefois, cette collaboration reste inscrite dans une organisation où la centralité du médecin demeure importante, particulièrement en raison des responsabilités thérapeutiques et du cadre légal actuel. Les résultats suggèrent ainsi que la collaboration interprofessionnelle observée se construit davantage dans des ajustements progressifs des pratiques que dans une transformation complète des frontières professionnelles.

Enfin, ce travail ouvre plusieurs perspectives concernant l'évolution des pratiques collaboratives en diabétologie, spécialement autour des consultations conjointes et du développement futur de l'infirmier en pratique avancée. En ce sens, penser la collaboration interprofessionnelle revient moins à définir un modèle idéal qu'à comprendre les conditions concrètes permettant son développement dans les pratiques de soins.

6. Bibliographie

1. World Health Organization. Diabète [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Feb 8]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Association du Diabète. Diabète de type 1 [Internet]. Bruxelles: Association du Diabète [cited 2026 Feb 8]. Available from: <https://www.diabete.be/le-diabete-2/diabete-de-type-1-11>
3. Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). 14 novembre : journée mondiale du diabète [Internet]. Charleroi: AVIQ; 2025 [cited 2026 Feb 8]. Available from: <https://www.aviq.be/fr/actualites/14-novembre-journee-mondiale-du-diabete>
4. Sciensano, Institut national d'assurance maladie-invalidité, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Diabète [Internet]. Bruxelles: Vers une Belgique en bonne santé; 2025 [cited 2026 Feb 8]. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/diabete>
5. Parlement de Wallonie. Question écrite n°49 de Mme Jacqueline Galant à Mme Christie Morreale relative à l'utilisation des capteurs de glycémie pour perdre du poids [Internet]. Namur: Parlement de Wallonie; 2022 [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://www.parlement-wallonie.be/pwpages?iddoc=115436&p=interp-questions-voir&type=28>
6. Association du Diabète. Évolution des tickets modérateurs en 2026 [Internet]. Bruxelles: Association du Diabète; 2026 [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://www.diabete.be/actualites-et-agenda-6/actualite-196/evolution-des-tickets-moderateurs-en-2026-852>
7. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2026 Feb 8]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf

8. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1636-1649. doi:10.2337/dci20-0023.
9. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Trajet de démarrage diabète de type 2 : votre rôle central en tant que médecin généraliste [Internet]. Bruxelles: INAMI; 2026 [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/soins-par-le-medecin/trajet-de-demarrage-diabete-de-type-2-votre-role-central-en-tant-que-medecin-generaliste>
10. Association du Diabète. Trajet de soin [Internet]. Bruxelles: Association du Diabète [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://www.diabete.be/vivre-le-diabete-3/prise-en-charge-22/trajet-de-soin-77>
11. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré [Internet]. Bruxelles: INAMI; 2016 [cited 2026 Apr 10]. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_diabete_autoregulation.pdf
12. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1636-1649. doi:10.2337/dci20-0023.
13. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Les consultations menées par des infirmiers, une activité à développer [Internet]. Bruxelles: KCE; 2023 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://kce.fgov.be/fr/les-consultations-menees-par-des-infirmiers-une-activite-a-developper>

14. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>
15. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:8-20. doi:10.1080/13561820500081604.
16. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:188. doi:10.1186/1472-6963-8-188.
17. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé : Guide méthodologique [Internet]. F2RSMPSy; 2021 [cited 2026 Apr 25]. Available from: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
18. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifique valide? *Recherches Qualitatives*. 2007;Hors-Série(5):99-111.
19. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud Cedex: GMSanté; 2021. 192 p.
20. Creswell JW. Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007. 395 p.
21. Tan CY, Yong J, Khaw KS, et al. Interprofessional collaboration and diabetes management in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):85. doi:10.1186/s12875-022-01697-4.
22. De la Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 2013;5(1):163-176. doi:10.1051/tpe/2013027.
23. Kilpatrick K, Paquette L, Jabbour M, Tchouaket E, Fernandez N, Al Hakim G, et al. Systematic review of the characteristics of brief team interventions to clarify roles and

improve functioning in healthcare teams. PLoS One. 2020;15(6):e0234416.

doi:10.1371/journal.pone.0234416.

24. Num KSF, Ansari P, Patel K, et al. Navigating interprofessional collaboration in diabetes care: perspectives of early-career healthcare professionals in primary care. BMC Prim Care. 2025;26. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12561962/>

25. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. Chronic diseases: sustainable solutions for Europe – powering up chronic disease management [Internet]. Brussels: EFPIA; 2022 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://www.efpia.eu/media/fjbfpc1o/powering-up-chronic-disease-management-in-europe.pdf>

26. World Health Organization. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43821>

27. Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system: Report 2024. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2024. KCE Reports 376C. Available from: <https://kce.fgov.be/en/performance-of-the-belgian-health-system-report-2024>

28. Stein GH. The use of a nurse practitioner in the management of patients with diabetes mellitus. Med Care. 1974;12(10):885-890.

29. Warchol N. La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle. Rech Soins Infirm. 2007;91(4):76-96.

30. Nobels F, Scheen AJ. Le rôle des centres de convention du diabète en Belgique. Rev Med Liege. 2005;60(5-6):619-623.

31. CPSI. Formation de qualification professionnelle : infirmier ayant une expertise particulière en diabétologie [Internet]. [cited 2025 May 14]. Available from: <https://cpsi.be/formations/formation-de-qualification-professionnelle-infirmier-ayant-une-expertise-particuliere-en>

32. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:188-196. doi:10.1080/13561820500081745.
33. Belgique. SPF Santé publique. Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé [Internet]. Bruxelles: SPF Santé publique; 2015 [cited 2026 May 13]. Available from: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&lg_txt=f&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2015051006&caller=SUM&&view_numac=2015051006
34. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
35. Belgique. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. *Infirmier de pratique avancée* [Internet]. Bruxelles: SPF Santé publique; 2024 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/professionnels/professionnels-sante/sante-humaine/professions-sante/acces-aux-professions-soins-sante/praticiens-lart-infirmier/infirmier-pratique-avancee>

7. Annexes

Annexe 1	Consentement
Annexe 2	Guide d'entretien
Annexe 3	Accord du comité d'éthique
Annexe 4	Engagement de non plagiat

Annexe 1

Titre de l'étude : Collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmiers en diabétologie : une étude qualitative

Promoteur : Université de Liège (ULiège)

Comité d'éthique : Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire, Université de Liège.

Investigatrice principale : Smets Laurene

INFORMATION ESSENTIELLE À VOTRE DÉCISION DE PARTICIPATION

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude qualitative menée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en sciences infirmières. Cette étude vise à mieux comprendre les représentations que les professionnels de santé, médecins et infirmiers, ont de la collaboration interprofessionnelle dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques au sein des conventions diabète hospitalières.

Avant de décider si vous souhaitez participer à cette étude, il est important que vous compreniez clairement ce que cela implique en termes d'organisation, de bénéfices possibles et d'éventuels inconvénients. Ce processus s'appelle le « **consentement éclairé** ».

Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'investigatrice ou à la personne mandatée pour vous informer. Ce document se compose de trois parties : les informations essentielles destinées à guider votre prise de décision, le formulaire de consentement écrit, et des annexes complémentaires qui détaillent certaines informations de base.

Votre participation à cette recherche implique les éléments suivants :

- Cette étude a été autorisée suite à l'évaluation d'un comité d'éthique.
- Votre participation est libre, volontaire et exempte de toute contrainte.
- Elle nécessite la signature d'un document confirmant votre accord éclairé.
- Vous êtes libre de retirer votre participation à tout moment, même après avoir signé ce document, simplement en informant l'investigatrice. Cette décision n'aura aucune conséquence sur votre relation avec elle ni sur votre activité professionnelle.
- Les données recueillies dans le cadre de l'étude seront traitées de manière confidentielle. Votre anonymat sera pleinement garanti lors de l'analyse et de la diffusion des résultats.
- Si vous avez des questions ou souhaitez des précisions, vous pouvez à tout moment contacter l'investigatrice ou un membre de son équipe.

DESCRIPTION DU PROTOCOLE D'ÉTUDE

Justification et objectif de l'étude

Cette étude vise à documenter les perceptions, obstacles et facilitateurs liés à la collaboration interprofessionnelle en diabétologie, notamment dans les consultations conjointe entre infirmier et médecin, afin d'enrichir la compréhension des dynamiques collaboratives en milieu hospitalier.

Déroulement de l'étude

L'entretien, d'une durée estimée entre 30 et 45 minutes, comportera des questions ouvertes portant sur votre expérience, vos perceptions, et vos suggestions en lien avec la collaboration interprofessionnelle.

Mode d'entretien

Vous pouvez choisir de réaliser l'entretien en présentiel ou en distanciel, selon ce qui vous convient le mieux.

Risques et inconvénients

Cette étude ne présente pas de risque majeur. Certaines questions peuvent néanmoins faire appel à votre réflexion professionnelle, sans aborder de données sensibles ou personnelles.

Bénéfices

Vous ne tirerez pas de bénéfice personnel direct de cette recherche.

Toutefois, votre témoignage contribuera à faire progresser les connaissances et pratiques en matière de collaboration interdisciplinaire dans le cadre du suivi des patients diabétiques.

Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :

- De répondre aux questions avec sincérité ;
- D'accepter que l'entretien soit enregistré si vous y consentez explicitement ;
- De nous faire part de tout souhait d'interruption ou de retrait à tout moment.

Contact

En cas de question supplémentaire, de besoin d'information ou en cas de problème, vous pouvez contacter l'investigatrice Madame Smets Laurène : laurene.smets@student.uliege.be

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Participant

Je soussigné-e,,
déclare avoir lu et compris les informations mentionnées dans le document de consentement ci joint,
et accepte de participer volontairement à cette étude, dans les conditions décrites.

- ☐ Je consens à ce que mon entretien soit enregistré
☐ Je ne consens pas à l'enregistrement de mon entretien

Nom, prénom, date et signature de l'investigateur (avec la mention « Lu et approuvé »)

Investigateur

Je soussignée, Smets Laurène, investigateur, confirme avoir fourni oralement au participant
l'ensemble des informations relatives à l'étude, ainsi qu'un exemplaire du présent document de
consentement. J'atteste ne pas avoir exercé de pression, contrainte ou influence sur sa décision de
participation.

Je certifie également que cette recherche est menée dans le respect des principes éthiques énoncés
dans la Déclaration d'Helsinki (2013) ainsi que conformément aux règles de « Bonnes pratiques
Cliniques » définies par la loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne
humaine.

Nom, prénom, date et signature de l'investigateur (avec la mention « Lu et approuvé »)

GUIDE D'ENTRETIEN

INTRODUCTION

Bonjour et merci d'avoir accepté cet échange. Je me présente, Laurène Smets, infirmière et actuellement étudiante en Master en sciences infirmières à l'Université de Liège (ULiège). Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la représentation de la collaboration interprofessionnelle dans le suivi des patients diabétiques en milieu hospitalier. Mon objectif est de mieux comprendre comment les professionnels de santé, ici médecins et infirmiers, perçoivent cette collaboration, quels en sont selon eux les bénéfices, les limites, et les pistes d'amélioration. C'est dans ce cadre que je vous propose de réaliser un entretien aujourd'hui.

J'aimerais que cette discussion se déroule dans un climat de confiance. Vous êtes entièrement libre dans vos propos, et il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question, ou interrompre l'entretien sans aucune justification. L'échange sera strictement confidentiel.

Avec votre autorisation, je souhaiterais enregistrer notre conversation, afin de pouvoir la retranscrire par la suite. La transcription sera anonymisée, et l'enregistrement supprimé dès la fin de l'analyse des données. J'ai préparé une série de questions pour guider notre entretien, mais vous êtes bien entendu libre d'aborder d'autres aspects qui vous sembleraient pertinents ou importants en lien avec le sujet.

Avant de commencer, avez-vous des questions ? Et me donnez-vous votre accord pour démarrer l'enregistrement de cet entretien ?

CONTEXTE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE (QUESTION INTRODUCTIVE)

1) Comment s'organise la collaboration entre médecins et infirmiers dans le suivi des patients diabétiques au sein de votre structure ?

Relance :

- Existe-t-il des consultations conjointes ou d'autres modalités de collaboration ?

VISION PARTAGÉE

1) Dans votre pratique, comment définiriez-vous ce que signifie "travailler en interdisciplinarité" dans la prise en charge du diabète ?

Relances :

- Pouvez-vous me donner un exemple concret ?
- Quels professionnels sont concernés ?
- Est-ce différent d'une simple collaboration ?
- Qu'est-ce que cela change dans votre travail ?

2) Comment percevez-vous la façon dont les rôles des différents professionnels (infirmiers, médecins...) sont compris et partagés au sein de l'équipe ?

Relances :

- Existe-t-il une vision commune de ces rôles ?
- Cette répartition est-elle discutée, définie formellement, ou plutôt implicite ?
- Est-ce que cette perception évolue avec le temps ou selon les personnes ?

3) Diriez-vous qu'il existe des objectifs communs autour du patient ? Comment sont-ils définis ?

RÔLES ET INTERDÉPENDANCE

1) Comment les rôles sont-ils répartis actuellement entre médecins et infirmiers dans le suivi des patients diabétiques ?

2) Cette répartition vous semble-t-elle équilibrée ? Pourquoi ?

3) Observez-vous des situations où les rôles se recoupent ou manquent de clarté ?

4) Y a-t-il des domaines où l'un des professionnels (médecin ou infirmier) prend davantage l'initiative ?

GOVERNANCE / ORGANISATION DE LA COLLABORATION

1) Comment est organisée concrètement la collaboration entre médecins et infirmiers dans votre service ?

Relances :

- Existe-t-il un cadre formel ?
- Qui prend les décisions ?
- Y a-t-il un leadership identifié ?
- Cette organisation est-elle stable ou variable ?

2) Comment décririez-vous le fonctionnement global de la collaboration dans votre service ?

COMMUNICATION

1) Comment décririez-vous la qualité de la communication entre médecins et infirmiers dans votre pratique quotidienne ?

2) Quels outils ou supports utilisez-vous pour collaborer (dossier patient, protocoles, réunions...) ?

3) Ces outils vous semblent-ils suffisants et adaptés ?

4) Quelles modalités ou moments favorisent, selon vous, la communication entre professionnels dans le cadre du suivi des patients diabétiques ?

5) Avez-vous le sentiment que l'information circule efficacement ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

6) Existe-t-il des freins ou obstacles à la communication interprofessionnelle ? Comment les surmonter ?

RECONNAISSANCE ET CONFIANCE

1) Vous sentez-vous reconnu(e) et valorisé(e) dans votre rôle par vos collègues d'une autre profession ?

2) Comment se construit « la confiance » dans le travail interdisciplinaire selon vous ?

3) Quels éléments favorisent cette confiance mutuelle ? Et au contraire, qu'est-ce qui peut la fragiliser ?

REPRÉSENTATIONS GLOBALES

1) Selon vous, quels sont les bénéfices principaux d'une collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge du diabète ?

2) Quels impacts observez-vous (ou imaginez-vous) sur la qualité des soins ?

3) Y a-t-il des points à améliorer dans l'organisation actuelle des consultations mixtes ?

4) Quelles suggestions feriez-vous pour renforcer la collaboration entre médecins et infirmiers dans votre structure ?

CLÔTURE DE L'ENTRETIEN

Nous arrivons à la fin de cet entretien. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ou revenir sur un élément que nous n'aurions pas abordé et qui vous semblerait pertinent dans le cadre de cette étude ?

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé, pour la confiance que vous m'avez témoignée et pour la richesse de vos partages.

Si vous le souhaitez, je peux bien entendu vous faire parvenir un retour sur les résultats de l'étude une fois celle-ci finalisée ?

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 04/11/2025

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Laurène SMETS**
Service des **SCIENCES INFIRMIERES**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2025/586

"Regards croisés entre médecins et infirmiers spécialisés sur l'interdisciplinarité dans les consultations mixtes en diabétologie : une étude qualitative. "
Protocole :

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude et sa publication. Il vous recommande toutefois de prendre contact avec le Délégué à la protection des données de l'ULiège, Monsieur P-F. PIRLET (dpo@uliege.be), afin de vous assurer du respect de la réglementation en matière de protection des données.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Céline KEMPENEERS Pédiatre, CHU	
Madame Sophie KESSELER Infirmière, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, membre extérieure au CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Monsieur Jacques LOMBET Pédiatre, Citadelle	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacienne, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieure au CHU	

Annexe 4



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom..... SMETS Laure.....
Matricule étudiant : 5223.000.....

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 23/05/26

Signature

A stylized handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Laure Smets'.