

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : De Eux à Nous : La collaboration
médico-infirmière au sein d'unités wallonnes de soins intensifs à l'aune du
tribalisme médical**

Auteur : Adam, Jade

Promoteur(s) : Paquay, Meryl; Gérard, Julie

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée patient critique

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/20118>

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.

**De Eux à Nous : la collaboration médico-infirmière au sein
d'unités wallonnes de soins intensifs à l'aune du tribalisme
médical**

Mémoire présenté par **Jade ADAM**

En vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Patient Critique

Année académique 2023 - 2024

**De Eux à Nous : la collaboration médico-infirmière au sein
d'unités wallonnes de soins intensifs à l'aune du tribalisme
médical**

Mémoire présenté par **Jade ADAM**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Patient Critique

Promoteurs : (1) **Méryl PAQUAY**

(2) **Julie GERARD**

Année académique 2023 - 2024

Remerciements

Grâce à ces quelques mots, je souhaiterais remercier l'ensemble des personnes qui, de près ou de loin, ont contribué au succès de ces deux années. Il est primordial pour moi de me sentir soutenue lorsque j'entreprends divers projets et je suis reconnaissante d'avoir pu compter sur bons nombres de personnes afin de les concrétiser au mieux.

Il me tient à cœur de remercier plus particulièrement mes deux promotrices. Je remercie, Méryl Paquay, pour sa proposition de sujet, ses conseils avisés, sa participation aux étapes collectives, son soutien précieux et sa bienveillance. Je remercie, Julie Gérard, pour son expertise qui a apporté une dimension sociologique essentielle à cette étude. Je remercie également sa bienveillance et sa gentillesse. Je voudrais également saluer leur réelle disponibilité et leur investissement dans la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais également transmettre ma gratitude et mes remerciements à :

Charlotte Beaudart, pour son aide indéniable dans l'élaboration de l'équation de recherche bibliographique à l'origine de la *scoping review* de cette étude.

Mes collègues, pour leur flexibilité concernant les changements d'horaire et pour leur implication ainsi que leurs encouragements.

Pierre-Louis, mon chef de service, pour sa compréhension et ses multiples adaptations suite à mes desideratas. Cela m'a permis d'être pleinement investie dans ce master.

Les différents professionnels de la santé exerçant au sein des services de soins intensifs wallons ayant accepté de participer à cette étude.

Je souhaite partager ma profonde reconnaissance à ma famille, à ma maman et à mon compagnon sans qui rien n'aurait pu se concrétiser. Mes sacrifices étaient également les leurs, ces deux années d'étude ont également testé leur patience et leur sens de l'écoute. Merci pour tout !

Pour terminer, je me permets de remercier mes meilleures amies qui ont vécu et participé aux meilleurs comme aux mauvais moments. Je voudrais leur exprimer que je suis chanceuse de les compter auprès de moi. L'entraide nous a permis d'accomplir un beau projet supplémentaire ensemble !

Table des matières

PRÉAMBULE.....	1
1. Introduction.....	2
1.1 La collaboration interprofessionnelle : un enjeu pour la santé publique	2
1.2 Le tribalisme médical dans la collaboration médico-infirmière	4
1.3 Intérêt de la recherche.....	7
2. Matériel et méthode.....	8
2.1 Type d'étude	8
2.2 Scoping review	9
2.2.1 Stratégie de recherche et population étudiée.....	9
2.2.2 Sélection des études.....	10
2.2.3 Traitement et méthode d'analyse des données	10
2.3 Etude qualitative multicentrique	11
2.3.1 Population étudiée	11
2.3.2 Méthode d'échantillonnage et population interrogée	11
2.3.3 Organisation et méthode de recueil des données.....	12
2.3.4 Paramètres étudiés et méthode d'analyse des données.....	13
2.3.5 Aspects réglementaires	14
3. Résultats.....	14
3.1 Résultats de la scoping review	14
3.1.1 Constatations générales	14
3.1.2 Analyse thématique	15
3.2 Résultats de l'étude qualitative multicentrique	18
3.2.1 La collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle.....	18
3.2.2 Domination et hiérarchie	20
3.2.3 Question du genre.....	23
3.2.4 Tribalisme médical	23
4. Discussion.....	25
4.1 La collaboration interprofessionnelle et la culture	25
4.2 Le tribalisme médical	25
4.2.1 Le tribalisme médical au sein de la profession infirmière.....	26
4.2.2 Le tribalisme médical au sein de la profession médicale	28
4.2.3 Facteurs influençant le tribalisme médical	30
5. Limitations.....	30
6. Conclusion	31
7. Références bibliographiques.....	32

8. Annexes	40
8.1 Annexe 1 : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.	40
8.2 Annexe 2 : Tableau reprenant les profils interrogés lors des entretiens	41
8.3 Annexe 3 : Guide d’entretien	43
8.4 Annexe 4 : Demande d’avis du comité d’éthique et accord du comité d’éthique du CHU site Sart Tilman	45
8.4.1 Demande d’avis au Comité d’éthique du CHU site Sart Tilman	45
8.4.2 Accord du comité d’éthique du CHU site Sart Tilman.....	49
8.5 Annexe 5 : Tableau général reprenant les 73 études sélectionnées dans la <i>scoping review</i> 51	
8.6 Annexe 6 : Tableau reprenant les thématiques identifiées au sein des différentes publications de la scoping review	63
8.7 Annexe 7 : Tableau comparant les données de la scoping review et de l’étude qualitative.....	65

Table des illustrations

Tableau 1 : Caractéristiques des 73 études retenues au sein de la scoping review	15
Tableau 2 : Résumé des comportements tribaux identifiés lors des 30 entretiens	24

Résumé

Introduction : Faisant partie des ambitions des hautes autorités de santé en vue d'une amélioration de la qualité des soins, la collaboration interprofessionnelle (CIP) représente encore actuellement un défi au sein du service des soins intensifs. Ces derniers sont un service hospitalier où de multiples professionnels de la santé spécialisés sont amenés à collaborer dans un contexte de travail influencé par le caractère critique des prises en soins des patients. Bien que les infirmiers et les médecins déclarent travailler en interprofessionnalité, la littérature démontre que leur pratique ne reflète pas ce concept. Les soins sont fournis par des tribus de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, ... où les interactions sont plus souvent intra-professionnelles qu'interprofessionnelles, impactant négativement la CIP. Cette notion tribale est reprise dans un concept appelé le tribalisme médical.

Matériel et méthodes : Cette étude utilise une approche mixte combinant une *scoping review* et une phase qualitative phénoménologique multicentrique afin de : 1) Réaliser l'état des lieux de l'influence que deux composantes du tribalisme médical, la domination et les stéréotypes de genre, peuvent avoir sur la collaboration médico-infirmière hospitalière. 2) Analyser la façon dont se traduit le tribalisme médical au sein de la collaboration médico-infirmière dans les services de soins intensifs de trois hôpitaux wallons.

Résultats : La *scoping review* identifie dans quel contexte le concept du tribalisme médical s'ancre de façon générale dans le secteur hospitalier. La phase qualitative phénoménologique multicentrique apporte des arguments quant à la façon dont le tribalisme médical se traduit au sein des relations médecins-infirmiers ; infirmiers-infirmiers ; médecins-médecins.

Conclusion : La hiérarchie médico-infirmière persistante dans les services de soins intensifs entrave les relations interprofessionnelles, marquées par les stigmates historiques. Les professionnels ont un fort attachement à leur service, mais aussi à leur profession respective créant des comportements tribaux "Nous contre Eux". Pour atténuer ceux-ci, les managers médico-infirmiers des unités se doivent de faire preuve d'exemplarité en promouvant un leadership respectant l'interprofessionnalité. Encourageant une collaboration interprofessionnelle, une révision de la formation professionnelle semble aussi pertinente.

Mots-clés : Tribalisme médical – Collaboration interprofessionnelle – Médecin – Infirmier – Domination médico-infirmière – Stéréotype de genre

Abstract

Introduction : As part of the health authorities' ambitions for improving the quality of care, Interprofessional Collaboration (IPC) still represents a challenge within the Intensive Care Units (ICU). ICUs are hospital departments where multiple specialized healthcare professionals collaborate in a work environment influenced by the critical nature of patient care. Although nurses and physicians report working interprofessionally, the literature demonstrates that their practice does not reflect this concept. Care is provided by tribes of physicians, nurses, physiotherapists, etc., where interactions are more often intraprofessional than interprofessional, negatively impacting IPC. This tribal notion is captured in a concept called medical tribalism.

Materials and Methods: This study employs a mixed-methods approach combining a scoping review and a multicentric qualitative phenomenological phase to : 1) Assess the influence of two components of medical tribalism, dominance and gender stereotypes, on hospital medical-nursing collaboration. 2) Analyze how medical tribalism manifests within medical-nursing collaboration in the intensive care units of three hospitals in Wallonia.

Results: The scoping review identifies the general context in which the concept of medical tribalism is rooted within the hospital sector. The multicentric qualitative phenomenological phase provides insights into how medical tribalism translates within physician-nurse, nurse-nurse, and physician-physician relationships.

Conclusion: Persistent medical-nursing hierarchy in ICUs hinders interprofessional relations, marked by historical stigmas. Professionals exhibit strong attachment to their unit and respective profession, creating tribal behaviors of "Us versus Them." To mitigate these, medical-nursing unit managers must demonstrate exemplary leadership by promoting interprofessional respect. To promote interprofessional collaboration, a revision of professional training also appears relevant.

Keywords : Medical tribalism – Interprofessional collaboration– Physician – Nurse – Medical-Nursing dominance – Gender stereotypes

Préambule

C'est après une année de médecine qui n'a pas été conclue positivement que je me suis dirigée vers un bachelier infirmier responsable en soins généraux. J'ai débuté ces 4 années d'études en étant remplie de stéréotypes sur le métier d'infirmière. Durant ces belles années d'études, j'ai appris à apprivoiser un métier trop peu valorisé à mes yeux, à contredire mes stéréotypes et à faire évoluer mon esprit critique grâce à l'ensemble des professionnels de la santé que j'ai eu la chance de rencontrer. J'ai découvert les belles facettes de notre profession en soignant des patients dont les prises en soins nécessitaient une collaboration interprofessionnelle efficace. Cependant, j'ai également été confrontée aux facettes plus complexes de la profession où des professionnels de la santé étaient en conflit et où la communication interprofessionnelle était absente impactant la prise en soins du patient.

Au cours de ma spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente, j'ai réellement pris conscience de l'importance des compétences de chacun. En découvrant les services des soins intensifs et des urgences, j'ai perçu que l'unité était une réelle force. L'ensemble des professionnels de la santé sont amenés à collaborer dans un contexte aigu mettant à rude épreuve les caractères de chacun. L'urgence de certaines prises en soins complexifie la collaboration interprofessionnelle. Tous doivent trouver leur place au milieu d'une multitude d'intervenants s'unissant vers un but commun, le patient.

Après deux années d'expérience au sein d'une unité de soins intensifs, j'ai été amenée à me questionner à propos de la collaboration médico-infirmière. J'ai été sensible à la dynamique relationnelle entourant les deux professions les plus représentées au sein d'une unité de soin. La compréhension des relations entre les professionnels est un sujet qui m'intéresse énormément et qui à mon sens, peut améliorer la performance du travail d'équipe. S'intéresser à la façon dont autrui nous perçoit, comprendre comment nos actions sont interprétées par nos collègues de travail et comment nos réflexes relationnels sont compris par le groupe, percevoir comment aller au-delà des stéréotypes préconçus sur les professionnels nous entourant, ... Tous ces questionnements sont des éléments auxquels je suis attentive quotidiennement. C'est pourquoi, j'ai choisi de m'intéresser au concept du tribalisme médical dans le cadre de ce master en santé publique. Analyser ce concept construit à partir de tous ces questionnements permettra, j'espère, d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et de rendre plus optimales les prises en soins des patients.

1. Introduction

1.1 La collaboration interprofessionnelle : un enjeu pour la santé publique

« *Collaborative practice strengthens health systems and improves health outcomes* » (1).

En Belgique, ces 10 dernières années, la qualité des soins et la sécurité des patients ont été mises en avant notamment à l'aide de la réforme fédérale « pay for performance » et de programmes visant l'obtention d'une accréditation hospitalière (2,3). Ces initiatives ont pour but de renforcer cette culture d'amélioration continue de la qualité et démontrent que les hôpitaux belges ambitionnent de tendre vers une meilleure performance dans les soins (2). En 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a établi un cadre d'action concernant la pratique collaborative (1). Elle décrit que « la pratique collaborative se produit lorsque plusieurs professionnels de la santé de différents horizons travaillent ensemble avec les patients, les familles, les soignants et les communautés pour fournir des soins de la plus haute qualité » (1). Dans ce rapport visant à poursuivre cette amélioration continue de la performance en santé, l'OMS encourage les politiques à inclure la pratique collaborative au sein de tous leurs services de soins pour répondre à ces enjeux de qualité et de sécurité du système de santé (1).

Afin de suivre cet objectif d'amélioration des soins, il est pertinent de s'intéresser à la pratique collaborative hospitalière et par conséquent, à la collaboration interprofessionnelle (CIP) qui règne dans les équipes de professionnels de la santé (1). La CIP est définie comme étant « le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes de professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage » (4). L'interprofessionnalité est plus qu'une simple coordination ou coopération entre deux professionnels exerçant deux fonctions différentes (5). Il s'agit d'une interaction dynamique qui désigne le plus haut niveau de collaboration au sein d'une équipe (4,5). Pour cela, il est essentiel que les membres travaillent en synergie de façon interdépendante afin que leur identité et leurs responsabilités soient partagées (5,6).

La CIP est essentielle pour prodiguer des soins de qualité qui répondent aux besoins du patient (1,4,7,8). La littérature établit qu'une CIP réussie, incluant par conséquent une communication interprofessionnelle, diminue les complications pour le patient, le temps de séjour hospitalier, le taux d'erreurs cliniques, le taux de mortalité et donc les coûts liés aux soins (9–12). Outre

les recommandations de l'OMS, ces constatations démontrent qu'améliorer la CIP aura un impact majeur sur la santé du patient mais également sur l'efficacité du système de santé et, par conséquent, sur la santé publique (1).

Toutefois, la CIP dépend du contexte dans lequel elle est exercée et des professionnels qui la composent (6,13). Malgré la prise de conscience des bénéfices pour le patient, la collaboration médico-infirmière aux soins intensifs représente encore actuellement un défi (1,14,15). Les équipes de ces services sont composées de nombreux professionnels de la santé aux compétences et aux perspectives de soins très différentes, ce qui complexifie la collaboration (4,5,16). Pour établir une CIP médico-infirmière efficace, il est nécessaire d'abolir les hiérarchies, de reconnaître l'expertise professionnelle d'autrui et de promouvoir la prise de décision partagée (5,15). Hors, la littérature relève le fait que systématiquement les infirmiers évaluent moins bien la collaboration médico-infirmière que les médecins car ces éléments posent problème en milieu clinique (5,12,15). Bien que la pratique collaborative soit perçue par les infirmiers comme étant meilleure au sein des soins intensifs que dans les autres disciplines, la domination médicale antérieure dans la hiérarchie des soins a encore des conséquences sur la CIP actuelle (12,14,16). Une étude belge a révélé qu'une culture de grande distance hiérarchique entre les médecins et les infirmiers est associée à une moins bonne collaboration et une moins bonne satisfaction au travail (9). Les résultats de celle-ci ont placé la Flandre et la Wallonie du côté des pays ayant une grande distance hiérarchique (9). Cela suggère que la CIP médico-infirmière en Belgique peut encore être améliorée, ce qui ferait progresser la performance des soins de santé belges.

Le service des soins intensifs est un environnement de soins stressant tant au niveau physique qu'émotionnel pour le personnel de la santé (17). Il se distingue des autres unités de soins par son contexte critique où les patients soignés sont instables hémodynamiquement et où la probabilité de décès est élevée (18,19). Les études abordant la collaboration médico-infirmière rapportent une faible stabilité temporelle au niveau des équipes et une probabilité de conflit élevée en raison des éléments cités précédemment (13,17). Dans un contexte de pénurie hospitalière d'infirmiers et de médecins, il est pertinent de comprendre l'impact positif de la CIP sur le vécu des professionnels (7,13). Il a été démontré que cette dernière améliore la satisfaction au travail et le bien-être du professionnel (1,9,15). Lorsque les infirmiers ont une haute perception de la collaboration médico-infirmière, cela est associé à

un haut niveau d'identification à l'équipe et de satisfaction au travail (13). Or, l'identification à une équipe et l'engagement envers celle-ci sont des éléments qui permettent de retenir le personnel soignant (13). C'est sur base de ce type de résultats que l'OMS encourage les études abordant la dynamique médico-infirmière (1). Cette organisation voit la CIP comme un moyen novateur pouvant répondre à cette crise de pénurie de personnel soignant (1).

La littérature énonce nettement qu'une amélioration de la CIP médico-infirmière est nécessaire et que celle-ci sera bénéfique pour trois enjeux de la santé publique : l'efficience des soins de santé, la sécurité et la qualité des soins du patient ainsi que la pénurie de personnel soignant.

1.2 Le tribalisme médical dans la collaboration médico-infirmière

Dans une situation idéale et particulièrement en milieu aigu, les équipes de professionnels de la santé devraient collaborer de manière interprofessionnelle afin de garantir des soins de qualité centrés sur le patient et de promouvoir sa sécurité (5). Bien que les infirmiers et les médecins déclarent travailler en interprofessionnalité, la littérature démontre que leur pratique ne reflète pas ce concept (19–21).

Depuis une quarantaine d'années, les spécialisations professionnelles se sont diversifiées, les pathologies se sont complexifiées et les services hospitaliers mis à la disposition des patients se sont multipliés (16). Malgré un objectif commun de soins centrés sur le patient, ce contexte a eu un impact sur la fragmentation du travail d'équipe (16,20). Dans l'environnement des soins hospitaliers, il est possible d'observer quotidiennement que les différentes professions devant former une seule équipe se comportent de manière cloisonnée (16,22). Les soins sont fournis par des tribus de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, d'aides-soignantes, de pharmaciens,... où les interactions sont plus souvent intraprofessionnelles qu'interprofessionnelles (22,23). La littérature explique que ces professions de santé ont souvent tendance à se diriger vers les membres de leur propre profession lorsqu'ils sont à la recherche de conseils et de socialisation (16). Ces comportements sont un des obstacles majeurs à la CIP qui se veut inclusive (20,24).

Historiquement, les infirmières et les médecins avaient peu d'interactions professionnelles et un clivage entre les rôles au sein du système de santé était établi selon leur sexe (7). Les médecins de sexe masculin étaient dominants dans la hiérarchie des soins par rapport aux

infirmières exécutrices (16). Bien qu'il y ait eu une évolution positive dans le secteur de la santé, ces faits historiques et culturels ont eu un impact sur l'identité et l'éducation actuelles des professions (25). D'autres facteurs ont conduit au cloisonnement interprofessionnel : l'agencement structurel du milieu de travail, les priorités professionnelles, la mauvaise compréhension des rôles, les programmes d'éducation scindés, les horaires différents,... (7,16,21) Tous ces éléments limitent les interactions médico-infirmières, ce qui est néfaste pour la prise en soins du patient et le bien-être du personnel soignant comme expliqué précédemment. Ceux-ci sont donc en partie responsables de la déconnexion physique et psychosociale des professions entre elles, conduisant à un concept présent en milieu hospitalier appelé le tribalisme médical (16,22).

Le tribalisme est un concept anthropologique qui est né, il y a des centaines d'années, des conflits ancestraux entre les tribus humaines (26). Lors de ces affrontements, seules les tribus dont les membres étaient loyaux et où les coalitions étaient coopératives parvenaient à survivre aux concurrences tribales (26). Cet état d'esprit tribal, où la loyauté envers un groupe est primordiale, a été enseigné de génération en génération jusqu'à probablement faire partie intégrante de l'identité humaine (26). Plusieurs études expliquent que le tribalisme est un comportement humain naturel de regroupement de personnes qui ont des caractéristiques communes telles que, par exemple, les facteurs sociaux (16,22,26). La théorie de l'identité sociale peut être utilisée pour comprendre ce concept. Une fois qu'un individu s'identifie à un groupe, sa capacité du « soi » va tendre vers le collectif et son sentiment d'appartenance lui permettra de se définir en tant que « nous » (16,27). Cela a pour conséquences de créer des rivalités, *ingroup* et *outgroup*, envers les tribus extérieures, et voir apparaître des attitudes « nous contre eux » (16,27). Il s'agit de tribalisme médical quand il s'exerce en milieu clinique.

La littérature explique que le fait d'évoluer en promouvant l'intérêt de la coalition engendre des biais cognitifs (26). La rétention sélective d'informations positives pour leur tribu en est un, ainsi que les fausses croyances (26). Cela a pour conséquence que les individus d'une même tribu vont seulement tenir compte des informations qui soutiennent leurs intérêts, ce qui biaise leur jugement et diminue la probabilité de collaborer avec des individus d'autres tribus (26). De plus, les personnes appartenant à une même tribu peuvent faire preuve de favoritisme envers les membres de celle-ci et entraîner des stéréotypes ainsi que de la discrimination envers les tribus extérieures (16,20,26). Dans la littérature, les infirmiers

expliquent que le corps médical ne reconnaît pas leurs responsabilités et qu'il manque de confiance envers elles (23). Les médecins évoquent les stéréotypes qui les catégorisent comme des leaders aux capacités intellectuelles élevées mais aux compétences interprofessionnelles faibles (16). La domination d'une profession envers une autre ainsi que les stéréotypes de genre influencent fortement la dynamique tribale des interactions professionnelles (16,20,26). La littérature n'identifiant pas d'outil pour évaluer le tribalisme médical, l'analyse de ces deux composantes principales de ce concept s'avèrerait pertinente pour interpréter ce dernier plus précisément.

Le tribalisme médical est un fait qui semble établi (20,23). Quotidiennement, les équipes de professionnels de la santé agissent de manière isolée (20). Lorsque tous les éléments abordés ci-dessus s'exercent en milieu hospitalier, cela conduit à des prises de décisions non-rationnelles et non-collectives (21). De plus, la pratique tribale complexifie la compréhension des rôles de chacun et influence la perception de la dynamique hiérarchique, ce qui peut conduire à des conflits interprofessionnels (28). Cette scission entre les médecins et les infirmiers met en péril l'efficacité de la CIP ainsi que les cinq dimensions d'une équipe efficace étudiées en 2005 par Salas et al : « le leadership, le contrôle mutuel des performances, le comportement de sauvegarde, l'adaptabilité et l'orientation de l'équipe » (29). Le tribalisme médical est néfaste également pour la confiance mutuelle entre professionnels ainsi que pour la communication interprofessionnelle (21).

Lors de la revue de la littérature, il est possible d'observer que les stratégies qui visent une diminution des frontières entre les professions s'appuient sur celles concernant l'amélioration de la CIP. La littérature explique qu'il est nécessaire de jouer sur la prise de perspective en s'imaginant à la place de l'autre, de développer un leadership inclusif interprofessionnel et d'intégrer davantage de réflexions d'équipe et de formations interprofessionnelles (22). Plusieurs obstacles à la mise en place de solutions sont présents en milieu clinique comme par exemples, le manque de temps et la peur du changement (5). Le fait que les programmes scolaires formant les médecins et les infirmiers soient scindés accentue la difficulté de diminuer la scission entre ces professions (1,30). C'est pour cela qu'il est également nécessaire d'agir au niveau de l'éducation professionnelle (1). L'application de ces stratégies est complexe et demande du temps (23). En raison de son contexte historique et multifactoriel, le tribalisme médical ne semble pas pouvoir être aboli immédiatement (23).

Malgré toutes ces constatations et l'importance que l'OMS accorde à la CIP dans son rapport, il est assez paradoxal de prendre conscience lors de la revue de la littérature, qu'un tel concept n'a été que très peu étudié dans le cadre de la santé. Lorsque le terme *tribalism* est encodé en langage libre dans PubMed, 55 articles apparaissent mais tous n'abordent pas le tribalisme médical. Ce concept est davantage présent sur les bases de données consacrées à l'anthropologie et la sociologie. De plus, il est encore plus étonnant de constater que la littérature abordant le tribalisme médical au sein des services aigus, comme les soins intensifs et les urgences, est encore plus succincte, voire inexistante. Or, ce sont des unités cliniques où interagissent quotidiennement une multitude de professionnels et où une rigueur doit être imposée dans la collaboration médico-infirmière au vu du caractère critique des prises en soins.

1.3 Intérêt de la recherche

Les études utilisées pour étayer le tribalisme médical sont réalisées principalement au sein de la culture anglo-saxonne. Or, la littérature démontre que la culture a une très grande influence sur ce type de concept anthropologique (6,13). Aucune étude francophone abordant le tribalisme médical n'a été trouvée en Belgique, en France ou en Suisse. Utiliser des études anglo-saxonnes pour faire une généralisation de la situation concernant la pratique hospitalière belge peut donc être remis en question. Comme expliqué précédemment, une étude a démontré que la Belgique se situe dans les pays où la distance hiérarchique est grande, ce qui est une des composantes du tribalisme (9). Il est donc étonnant qu'aucun état des lieux n'ait été réalisé à la suite de ces résultats. De plus, aucun outil de mesure n'existe afin de pouvoir évaluer objectivement le niveau de tribalisme d'une équipe. Il est pertinent de trouver ces constatations paradoxales au vu de l'influence du tribalisme médical sur la performance de la collaboration médico-infirmière (16).

Comme dit précédemment, les soins intensifs se doivent d'être un service où les interactions interprofessionnelles respectent les composantes de la CIP au vu du caractère critique des prises en soins (14,15). Or, il a été démontré que dans la pratique, des lacunes et des scissions interprofessionnelles y sont encore observables quotidiennement (16,19,22). Au vu de l'influence du tribalisme médical sur la performance des équipes cliniques et la volonté existante de tendre vers une culture d'amélioration continue de la qualité des soins, il est pertinent de se questionner quant au fait que la littérature abordant le tribalisme dans la

collaboration médico-infirmière au sein du service des soins intensifs soit si peu nombreuse voire inexistante.

Ainsi, cette étude s'est penchée sur deux objectifs :

- 1) Réaliser l'état des lieux de l'influence que deux composantes du tribalisme médical, la domination et les stéréotypes de genre, peuvent avoir sur la collaboration médico-infirmière hospitalière.
- 2) Analyser la façon dont se traduit le tribalisme médical au sein de la collaboration médico-infirmière dans les services de soins intensifs de trois hôpitaux wallons.

2. Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Afin d'atteindre les objectifs énoncés ci-dessus, une approche mixte de type séquentielle exploratoire a été effectuée : une *scoping review* et une étude qualitative phénoménologique multicentrique (31,32). L'intégration de type complémentaire s'est réalisée au moment de la discussion des résultats.

Concernant la première phase, un des buts premiers d'une *scoping review* étant d'examiner et d'identifier les données présentes au sein de la littérature à propos d'un domaine de recherche, il a été jugé pertinent d'interroger le tribalisme médical à travers la CIP à l'aide de ce type d'approche (31,33). Par conséquent, cet examen exploratoire de la littérature a été réalisé afin d'analyser les connaissances actuelles de la littérature concernant l'influence que deux composantes du tribalisme médical, la domination et les stéréotypes de genre, peuvent avoir sur la collaboration médico-infirmière. Comme expliqué précédemment, ces deux composantes de recherche ont été identifiées au cours d'une première analyse de différentes recherches bibliographiques interrogeant le tribalisme médical lors de la réalisation du protocole de recherche. De par leur présence importante au sein de la littérature abordant le tribalisme médical, ces deux composantes permettront d'ouvrir les futures perspectives d'analyse de l'étude qualitative phénoménologique multicentrique.

Dans un second temps, une phase qualitative phénoménologique multicentrique a été effectuée. L'analyse phénoménologique s'intéresse aux expériences vécues par les individus et permet la compréhension de comportements, d'évènements de vie,... reflétant des concepts sociaux (32,34). Le tribalisme médical étant un concept anthropologique ancré dans

les comportements sociaux des individus, cette approche a été identifiée comme étant la plus appropriée (26).

En suivant cette logique scindée en deux phases, il est possible de comprendre la dynamique abductive qui a motivé cette étude. En effet, le raisonnement abductif, liant l'induction à la déduction, a pour but d' « expliquer un phénomène ou une observation à partir de certains faits » (35). La *scoping review* a été effectuée dans le but de soulever certaines données qui ont été interrogées et analysées au cours de l'étude qualitative phénoménologique multicentrique.

2.2 Scoping review

2.2.1 Stratégie de recherche et population étudiée

L'investigatrice principale a travaillé avec une experte en recherche documentaire en cartographiant l'ensemble des concepts pouvant couvrir l'objectif de recherche expliqué précédemment. Une équation de recherche a été créée en mai 2023 en interrogeant deux bases de données bibliographiques, Medline et Psycinfo, à l'aide des différents termes de type *medical subject headings* (MESH) et/ou du langage libre présentés ci-dessous. Les opérateurs booléens composant la stratégie de recherche sont également disponibles ci-dessous :

Database: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to May 18, 2023>

Search Strategy:

- 1 stereotyping/ (12028)
- 2 (stereotyp* or stigmat*).ti,ab,kf. (47010)
- 3 exp Social Dominance/ (7118)
- 4 ((hierach* or social) adj2 dominance).ti,ab,kf. (1431)
- 5 Cooperative Behavior/ (45962)
- 6 ((compliant or cooperat*) adj2 behavior*).ti,ab,kf. (1926)
- 7 nurse's role/ or physician's role/ (73013)
- 8 ((nurse* or physician*) adj1 role*).ti,ab,kf. (6711)
- 9 exp "Attitude of Health Personnel"/ (169505)
- 10 health personnel attitude*.ti,ab,kf. (21)
- 11 staff attitude*.ti,ab,kf. (1377)
- 12 tribalism.ti,ab,kf. (57)
- 13 or/1-12 (301791)
- 14 physician-nurse relations/ (2408)
- 15 ((physician* or doctor*) adj1 nurse* adj1 relation*).ti,ab,kf. (425)
- 16 14 or 15 (2691)
- 17 13 and 16 (1300)
- 18 limit 17 to english language (1157)

Database: APA PsycInfo <1806 to May Week 2 2023>

Search Strategy:

- 1 (stereotyp* or stigmat*).ti,ab. (59092)
- 2 (stereotyp* or stigmat*).ti,ab. (59092)
- 3 Social Dominance/ (1676)
- 4 social dominance.ti,ab. (2664)
- 5 hierarchy dominance.ti,ab. (12)
- 6 cooperative behavior.ti,ab. (1167)
- 7 compliant behavior.ti,ab. (144)
- 8 nurse role.ti,ab. (189)
- 9 physician role.ti,ab. (52)
- 10 health personnel attitude.ti,ab. (0)
- 11 staff attitude.ti,ab. (86)
- 12 tribalism.ti,ab. (162)
- 13 health personnel attitudes/ (22908)
- 14 or/1-13 (85873)
- 15 (physician and nurse).ti,ab. (1958)
- 16 (doctor and nurse).ti,ab. (801)
- 17 15 or 16 (2687)
- 18 14 and 17 (261)
- 19 limit 18 to english language (257)

Concernant les critères d'inclusion et d'exclusion, toutes les études abordant la collaboration médico-infirmière à l'hôpital ont été retenues dans le but de ne pas omettre certaines informations relatives à la domination et aux stéréotypes de genre s'y référant. Cette recherche s'intéressant uniquement à la relation entre les infirmiers et les médecins en milieu hospitalier, il a été décidé de ne pas retenir les études abordant uniquement les autres professions de la santé (sage-femme, kinésithérapeute, ...) ainsi que les autres milieux professionnels (maison médical, soins à domicile, centre psychiatrique, ...). Cela a permis de

distinguer les études exclues selon le contexte (*wrong context*) ou selon le réglage (*wrong setting*) dans l'organigramme PRISMA situé en annexe 1 (36). Les études s'intéressant seulement au cursus des étudiants en médecine et en sciences infirmières n'ont pas été incluses. De plus, aucun critère de date n'a été adopté, ce qui signifie que les études respectant la stratégie de recherche ont toutes été incluses jusqu'en mai 2023. Les publications devaient être en anglais ou en français. Les commentaires et les éditoriaux ont été exclus.

2.2.2 Sélection des études

Cette recherche exploratoire suivant les lignes directrices PRISMA a été réalisée par deux membres de l'équipe de recherche à partir du logiciel informatique Covidence (36). Celle-ci a révélé un total de 1414 publications dans lesquelles se trouvaient 44 duplicatas. Après le screening des titres et des abstracts, 318 études ont été identifiées comme étant recevables pour l'étape suivante, à savoir le screening des publications intégrales. Un total de 245 études ont été exclues sur base d'éléments ne respectant pas les critères d'inclusion : contexte, lieu, langage, population, design de l'étude, texte intégral non-disponible. Au total, 73 études ont été incluses pour l'extraction des données et l'analyse de celles-ci. L'ensemble des désaccords entre les évaluateurs concernant l'éligibilité d'une étude a été réglé par consensus entre les deux individus. L'organigramme PRISMA reprenant les explications ci-dessus est situé en annexe 1.

2.2.3 Traitement et méthode d'analyse des données

Selon la stratégie de recherche préétablie, les 73 études sélectionnées au sein de cette *scoping review* ont été analysées selon les deux composantes du tribalisme médicale, à savoir la domination et les stéréotypes de genre. Lors de l'analyse de contenu de ces études, différentes catégories ont pu ressortir, précisant également les futures perspectives d'analyse de la recherche qualitative phénoménologique multicentrique. La composante « domination » a été analysée selon quatre thématiques : la collaboration interprofessionnelle, le rôle et le statut, le langage hiérarchique et l'autonomie. La composante « stéréotypes de genre » a été analysée suivant une seule thématique : la question du genre. Les données abordées au sein de ces 73 études ont donc été codées sur base de ces thématiques par l'auteure principale de la recherche, permettant de développer les résultats argumentés ultérieurement.

2.3 Etude qualitative multicentrique

2.3.1 Population étudiée

La population cible est composée d'infirmiers et de médecins travaillant au sein de services des soins intensifs dans trois hôpitaux wallons : un hôpital tertiaire offrant des soins curatifs plus avancés et deux hôpitaux secondaires offrant des soins curatifs avancés, dont un se situe en périphérie de la ville et l'autre en centre-ville. Une volonté d'anonymat concernant ceux-ci a été respectée afin de privilégier la richesse des données récoltées et de respecter les règles en termes de RGPD. Ces hôpitaux ont été sélectionnés sur base de la logique d'opportunisme méthodologique dans un but de faciliter l'accessibilité aux professionnels de la santé (37). L'hôpital tertiaire étant composé de trois services de soins intensifs, la neutralité axiologique a imposé de ne pouvoir effectuer l'échantillonnage que dans deux des trois unités de soins intensifs. Les deux hôpitaux secondaires ne comportaient qu'un service de soins intensifs.

La population étudiée au sein de ces hôpitaux a été définie selon des critères d'inclusion et d'exclusion. Aucune restriction liée à l'âge, aux années d'ancienneté et au temps de travail n'a été établie lors de l'échantillonnage des médecins et des infirmiers inclus au sein de l'étude. Le sexe a fait l'objet d'une attention particulière expliquée ultérieurement. Néanmoins, les critères d'inclusion exigeaient que les infirmiers et les médecins soient employés au sein d'une unité de soins intensifs. Les critères d'exclusion comprenaient tous les professionnels en arrêt maladie ou en congé de maternité, ainsi que les professionnels qui ne travaillent pas en lien direct avec l'unité de soins intensifs (exemple : équipe infirmière volante).

2.3.2 Méthode d'échantillonnage et population interrogée

Selon la méthode d'échantillonnage par convenance, les professionnels répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ont été sélectionnés sur base d'une liste fournie par les chefs de service (38). Cette technique d'échantillonnage a été jugée la plus appropriée pour assurer l'accessibilité aux infirmiers et aux médecins dont les horaires de travail peuvent varier.

Population interrogée

Devant interroger des professionnels de la santé dans 3 hôpitaux différents, la logique autour de la population étudiée a été réfléchi dans le but de pouvoir comparer les dires de chacun d'entre eux suivant leur fonction, leur sexe, leur âge et leurs années d'ancienneté. Au sein des trois hôpitaux, les équipes infirmières étaient principalement composées de femmes et les

équipes médicales d'hommes. Par conséquent, afin de respecter la logique de la répartition naturelle des sexes au sein des équipes, il a été décidé que :

- L'échantillon infirmier se composerait de trois femmes et deux hommes par service ;
- L'échantillon médical se composerait d'une femme et deux hommes par service.

Cette logique a bien été respectée concernant l'échantillon infirmier. Toutefois, l'échantillon médical de l'hôpital secondaire se situant en périphérie de la ville s'est composé de trois hommes. L'échantillon médical de l'hôpital secondaire se situant en ville s'est composé de trois hommes et une femme. En effet, un médecin supplémentaire a été interrogé car celui-ci s'est proposé spontanément. Concernant les âges et les années d'ancienneté, aucune restriction n'a été établie pour éviter de compromettre le nombre de professionnels de la santé compris dans l'échantillon. Cependant, des similarités entre les équipes concernant ces données démographiques ont été établies naturellement. Un tableau reprenant les caractéristiques de chacun des profils interrogés par hôpital se situe en annexe 2.

2.3.3 Organisation et méthode de recueil des données

Un premier contact avec les différents chefs infirmiers et médicaux a été établi durant le mois de septembre 2023. Le but était d'obtenir leurs accords pour organiser les entretiens durant un temps creux au cours d'une journée de travail ainsi que d'obtenir la répartition des sexes et des âges de leurs équipes. Cela a permis de respecter les critères d'inclusion et d'exclusion de la population. Ensuite, les différents professionnels de la santé ont été contactés, soit directement au sein de leur service, soit par email ou par téléphone avec l'aide de leur chef de service. En octobre 2023, une date d'entretien était fixée avec l'ensemble des professionnels ayant accepté de participer à l'étude qualitative multicentrique.

La collecte des données a été effectuée auprès des professionnels de la santé au cours d'un entretien individuel semi-dirigé dans le but de pouvoir enrichir le matériau empirique grâce aux questions ouvertes (39). Ceux-ci ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien situé en annexe 3. Toutefois, il est essentiel de mentionner que les questions reprises dans celui-ci n'avaient pas pour but de déterminer un enchaînement strict de questions (39). Celles-ci servaient d'idées de relances afin d'enrichir les échanges (39). Par conséquent, ce guide d'entretien a évolué au cours des entretiens en fonction des différentes interrogations soulevées sur le terrain.

Un total de 30 entretiens a été effectué : 20 infirmiers et 10 médecins. Les entretiens semi-dirigés ont été organisés au cours des mois d’octobre, novembre et décembre 2023 ainsi que durant les mois de janvier et février 2024. Chaque entretien a été effectué en présentiel sur les sites hospitaliers dans un bureau permettant une intimité professionnelle. Les entretiens ont été enregistrés à l’aide d’un dictaphone et retranscrits manuellement. Un total de 27h72 d’enregistrement a été réalisé. La moyenne par entretien est de 56,40 minutes. Une volonté de tendre vers la saturation des données justifie l’ensemble des choix entrepris au cours de la méthodologie de l’étude qualitative multicentrique (40).

2.3.4 Paramètres étudiés et méthode d’analyse des données

Les thèmes abordés durant les entretiens semi-dirigés ont été réfléchis afin que le matériau empirique récolté au cours de cette étude qualitative multicentrique soit dans une continuité pertinente avec la *scoping review*. Pour cela, le guide d’entretien a été construit selon les deux composantes du tribalisme médical, à savoir la domination et les stéréotypes de genre, qui ont permis d’effectuer la *scoping review*. Ce dernier reprend aussi les quatre thèmes identifiés au cours de l’analyse de la composante domination : la collaboration interprofessionnelle, le rôle et le statut, le langage hiérarchique et l’autonomie. Cette méthodologie concernant les paramètres étudiés permet de mettre en parallèle au sein de la discussion les données récoltées au cours de la *scoping review* avec celles récoltées lors de l’étude qualitative.

Le matériau empirique récolté a été codé manuellement à l’aide d’un code couleur. Les verbatims ont été identifiés selon les deux composantes et les thèmes repris ci-dessus. Aucun logiciel n’a été utilisé. Les données ont été synthétisées dans un document Word selon le codage des verbatims. Dans un premier temps, la synthèse des données a été effectuée par hôpital afin de pouvoir comparer les similitudes et les différences entre ceux-ci. Dans un second temps, l’analyse des données s’est intéressée aux dires des participants selon leur sexe, leur âge, leur fonction et leurs années d’ancienneté, afin de pouvoir préciser si des tendances concernant le tribalisme médical apparaissaient en fonction de leurs données démographiques.

2.3.5 Aspects réglementaires

Considérations éthiques

L'accord du comité d'éthique de chaque hôpital impliqué dans l'étude qualitative multicentrique a été obtenu en juillet 2023. Seul l'accord du comité d'éthique du CHU de Liège site Sart-Tilman datant du 11 juillet 2023 (Réf : 2023/185) apparaît en annexe 4 afin de maintenir l'anonymat des hôpitaux participants à l'étude.

Protection des données et consentement

L'ensemble des données recueillies au cours des différents entretiens ont été rendues anonymes et ont été protégées dans un fichier Word comportant un code d'accès. Ces documents anonymisés, ainsi que les entretiens enregistrés, ont été détruits après la finalisation de l'étude. Les objectifs de l'étude ainsi que la méthodologie ont été présentés oralement aux participants. Ceux-ci ont été informés que leurs propos échangés lors des entretiens seraient confidentiels et rendus anonymes. Le consentement implicite a été jugé pertinent dans le cadre de cette étude. Une fois les informations reçues concernant les objectifs de l'étude et sa méthodologie, les professionnels étaient libres de répondre ou pas aux questions posées au cours de l'entretien. Aucun participant n'a refusé d'effectuer l'entretien et tous ont accepté l'enregistrement de celui-ci.

3. Résultats

3.1 Résultats de la scoping review

3.1.1 Constatations générales

Sur base des principales caractéristiques de ces 73 études résumées dans le tableau situé en annexe 5, il est possible d'effectuer une analyse descriptive de celles-ci. Il est important de mentionner que les pays d'origine des quatre revues de littérature, de la revue bibliométrique et des deux méta-analyses n'ont pas été repris pour l'analyse des pays, des continents et du type d'échantillons. Les 66 autres études ont élaboré leurs échantillons à partir d'une population présente au sein de 75 pays. Sur les cinq continents, il semblerait que l'Europe et l'Amérique soient ceux qui ont le plus grand attrait pour l'analyse de la domination et des stéréotypes de genre au sein de la collaboration médico-infirmière hospitalière. Parmi les 23 publications dont le continent d'origine est l'Europe, seulement 2 publications ont été élaborées en Belgique (1 en Flandre et 1 en Wallonie). Parmi ces 66 publications, un total de

14645 infirmiers et 7831 médecins a été dénombrés. Ainsi, 22 études ont un échantillon composé exclusivement d’infirmiers, et 6 études comportent un échantillon composé exclusivement de médecins. Enfin, 38 publications possèdent un échantillon dit interdisciplinaire comme décrit dans le tableau situé en annexe 6. Le nombre d’infirmiers représente environ le double du nombre de médecins.

Tableau 1 : Caractéristiques des 73 études retenues au sein de la scoping review

Caractéristiques des études					
Pays d'origine			Types d'études		
Angleterre	2	Israël	2	Etude quantitative	38
Argentine	1	Italie	7	Etude qualitative	25
Australie	5	Japon	2	Etude mixte	3
Belgique	2	Mexique	2	Revue de littérature, méta-analyse,...	7
Botswana	1	Norvège	3	Professionnels échantillonnés	
Canada	4	Nouvelle-Zélande	1	Infirmiers	14645
Chine	3	Pakistan	1	Médecins	7831
Colombie	1	Pays-Bas	2	Continents d'origine	
Danemark	1	Pays-de-Galle	1	Europe	23
Egypte	1	Portugal	1	Asie	13
Equateur	1	Singapour	2	Afrique	3
Espagne	1	Suisse	3	Amérique	30
Ethiopie	1	Turquie	1	Océanie	6
Iran	2	USA	21		

3.1.2 Analyse thématique

Une analyse du contenu de l’ensemble des données a été effectuée. La composante « domination » a été analysée selon quatre thématiques : la collaboration interprofessionnelle, le rôle et le statut, le langage hiérarchique et l’autonomie. La composante « stéréotypes de genre » a été analysée suivant la thématique : la question du genre. Un tableau résumant l’analyse thématique situé en annexe 6 servira de base à l’ensemble des analyses reprises ci-dessous.

Domination et hiérarchie

Collaboration interprofessionnelle :

Sur les 38 publications dont l’échantillon est interdisciplinaire, seules 10 d’entre elles mentionnent explicitement la volonté unanime de la part des infirmiers et des médecins d’améliorer la CIP (41–50). Un total de 24 publications sur les 73 publications mentionne que les initiatives d’amélioration de la collaboration sont supérieures de la part des infirmiers que des médecins. Ces études justifient cela par le fait que les médecins sont généralement plus

satisfaits que les infirmiers de la CIP existante, ou par le principe du moindre intérêt (51). Ce principe démontre que les médecins s'orientent avec plus de réticence vers un partage du pouvoir et une pleine collaboration avec les infirmiers suite à leur rôle dominant traditionnellement maintenu (52,53). De plus, 21 études relatent les obstacles à l'établissement d'une meilleure collaboration médico-infirmière. L'obstacle le plus cité est l'agencement séparé des milieux de travail au sein des unités de soins qui limite les interactions sociales et influence les hostilités interdisciplinaires (54,55). Dans ce point, la composante « domination » n'est pas explicitée de façon directe mais une volonté d'établir le contexte dans lequel les thématiques suivantes seront développées était présente.

Rôle et statut :

Dans l'ensemble des données, la thématique du « rôle et statut » a été développée dans 51 publications ce qui signifie que parmi l'ensemble des thématiques, cette dernière est celle qui a été le plus étayée. Au cours de l'analyse thématique, il a été possible d'observer que le contexte historique dans lequel les professions médicale et infirmière se sont construites, influence encore négativement les relations interdisciplinaires actuelles, ainsi que le rôle et le statut professionnels (53,55–57). Dans la vision sociétale actuelle, les publications démontrent que les rôles traditionnels du médecin décideur et de l'infirmière exécutrice sont encore ancrés (56,58,59). La hiérarchie clinique plaçant le médecin en haut rang est reconnue dans la littérature (54,60). Il est également essentiel de mentionner que la littérature s'accorde pour dire que cette hiérarchie médicale est aussi établie par les infirmiers eux-mêmes (52,61–63). Aucune publication incluse dans cette recherche n'a indiqué une quelconque notion de domination de la profession infirmière envers la profession médicale. De plus, le service hospitalier où la dynamique des relations médico-infirmières a lieu influence également cette notion de domination et de reconnaissance de rôle et de statut (15,25,55,64,65).

Langage interdisciplinaire hiérarchique

L'analyse thématique du langage interdisciplinaire hiérarchique n'a pas été résumée au sein du tableau situé en annexe 6 au vu de la nuance apportée par les auteurs concernant celle-ci. En effet, certains auteurs ne parlent pas explicitement de communication interdisciplinaire mais sous-entendent celle-ci en employant le terme de « collaboration interdisciplinaire ». Toutefois, la littérature incluse s'accorde pour dire que la communication interprofessionnelle est essentielle au sein des soins de santé (66,67). Elle identifie également que les

professionnels de la santé ne communiquent pas de la même façon lorsqu'ils s'adressent à leurs semblables ou à une profession différente de la leur (68). En accord avec les analyses précédentes, les auteurs dénoncent une domination médicale envers la profession infirmière (54,63,66). La communication médico-infirmière est décrite comme pouvant parfois frôler l'irrespect ou comme ayant tendance à être insuffisante en fonction du contexte clinique (54,63,69,70). La profession infirmière relate à plusieurs reprises dans la littérature incluse que les médecins leur accordent peu de considération et les infirmiers réclament plus de respect (57,66,71). De plus, le constat révélé dans plusieurs études, expliquant que les infirmiers accentuent la hiérarchie médico-infirmière, est également confirmé dans l'analyse du langage hiérarchique. La profession infirmière a tendance à suggérer des actions plutôt qu'à les imposer, laissant croire à la profession médicale qu'elle n'est pas leur égale (63).

Autonomie

La thématique d'autonomie est présente dans 29 publications. Une plus grande autonomie infirmière a été relevée comme étant positive pour les relations interprofessionnelles (72). Parmi les 29 études, 28 ont des résultats qui encouragent l'autonomisation de la profession infirmière ou qui démontrent une réelle volonté infirmière de perpétuer les avancées en matière d'autonomisation de la profession (62,72). Bien que la tendance infirmière est claire, l'analyse de contenu démontre que l'opinion du corps médical est plus partagée quant à la volonté d'augmenter ou pas cette autonomie infirmière (56,73,74). Plusieurs résultats démontrent que les médecins n'encouragent pas toujours le développement de l'autonomie infirmière bien qu'ils reconnaissent cela comme pouvant être positif pour la prise en charge du patient (48,60,73). De plus, la littérature admet un lien entre l'autonomie infirmière et le partage des pouvoirs. Dans les relations médico-infirmières dite hiérarchiques, les infirmiers ont peu d'autonomie tandis que dans des relations qui tendent vers une complémentarité au niveau de l'autonomie, un partage des pouvoirs a tendance à être observé (52). Enfin, dans l'ensemble des données incluses, aucune publication ne mentionne que la profession infirmière s'oppose à l'autonomie médicale.

Question du genre

La question du genre a été abordée dans seulement 11 publications, ce qui représente moins d'un quart du nombre total de publications. Pourtant, 3 études mentionnent que les professions de médecins et d'infirmières se sont construites à partir d'une répartition sexuelle

et que ce contexte historique influence les relations médico-infirmières actuelles (56,58,59). Dans ces 11 publications, seul le stéréotype de genre lié au fait que l'infirmière est vue comme étant la « bonne femme dévouée et loyale » et le médecin comme « les messieurs dirigeants » a été développé (59). L'analyse de contenu révèle que l'attitude des infirmières diffère en fonction du sexe du médecin et que les médecins de sexe féminin se sentent moins respectées que leurs collègues masculins (44,75,76). L'ensemble des données démontrent que les infirmières répondent plus rapidement à une demande émise par un médecin homme mais qu'elles se sentent mieux d'interagir avec un médecin femme (44,75,76). En cas de collaboration, le fait d'avoir le même sexe que le médecin limite la hiérarchie et facilite la collaboration d'un point de vue infirmier (44,75).

3.2 Résultats de l'étude qualitative multicentrique

Pour préserver la continuité de ce mémoire, les résultats des 30 entretiens sont structurés selon les deux composantes du tribalisme, à savoir la domination et la question du genre. Les thématiques abordées au sein de la *scoping review* sont aussi analysées. Les comportements tribaux sont résumés en fin d'analyse qualitative à l'aide d'un tableau. En annexe 7, se trouve un tableau général comparant les données de la *scoping review* et de l'étude qualitative.

3.2.1 La collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle

Lors de ces 30 entretiens, les professionnels de la santé distinguaient spontanément la collaboration interprofessionnelle (médico-infirmière) et la collaboration intraprofessionnelle (infirmier-infirmier ; médecin-médecin) présentes au sein de leur unité de soins intensifs. Dans les trois hôpitaux, les infirmiers insistaient délibérément positivement sur leur collaboration intraprofessionnelle et la qualifiaient avec les termes suivants : « entraide excellente » (Infirmier 3, décembre 2023), « ça coule de source » (Infirmier 7, novembre 2023), « une vraie famille » (Infirmier 12, janvier 2024), « solidaire » (Infirmier 17, février 2024). Seuls certains infirmiers d'une des deux équipes de l'hôpital tertiaire ont exprimé que leur collaboration intraprofessionnelle pouvait s'améliorer. Un d'entre eux justifiait cela notamment par une « scission entre week-ends qui impacte la collaboration entre les deux équipes infirmières » (Infirmier 8, novembre 2024). De plus, les générations composant les effectifs infirmiers ont également émis de fortes réserves quant à la façon de travailler de celles qui leur sont opposées. Les médecins, quant à eux, évoquaient leur collaboration intraprofessionnelle en employant les mots suivants : « respect » (Médecin 1, février 2024), « demande de conseils »

(Médecin 4, février 2024), « bonne » (Médecin 8, février 2024), « encore trop récente » (Médecin 2, novembre 2023). Au sein de chaque site hospitalier, un médecin a mentionné qu'il était difficile de parler de « collaboration » lorsqu'il parlait de la relation professionnelle entre médecins. L'un d'entre eux a cité le terme « une équipe d'individualités » (Médecin 6, février 2024).

La collaboration interprofessionnelle était systématiquement qualifiée plus négativement par les infirmiers que les médecins dans les trois sites hospitaliers. Des propos similaires à ceux-ci étaient fréquents : « Pour qu'il y ait une collaboration avec les médecins, il faut déjà qu'ils soient là » (Infirmier 6, octobre 2023) ; « Il n'y a pas de collaboration quand il n'y a pas de communication et que chacun est dans son coin à faire ses affaires » (Infirmier 19, février 2024). Toutefois, les infirmiers travaillant au sein de l'hôpital secondaire du centre-ville semblaient avoir une vision plus positive de leur collaboration interprofessionnelle.

Dans les trois sites hospitaliers, lorsque les médecins et les infirmiers étaient invités à donner leurs opinions concernant la collaboration intraprofessionnelle de l'autre profession, les infirmiers voyaient systématiquement la collaboration médicale plus négativement que les médecins. Sur deux sites hospitaliers, sept infirmiers exprimaient une impression de « corporatisme » au sein de la profession médicale et la qualifiaient comme étant une caste au sein de laquelle « les loups ne se mangent pas entre eux » (Infirmiers 1, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 2023 ; 2024). Les infirmiers expliquaient ressentir des intentions médicales négatives envers eux lorsque ce sentiment de caste était évoqué. Quant aux médecins, ils percevaient la collaboration infirmière de façon similaire aux infirmiers car ils employaient les mêmes termes cités précédemment pour la qualifier. Trois médecins ont évoqué que la collaboration infirmière serait améliorée si les équipes composant les week-ends n'étaient pas fixes. Les équipes fixes composant les week-ends étaient par les professionnels de la santé associées aux termes : « création de commérages » (Infirmier 7, novembre 2024 ; infirmier 18, février 2024), « notion de *best week-end* vs mauvais week-end » (Infirmier 6, octobre 2023 ; infirmier 11, janvier 2024 ; médecin 10, février 2024), « équipe dans l'équipe » (Infirmier 8, novembre 2023 ; infirmier 9, décembre 2023).

L'hôpital tertiaire dispose d'assistants au sein de leurs effectifs. Ceux-ci changent tous les six mois. Lorsqu'ils sont qualifiés de « bonne fournée », ces nouveaux intervenants au sein de la collaboration médico-infirmière sont perçus par les infirmiers comme augmentant la distance

entre les médecins superviseurs et les infirmiers. Cette notion de distance volontaire instaurée par les infirmiers avait une connotation négative car ces derniers l'associaient à l'absentéisme des superviseurs. Les médecins superviseurs de l'hôpital tertiaire perçoivent les assistants comme un élément positif à la collaboration médico-infirmière. Ceux travaillant au sein des sites hospitaliers secondaires expliquaient ne pas souhaiter d'assistants préférant maintenir des relations directes entre infirmiers et médecins craignant un phénomène de scission.

Lorsque la notion d'équipe était abordée, tous citaient l'ensemble des professions exerçant aux soins intensifs (kinésithérapeutes, infirmiers, médecins, aides-soignantes/logistiques, psychologues) comme faisant partie de leur équipe. Malgré une notion d'équipe « soins intensifs » intégrant l'ensemble de ces professionnels, les médecins et les infirmiers employaient inconsciemment le terme « collègue » lorsqu'ils parlaient de leurs pairs. Seuls les infirmiers mentionnaient systématiquement inconsciemment les termes « nous » et « équipe » quand ils évoquent leurs pairs. De plus, aucun professionnel de la santé n'a expliqué ressentir un sentiment d'appartenance envers leur structure hospitalière.

3.2.2 Domination et hiérarchie

Lors de ces 30 entretiens, les professionnels de la santé mentionnaient spontanément le mot « hiérarchie » lorsqu'ils étaient interrogés à propos de la CIP. Ce constat est similaire pour les différentes unités des trois hôpitaux. Un postulat est général : les infirmiers mentionnent tous la hiérarchie médico-infirmière plaçant le médecin à un rang supérieur comme étant négative et nuisible pour la CIP. Quant aux médecins, leur sentiment est ambivalent concernant cette dernière. La majorité d'entre eux considère comme « dépassé » et « négatif » le fait d'être placé à un rang supérieur par rapport aux infirmiers.

Bien que les professionnels de la santé ont évoqué que la hiérarchie médico-infirmière plaçant le médecin à un rang supérieur s'améliorait, les infirmiers des différents hôpitaux ont tous mentionné que celle-ci persistait au sein des soins intensifs. Les exemples donnés ciblaient : le manque d'écoute ou de considération des médecins envers les infirmiers, les remarques sur des actes infirmiers, le non-rangement du matériel après un acte médical, le ton employé, ... La taille des effectifs médico-infirmiers composant les sites hospitaliers semble influencer également cette notion de hiérarchie. Les équipes ayant des effectifs médico-infirmiers plus restreints évoquaient que leur niveau de hiérarchie était minime par rapport aux équipes qu'ils qualifiaient comme « grandes ».

Dans les équipes infirmières où la hiérarchie semblait être perçue comme importante, toutes ont mentionné effectuer du « sabotage » envers les médecins identifiés comme hiérarchiques. Lorsque ces médecins sont interrogés, ceux-ci ne semblent pas percevoir ce phénomène infirmier. Cependant, 4 médecins ont expliqué que l'égo et la fierté étaient des caractéristiques propres à la profession médicale et que cela pouvait entraîner des conséquences négatives sur la profession infirmière et la collaboration médicale.

Une forme de hiérarchie indirecte a pu être interprétée. Le discours infirmier contenait constamment la notion « d'adaptation ». Cela faisait référence à une adaptation réalisée par les infirmiers en fonction du médecin avec lequel ils travaillaient : taille de gant, habitudes de traitements, préférences pour l'organisation des médicaments sur les voies intraveineuses, adaptation des demandes en fonction de la charge de travail médicale, ... Cependant, les médecins n'ont jamais évoqué une notion d'adaptation envers la profession infirmière. Cela peut être également mis en lien avec le fait que les infirmiers à de nombreuses reprises se positionnent eux-mêmes à un rang inférieur : « de par leurs connaissances je me dois de » (Infirmier 3, décembre 2023), « on n'est pas au même niveau » (Infirmier 19, février 2024), « ça reste des médecins donc je dois les respecter » (Infirmier 7, novembre 2023), ...

Langage hiérarchie et communication inter/intra professionnelle

Au sein des trois hôpitaux, les infirmiers ont majoritairement expliqué avoir plus de facilités à communiquer avec leurs pairs. Ils évoquaient une forme de sympathie et d'amitié envers ces derniers. De manière générale, les médecins mentionnaient communiquer de façon similaire avec les infirmiers ou leurs pairs en attachant moins d'importance à la création de liens amicaux. Ainsi, 3 médecins ont cité : « je ne suis pas ici pour me faire des amis ». Toutefois, en fonction du contexte, contrairement aux autres, les jeunes médecins ayant moins de 10 ans d'expérience évoquaient avoir plus de difficultés à communiquer avec leurs pairs plutôt qu'avec les infirmiers. Ils justifiaient cela par le fait que les générations au sein d'une profession peuvent être multiples et rendent plus complexe la communication. Un phénomène d'aura autour des superviseurs plus âgés a également été évoqué au sein de l'hôpital tertiaire. Les médecins des hôpitaux secondaires ont également mentionné cela en précisant que c'était propre « aux grands hôpitaux universitaires ». De plus, la façon de communiquer des infirmiers est influencée s'il y a une notion de hiérarchie médico-infirmière.

Ces derniers emploient des mots plus professionnels lorsqu'ils s'adressent à des médecins dits hiérarchiques afin de paraître plus professionnels et d'être mieux considérés.

A de nombreuses reprises, les situations conflictuelles étaient abordées de façon spontanée par les professionnels de la santé. Celles-ci étaient plus souvent évoquées par les infirmiers que les médecins. Ainsi, 10 infirmiers ont mentionné le fait qu'ils avaient le sentiment qu'entre médecins, les communications pouvant être qualifiées de « difficiles » étaient souvent reportées, évitées ou effectuées entre la profession médicale. Les infirmiers expliquaient avoir le sentiment d'être plus ouverts à la critique, d'être plus francs et d'avoir un esprit de remise en question plus développé. 3 médecins ont cité « on lave notre linge sale en famille » quand il leur a été demandé de décrire leur façon de gérer des communications médicales difficiles. 4 médecins ont exprimé faire preuve de plus de discrétion que les infirmiers lors de « règlements de comptes médicaux », justifiant cela comme étant une stratégie visant à ne pas discréditer leurs pairs aux yeux des infirmiers. Aussi, 3 médecins et 10 infirmiers ont mentionné le terme de « protection médicale » lorsqu'ils abordaient le fait de maintenir l'image positive de la profession médicale aux yeux d'autrui. Ceux-ci ont assuré ne pas observer cette même protection au sein de la profession infirmière en expliquant que les infirmiers avaient tendance à dénoncer leurs pairs lorsqu'ils étaient mis face à une responsabilité qui ne devait pas leur être attribuée.

En cas de situations nécessitant des conseils ou caractérisées comme étant « problématiques » aux yeux des professionnels, ceux-ci expliquent se diriger dans un premier temps vers leurs pairs. Lorsqu'il s'agit de périodes de pause au sein du lieu de travail ou en dehors, les professionnels de la santé se regroupent également spontanément auprès de leurs pairs. Dans la majorité des entretiens, la profession infirmière ne marquait pas d'opposition à partager un moment de détente avec la profession médicale. Toutefois, sept infirmiers mentionnaient préférer être entre infirmiers. Les médecins n'ont jamais mentionné d'opposition à partager un moment de pause avec les infirmiers.

Autonomie

Les soins intensifs étant un service où des protocoles et des ordres permanents sont établis, les infirmiers ont tous le sentiment d'être autonomes. Tous ont mentionné le fait d'être plus

autonomes et mieux considérés par les médecins qu’au sein des autres services. Les médecins semblent positifs quant à l’autonomisation infirmière.

3.2.3 Question du genre

Deux médecins femmes ont évoqué le fait qu’en début de carrière, un homme sera plus respecté par la profession médicale qu’une femme ayant le même âge et la même expérience. Ces femmes ont ajouté que ce sentiment de devoir « prouver plus » était parfois plus ressenti lorsqu’elles étaient confrontées à d’autres femmes médecins et à des professionnels d’autres services. Les résultats concernant ce point étaient peu révélateurs.

3.2.4 Tribalisme médical

Sur base de ces éléments d’analyse et de la notion *ingroup* et *outgroup* faisant référence au tribalisme médical, il a été possible de regrouper les comportements tribaux selon la profession émettrice s’identifiant au *ingroup* et la profession réceptrice faisant alors partie du *outgroup* (16,27). Un tableau récapitulatif de cette analyse du tribalisme médical se trouve ci-dessous (Cfr tableau 2). Il a été possible d’y résumer l’ensemble des interactions professionnelles expliquées ci-dessus en identifiant les comportements tribaux d’une profession envers une autre tels que :

- Comportements tribaux infirmiers envers les médecins ;
- Comportements tribaux infirmiers envers les infirmiers ;
- Comportements tribaux médicaux envers les infirmiers ;
- Comportements tribaux médicaux envers les médecins.

D’autres formes de tribalisme médical auraient pu être analysées : soins intensifs vs autres services ; infirmiers/médecins vs assistants. Cependant, le matériel empirique actuel ne permettait pas une analyse qualitative objective et pertinente de celles-ci.

Tableau 2 : Résumé des comportements tribaux identifiés lors des 30 entretiens

COMPORTEMENTS TRIBAUX	RÉSUMÉ DES COMPORTEMENTS TRIBAUX IDENTIFIÉS
Infirmiers envers les médecins	<ul style="list-style-type: none"> - Appartenance très marquée à leur profession infirmière : emploi du « nous » et « équipe » généralisé au sein du groupe. - Communication plus aisée avec leurs pairs qu'avec les médecins. - Temps de pause pouvant créer des scissions professionnelles. - Recherche spontanée de socialisation auprès de leurs pairs. - Solidarité marquée entre infirmiers renforcée par un contexte de soins complexe. - Rivalité envers les médecins avec valorisation de la collaboration infirmière et dévalorisation de la collaboration médicale. - Sabotage infirmier envers les médecins jugés trop hiérarchiques et distance volontaire des infirmiers envers les médecins superviseurs si assistants jugés comme compétents.
Infirmiers envers les infirmiers	<p>Tribalisme inter-weekend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rivalité inter-weekend exprimée par des expressions valorisantes envers le weekend auquel les infirmiers appartiennent et des expressions dévalorisantes envers le weekend auquel ils n'appartiennent pas. - Sentiment d'inconfort lors de changement de weekend. <p>Tribalisme inter-unité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rivalité inter-unité exprimée par des expressions valorisantes envers l'unité à laquelle les infirmiers appartiennent et des expressions négatives envers l'unité à laquelle ils n'appartiennent pas. - Sentiment d'appartenance à leur unité marqué. - Sentiment d'inconfort lors de changement d'unité. <p>Tribalisme intergénérationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rivalité entre les générations différentes avec diffusion de stéréotypes. - Dévalorisation de l'organisation de travail de la génération à laquelle les infirmiers n'appartiennent pas.
Médicaux envers les infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Appartenance marquée à la profession médicale : Identification médicale à un titre professionnel et reconnaissance différentes des professionnels ayant un titre différent. - Impact de l'ancrage historique des rôles : scission infirmiers et médecins. - Hiérarchie médico-infirmière peu consciente mais perçue comme présente par les infirmiers. - Loyauté et protection de la profession médicale afin de préserver l'image positive de la profession médicale aux yeux d'autrui. - Recherche de conseils envers leurs pairs avec reconnaissance de l'expertise médicale marquée et moins marquée envers celle infirmière. - Non-adaptation médicale au travail infirmier vs adaptation infirmière au travail médical. - Difficultés à émettre des remarques négatives à leurs pairs malgré une reconnaissance de celles-ci mentionnée à la profession infirmière.
Médicaux envers les médecins	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien médical envers la profession infirmière si reconnaissance générale de comportements intolérants de la part d'un médecin envers les infirmiers.

4. Discussion

A ce jour, tout comme le confirme cette étude, la CIP médico-infirmière représente encore un défi dans le secteur des soins intensifs (1,14,15). La *scoping review* abordant cette dernière à travers deux composantes du tribalisme médical, à savoir la domination et les stéréotypes de genre, représente un apport bibliographique essentiel permettant d'identifier dans quel contexte le concept du tribalisme médical s'ancre de façon générale dans le secteur hospitalier. La phase qualitative phénoménologique multicentrique apporte des arguments quant à la façon dont se traduit le tribalisme médical au sein de la collaboration médico-infirmière dans les services de soins intensifs de trois hôpitaux wallons.

4.1 La collaboration interprofessionnelle et la culture

La CIP ayant été interrogée dans 75 pays au sein de la *scoping review*, la comparaison des résultats de ces publications démontre que les professionnels de la santé de ces 75 pays collaborent tous de façons différentes. Le tribalisme médical étant influencé par les interactions sociales des professionnels de la santé, et donc par la culture du pays au sein duquel ils exercent, il semble pertinent de penser que la notion de tribalisme médical ainsi que sa signification varieraient et se traduiraient différemment en fonction du pays étudié (6,13,27). Par conséquent, cela justifie le fait qu'une standardisation mondiale ou continentale de la collaboration médico-infirmière serait complexe. Cela confirme également la pertinence d'analyser la façon dont se traduit le tribalisme médical au sein de chaque culture et notamment au sein des hôpitaux belges. Valider les outils évaluant la CIP d'un point de vue culturel et identifier les comportements collaboratifs en fonction de la culture apporterait un intérêt à la recherche et des perspectives managériales plus constructives. Rappelons que seules deux publications incluses dans la *scoping review* ont été effectuées en Belgique, dont une seule en Wallonie, cela pose donc question quant à l'intérêt ou la conscience que les soins de santé belges octroient à la CIP médico-infirmière.

4.2 Le tribalisme médical

« Nous sommes un service interdisciplinaire voire transdisciplinaire, il y a un maillage entre les différents groupes de professionnels. Cependant, c'est toujours la même chose, il suffit de tirer un coup en l'air et tous se regrouperont auprès de leurs pairs. » (Infirmier 5, février 2024)

Notre étude semble démontrer que les professionnels de la santé exerçant au sein de ces quatre unités de soins intensifs ne partagent pas leurs identités professionnelles, freinant ainsi

la construction d'une synergie interprofessionnelle idéalisée (4–6). Les comportements tribaux infirmiers et médicaux relevés au sein de l'analyse qualitative démontrent un sentiment d'appartenance très marqué envers leurs professions respectives. Cette notion d'appartenance à sa profession a pour conséquence l'instauration d'une rivalité « Nous contre Eux » entre la profession infirmière et médicale, faisant référence à la dynamique tribale des interactions professionnelles (16).

4.2.1 Le tribalisme médical au sein de la profession infirmière

Lors de la réalisation de notre étude, étonnamment, l'influence de l'identité professionnelle sur la collaboration médico-infirmière s'est particulièrement démarquée. L'identité sociale professionnelle est « construite lorsqu'un individu s'identifie comme appartenant à une profession avec d'autres individus qui s'engagent dans la même approche d'une forme de travail » (77). Cette identité professionnelle, déterminant la façon dont l'individu se comporte au travail, aura des répercussions sur sa manière d'interagir avec autrui (77). En effet, cela engendre la construction des « autres » pouvant être associée au terme « *outgroup* » dans le concept du tribalisme médical (16,77). Le « nous » généralisé au sein de la profession infirmière participant à cette étude démontre une identité professionnelle marquée, ainsi qu'une appartenance professionnelle revendiquée. Encore aujourd'hui, la littérature s'accorde pour dire que l'identité infirmière ainsi que son statut et sa représentation sociale sont martelés par l'ancrage historique des rôles infirmier et médical allant dans le sens de cette étude (7,25,59,78).

Lors de l'analyse qualitative, les infirmiers valorisaient leur collaboration intraprofessionnelle systématiquement de façon plus positive que la collaboration médicale. La profession infirmière se complimentait en insistant sur l'union qui était leur force. Ce comportement pourrait s'apparenter à un biais de favoritisme envers son propre groupe ou comme le souhait de vouloir être considérée comme « meilleure » ou « égale » à la profession médicale (16). En effet, c'est un phénomène propre à la nature humaine que de vouloir appartenir à un groupe social identifié comme meilleur que les autres car cela leur fournit une identité sociale positive (53). Comme mentionné dans la *scoping review*, les résultats évoqués au sein de la littérature identifient à plusieurs reprises cette volonté infirmière d'obtenir une reconnaissance médicale de leur rôle et de leur statut (12,25,57,64). Cette frustration de non-reconnaissance semble justifier cette notion de sabotage infirmier évoqué au sein des résultats traduisant un

comportement tribal important envers la profession médicale. Une étude confirme que la profession infirmière peut laisser volontairement une distance avec la profession médicale, ce qu'elle ne fait pas vis-à-vis de ses membres (71).

Lorsque l'origine de cette frustration infirmière est étudiée au sein de la littérature, celle-ci est souvent associée à l'ancrage historique des rôles, comme expliqué précédemment. Toutefois, à travers l'analyse des comportements tribaux infirmiers, cette étude ouvre une nouvelle perspective d'analyse évoquant une sorte de complexe d'infériorité justifiant les réactions infirmières envers la profession médicale. Ce complexe d'infériorité peut être mis en lien avec la théorie du « sale boulot » empruntée à E. C. Hugues (79). Cette théorie démontre que certaines professions sont reconnues comme étant des « métiers modestes » ou des « professions prétentieuses » (79). En effet, certaines expressions employées par les professions infirmière et médicale peuvent faire penser que cette théorie influence leurs raisonnements quant à leur perception professionnelle. Suivant cette logique, les infirmiers s'identifieraient à un métier plus modeste et reconnaîtraient les médecins comme exerçant une profession prétentieuse engendrant une frustration infirmière. Pour qu'un groupe dit « opprimé » puisse se libérer, une étude suggère de rejeter les images négatives relatives à sa profession en les remplaçant par de la fierté (61). De plus, la littérature souligne qu'avoir un chef de service qui incarne un groupe en étant fier de sa profession encourage les membres de son équipe à participer de façon active à la réalisation des objectifs (80). Il serait donc pertinent de favoriser cet aspect dans la formation des chefs de service.

Or, les données récoltées au sein de la *scoping review* et au sein de l'analyse qualitative démontrent une sous-estimation de la profession infirmière envers elle-même ainsi qu'un auto-positionnement à un rang inférieur au niveau de la hiérarchie médico-infirmière (61,62). Toutefois, « l'acquisition des positions résulte d'un processus interactif » (81). Il est donc essentiel que la profession infirmière prenne conscience de sa responsabilité dans l'oppression de sa propre identité professionnelle afin qu'elle ne se positionne plus de façon spontanée à une place hiérarchique subordonnée au médical. Sur base de notre analyse, il semblerait plus pertinent de s'intéresser à présent à la manière de rendre actrice la profession infirmière dans la construction d'une identité professionnelle valorisée par elle-même, stoppant ainsi tout parallélisme avec la profession médicale. Outre supprimer les comportements infirmiers d'auto-positionnement à un rang inférieur au sein de la hiérarchie

médico-infirmière, cela pourrait également répondre à la problématique identifiée au sein de cette étude concernant les comportements tribaux infirmiers envers la profession médicale.

Bien que l'influence de l'identité professionnelle prenne une place centrale dans l'analyse du tribalisme médical, notre étude démontre également que le tribalisme peut se traduire au sein d'une même profession partageant une même identité professionnelle sociale. La littérature abordant directement le tribalisme au sein d'une seule et même profession ne semble pas exister, ce qui ouvre une nouvelle perspective scientifique. L'analyse qualitative démontre qu'il est possible d'identifier deux pistes de solutions pouvant répondre rapidement au tribalisme inter-équipes et inter-weekends : la déssectorisation des effectifs infirmiers par unité de soins intensifs et la suppression des effectifs infirmiers fixes par weekend de travail. En offrant une rotation des effectifs infirmiers au sein des différentes unités de soins intensifs d'un même hôpital et une rotation des effectifs infirmiers au sein des weekends, cela pourrait diminuer les comportements tribaux infirmiers. Toutefois, la dynamique des weekends de travail alternés (un weekend sur deux) ayant déjà un impact négatif sur la qualité de vie sociale et familiale des infirmiers ainsi que sur leur santé, il semble essentiel d'être prudent lors des futures réflexions (82).

4.2.2 Le tribalisme médical au sein de la profession médicale

Allant dans le sens de la littérature, nos résultats semblent démontrer que les comportements tribaux des médecins envers les infirmiers ont également un lien avec l'identification professionnelle et avec la hiérarchie médico-infirmière. Une étude datant de 2016 confirme qu'en fonction de leur identification à la catégorie « unité de soins » ou « médecins », les médecins ont des discours plus ou moins ouverts envers la profession infirmière (53). Le parallèle avec les comportements tribaux peut être facilement perçu. Cependant, il est important de souligner que les comportements tribaux médicaux dénoncés par les infirmiers semblaient être réalisés de façon inconsciente par les médecins. Une hypothèse serait que les infirmiers, compte tenu de leur attribution à une position basse, donneraient de mauvaises intentions à ces comportements inconscients. Aussi, le discours médical jouant un rôle dans la façon d'interagir avec la profession infirmière, l'utilisation du « nous » pour parler de l'équipe médico-infirmière semble à privilégier (53). Ainsi, afin de diminuer le tribalisme médical, il semble pertinent de favoriser l'exemplarité au sein du leadership et d'identifier des leaders médicaux et infirmiers prônant les valeurs de l'interprofessionnalité et l'ouverture

d'esprit (4,5,83,84). En effet, ayant une autorité naturelle sur les membres de son équipe, le professionnel identifié comme leader infirmier ou médical rendra les discours ouverts envers les professions infirmière et médicale crédibles et légitimes (84,85). De plus, la diminution du tribalisme au sein des unités pourrait également être encouragée si l'exemplarité était donnée au niveau institutionnel. Lorsque les directions médicales et infirmières travaillent ensemble de manière collaborative, elles offrent un exemple concret de collaboration et de coopération (84). Cette collaboration institutionnelle peut favoriser un environnement de travail où les rivalités entre les différentes professions sont atténuées, et où l'accent est mis sur les objectifs communs et le bien-être des patients. Ainsi, en plus de promouvoir des leaders interprofessionnels au niveau des équipes, il est essentiel que les institutions médicales adoptent une approche collaborative et inclusive, créant ainsi un climat propice à la réduction du tribalisme et à la promotion d'une culture de travail harmonieuse et coopérative (85).

Il est également possible de percevoir que l'analyse du tribalisme médical fait intervenir des notions de protection et de normes implicites au sein de la profession médicale (81). Quand un groupe se crée, même restreint, des règles dictent implicitement le fonctionnement des individus (81). La sanction du non-respect aux règles implicites est d'être désapprouvé par le groupe, ce qui peut être mis en lien avec la loyauté envers sa tribu dans le concept du tribalisme médical (26,81,86). Dans ce cas-ci, il semblerait que la règle soit de maintenir les conflits d'ordre médical éloignés de la profession infirmière afin de préserver une image de symbiose au sein de la tribu médicale. Cependant, une perspective enrichissante à considérer est celle de l'influence des valeurs éthiques et déontologiques qui imprègnent profondément le cursus médical. Des institutions telles que l'Ordre des Médecins et des traditions séculaires comme le Serment d'Hippocrate ne font que renforcer cet aspect. Dans cette optique, il est pertinent de reconnaître que les impératifs éthiques et déontologiques pourraient jouer un rôle significatif dans la manière dont les professionnels de la santé interagissent au sein de leur "tribu", contribuant ainsi à façonner les normes implicites et les attentes de comportement au sein de la profession médicale. Par conséquent, au-delà de la simple préservation de l'image de symbiose au sein de la tribu médicale, il est essentiel d'examiner comment ces principes éthiques et déontologiques influencent les dynamiques interprofessionnelles et la qualité des soins prodigués.

Enfin, la littérature ainsi que notre étude confirment que la hiérarchie s'effectue toujours dans le sens de la profession médicale envers la profession infirmière, ce qui est ressenti comme néfaste pour la collaboration médico-infirmière (54,57,58). La littérature insiste également sur le fait que les médecins sont formés pour intégrer les organes dominants du système de santé, et que l'organisation de celui-ci est établie en fonction de la profession médicale (58). Par conséquent, il en vient à se questionner quant à l'intention du système de santé à vouloir améliorer la collaboration médico-infirmière. Il semble donc pertinent de s'interroger quant à l'intérêt des guidelines prônant l'interprofessionnalité lorsque le système de santé semble promouvoir une hiérarchie médicale décisionnelle. L'interdépendance étant un principe essentiel pour atteindre l'interprofessionnalité (5,6). S'interroger quant à la capacité médicale à pouvoir dissocier la hiérarchie médico-infirmière et l'aspect médico-légal des prises de décision concernant le patient permettrait d'ouvrir une perspective d'analyse quant à la complexité des nuances sociales auxquelles les médecins sont confrontés.

4.2.3 Facteurs influençant le tribalisme médical

Comme évoqué dans la littérature, notre étude confirme que les facteurs sociaux des professionnels influencent leurs comportements tribaux (16,22,26). Celle-ci précise le fait que le tribalisme médical est un concept constant qui fluctue dans la temporalité en évoluant en fonction d'une multitude de facteurs extérieurs aux relations humaines : le contexte aigu du service, les saisons, le manque et la taille d'effectif, les systèmes d'horaire (12h vs 8h ; horaires fixes), le type de structure hospitalière, l'agencement des espaces de travail, le temps de présence physique médicale dans le service et l'identification d'un coordinateur médical par les infirmiers, les expériences passées de chacun, la composition journalière des effectifs, ... Malgré un impact majeur dans l'analyse des comportements tribaux, cette étude n'avait pas pour objectif d'identifier l'impact significatif de ces éléments quant à la dynamique tribale des interactions médico-infirmières.

5. Limitations

Cette étude présente quelques limites, notamment le fait que l'investigatrice principale est une infirmière spécialisée en soins intensifs et aide médicale urgente, ce qui peut biaiser les résultats. La transparence quant à la profession de cette dernière lors des entretiens semi-dirigés pourrait avoir influencé les dires des professionnels de la santé. Le manque de temps a empêché la réalisation d'entretiens auprès des assistants médecins, limitant ainsi

l'interprétation des points de vue des infirmiers et des médecins exerçant au sein de l'hôpital tertiaire. Elargir la portée géographique et la population cible aurait permis de préciser les interprétations à propos du tribalisme médical. Toutefois, la triangulation apportée par notre approche mixte tend à renforcer nos résultats. Enfin, notre perspective d'analyse a été réalisée seulement à partir de professionnels de la santé. Il aurait été pertinent d'inclure des patients à la population cible afin de comprendre l'impact du tribalisme médical sur le vécu du patient.

6. Conclusion

La persistance de la hiérarchie médico-infirmière au sein des services de soins intensifs continue d'exercer une influence négative sur les relations professionnelles. Les stigmates historiques qui ont divisé les rôles dans le système de santé, érigeant les infirmières en "exécutrices" et les médecins en figures "dominantes", semblent toujours colorer les perceptions professionnelles. Bien que les professionnels de la santé expriment un fort attachement au service des soins intensifs, cette étude souligne également que cet attachement est encore plus prononcé envers leurs professions respectives. Les comportements tribaux observés tant chez les infirmiers que chez les médecins éclairent non seulement les interactions médico-infirmières, mais aussi les relations entre pairs au sein de chaque groupe professionnel.

Il est clair que d'exiger une diminution de ces comportements tribaux par une approche ascendante semble peu réaliste. Par conséquent, il est impératif que les managers médico-infirmiers des unités et les organes de direction montrent l'exemple. De plus, une révision approfondie des méthodes de formation pour chacune des deux professions s'avère nécessaire. Cette approche doit encourager une collaboration interprofessionnelle dès les premières étapes de la formation, en mettant l'accent sur le respect mutuel, la compréhension des rôles et la promotion d'une culture de travail collaborative. En intégrant ces changements à tous les niveaux de la structure de santé, il sera possible progressivement d'atténuer les barrières tribales et de favoriser des relations professionnelles plus harmonieuses, forgées autour d'un but commun, le patient.

7. Références bibliographiques

1. World health organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: World health organization; 2010 [cited 2023 Mar 18]. Report No.: WHO/HRH/HPN/10.3. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>
2. Kips J. Afiso. 2019 [cited 2023 Mar 29]. Quelle accréditation pour quel hôpital ? - Congrès Afiso. Available from: <https://www.afiso.be/file/208578>
3. SPF. SPF Santé publique. 2019 [cited 2023 Mar 29]. Programme Pay for Performance (P4P) pour les hôpitaux généraux. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/programme-pay-performance-p4p-pour-les-hopitaux-generaux-0>
4. Simonet M. Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Rev Med Suisse*. 2017 Oct 18;3(579):1771–2.
5. Fumeaux T, Wehrli M. Does interprofessionality work in Swiss ICUs and should it be encouraged? *Swiss Med Wkly*. 2017;147:145–9.
6. Gerber, Michelle, Kraft, Esther, Bosshard, Christoph. La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. *Bull Med Suisses*. 2018 Oct 31;99(44):1524–9.
7. Lapierre, Alexandra, Gauvin-Lepage, Jérôme, Lefebvre, Hélène. La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences : une revue de la littérature. *Recherches en soins infirmiers*. 2017;2(129):73–88.
8. Perrier A. Collaboration infirmières médecins : un déterminant de la qualité des soins ? *Rev Med Suisse*. 2005 Nov 23;9(42):2742–5.
9. Bruyneel L, Lesaffre E, Meuleman B, Sermeus W. Power Distance and Physician-Nurse Collegial Relations Across 14 European Countries: National Culture is Not Merely a Nuisance Factor in International Comparative Research. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. 2019 Nov;51(6):708–16.
10. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart Br Card Soc*. 2005 Jul;91(7):899–906.
11. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004 Aug 18;44(4):810–9.
12. Collette AE, Wann K, Nevin ML, Rique K, Tarrant G, Hickey LA, et al. An exploration of nurse-physician perceptions of collaborative behaviour. *J Interprof Care*. 2017 Jul 4;31(4):470–8.
13. Galletta M, Portoghese I, Carta MG, D'Aloja E, Campagna M. The Effect of Nurse-Physician Collaboration on Job Satisfaction, Team Commitment, and Turnover Intention in Nurses. *Res Nurs Health*. 2016 Oct;39(5):375–85.
14. Alexanian JA, Kitto S, Rak KJ, Reeves S. Beyond the Team: Understanding Interprofessional Work in Two North American ICUs. *Crit Care Med*. 2015 Sep;43(9):1880–6.
15. Boev C, Tydings D, Critchlow C. A qualitative exploration of nurse-physician collaboration in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022 Jun 1;70:103218.

16. 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 Jul 29;6(7):e012467.
17. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol*. 2018;73(4):468–77.
18. Donovan AL, Aldrich JM, Gross AK, Barchas DM, Thornton KC, Schell-Chaple HM, et al. Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Crit Care Med*. 2018 Jun;46(6):980–90.
19. Rose L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nurs Crit Care*. 2011;16(1):5–10.
20. Ebert L, Hoffman K, Levett-Jones T, Gilligan C. “They have no idea of what we do or what we know”: Australian graduates’ perceptions of working in a health care team. *Nurse Educ Pract*. 2014 Sep 1;14(5):544–50.
21. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014 Mar;90(1061):149–54.
22. Eppich WJ, Schmutz JB. From “them” to “us”: bridging group boundaries through team inclusiveness. *Med Educ*. 2019 Aug;53(8):756–8.
23. 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 Dec 19;ahead-of-print(ahead-of-print).
24. Bento F, Tagliabue M, Lorenzo F. Organizational Silos: A Scoping Review Informed by a Behavioral Perspective on Systems and Networks. *Societies*. 2020 Sep;10(3):56.
25. Thomas CD, DiSabatino L, Rojas F. The effects of education and clinical specialization on nurses’ status affirmation by physicians: A quantitative analysis. *J Interprof Care*. 2019;33(2):252–63.
26. Clark, Cory J., Liu, Brittany S., Winegard, Bo M., Ditto, Peter H. Tribalism Is Human Nature. *Current Directions in Psychological Science*. 2019;28(6):587–92.
27. Haslam SA, Jetten J, Haslam C. The Social Identity Approach to Health. In: Haslam C, Bhui KS, Williams R, Haslam SA, Bailey S, Kemp V, editors. *Social Scaffolding: Applying the Lessons of Contemporary Social Science to Health and Healthcare* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2019 [cited 2023 Apr 6]. p. 31–9. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/social-scaffolding/social-identity-approach-to-health/22C5C57474D57EEA04644D1281D6888B>
28. Bochatay N, Bajwa NM, Blondon KS, Junod Perron N, Cullati S, Nendaz MR. Exploring group boundaries and conflicts: a social identity theory perspective. *Med Educ*. 2019;53(8):799–807.
29. Salas E, Sims D, Burke S. Is there a “Big Five” in Teamwork? *Small Group Res*. 2005 Oct 1;36(5):555–99.
30. Morris M, Eppich WJ. Changing workplace-based education norms through “collaborative intentionality.” *Med Educ*. 2021 Aug;55(8):885–7.

31. Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, et al. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM Evid Synth.* 2022 Apr;20(4):950.
32. Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Prat Psychol.* 2018 Dec 1;24(4):427–49.
33. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.* 2018 Nov 19;18(1):143.
34. Tenny S, Brannan JM, Brannan GD. Qualitative Study. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>
35. Catellin S. L'abduction: une pratique de la découverte scientifique et littéraire. *Hermès Rev.* 2004;39(2):179–85.
36. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018 Oct 2;169(7):467–73.
37. Abramovici M. Jacques Girin et la recherche-action. *Libellio AEGIS.* 2016;12(3):95–7.
38. Setia MS. Methodology Series Module 5: Sampling Strategies. *Indian J Dermatol.* 2016;61(5):505–9.
39. Combessie JC. II. L'entretien semi-directif. In Paris: La Découverte; 2007 [cited 2024 Mar 26]. p. 24–32. (Repères; vol. 5e éd.). Available from: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>
40. S. In: Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines [Internet]. Paris: Armand Colin; 2009 [cited 2024 Mar 26]. p. 226–78. (Dictionnaire; vol. 3e éd.). Available from: <https://www.cairn.info/dictionnaire-methodes-qualitatives-en-sciences--9782200244491-p-226.htm>
41. 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.
42. Low S, Gray E, Ewing A, Hain P, Kim L. <p>Remodeling Interprofessional Collaboration Through a Nurse-for-a-Day Shadowing Program for Medical Residents</p>. *J Multidiscip Healthc.* 2021 Aug 27;14:2345–9.
43. Mahdizadeh M, Heydari A, Moonaghi HK. Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks From Similarities to Differences: A Systematic Review. *Glob J Health Sci.* 2015 Apr 19;7(6):p170.
44. Migotto S, Garlatti Costa G, Ambrosi E, Pittino D, Bortoluzzi G, Palese A. Gender issues in physician–nurse collaboration in healthcare teams: Findings from a cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2019;27(8):1773–83.
45. 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 Mar 1;26(2):115–20.

46. San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Professionalism and Occupational Well-Being: Similarities and Differences Among Latin American Health Professionals. *Front Psychol* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jul 30];8. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00063>
47. Siedlecki S, Hixson E. Relationships Between Nurses and Physicians Matter. *OJIN Online J Issues Nurs* [Internet]. 2015 Aug 31 [cited 2023 Oct 15];20(3). Available from: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Articles-Previous-Topics/Relationships-between-Nurses-and-Physicians-Matter.html>
48. Sollami A, Caricati L, Sarli L. Nurse–physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. *J Interprof Care*. 2015 May 4;29(3):223–9.
49. Sterchi LS. Perceptions That Affect Physician-Nurse Collaboration in the Perioperative Setting. *AORN J*. 2007;86(1):45–57.
50. Tang C j., Chan S w., Zhou W t., Liaw S y. Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *Int Nurs Rev*. 2013;60(3):291–302.
51. Hossny EK, Sabra HE. The attitudes of healthcare professionals towards nurse–physician collaboration. *Nurs Open*. 2021;8(3):1406–16.
52. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti A, Scalzo AL, 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 May 1;40(4):427–35.
53. Caricati L, Mancini T, Sollami A, Bianconcini M, Guidi C, Prandi C, et al. The role of professional and team commitments in nurse–physician collaboration. *J Nurs Manag*. 2016;24(2):E192–200.
54. Milne J, Greenfield D, Braithwaite J. An ethnographic investigation of junior doctors’ capacities to practice interprofessionally in three teaching hospitals. *J Interprof Care*. 2015 Jul 4;29(4):347–53.
55. Karanikola MNK, Albarran JW, Drigo E, Giannakopoulou M, Kalafati M, Mpouzika M, et al. Moral distress, autonomy and nurse–physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *J Nurs Manag*. 2014;22(4):472–84.
56. Muller-Juge V, Cullati S, Blondon KS, Hudelson P, Maître F, Vu NV, et al. Interprofessional Collaboration between Residents and Nurses in General Internal Medicine: A Qualitative Study on Behaviours Enhancing Teamwork Quality. *PLOS ONE*. 2014 Apr 25;9(4):e96160.
57. Daiski I. Changing nurses’ dis-empowering relationship patterns. *J Adv Nurs*. 2004;48(1):43–50.
58. Bowles D, McIntosh G, Hemrajani R, Yen MS, Phillips A, Schwartz N, et al. Nurse–physician collaboration in an academic medical centre: The influence of organisational and individual factors. *J Interprof Care*. 2016 Sep 2;30(5):655–60.
59. Storch Janet L. Shared Moral Work of Nurses and Physicians. *Nurs Ethics*. 2007;14(4):478–91.

60. Snelgrove S, Hughes D. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *J Adv Nurs*. 2000;31(3):661–7.
61. Chaboyer WP, Patterson E. Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor–nurse collaboration. *Nurs Health Sci*. 2001;3(2):73–9.
62. Brown S, Lindell D, Garber J, Dolansky M. Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nurs Ethics*. 2015;22(2):205–16.
63. Forbes TH, Larson K, Scott ES, Garrison HG. Getting work done: a grounded theory study of resident physician value of nursing communication. *J Interprof Care*. 2020 Mar 3;34(2):225–32.
64. Fitzgerald A, Teal G. Health reform, professional identity and occupational sub-cultures: The changing interprofessional relations between doctors and nurses. *Contemp Nurse*. 2004 Feb 1;16(1–2):71–9.
65. Riley RG, Manias E. Governance in operating room nursing: nurses' knowledge of individual surgeons. *Soc Sci Med* 1982. 2006 Mar;62(6):1541–51.
66. 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 Jan;18(20):10775.
67. Wang Y, Wan Q, Guo J, Jin X, Zhou W, Feng X, et al. The influence of effective communication, perceived respect and willingness to collaborate on nurses' perceptions of nurse–physician collaboration in China. *Appl Nurs Res*. 2018 Jun 1;41:73–9.
68. André B, Nøst TH, Frigstad SA, Sjøvold E. Differences in communication within the nursing group and with members of other professions at a hospital unit. *J Clin Nurs*. 2017;26(7–8):956–63.
69. Tang CJ, Zhou WT, Chan SWC, Liaw SY. Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study. *J Nurs Manag*. 2018;26(1):11–8.
70. Qian X, Li LJ, Zhuang YY, Hong YC, Zhang ZH, Xing LF, et al. Analysis of daily goal sheets on physician-nurse collaboration attitude. *Ann Palliat Med*. 2020 Jan;9(1):1–7.
71. Skei K. Collaboration at risk: registered nurses' experiences on orthopaedic wards. *J Clin Nurs*. 2008;17(14):1907–14.
72. Budge C, Carryer J, Wood S. Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. *J Adv Nurs*. 2003;42(3):260–8.
73. Grinberg K, Sela Y. Expanding nurses' authority – Physicians' and nurses' attitudes. *Appl Nurs Res*. 2022 Feb 1;63:151550.
74. Parizad N, Lopez V, Jasemi M, Gharaaghaji Asl R, Taylor A, Taghinejad T. Job stress and its relationship with nurses' autonomy and nurse–physician collaboration in intensive care unit. *J Nurs Manag*. 2021;29(7):2084–91.
75. Gjerberg E, Kjølørød L. The doctor–nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? *Soc Sci Med*. 2001 Jan 1;52(2):189–202.
76. Wear D, Keck-McNulty C. Attitudes of female nurses and female residents toward each other: A qualitative study in one u.s. teaching hospital. *Acad Med*. 2004 Apr;79(4):291.

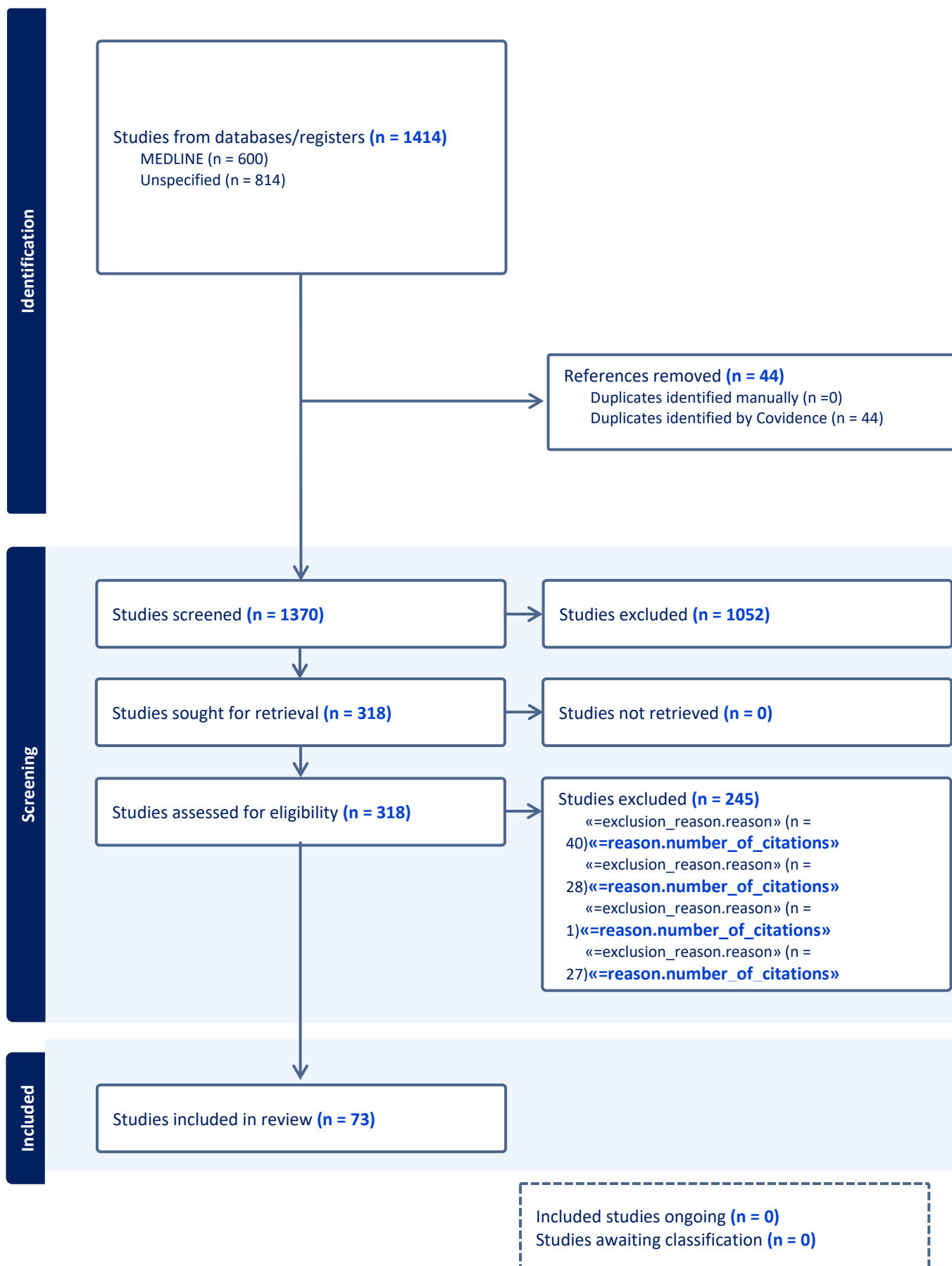
77. Best S, Williams S. Professional identity in interprofessional teams: findings from a scoping review. *J Interprof Care*. 2019;33(2):170–81.
78. Feroni I. 2. L'identité infirmière vue par ses élites. Pièges et limites d'une rhétorique professionnelle. In: *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail* [Internet]. Geniviève Cresson. Rennes: Presses de l'EHESP; 2000 [cited 2024 Apr 19]. p. 31–6. (Recherche, santé, social). Available from: <https://www.cairn.info/professions-et-institutions-de-sante--9782859526184-p-31.htm>
79. Lhuillier D. Le « sale boulot ». *Travailler*. 2005;14(2):73–98.
80. Mucchielli R. Chapitre 4. Autorité et structures d'influence dans l'équipe de travail. In: *Le travail en équipe* [Internet]. ESF Sciences humaines; 2019 [cited 2024 Apr 27]. p. 79–98. (Formation permanente). Available from: <https://www.cairn.info/le-travail-en-equipe--9782710139843-p-79.htm>
81. Bodart Y. Les phénomènes de groupe. *Cah Int Psychol Soc*. 2018;1–2(117–118):119–46.
82. Rosa D, Terzoni S, Dellafiore F, Destrebecq A. Systematic review of shift work and nurses' health. *Occup Med Oxf Engl*. 2019 Jun 24;69(4):237–43.
83. Melkonian T. G. Pourquoi un leader doit être exemplaire? [Internet]. UGA Editions. France: Liens Socio; 2019 [cited 2024 Apr 27]. (Actualité des savoirs). Available from: <https://journals.openedition.org/lectures/41034>
84. Boffa-Comby P. L'exemplarité aux sources du leadership. *Expans Manag Rev*. 2012;144(1):90–5.
85. Shufutinsky A. Tribalism and Clone Theory in New Leaders and the Resulting Degradation of Organizational Culture. *Psychol Behav Sci Int J*. 2019 Jan 9;10(2):1–10.
86. Mannix R, Nagler J. Tribalism in Medicine-Us vs Them. *JAMA Pediatr*. 2017 Sep 1;171(9):831.
87. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians*. *Crit Care Med*. 2003 Mar;31(3):956.
88. Mao A, Wang J, Zhang Y, Cheong PL, Van IK, Tam HL. <p>Male Nurses’ Dealing with Tensions and Conflicts with Patients and Physicians: A Theoretically Framed Analysis</p>. *J Multidiscip Healthc*. 2020 Sep 29;13:1035–45.
89. Ushiro R, Nakayama K. Gender role attitudes of hospital nurses in Japan: Their relation to burnout, perceptions of physician–nurse collaboration, evaluation of care, and intent to continue working. *Jpn J Nurs Sci*. 2010;7(1):55–64.
90. Kenaszchuk C, MacMillan K, van Soeren M, Reeves S. Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. *BMC Med*. 2011 Mar 28;9(1):29.
91. Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Crit Care*. 2004;8(6):R403–8.
92. Sabone M, Cainelli F, Mazonde P. Everyday ethical challenges of nurse-physician collaboration. *Nurs Ethics*. 2020;27(1):206–20.

93. Blondon KS, Chan KCG, Muller-Juge V, Cullati S, Hudelson P, Maître F, et al. A concordance-based study to assess doctors' and nurses' mental models in Internal Medicine. Wiley JF, editor. PLOS ONE. 2017 Aug 8;12(8):e0182608.
94. Kempner S, Brackmann M, Kobernik E, Skinner B, Bollinger M, Hammoud M, et al. The decline in attitudes toward physician-nurse collaboration from medical school to residency. *J Interprof Care*. 2020;34(3):373–9.
95. Zangaro GA, Soeken KL. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):445–58.
96. 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 Nov 2;33(6):820–2.
97. Wagter JM, van de Bunt G, Honing M, Eckenhausen M, Scherpbier A. Informal interprofessional learning: Visualizing the clinical workplace. *J Interprof Care*. 2012 May 1;26(3):173–82.
98. Clark RC, Greenawald M. Nurse-Physician Leadership: Insights Into Interprofessional Collaboration. *JONA J Nurs Adm*. 2013 Dec;43(12):653–9.
99. Heland M. Fruitful or futile: Intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Aust Crit Care*. 2006 Feb 1;19(1):25–31.
100. Onishi M, Komi K, Kanda K. Physicians' perceptions of physician–nurse collaboration in Japan: Effects of collaborative experience. *J Interprof Care*. 2013 May 1;27(3):231–7.
101. Rooddehghan Z, Yekta ZP, Nasrabadi A. Nurses, the Oppressed Oppressors: A Qualitative Study. *Glob J Health Sci*. 2015 Mar 18;7(5):p239.
102. Zelek B, Phillips SP. Gender and power: Nurses and doctors in Canada. *Int J Equity Health*. 2003 Feb 11;2:1.
103. Voyer Benjamin, Reader Tom. The self-construal of nurses and doctors: beliefs on interdependence and independence in the care of older people. *J Adv Nurs*. 2013;69(12):2696–706.
104. Coombs M. Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003 Jun 1;19(3):125–35.
105. Nathanson BH, Henneman EA, Blonaisz ER, Doubleday ND, Lusardi P, Jodka PG. How much teamwork exists between nurses and junior doctors in the intensive care unit? *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1817–23.
106. McGrail KA, Morse DS, Glessner T, Gardner K. “What is Found There”1: Qualitative Analysis of Physician–Nurse Collaboration Stories. *J Gen Intern Med*. 2009 Feb 1;24(2):198–204.
107. Carmel S. Boundaries obscured and boundaries reinforced: incorporation as a strategy of occupational enhancement for intensive care. *Sociol Health Illn*. 2006;28(2):154–77.
108. Caricati L, Guberti M, Borgognoni P, Prandi C, Spaggiari I, Vezzani E, et al. The role of professional and team commitment in nurse–physician collaboration: A dual identity model perspective. *J Interprof Care*. 2015 Aug 28;29(5):464–8.

109. Papathanassoglou EDE, Karanikola MNK, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional Autonomy, Collaboration With Physicians, and Moral Distress Among European Intensive Care Nurses. *Am J Crit Care*. 2012 Mar 1;21(2):e41–52.
110. Degu T, Amsalu E, Kebede A, Adal O. Inter-professional collaboration and associated factors among nurses and physicians in specialized public hospitals, the northwest, Ethiopia: mixed method multi-centered cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2023 Mar 27;23(1):286.
111. Garber JS, Madigan EA, Click ER, Fitzpatrick JJ. Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *J Interprof Care*. 2009 Jan 1;23(4):331–40.
112. Tschannen D, Kalisch BJ. The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. *J Nurs Manag*. 2009 Nov;17(7):796–803.
113. Hughes B, Fitzpatrick JJ. Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *J Interprof Care*. 2010 Nov 1;24(6):625–32.
114. Galletta M, Portoghese I, Battistelli A, Leiter MP. The roles of unit leadership and nurse–physician collaboration on nursing turnover intention. *J Adv Nurs*. 2013;69(8):1771–84.
115. Kaifi A, Tahir MA, Ibad A, Shahid J, Anwar M. Attitudes of nurses and physicians toward nurse–physician interprofessional collaboration in different hospitals of Islamabad–Rawalpindi Region of Pakistan. *J Interprof Care*. 2021 Nov 2;35(6):863–8.
116. Leever AM, Hulst MVD, Berendsen AJ, Boendemaker PM, Roodenburg JLN, Pols J. Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians - a qualitative study. *J Interprof Care*. 2010 Nov;24(6):612–24.
117. Pepermans R, Mentens C, Goedee M, Jegers M, van Roy K. Differences in managerial behaviour between head nurses and medical directors in intensive care units in Europe. *Int J Health Plann Manage*. 2001;16(4):281–95.
118. Perrier L, Adhietty C, Soobiah C. Examining semantics in interprofessional research: A bibliometric study. *J Interprof Care*. 2016 May;30(3):269–77.
119. Yildirim A, Ates M, Akinci F, Ross T, Selimen D, Issever H, et al. Physician–nurse attitudes toward collaboration in Istanbul’s public hospitals. *Int J Nurs Stud*. 2005 May 1;42(4):429–37.

8. Annexes

8.1 Annexe 1 : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses



8.2 Annexe 2 : Tableau reprenant les profils interrogés lors des entretiens

Rem : La date et le temps en minutes sont les informations concernant l'entretien. Les autres informations correspondent aux données personnelles relatives au professionnel interrogé.

HOPITAL TERTIAIRE								
UNITÉ 1			UNITÉ 2			MÉDECINS		
Infirmier 1	Femme ; 29 ans	déc-23	Infirmier 6	Femme ; 25 ans	oct-23	Médecin 1	Femme ; 58 ans	févr-24
	6 ans d'ancienneté	54 minutes		2 ans d'ancienneté	62 minutes		20 ans d'ancienneté	54 minutes
Infirmier 2	Femme ; 44 ans	nov-23	Infirmier 7	Femme ; 36 ans	nov-23	Médecin 2	Homme ; 32 ans	nov-23
	22 ans d'ancienneté	65 minutes		12 ans d'ancienneté	55 minutes		1 an d'ancienneté	62 minutes
Infirmier 3	Femme ; 57 ans	déc-23	Infirmier 8	Femme ; 61 ans	nov-23	Médecin 3	Homme ; 58 ans	févr-24
	34 ans d'ancienneté	55 minutes		40 ans d'ancienneté	55 minutes		20 ans d'ancienneté	60 minutes
Infirmier 4	Homme ; 32 ans	déc-23	Infirmier 9	Homme ; 32 ans	déc-23			
	1,5 ans d'ancienneté usi 6 ans autres services	74 minutes		10 ans d'ancienneté	63 minutes			
Infirmier 5	Homme ; 56 ans	févr-24	Infirmier 10	Homme ; 53 ans	déc-23			
	21 ans d'ancienneté usi 3 ans autre hôpital	79 minutes		8 ans d'ancienneté usi 19 ans d'ancienneté autres services	59 minutes			

HOPITAL SECONDAIRE SITUÉ EN CENTRE-VILLE					
Infirmier 11	Femme ; 25 ans	janv-24	Médecin 4	Femme ; 40 ans	févr-24
	2 ans d'ancienneté	62 minutes		9 ans d'ancienneté	62 minutes
Infirmier 12	Femme ; 26 ans	janv-24	Médecin 5	Homme ; 35 ans	févr-24
	5 ans d'ancienneté	40 minutes		2 ans d'ancienneté usi 1 an d'ancienneté autre hôpital	42 minutes
Infirmier 13	Femme ; 58 ans	févr-24	Médecin 6	Homme ; 50 ans	févr-24
	29 ans d'ancienneté usi 7 ans d'ancienneté autre hôpital	52 minutes		19 ans d'ancienneté	61 minutes
Infirmier 14	Homme ; 31 ans	janv-24	Médecin 7	Homme ; 63 ans	févr-24
	7 ans d'ancienneté	40 minutes		33 ans d'ancienneté	55 minutes
Infirmier 15	Homme ; 49 ans	févr-24			
	25 ans d'ancienneté	39 minutes			

HOPITAL SECONDAIRE SITUÉ EN PÉRIPHÉRIE DE LA VILLE					
Infirmier 16	Femme ; 23 ans	févr-24	Médecin 8	Homme ; 33 ans	févr-24
	1 an d'ancienneté	50 minutes		2 ans d'ancienneté	46 minutes
Infirmier 17	Femme ; 35 ans	févr-24	Médecin 9	Homme ; 37 ans	févr-24
	13 ans d'ancienneté	48 minutes		2 ans d'ancienneté usi 5 ans d'ancienneté autre hôpital/usi	48 minutes
Infirmier 18	Femme ; 47 ans	févr-24	Médecin 10	Homme ; 57 ans	févr-24
	10 ans d'ancienneté usi 10 ans d'ancienneté autre service	50 minutes		29 ans d'ancienneté	55 minutes
Infirmier 19	Homme ; 40 ans	févr-24			
	16 ans d'ancienneté usi 2 ans autre service	54 minutes			
Infirmier 20	Homme ; 47 ans	janv-24			
	14 ans d'ancienneté 11 ans d'ancienneté autre service	52 minutes			

8.3 Annexe 3 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Jade, je suis étudiante en master 2 santé publique à l'université de Liège. Nous nous rencontrons aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire afin d'effectuer un entretien abordant la collaboration médico-infirmière aux soins intensifs.

Je souhaite vous rappeler que cet entretien de 1H est anonyme. Pour une question de facilité, je souhaiterais enregistrer cet entretien, est-ce que vous êtes d'accord ?

Avant de commencer pouvez-vous me préciser votre fonction, âge, sexe et années d'expérience svp ?

Pour débiter cet entretien, dans le cadre de votre travail, pouvez-vous me dire avec qui êtes-vous amené à entrer en relation comme professionnels ? Sur quoi portent ces relations ?

Domination	Collaboration interdisciplinaire	<p>Pouvez-vous me décrire votre équipe et les membres qui la composent ?</p> <p>Comment décririez-vous la collaboration avec les membres de votre profession ? celle entre les médecins et les infirmiers ? Différence avec les assistants ? Pourquoi ?</p> <p>Qu'en est-il de votre collaboration entre infirmiers de we différents ?</p> <p>Si vous deviez améliorer la collaboration médico-infirmière quelles seraient les priorités selon vous ? ou les domaines essentiels à modifier ?</p> <p>Pouvez-vous me décrire votre sentiment d'appartenance à votre équipe ?</p> <p>Appartenez-vous plutôt : à l'hôpital, aux services des soins intensifs, à votre unité des soins intensifs, à votre profession ? Pourquoi ?</p> <p>Lors de vos moments de pause dans votre environnement de travail (repas), vers qui vous tournez-vous naturellement pour discuter et vous détendre ?</p> <p>Quand vous gérez un conflit comment vous comportez-vous ? Votre gestion du conflit dépend-t-elle de la profession face à laquelle vous vous confrontez ?</p> <p>Que pensez-vous des décisions prises lors des prises en soins de vos collègues ?</p> <p>Comment réagissez-vous à une erreur commise par une personne de votre profession ? et d'une profession différente ?</p>
	Langage hiérarchique	<p>Lors d'un processus décisionnel au cours d'une prise en charge d'un patient, en tant que med/infi, vous sentez vous écouté ?</p>

		Comment qualifieriez-vous la communication infi-med/med-med/infi-infi ? Sur quoi porte cette communication ?
	Statut et rôle	<p>Qu'est-ce qu'un bon leader ? En tant qu'infi/med aux soins intensifs, que pensez-vous si un infi/med est leader dans une réanimation ? pourquoi lui doit être leader ?</p> <p>Comment qualifieriez-vous votre rôle dans votre équipe ?</p> <p>Pouvez-vous décrire la façon dont les médecins/infirmiers voient votre rôle ? Est-elle différente de la vision que vous avez de votre propre profession ?</p>
	Autonomie	<p>Comment réagissez-vous à l'évolution de l'autonomie et de l'autorité infirmière ?</p> <p>Si il y en a, pouvez-vous me donner des situations où votre autonomie a été limitée selon vous dans votre prise en charge ?</p> <p>Si il y en a, pouvez-vous me décrire des situations où vous vous sentez plus légitime de gérer une situation qu'un médecin/infirmier ?</p>
Stéréotype de genre	Médecin dominant/infirmière soumise	Avez-vous des situations où vous vous êtes senti(e) limité(e) de par votre sexe/âge dans votre prise en charge ou votre façon de collaborer avec autrui ?
	Impact des sexes sur la relation	Y a-t-il des différences dans votre façon de vous comporter/collaborer lorsque vous vous adressez à un infirmier, à un médecin ? Comment le sexe et l'âge de votre intervenant influence votre façon d'agir ?
Obstacles venant biaiser les relations	Eléments extérieurs	Quels sont les éléments extérieurs (matériel, ...) à la collaboration qui pourraient influencer la collaboration médico-infirmière ?

Merci de m'avoir accordé cet entretien.

8.4 Annexe 4 : Demande d'avis du comité d'éthique et accord du comité d'éthique du CHU site Sart Tilman

8.4.1 Demande d'avis au Comité d'éthique du CHU site Sart Tilman



Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.

Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant·e (prénom, nom, adresse courriel) : ADAM Jade - s220984-jade.adam@student.uliege.be
2. Finalité spécialisée : Master de Santé publique à finalité patient critique
3. Année académique : Mémoire réalisé en 2023-2024
4. Titre du mémoire : Quel est l'état des lieux du tribalisme médical dans la collaboration médico-infirmière au sein d'unités de soins intensifs d'hôpitaux wallons ?
5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire : Département des sciences de la santé publique
6. Nom du/de la Professeur·e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Présidente de Département : DONNEAU Anne-Françoise
7. Promotrices (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :
 - a. PAQUAY Méryl - Département des sciences de la santé publique - Assistante volontaire, maître de conférences, doctorante – Gestionnaire Qualité & Sécurité, Service des Urgences, CHU Liège - meryl.paquay@chuliege.be
 - b. GERARD Julie - Département des sciences sociales - Professeure associée, première assistante – julie.gerard@uliege.be

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal est de réaliser l'état des lieux du tribalisme médical au sein de la collaboration médico-infirmière dans les services de soins intensifs de plusieurs hôpitaux wallons.

Le sous-objectif sera d'effectuer un examen exploratoire de la littérature afin de pouvoir identifier l'influence que les stéréotypes et la dominance hiérarchique, deux composantes du tribalisme médical, peuvent avoir sur la collaboration médico-infirmière.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Cette étude s'exécutera en deux phases :

- La première partie de l'étude aura pour but de réaliser une scoping review. Celle-ci permettra d'établir une synthèse de l'ensemble des données probantes existantes à propos de l'influence du tribalisme médical sur la collaboration médico-infirmière.
- La seconde partie sera une étude respectant une approche qualitative multicentrique d'orientation phénoménologique. L'avis du comité d'éthique est demandé pour cette seconde partie.

Grâce à cette logique, cela permettra d'obtenir une vue d'ensemble de la littérature internationale abordant ce concept et pouvoir interpréter de façon plus pertinente les résultats obtenus au sein d'hôpitaux wallons.

Concernant cette étude qualitative :

La population étudiée sont les infirmiers et les médecins travaillant aux soins intensifs respectant les critères d'inclusion et d'exclusion. Aucune restriction liée au type d'hôpital, aux années d'ancienneté et au temps de travail ne sera établie lors de l'échantillonnage des médecins et des infirmiers inclus au sein de l'étude. Néanmoins, les critères d'inclusion exigent que les infirmiers et les médecins soient employés au sein d'une unité de soins intensifs. Les critères d'exclusion comprennent tous les professionnels en arrêt maladie ou en congé de maternité ainsi que les professionnels qui ne travaillent pas en lien direct avec l'unité de soins intensifs (exemple : équipe volante).

La méthode d'échantillonnage suivra la logique d'un échantillon de convenance et de boule de neige. Le personnel infirmier et le corps médical sont des professionnels aux plannings de travail pouvant être modifiés constamment. Les horaires par pause rendent l'organisation compliquée et les imprévus fréquents. C'est donc pour une question de facilité d'accessibilité au personnel hospitalier que ces techniques d'échantillonnage ont été estimées les plus pertinentes. Le recrutement des infirmiers et des médecins se fera grâce à leur adresse électronique. Les chefs infirmiers et médicaux du service des soins intensifs seront contactés de vive voix afin que l'étude leur soit expliquée et qu'ils puissent également en parler à leur équipe. Un formulaire de consentement sera fourni à l'ensemble des personnes répondant à l'affirmative.

La collecte des données sera effectuée auprès des professionnels de la santé au cours d'un entretien semi-dirigé (20 minimum). Ceux-ci seront réalisés en présentiel ou à distance en fonction de l'agenda des professionnels de la santé. Après la retranscription de ces entretiens, une analyse de contenu de type thématique sera effectuée à partir des verbatims identifiés. Le logiciel Corpus aidera le chercheur dans ce processus d'analyse. Il est essentiel de savoir que l'ensemble des données récoltées respecteront les règles en vigueur du règlement général de la protection des données. Ayant pour but d'effectuer l'état des lieux du tribalisme médical au sein de la collaboration médico-infirmière aux soins intensifs, l'entretien s'intéressera aux perceptions que les professionnels ont des composantes de ce concept. Le guide d'entretien sera construit afin d'aborder différents thèmes : l'organisation du travail, les relations interprofessionnelles, la reconnaissance interprofessionnelle, leur perception du travail, leurs anecdotes relationnelles, ... Les identités des infirmières et des médecins ne seront pas demandées, seules leurs fonctions seront identifiées lors des entretiens. Aucune donnée concernant les patients ne sera reprise.

Pour cette étude qualitative multicentrique, une demande au comité d'éthique du CHU de Liège site du Sart Tilman sera effectuée si nécessaire en tant que comité central. Les demandes aux comités d'éthiques locaux seront effectuées si nécessaire au sein des hôpitaux où les entretiens seront entrepris.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **OUI**
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? **NON**
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? **NON**
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? **NON**
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? **NON**
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? **NON**
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? **OUI**

8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? **NON**
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? **NON**
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? **NON**

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Éthique, soit le Comité d'Éthique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Éthique car :

- ☐ cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- ☐ cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- ☒ cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication
- ☐ Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication



Date : 22/06/2023 Nom et signature du promoteur : PAQUAY Méryl

8.4.2 Accord du comité d'éthique du CHU site Sart Tilman

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



Sart Tilman, le 11 juillet 2023

Madame le Prof. A-F. DONNEAU
Madame Jade ADAM
Service de SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2023/185

"Quel est l'état des lieux du tribalisme médical dans la collaboration médico-infirmière au sein d'unités de soins intensifs d'hôpitaux wallons ?"
Protocole : VI

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.

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. V. SEUTIN
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur V. SEUTIN
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
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 LIÈGE

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains	
Monsieur le Docteur Étienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients	
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, CHU	
Monsieur le Docteur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacien, CHU	
Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN Endocrinologue, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure CHU	
Madame Cécile THIRION Infirmière cheffe d'unité, CHU	

8.5 Annexe 5 : Tableau général reprenant les 73 études sélectionnées dans la *scoping review*

Références bibliographiques et titres	Pays	Type d'étude	Objectif(s) de l'étude	Population étudiée
(87) Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians (2003)	USA	Etude quantitative	« Mesurer et comparer les attitudes des médecins et des infirmières au sein des soins intensifs »	Infirmiers et médecins
(88) Male Nurses' Dealing with Tensions and Conflicts with Patients and Physicians: A Theoretically Framed Analysis (2020)	Chine	Etude qualitative	« Explorer la manière dont les infirmiers gèrent les tensions et les conflits intergroupes avec les patients et les médecins lors de la prestation de soins de santé »	Infirmiers
(44) Gender issues in physician–nurse collaboration in healthcare teams: Findings from a cross-sectional study (2019)	Italie	Etude quantitative	« Evaluer si la proportion de femmes infirmières et de femmes médecins dans une unité donnée influence l'attitude de collaboration entre les infirmières et les médecins, et examiner comment ces deux dimensions interagissent pour influencer les attitudes envers la coopération »	Infirmiers
(76) Attitudes of Female Nurses and Female Residents Toward Each Other: A Qualitative Study in One U.S. Teaching Hospital (2004)	USA	Etude qualitative	« Décrire les attitudes des infirmières et des femmes médecins résidentes les unes envers les autres en chirurgie, médecine interne, obstétrique-gynécologie et urgences médecine dans un hôpital universitaire du Midwest aux États-Unis »	Infirmiers et médecins
(89) Gender role attitudes of hospital nurses in Japan: Their relation to burnout, perceptions of physician–nurse collaboration, evaluation	Japan	Etude quantitative	« Examiner la relation entre les attitudes sexospécifiques des infirmières et l'épuisement professionnel, les perceptions de la collaboration médecin-infirmière, l'évaluation des soins et l'intention de continuer à travailler. »	Infirmiers

of care, and intent to continue working (2010)				
(64)Health reform, professional identity and occupational sub-cultures : The changing interprofessional relationsbetween doctors and nurses (2004)	Australie	Etude mixte	« Examiner la gestion de l'interdépendance culturelle entre les identités professionnelles et son impact sur les processus et les résultats de la réforme de la santé. »	Infirmiers et médecins
(70)Analysis of daily goal sheets on physician-nurse collaboration Attitude (2020)	Chine	Étude quantitative	« Quantifier l'impact sur la collaboration médecin infirmière de la mise en œuvre des fiches d'objectifs quotidiens dans les situations d'urgence »	Infirmiers et médecins
(90)Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration (2011)	Canada	Étude quantitative	« Etudier les associations entre la formation par simulation et les jugements des professionnels de la santé sur la CIP par d'autres groupes, et les auto-déclarations des attitudes à l'égard du travail d'équipe dans les soins de santé »	Infirmiers et médecins
(13)The Effect of Nurse-Physician Collaboration on Job Satisfaction, Team Commitment, and Turnover Intention in Nurses (2016)	Italie	Etude quantitative	« Etudier la relation entre les variables au niveau du groupe et au niveau individuel en examinant l'association de la satisfaction au travail des infirmières et de l'engagement de l'équipe au niveau individuel, et la collaboration infirmière-médecin au niveau du groupe, avec l'intention des individus de quitter l'unité au niveau individuel »	Infirmiers
(62)Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians (2015)	USA	Étude quantitative	« Décrire les valeurs professionnelles des infirmières et leurs attitudes envers la collaboration médecin-infirmière et explorer les relations entre les caractéristiques des infirmières, les valeurs professionnelles et leurs attitudes envers la collaboration infirmière-médecin. »	Infirmiers
(12)An exploration of nurse-physician perceptions of	USA	Etude quantitative	« Evaluer l'état actuel de la collaboration entre les infirmières de première ligne et les médecins dans un hôpital de soins de courte durée non universitaire. »	Infirmiers et médecins

collaborative behaviour (2017)				
(59) Shared moral work of nurses and physicians (2007)		Revue de littérature	« Explorer les défis auxquels sont souvent confrontés les infirmières et les médecins dans le travail en collaboration en mettant l'accent sur les façons dont la préparation à la pratique de chaque profession a différé au fil du temps, y compris les changements dans le développement des connaissances et les codes d'éthique guidant leur pratique. »	
(91)The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team (2004)	Canada	Etude qualitative	« Explorer comment les membres de l'équipe de l'USI interagissent pour atteindre les objectifs cliniques quotidiens, délimiter les limites et négocier des problèmes systémiques complexes »	Infirmiers et médecins
(92) Everyday ethical challenges of nurse-physician collaboration (2020)	Botswana	Etude qualitative	« Explorer les défis éthiques de la collaboration interdisciplinaire dans la pratique clinique et l'enseignement au Botswana. »	Infirmiers
(93) A concordance-based study to assess doctors' and nurses' mental models in Internal Medicine (2015)	Suisse	Etude mixte	« Identifier les facteurs influençant la concordance sur les attentes des rôles et des responsabilités des médecins et des infirmières dans un service de médecine interne. »	Infirmiers et médecins
(94)The decline in attitudes toward physician-nurse collaboration from medical school to residency. (2020)	USA	Étude quantitative	« Examiner si les apprenants à différentes étapes de leur formation médicale avaient des attitudes plus ou moins favorables à l'égard de la collaboration interprofessionnelle. »	Médecins
(65)Governance in operating room nursing: Nurses' knowledge of individual surgeons (2006)	Australie	Etude qualitative	« Explorer la gouvernance et le contrôle dans la pratique clinique des infirmières de salle d'opération. »	Infirmiers

(95) A Meta-Analysis of Studies of Nurses' Job Satisfaction (2007)		Meta-analyse	« Examiner la force des relations entre la satisfaction au travail et l'autonomie, le stress au travail et la collaboration infirmière-médecin parmi les infirmières travaillant dans des postes consacrés au personnel. »	
(42) Remodeling Interprofessional Collaboration Through a Nurse-for-a-Day Shadowing Program for Medical Residents (2021)	USA	Étude quantitative	« Evaluer l'impact d'une expérience d'observation sur la perception de la communication et de la collaboration des soins infirmiers et des résidents à travers une expérience clinique partagée (fournir des soins directs aux patients). »	Infirmiers et médecins
(66) Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses (2021)	Espagne	Etude qualitative	« Explorer les points de vue des équipes chirurgicales (infirmières, médecins et anesthésistes) sur la collaboration interprofessionnelle et les stratégies d'amélioration »	Infirmiers et médecins
(63) Getting work done: a grounded theory study of resident physician value of nursing communication (2020)	USA	Etude qualitative	« Explorer la valorisation par les médecins de la communication infirmière dans le contexte des soins aux patients »	Médecins
(96) Interprofessional bedside rounds: Nurse-physician collaboration and perceived barriers in an Asian hospital (2019)	Singapour	Etude quantitative	« Examiner la collaboration des infirmières et des médecins et leurs obstacles perçus aux rondes interprofessionnelles »	Infirmiers et médecins
(97) Informal interprofessional learning: Visualizing the clinical workplace (2012)	Pays-Bas	Etude quantitative	« Visualiser et décrire les modèles de relations informelles d'apprentissage interprofessionnel entre les personnes en soins complexes »	Infirmiers et médecins
(98) Nurse-Physician Leadership : insights into	USA	Etude qualitative	« Identifier les thèmes caractérisant la collaboration du point de vue des infirmières et des médecins et servir dans des rôles de leadership complémentaires dans les unités hospitalières de soins intensifs et progressifs. »	Infirmiers et médecins

interprofessional collaboration (2013)				
(99)Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility (2006)	Australie	Etude qualitative	« Enquêter sur les perceptions et les expériences des infirmières exerçant dans les unités de soins intensifs pour adultes (USI) en ce qui concerne la futilité médicale »	Infirmiers
(25)The effects of education and clinical specialization on nurses' status affirmation by physicians: A quantitative analysis (2019)	USA	Etude quantitative	« Identifier les infirmières susceptibles de voir leur statut confirmé par les médecins »	Infirmiers
(54)An ethnographic investigation of junior doctors' capacities to practice interprofessionally in three teaching hospitals (2015)	Australie	Etude qualitative	« Examiner les facteurs influençant la mise en œuvre de la pratique interprofessionnelle en utilisant le rôle quotidien de six jeunes médecins dans trois hôpitaux universitaires comme passerelle pour comprendre les comportements interactifs des diverses professions »	Médecins
(100)Physicians' perceptions of physician – nurse collaboration in Japan : Effects of collaborative experience (2013)	Japon	Etude quantitative	« Décrire les perceptions des médecins de la collaboration médecin-infirmière au Japon en se concentrant sur les attitudes envers la collaboration et la pratique collaborative et examiner l'effet des expériences des médecins liées à la collaboration sur leurs perceptions de la collaboration. »	Médecins
(101)Nurses, the Oppressed Oppressors: A Qualitative Study (2015)	Iran	Etude qualitative	« Expliquer l'expérience des infirmières en matière d'égalité des soins. »	Infirmiers
(15)A qualitative exploration of nurse-	USA	Etude qualitative	« Etudier les facteurs qui contribuent à la collaboration infirmière-médecin aux soins intensifs »	Médecins et infirmiers

physician collaboration in intensive care units (2022)				
(57)Changing nurses' dis-empowering relationship patterns (2004)	Canada	Etude qualitative	« Dans le contexte de la restructuration des soins de santé, examiner les opinions des infirmières du personnel hospitalier sur leurs relations avec leurs collègues infirmiers et autres professionnels de la santé et leurs idées de changement. »	Infirmiers
(41)Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel (2015)	USA	Etude qualitative	« Explorer le potentiel des soins interdisciplinaires en milieu hospitalier fournis par des médecins, des infirmières et du personnel d'assistance non-agréé. »	Infirmiers et médecins
(68)Differences in communication within the nursing group and with members of other professions at a hospital unit (2017)	Norvège	Etude quantitative	« Étudier les différences qui existent dans les communications des infirmières entre elles par opposition à leurs communications avec les membres d'autres professions de la santé. »	Infirmiers
(102)Gender and power: Nurses and doctors in Canada (2003)	Canada	Etude quantitative	« Etudier les effets du sexe des médecins sur le comportement des infirmières. »	Infirmiers
(56)Interprofessional Collaboration between Residents and Nurses in General Internal Medicine: A Qualitative Study on Behaviours Enhancing Teamwork Quality (2014)	Suisse	Etude qualitative	« Décrire les comportements réels des médecins résidents et des infirmières qui contribuent à la qualité du travail d'équipe dans un service de médecine interne simulé. »	Infirmiers et médecins
(52)Comparisons of American,Israeli,Italian and Mexican physicians and nurses on the total	USA, Italie, Mexique, Israël	Etude quantitative	« Comparer les attitudes des médecins et des infirmières envers la collaboration entre les médecins et les infirmières aux États-Unis, en Israël, en Italie et au Mexique. »	Infirmiers et médecins

and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaborative relationships (2003)				
(103)The self-construal of nurses and doctors : beliefs on interdependence and independence in the care of older people (2013)	Belgique (Wallonie)	Etude quantitative	« Comparer l'auto-interprétation des infirmières et des médecins et déterminer si leurs rôles affectent les perceptions d'indépendance et d'interdépendance. »	Infirmiers et médecins
(104)Power and conflict in intensive care clinical decision making (2003)	Angleterre	Etude qualitative	« Explorer la prise de décision entre médecins et infirmières en milieu de soins intensifs afin d'examiner les rôles cliniques contemporains dans cette spécialité clinique. »	Infirmiers et médecins
(60)Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales (2000)	Pays-de-Galle	Etude qualitative	« Etudier la nature changeante des relations médecin-infirmière, et en particulier, dans quelle mesure la notion de jeu médecin-infirmière, telle que développée par Leonard Stein (Stein 1967, 1990), reste pertinente pour le travail hospitalier contemporain. »	Infirmiers et médecins
(105)How much teamwork exists between nurses and junior doctors in the intensive care unit? (2011)	USA	Etude qualitative	« Mesurer le degré de similitude des attitudes sur la collaboration entre les infirmières et les jeunes médecins à l'USI. »	Infirmiers et médecins
(106)“What is Found There” : Qualitative Analysis of Physician–Nurse Collaboration Stories (2009)	USA	Etude qualitative		Infirmiers et médecins
(74)Job stress and its relationship with nurses' autonomy and nurse–	Iran	Etude quantitative	« Déterminer le stress au travail des infirmières et sa relation avec l'autonomie professionnelle et la collaboration infirmière-médecin en unité de soins intensifs (USI). »	Infirmiers

physician collaboration in intensive care unit (2021)				
(71)Collaboration at risk: registered nurses' experiences on orthopaedicwards (2008)	Norvège	Etude qualitative	« Extraire le sens des expériences vécues par les infirmières immatriculées dans leur collaboration professionnelle avec les chirurgiens orthopédistes. »	Infirmiers
(43)Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks From Similarities to Differences: A Systematic Review (2015)		Revue systématique	« Quels sont les antécédents et les conséquences des modèles et des cadres de collaboration interdisciplinaire en soins infirmiers cliniques? Quelles sont les similitudes et les différences entre le modèle et cadres de collaboration interdisciplinaire des soins infirmiers cliniques ? »	
(107)Boundaries obscured and boundaries reinforced : incorporation as a strategy of occupational enhancement for intensive care (2006)	Angleterre	Etude qualitative	« Proposer une stratégie jusqu'ici non identifiée - l'incorporation - pour la domination médicale à un niveau micro des soins intensifs. »	Infirmiers et médecins
(108)The role of professional and team commitment in nurse-physiciancollaboration: A dual identity model perspective (2015)	Italie	Etude quantitative	« Analyser l'effet des engagements professionnels et d'équipe sur la PCI entre infirmières et médecins dans un échantillon de professionnels hospitaliers. »	Infirmiers et médecins
(109)Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among	USA	Etude quantitative	« Explorer les niveaux d'autonomie parmi les infirmières en soins intensifs et associations potentielles d'autonomie avec collaboration infirmière-médecin et détresse morale. »	Infirmiers

European intensive care nurses (2012)				
(110) Inter-professional collaboration and associated factors among nurses and physicians in specialized public hospitals, the northwest, Ethiopia: mixed method multicentered cross-sectional study (2023)	Ethiopie	Etude mixte	« Etudier la collaboration interprofessionnelle et les facteurs associés entre les infirmières et les médecins travaillant dans des hôpitaux de référence. »	Infirmiers et médecins
(48) Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores (2015)		Meta-analyse	« Examiner les différences entre les infirmières et les médecins dans les cotes de collaboration interprofessionnelle (IPC). »	
(49) Perceptions That Affect Physician-Nurse Collaboration in the Perioperative Setting (2007)	USA	Etude quantitative	« Mesurer les perceptions et les attitudes des médecins et des infirmières à l'égard de la collaboration dans le contexte chirurgical et déterminer s'il y avait des différences dans ces perceptions en fonction du sexe, de la spécialité infirmière, ou la durée de l'expérience. »	Infirmiers et médecins
(55) Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy (2014)	Italie	Etude quantitative	« Explorer le niveau de détresse morale et les associations potentielles entre les indices de détresse morale et (1) la collaboration infirmière-médecin, (2) l'autonomie, (3) la satisfaction professionnelle, (4) l'intention de démissionner et (5) la charge de travail chez les infirmières italiennes des unités de soins intensifs. »	
(47) Relationships Between Nurses and Physicians Matter (2015)		Revue de la littérature	« Passer en revue la littérature pertinente et décrire leur étude qui a identifié comment les infirmières et les médecins définissent le comportement respectueux. »	
(73) Expanding nurses' authority – Physicians' and nurses' attitudes (2022)	Israël	Etude quantitative	« Examiner s'il y a une différence entre les attitudes des médecins et des infirmières face à l'élargissement de l'autorité des infirmières. »	Infirmiers et médecins

(58)Nurse–physician collaboration in an academic medical centre: The influence oforganisational and individual factors (2016)	USA	Etude quantitative	« Evaluer une différence dans la perception de la CIP entre les médecins et les infirmières et explorer les facteurs contributifs potentiels aux niveaux individuel et organisationnel à toute différence observée. »	Infirmiers et médecins
(111)Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents (2009)	USA	Etude quantitative	« Comprendre les attitudes des infirmières et des médecins à l'égard de la collaboration et du leadership serviteur. »	Médecins
(50)Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review (2013)		Revue de littérature	« Présenter les meilleures données disponibles sur la collaboration médecin-infirmière : Quelles sont les attitudes des médecins et des infirmières à l'égard de la collaboration médecin-infirmière ? ; Quels sont les facteurs qui affectent la collaboration médecin-infirmière ? ; Quelles stratégies pourraient être recommandées pour améliorer la collaboration médecin-infirmière ? ».	
(51)The attitudes of healthcare professionals towards nurse–physician collaboration (2021)	Egypte	Etude quantitative	« Examiner les attitudes des professionnels de la santé envers la collaboration infirmière-médecin et explorer le niveau de satisfaction concernant la qualité de la collaboration entre eux. »	Infirmiers et médecins
(45)Frequency of nurse – physician collaborative behaviors in an acute care hospital (2012)	USA	Etude quantitative	« Délimiter les comportements de collaboration fréquemment utilisés des comportements de collaboration rarement utilisés des infirmières et des médecins afin de générer des données pour soutenir des interventions spécifiques visant à améliorer le comportement de collaboration. »	Infirmiers et médecins
(112)The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay (2009)	USA	Etude quantitative	« Examiner la relation entre les perceptions de la collaboration infirmière/médecin et la durée de séjour des patients. »	Infirmiers
(69) Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward	Singapour e	Etude qualitative	« Explorer les expériences de collaboration des médecins et des infirmières débutants dans le service général. »	Infirmiers et médecins

setting: A qualitative exploratory study (2018)				
(113)Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital (2010)	USA	Etude quantitative	« Evaluer les attitudes à l'égard de la collaboration entre les infirmières et les médecins exerçant dans un hôpital communautaire de soins aigus. »	
(61)Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor-nurse collaboration (2001)	Australie	Etude quantitative	« Identifier l'influence des soins intensifs sur la perception qu'ont les infirmières de la collaboration avec le personnel médical. »	Infirmiers
(67)The influence of effective communication, perceived respect and willingness to collaborate on nurses' perceptions of nurse-physician collaboration in China (2018)	Chine	Etude quantitative	« Examiner l'influence des facteurs interactionnels (communication efficace, respect perçu et volonté de collaborer) sur la perception qu'ont les infirmières de la collaboration infirmière-médecin	Infirmiers
(53)The role of professional and team commitments in nurse-physician collaboration (2016)	Italie	Etude quantitative	« Analyser l'effet des engagements professionnels et de l'unité de soins sur les attitudes envers la collaboration interprofessionnelle entre infirmières et médecins. »	Infirmiers et médecins
(75)The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? (2001)	Norvège	Etude qualitative	« Examine la relation médecin-infirmière lorsque celles-ci sont des femmes : comment les femmes médecins vivent-elles leur relation avec les infirmières ? »	Médecins
(114)The roles of unit leadership and nurse-physician collaboration on	Italie	Etude quantitative	« Rapporter une étude de la relation entre des variables au niveau collectif et individuel avec l'intention des infirmières de quitter leur unité. »	Infirmiers

nursing turnover intention (2013)				
(46)Professionalism and Occupational Well-Being: Similarities and Differences Among Latin American Health Professionals (2017)	Mexique, Colombie, Equateur, Argentine	Etude quantitative	« Caractériser l'influence de l'empathie, du travail d'équipe et de l'apprentissage tout au long de la vie sur le bien-être au travail des médecins et des infirmières travaillant dans les établissements de santé d'Amérique latine. »	Infirmiers et médecins
(72)Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment (2003)	Nouvelle-Zélande	Etude quantitative	« Examiner la situation des soins infirmiers en Nouvelle-Zélande et voir si les aspects de l'environnement de travail sont associés à l'état de santé.»	Infirmiers
(115)Attitudes of nurses and physicians toward nurse-physician interprofessional collaboration in different hospitals of Islamabad-Rawalpindi Region of Pakistan (2021)	Pakistan	Etude quantitative	« Déterminer les attitudes des médecins et des infirmières travaillant dans différents hôpitaux de la région d'Islamabad-Rawalpindi au Pakistan. »	Infirmiers et médecins
(116)Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians - a qualitative study (2010)	Pays-Bas	Etude qualitative	« Examiner la façon dont les infirmières et les médecins abordent les conflits et clarifient les déterminants des styles de gestion des conflits. »	Infirmiers et médecins
(117)Differences in managerial behaviour between head nurses and medical directors in intensive care units in Europe (2001)	Belgique (Flandre), Danemark, Portugal, Suisse	Etude qualitative	« Déterminer si des différences apparaissent entre les comportements managériaux des infirmiers-chefs de réanimation européens d'une part et des directeurs médicaux d'autre part. »	Infirmiers et médecins

(118)Examining semantics in interprofessional research: A bibliometric study (2016)		Etude bibliométrique	« Examiner des termes tels que interprofessionnel, multidisciplinaire et travail d'équipe afin d'analyser les modèles d'indexation, le chevauchement dans la façon dont les termes et les expressions sont utilisés par les auteurs et les cohérences dans les définitions de la terminologie. »	
(119)Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals (2005)	Turquie	Quantitative	« Répondre à ces hypothèses : H1 : Médecins et infirmiers des hôpitaux de soins secondaires, contrairement à leurs homologues des hôpitaux tertiaires, devraient exprimer des attitudes plus positives envers la collaboration médecin-infirmière. H2 : Les infirmières sont censées exprimer plus positivement attitudes à l'égard de la collaboration médecin-infirmière que médecins. H3 : On s'attend à ce que les femmes médecins expriment plus attitudes positives envers la collaboration médecin-infirmière que les hommes médecins. H4 : Les médecins établis exprimeront plus d'opinions positives attitudes à l'égard de la collaboration médecin-infirmière que résidents. »	Infirmiers et médecins

8.6 Annexe 6 : Tableau reprenant les thématiques identifiées au sein des différentes publications de la scoping review

Références bibliographiques	Echantillon interdisciplinaire	Tribalisme	Obstacles à la CIP	Rôle statut	Autonomie	Hiérarchie Domination	Infirmier plus ouvert à la CIP- Evaluation meilleure de la CIP par les médecins	Unanimité sur le besoin d'améliorer la CIP	Question du genre
(93)	X			X	X				X
(15)	X		X				X	X	
(58)	X			X		X	X		
(108)	X			X			X		
(53)	X	X		X	X	X	X		
(107)	X		X	X					
(96)	X		X					X	
(98)	X		X	X					
(12)	X			X			X		
(104)	X			X		X			

(110)	X		X	X					
(64)	X			X	X	X			
(73)	X			X	X				
(52)	X			X	X	X	X	X	
(51)	X				X	X	X	X	
(113)	X					X	X		
(115)	X			X		X	X	X	
(90)	X			X	X		X		
(41)	X		X	X	X	X		X	
(116)	X		X						
(91)	X	X		X					
(42)	X		X			X	X	X	
(106)	X								
(56)	X	X		X	X	X			
(45)	X		X	X		X	X	X	
(105)	X		X	X			X		
(117)	X								
(70)	X								
(46)	X			X	X	X		X	
(66)	X	X	X	X			X		
(60)	X			X		X			
(49)	X			X	X	X	X	X	
(69)	X		X	X	X	X			
(87)	X			X		X	X		X
(103)	X			X		X	X		X
(97)	X	X	X	X					
(76)	X			X		X			X
(119)	X			X	X	X	X		X

8.7 Annexe 7 : Tableau comparant les données de la scoping review et de l'étude qualitative

Données reprise de la <i>scoping review</i>	Mentionné dans les entretiens	Données reprise de la <i>scoping review</i>	Mentionné dans les entretiens
Pas d'unanimité médico-infirmière sur le besoin d'améliorer la collaboration interdisciplinaire	Unanimité	Communication médico-infirmière effleurant l'irrespect	
Initiatives d'amélioration de la collaboration médico-infirmière supérieures de la part des infirmiers par rapport aux médecins		Communication médico-infirmière insuffisante et sous-optimale	X
Satisfaction concernant la collaboration médico-infirmière actuelle supérieure chez les médecins	X	Les infirmiers réclament plus de respect	Pas mentionné directement
Médecins plus en faveur de la collaboration médico-infirmière si sentiment d'appartenance à l'unité de soins	X	Les infirmiers relatent que les médecins leur accordent peu de considération dans les prises de décision	X en fonction des unités ambivalent
Les infirmiers mentionnent pouvoir volontairement mettre une distance avec la profession médicale	X	Les médecins réclament plus d'informations de la part des infirmiers	Effet inverse
Rôles historiques encore ancrés dans les mœurs : médecins décideurs et infirmières exécutrices	X	Exclusion des infirmiers du processus décisionnel perçu comme un moyen de communication directif non-intentionnel de la part des médecins	
Evolution positive de la reconnaissance du rôle infirmier	X	Manque de compréhension sur les attentes d'une profession envers une autre	X
Auto-positionnement à un rang inférieur de la part des infirmiers	X	Une grande autonomie est positive pour les relations interprofessionnelles	X
La hiérarchie médico-infirmière évolue positivement	X	Opinion médical partagée quant à l'autonomisation infirmière	
Le type d'unité influence la reconnaissance du rôle infirmier par les médecins et le degré de hiérarchie	X	Les infirmières répondent plus rapidement à une demande émise par un homme médecin qu'un homme infirmier	Nuance apportée
Manière de communiquer différente lorsqu'on s'adresse à sa profession ou à une autre	X	Avoir le même sexe que le médecin limite la hiérarchie ressentie et facilite la collaboration vécue par les infirmiers	
Hiérarchie médico-infirmière toujours présente	X	L'âge influence les relation hiérarchique	X
Hiérarchie médico-infirmière révélée par le ton et la forme des échanges entre infirmiers et médecins	X		