

Urgences et soins intensifs : quelles sont les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle ?

Auteur : Damien, Clément

Promoteur(s) : Paquay, Méryl

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/25485>

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.

**URGENCES ET SOINS INTENSIFS : QUELLES SONT LES
ATTITUDES ENVERS LA COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLE ?**

Mémoire présenté par **Clément DAMIEN**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique 2025 - 2026

**URGENCES ET SOINS INTENSIFS : QUELLES SONT LES
ATTITUDES ENVERS LA COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLE ?**

Mémoire présenté par **Clément DAMIEN**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique 2025 -2026

Promotrice : madame Paquay Méryl

Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) DAMIEN Clément.....
Matricule étudiant : S221961.....

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 25 MAI 2026

Signature



Remerciements

Je tiens à remercier ma promotrice, Madame Méryl Paquay, pour son accompagnement tout au long de ce travail.

-

Merci à Madame Deschamps pour son aide précieuse concernant les analyses statistiques et ses conseils méthodologiques.

-

Je remercie également l'ensemble des professionnels ayant participé à cette étude, ainsi que les services ayant accepté la diffusion du questionnaire.

-

Enfin, merci à mes proches, à mes collègues ainsi qu'aux étudiants du master pour leur soutien, leurs encouragements et leur présence tout au long de cette formation.

Table des matières

Préambule	1
1. Introduction.....	2
1.1 L'importance de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé : une réponse aux défis actuels.	2
1.2 La collaboration interprofessionnelle : un levier pour la qualité des soins et le travail en équipe	2
1.3 La collaboration interprofessionnelle : une question d'attitudes ?.....	3
1.4 L'importance de construire une culture organisationnelle de collaboration	4
1.5 Les attitudes collaboratives : un enjeu pourtant peu exploré	5
2. Méthodes.....	7
2.1 Objectif et hypothèses	7
2.2 Design de l'étude	7
2.3 Population étudiée.....	7
2.4 Méthode de collecte des données	8
2.5 Questionnaire	9
2.6 Analyse statistique	10
2.6.1 Variables étudiées.....	10
2.6.2 Analyses statistiques	10
3. Résultats	13
3.1 Description de l'échantillon	13
3.2 Résultats des scores	14
3.3 Analyse du score global de collaboration interprofessionnelle	14
3.4 Dimension relationnelle de la collaboration interprofessionnelle	17
3.5 Dimension de responsabilisation de la collaboration interprofessionnelle.....	19
4. Discussion	22
4.1 La collaboration interprofessionnelle entre urgences et soins intensifs.....	22
4.2 L'expérience interservices comme levier de collaboration	23
4.3 La collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmiers	24
4.4 Autres facteurs associés aux attitudes collaboratives.....	24
4.5 Limites et interprétation globale	25
5. Conclusion.....	26
6. Bibliographie	27
7. Annexe.....	33

Table des illustrations

Tableau 1: Description de l'échantillon	13
Tableau 2: Scores moyens de l'échelle.....	14
Tableau 3: Régression univariée du score global	15
Tableau 4: Résultats de la régression multivariée du score global	16
Tableau 5: Résultats de l'analyse univariée du score relationnel	17
Tableau 6: Résultats de l'analyse multivariée du score relationnel.....	18
Tableau 7: Résultats de l'analyse univariée du score de responsabilisation.....	19
Tableau 8: Résultats de la régression multivariée du score de responsabilisation	20

Résumé

INTRODUCTION – La collaboration interprofessionnelle constitue un enjeu majeur pour les systèmes de santé, en particulier dans les environnements de soins critiques où la coordination entre professionnels est essentielle à la qualité et à la sécurité des soins. Malgré les bénéfices largement documentés, peu d'études se sont intéressées aux attitudes collaboratives entre les professionnels des urgences et des soins intensifs.

OBJECTIFS – L'objectif principal de cette étude est d'analyser les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle entre les professionnels des urgences et ceux des soins intensifs. Cette recherche vise également à explorer l'influence de différentes caractéristiques professionnelles et sociodémographiques sur ces attitudes.

METHODE – Cette étude quantitative a été réalisée auprès de médecins et d'infirmiers exerçant dans des hôpitaux de Wallonie. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire selon un échantillonnage non probabiliste de convenance. Le questionnaire comprenait des variables sociodémographiques et professionnelles ainsi qu'une adaptation d'une échelle validée : la Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC). Les analyses statistiques ont reposé sur des régressions linéaires univariées et multivariées des scores de la JeffSATIC.

RESULTATS – Les résultats des scores montrent des attitudes élevées envers la collaboration interprofessionnelle. Aucune différence significative n'a été observée entre les professionnels exerçant aux urgences et ceux travaillant en soins intensifs. En revanche, les professionnels exerçant dans les deux services présentaient des scores plus élevés.

CONCLUSION – Les résultats soulignent principalement l'importance de l'exposition à plusieurs environnements de soins comme levier potentiel de renforcement des attitudes collaboratives. Ces observations soutiennent le développement de stratégies favorisant les échanges interservices, les expériences professionnelles croisées et les dispositifs de formation interprofessionnelle afin d'améliorer durablement la collaboration entre les équipes d'urgences et de soins intensifs.

MOTS-CLÉS – Collaboration interprofessionnelle ; urgences ; soins intensifs ; attitudes collaboratives ; JeffSATIC

Abstract

INTRODUCTION – Interprofessional collaboration is essential in critical care settings, where coordination between professionals directly influences quality and patient safety. However, few studies have explored collaborative attitudes between emergency department and intensive care professionals.

OBJECTIVES – This study aimed to analyze attitudes toward interprofessional collaboration among emergency department and intensive care professionals and to explore the influence of professional and sociodemographic characteristics on these attitudes.

METHOD – A quantitative study was conducted among physicians and nurses working in hospitals in Wallonia, Belgium. Data were collected through a questionnaire based on a non-probability convenience sample. The questionnaire included sociodemographic and professional variables, as well as an adapted version of the Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC). Statistical analyses were based on univariate and multivariate linear regressions of the JeffSATIC scores.

RESULTS – Results showed high levels of attitudes toward interprofessional collaboration. No significant difference was found between professionals working in emergency departments and those working in intensive care units. However, professionals working across both departments reported higher collaboration scores.

CONCLUSION – The findings highlight the importance of exposure to multiple healthcare environments as a potential lever for strengthening collaborative attitudes. These observations support the development of strategies promoting interdepartmental exchanges and interprofessional training initiatives to improve collaboration between emergency and intensive care teams.

KEYWORDS – Interprofessional collaboration; emergency department; intensive care unit; collaborative attitudes; JeffSATIC.

Préambule

Dans un contexte hospitalier marqué par une complexification croissante des prises en charge, la collaboration interprofessionnelle occupe une place centrale dans la qualité et la sécurité des soins. Les environnements de soins critiques nécessitent une coordination rapide, une communication efficace et une coopération constante entre les différents professionnels de santé. Ces interactions sont particulièrement importantes lors des situations de transfert de patients critiques, où les décisions doivent être prises rapidement dans des contextes souvent marqués par l'incertitude et la pression temporelle. Malgré l'importance reconnue de la collaboration interprofessionnelle dans ces environnements, l'existence de tensions interprofessionnelles, de difficultés de communication ou de logiques de fonctionnement en silos peuvent influencer la coordination des soins et, potentiellement, la sécurité des patients.

Au cours de ma pratique infirmière, j'ai pu observer à quel point la qualité des interactions entre professionnels influence le fonctionnement quotidien des équipes de soins. Les collaborations entre les urgences et les soins intensifs représentent des situations particulièrement intéressantes, car elles mobilisent des équipes aux contraintes organisationnelles différentes mais fortement interdépendantes. Certaines situations favorisent des échanges fluides et une réelle coopération, tandis que d'autres mettent en évidence des incompréhensions, des divergences de priorités ou des difficultés liées à la répartition des responsabilités. Ces constats ont progressivement nourri mon intérêt pour les dynamiques de collaboration interprofessionnelle.

Ce mémoire s'inscrit également dans une réflexion plus large relevant de la santé publique. La collaboration interprofessionnelle est aujourd'hui reconnue comme un levier important d'amélioration de la qualité des soins, de la sécurité des patients et du fonctionnement des organisations de santé. Comprendre les facteurs associés aux attitudes collaboratives apparaît donc essentiel afin de développer des environnements de travail favorisant la coordination entre professionnels et l'amélioration des pratiques de soins. À travers cette étude, j'ai souhaité explorer les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle entre les services d'urgences et de soins intensifs, ainsi que certains facteurs professionnels et organisationnels susceptibles d'y être associés.

1. Introduction

1.1 L'importance de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé : une réponse aux défis actuels.

Les systèmes de santé mondiaux font face à une multitude de défis, notamment la pénurie de travailleurs de santé, le vieillissement de la population et la complexité croissante des soins. Dans ce contexte, l'OMS souligne l'importance de la collaboration interprofessionnelle (CIP) comme une solution clé pour améliorer la qualité des soins et la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé (1). Le rapport technique de l'OMS sur les ressources humaines en santé dans les pays en développement met en évidence la nécessité de réformer les systèmes éducatifs pour former des professionnels capables de répondre aux besoins croissants des populations (1). Cette réforme doit inclure la promotion de la coopération entre différentes professions de santé pour améliorer la qualité des soins et optimiser l'utilisation des ressources limitées.

1.2 La collaboration interprofessionnelle : un levier pour la qualité des soins et le travail en équipe

En rassemblant différentes expertises, la CIP permet de répondre plus efficacement aux besoins divers et complexes des patients, tout en renforçant les systèmes de santé (2). Plus précisément, les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle sont multiples et touchent à la fois les patients et les professionnels de santé.

Pour les patients, une telle approche améliore non seulement la qualité, la sécurité et la continuité des soins, mais aussi leur satisfaction face aux soins reçus (3,4). En effet, cela s'explique par une réduction des erreurs médicales, des traitements mieux adaptés aux besoins des patients ainsi qu'une prise en charge plus globale (3–6).

Pour les professionnels, la CIP favorise un meilleur environnement de travail avec un partage des connaissances et une gestion plus efficace des rôles au sein des équipes soignantes (7,8). Cela renforce la motivation des travailleurs de santé en créant des équipes plus cohésives (2,5,7,8). La collaboration interprofessionnelle (CIP) en santé est donc un levier essentiel pour améliorer la satisfaction des professionnels de santé (7). Dans cette optique, le Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice de l'organisation mondiale de

la santé (OMS) propose une série de recommandations visant à intégrer la collaboration interprofessionnelle dans la formation des travailleurs de santé (2). Afin d'assurer une approche coordonnée et efficace de la prise en charge des patients, l'OMS insiste sur l'importance de former des équipes interprofessionnelles dès le début de leur carrière (2). C'est la raison pour laquelle certaines études mettent l'accent sur l'éducation interprofessionnelle (EIP) car elle semble améliorer les attitudes et compétences collaboratives des étudiants ou des professionnels de santé (9–11). Ces études s'accordent sur la nécessité d'une intégration plus systématique de l'EIP dans les parcours de formation.

Toutefois, malgré les bénéfices largement documentés de la collaboration interprofessionnelle, la simple mise en présence de différents professionnels ne suffit pas nécessairement à garantir une collaboration efficace. Plusieurs travaux suggèrent que la qualité des interactions interprofessionnelles dépend également des attitudes des professionnels, de leurs représentations mutuelles ainsi que des dynamiques relationnelles et organisationnelles au sein des équipes de soins (12–16).

1.3 La collaboration interprofessionnelle : une question d'attitudes ?

Selon la théorie du comportement planifié, l'attitude envers un comportement (ici, la collaboration interprofessionnelle) joue un rôle déterminant dans l'intention d'adopter ce comportement (17). Cette attitude est influencée par les expériences antérieures mais aussi par les croyances individuelles sur les bénéfices perçus avec leurs coûts ou contraintes associés (17).

Parmi les attitudes clés, l'ouverture d'esprit est fondamentale car elle permet de reconnaître et de valoriser les compétences des autres professionnels, même lorsqu'ils exercent dans un champ différent (18). Cette reconnaissance favorise un climat de confiance, où chaque membre de l'équipe se sent légitime pour partager son point de vue (18). Cela permet de clarifier les rôles de chacun, comprendre les différences culturelles et la structure hiérarchique, favorisant ainsi la CIP (13,15,16,19).

Le respect mutuel est également essentiel. Il se manifeste par l'écoute active, l'égalité dans les échanges et l'absence de jugement (20,21). Sans ce respect, les dynamiques de pouvoir peuvent compromettre la participation de certains membres, limitant ainsi l'efficacité du travail en équipe (20).

Une autre recherche place le développement de l'empathie interprofessionnelle comme étant un facteur clé de la qualité du travail en équipe (22). Ce modèle met en avant l'importance des interactions conscientes, de la communication dialogique, de la négociation des différences et du développement d'un esprit collectif. Ces éléments favorisent ainsi une collaboration plus humaine et efficace entre professionnels (22).

1.4 L'importance de construire une culture organisationnelle de collaboration

La culture a également une grande importance dans l'instauration de la collaboration interprofessionnelle. Un leadership orienté vers la collaboration et un soutien institutionnel sont cruciaux pour instaurer une culture de collaboration (14). La "centralité", le "leadership", la "connectivité" et la "formalisation" sont des dimensions essentielles pour structurer la CIP (23). Une piste pour favoriser ces dimensions est la création de réunions interprofessionnelles régulières, comme les rencontres interdisciplinaires quotidiennes (12). Enfin, la volonté de coopérer, c'est-à-dire d'agir ensemble pour atteindre un objectif commun, constitue le socle de la collaboration (24). Elle suppose de dépasser les logiques individuelles ou institutionnelles pour se concentrer sur le bien-être du patient. Malgré ces principes collaboratifs largement promus dans les systèmes de santé, plusieurs travaux montrent que les relations interprofessionnelles restent influencées par des logiques de groupe, des hiérarchies professionnelles et des cultures organisationnelles propres aux différents services hospitaliers (13,14,25,26).

Plusieurs travaux en sociologie hospitalière décrivent l'existence de phénomènes de « tribalisme clinique » au sein des organisations de soins (25,27,28). Ce concept renvoie à la tendance des professionnels de santé à développer une forte identité de groupe centrée sur leur profession ou leur unité de travail. Cette identité collective peut renforcer la cohésion interne des équipes, mais elle peut également produire des frontières symboliques entre services et favoriser des dynamiques implicites de type « nous/eux » (25). Dans les environnements de soins critiques, ces phénomènes peuvent être accentués par les contraintes organisationnelles, la pression décisionnelle et la nécessité de défendre les priorités propres à chaque unité (29,30). Les équipes d'urgences et de soins intensifs partagent un objectif commun de prise en charge des patients critiques, mais elles ne fonctionnent pas selon les mêmes temporalités ni les mêmes logiques organisationnelles. Les urgences

privilégient une gestion rapide du flux de patients et des décisions immédiates dans un contexte d'incertitude diagnostique, tandis que les soins intensifs s'inscrivent davantage dans une logique de surveillance prolongée, de stabilisation et de coordination multidisciplinaire continue. Ces différences peuvent favoriser l'émergence de représentations réciproques parfois négatives. Certaines études qualitatives rapportent l'existence de perceptions divergentes entre équipes de soins critiques concernant les priorités cliniques, les modalités de prise en charge et l'organisation du travail interprofessionnel (25,31). Ces divergences peuvent favoriser des incompréhensions réciproques, des tensions relationnelles ou des difficultés de coordination entre services. Même lorsque ces représentations ne sont pas exprimées ouvertement, elles peuvent influencer les interactions interprofessionnelles, les processus de transmission et les négociations autour des décisions cliniques (30,32–34). Le tribalisme clinique ne traduit pas nécessairement une opposition volontaire entre professionnels, mais plutôt la manière dont les contraintes organisationnelles et les cultures de service façonnent progressivement les identités collectives au sein des équipes hospitalières (25,26). Dans cette perspective, les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle peuvent être influencées non seulement par les caractéristiques individuelles des professionnels, mais également par leur degré d'appartenance à une culture de service spécifique (25,26,35).

1.5 Les attitudes collaboratives : un enjeu pourtant peu exploré

Malgré l'importance des attitudes envers la collaboration interprofessionnelle dans les environnements de soins critiques, les recherches portant spécifiquement sur les perceptions collaboratives entre les professionnels des urgences et des soins intensifs restent limitées. La littérature s'intéresse principalement aux dimensions organisationnelles, aux processus de transmission ou aux enjeux de sécurité des soins, tandis que les dimensions relationnelles, psychologiques et attitudinales de la collaboration demeurent encore peu explorées dans les interactions entre ces deux services (33,36–38). De plus, peu d'études ont spécifiquement comparé les perceptions collaboratives des infirmiers et des médecins travaillant aux urgences et en soins intensifs, alors même que ces environnements présentent des cultures de service et des contraintes organisationnelles susceptibles d'influencer les dynamiques interprofessionnelles. C'est la raison pour laquelle cette étude s'inscrit dans une approche centrée sur les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle. Cette perspective permet

d'explorer la collaboration non seulement comme une organisation du travail, mais également comme un phénomène relationnel influencé par les représentations professionnelles, les cultures de service et les dynamiques intergroupes. L'objectif de ce travail est donc de répondre à la question de recherche suivante : Existe-t-il une différence d'attitudes envers la collaboration interprofessionnelle entre les services des urgences et des soins intensifs ?

2. Méthodes

2.1 Objectif et hypothèses

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels exerçant aux urgences et en soins intensifs. L'hypothèse principale postule l'existence d'une différence d'attitudes entre les professionnels des urgences et ceux des soins intensifs. Ce travail permet aussi d'identifier les différences éventuelles selon la profession et les caractéristiques professionnelles. En répondant à ces hypothèses, cette étude permet de contribuer à une meilleure compréhension des leviers susceptibles d'améliorer la collaboration dans les environnements de soins critiques.

2.2 Design de l'étude

Il s'agit d'une recherche quantitative, observationnelle et transversale. Le choix d'un devis quantitatif se justifie par l'objectif de mesurer les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle à l'aide de scores standardisés. Le caractère observationnel de l'étude signifie qu'aucune intervention n'a été réalisée auprès des participants. Par conséquent, les données recueillies reflètent leurs perceptions déclarées au moment de la collecte. Le devis transversal permet de mesurer simultanément les caractéristiques des participants et leurs attitudes envers la collaboration interprofessionnelle à un moment donné. Ce type de design est adapté à une étude exploratoire visant à comparer des groupes professionnels. Il permet également d'identifier des associations entre certaines caractéristiques professionnelles et des scores. En revanche, ce design ne permet pas d'établir de relation causale entre les variables étudiées. Les résultats doivent donc être interprétés comme des associations statistiques et non comme des relations de cause à effet.

2.3 Population étudiée

La population étudiée comprenait exclusivement des médecins et des infirmiers. Le choix de se limiter à ces deux professions s'explique par leur rôle central et complémentaire dans la prise en charge des patients dans les environnements de soins aigus. De plus, ces professions sont celles dont les interactions interprofessionnelles sont les plus fréquentes dans la pratique clinique quotidienne. Cette approche permet donc de se concentrer sur les dynamiques interprofessionnelles les plus structurantes et de limiter l'hétérogénéité liée à l'inclusion d'autres professions de santé. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient être

diplômés en soins infirmiers ou en médecine et exercer dans un service d'urgence ou de soins intensifs au moment de répondre au questionnaire. Les professionnels n'exerçant pas directement au chevet du patient, notamment les chefs de service à temps plein, étaient exclus de l'étude.

2.4 Méthode de collecte des données

Le recrutement repose sur un échantillonnage non probabiliste de convenance. Il est important de garder à l'esprit que cette méthode expose à un risque de biais de sélection. En effet, les professionnels les plus sensibilisés aux enjeux de collaboration interprofessionnelle peuvent être davantage enclins à participer à l'étude. L'étude a été réalisée auprès de professionnels exerçant dans des hôpitaux situés en Wallonie. La totalité des établissements ont été contactés et ont accepté de participer à la recherche, à l'exception d'un hôpital ayant refusé la diffusion du questionnaire auprès de ses équipes. La collecte des données s'est déroulée entre le 27 janvier 2026 et le 15 mars 2026. Le questionnaire a été diffusé sous format électronique via la plateforme Framiforms. La diffusion du questionnaire a été réalisée par l'intermédiaire de courriels institutionnels, de réseaux professionnels ainsi que par des contacts au sein des services d'urgences et de soins intensifs. Les participants pouvaient accéder librement au questionnaire via un lien électronique ou un QR code. Les réponses collectées via Framiforms ont été exportées sous format Microsoft Excel. Une première phase de gestion des données a été réalisée dans Excel afin de vérifier la cohérence, d'identifier d'éventuelles erreurs de saisie et d'effectuer le recodage des items inversés du questionnaire. Après vérification, 25 réponses ont été écartées. Les analyses statistiques ont ensuite été réalisées à l'aide du logiciel R via l'interface R Commander.

Le traitement des données a été effectué conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Les données ont été collectées de manière confidentielle et utilisées exclusivement à des fins de recherche. Le consentement des participants était implicite lors de la soumission du questionnaire, et aucune donnée nominative n'a été recueillie. De plus, l'étude a obtenu un avis favorable du comité d'éthique. Cet avis est disponible dans les annexes.

2.5 Questionnaire

Le questionnaire est structuré en deux parties. La première partie porte sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants : profession, sexe, spécialité exercée, ancienneté, type d'hôpital, temps de travail ainsi que l'expérience professionnelle antérieure. Ces variables ont été sélectionnées sur base de la littérature portant sur les facteurs susceptibles d'influencer les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle (25,26,39). La seconde partie reposait sur une adaptation d'une échelle validée : la Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC) (40,41). Il s'agit d'un instrument développé afin d'évaluer les attitudes des professionnels de santé envers la collaboration interprofessionnelle. Cette échelle a été utilisée dans plusieurs études portant sur les relations interprofessionnelles (40–42).

Le questionnaire comprend 20 items cotés sur une échelle de Likert en 7 points allant de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord ». L'échelle explore deux dimensions des attitudes envers la collaboration interprofessionnelle : une dimension relationnelle (REL) et une dimension de responsabilisation (RES). La dimension relationnelle (REL) explore principalement les représentations liées à la qualité des interactions interprofessionnelles. Elle regroupe des items portant sur le respect mutuel, la communication, la reconnaissance des compétences des autres professionnels, le travail en équipe ainsi que la coopération dans la prise en charge des patients. Cette dimension vise donc à évaluer la perception de la collaboration comme processus relationnel et collectif. La dimension de responsabilisation (RES) s'intéresse davantage aux représentations liées au partage des responsabilités professionnelles, à l'autonomie des différents acteurs de soins ainsi qu'aux rapports hiérarchiques entre professions. Les items de cette dimension explorent notamment les croyances concernant la prise de décision collaborative, la remise en question des décisions professionnelles et la place des différentes disciplines dans l'organisation des soins. Ces deux dimensions permettent d'explorer différentes composantes des attitudes envers la collaboration interprofessionnelle : l'une davantage centrée sur les interactions humaines et relationnelles, l'autre sur les représentations organisationnelles et professionnelles du travail collaboratif.

Trois scores ont ensuite été calculés : le score de la dimension relationnelle, le score de la dimension de responsabilisation et le score global, correspondant à la somme des deux

dimensions. Des scores élevés traduisent des attitudes plus favorables envers la collaboration interprofessionnelle. Pour ce faire, les items 13 à 20 étant formulés négativement, un recodage inverse a été effectué avant le calcul des scores afin que des scores élevés correspondent systématiquement à des attitudes plus favorables envers la collaboration interprofessionnelle.

2.6 Analyse statistique

2.6.1 Variables étudiées

Les variables étudiées comprennent des variables dépendantes correspondant aux scores de l'échelle ainsi que des variables indépendantes sociodémographiques et professionnelles.

Les variables dépendantes correspondant aux scores issus du questionnaire JeffSATIC sont :

- le score de la dimension relationnelle ;

- le score de la dimension de responsabilisation ;

- le score global de collaboration interprofessionnelle.

Les variables indépendantes sont au nombre de sept. Il s'agit de la profession exercée (médecin ou infirmier), du sexe, de la spécialité exercée (urgences, soins intensifs ou les deux services), du type d'hôpital (universitaire ou non universitaire), du temps de travail (temps plein ou temps partiel), de l'ancienneté professionnelle et de l'existence d'une expérience professionnelle antérieure dans un autre service.

2.6.2 Analyses statistiques

Concernant la description des variables, les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne et écart-type tandis que les variables qualitatives sont décrites par leurs effectifs et pourcentages.

La distribution des scores REL, RES et GLOB a été évaluée à l'aide du test de normalité de Shapiro-Wilk complété par une analyse visuelle des histogrammes et des Q-Q plots. L'évaluation de la normalité a permis de déterminer l'utilisation de tests paramétriques ou non paramétriques selon la distribution des variables étudiées.

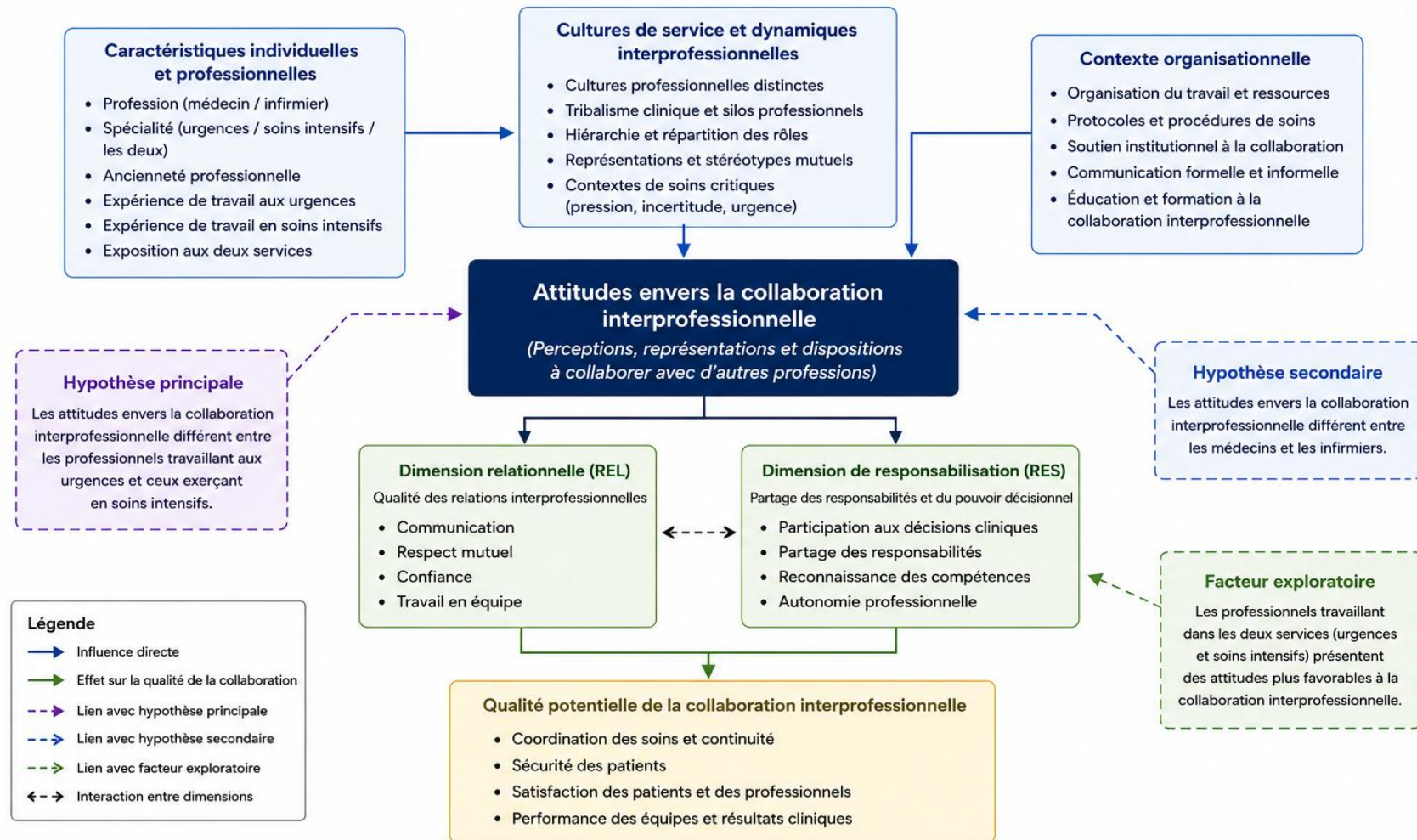
Des régressions linéaires univariées ont ensuite été réalisées afin d'estimer l'effet de chaque variable indépendante sur le score global, relationnel et de responsabilisation. Ces analyses permettaient de quantifier l'association entre chaque variable explicative et les scores de

collaboration interprofessionnelle à l'aide des coefficients β . Les coefficients β représentent la variation moyenne du score étudié par rapport à la catégorie de référence. Ensuite, une régression linéaire multivariée a été réalisée. Les variables introduites dans les modèles multivariés étaient sélectionnées sur base de leur significativité lors des analyses univariées. Cette approche permettait d'évaluer l'existence d'associations indépendantes tout en contrôlant les effets de confusion potentiels entre les variables étudiées. Un test de Fischer a été réalisé afin de déterminer la significativité du modèle multivarié. Enfin, un R^2 ajusté a été calculé afin d'estimer le pourcentage de variabilité du modèle multivarié.

Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$. La cohérence interne de l'échelle a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach pour les différentes dimensions et le score global.

Schéma conceptuel de l'étude

Modèle des facteurs associés aux attitudes envers la collaboration interprofessionnelle dans les services d'urgences et de soins intensifs



Ce modèle est inspiré des recommandations de l'OMS (1,2) et des cadres théoriques de la collaboration interprofessionnelle (12-16,21,23-25,30-33,41-45).

3. Résultats

Cette partie présente l'ensemble des résultats issus de cette étude. Après une description des caractéristiques principales de l'échantillon et des scores de collaboration interprofessionnelle, les analyses explorent les associations entre les attitudes collaboratives et les différentes variables étudiées. L'hypothèse principale, portant sur l'existence d'une différence d'attitudes envers la collaboration interprofessionnelle entre les urgences et les soins intensifs, est d'abord examinée. Les analyses s'intéressent ensuite à l'influence de la profession ainsi qu'à plusieurs caractéristiques professionnelles et sociodémographiques sur les dimensions relationnelle et de responsabilisation de la collaboration interprofessionnelle.

3.1 Description de l'échantillon

Au total, 264 professionnels de santé ont été inclus dans l'étude, dont 79,9 % d'infirmiers et 20,1 % de médecins. L'échantillon comprenait 57,2 % de femmes. Les participants étaient répartis entre les soins intensifs (42,0 %), les urgences (40,5 %) et les deux services (17,4 %). La majorité exerçait dans un hôpital non universitaire (76,1 %) et travaillait à temps plein (72,7 %). L'ancienneté moyenne était de 13,19 ans. L'ensemble des caractéristiques de l'échantillon est repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Description de l'échantillon

Variable	$\mu \pm SD$	<i>n</i> (%)
Répondant		264 (100)
Profession		
Médecin		53 (20,1)
Infirmier		211 (79,9)
Sexe		
Homme		113 (42,8)
Femme		151 (57,2)
Spécialité		
Urgences		107 (40,5)
Soins intensifs		111 (42,0)
Les deux		46 (17,4)
Type d'hôpital		

<i>Universitaire</i>	63 (23,9)
<i>Non universitaire</i>	201 (76,1)
Temps de travail	
<i>Temps plein</i>	192 (72,7)
<i>Temps partiel</i>	72 (27,3)
Ancienneté (années)	13,19 ± 10,97

3.2 Résultats des scores

Le score global moyen de collaboration interprofessionnelle est de 120,1 sur un score maximal possible de 140. Cela suggère des attitudes globalement favorables envers la collaboration interprofessionnelle au sein de l'échantillon étudié. Les scores moyens des dimensions relationnelle et de responsabilisation étaient respectivement de 75,1 sur 84 et de 45,0 sur 56. Ces niveaux indiquent que les participants rapportent des perceptions positives tant concernant la qualité des interactions interprofessionnelles que le partage des responsabilités professionnelles.

Tableau 2: Scores moyens de l'échelle

Score	$\mu \pm SD$	Min–Max
<i>REL</i>	75,1 ± 7,6	44–84
<i>RES</i>	45,0 ± 5,9	30–56
<i>GLOB</i>	120,1 ± 11,5	86–140

Les coefficients alpha de Cronbach étaient de 0,867 pour le score global (GLOB), de 0,741 pour la dimension relationnelle (REL) et de 0,863 pour le score de responsabilisation (RES). La dimension de responsabilisation ainsi que le score global présentent une cohérence interne élevée, tandis que la dimension relationnelle montre une cohérence interne jugée acceptable selon les standards habituellement utilisés en psychométrie.

3.3 Analyse du score global de collaboration interprofessionnelle

Des régressions linéaires univariées ont été réalisées afin d'évaluer l'association entre chaque variable et le score global de collaboration interprofessionnelle. Le tableau 3 reprend l'ensemble des résultats de l'analyse.

Tableau 3: Régression univariée du score global

<i>Variable</i>	<i>Modalité (réf.)</i>	<i>$\beta \pm SE$</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>p</i>
<i>Profession</i>	Médecin (réf.)	—	—	—
	Infirmier	5,21 $\pm$ 1,98	[1,32 ; 9,10]	0,0089
<i>Sexe</i>	Homme (réf.)	—	—	—
	Femme	3,84 $\pm$ 1,63	[0,64 ; 7,04]	0,0194
<i>Spécialité</i>	Urgences (réf.)	—	—	—
	Soins intensifs	2,10 $\pm$ 1,72	[-1,28 ; 5,48]	NS
	Les deux	9,02 $\pm$ 1,68	[5,73 ; 12,31]	<0,001
<i>Expérience antérieure</i>	Aucune (réf.)	—	—	—
	Urgences	7,12 $\pm$ 2,89	[1,45 ; 12,79]	0,014
	Soins intensifs	3,01 $\pm$ 2,10	[-1,11 ; 7,13]	NS
	Autre	1,22 $\pm$ 1,95	[-2,60 ; 5,04]	NS
<i>Ancienneté</i>	—	-0,18 $\pm$ 0,06	[-0,30 ; -0,06]	0,0052
<i>Type d'hôpital</i>	Universitaire (réf.)	—	—	—
	Non universitaire	0,92 $\pm$ 1,85	[-2,71 ; 4,55]	0,6028
<i>Temps de travail</i>	Temps plein (réf.)	—	—	—
	Temps partiel	1,34 $\pm$ 1,86	[-2,31 ; 4,99]	0,4749

Une association significative était observée entre le score global de collaboration interprofessionnelle et la profession. En effet, les infirmiers présentaient un score moyen significativement plus élevé que les médecins ($p = 0,0089$). Le sexe était également associé de manière significative au score global, avec des scores plus élevés chez les femmes que chez les hommes ($p = 0,0194$). Concernant la spécialité, les professionnels exerçant dans les deux services présentaient un score global significativement plus élevé que ceux travaillant uniquement aux urgences ($p < 0,001$). Par contre, aucune différence significative n'était observée entre les professionnels exerçant uniquement en soins intensifs et ceux travaillant uniquement aux urgences. Une expérience antérieure aux urgences était associée à un score global plus élevé que l'absence d'expérience antérieure ($p = 0,014$). Cependant, une expérience antérieure aux soins intensifs ou dans une autre spécialité n'est pas significativement associée au score global de collaboration. Les résultats significatifs ont été

trouvés pour la variable ancienneté ($p = 0,0052$). Cette dernière était négativement associée au score global, indiquant une diminution du score avec un nombre d'années d'expérience plus élevé. Enfin, aucune association significative n'était observée avec le type d'hôpital ni avec le temps de travail car les p -valeurs étaient supérieures à 0,05.

Les analyses multivariées ont permis d'identifier les facteurs associés aux attitudes envers la collaboration interprofessionnelle en prenant en compte toutes les variables significatives du modèle univarié. Le modèle multivarié était statistiquement significatif ($p < 0,001$), indiquant qu'au moins une des variables incluses contribue significativement à l'explication du score global de collaboration interprofessionnelle. L'ensemble des résultats du modèle sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Résultats de la régression multivariée du score global

Variable	Modalité (réf.)	Univariée p	Multivariée $\beta \pm SE$	IC 95 %	p
<i>Profession</i>	Médecin	0,0089	-2,82 $\pm$ 1,76	[-6,28 ; 0,64]	0,1087
<i>Sexe</i>	Homme	0,0194	0,15 $\pm$ 1,49	[-2,78 ; 3,08]	0,9172
<i>Spécialité</i>	Urgences (réf.)	<0,001	—	—	—
	Soins intensifs	—	-1,80 $\pm$ 1,78	[-5,29 ; 1,69]	0,3141
	Les deux	—	8,34 $\pm$ 1,60	[5,21 ; 11,46]	<0,001
<i>Expérience antérieure</i>	Aucune (réf.)	0,0359	—	—	—
	Urgences	—	6,19 $\pm$ 3,01	[0,30 ; 12,09]	0,0396
	Soins intensifs	—	-3,27 $\pm$ 2,63	[-8,42 ; 1,88]	0,2133
	Autre	—	1,07 $\pm$ 1,57	[-2,01 ; 4,15]	0,4946
<i>Ancienneté</i>	—	0,0052	-0,095 $\pm$ 0,070	[-0,23 ; 0,04]	0,1782
<i>Type d'hôpital</i>	Universitaire	0,6028	—	—	—
<i>Temps de travail</i>	Temps plein	0,4749	—	—	—

Pour la spécialité, les professionnels exerçant à la fois aux urgences et en soins intensifs présentaient des scores significativement plus élevés que ceux travaillant uniquement aux urgences ($p < 0,001$). La deuxième variable significative du modèle est l'expérience antérieure aux urgences. Avoir une expérience précédente aux urgences est associée à un score moyen

plus élevé ($p = 0,0396$) que les professionnels n'ayant pas d'expérience. A contrario, avoir une expérience aux soins intensifs ou dans une autre spécialité n'est pas associé de manière significative au score global de collaboration ($p > 0,05$). Les variables « profession », « sexe » et « ancienneté professionnelle » ont des p-valeurs supérieures à 0,05. Cela signifie que ces variables ne sont plus statistiquement significatives lorsque toutes les variables sont prises en compte. Le R^2 ajusté du modèle est de 0,124. Autrement dit, 12,4 % de la variabilité du score global de collaboration interprofessionnelle est expliquée par ce modèle.

3.4 Dimension relationnelle de la collaboration interprofessionnelle

Le score de la dimension relationnelle a été testé avec chacune des sept variables. Le tableau 5 reprend l'ensemble des résultats de cette analyse univariée.

Tableau 5: Résultats de l'analyse univariée du score relationnel

<i>Variable</i>	<i>Modalité (réf.)</i>	<i>$\beta \pm SE$</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>p</i>
<i>Profession</i>	Médecin (réf.)	—	—	—
<i>Sexe</i>	Homme (réf.)	2,45 ± 1,05	[0,38 ; 4,52]	0,0207
<i>Spécialité</i>	Urgences (réf.)	—	—	—
	Soins intensifs	1,85 ± 1,02	[-0,15 ; 3,85]	0,071
	Les deux	6,12 ± 1,38	[3,41 ; 8,83]	<0,001
<i>Expérience antérieure</i>	Aucune (réf.)	—	—	—
	Urgences	2,01 ± 1,64	[-1,20 ; 5,22]	0,222
	Soins intensifs	1,22 ± 1,21	[-1,15 ; 3,59]	0,313
	Autre	0,88 ± 1,03	[-1,14 ; 2,90]	0,393
<i>Ancienneté</i>	—	-0,11 ± 0,04	[-0,19 ; -0,03]	0,0061
<i>Type d'hôpital</i>	Universitaire (réf.)	0,55 ± 1,07	[-1,54 ; 2,64]	0,610
<i>Temps de travail</i>	Temps plein (réf.)	0,71 ± 1,08	[-1,41 ; 2,83]	0,510

Le sexe est associé de manière significative au score de la dimension relationnelle de la collaboration interprofessionnelle ($p = 0,0207$). En effet, les femmes présentent des scores déclarés plus élevés pour la dimension relationnelle que les hommes. La spécialité est aussi associée significativement au score relationnel. Les professionnels exerçant dans les deux services présentaient un score plus élevé pour cette dimension que ceux travaillant uniquement aux urgences ($p < 0,001$). Par contre, exercer uniquement aux soins intensifs n'augmente pas de manière significative le score par rapport à un professionnel qui travaille aux urgences ($p = 0,071$). L'ancienneté est négativement associée à la dimension relationnelle ($p = 0,0061$). Avec une année d'ancienneté plus élevée, le modèle indique un score moyen plus faible de 0,11. La profession, l'expérience antérieure, le type d'hôpital et le temps de travail ne sont pas associés de manière significative au score relationnel car les p-valeurs obtenues sont supérieures à 0,05.

Le modèle multivarié qui comprend les trois variables significatives en analyse univariée a obtenu une p-valeur $< 0,001$. Ce modèle comporte donc au moins une variable qui explique le score de la dimension relationnelle. Les résultats du modèle sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6: Résultats de l'analyse multivariée du score relationnel

Variable	Modalité (réf.)	$\beta \pm SE$	IC 95 %	p
Sexe	Homme (réf.)	1,12 $\pm$ 0,96	[-0,77 ; 3,01]	0,244
	Femme			
Spécialité	Urgences (réf.)	—	—	—
	Soins intensifs	0,98 $\pm$ 0,94	[-0,86 ; 2,82]	0,300
	Les deux	5,54 $\pm$ 1,29	[3,01 ; 8,07]	<0,001
Ancienneté	—	-0,05 $\pm$ 0,04	[-0,13 ; 0,03]	0,214

Lorsque toutes les variables sont prises en compte, seuls les professionnels exerçant dans les deux services présentaient des scores significativement plus élevés pour la dimension relationnelle que ceux travaillant uniquement aux urgences ($p < 0,001$). Un professionnel qui travaille uniquement aux soins intensifs n'est pas associé de manière significative à un score

relationnel plus élevé qu'un professionnel travaillant aux urgences ($p = 0,3$). De même, les autres variables « sexe » et « ancienneté » ont des p-valeurs de 0,244 et à 0,214. Ce qui signifie qu'elles ne sont pas associées de manière significative au score relationnel dans ce modèle. Le R^2 ajusté du modèle est de 0,074. 7,4% de la variabilité du score relationnel est donc expliquée par le modèle multivarié.

3.5 Dimension de responsabilisation de la collaboration interprofessionnelle

L'ensemble des résultats de la régression univariée du score de la dimension de responsabilisation sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7: Résultats de l'analyse univariée du score de responsabilisation

<i>Variable</i>	<i>Modalité (réf.)</i>	<i>$\beta \pm SE$</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>p</i>
<i>Profession</i>	Médecin (réf.)	—	—	—
	Infirmier	$3,05 \pm 1,02$	[1,02 ; 5,08]	0,0030
	Homme (réf.)	—	—	—
<i>Sexe</i>	Femme	$1,39 \pm 0,88$	[-0,34 ; 3,12]	0,115
<i>Spécialité</i>	Urgences (réf.)	—	—	—
	Soins intensifs	$0,72 \pm 0,91$	[-1,06 ; 2,50]	0,430
	Les deux	$3,21 \pm 0,76$	[1,72 ; 4,70]	<0,001
<i>Expérience antérieure</i>	Aucune (réf.)	—	—	—
	Urgences	$2,84 \pm 1,45$	[-0,01 ; 5,69]	0,051
	Soins intensifs	$1,61 \pm 1,07$	[-0,48 ; 3,70]	0,130
	Autre	$0,35 \pm 0,91$	[-1,44 ; 2,14]	0,700
<i>Ancienneté</i>	—	$-0,07 \pm 0,03$	[-0,13 ; -0,01]	0,0187
<i>Type d'hôpital</i>	Universitaire (réf.)	$0,37 \pm 0,94$	[-1,47 ; 2,21]	0,690
<i>Temps de travail</i>	Temps plein (réf.)	$0,63 \pm 0,95$	[-1,23 ; 2,49]	0,510

La profession est la première variable significativement associée au score de responsabilisation ($p = 0,0030$). Les infirmiers présentent des scores plus élevés pour la dimension de responsabilisation que les médecins. Les professionnels exerçant dans les deux services présentaient également un score significativement plus élevé que ceux travaillant uniquement aux urgences ($p < 0,001$). Par contre, travailler uniquement aux soins intensifs n'augmente pas le score de responsabilisation de manière significative par rapport aux professionnels qui travaillent uniquement aux urgences. L'ancienneté est associée de manière significative à la dimension de responsabilisation ($p = 0,0187$). Le modèle montre que les professionnels ont un score moyen plus petit si le nombre d'années d'ancienneté est plus élevé. Les autres variables « Sexe », « expérience antérieure », « type d'hôpital » et « temps de travail » obtiennent des p-valeurs supérieures à 0,05. Ces dernières ne sont donc pas associées de manière significative au score de responsabilisation.

Le modèle multivarié qui reprend les variables significatives en univarié obtient une p-valeur $< 0,001$. Au moins une des variables comprises dans le modèle est associée au score de responsabilisation. Les résultats sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8: Résultats de la régression multivariée du score de responsabilisation

Variable	Modalité (réf.)	$\beta \pm SE$	IC 95 %	p
Profession	Médecin (réf.)	—	—	—
	Infirmier	$2,10 \pm 1,03$	[0,08 ; 4,12]	0,041
Spécialité	Urgences (réf.)	—	—	—
	Soins intensifs	$-2,08 \pm 1,01$	[-4,06 ; -0,10]	0,039
	Les deux	$2,80 \pm 0,83$	[1,17 ; 4,43]	<0,001
Ancienneté	—	$-0,04 \pm 0,03$	[-0,10 ; 0,02]	0,180

Lorsque les trois variables sont prises en compte, la variable « profession » est significativement associée au score de responsabilisation ($p = 0,041$). Être infirmier augmente en moyenne de 2,10 le score de responsabilisation par rapport au score moyen des médecins. Pour la spécialité, les professionnels qui travaillent uniquement aux soins intensifs sont

significativement associés à un score de responsabilisation plus faible que les professionnels qui travaillent uniquement aux urgences ($p = 0,039$). Par contre, exercer dans les deux services est significativement associé à un score plus élevé que les professionnels travaillant uniquement aux urgences ($p < 0,001$). Enfin, la variable ancienneté n'est plus associée de manière significative au score de responsabilisation dans ce modèle ($p = 0,180$). Le R^2 ajusté de ce modèle multivarié est de 0,13. Il y a donc 13% de la variabilité du score de responsabilisation qui est expliquée par ce modèle.

4. Discussion

Cette étude avait pour objectif d'explorer les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle. Elle visait plus particulièrement à analyser les différences entre les professionnels des urgences et ceux des soins intensifs. Ce travail devait aussi permettre d'identifier certains facteurs professionnels et sociodémographiques susceptibles d'influencer les attitudes collaboratives.

4.1 La collaboration interprofessionnelle entre urgences et soins intensifs

Les résultats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse principale selon laquelle il existe une différence d'attitude collaborative entre les urgences et les soins intensifs.

Cette absence de différence ne signifie pas nécessairement que les deux environnements fonctionnent de manière identique ni qu'aucune tension interprofessionnelle n'existe entre eux. Elle suggère plutôt qu'il n'existe pas, dans cet échantillon, d'asymétrie nette dans la manière dont les professionnels des urgences et des soins intensifs perçoivent leur collaboration mutuelle. Pourtant, une différence d'attitudes collaboratives entre les deux services pouvait être attendue. En effet, la littérature décrit la présence de phénomènes de silos professionnels et de clinical tribalism dans les organisations de soins (25,26). Ces dynamiques peuvent favoriser des frontières symboliques entre groupes professionnels tout en renforçant la cohésion interne des équipes (26,33). Une explication possible des résultats obtenus réside dans les caractéristiques communes aux deux environnements étudiés. Les urgences et les soins intensifs sont tous deux décrits comme des contextes de soins dynamiques, nécessitant une coordination rapide, une forte interdépendance entre professionnels et une vigilance constante en matière de sécurité des patients (32,43,44). Ces contraintes communes pourraient contribuer au développement de représentations relativement similaires du travail collaboratif. Cette interprétation est cohérente avec l'absence de différence observée pour la dimension relationnelle de la collaboration, qui portait notamment sur la communication, le respect mutuel et le travail en équipe.

Toutefois, les attitudes déclarées envers la collaboration ne reflètent pas nécessairement l'ensemble des dynamiques relationnelles observées dans la pratique clinique quotidienne. Plusieurs études montrent que des tensions organisationnelles ou interprofessionnelles

peuvent persister malgré des perceptions globalement favorables du travail collaboratif (33,36). Le tribalisme clinique pourrait ainsi être davantage situationnel ou contextuel, notamment lors de situations de surcharge, de désaccords autour des admissions ou de transferts complexes de patients critiques.

4.2 L'expérience interservices comme levier de collaboration

Le résultat le plus marquant de cette étude concerne les professionnels exerçant dans les deux services. Ces derniers présentaient des attitudes plus favorables envers la collaboration interprofessionnelle, tant pour le score global de collaboration que pour les dimensions relationnelle et de responsabilisation.

Ce résultat suggère que la familiarité avec plusieurs environnements de soins pourrait jouer un rôle important dans le développement des attitudes collaboratives. Autrement dit, ce n'est peut-être pas uniquement l'appartenance aux urgences ou aux soins intensifs qui influence les attitudes envers la collaboration, mais davantage le degré de connaissance concrète de l'environnement de l'autre. Cette interprétation rejoint les travaux portant sur les frontières symboliques entre groupes professionnels. Plusieurs auteurs suggèrent que l'exposition répétée à d'autres équipes favorise une meilleure compréhension des rôles, réduit les stéréotypes interprofessionnels et améliore la confiance entre professionnels (25,26,35). Ces résultats apparaissent également cohérents avec les travaux sur le cross-training et les collaborations inter unités, montrant que l'exposition à différents environnements de travail améliore la coordination entre équipes (45).

Ces résultats pourraient avoir des implications organisationnelles intéressantes. Ils soutiennent notamment le développement de dispositifs favorisant les échanges entre services, tels que les simulations interdisciplinaires, les formations communes ou encore les périodes d'immersion croisée entre urgences et soins intensifs. Toutefois, ces hypothèses doivent être interprétées avec prudence et nécessitent d'être confirmées par des études qualitatives ou longitudinales permettant d'explorer plus précisément les mécanismes relationnels et organisationnels impliqués dans la collaboration entre ces deux environnements de soins critiques.

4.3 La collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmiers

L'hypothèse secondaire postulait une différence d'attitudes envers la collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmiers. Les résultats confirment cette hypothèse pour le score global de collaboration interprofessionnel. Cependant, des nuances sont nécessaires. En effet, les infirmiers présentaient des scores plus élevés que les médecins pour la dimension de responsabilisation mais pas pour la dimension relationnelle.

Ce résultat suggère que les différences observées entre médecins et infirmiers concernaient principalement les représentations liées au partage des responsabilités professionnelles, à la participation aux décisions cliniques et à la place des différentes professions dans l'organisation des soins. Concernant la qualité générale des relations interprofessionnelles, les médecins et les infirmiers semblent partager des perceptions relativement proches. Pourtant, la collaboration interprofessionnelle ne repose pas uniquement sur la qualité des relations entre professionnels, mais implique également une négociation des responsabilités et de la légitimité décisionnelle au sein des équipes de soins (25,26). Des résultats semblables se retrouvent dans la littérature. Plusieurs études montrent que les infirmiers présentent généralement des attitudes plus favorables envers les modèles collaboratifs impliquant une prise de décision partagée et une reconnaissance plus horizontale des compétences professionnelles (9,10,46). Ces différences pourraient s'expliquer par des trajectoires de socialisation professionnelle distinctes. La pratique infirmière est largement décrite comme centrée sur la coordination des soins, la continuité de la prise en charge et la communication interprofessionnelle (11,12). Par contre, la profession médicale s'est historiquement développée autour d'un modèle davantage centré sur l'autonomie décisionnelle, la responsabilité individuelle et la hiérarchie professionnelle (12,18,25,26). Dans ce contexte, plusieurs auteurs soulignent l'importance de développer des espaces favorisant les échanges interprofessionnels et la participation collaborative aux décisions cliniques (21,46,47). Le développement d'espaces de discussion interdisciplinaires réguliers, tels que les réunions cliniques partagées ou les débriefings d'équipe, pourrait donc contribuer à améliorer la coordination et la participation collaborative aux décisions cliniques.

4.4 Autres facteurs associés aux attitudes collaboratives

La dernière hypothèse postulait une différence d'attitudes collaboratives en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Les résultats ne confirment pas cette hypothèse.

Certaines associations observées initialement, notamment concernant le sexe ou l'ancienneté professionnelle, ne semblaient plus jouer un rôle une fois l'ensemble des caractéristiques professionnelles prises en compte. Ces résultats pourraient suggérer que certaines expériences professionnelles et modalités d'exposition à la collaboration jouent un rôle plus important que certaines caractéristiques individuelles dans les attitudes collaboratives observées.

Concernant l'ancienneté, les professionnels les plus expérimentés semblaient présenter des attitudes légèrement moins favorables envers la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, ce résultat doit être interprété avec prudence. La littérature reste d'ailleurs contrastée concernant l'influence de l'expérience professionnelle sur les attitudes collaboratives. Plusieurs travaux suggèrent que l'expérience seule ne suffit pas pour expliquer le niveau de collaboration interprofessionnelle et que l'exposition concrète à des pratiques collaboratives, des formations interdisciplinaires ou des environnements favorisant les interactions entre professions pourrait jouer un rôle plus important (16,19). Une observation similaire était retrouvée concernant l'expérience professionnelle antérieure aux urgences associée à un score collaboratif plus élevé. Ces résultats pourraient suggérer que les attitudes collaboratives observées sont moins liées à l'expérience accumulée seule qu'à la diversité des interactions professionnelles et à l'exposition à différents environnements cliniques au cours du parcours professionnel. Il semble donc important de soutenir l'intégration précoce et régulière d'expériences collaboratives concrètes au cours du parcours professionnel des soignants.

4.5 Limites et interprétation globale

Plusieurs limites doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, concernant le choix du design de l'étude, le devis transversal de cette étude ne permet pas d'établir de relation causale entre les variables étudiées. Ensuite, le recrutement reposait sur un échantillonnage de convenance, exposant l'étude à un risque de biais de sélection. Les professionnels les plus sensibilisés à la collaboration interprofessionnelle pourraient avoir été davantage enclins à participer à l'étude. De plus, la taille relativement limitée de l'échantillon constitue également une limite importante. Par ailleurs, les données reposaient exclusivement sur un auto-questionnaire, exposant l'étude à un biais de désirabilité sociale. Enfin, la diffusion du questionnaire sous format électronique peut également avoir limité la participation de

certaines professionnels moins à l'aise avec les outils numériques ou disposant d'un accès plus restreint aux supports électroniques.

5. Conclusion

Cette étude met en évidence des attitudes globalement favorables envers la collaboration interprofessionnelle entre les services d'urgences et de soins intensifs. Si aucune différence n'a été observée entre ces deux services, des différences apparaissent selon la profession et surtout selon l'exposition à plusieurs environnements de soins.

Le résultat le plus marquant concerne l'effet de l'expérience interservices, retrouvé de manière cohérente pour les dimensions relationnelles et de responsabilisation de la collaboration. Ces résultats soutiennent l'intérêt de développer des stratégies favorisant les interactions interservices, la compréhension mutuelle et les expériences professionnelles croisées afin de renforcer durablement la collaboration interprofessionnelle dans les environnements de soins critiques.

Enfin, cette étude s'intéressait principalement aux attitudes individuelles et ne permettait pas d'explorer directement les mécanismes organisationnels, relationnels ou culturels susceptibles d'influencer la collaboration entre les urgences et les soins intensifs. D'autres études qualitatives ou observationnelles seraient nécessaires afin d'analyser plus finement les interactions interprofessionnelles, les situations de tension et les dynamiques de collaboration réellement observées.

6. Bibliographie

1. [En ligne]. DSpace [cité le 14 mai 2026]. Disponible:
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41749/WHO_TRS_55_fre.pdf
2. [En ligne]. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [cité le 23 avr 2025]. Disponible: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
3. Quels sont les bénéfices de la collaboration interprofessionnelle ? | CIP | collaboration interprofessionnelle, dialogue et santé. [En ligne]. [cité le 24 avr 2025].
4. Nair DM, Fitzpatrick JJ, McNulty R, Click ER, Glembocki MM. Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *J Interprof Care*. 2012;26(2):115-20. DOI: 10.3109/13561820.2011.637647
5. Pomare C, Long JC, Churrua K, Ellis LA, Braithwaite J. Interprofessional collaboration in hospitals: a critical, broad-based review of the literature. *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis Ltd; 2020;34(4):509-19. DOI: 10.1080/13561820.2019.1702515
6. Ma C, Park SH, Shang J. Inter- and intra-disciplinary collaboration and patient safety outcomes in U.S. acute care hospital units: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;85:1-6. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.001
7. Pourquoi s'intéresser à la collaboration interprofessionnelle dans le domaine des soins ? | CIP | collaboration interprofessionnelle, dialogue et santé. [En ligne]. [cité le 15 avr 2025].
8. REISO [En ligne]. REISO - Pratiques - Construire ensemble une culture interprofessionnelle? [cité le 22 mai 2025]. Disponible:
<https://www.reiso.org/articles/themes/pratiques/12302-construire-ensemble-une-culture-interprofessionnelle>

9. Spaulding EM, Marvel FA, Jacob E, Rahman A, Hansen BR, Hanyok LA, et al. Interprofessional Education and Collaboration Among Healthcare Students and Professionals: A Systematic Review and Call for Action. *J Interprof Care*. 2021;35(4):612-21. DOI: 10.1080/13561820.2019.1697214
10. King S, Violato E. Longitudinal evaluation of attitudes to interprofessional collaboration: time for a change? *J Interprof Care*. 2021;35(1):124-31. DOI: 10.1080/13561820.2020.1712334
11. Low S, Gray E, Ewing A, Hain P, Kim L. Remodeling Interprofessional Collaboration Through a Nurse-for-a-Day Shadowing Program for Medical Residents. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:2345-9. DOI: 10.2147/JMDH.S319728
12. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
13. Karam M, Brault I, Van Durme T, Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;79:70-83. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002
14. Wei H, Horns P, Sears SF, Huang K, Smith CM, Wei TL. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis Ltd; 2022;36(5):735-49. DOI: 10.1080/13561820.2021.1973975
15. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(3):275-84. DOI: 10.1111/jnu.12130
16. Sillero Sillero A, Buil N. Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20):10775. DOI: 10.3390/ijerph182010775

17. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179-211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
18. Khoury E, Dorvil H. La collaboration interprofessionnelle comme enjeu de la qualité des services en santé mentale : le cas des travailleuses sociales et des médecins psychiatres. *Intervention*. 2025;(160):79-90. DOI: 10.7202/1115960ar
19. Chew BH, Tang CJ, Lim WS, Yap JKY, Zhou W, Liaw SY. Interprofessional bedside rounds: Nurse-physician collaboration and perceived barriers in an Asian hospital. *J Interprof Care*. 2019;33(6):820-2. DOI: 10.1080/13561820.2019.1566218
20. Watson. Collaboration interprofessionnelle en santé : clés du succès pour une meilleure prise en charge. [En ligne]. *Santé Market 2025* [cité le 3 mai 2025].
21. Kendall-Gallagher D, Reeves S, Alexanian JA, Kitto S. A nursing perspective of interprofessional work in critical care: Findings from a secondary analysis. *J Crit Care*. 2017;38:20-6. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.10.007
22. Adamson K, Loomis C, Cadell S, Verweel LC. Interprofessional empathy: A four-stage model for a new understanding of teamwork. *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis Ltd; 2018;32(6):752-61. DOI: 10.1080/13561820.2018.1511523
23. Bordeleau L, Leblanc J. La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature. *smq. Revue Santé mentale au Québec*; 2017;42(2):229-43. DOI: 10.7202/1041925ar
24. Garcia S. La collaboration interprofessionnelle au sein de la MSP « Union de Santé Balarucoise ». 2024.
25. Braithwaite J, Clay-Williams R, Vecellio E, Marks D, Hooper T, Westbrook M, et al. The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: a laboratory-controlled teamwork experiment. *BMJ Open*. 2016;6(7):e012467. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012467
26. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:188-96. DOI: 10.1080/13561820500081745

27. Weller J. Shedding new light on tribalism in health care. *Med Educ.* 2012;46(2):134-6. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04178.x
28. Bolous NS, Graetz DE, Ashrafian H, Barlow J, Bhakta N, Sounderajah V, et al. Harnessing a clinician-led governance model to overcome healthcare tribalism and drive innovation: a case study of Northumbria NHS Foundation Trust. *J Health Organ Manag.* 2022;37(9):1-16. DOI: 10.1108/JHOM-05-2022-0157
29. Dreher-Hummel T, Nickel C, Nicca D, Grossmann F. The challenge of interprofessional collaboration in emergency department team triage – An interpretive description. *Journal of Advanced Nursing.* 2020;77:1368-78. DOI: 10.1111/jan.14675
30. Olde Bekkink M, Farrell SE, Takayesu JK. Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. *Int J Med Educ.* 2018;9:262-70. DOI: 10.5116/ijme.5bb5.c111
31. Milton J, Erichsen Andersson A, Åberg ND, Gillespie BM, Oxelmark L. Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2022;30(1):46. DOI: 10.1186/s13049-022-01034-0
32. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009;53(2):143-51. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x
33. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(5):330-4. DOI: 10.1136/qhc.13.5.330
34. Sterchi LS. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN J.* 2007;86(1):45-57. DOI: 10.1016/j.aorn.2007.06.009
35. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional Teamwork in Health and Social Care. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care* 1 sept 2010. DOI: 10.1002/9781444325027.FMATTER

36. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;61(2):232-41. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x
37. Mamalelala TT, Schmollgruber S, Botes M, Holzemer W. Effectiveness of handover practices between emergency department and intensive care unit nurses. *Afr J Emerg Med*. 2023;13(2):72-7. DOI: 10.1016/j.afjem.2023.03.001
38. McDowald K, Direktor S, Hynes EA, Sahadeo A, Rogers ME. Effectiveness of collaboration between emergency department and intensive care unit teams on mortality rates of patients presenting with critical illness: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017;15(9):2365-89. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003365
39. Ali Mohammed C, Chaturvedi A, Kamath MG, Ummer SV, Bajaj G. Influential factors affecting perceptions of interprofessional collaboration for advancing health outcomes: Insights and recommendations from an international fellowship program. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2023;24:101411. DOI: 10.1016/j.cegh.2023.101411
40. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti A, Lo Scalzo A, et al. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(4):427-35. DOI: 10.1016/s0020-7489(02)00108-6
41. Hojat M, Ward J, Spandorfer J, Arenson C, Winkle LJV, Williams BA. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *Journal of Interprofessional Care*. Taylor & Francis; 2015;29(3):238-44. DOI: 10.3109/13561820.2014.962129
42. Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen M, Erdmann J, Hojat M. The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration: A study with undergraduate nursing students. *Journal of interprofessional care*. 2008;22:375-86. DOI: 10.1080/13561820802190533
43. McFetridge B, Gillespie M, Goode D, Melby V. An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the

intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2007;12(6):261-9. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2007.00244.x

44. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Team situation awareness and the anticipation of patient progress during ICU rounds. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(12):1035-42. DOI: 10.1136/bmjqs.2010.048561
45. Marks MA, Sabella MJ, Burke CS, Zaccaro SJ. The impact of cross-training on team effectiveness. *J Appl Psychol*. 2002;87(1):3-13. DOI: 10.1037/0021-9010.87.1.3
46. Boev C, Tydings D, Critchlow C. A qualitative exploration of nurse-physician collaboration in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;70:103218. DOI: 10.1016/j.iccn.2022.103218
47. Sharma S, Hashmi MF, Friede R. Interprofessional Rounds in the ICU. Dans: StatPearls. [En ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [cité le 25 mai 2026]. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507776/>

7. Annexe

Annexe 1 : Questionnaire de recherche

Partie 1 : Données sociodémographiques et professionnelles

1. Profession exercée
 - ☐ Médecin
 - ☐ Infirmier(ère)
2. Sexe
 - ☐ Homme
 - ☐ Femme
 - ☐ Autre / Préfère ne pas répondre
3. Service dans lequel vous exercez actuellement
 - ☐ Urgences
 - ☐ Soins intensifs
 - ☐ Les deux services
4. Type d'hôpital
 - ☐ Universitaire
 - ☐ Non universitaire
5. Temps de travail
 - ☐ Temps plein
 - ☐ Temps partiel
6. Ancienneté professionnelle (en années)
Réponse : _____
7. Avez-vous déjà exercé dans un autre service auparavant ?
 - ☐ Non
 - ☐ Oui, aux urgences
 - ☐ Oui, en soins intensifs
 - ☐ Oui, dans un autre service

Partie 2 : adaptation de la Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC)

Pour chacune des affirmations suivantes, veuillez indiquer votre degré d'accord.

Échelle de réponse :

1 = Fortement en désaccord

2 = En désaccord

3 = Plutôt en désaccord

4 = Neutre

5 = Plutôt d'accord

6 = D'accord

7 = Fortement d'accord

Dimension relationnelle (REL)

1. La collaboration entre professionnels améliore la qualité des soins.
2. Le travail en équipe interprofessionnel favorise une meilleure prise en charge des patients.
3. Le respect mutuel entre professions de santé est essentiel à la qualité des soins.
4. Les échanges entre professionnels permettent d'améliorer les décisions cliniques.
5. La communication interprofessionnelle contribue à la sécurité des patients.
6. Les professionnels de santé devraient collaborer étroitement dans la prise en charge des patients.
7. Les compétences des autres professionnels de santé doivent être reconnues et valorisées.
8. La coopération entre professionnels améliore l'efficacité des soins.
9. Les professionnels de santé devraient participer conjointement aux décisions concernant les patients.
10. Le travail interprofessionnel améliore la continuité des soins.

11. Les échanges entre professions permettent une meilleure compréhension des besoins des patients.
12. La collaboration favorise un meilleur climat de travail au sein des équipes.

Dimension de responsabilisation (RES)

13. Les décisions concernant les patients devraient principalement revenir au médecin.
(item inversé)
14. Les autres professionnels de santé ne devraient pas remettre en question les décisions médicales. *(item inversé)*
15. Chaque profession devrait travailler de manière indépendante plutôt qu'en collaboration. *(item inversé)*
16. Les responsabilités professionnelles devraient rester strictement séparées. *(item inversé)*
17. Les professionnels non médecins ne devraient pas participer aux décisions cliniques importantes. *(item inversé)*
18. Les soins sont plus efficaces lorsqu'un seul professionnel dirige les décisions. *(item inversé)*
19. Les relations hiérarchiques compliquent la collaboration interprofessionnelle. *(item inversé)*
20. La collaboration interprofessionnelle limite l'autonomie professionnelle. *(item inversé)*

Annexe 2 : Avis du comité Ethique

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



Sart Tilman, le 23/09/2025

Monsieur le Prof. A-F. DONNEAU
Monsieur Clément DAMIEN
Service des SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2025/467

"Urgences et soins intensifs : quelles différences d'attitudes envers la collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmiers ? "
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. 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	