

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES RELATIONS PROFESSIONNELLES ENTRE
LES CHIRURGIENS ET LES INFIRMIÈRES EN CONTEXTE DE BLOC
OPÉRATOIRE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

SOPHIE DESJARDINS

8 MAI 2023

Sommaire

Les relations professionnelles entre les médecins et les infirmières représentent un volet important contribuant à la réalisation des soins de santé. Au bloc opératoire, la proximité professionnelle entre les chirurgiens et les infirmières est considérable, et l'étude de leurs relations est nécessaire. Plusieurs facteurs influencent la dynamique de ces relations, notamment les facteurs sociohistoriques de ces deux professions, les facteurs environnementaux propres au bloc opératoire et ceux liés à l'organisation du travail. Les impacts des relations sous optimales entre les chirurgiens et les infirmières peuvent être nombreux et entraîner des répercussions autant pour les patients que pour le personnel soignant. À partir d'une approche phénoménologique interprétative, cette étude vise à explorer l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières au bloc opératoire, et faire émerger des pistes de solution afin de les optimiser. Des entrevues semi-dirigées auprès de six infirmières et trois chirurgiens ont été menées entre novembre 2020 et avril 2021 afin de réaliser la collecte des données. L'analyse des données a été effectuée avec un cadre de référence guidé par les travaux de Michel Foucault (1975) portant sur la relation entre le pouvoir et le savoir. L'analyse des résultats a fait émerger quatre thèmes principaux permettant d'explorer les relations entre les chirurgiens et les infirmières, soit la socialisation professionnelle, l'expérience professionnelle au bloc opératoire, la collaboration et l'organisation du travail. Les résultats indiquent que la socialisation professionnelle des chirurgiens et des infirmières impacte encore leurs relations professionnelles, mais qu'une ère de changements semble se dessiner progressivement, entre autres avec les nouvelles générations de chirurgiens

et chirurgiennes, l'évolution de la place de la hiérarchie et le développement de relations plus collaboratives. Les résultats mettent également en lumière la nécessité d'inclure plusieurs volets essentiels dans la formation de ces professionnels, notamment des modules portant sur la communication et l'optimisation de la collaboration, ainsi qu'une évaluation des conditions de travail des professionnels au bloc opératoire.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	iviii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Mise en contexte et problématique	4
Recension des écrits	13
Stratégie de recherche documentaire	14
La collaboration et la communication	16
La communication.	20
Les conflits et les comportements perturbateurs	25
Stratégies et pistes de solution visant à améliorer les relations entre chirurgiens et infirmières	31
Programmes éducatifs.....	31
Mise en place de procédures.....	32
Implication des gestionnaires.....	33
Cadre de référence.....	35
Le pouvoir, selon Foucault	36
Le savoir et la relation pouvoir-savoir	38
Méthodologie	40
Devis de recherche	41
Milieu de recherche	43
Population cible et échantillon	43
Méthode d'échantillonnage et recrutement	44
Outils et méthodes de collecte de données	45
Questionnaire sociodémographique.....	45
Guide d'entrevue.....	46
Journal de bord.....	46
Collecte de données	46
Plan d'analyse des données.....	47
Critères de rigueur scientifique	49

La confirmabilité.....	49
La fiabilité.....	50
La crédibilité.....	51
La transférabilité.....	51
L'utilisation ou application de la recherche.....	52
La réflexivité.....	52
Considérations éthiques.....	53
Résultats.....	55
Données sociodémographiques.....	56
Thèmes émergents de l'analyse des données.....	58
La socialisation professionnelle.....	59
La hiérarchie.....	60
L'influence du genre.....	63
Les changements générationnels.....	65
L'expérience professionnelle au bloc opératoire.....	67
L'expertise infirmière.....	67
La confiance en soi et en l'autre.....	69
La collaboration.....	71
Les comportements perturbateurs.....	72
La communication.....	76
L'organisation du travail.....	78
Les conditions de travail.....	78
Le statut d'emploi.....	80
Discussion.....	82
Le pouvoir-savoir : une explication partielle de la situation.....	83
La socialisation professionnelle : une évolution.....	85
Le genre.....	85
L'expérience professionnelle au bloc opératoire : l'expertise infirmière régulièrement remise en question.....	88
La collaboration chirurgiens-infirmières : une ouverture au changement.....	90
Éducation interprofessionnelle.....	91

Comportements perturbateurs.....	91
Intelligence émotionnelle.....	92
<i>Whistle-blowing</i>	94
Politique de tolérance zéro en matière de violence au travail.....	95
Communication interprofessionnelle.....	96
Communication non-violente.....	96
L'organisation du travail au bloc opératoire : ses conséquences sur les relations	97
Rotation des équipes d'infirmières	97
Rémunération.....	98
Les retombées de la présente recherche	99
Les retombées pour la pratique.....	99
Les retombées pour la gestion	100
Les retombées pour la formation.....	103
Les retombées pour la recherche	105
Les retombées pour le politique.....	105
Les forces et les limites de la recherche	106
Conclusion	109
Références.....	112
Appendice A affiche de recrutement.....	121
Appendice B questionnaire socio démographique.....	123
Appendice C canevas d'entrevue pour les participants.....	126
Appendice D formulaire de consentement.....	129
Appendice E certificats éthiques.....	135
Appendice F liste de ressources pour les participants.....	143

Liste des tableaux

Tableau

1 Mots clé et équations de recherche.....	14
2 Données sociodémographiques des participants.....	58
3 Thèmes et sous-thèmes de l'analyse des résultats.....	59

Liste des figures

Figure

1 Diagramme de flux du processus de recension des écrits..... 15

Remerciements

Pour commencer, je tiens à remercier chaleureusement ma directrice de recherche Isabelle St-Pierre, ainsi que ma co-directrice Evy Nazon d'avoir non seulement accepté de prendre part à cette belle aventure avec moi, mais également de m'avoir encadré tout au long de ce projet. Merci pour toutes les heures passées à discuter, à me guider et à m'encourager. Votre grande expertise fut si précieuse. Merci d'avoir cru en moi pendant ce long parcours; je vous en serai éternellement reconnaissante. Je remercie également les membres du jury, ainsi que les membres des comités éthiques de l'UQO et du Centre intégré où a eu lieu la recherche. Je veux remercier également les gestionnaires du bloc opératoire qui m'ont accueilli en pleine pandémie et ont accepté que mon projet puisse prendre place dans leurs milieux. Merci à tous mes professeurs en sciences infirmières, allant de ceux au baccalauréat à l'Université Laval à la maîtrise à l'UQO. Chacun de vous a su m'accompagner au cours des années vers ce chemin. Merci infiniment à mon conjoint Robert, pour ton amour et ton soutien sans limite. Merci d'avoir cru en moi tout au long de ce processus. Merci à mes deux trésors, Mateo et Rafael, qui me remplissent d'amour et de gratitude. Merci à mes parents, Pierre et France, qui ont toujours cru que tout était possible : vous aviez raison de m'encourager. Merci pour toutes ces discussions, votre amour inconditionnel et votre bienveillance. Merci à vous et à mes beaux-parents pour votre soutien et votre disponibilité sans fin. Enfin, je tiens à souligner l'immense reconnaissance que j'éprouve envers les neuf participants et participantes qui ont embarqué dans mon projet. Merci de tout cœur pour votre temps, votre franchise et votre humilité, et merci d'avoir contribué à la recherche et la discipline infirmière.

Introduction

Les relations professionnelles entre les médecins et les infirmières en contexte de pratique interprofessionnelle collaborative sont décrites et étudiées depuis des décennies, et ce, dans plusieurs contextes cliniques (Stein, 1967; Price, Doucet & Mc Gillis Hall, 2014). Attri et ses collaborateurs (2015) définissent les relations professionnelles comme étant « une association entre deux professionnels ou plus, à court ou à long terme, basée sur les services professionnels qui sont administrés à des individus » [traduction libre] (Attri, 2015, pp. 457-458). Le terme relation a été privilégié pour cette étude puisqu'il englobe plusieurs concepts, notamment la collaboration, le travail d'équipe et la communication, qui sont omniprésents dans les écrits lorsqu'il est question de relations entre les médecins et les infirmières.

Au bloc opératoire, les chirurgiens et les infirmières travaillent en étroite collaboration (Filizli & Önler, 2020; Stein-Parbury & Liaschenko, 2007; Streeton & al., 2016). Les relations professionnelles entre ces deux professionnels influencent notamment la qualité des soins administrés aux patients (Braun, O'Sullivan, Dusch, Antrum & Ascher, 2014), la rétention et le niveau de satisfaction au travail du personnel soignant (Wade, 2014). Plusieurs facteurs peuvent empêcher l'optimalité des relations entre chirurgiens et infirmières, par exemple, la hiérarchie perçue des chirurgiens par rapport aux infirmières (Streeton & al., 2016), le genre (Braun & al., 2014) et les facteurs environnementaux propres au bloc opératoire, tels que le niveau de stress des professionnels et la complexité des cas (Eskola, Roos, McCormack, Slater, Hahtela & Suominen, 2016; Wade, 2014). Force est de constater que dans la littérature, les manifestations et les conséquences de ces relations sous optimales sont majoritairement

explorées selon la perspective des infirmières, et non selon celle des chirurgiens. Cependant, nous croyons que les relations se doivent d'être étudiées selon la perspective à la fois des infirmières et des chirurgiens afin de mieux comprendre leur dynamique de travail, réduire les conséquences néfastes qui peuvent en découler, mais surtout proposer des pistes de solutions en vue d'une amélioration de ces relations professionnelles, et donc de la qualité des soins administrés aux patients en contexte chirurgical.

Le présent mémoire est divisé en six chapitres. Le premier chapitre porte sur la mise en contexte et la problématique des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire. Le deuxième chapitre rapporte les connaissances actuelles selon deux thématiques ainsi que des pistes de solution identifiées dans les écrits scientifiques. Le troisième chapitre présente certains concepts provenant des travaux de Michel Foucault et utilisés comme cadre de référence pour cette étude. Le quatrième chapitre traite de la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude incluant le recrutement, la collecte et l'analyse des données, et les considérations éthiques. Le cinquième chapitre présente les résultats de l'étude. Finalement, le sixième chapitre propose une discussion et des recommandations.

Mise en contexte et problématique

Le bloc opératoire correspond à un milieu de soins spécialisés ayant une structure organisationnelle spécifique et particulière (Katz, 2007). Il se compose des salles d'induction où l'inhalothérapeute et l'anesthésiste travaillent en équipe pour réaliser l'anesthésie du patient lorsque celle-ci est faite en phase préopératoire, de plusieurs salles d'opération qui permettent d'effectuer différents types de chirurgies simultanément et d'une salle de réveil où les patients sont monitorés à la suite de leur chirurgie. Les professionnels du bloc opératoire travaillent en étroite collaboration, d'autant plus qu'il s'agit d'un milieu fermé aux visiteurs où seuls les professionnels qui y travaillent peuvent avoir accès (Laflamme, Leibing & Lavoie-Tremblay, 2019).

Dans ce milieu, les infirmières remplissent différents rôles en phase préopératoire, peropératoire ou postopératoire. Par exemple, avant la chirurgie, elles procèdent à une évaluation de la condition physique et mentale du patient, effectuent la vérification du dossier (p. ex., identification du patient, consentement opératoire, confirmation du type de chirurgie et du site opératoire) et participent au positionnement du patient selon le type de chirurgie (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2014). En phase peropératoire, les infirmières peuvent travailler en service interne en assistant le chirurgien (p.ex., en tenant en place les écarteurs ou en donnant au chirurgien les instruments requis), ou en service externe où elles contribuent à la surveillance clinique du patient lors de la chirurgie, documentent les soins, participent aux comptes et décomptes des instruments et s'assurent que le chirurgien et l'infirmière du service interne ont tout le matériel nécessaire au bon fonctionnement de la chirurgie (OIIQ, 2014). Finalement, l'infirmière en postopératoire contribue au réveil du patient en

collaboration avec l'équipe d'anesthésie, à son transfert vers la salle de réveil ou aux soins intensifs tout en assurant une surveillance post anesthésique (OIIQ, 2014). Ces différents rôles requièrent une expertise de l'infirmière afin d'assurer une bonne collaboration avec les chirurgiens.

Rothstein et Raval (2018) décrivent le bloc opératoire comme étant un environnement de soins critiques complexe et imprévisible où l'instabilité de l'état des patients contribue à un niveau élevé de stress vécu pour les professionnels qui y travaillent tout en affectant leurs relations au quotidien. Les attentes professionnelles sont donc élevées et la tolérance aux erreurs est faible (Rothstein & Raval, 2018). Étant donné l'évolution technologique constante de ce milieu de soins, les relations interdisciplinaires au sein du bloc opératoire peuvent s'avérer complexes, mais pour la sécurité des patients, elles se doivent d'être optimales (Wade, 2014). L'étude de ces relations s'avère donc nécessaire, étant donné que 56% des complications opératoires et postopératoires sont causées par des relations professionnelles sous optimales (Mostafapour, Torabizadeh, Moayedi & Nick, 2022).

La dynamique de travail particulière au bloc opératoire influe également sur les relations entre les infirmières et les chirurgiens. Ces derniers travaillent, pendant de longues périodes, dans un espace sécurisé, régi par des règles strictes et doivent maintenir un niveau de concentration et de professionnalisme tout au long des interventions chirurgicales. Il devient alors essentiel de favoriser une bonne collaboration pour diminuer les risques de tension entre les professionnels (Laflamme & al., 2019). Un autre

facteur ayant un impact sur les relations professionnelles est l'organisation du travail au bloc opératoire. Les délais occasionnés par les retards des chirurgies en raison de problèmes techniques, de mauvaise communication entre les professionnels et les imprévus liés aux horaires peuvent occasionner des problématiques telles que le report de chirurgies, ou l'obligation pour les infirmières de faire du temps supplémentaire, ce qui peut avoir une incidence directe sur l'expérience de soins du patient au bloc opératoire (Rothstein & Raval, 2018).

Le contexte historique des professions infirmière et médicale est un élément essentiel à considérer dans l'exploration des relations entre ces deux professions, et ce, en raison de l'inégalité des rôles et de la position hiérarchique de la profession médicale envers les autres professions, particulièrement la profession infirmière (Braun & al., 2014; Higgins & MacIntosh, 2010; Streeton & al., 2016). La hiérarchie au sein des professions peut s'expliquer par de nombreux concepts, par exemple par le concept sociologique de l'ordre négocié, dans lequel la notion de négociation est essentielle pour l'ordre social (Strauss, 2006). La négociation constante au sein des relations est processuelle et l'ordre social est provisoire (Commeau-Vallée, 2015). Ainsi, malgré une apparence d'ordre établi avec des règles en place, la négociation constante peut mener à des mouvements entre les professions (Commeau-Vallée, 2015). Dans le contexte médecin-infirmière, la posture traditionnelle de l'infirmière envers le médecin a souvent été décrite comme une relation de servitude où l'infirmière était considérée comme la subalterne du médecin qui, de son côté, occupait une position hiérarchique et avait la latitude d'exercer une domination et un contrôle sur le travail des infirmières (Price,

Doucet & Hall, 2014). Cantonnées dans ce rôle de subalterne, certains auteurs décrivent les infirmières comme étant un groupe historiquement opprimé, ce qui a limité leur autonomie et leur confiance professionnelle (Allen & Hall 2008; Longo, 2010). Cet ordre en place entre ces professions peut donc avoir des répercussions majeures sur les relations chirurgiens-infirmières, notamment sur le plan de la rétention infirmière ou alors du climat de travail.

Réputé pour être un travail purement technique et manuel qui ne nécessitait aucune prise de décision, le rôle de l'infirmière au bloc opératoire a cependant évolué au cours des dernières années, laissant place à un rôle davantage axé sur l'évaluation globale de l'état de santé du patient et requérant des connaissances qui ne sont plus seulement techniques (Riley & Manias, 2006). Les infirmières ajoutent à ce rôle une dimension psychosociale par rapport à la santé du patient en prenant en considération son environnement, son histoire et sa compréhension des soins reçus (Stein-Parbury & Liaschenko, 2007). Les rôles des médecins sont, de manière générale, plutôt orientés sur l'aspect clinique (Stein-Parbury & Liaschenko, 2007) et ils sont responsables du déroulement et des décisions portant sur le fonctionnement de la chirurgie et du matériel utilisé. Cette différence fondamentale entre le rôle du médecin et celui de l'infirmière peut contribuer à une incompréhension du rôle de chacun pouvant créer une distance entre les deux professionnels et avoir un impact sur leurs relations.

Le contexte social mérite également d'être souligné dans le cadre de cette étude. Tout d'abord, la formation académique des médecins et des infirmières est bien différente

étant donné les champs d'expertise de chacun. Les médecins acquièrent un niveau d'études doctorales en médecine, alors que les infirmières détiennent un baccalauréat ou un diplôme d'études collégiales. Cet écart de formation peut instaurer une vision d'inégalité en termes de niveaux de connaissances et de pouvoir entre les deux professions (Katz, 2010; Kitto, 2011; Price, Doucet & Hall, 2014). De surcroît, en contexte de bloc opératoire, la surspécialisation des chirurgiens alimente cet écart académique. Les chirurgiens figurent parmi les spécialistes en médecine dont le niveau d'éducation est le plus élevé (Longo, 2010). Selon la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ, 2022), le parcours académique d'un médecin spécialiste se construit d'abord par des études universitaires d'une durée de quatre ou cinq ans afin d'obtenir le doctorat en médecine. Par la suite, un chirurgien devra ajouter entre quatre et huit ans supplémentaires de résidence en médecine spécialisée pour obtenir le titre de médecin spécialiste (FMSQ, 2022). De plus, il faut également compter une année de plus pour certaines spécialités chirurgicales afin de réaliser une surspécialité, notamment la neurochirurgie, la chirurgie cardio-vasculaire et l'orthopédie (FMSQ, 2022).

Du côté des infirmières, même si la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – communément appelée Loi 90 – adoptée en 2002 leur ont fourni une plus grande autonomie et un élargissement des activités réservées, ce ne sont que 52% des infirmières titulaires d'un baccalauréat qui sont en mesure d'exercer les activités qui ont été rajoutées (OIIQ, 2022). Dans le contexte du bloc opératoire, les infirmières bachelières ont la possibilité de poursuivre leur cheminement académique afin de devenir infirmières première assistante en chirurgie

(IPAC). Cela leur permet notamment d'assurer des rôles plus élargis d'évaluation, d'assistance opératoire et de coordination des soins chirurgicaux (Université du Québec à Trois-Rivières, 2013). Toutefois, cela n'équivaut pas au nombre d'années d'études et de résidence effectuées par les médecins; une réalité qui tend à maintenir l'idée de l'infériorité académique des infirmières tout en réifiant les écarts majeurs, ainsi que les différences entre ces deux formations.

Le genre figure également comme une composante pouvant avoir un impact sur les relations entre les médecins, incluant les chirurgiens et les infirmières (Tricco, Bourgeault, Moore, Grunfeld, Peer & Straus, 2021). Traditionnellement patriarcale, la relation médecin-infirmière rappelait la position des femmes dans la société où leur travail répondait à la dimension relationnelle ou sociale qui les portait à opter pour des professions où le *caring*, la collaboration et l'entraide étaient présents (Price, Doucet & Hall, 2014). Les infirmières (ou guérisseuses) étaient ainsi en majorité des femmes, issues de classes sociales « populaires », n'ayant pas accès à une éducation formelle, mais devant tout de même gérer des soins exigeants et complexes (Ehrenreigh & English, 1976). La place de l'homme dans la société d'autrefois et le pouvoir qui a pu y être rattaché comme l'expliquent Ehrenreich et English (1976) rappelle que bien des médecins étaient des hommes issus de la bourgeoisie et ayant bénéficié d'une éducation supérieure.

Or, on observe, depuis les dernières années, une féminisation marquée de la profession médicale qui remet en question cette tendance. Selon les dernières données colligées par la FMSQ (2022), le nombre de médecins spécialistes femmes est presque

équivalent à celui des hommes (46,7% pour les femmes et 53,3% pour les hommes). Cependant, dans le domaine de la chirurgie, toutes spécialités confondues, la tendance masculine demeure à la hausse, soit 70% d'hommes et 30% de femmes (FMSQ, 2022). À l'inverse, la profession infirmière, depuis le début de son histoire, a toujours été une profession à forte prédominance féminine; une tendance qui se maintient encore de nos jours. En effet, selon l'OIIQ (2020), la profession infirmière se compose de 88,6% de femmes et de 11,4% d'hommes, toutes spécialités confondues. Ces données confirment que le bloc opératoire demeure un milieu où l'image patriarcale peut encore être d'actualité.

Les contextes sociaux et historiques permettent de mettre en évidence la complexité des relations entre les chirurgiens et les infirmières et les facteurs qui peuvent les influencer. Malgré un nombre considérable d'études sur les médecins et infirmières (Corser, 2000; Pavlovich-Danis, Forman & Simek, 1998; Reynolds & Timmons, 2005), peu d'écrits adoptent une perspective critique sensible aux enjeux de genre, d'influences de la socialisation ou de la classe sociale. Or, les impacts potentiels résultant de relations sous optimales entre ces deux professionnels sont nombreux, notamment en ce qui a trait à la qualité des soins aux patients, la rétention et la satisfaction au travail du personnel soignant (Espeut, Ross, Spence, Luberic, Millen, Sucandy & Rosemurgy, 2020). De tels éléments justifient d'autant plus la pertinence de mener une recherche sur ce sujet, car malgré le fait que plusieurs auteurs se soient intéressés à la collaboration entre chirurgiens et infirmières, peu d'entre eux ont réalisé des recherches explorant les points de vue à la fois infirmier et médical comme nous proposons de le faire dans notre étude.

L'étude comporte trois objectifs, soit d'explorer l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières dans un contexte de bloc opératoire, de décrire la signification de ces relations et d'identifier des pistes de solution potentielles visant à améliorer leurs relations.

Recension des écrits

La recension des écrits permet de faire le point sur l'état des connaissances portant sur le sujet à l'étude. Elle fut guidée par l'objectif général de la recherche qui est d'explorer l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières dans un contexte de bloc opératoire, et d'identifier des pistes de solution potentielles aux enjeux de relations professionnelles sous optimales. De manière générale, la recension des écrits a fait ressortir deux thèmes portant sur les relations entre les chirurgiens et les infirmières au bloc opératoire, et a permis d'identifier les principaux enjeux et les stratégies d'amélioration favorisant de meilleures relations professionnelles.

Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire dans les bases de données CINHALL, MEDLINE, et PubMed a d'abord été effectuée au début du processus d'écriture de ce mémoire, soit en 2019. Elle a été refaite en fin de parcours, soit à l'automne 2022 pour garantir l'actualité des références. Nous avons eu recours les deux fois au bibliothécaire pour nous aider dans la recherche d'articles pertinents. Les études retenues, autant qualitatives que quantitatives, ont été rédigées en anglais et en français et sont parues dans les 15 dernières années, soit de 2008 à 2022, afin d'assurer un aspect d'actualité dans le choix des écrits retenus. L'évaluation de la qualité s'est réalisée en considérant plusieurs aspects, notamment par la pertinence du contenu en lien avec l'étude. Le tableau 1 résume les équations de recherche et les mots clés utilisés dans les différentes bases de données.

Tableau 1

Mots clés et équation de recherche

Base de données	Mots clés	Équation de recherche
CINHAL141	Nurs* and physician Operating room Relation	(« Nurs* and Physician») AND ("operating room") AND ("relation")
MEDLINE127	Nurs* and physician Operating room Relation	(« Nurs* and Physician») AND ("operating room") AND ("relation")
PubMed25	Nurs* and physician Operating room Relation	(« Nurs* and Physician») AND ("operating room") AND ("relation")

Les articles abordant précisément le bloc opératoire, les infirmières et les chirurgiens et les relations furent conservés. Certains critères ont permis d'exclure des articles moins pertinents pour cette recherche, notamment les articles qui traitaient seulement des anesthésistes ou autres types de professionnels du bloc opératoire, d'autres unités de soins ou ceux qui portaient sur un aspect des relations médecins-infirmières non pertinents à l'étude. De plus, la technique de recension par remontée bibliographique, ou par référence croisée, fut utilisée afin de recenser des articles supplémentaires pertinents à la recherche. La figure 1 présente le diagramme de flux, soit la démarche ayant permis de retenir 19 articles des 732 articles recensés.

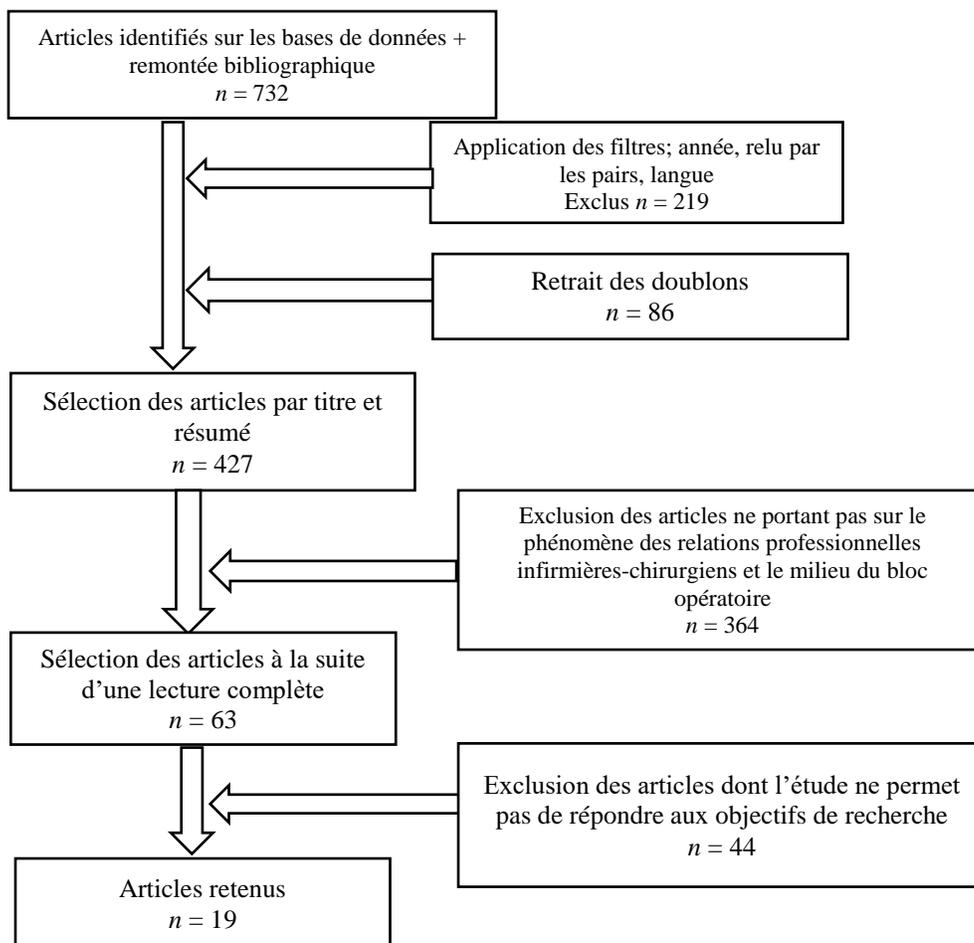


Figure 1. Diagramme de flux.

De ces articles, deux thèmes fréquemment étudiés ont été identifiés: 1) la collaboration et la communication entre les chirurgiens et les infirmières et 2) les conflits et les comportements perturbateurs. De plus, des stratégies visant à l'amélioration des relations entre chirurgiens et infirmières sont présentées dans ce chapitre.

La collaboration et la communication

La collaboration. Le thème de la collaboration est omniprésent dans les écrits concernant les relations entre les chirurgiens et les infirmières. Elle est définie comme un

processus interpersonnel où médecins et infirmières travaillent à l'atteinte d'objectifs communs (Petri, 2010). Wade (2014) souligne que la collaboration se traduit par l'implication de plusieurs professionnels de différents niveaux de formation dans l'administration de soins de qualité aux patients, leurs familles et la communauté. La collaboration entre les chirurgiens et les infirmières peut mener à plusieurs conséquences autant positives que négatives, à la fois pour les chirurgiens, les infirmières et les patients.

Tang et al. (2013) ont mené une revue de la littérature portant sur la collaboration entre les médecins et les infirmières en contexte hospitalier. Bien qu'il ne s'agisse pas du contexte spécifique au bloc opératoire, les résultats demeurent intéressants. Ces auteurs ont fait ressortir certains éléments qui influent sur la collaboration médecins-infirmières. Tout d'abord, ils soulignent que les médecins ont tendance à minimiser leur collaboration avec les infirmières et à la considérer comme étant peu importante par rapport aux décisions et aux actes médicaux. De plus, selon ces auteurs, la communication, le respect et la confiance, la distribution inégale du pouvoir, le manque de connaissances du rôle de chacun et la hiérarchie des rôles représentent des facteurs déterminants de la collaboration médecins-infirmières. Ils rajoutent que des stratégies d'amélioration de la collaboration médecin-infirmière devraient être envisagées telles qu'une formation interprofessionnelle et des visites interdisciplinaires dans les différents services hospitaliers (Tang & al., 2013).

Explorant la collaboration entre les chirurgiens et les infirmières au bloc opératoire et aux soins intensifs chirurgicaux plus précisément, Filizli et Önler (2020),

dans une étude quantitative descriptive, ont mené une étude auprès de 129 infirmières et 66 assistants chirurgiens dans trois hôpitaux universitaires en Turquie. Dès l'introduction, ils précisent la nécessité d'une collaboration chirurgien-infirmière optimale dans l'administration des soins de qualité aux patients. Ces auteurs mentionnent que les environnements comme le bloc opératoire représentent un défi dans le maintien d'une bonne collaboration interprofessionnelle, notamment en raison de la complexité des soins et du haut niveau de stress ressenti par les professionnels (Filizli & Önler, 2020). Les auteurs ont constaté que les chirurgiens et les infirmières ont une perception différente de la collaboration. Ceci s'explique par les impacts d'une culture hiérarchique en place depuis de nombreuses années entre les chirurgiens et les infirmières qui affecte la communication lors des chirurgies et mène à une collaboration sous optimale (Filizli & Önler, 2020).

Ces propos sont corroborés par Sillero Sillero et Buil (2021) dans une revue de la littérature portant sur la collaboration entre chirurgiens, infirmières et anesthésistes en contexte de bloc opératoire. Cette étude, conduite en Espagne, inclut huit infirmières, quatre anesthésistes et quatre chirurgiens. Les auteurs soulignent que la hiérarchie influence encore les attitudes et comportements des professionnels au bloc opératoire. Ils dénotent que la collaboration interprofessionnelle est essentielle, mais qu'elle n'est pas autant valorisée qu'elle le devrait. Selon eux, la promotion d'une culture axée sur le travail d'équipe, sur l'innovation et l'intégration de tous les membres serait nécessaire afin de favoriser une meilleure collaboration (Sillero Sillero & Buil, 2021).

Dans la même ligne de pensée, dans une recherche qualitative portant sur la gestion des conflits dans un contexte de collaboration chirurgiens-infirmières, Leever et al. (2010) mettent en évidence la nécessité pour les organisations de santé de promouvoir la collaboration dans les milieux de soins. Dans leur étude menée auprès de six infirmières et six chirurgiens spécialistes en gynécologie et en chirurgie maxillo-faciale, les auteurs identifient plusieurs facteurs (p.ex. la complexité des procédures et des problématiques de santé des patients ainsi que l'évolution des technologies) témoignant de l'importance d'accorder une plus grande place à la collaboration (Leever & al., 2010). De tels facteurs influencent le travail de ces professionnels de santé et leurs relations interprofessionnelles (Leever & al., 2010).

Une autre étude ethnographique a retenu notre attention, soit celle de Laflamme, Leibing & Lavoie-Tremblay (2019) portant sur les impacts de la culture du bloc opératoire et des relations interpersonnelles sur la rétention des infirmières. Suite à la réalisation de onze entrevues avec des infirmières de bloc opératoire et de six périodes d'observation en salle d'opération, les chercheurs ont établi qu'une relation de collaboration positive était présente entre les infirmières. Elle était également positive dans la majorité des relations entre les chirurgiens et les infirmières d'expérience. Toutefois, avec les infirmières novices, les relations étaient plus compliquées surtout lorsque les chirurgiens n'avaient pas confiance dans les capacités professionnelles des novices (Laflamme, Leibing & Lavoie-Tremblay, 2019). Enfin, les traits de personnalité (ex. : être amical, être audacieux, être débrouillard) sont également ressortis comme étant un facteur ayant un impact sur les relations et la collaboration au bloc opératoire. En effet,

dans les entrevues menées auprès d'infirmières, il a été mis en lumière que de tels attitudes et aspects de la personnalité favorisaient une meilleure gestion du stress et du changement ce qui avait un impact positif sur les relations interprofessionnelles. Évidemment, d'autres facteurs peuvent également influencer ces attitudes, notamment l'âge ou le niveau d'expérience et de confiance des infirmières, ce qui leur donne la capacité de s'affirmer semblaient plus enclines à vouloir continuer à travailler au bloc opératoire (Laflamme, Leibing & Lavoie-Tremblay, 2019).

La communication. Dans l'étude des relations entre les chirurgiens et les infirmières au bloc opératoire, la communication demeure un élément essentiel à considérer, et ce, malgré la subjectivité qui peut en découler (Wade, 2014). Une communication efficace, constructive et empreinte de respect permet d'améliorer les relations collaboratives, particulièrement, dans les situations urgentes qui génèrent chez les professionnels un haut niveau de stress (Tang & al., 2013; Wade, 2014). À l'inverse, une communication déficiente au sein des équipes soignantes au bloc opératoire peut miner la relation et mener à de nombreuses conséquences, notamment à des erreurs lors des interventions chirurgicales (Henaux, et al, 2019).

En effet, dans une revue de la littérature conduite au Canada par Etherington, et al. (2019), les auteurs affirment qu'une communication défailante représente la cause majeure de nombreuses erreurs chirurgicales, soit 56% des erreurs peropératoires et postopératoires et elle représente un défi dans des contextes de soins à haut risque comme celui du bloc opératoire. Plusieurs facteurs influencent la communication : les facteurs

individuels, interprofessionnels et organisationnels ou environnementaux (Etherington et al., 2019). Les facteurs individuels tels que, le genre, le niveau d'éducation, le statut socioéconomique, l'accent et la compréhension du langage représentent des éléments déterminants à la communication interprofessionnelle (Etherington et al., 2019). En termes de facteurs interprofessionnels, la dynamique de l'équipe et la hiérarchie établie au bloc opératoire sont des éléments influençant la communication. Du côté organisationnel, la constance des équipes de travail, l'expertise des professionnels et la mise en place d'une culture d'ouverture à la communication favorisent une communication optimale (Etherington et al., 2019). L'environnement particulier du bloc opératoire contribue également aux problématiques liées à la communication, notamment le port du masque et les bruits ambiants, ainsi que le contexte stressant qui peuvent résulter en une communication fragmentée et incomplète. Ces situations ont un impact sur les soins à administrer aux patients, particulièrement, chez les infirmières novices qui peuvent éprouver de la difficulté à comprendre les consignes. L'environnement particulier du bloc opératoire pose un défi aux professionnels qui doivent maintenir une communication optimale, entre autres, en raison de la rapidité des événements ou du niveau d'urgence des cas (Etherington & al., 2019). Ces auteurs ont identifié des critères facilitateurs et contraignants liés à la communication interprofessionnelle au bloc opératoire. Les facteurs facilitants comprennent notamment la présence d'une structure communicative, une standardisation des pratiques de communication, une stabilité dans l'équipe et une culture d'ouverture à l'expression (Etherington & al., 2019). Toujours selon ces auteurs, les facteurs contraignants englobent la perception de la hiérarchie, les

variations dans la perception de la qualité de la communication, les facteurs environnementaux et les conversations non pertinentes peropératoires.

L'étude ethnographique de Topping et ses collaborateurs (2019) en lien avec la communication au bloc opératoire est également pertinente. Menée au Danemark dans deux unités de chirurgie orthopédique d'un hôpital universitaire, les auteurs ont réalisé une combinaison d'observations et d'entrevues semi-structurées auprès de 15 participants (infirmières, chirurgiens et anesthésistes). Ils ont pu identifier quatre types de *patterns* de communication. D'abord, la communication proactive et intuitive, utilisée entre autres pendant les chirurgies à haut risque de complications, se construit entre les membres de l'équipe lorsqu'ils échangent sur les défis potentiels avant et pendant la procédure, et peuvent résoudre des problèmes en partageant et en adoptant une communication axée sur la résolution de problèmes. Le deuxième pattern correspond à la communication silencieuse, plutôt observée lors de chirurgies de routine, où les échanges sont moins nécessaires et où tout le monde se comprend à demi-mot (Topping & al., 2019). Ensuite, la communication ambiguë et inattentive, notamment vécue pendant des procédures où les infirmières sont moins expérimentées, décrit le troisième pattern. Finalement, la communication dynamique et contradictoire représente un style communicatif où l'inconsistance et la fluctuation font varier les échanges de respectueux à plus corsés; et correspond au quatrième pattern établi par Topping et al. (2019). Ce dernier pattern est particulièrement intéressant puisqu'il corrobore les éléments identifiés par Etherington et de ses collaborateurs (2019) par rapport aux bris de communication pouvant résulter des facteurs individuels et environnementaux au bloc opératoire. Et, même si la

communication entre les chirurgiens et les infirmières est souvent respectueuse, elle peut rapidement se dégrader selon les différents types de chirurgie, le niveau de stress ou la personnalité des individus (Torrington et al., 2019).

La communication est mise en relation avec la hiérarchie dans plusieurs études. Dans les travaux de Etherington et al. (2019), les auteurs reconnaissent que le statut hiérarchique peut être un frein pour la communication entre les professionnels au bloc opératoire. En effet, ils rapportent que l'asymétrie entre les membres de l'équipe du bloc opératoire contribue à des bris de communication, notamment lorsque des décisions doivent être prises ou contestées par certains membres de l'équipe (Etherington & al., 2019).

Dans une étude qualitative menée en 2009, Gardezi, Lingard, Espin, Whyte, Orser & Baker ont exploré le lien entre le silence, le pouvoir et la communication en salle d'opération. Onze chirurgiens, 116 infirmières et 74 anesthésistes ont participé à cette recherche canadienne. La collecte des données s'est effectuée par l'observation de plus de 700 chirurgies. Les auteurs ont identifié trois contextes où une dynamique de pouvoir était perceptible au sein de la communication interprofessionnelle, soit l'absence totale de communication, l'utilisation du silence en réponse à une question et la communication timide ou hésitante. Ces chercheurs sont arrivés à la conclusion que l'absence de communication peut parfois, dans certains contextes, être le résultat d'un manque d'expertise de la part de l'infirmière se traduisant par la peur d'exposer son manque de connaissance, comme si les infirmières préfèrent démontrer une attitude de confiance et

en contrôle de leur expertise devant les chirurgiens (Gardezi & al., 2009). Les auteurs ont pu observer que face aux chirurgiens, les infirmières ont tendance à démontrer qu'elles sont en contrôle de la situation, pour ensuite se consulter et exprimer leurs insécurités entre elles. Les chercheurs démontrent également que le silence est parfois utilisé par les chirurgiens, même lorsque l'infirmière a besoin d'informations supplémentaires (Gardezi & al., 2009). Ils affirment que cette attitude et l'absence d'une communication efficace de la part des chirurgiens sont liés au faible pouvoir des infirmières et rappellent la culture hiérarchique qui est ancrée au bloc opératoire.

Dans le même ordre d'idées, Friedman, Hayter, Everett, Matava, Noble & Bould (2015) ont mené une étude qualitative portant sur le statut hiérarchique et sur la capacité des professionnels à s'exprimer dans des situations urgentes. Malgré le fait que cette étude soit axée sur l'expérience des anesthésistes (novices et expérimentés), les résultats sont intéressants pour notre étude. Les auteurs soulignent que les anesthésistes en formation étaient incapables de questionner leur supérieur dans une situation urgente, même dans un contexte où ils savaient que celui-ci était dans l'erreur (Friedman & al., 2015). Ici, un parallèle peut être fait avec les études de Gardezi et al. (2009) et Laflamme, Leibing et Lavoie-Tremblay (2019) qui soulignent de leur côté que c'est le manque de confiance des infirmières novices qui tend à influencer les relations et leur capacité à s'exprimer avec les chirurgiens.

En 2019, Pattni, Arzola, Malavade, Varmani, Krimus et Friedman ont mené une revue de la littérature portant sur l'influence de la hiérarchie sur la communication au

bloc opératoire. Selon ces auteurs, trois éléments contribuent à freiner la communication au bloc opératoire : la culture organisationnelle du bloc opératoire, la communication interprofessionnelle dysfonctionnelle et les effets du pouvoir inégal entre les professionnels. Les auteurs ont notamment pu établir que le climat hiérarchique, les différences de genre et les habiletés communicatives des supérieurs empêchaient les professionnels ne possédant pas de statut hiérarchique élevé de s'exprimer aisément et pouvaient même être une source de conflits entre les chirurgiens et les infirmières (Pattni & al. 2019).

Les conflits et les comportements perturbateurs

Les conflits et les comportements perturbateurs au bloc opératoire représentent des thèmes récurrents dans les écrits scientifiques. Dans la dynamique des relations interpersonnelles, les conflits sont inévitables. Bien qu'ils puissent mener à un processus de réflexion critique ainsi qu'à l'avancement et l'innovation lorsqu'ils sont résolus positivement (Wonsun, Nicotera & McNulty, 2015), certains sont décrits comme étant négatifs, voire destructeurs pour les relations professionnelles dans le domaine de la santé (Wonsun et al., 2015). Le bloc opératoire étant un milieu de soin où la pression et le niveau de stress sont élevés, les conflits entre les professionnels sont souvent présents (Attri & al., 2015).

Les conflits résultant d'une collaboration sous-optimale entre les chirurgiens et les infirmières sont mis en évidence dans l'étude qualitative de Leever et ses collaborateurs (2010). Ces derniers définissent les conflits comme « un désaccord

résultant de différences dans les idées, dans les valeurs ou dans les sentiments entre deux ou plusieurs personnes » [traduction libre] (Leever & al., 2010, p.613). L'analyse de leurs résultats a mené à l'élaboration d'un modèle conceptuel basé sur cinq déterminants influençant la gestion des conflits. D'abord, l'influence de l'individu, définie par les traits de personnalité, le niveau de connaissances et l'expérience. Ensuite, l'influence de l'autre, représente la catégorie de déterminants liés à la personne avec qui la collaboration n'atteint pas les attentes. La nature du conflit représente la troisième catégorie, dont les déterminants regroupent notamment la fréquence, la gravité et le niveau d'urgence du conflit. La quatrième catégorie correspond au contexte du conflit, comme le moment et l'atmosphère dans laquelle le conflit prend place. Finalement, la cinquième catégorie se décrit par les motifs personnels, soit les raisons pour lesquels les individus ignorent ou s'engagent dans un conflit (Leever & al., 2010). Ce modèle conceptuel est particulièrement intéressant afin d'explorer ce qui influence les conflits.

Dans leur étude menée auprès de 35 chirurgiens et de 31 d'infirmières au bloc opératoire, Rogers, Lingard, Boehler, Espin, Klingensmith, Mellinger & Schindler (2011), quant à eux, décrivent deux types de conflits présents en salle d'opération, soit les conflits liés aux tâches et les conflits relationnels. Les conflits liés aux tâches représentent un désaccord entre les membres d'un groupe face aux décisions à prendre en fonction des différents points de vue, idées et opinions (Rogers & al., 2011). Ce type de conflits est souvent présent au bloc opératoire, et leur fréquence est exacerbée par le type de tâches pouvant conduire à un niveau de stress élevé. Les conflits relationnels sont plutôt de nature émotive et impliquent une impression d'incompatibilité interpersonnelle

créant des tensions et de l'animosité dans un groupe (Rogers & al., 2011). Ces deux types de conflits mènent à des conséquences telles que l'insatisfaction au travail, un environnement de travail malsain et peut même mener à une volonté des employés de changer de département.

Une des manifestations les plus courantes des difficultés relationnelles entre les chirurgiens et les infirmières rapportée dans les écrits est reliée non seulement aux conflits, mais aussi à la présence de comportements perturbateurs. Définis comme « des comportements de non-respect de l'autre et causant un sentiment de menace chez les individus » [Traduction libre] (Villafranca, Hamlin, Enns & Jacobsohn, 2016 p. 128), les comportements perturbateurs incluent notamment l'incivilité, le harcèlement, les commentaires dégradants, l'intimidation, les cris, la condescendance, le langage inapproprié ainsi que les abus psychologiques et physiques allant même jusqu'à la confrontation physique (Higgins & MacIntosh, 2010; Longo, 2010; Villafranca & al., 2016; Villafranca & al., 2019).

Comparativement aux infirmières, les chirurgiens semblent être, le plus souvent, les instigateurs des comportements perturbateurs, (Villafranca et al., 2016). Ceci est confirmé dans une étude transversale menée par Maddineshat, Hashemi & Tabatabaeichehr (2017) qui souligne que 96% des participants infirmiers ont été témoin de ce genre de comportements de la part des chirurgiens. Il est tout de même intéressant de mentionner que 70% des participants chirurgiens affirment avoir été témoin de comportements perturbateurs de la part des infirmières, une donnée qui n'est pas explorée

dans les autres études recensées jusqu'à présent. Ces comportements perturbateurs initiés selon les deux groupes de professionnels ne sont pas clairement définis, ce qui représente une limite à cette étude. Néanmoins, de manière générale, les auteurs abordent les comportements de violence verbale et d'attitudes négatives entre les professionnels de santé.

Dans une étude qualitative portant sur les comportements perturbateurs, Villafranca & al. (2016) reconnaissent trois facteurs contribuant au maintien de ces comportements: les facteurs intrapersonnels, interpersonnels et organisationnels. Au niveau des facteurs intrapersonnels, on retrouve notamment les traits de personnalité des individus ainsi que leur état psychologique. Par exemple, des individus aux traits de personnalité particuliers, tels que le narcissisme ou des tendances passives-agressives, sont plus enclins à manifester des comportements perturbateurs dans un contexte peropératoire (Villafranca et al., 2016). Les facteurs interpersonnels, soit les caractéristiques des interactions entre les professionnels favorisant la récurrence de comportements perturbateurs, comprennent des éléments tels qu'une position hiérarchique ou la perception des professionnels que leur expérience, position ou expertise est supérieure à celle des autres. Ces facteurs peuvent mener les cliniciens à traiter leurs collègues avec moins de respect ou à exercer un contrôle sur eux. Finalement, les facteurs organisationnels incluent le travail sous pression, le stress et le manque de personnel, pouvant exercer une influence négative sur l'équipe de travail et contribuer au maintien des comportements perturbateurs (Villafranca et al., 2016).

Les données obtenues par Villafranca et al. (2016) confirment celles de l'étude de Higgins et Macintosh réalisée en 2010 qui portait sur la perception des infirmières travaillant au bloc opératoire concernant les comportements perturbateurs des chirurgiens canadiens. Suite à des entrevues menées auprès de dix infirmières, cette étude révèle que 91% des infirmières ont mentionné avoir été victimes de comportements perturbateurs ou inappropriés de la part d'un ou de plusieurs chirurgiens en contexte peropératoire. Des comportements violents de type physique tels que se faire pousser, frapper ou être victimes d'instruments de travail lancés par un chirurgien ont été rapportés par les participantes, (Higgins & MacIntosh, 2010). Sur le plan psychologique, l'épuisement, l'anxiété, le manque de confiance en soi, un sentiment d'insécurité par rapport au travail ont été soulignés par plusieurs participantes de cette étude. Les impacts sur leur fonctionnement social et familial ou sur la qualité des soins fournis aux patients ont été identifiés par les infirmières comme étant inquiétants, notamment en raison de leur difficulté à se concentrer à la suite d'abus verbal ou psychologique; et elles rapportent avoir perdu confiance en leur expertise professionnelle et développé un sentiment d'insécurité lorsqu'il s'agit d'exécuter certaines tâches (Higgins & Macintosh, 2010). Cochran & Elder (2015) confirment également ces propos en indiquant que les comportements perturbateurs créent une distraction dans la salle d'opération, augmentant ainsi les risques d'erreurs dans les procédures, car l'attention de l'équipe soignante est moins portée sur le patient. Dans leur étude menée auprès d'une équipe de 19 participants composée d'infirmières, étudiants en médecine, chirurgiens et anesthésistes, ce sont neuf participants (toute spécialité confondue) qui ont avoué avoir considéré changer de

département, de carrière ou de ne pas poursuivre leurs études en chirurgie en raison du stress causé par les comportements perturbateurs. Les étudiants en médecine ayant participé à l'étude ont même partagé leurs appréhensions de poursuivre leur cheminement dans cette spécialité, de peur de devoir reproduire certains comportements ou d'adopter les traits de personnalité dysfonctionnels de leurs mentors (Cochran & Eder, 2015).

Les difficultés de rétention et l'absentéisme marqué du personnel infirmier à la suite des épisodes de comportements perturbateurs sont aussi ressortis dans l'étude de Higgins et Macintosh (2010). Au niveau des ressources humaines, les enjeux de rétention de personnel et même de recrutement de nouveaux employés résultant des comportements perturbateurs vécus au bloc opératoire menant à des impacts organisationnels ont été mis en lumière. En effet, un taux d'absentéisme élevé et des coûts augmentés en termes de remplacement pour congés de maladie sont des impacts remarquables par les auteurs. Certaines infirmières vont jusqu'à prendre un congé de maladie pour éviter de travailler avec certains chirurgiens (Higgins & Macintosh, 2010). Cochran & Elder (2015) sont parvenus à des résultats similaires en mentionnant qu'un environnement de travail malsain résultant de ces comportements tend à inciter certains professionnels, par exemple les infirmières novices, à abandonner leur formation au bloc opératoire, à quitter le département, voire à effectuer un changement de carrière.

Stratégies et pistes de solution visant à améliorer les relations entre chirurgiens et infirmières

Plusieurs pistes de solution ont été identifiées dans les écrits scientifiques afin d'améliorer les relations entre les chirurgiens et les infirmières au bloc opératoire. Les programmes éducatifs, la mise en place de procédures organisationnelles et l'implication de l'organisation sont quelques stratégies présentées dans les prochains paragraphes.

Programmes éducatifs. Des programmes éducatifs interdisciplinaires portant sur des sujets comme les techniques de communication efficaces, la maîtrise du langage non verbal et les bonnes pratiques collaboratives sont des stratégies qui peuvent permettre d'améliorer les relations entre les médecins et les infirmières (Tang & al., 2013). De plus, ces formations continues pour les infirmières et les chirurgiens représentent un moyen qui leur permet de se tenir à jour au niveau de leurs connaissances pour ainsi faire preuve d'une plus grande expertise au bloc opératoire et réduire les tensions. Ceci corrobore les propos de Yeganeh et ses collègues (2022) qui recommandent, dans leur étude portant sur la communication interprofessionnelle des chirurgiens et infirmières au bloc opératoire, la mise en place d'un programme de simulation de cas dans le parcours éducatif des infirmières et des chirurgiens. Ces simulations, basées sur de vrais cas cliniques, permettraient aux professionnels de développer leurs aptitudes de collaboration, de communication et de travail d'équipe (Yeganeh & al., 2022). Civil (2018) suggère l'implantation de programmes comme le MORSim (*Multidisciplinary Operating Room Simulation*) afin d'améliorer la collaboration entre les équipes de chirurgie. Un tel programme permet aux équipes de participer à des simulations de cas et d'en faire un

debriefing par la suite (Civil, 2018). De son côté, Brancato (2005) suggère la mise en place de rencontres interdisciplinaires pour donner suite à des cas vécus par les professionnels afin d'effectuer un retour sur le déroulement des événements d'une chirurgie, et ainsi discuter des problématiques rencontrées et d'y proposer des solutions pour les situations futures. Ce processus permettrait notamment de réduire les conflits potentiels au sein des équipes soignantes et d'améliorer la cohésion d'équipe (Brancato, 2005). Friedman & al. (2015) montrent qu'un programme éducatif portant sur l'importance de la collaboration et du travail d'équipe est pertinent pour améliorer les relations et la communication entre les professionnels et leur offrir l'opportunité d'apprendre à s'affirmer et à donner leur opinion. Cependant, l'étude démontre qu'un programme éducatif seul ne suffit pas pour changer une culture bien ancrée comme celle au bloc opératoire. Une telle mesure devait aller de pair avec une implication de l'organisation afin de modifier certaines pratiques.

Mise en place de procédures. Plusieurs procédures peuvent être mises en place au bloc opératoire afin de favoriser une meilleure communication interprofessionnelle, réduire le risque d'erreurs et de malentendus et ainsi contribuer à l'amélioration du climat de travail et de la relation entre les chirurgiens et les infirmières. Par exemple, une liste de vérification préopératoire, la *safety check*, fait partie de la procédure dans certains milieux de chirurgie (Civil, 2018). Elle est remplie par l'infirmière et interpelle tous les professionnels présents dans la salle d'opération (chirurgien, anesthésiste et inhalothérapeutes). Elle se base sur les lignes directrices de l'Organisation Mondiale de la Santé et a été adoptée par plus de 1500 hôpitaux à travers le monde (Sparkes & Rylah,

2010). Civil (2018) met en lumière dans son étude portant sur la culture en place au bloc opératoire et les impacts sur les patients, les conclusions de plusieurs auteurs par rapport à cette liste. Il affirme que si la liste est bien utilisée, comprise et respectée par les membres de l'équipe, elle devient un élément clé pour une communication efficace et est essentielle à l'optimisation du travail d'équipe. Elle favorise également le maintien d'une culture de respect et où la place de tous les professionnels est valorisée au sein de l'équipe (Civil, 2018).

Implication des gestionnaires. Les gestionnaires sont des acteurs clé dans la recherche de solutions, notamment au niveau de la sensibilisation des professionnels et du niveau de connaissances des employés par rapport à l'importance du maintien de saines relations professionnelles (Wade, 2014). Laflamme, Leibing & Lavoie-Tremblay (2019) suggèrent entre autres la participation active des gestionnaires pour permettre aux infirmières au bloc opératoire d'avoir accès à plus d'opportunités de développement professionnel afin de valoriser davantage leur rôle et leur expertise, ainsi que la reconnaissance de leur travail. De leur côté, Etherington et ses collègues (2019) suggèrent la mise en place d'une culture d'ouverture où l'on encourage les individus à s'exprimer et où l'écart créé par la hiérarchie et le pouvoir sont proscrits.

Pour conclure, cette recension des écrits portant sur les relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières au bloc opératoire a permis d'identifier plusieurs thèmes récurrents, soit la collaboration et la communication, ainsi que les conflits et les comportements perturbateurs. Les études concordent sur le fait que la collaboration et la

communication font partie des éléments clés pour développer des relations optimales et représentent encore à ce jour un défi pour les professionnels du bloc opératoire. De plus, la culture hiérarchique ancrée au bloc opératoire peut avoir un effet délétère sur la communication entre les professionnels et sur la capacité de ces derniers à prendre leur place dans l'équipe chirurgicale. La majorité des études mettent en évidence le fait que les relations interprofessionnelles au bloc opératoires étaient sous optimales, à l'exception de l'étude de Laflamme & al. (2019) qui affirme que les relations professionnelles entre les infirmières et les chirurgiens sont en général positives, spécialement lorsqu'il s'agit des infirmières expérimentées. Dans ces écrits, une lacune a toutefois été dénotée. En effet, l'expérience des relations a été principalement explorée du point de vue des infirmières ou celui des anesthésistes. L'expérience des chirurgiens face aux relations professionnelles est peu prise en considération. Une telle lacune justifie la pertinence de la présente étude qui vise les objectifs spécifiques suivants : 1) explorer l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire, de la perspective de ces deux professionnels, 2) décrire la signification de ces relations entre les chirurgiens et les infirmières, et 3) proposer des pistes de solution afin de solidifier la collaboration interprofessionnelle et d'optimiser les soins donnés aux patients.

Cadre de référence

Le cadre de référence choisi pour guider cette recherche est élaboré à partir des travaux de Michel Foucault dans son ouvrage *Surveiller et Punir* (1975) et sa conception du pouvoir/savoir (Foucault, 1980) portant sur la dyade pouvoir-savoir. La recension des écrits présentée au chapitre précédent permet d'affirmer que les relations entre les chirurgiens et les infirmières au bloc opératoire sont teintées par l'historique de ces professions et sont, encore à ce jour, influencées par une dynamique de pouvoir.

Le pouvoir, selon Foucault

Selon Foucault (1975), le pouvoir est un mode d'action qui n'agit pas sur les autres, mais qui consiste plutôt en une relation. Foucault affirme que le pouvoir est omniprésent dans toutes les institutions où l'on retrouve un corps social, que ce soit dans les écoles, les prisons, les familles ou les disciplines scientifiques (Foucault, 1975). Le pouvoir ne provient pas nécessairement d'une puissance plus élevée en termes de notoriété, mais se présente sous forme de relations dans les foyers locaux, soit chez des individus provenant du même rang hiérarchique ou d'un rang hiérarchique différent (Foucault, 1975; Martin, 2010). Foucault précise dans ses écrits que le pouvoir n'est pas uniquement présent dans les niveaux élevés de hiérarchie comme les monarques, mais se trouve partout et s'intègre dans les cultures, les institutions et les individus directement. (Taylor, 2011). Le pouvoir permet, entre autres, de dresser, d'ordonner et d'organiser la multiplicité des forces humaines et sociales, ce qui permet de maintenir un ordre dans les relations humaines (Merlin, 2009). Le pouvoir est donc productif et génère des actions envers les individus que l'on veut corriger (Merlin, 2009). Foucault (1975) affirme

également que le pouvoir est fluctuant, et que les relations de pouvoir sont généralement issues de conditions historiques qui les influencent (Revel, 2009; Taylor, 2011).

Selon la perspective foucauldienne, le pouvoir ne se détient pas, mais il s'exerce. Il fait partie des relations humaines et se retrouve dans toutes les couches sociales d'une société et dans toutes les sphères des interactions sociales (Foucault, 1975). Le pouvoir ne se limite donc pas aux relations d'autorité entre, par exemple, l'État et le citoyen (Foucault, 1975). Foucault souligne également que le pouvoir n'est pas nécessairement présent dans une seule direction, mais qu'il peut prendre différentes formes. Le pouvoir ne se limite pas à la capacité qu'a un individu de le détenir, mais plutôt se décline en une combinaison de forces dans une société qui influence la manière dont le pouvoir est distribué (Taylor, 2011). Avec la structuration de la formation médicale depuis le Rapport Flexner¹, la discipline médicale a acquis de la notoriété et la position hiérarchique des médecins s'est intensifiée (Duffin, 2011). Au Québec, le corps médical est parvenu à occuper une place prépondérante au sein de la société menée par la religion. Formées dans les écoles d'infirmières, selon une approche calquée sur la vie conventuelle, les infirmières étaient appelées à obéir aux religieuses et aux médecins. Ces comportements sont décrits par Foucault (1975) comme des corps dociles, mais également soumis, qui sont guidés par la discipline. Pour Foucault, le pouvoir produit et mène à des constructions

¹ Le rapport Flexner, paru en 1910 par Abraham Flexner, marque un virage historique portant sur l'enseignement médical, menant à une sélection des candidats en médecine plus limitée et favorisant seulement l'élite sociale et académique, menant à un maintien de la masculinisation et racisation de la profession pendant de nombreuses décennies, ainsi qu'à une élévation du prestige de la profession.

sociales et s'intègre directement dans plusieurs domaines sociaux, comme la sexualité (Lapeyronnie, 2014), où les forces de pouvoir sont omniprésentes entre les individus.

Le savoir et la relation pouvoir-savoir

Selon Foucault (1975), le pouvoir est indissociable du savoir. En effet, toute manifestation du pouvoir génère un savoir (pouvoir productif), et tout savoir assure l'exercice du pouvoir : « l'exercice du pouvoir crée et cause l'émergence de nouveaux objets de savoir et accumule des nouveaux corps d'information » (Foucault, 1980, p. 52). Pour Foucault, le savoir n'équivaut pas au niveau de connaissances d'un individu, mais il s'agit de la transformation des connaissances, puisque lorsque les individus possèdent un savoir, ils développent un pouvoir (Revel, 2009). À l'inverse, le pouvoir ne se manifestera pas sans savoir. Le savoir dicte les actions et la manière dont certaines personnes agissent et répondent (Riley & Manias, 2002).

Selon Martin (2010), les hôpitaux constituent des milieux où les niveaux de savoir sont élevés et où s'exercent plusieurs formes de pouvoir liées à la normalisation et au contrôle des individus. Pour faire un parallèle avec la présente étude, les relations entre les chirurgiens et les infirmières sont complexes et la notion de pouvoir peut être identifiée dans plusieurs situations. Les facteurs historiques et sociaux liés à ces deux professions et le l'environnement particulier du bloc opératoire sont propices à des relations de pouvoir entre ces individus, ainsi qu'à une distribution inégale du pouvoir, notamment par l'influence et la position hiérarchique des chirurgiens envers les

infirmières, le niveau d'éducation et le statut professionnel des chirurgiens (Price, Doucet & Hall, 2014).

Le cadre de référence, guidé par les travaux de Foucault (1975; 1980) portant sur le pouvoir et le pouvoir-savoir, contribue à explorer les relations entre chirurgiens et infirmières. Effectivement, la problématique de l'étude met en lumière les défis liés aux relations chirurgiens-infirmières, ainsi que les impacts sur les professionnels et les patients qui en découlent. Les contextes sociaux et historiques soulevés s'attachent sans doute à une notion de pouvoir instaurée depuis de nombreuses années, teintant les relations professionnelles. Notre étude tente de répondre à deux questions de recherche. D'abord, comment se décrit l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières? Puis, quelles sont les pistes de solution émergentes pour optimiser ces relations?

Méthodologie

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée pour la présente recherche. Le chapitre abordera : 1) le devis de recherche, 2) le milieu de recherche 3) la population cible et l'échantillon, 4) la méthode d'échantillonnage et le recrutement, 5) les outils et la méthode de collecte de données, 6) le plan d'analyse des données, 7) les critères de rigueur scientifique, et 8) les considérations éthiques.

Devis de recherche

Un devis de recherche de type qualitatif a été sélectionné pour cette recherche, plus précisément la phénoménologie interprétative (ou herméneutique). La phénoménologie vient d'un courant philosophique qui se base sur l'expérience de l'être humain, sur sa description et sa compréhension (Santiago-Delefosse, Del Rio Carral, Antoine, Bruchez, Capdevielle & al., 2017) et provient d'une méthode utilisée initialement en psychologie pour interpréter et comprendre des phénomènes complexes et émotionnels (Peat, Rodriguez & Smith, 2019). La phénoménologie est un mouvement d'abord créé par Edmund Husserl, un philosophe ayant comme quête la vérité objective (Husserl, 1970). Considérée comme descriptive, la phénoménologie de Husserl cherche purement à décrire un phénomène, une expérience (Smith, 2018). Ensuite, un second mouvement de la phénoménologie s'est installé, soit celui de Heidegger, appelé la phénoménologie herméneutique, ou interprétative (Langdrige, 2007). En revanche, il s'agit de comprendre et d'interpréter un phénomène plutôt que d'en faire la simple description. L'aspect ontologique, soit la question de la signification de l'être, est également prisé dans ce courant (Harvey & Land, 2017). Cette approche cherche à comprendre la nature et l'essence des phénomènes, contrairement à une phénoménologie descriptive. De plus, la

phénoménologie herméneutique se réfère souvent au domaine socio-cognitif et à la littérature psychologique et reconnaît que les humains sont influencés par l'environnement dans lequel ils se trouvent, ce qui fait justifier son emploi dans cette étude où des relations humaines sont explorées (Langdrige, 2007; Peat, 2019).

Courant de pensée philosophique, la phénoménologie a pour objectif d'explorer un phénomène subjectif, et elle est d'autant plus pertinente lorsque le phénomène est complexe et difficile à décrire ou à définir (Fortin & Gagnon, 2016). Elle tend à mettre en lumière la signification de l'expérience vécue par les participants à l'étude (Salmon, 2012; Fortin & Gagnon, 2016). Cette méthode se qualifie d'inductive, où sans émettre d'hypothèse le chercheur essaie de découvrir la perspective du sujet. Compatible avec la philosophie herméneutique qui met l'accent sur la compréhension et l'interprétation des expériences vécues des participants, cette méthode mène le participant à tenter de trouver un sens à ce qui lui arrive, et le chercheur à utiliser ses idées préconçues de manière positive (Smith, Flowers & Larkin, 2009). En effet, les idées préconçues du chercheur sont présentes et même importantes, et des outils peuvent être utilisés afin d'identifier ces idées, par exemple l'utilisation d'un journal de bord (Fortin & Gagnon, 2016; Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Dans le contexte de cette étude, cette méthode est pertinente étant donné la complexité des relations interpersonnelles et interprofessionnelles, où plusieurs facteurs peuvent les influencer et où l'expérience et la signification de celles-ci demeurent subjectives. De plus, la phénoménologie herméneutique est compatible avec les travaux de Foucault, ce qui justifie l'emploi de cette méthode d'analyse.

Milieu de recherche

Un Centre intégré de santé et de services sociaux de la province de Québec a été le milieu retenu pour ce projet de recherche. Celui-ci comprend plusieurs centres hospitaliers ayant la même structure organisationnelle. Ces centres sont situés tant en milieux urbains que ruraux et cinq d'entre eux disposent de blocs opératoires. Le projet fut mené dans deux de ces centres hospitaliers, soit ceux situés en milieu urbain, car ils représentent les milieux opératoires les plus achalandés. En effet, ceux-ci sont les plus importants en termes de nombre de chirurgiens et d'infirmières y travaillant, ainsi qu'en termes du nombre de spécialités retrouvées.

Population cible et échantillon

Selon le tableau des effectifs infirmiers de 2017-2018 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le nombre d'infirmières travaillant au bloc opératoire s'élevait à 3 208 infirmiers-infirmières (OIIQ, 2018). La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) indique que le nombre de chirurgiens en 2022 s'élève à 1 905 au Québec, toutes spécialités confondues (FMSQ, 2022). La population accessible pour la recherche correspondait au nombre d'infirmières et de chirurgiens qui travaillaient dans les deux hôpitaux urbains où le nombre d'interventions chirurgicales était le plus élevé. Les données du Centre intégré où a eu lieu l'étude révèlent que le nombre d'infirmiers et d'infirmières travaillant dans les blocs opératoires des deux hôpitaux était d'environ 54, alors que le nombre de chirurgiens était estimé à 28 (Centre intégré [où a eu lieu la recherche], 2019). Ces deux groupes de professionnels ont fait partie de l'étude : les infirmières/infirmiers et les chirurgiens/chirurgiennes travaillant au bloc opératoire

des deux hôpitaux choisis. L'échantillon acceptable dans une étude de type qualitative phénoménologique interprétative étant de l'ordre de six à dix participants (Fortin & Gagnon, 2016), nous avons pu recruter six infirmières et trois chirurgiens.

Pour les deux groupes de participants, les critères d'inclusion étaient :

1. Être infirmière/infirmier ou être chirurgien/chirurgienne et détenir un permis de pratique valide de son ordre professionnel;
2. De travailler au bloc opératoire dans l'un des deux hôpitaux sélectionnés pour l'étude;
3. De travailler à temps complet ou à temps partiel au bloc opératoire depuis au moins un an.

Méthode d'échantillonnage et recrutement

L'échantillonnage en contexte de recherche qualitative requiert un petit nombre de participants pour effectuer une analyse détaillée (Langdrige, 2007). Un échantillonnage par choix raisonné a été choisi comme méthode d'échantillonnage. Il s'agit d'une méthode subjective dont la sélection des participants se fait selon les connaissances du chercheur quant aux possibilités d'obtenir le plus d'informations de la part des participants (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

La période de recrutement a débuté à l'automne 2020. Il est important de spécifier le contexte particulier dans lequel cette recherche s'est déroulée. Au moment du recrutement, la situation pandémique liée au virus de la Covid-19 battait son plein et les impacts étaient ressentis dans tous les milieux de soins. Cette situation a généré de

nombreuses conséquences, notamment le déplacement de certains professionnels et intervenants vers d'autres unités de soins ou départements, la réorganisation et la priorisation des chirurgies et la diminution du nombre d'interventions chirurgicales. Tous ces facteurs ont eu un impact sur les méthodes de recrutement et la motivation des participants à faire partie de l'étude. Par exemple, pour le recrutement, une présentation du projet de recherche en présentiel était prévue dans les deux hôpitaux sélectionnés. Or, cette présentation a dû être reportée de quelques mois dans un des deux hôpitaux étant donné que celui-ci était confronté à une éclosion de Covid-19. Pour pallier ces difficultés, l'étudiante-chercheuse a rencontré en présentiel les gestionnaires des deux blocs opératoires sélectionnés et à la suite de leur accord, une annonce a été envoyée par courriel aux chirurgiens de ces deux milieux et une affiche a été placée dans les salles à café des deux blocs opératoires. Une brève présentation en présentiel du projet de recherche a pu être offerte à l'équipe d'infirmières d'un des milieux, l'autre a dû être annulée en raison de l'évolution de la pandémie. Cependant, l'implication des gestionnaires a favorisé le recrutement des participants en raison de leur collaboration et leur volonté à transmettre l'information à leurs équipes respectives.

Outils et méthodes de collecte de données

Trois outils ont été utilisés pour la collecte des données : un questionnaire sociodémographique, un guide d'entrevue et le journal de bord de l'étudiante-chercheuse.

Questionnaire sociodémographique. Cet outil a été utilisé afin de décrire le plus précisément possible le profil des participants et ainsi évaluer les similitudes ou les

différences entre ceux-ci (Fortin & Gagnon, 2016). Il comportait sept questions qui abordaient par exemple : le genre, l'âge et le niveau de formation des participants.

Guide d'entrevue. L'élaboration du guide d'entrevue s'est faite à partir des principaux thèmes identifiés lors de la recension des écrits ainsi que du cadre de référence. Les 11 questions du guide furent regroupées sous deux thèmes, soit les relations entre chirurgiens et infirmières, et les conflits ou comportements perturbateurs dans leurs relations. Les participants avaient l'opportunité d'aborder d'autres sujets librement à la fin de l'entrevue. Ce guide d'entrevue a été validé par la directrice et la co-directrice de cette recherche.

Journal de bord. Celui-ci a été tenu par l'étudiante-chercheuse tout au long de la recherche afin d'y inscrire ses réflexions et les éléments liés à son expérience personnelle (Fortin & Gagnon, 2016). Ce journal de bord est d'autant plus pertinent pour prendre en considération les biais potentiels et les idées préconçues, étant donné que l'étudiante-chercheuse a déjà travaillé au bloc opératoire où s'est déroulée l'étude.

Collecte de données. Une mise en contexte et un rappel de la problématique ont été présentés aux participants avant l'entrevue. Les données ont été récoltées par des entrevues individuelles semi dirigées d'une durée variant de 30 à 45 minutes. Certaines entrevues ont été écourtées étant donné le manque de disponibilité de certains participants. À ces occasions, seules les questions jugées les plus pertinentes ont été retenues, par exemple les questions portant sur la description de l'expérience des relations professionnelle avec les collègues. Étant donné la situation pandémique de la Covid-19

obligeant la distanciation physique et le maintien de mesures sanitaires strictes, les entrevues ont été réalisées par téléphone ou par vidéoconférence et ont été enregistrées afin de permettre la transcription ultérieure de celles-ci.

Plan d'analyse des données

L'analyse des données fut guidée par la méthode d'analyse interprétative phénoménologique ou *Interpretative Phenomenologic Analysis* (IPA) (Smith & al., 2009). Cette méthode cherche à explorer de manière détaillée l'expérience humaine vécue par les participants dans leurs propres mots (Smith & al., 2009). Il s'agit donc d'adopter une approche idiographique qui tient compte du contexte particulier des participants (ici dans le contexte du bloc opératoire) selon leur perspective personnelle. Compatible avec la philosophie herméneutique qui met l'accent sur la compréhension et l'interprétation des expériences vécues des participants, cette méthode amène le participant à trouver un sens à ce qui lui arrive, et le chercheur à utiliser ses idées préconçues de manière positive (Smith & al., 2009).

La méthode d'analyse *interpretative phenomenologic analysis* (IPA) s'effectue en six étapes : la lecture des verbatim, l'annotation initiale de ceux-ci, l'identification de thèmes émergents, la recherche de liens entre les thèmes émergents, la transcription à l'aide du *bracketing*, et finalement la recherche de *pattern* (Smith & al., 2009).

D'abord, la première étape consiste en une lecture et une relecture des verbatim pour assurer la qualité de la transcription de ceux-ci en écoutant les enregistrements des

entrevues (Smith et al., 2009). L'étudiante-chercheuse a lu les verbatim plusieurs fois afin de bien comprendre les propos qui ont été rapportés par les participants.

À l'étape d'annotation initiale, des commentaires descriptifs, linguistiques et conceptuels ont été ajoutés aux verbatim. Les commentaires descriptifs cherchent à décrire ce que le sujet a dit en ajoutant, par exemple, du contenu autour des propos rapportés par le participant. Les commentaires linguistiques explorent l'utilisation du langage afin d'explorer si certains mots ou manières de décrire les expériences se répètent. Dans ce cas, il s'agit d'identifier les termes communs utilisés et d'explorer les synonymes. Finalement, les commentaires conceptuels sont liés à l'interprétation de l'étudiante-chercheuse afin de faire ressortir des concepts, en annotant tout ce qu'elle considère comme des éléments pertinents pour l'analyse, que ce soit au niveau de concepts récurrents, d'exemples ou de mots clés rapportés par les participants (Smith & al., 2009).

La troisième étape permet d'identifier les thèmes émergents à la suite de l'annotation initiale et mène à identifier les thèmes qui émergent non seulement de par l'interprétation l'étudiante-chercheuse, mais aussi par les propos et expériences rapportées par les participants (Smith & al., 2009).

La recherche de liens entre les thèmes émergents est la quatrième étape de l'analyse. Des liens ont été créés entre les entrevues, et ce, pour les deux groupes de participants. L'objectif de cette étape est d'identifier des points communs entre les thèmes émergents

à l'aide de schémas ou de diagrammes, moyen utile pour identifier des sous-thèmes. (Smith & al., 2009).

La cinquième étape est la transcription à l'aide du *bracketing*. Cette étape permet de s'assurer que le chercheur mette ses idées préconçues de côté (Smith & al., 2009), notamment en se référant à son journal de bord.

En dernier lieu, la sixième étape consiste en la recherche de *patterns*, par exemple, la formation d'un schéma qui vise à représenter une solution générale à un problème et comporte des concepts sous-jacents (Smith & al., 2009). À cet effet, l'étudiante-chercheuse a créé un diagramme selon les thèmes qui ont émergé des différentes entrevues et fait ressortir des sous-thèmes, ce qui a guidé vers les pistes de solution suggérées dans la présente étude.

Critères de rigueur scientifique

La recherche qualitative répond à des critères de rigueur scientifique qui permettent de juger de la qualité des conclusions d'une recherche (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Les cinq critères de rigueur établis par ces auteurs sont la confirmabilité (ou objectivité), la fiabilité, la crédibilité (ou validité interne), la transférabilité (ou validité externe) et l'utilisation ou l'application de la recherche. Un sixième critère peut s'ajouter, soit celui de la réflexivité (Langdrige, 2007).

La confirmabilité. La confirmabilité renvoie à l'objectivité des données et de leur interprétation, c'est-à-dire que le chercheur doit s'assurer que les résultats reflètent bien les données et non son opinion ou son point de vue (Fortin & Gagnon, 2016). Miles,

Huberman & Saldana (2014) définissent ce critère par une neutralité relative et une mise en évidence des biais existants à l'étude. Par exemple, dans le cadre d'une étude qualitative, il faut que la méthode soit détaillée et explicitement décrite, la séquence de la collecte des données et leur analyse soit évidente, et le chercheur doit énoncer clairement ses conceptions personnelles ou valeurs et expliquer comment elles ont pu influencer l'étude et ses résultats (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Pour assurer la confirmabilité, l'utilisation d'extraits des verbatim pour appuyer les résultats obtenus lors de l'analyse des données permet d'assurer que les données extraites des entrevues respectent la justesse des propos des participants et l'analyse selon l'expérience véritable des participants. De plus, l'utilisation du cadre théorique pour justifier le lien entre la problématique, les instruments de collecte de données et les résultats de l'analyse renforcent ce critère.

La fiabilité. La fiabilité se rapporte à la constance et la stabilité de l'étude selon le temps et les méthodes du chercheur, tout en s'assurant du maintien de la qualité et de l'intégrité des données (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Entre autres, il s'agit de respecter certains aspects comme la clarté des questions de recherche et leur congruence avec l'étude, ainsi que la description explicite du rôle du chercheur et de son statut (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Pour maintenir la fiabilité des données, les outils de collecte de données tels que le questionnaire sociodémographique et le guide d'entrevue ont été préalablement validés par les directrices de recherche, une attention spéciale a été portée à la transcription des données afin d'assurer leur exactitude et une vérification des

résultats obtenus suite à l'analyse des données a été effectuée par les directrices de recherche.

La crédibilité. Le critère de crédibilité, ou de validité interne, renvoie à l'authenticité et vérifier la congruence des résultats entre le sens donné par le participant et celui du chercheur suite à l'analyse et l'interprétation des données (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Plusieurs éléments sont à considérer pour assurer la crédibilité, par exemple l'exactitude des descriptions, la cohérence et la clarté des résultats ainsi que la triangulation entre les données, les méthodes et les points de vue utilisés (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Dans le cadre de cette étude, la crédibilité des verbatim découle de la triangulation de l'interprétation entre l'étudiante-chercheuse et les directrices de recherche, mais aussi de la perception de deux groupes de professionnels, les chirurgiens et les infirmières. De plus, les résultats ont été analysés de manière concise et les liens entre ceux-ci ont été établis.

La transférabilité. La transférabilité correspond à l'application des conclusions de la recherche à d'autres contextes ou d'autres milieux d'étude qui présentent des caractéristiques similaires (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Aussi nommée validité externe, il s'agit également de déterminer quelle étendue ces résultats peuvent atteindre (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Pour assurer la transférabilité des conclusions de cette recherche, une description détaillée des aspects méthodologiques de l'étude, du contexte et de la structure du bloc opératoire a été effectuée afin de bien comprendre le

milieu d'étude et pouvoir ensuite faciliter la transférabilité à d'autres milieux semblables (Fortin & Gagnon, 2016).

L'utilisation ou application de la recherche. Pour répondre à ce critère, il est essentiel de connaître ce que la recherche apporte, autant pour le chercheur, les participants que pour le public. Il s'agit de valider que les résultats de la recherche soient accessibles, qu'ils génèrent une stimulation intellectuelle pour le lecteur et qu'ils permettent de développer des nouvelles connaissances (Miles, Huberman & Saldana, 2014). Dans le cas de cette étude, la vulgarisation des concepts propres au bloc opératoire, notamment les rôles de l'infirmière ou le fonctionnement des chirurgies, a été faite par l'étudiante-chercheuse dans l'écriture de cette étude afin de permettre à la population de bien comprendre le langage spécifique au bloc opératoire. Les résultats de cette recherche ont également conduit à l'élaboration de pistes de solution visant à améliorer les relations entre les chirurgiens et les infirmières travaillant au bloc opératoire.

La réflexivité. La réflexivité est un autre critère de rigueur scientifique identifié par Langdrige (2007). Elle invite le chercheur à mener une réflexion critique sur lui-même, à tenir compte et à analyser ses valeurs personnelles qui auraient pu l'influencer lors de la collecte, l'analyse et l'interprétation des données (Fortin et Gagnon, 2016). Ceci amène le chercheur à être conscient de ses propres questionnements, méthodes et positions sur le sujet à l'étude, en plus d'évaluer les impacts sur les connaissances émergentes de la recherche (Langdrige, 2007). On parle alors de co-production des connaissances. Dans cette étude, la réflexivité peut être mise en lumière grâce au journal de bord, par exemple.

Considérations éthiques

Au niveau des considérations éthiques, l'étude a été approuvée par les comités éthiques de l'Université du Québec en Outaouais et du CISSS où a eu lieu l'étude. Toutes les mesures possibles afin d'assurer le maintien de la confidentialité des données recueillies durant l'étude ont été mises en place, et ce, conformément aux principes directeurs de l'énoncé de politique des Trois conseils (EPTC2) en ce qui a trait à l'éthique de la recherche avec des êtres humains, soit le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice (Gouvernement du Canada, 2018).

Tel que décrit dans l'EPTC2, le respect des personnes est la reconnaissance intrinsèque de tous les êtres humains et leur droit au respect à tous les égards qui leur sont dus, ainsi que le respect de leur autonomie (Gouvernement du Canada, 2018). Ce principe a notamment été respecté par la sollicitation d'un consentement libre et éclairé chez tous les participants, comprenant entre autres les buts de la recherche et les avantages et risques d'y participer. Pour chaque participant, le formulaire de consentement a été lu et leurs questions ont été répondues. Il était clair, dans le formulaire de consentement, qu'à tout moment les participants pouvaient se retirer de l'étude sans préjudice, et qu'ils avaient la possibilité de refuser de répondre à une ou des questions. Le deuxième principe directeur réfère au bien-être d'une personne et englobe notamment la confidentialité (Gouvernement du Canada, 2018). À ce sujet, les données relatives aux participants ne peuvent, en aucun cas, mener à leur identification. Pour se faire, un code alpha numérique a été attribué à chacun des participants afin que leur nom ne figure pas dans les rapports de l'étude. De plus, ces données, conservées numériquement, seront effacées

définitivement du dispositif informatique de l'étudiante-chercheuse après une période de cinq ans suivant le dépôt final du mémoire. Le dernier principe directeur réfère à l'obligation de traiter les personnes de façon juste et équitable (Gouvernement du Canada, 2018). En effet, chaque participant a été traité avec le même respect et dans les mêmes conditions, et la sélection des participants s'est effectuée selon des critères de sélection clairs et justifiés par la question de recherche.

Les risques reliés à cette étude sont d'ordre minimal, c'est-à-dire que « l'ampleur des préjudices éventuels découlant de la participation à la recherche ne sont pas plus grands que des préjudices inhérents aux aspects de la vie quotidienne du participant qui sont associés à la recherche » (Gouvernement du Canada, 2018, p. 23). Les risques pouvant être identifiés par les participants sont notamment liés à la remémoration de souvenirs liés à des situations conflictuelles ou liées à des comportements perturbateurs qui peuvent être parfois douloureux. Afin de minimiser ce risque, une liste de ressources et de soutien psychologique (Appendice F) a été élaborée, mais il n'a pas été nécessaire de l'utiliser pour les participants. À l'inverse, la participation à cette recherche comprend des avantages tels que la participation à l'avancement des connaissances infirmières et médicales, ainsi qu'une implication envers la recherche de stratégies d'amélioration des relations au travail en contexte de bloc opératoire.

Résultats

Une analyse approfondie de la perception des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières permet d'avoir un point de vue fiable sur ce phénomène. Ce chapitre présente l'analyse des données résultant des entrevues réalisées auprès des neuf participants à l'étude. La première section présente les données sociodémographiques des participants. La section suivante présente les quatre principaux thèmes, ainsi que les sous-thèmes, témoignant de l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières. Le chapitre se termine par une synthèse des résultats.

Données sociodémographiques

Pour simplifier le texte et en raison du ratio homme/femme dans chaque profession, le terme infirmière est employé pour désigner le groupe d'infirmières et infirmiers, et le terme chirurgien est utilisé pour le second groupe. L'échantillon de cette étude se compose de neuf participants, dont six infirmières et trois chirurgiens issus du même Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et travaillant dans deux hôpitaux situés en milieu urbain. Au départ, il avait été prévu d'atteindre un nombre de 12 participants, soit six de chaque catégorie (chirurgiens et infirmières), mais la disponibilité restreinte des participants, surtout des chirurgiens, et ce pendant le contexte pandémique de la Covid-19 n'a pas permis d'atteindre ce nombre. Cependant, la saturation des données, ce qui renvoie au fait que les données n'apportent plus nécessairement de nouvelles connaissances, a pu être atteinte avec le nombre de

participants qui a pris part à l'étude, étant donné les enjeux récurrents rapportés par les participants.

L'échantillon se compose de neuf participants (6 infirmières et 3 chirurgiens). Étant donné le petit nombre de participants, principalement de chirurgiens, pouvant mener à un risque d'identification des participants, les données sociodémographiques sont agrégées pour les deux groupes de participants. La majorité des participants, tout groupe confondu, sont des femmes, et la moyenne d'âge se situe entre 30 et 39 ans. En ce qui a trait à l'expérience de travail au bloc opératoire, 11% des participants ont un à cinq ans d'expérience; 56% travaillent entre cinq à neuf ans dans ce milieu et 33% y exercent depuis plus de dix ans. Seulement 22% des participants ont suivi une formation portant sur un sujet en lien avec la présente recherche dans le cadre de leur travail, par exemple, une formation sur la gestion des conflits, le travail d'équipe, etc. Finalement, 22% des participants détiennent une formation collégiale, 44% une formation universitaire de premier cycle et 33% ont une formation universitaire de 3^e cycle. Le nombre plus élevé de participants ayant une formation de niveau universitaire peut être expliqué par le fait qu'une formation de niveau universitaire est requise au bloc opératoire pour évoluer vers des postes comme une infirmière cheffe de salle par exemple, et qu'un troisième cycle universitaire est requis pour les chirurgiens.

Tableau 3

Données sociodémographiques des participants

Profession	33% chirurgiens	67% infirmières
Genre	33% hommes	67% femmes
Tranche d'âge	22% de la tranche des 19 à 29 ans 33% de la tranche des 30 à 39 ans 22% de la tranche des 40-49 ans 22% de la tranche des 50 à 59 ans	
Niveau de scolarité complété	22% niveau collégial 44% niveau universitaire de 1 ^{er} cycle 33% niveau universitaire de 2 ^e cycle	
Nombre d'années d'expérience au bloc opératoire	33% de 1 à 5 ans 33% de 5 à 10 ans 33% de 10 ans et plus	
Situation d'emploi	100% à temps complet	

Thèmes émergents de l'analyse des données

L'analyse des entrevues a fait ressortir quatre principaux thèmes témoignant de l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières: 1) la socialisation professionnelle, 2) l'expérience professionnelle au bloc opératoire, 3) la collaboration et 4) les conditions de travail. Neuf sous-thèmes ont aussi émergé de l'analyse des données (voir tableau 2).

Tableau 2

Thèmes et sous thèmes de l'analyse des résultats

Socialisation professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Hiérarchie • Influence du genre • Changements générationnels
Expérience professionnelle au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise infirmière • Confiance en soi et en l'autre
Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Comportements perturbateurs • Communication
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de travail • Statut d'emploi

La socialisation professionnelle

Dans cette recherche, les participants définissent ce thème comme étant un moule dans lequel les professionnels sont formés lors de leur parcours académique, mais aussi par la culture en place dans leur milieu de travail, dans ce cas-ci, la culture du bloc opératoire, qui dicte leur conduite et l'image qu'ils projettent envers les autres. L'analyse a permis de constater que la socialisation professionnelle joue un rôle marquant dans la dynamique des relations professionnelles, des attitudes et des comportements des chirurgiens et des infirmières au bloc opératoire. Une participante mentionne l'importance que l'histoire et le genre ont encore de nos jours sur la socialisation de ces

deux professionnels et sur les relations infirmières-chirurgiens, où les infirmières étaient considérées comme des aides médicales plutôt que comme des professionnelles à part entière:

C'est ancré dans le fait qu'on était des bonnes sœurs. Oui, c'est une vocation mais on est des professionnelles avec nos connaissances, nos exigences, notre maturité [...]. L'infirmière n'est pas juste la madame avec la seringue. C'est un métier qui est mal connu, et pas assez reconnu (Participante I6)

Le processus de socialisation des chirurgiens est aussi influencé par l'histoire où les médecins ont longtemps occupé une position hiérarchique qu'ils ont parfois utilisé de manière abusive, comme en témoigne ce participant :

Quand j'étais résident, une infirmière avait commencé à dire : je pense que...Le chirurgien lui a répondu : toi, tu n'es pas ici pour penser. C'était la relation qu'ils avaient à l'époque (Participant C3)

De la socialisation professionnelle découle trois sous-thèmes : 1) la hiérarchie, 2) l'influence du genre et 3) les changements générationnels.

La hiérarchie. La hiérarchie est définie par les participants comme étant une forme d'organisation des rôles et responsabilités des différents professionnels. Toujours selon les participants, elle est influencée par l'histoire de subordination des infirmières envers les médecins. Certaines participantes infirmières décrivent leurs expériences au bloc opératoire en fonction de la hiérarchie qui module leur relation avec les chirurgiens et influence la dynamique de travail. En effet, il est intéressant de voir que cette hiérarchie est encore présente de nos jours, qu'elle fait partie de la socialisation professionnelle, et qu'elle peut parfois être vécue difficilement :

Le chirurgien est conscient qu'il est plus haut hiérarchiquement. Si la hiérarchie est alliée avec le respect, pas de problème. Mais s'ils sont plus prétentieux, dédaigneux des infirmières, il y en a qui se permettent de parler différemment. (Participante I4).

Une telle approche de la part des chirurgiens peut influencer les attitudes et les comportements des infirmières, ce qui génère de l'insécurité lorsqu'elles doivent travailler avec eux, comme en témoigne cet extrait:

Au début, tu es gêné, car les médecins sont vus un peu comme des dieux [...] J'étais intimidée, pas intimidée dans le sens que c'est de l'intimidation, mais je me sentais intimidée parce que ce sont des médecins, des chirurgiens et il y en a qui physiquement dégagent quelque chose d'intimidant. (Participante I1)

Cependant, la position hiérarchique des chirurgiens, malgré qu'elle puisse représenter un stress pour les infirmières, peut également être perçue par certaines comme étant positive, voire même nécessaire au maintien du professionnalisme et de l'ordre dans la salle d'opération, et ce, afin de garder une certaine rigueur dans le suivi des procédures :

On comprend que les chirurgiens ont un stress immense et si tu comprends ce que tu fais comme infirmière, tu es consciente du stress qu'ils peuvent vivre [...]. On a tous un rôle différent. Le plus gros du stress et de la responsabilité vont [se retrouvent] sur le dos du chirurgien. De savoir que c'est lui qui mène, et nous on suit et qu'il a plus de connaissances que nous. C'est normal de respecter ce rôle-là [...]. Ce n'est pas moi qui tiens le scalpel et qui a évalué le patient. Mais en autant qu'il respecte mon rôle d'infirmière, et moi je respecte son rôle. (Participante I4)

Cette même participante explique que sans la hiérarchie, une relation trop familière peut s'installer et nuire au professionnalisme entre les chirurgiens et les infirmières :

Les gens qui retirent [ne respectent pas] la hiérarchie peuvent se sentir trop à l'aise pendant la chirurgie malgré leurs compétences. Le

chirurgien ne sait peut-être plus comment gérer [un problème relationnel avec une infirmière] si c'est rendu trop familier [...]. La hiérarchie permet de garder un travail plus professionnel, et ça pourrait mener à des erreurs d'être trop à l'aise. (Participante I4)

Toutefois, pour certaines participantes, la hiérarchie médicale auparavant vécue sous forme d'une présence marquée des médecins semble se transformer vers une relation plus égalitaire et complémentaire avec les infirmières, même si les médecins maintiennent quand même une structure hiérarchique nécessaire lors des interventions chirurgicales.

Ceci est bien illustré par l'extrait suivant :

Il en faut une hiérarchie dans une structure, il y a des gens qui décident pour telle affaire, mais il faut que le rôle de chacun soit respecté. La hiérarchie ne doit pas devenir un abus de pouvoir, et malheureusement c'est ce qu'on vivait il y a quelques années dans certains rôles, dont dans le rôle des chirurgiens. Et ça change, l'abus de pouvoir est en train de se mettre en place de manière constructive. Chacun a son rôle, ça se met en place. (Participante I6)

Au-delà de la position hiérarchique des chirurgiens, les participants mentionnent l'importance de connaître et de comprendre les rôles de chacun, ce qui semble essentiel afin de travailler d'un commun accord pour le bien-être du patient. Et, bien que les responsabilités professionnelles des chirurgiens et des infirmières diffèrent, le respect des rôles de chacun aide à maintenir une hiérarchie plus constructive. Un souci dont témoigne certaines participantes :

Nous [les chirurgiens] n'avons pas évidemment la même fonction qu'elles [les infirmières], et elles n'ont pas le même stress que nous. Je pense qu'il faut vraiment essayer de comprendre leur réalité et de ne pas rester juste dans sa bulle. (Participant C1)

La responsabilité du médecin [chirurgien] est vraiment différente de [celle de] l'infirmière et du préposé. Il faut accepter que chacun a une

responsabilité et celle du médecin [chirurgien] est plus importante, malgré que toute l'équipe a chacun sa place. S'il y a une complication, c'est au médecin [chirurgien] que va revenir la faute. Mais en termes de donner des ordres ça n'existe plus, on travaille ensemble et en équipe. C'est rendu un fonctionnement optimal pour donner les meilleurs soins. (Participant C3)

Comme en fait foi les extraits précédents, la compréhension et le respect du rôle de chacun a un impact direct sur les patients qui, lorsqu'il y a collaboration entre les professionnels, sont assurés de recevoir une meilleure qualité et sécurité de soins. Ce constat rallie la perspective de la majorité des participants qui soulignent à maintes reprises leur souci pour le bien-être du patient lors des interventions chirurgicales :

Le but, c'est le bien-être du patient, c'est eux [les chirurgiens] qui savent quoi faire, c'est normal que ce soit eux les boss. Dans le fond, on travaille tous en équipe pour le patient [...]. On travaille tous ensemble pour que le patient ait des bons soins. (Participante I1)

L'influence du genre. Le genre qui renvoie aux rôles, aux comportements et aux identités que la société construit pour les femmes et les hommes, a été mis de l'avant par plusieurs participants de l'étude et leurs propos indiquent qu'il s'agit d'un élément important lors de la socialisation professionnelle qui a encore un impact sur la dynamique relationnelle des chirurgiens/chirurgiennes et des infirmières/infirmiers. Cette participante témoigne de cette réalité :

Pour les infirmiers masculins, j'ai l'impression qu'en général il y a une différence [avec leurs collègues chirurgiens]. On dirait que les médecins [chirurgiens] ont plus de respect pour eux. C'est peut-être dans ma tête, mais j'ai l'impression qu'ils [les chirurgiens] se permettent plus d'être bêtes avec les infirmières. Peut-être parce que les filles sont perçues comme étant émotives. Les gars ont généralement tendance à être plus solides, donc à dégager moins d'émotivité et peut-être de moins porter les médecins à se permettre d'être impatients. (Participante I1)

Paradoxalement, l'influence du genre se manifeste aussi par une meilleure collaboration entre les chirurgiens [hommes] et les infirmières, qu'avec les chirurgiennes [femmes] et les infirmières. Ainsi, le fait de travailler avec un chirurgien [homme] semble faciliter les relations professionnelles et les rendre plus optimales qu'avec leurs collègues infirmières [femmes]. Les propos de cette participante indiquent que le comportement plus rigide des chirurgiennes, qui malgré le fait qu'elles soient de plus en plus nombreuses dans les facultés de médecine, pourrait s'expliquer par le fait qu'elles ont dû développer certains traits de caractère plus affirmatifs afin de pouvoir prendre leur place dans un domaine à prédominance masculine.

J'ai beaucoup plus de facilité avec les hommes [chirurgiens] que les femmes [chirurgiennes]. Je pense que vu que la profession de chirurgien était majoritairement masculine, la femme [chirurgienne] a dû travailler fort pour faire sa place et s'affirmer, ce qui l'a rendue plus dure. (Participante I4)

Le genre peut également influencer la réponse au stress pendant une chirurgie. Par exemple, un participant rapporte que selon son expérience, le genre féminin peut avoir tendance à réagir au stress de manière plus émotive, ce qui peut parfois représenter un défi lors de situations urgentes où l'efficacité doit passer avant l'émotivité. Les propos suivants résument bien cette situation :

Les garçons [infirmiers] vont peut-être mieux tolérer le stress dans la salle [d'opération], peut-être qu'ils s'en foutent plus. Pour gérer le stress, ils vont peut-être mieux gérer leur incompetence. La majorité des filles vont prendre plus personnel le fait qu'elles sont incompetentes. Il y a plus de nonchalance au niveau des hommes quand ils ne sont pas à l'aise. Les filles veulent plus performer et sont plus affectées si elles ne sont pas capables. (Participant C1)

Les changements générationnels. L'analyse fait également ressortir les effets du changement de génération sur la dynamique des relations entre les chirurgiens et les infirmières. Les participants rapportent que l'évolution des mentalités semble apporter une vision plus axée sur le bien-être du patient et la qualité du soin, et moins sur la productivité qui, auparavant, était souvent présente en contexte de bloc opératoire. Par exemple, il a été rapporté que les chirurgiens avaient tendance à se présenter dans la salle d'opération une fois que le patient était totalement prêt afin qu'il puisse débiter directement la chirurgie, alors qu'il est essentiel qu'il soit présent pendant l'installation de celui-ci afin de valider que le positionnement du patient est adéquat pour assurer le bon déroulement de la chirurgie, comme le souligne cette participante:

On avait installé un patient et on avait appelé [le chirurgien] pour l'installation comme on fait avec tous les chirurgiens, car ils sont supposés participer à l'installation dans la salle. Il est arrivé dans la salle, il a commencé à chialer et critiquer l'installation mais il n'avait pas été là. Si tu n'étais pas là, tu ne peux pas critiquer. (Participante I2)

Évidemment, ne se présenter à la salle d'opération que lorsque le patient est prêt permet aussi au chirurgien d'augmenter sa productivité en maximisant le temps passé à l'extérieur du bloc opératoire pour effectuer d'autres tâches. Mais de nos jours, une telle façon de faire tend à disparaître. Les jeunes chirurgiens sont de plus en plus présents et impliqués avec le reste de l'équipe lors de l'installation des patients, tel qu'exprimé par ce participant :

Il faut être là pour l'installation, si ton patient n'est pas bien installé et que tu dois faire la chirurgie comme ça, tu ne peux pas chialer car tu n'étais pas là. Si c'est toi qui opères, tu dois t'assurer que ton positionnement est adéquat.

Si le chirurgien est fâché pour des cas comme ça, il doit se le faire dire même si ça fait des années qu'il le fait comme ça. (Participant C2)

Bien que cette plus grande implication de la part des jeunes chirurgiens leur demande plus de temps, elle permet cependant d'assurer une meilleure qualité de soins.

Un extrait en particulier exprime bien ce point :

Il y a un changement générationnel déjà, c'est clair. Nos jeunes chirurgiens sont plus axés sur le bien-faire, la perfection sans compter le temps, sans rentrer dans la performance du temps et de l'argent, c'est un gros paramètre de changement. (Participante I6)

L'arrivée de professionnels plus jeunes [chirurgiens] qui mettent de l'avant la collaboration et le respect des compétences de chacun semble suggérer une nouvelle forme de socialisation professionnelle qui tend à modifier la compréhension de la culture hiérarchique. Les propos suivants illustrent l'impact de ce changement : « Ce que j'ai remarqué, c'est l'âge des chirurgiens. Les plus jeunes ont moins le sentiment de supériorité, si je peux dire comme ça. » (Participante I2)

Pour cette nouvelle génération, le travail d'équipe entre les deux corps professionnels devient également une priorité. Celui-ci contribue à l'optimisation des relations professionnelles et une modification de la compréhension de la culture hiérarchique comme en témoigne ce chirurgien :

Je suis d'une génération de chirurgiens où on met la main à la pâte, pas comme les patrons qui exigent que tout soit fait par les autres. J'aime le faire, car je suis habitué à travailler en équipe, ça ne me dérange pas d'aider à déplacer mon patient, je ne me dis pas j'ai mon rôle et tu as le tien. (Participant C2)

Des pistes de solution en lien avec la hiérarchie et l'importance de la collaboration émergent de ce premier thème. D'abord, les participants rapportent

l'importance de connaître le rôle de chacun dans l'optimisation des relations professionnelles. Cet aspect pourrait être intégré au curriculum de formation des professionnels au bloc opératoire, tel que rapporté par plusieurs participants. De plus, l'écart hiérarchique rapporté par les participants pourrait être diminué, notamment, avec la mise en place d'activités sociales dédiées au personnel du bloc opératoire. Ceci contribuerait à solidifier, entre autres, les relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières.

L'expérience professionnelle au bloc opératoire.

Le deuxième thème identifié à la suite de l'analyse des données est l'expérience professionnelle des chirurgiens et des infirmières au bloc opératoire. Les participants ont défini l'expérience comme étant l'atteinte du niveau de connaissances requis afin de maîtriser son champ de compétences et de contribuer adéquatement aux soins dans chacune des spécialités et des chirurgies. À la lumière des données, il a été possible de retracer l'expérience des participants en fonction de deux sous-thèmes, soit l'expertise infirmière et la confiance en soi et en l'autre.

L'expertise infirmière. L'expertise s'acquiert avec le temps et permet à l'infirmière de s'améliorer et de développer des compétences dans plusieurs spécialités chirurgicales en vue d'arriver à une pratique exemplaire. Une participante explique l'importance de l'expertise et comment elle se développe :

On est là pour avoir une expertise, si on veut s'améliorer. C'est aussi rassurant pour le chirurgien car on fait des recherches, on pose des

questions, on a de l'intérêt. On est vraiment dans la chirurgie, on ne fait pas juste passer des instruments et jaser. (Participante I4)

Pour les infirmières novices au bloc opératoire, le manque d'expertise influence leur niveau de stress ainsi que leur sentiment de confiance en leurs compétences. À cet égard, cette participante souligne :

J'ai l'impression que ça m'a pris au moins quatre ans avant d'être à l'aise. C'est tellement gros et intense le bloc opératoire, beaucoup de choses à apprendre, c'est spécialisé. C'est intimidant quand tu commences. Je pense qu'après quatre ou cinq ans, tu es à l'aise dans ce que tu fais et dans tes relations avec les chirurgiens et les autres, que tu es à l'aise et dans ton élément. (Participante I1)

Toutefois, la motivation d'apprendre des infirmières novices est également appréciée des chirurgiens puisqu'elle permet à celles-ci d'acquérir de l'expérience plus rapidement tout en renforçant leurs relations avec les chirurgiens. Ces propos témoignent de l'impact de cette volonté d'apprendre sur les relations et sur le niveau de confiance qu'un chirurgien pourra ressentir envers l'infirmière avec qui il travaille :

Ce n'est pas qu'ils [chirurgiens et infirmières] ont une meilleure relation, mais vu qu'il la connaît depuis longtemps, il [le chirurgien] connaît ses capacités. Ça n'enlève pas qu'une jeune infirmière qui démontre beaucoup d'enthousiasme et qu'elle est capable d'apprendre rapidement, ça aussi ça vient jouer sur la relation. Des infirmières qui démontrent beaucoup d'intérêt font en sorte que les chirurgiens veulent plus leur donner des explications et les impliquer. (Participante I3)

Cette motivation d'apprendre de la part des infirmières et de développer leur expertise est bien perçue par les chirurgiens. Inversement, un manque d'intérêt dans le désir d'apprendre de la part des infirmières peut devenir un facteur irritant pour les chirurgiens qui y voient un frein quant à l'exécution de certaines tâches. Ce participant

qualifie même le manque de motivation des infirmières comme étant une source de conflit, comme en témoigne cet extrait :

Je dirais que le facteur principal [des conflits] est le manque d'enthousiasme ou de travail pour certains. Toujours la compétence. Je sens que certaines personnes ne sont pas à l'aise avec la rapidité des procédures. Je sens aussi que certains sont gênés. Ces facteurs ne sont pas juste déterminés par la compétence, mais des fois par manque d'exposition ou manque d'entraînement face à des procédures. (Participant C3)

Évidemment, les infirmières novices travaillant au bloc opératoire ont énormément d'apprentissages à faire, et les chirurgiens doivent s'adapter à leur niveau de connaissances pour maintenir des bonnes relations professionnelles lors des chirurgies. Ce participant témoigne de cette réalité, où les chirurgiens peuvent parfois être impatients par rapport à leurs demandes en cours de chirurgie, ce qui représente un défi pour les infirmières novices.

L'enseignement [la courbe d'apprentissage] des infirmières par rapport aux chirurgies a un rôle majeur. Certains chirurgiens, quand ils veulent quelque chose, c'est vite et il n'est pas content et ne comprend pas [s'il ne l'a pas]. Si c'est une nouvelle infirmière qui est en formation, elle ne le saura pas [ce que le chirurgien veut]. (Participant C2)

La confiance en soi et en l'autre. Chez les infirmières, l'importance de la confiance en soi en termes de compétences a été soulevée par certains participants. Par exemple, un manque de confiance, dans certaines situations critiques, peut entraver la dynamique des relations des infirmières avec les chirurgiens lors d'interventions chirurgicales. L'extrait suivant témoigne de la façon dont ce sentiment de confiance, acquis par l'expérience professionnelle, permet de faire la part des choses entre le stress vécu par le chirurgien lors d'une chirurgie et la façon dont il s'adresse à l'infirmière:

S'il [le chirurgien] est stressé, dans les paroles et les gestes ce sera plus sec et il sera plus bête. Surtout quand tu commences, tu prends les choses peut-être plus personnelles, et tu te sens vraiment poche. Mais quand tu as plus d'expérience, tu sais qu'il est stressé et que ce n'est pas toi le problème, mais c'est la situation qui fait qu'il est comme ça. (Participante I1)

De plus, la confiance mutuelle entre chirurgiens et infirmières qui se développe à mesure que l'infirmière acquiert de l'expérience favorise des liens professionnels plus forts, voire la création d'un climat de travail plus détendu, comme l'exprime les participants dans ces deux extraits :

Avec le temps, elle [une chirurgienne] a pris confiance en moi, donc il y a un genre de relation d'amitié qui s'est installée. C'est comme si le stress tombe et elle s'est permise de développer autre chose. Je ne me sentais plus intimidée. (Participante I1)

Je trouve qu'on a une relation particulière au bloc opératoire parce qu'on travaille en contexte très étroit avec les chirurgiens. Je pense que ça fait en sorte qu'on a plus d'interactions [avec eux] que si on travaillait sur l'étage [...]. Je pense que ce qui aide les chirurgiens, c'est de se sentir en confiance avec l'infirmière avec qui ils travaillent. J'ai déjà observé des situations tendues parce que le chirurgien ne connaît pas bien l'infirmière et ne connaît pas trop ses capacités, ça vient jouer un rôle dans la dynamique de la relation. (Participante I3)

Cette confiance en l'autre est un élément essentiel contribuant aux soins sécuritaires pour les patients. Le chirurgien doit savoir qu'il peut compter sur l'infirmière, car lors d'interventions chirurgicales, certains contextes peuvent demander une attention plus soutenue et une précision accrue dans les gestes, comme mentionne cette participante qui démontre une confiance envers l'autre, dans ce cas-ci le chirurgien, face à une situation urgente :

On a une vision évaluative, par exemple, s'il y a un saignement, on va le dire au chirurgien ou on va mettre une compresse discrètement et peser dessus. Il va comprendre qu'il y a un saignement, donc c'est une façon discrète de lui dire qu'on a évalué un saignement (Participante I4).

Plusieurs participants ont rapporté l'aspect lié à la stabilité de l'équipe de travail comme étant un élément clé au développement du sentiment de confiance entre les chirurgiens et les infirmières. Effectivement, plus les infirmières sont habituées à travailler avec les chirurgiens, plus elles acquièrent une expertise dans leur spécialité et de ce fait une confiance mutuelle et une complicité professionnelle s'installent. Cet extrait explique bien la richesse d'une équipe de travail où la confiance est bien installée et où les procédures chirurgicales sont réalisées plus aisément :

Pour moi, une équipe régulière [équipe d'infirmières spécialisées dans chaque spécialité] c'est la clé du succès car plus tu es expert dans une spécialité, tu vas devancer les besoins de ton chirurgien et connaître la chirurgie, et plus tu peux agir en fonction de ce qu'il a besoin sans qu'il n'ait besoin de parler. (Participante I4)

La collaboration

La collaboration constitue le troisième thème identifié lors de l'analyse des données. Elle est principalement définie par les participants comme étant un travail d'équipe et un partenariat, et elle est perçue comme étant essentielle au maintien de relations optimales. Une collaboration inefficace, telle que rapportée par plusieurs participants, peut mener à des conséquences néfastes au niveau des relations entre les chirurgiens et les infirmières. Deux sous-thèmes en découlent : les comportements perturbateurs et la communication.

Les comportements perturbateurs. Les comportements perturbateurs affectent la collaboration entre infirmières et chirurgiens. En effet, plusieurs participants ont exprimé avoir été témoins ou victimes de comportements perturbateurs au bloc opératoire. Ces comportements, principalement de nature verbale, par exemple, crier ou insulter un collègue, altèrent la dynamique de travail entre les chirurgiens et les infirmières et créent évidemment un climat négatif dans la salle d'opération. Ce participant explique son expérience face aux comportements perturbateurs des chirurgiens :

Crier et être agressif verbalement, je l'ai vu et vécu [par les chirurgiens]. Celui sur lequel j'ai fait ma plainte, des fois, me criait après ou criait après des collègues. S'il crie après moi, je vais me sentir mal, poche et conne. S'il crie après un collègue et qu'avec moi ça va bien, je vais ressentir un malaise et [me sentir] super mal pour mon collègue. Ça met une ambiance vraiment désagréable. Ça je l'ai vu et vécu souvent. (Participante I1)

Cependant, ces comportements semblent être moins tolérés, notamment rapporté par un participant qui témoigne d'une réduction des comportements perturbateurs au cours des années, principalement en raison de la tolérance zéro envers ceux-ci: « J'ai vu dans le passé des instruments [être] lancés dans une salle [d'opération], mais ce n'est plus toléré. Certains grognent, et c'est plus toléré et les gens le disent maintenant. Dans les dernières années, un fossé a été franchi. » (Participante I6)

À la fois les infirmières et les chirurgiens rapportent avoir pris conscience de la présence des comportements perturbateurs au bloc opératoire. Les infirmières semblent être plus sensibilisées entre ce qui est acceptable ou non-acceptable en termes de

comportements. Par exemple, les écarts de langage sont à proscrire, comme en témoigne cet extrait:

Je pense qu'il [le chirurgien] n'avait pas compris, sur le coup, jusqu'à quel point ça [ses mots] pouvait être blessants. Et c'est en lui disant que des mots et des paroles comme ça, tu détruis une personne. Une fois que c'est dit, tu ne peux pas les reprendre, tu peux t'excuser. Ça n'a pas changé son comportement du jour au lendemain, mais je pense que ça l'a fait réfléchir. (Participante I3)

Du côté des chirurgiens, cette prise de conscience des conséquences de leurs comportements se traduit par une manière différente de communiquer avec les infirmières, tant verbalement que non-verbalement.

Les gestes non respectueux, ça finit par se parler et on [l'équipe du bloc opératoire] finit par dire aux infirmières : tel chirurgien, il ne faut pas lui parler comme ça, ça augmente le stress. Ne pas être capable de s'asseoir sur son égo comme chirurgien, ça peut avoir un gros impact sur les relations, autant avec les infirmières qu'avec les autres chirurgiens ou autres professionnels du bloc. (Participant C2)

Cette prise de conscience est aussi importante que nécessaire pour arriver à modifier les habitudes et la culture au bloc opératoire. Les participants soulignent qu'il faut une volonté à la fois individuelle et collective pour modifier les comportements non acceptables et rechercher une amélioration au niveau des relations au travail :

Je pense qu'il faut une volonté de changer. C'est sûr que certaines personnes, c'est un trait de personnalité, et je ne suis pas sûre qu'on viendra à changer ces gens-là. Mais je pense qu'il y a une conscientisation qui se fait au bloc opératoire dans les dernières années par rapport à ça [les comportements perturbateurs]. (Participante I3)

Certains mécanismes individuels de gestion de comportements perturbateurs ont aussi été rapportés par les participants. D'abord, les chirurgiens démontrent une capacité

d'introspection afin d'apprendre à reconnaître l'effet de leurs réactions sur les autres et comment ils doivent réagir constructivement lors de situations conflictuelles. Du côté des infirmières, il semble y avoir une volonté à résoudre les conflits qui résultent de ces comportements perturbateurs, et ce, en conscientisant les chirurgiens lorsqu'ils manifestent ceux-ci. Lors des entrevues, il a été noté une certaine asymétrie persistante des relations de pouvoir, étant donné que ce sont les infirmières qui, le plus souvent, font preuve de compréhension envers les chirurgiens afin d'apaiser les tensions et assurer que les relations restent harmonieuses et ainsi garantir une ambiance de travail agréable, car bien que les relations soient parfois tendues, l'objectif ultime demeure de travailler dans un climat professionnel. Les propos de ces participantes traduisent bien cette volonté:

Je travaille pour trouver une approche pour lui [le chirurgien] parler, car moi souvent l'adrénaline va monter assez vite. Il faut que je puisse arriver à ne pas faire monter l'adrénaline. Je dois être zen avant de lui parler. Si j'arrive et je me sens déjà un peu sur les nerfs, je n'aurai pas des bonnes paroles. (Participante I5)

Il faut savoir qu'il y en a avec qui on ne s'entendra jamais. On n'a pas à s'entendre avec eux, il faut juste travailler. On peut lui dire écoutes, on ne s'entend pas mais je suis là pour travailler. (Participante I4)

Selon les infirmières qui ont pris part à l'étude, cette volonté de maintenir un climat agréable exempt de comportements perturbateurs doit, cependant, être partagée également par les chirurgiens, qui peuvent être plus orientés vers l'action que la relation. Le bloc opératoire étant un milieu spécialisé, ses caractéristiques particulières doivent être prises en considération par l'organisation qui doit s'assurer de fournir au personnel l'encadrement requis pour pouvoir exercer dans des conditions de travail optimales. Par

exemple, cette participante témoigne de l'importance de dénoncer les comportements perturbateurs afin de décourager ceux-ci:

Il faut dénoncer. Les situations sont dénoncées [...], peut-être en partie, car on a fait des plaintes et on dénonce. Après ces chirurgiens-là sont rencontrés dans le but de régler la situation. Ils ont donc peut-être, à cause de la rencontre, se sont fait taper sur les doigts et se sont fait dire que tu dois changer ton comportement, que ce n'est pas correct. (Participante I2)

Cette participante corrobore ces propos en mettant en évidence l'importance de la dénonciation des comportements perturbateurs afin de favoriser le changement :

Il y a des plaintes. Il y en a peut-être [des chirurgiens] qui s'en foutent et que le changement ne dure pas, mais peut-être que d'autres réalisent que ça n'a pas de bon sens et qu'ils changent leurs comportements. (Participante I1)

Plusieurs infirmières soulignent qu'il serait pertinent d'ajouter, dans le curriculum de la formation offerte au bloc opératoire, un volet portant sur la gestion de conflits et la sensibilisation aux comportements perturbateurs. En effet, les infirmières ont pu identifier qu'il s'agissait d'une lacune dans cette formation, comme l'indique les passages suivants :

L'important, il faut désamorcer les bombes. S'il y a quelque chose à dire, il y a une manière de parler et un temps pour le dire. Dans une formation que j'ai vu [reçu], il faut le bon endroit, le bon temps et la bonne façon de parler. [...] On a appris les tempéraments [dans cette formation dans un autre bloc opératoire]. Il y a des gens qui sont de tempéraments verts, rouges, bleus...Rouge, tu sais qu'il va réagir d'une façon, donc tu vas réagir en fonction de son tempérament (Participante I4)

Ça parlait [dans la formation] par exemple de différents types de personnalités. J'avais trouvé ça intéressant que dans ce bloc opératoire,

ils prennent la peine de former les nouvelles sur cet aspect-là du travail, la résolution de conflits et les relations de travail. Nous ici, il n'y a rien de ça qui fait partie de la formation. Ce qui fait partie de la formation, c'est le travail quotidien [les tâches] qu'on a à faire, c'est tout. Ils ne parlent pas de tout ce qui tourne autour du travail. Ça j'aurais aimé qu'ils incorporent ça dans leur formation comme un document qui parle des relations de travail, comment gérer des conflits. (Participante I1)

La communication. La communication a été mentionnée par les participants comme un facteur déterminant dans les relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières. Appelés à travailler dans des conditions difficiles et stressantes, les chirurgiens doivent être clairs et précis dans leurs directives de façon à bien se faire comprendre. Cet extrait traduit l'importance de la communication pour favoriser la collaboration infirmière-chirurgien :

Une infirmière qui ne collabore pas [ne s'implique pas dans la chirurgie] et lorsque le chirurgien lui communique quelque chose et [lui] exprime ses besoins, elle ne collabore pas, ou elle n'écoute pas et ne retient pas ce qu'il lui dit, ça devient un peu problématique. (Participante I3)

En fait, la communication s'avère importante autant pour les infirmières que pour les chirurgiens. Par exemple, une communication efficace permet à l'infirmière d'expliquer au chirurgien les limites de ses connaissances par rapport à certaines spécialités chirurgicales. En étant au fait des connaissances de l'infirmière, le chirurgien peut alors s'adapter et mieux communiquer les consignes :

Ça rassure un chirurgien quand on leur dit que j'ai lu ça, ou lui dire en début de chirurgie qu'on a de la misère avec telle étape. Il apprécie qu'on lui dise. C'est la communication dans le fond. Je préfère dire au chirurgien que je ne suis pas assez à l'aise comme sur [pendant] des chirurgies pas stressantes de base. (Participante I4)

L'importance de bien communiquer est essentielle au bon déroulement des chirurgies. Il a été rapporté par plusieurs participants qu'avec l'expérience, un sentiment d'aisance finit par s'installer entre les chirurgiens et les infirmières, qui connaissent tellement bien les étapes de la chirurgie qu'ils n'ont pratiquement plus besoin de se parler. Le chirurgien n'éprouve alors plus le besoin de demander les instruments à l'infirmière étant donné que celle-ci est en mesure de prévoir les étapes de la chirurgie :

Il y a aussi la communication qui joue un rôle très important, si comme chirurgien tu ne communique pas ce que tu veux, personne ne lit dans les pensées. Quoique j'ai pu voir des situations où l'infirmière expérimentée sait ce que le chirurgien veut avant même qu'il le demande! (Participant C2)

Bien que cette aisance dans les routines chirurgicales puisse être considérée comme un atout, il importe néanmoins de garder en tête qu'une communication claire des besoins par le chirurgien facilite le travail et diminue le risque d'erreurs étant donné que chaque procédure chirurgicale est différente et que des imprévus peuvent survenir à tout moment.

Certaines pistes de solution en lien avec le thème de collaboration émergent des propos des participants. D'abord, un besoin de formation portant sur une communication efficace et respectueuse est rapporté par ceux-ci. De plus, étant donné que les comportements perturbateurs sont encore présents au bloc opératoire, la sensibilisation des professionnels à ces comportements et d'autres sujets connexes tels que la violence au travail pourraient constituer un moyen de prévention de ces comportements.

L'organisation du travail

Le quatrième thème découlant de l'analyse des données renvoie à l'organisation du travail au bloc opératoire qui peut affecter les relations entre les chirurgiens et les infirmières. Deux sous-thèmes émergent de l'analyse, soient : les conditions de travail et le statut d'emploi des infirmières.

Les conditions de travail. Plusieurs participants rapportent des conditions de travail particulières au sein du bloc opératoire. À l'exception d'une ou deux infirmières qui sont identifiées comme infirmières de « première et deuxième de salle », ce qui implique qu'elles sont spécialisées dans un domaine chirurgical en particulier, la majorité des infirmières du bloc opératoire doivent être en mesure de travailler dans toutes les spécialités (par exemple l'orthopédie, la neurochirurgie, etc.). De plus, les participants rapportent que les infirmières de bloc opératoire doivent couvrir des quarts de travail de garde, c'est-à-dire une journée au cours de laquelle une équipe de trois infirmières doit réaliser tous les types de chirurgie qui se présentent. De plus, la rotation du personnel infirmier représente un autre enjeu important dans la dynamique des relations professionnelles et dans l'expertise des équipes soignantes quant à la performance ou au stress que vivent les membres de ces équipes, tant chez les infirmières que les chirurgiens, comme en témoigne ces extraits:

Quand on va dans les autres spécialités, on [les infirmières] est moins performants et quand on est de garde on doit être capable de faire toutes les chirurgies. C'est un stress personnel, mais je ne pense pas qu'il y a une façon de régler ça. S'il n'y avait pas de garde, je pourrais toujours rester en orthopédie et je n'aurais pas à aller dans d'autres spécialités, mais là, je n'ai pas le choix. (Participante I5)

Il y avait [dans un autre hôpital] trois équipes (jour, soir et nuit) et c'était toujours les mêmes [infirmières] dans les mêmes spécialités. Il n'y avait pas de garde, mais il y avait deux à trois infirmières dans la salle qui étaient toujours dans sa spécialité [...] Ça fait un gros noyau de filles expertes. Les chirurgiens étaient habitués avec les mêmes infirmières. (Participante I4)

La rotation de personnel est une réalité qui génère aussi un réel défi pour les chirurgiens qui doivent s'adapter et travailler avec des collègues qui parfois n'ont pas encore l'expertise souhaitée pour assurer un travail optimal. Ce participant témoigne de son expérience dans un autre centre hospitalier, où les conditions de travail étaient différentes et semblaient meilleures pour maintenir l'expertise :

[Dans un hôpital hors Québec] les premières de salle [infirmières] étaient là cinq jours par semaine. Elles ne devaient pas faire de fin de semaine. Elles étaient responsables et toujours présentes. Quand je fais des chirurgies [plus spécialisées], qui peuvent durer toute la journée et que je n'ai personne sur les trois infirmières qui est habitué, et oui ça arrive, ça nous fait un stress supplémentaire et on perd énormément de temps aussi. Ça rallonge le temps chirurgical de beaucoup. Ça, l'organisation n'en tient pas compte, dans le sens que ce n'est pas important qu'il y ait toujours une personne [infirmière] qui s'y connaisse lors d'une chirurgie élective. [...]. C'est un gros "blackout" de l'organisation, ils ne tiennent pas compte de la qualité des soins et n'en sont pas conscients. Pour eux, ce n'est pas un facteur qui entre en ligne de compte. (Participant C1)

Comme en témoigne l'extrait précédent, une organisation du travail produisant une stabilité au sein de l'équipe d'infirmières fait en sorte que les infirmières deviennent expertes dans leur pratique et leur niveau de stress diminue. Ces conditions de travail typiques liées à l'organisation du travail des infirmières au bloc opératoire sont des éléments significatifs qui doivent être pris en considération dans la dynamique relationnelle des infirmières et des chirurgiens, car malgré la volonté des infirmières

d'acquérir une expertise significative et d'améliorer la collaboration avec leurs collègues chirurgiens, la réalité organisationnelle représente un défi considérable.

Le statut d'emploi. Le statut d'emploi des chirurgiens et des infirmières (employés payés à l'acte versus employés payés par heure) en termes d'organisation du travail a été soulevé par plusieurs participants comme étant un facteur influençant les relations professionnelles, puisqu'une certaine incompréhension de la réalité d'une profession peut être un enjeu pour l'autre et créer des conflits. Les extraits suivants sont très révélateurs pour expliquer cette tension liée à un statut d'emploi différent :

Je sais que ça arrive que la question des gardes, c'est frustrant pour les médecins car s'ils ne travaillent pas, ils ne sont pas payés. Par contre, nous [les infirmières] quand on fait notre 'shift' au complet, ça ne nous tente plus nécessairement de faire d'autres cas. Pour eux, ça occasionne beaucoup de frustration car nous, le samedi, notre 'shift' termine à 15h30, et il y a une entente qu'on fait du temps supplémentaire jusqu'à 20 heures si jamais il y a besoin. Mais c'est qu'il y a toujours besoin. Souvent, ils [les chirurgiens] nous forcent à poursuivre plus longtemps car le cas [l'intervention chirurgicale] s'est poursuivi. Je me souviens qu'un soir, il y avait eu une chicane avec un chirurgien parce que mon collègue disait que les chirurgies qu'on s'apprêtait à faire n'étaient pas justifiées et qu'on termine à 3 heures du matin. Le chirurgien avait répondu être tanné, car il avait l'impression qu'on ne voulait jamais travailler, qu'on avait l'air content d'annuler des cas [chirurgies] et qu'on ne pensait pas au patient. Je sais que c'est une source de conflits, dans le sens où on n'est pas payé à l'acte mais à l'heure, et après plusieurs heures de travail on est tanné. (Participante I2)

Les chirurgiens sont des travailleurs autonomes et les infirmières ne le sont pas. Déjà là, ça ne marche pas. Le travailleur autonome, il est payé par cas [chirurgies], il faut en faire pour être payé, on le comprend. Les infirmières ont des réalités différentes. On est de garde, on fait plus lentement car ça ne nous tente pas de continuer... Cette différence fait qu'on ne va pas à la même vitesse, on travaille en parallèle mais pas sur la même route... Les intérêts ne sont pas les mêmes. (Participante I6)

Concernant des pistes de solution en lien avec l'organisation du travail, les participants mentionnent qu'il pourrait être intéressant de comparer différents blocs opératoires et envisager, de pair avec la gestion, l'exploration d'une organisation du travail différente, notamment en ce qui a trait à la rotation des infirmières dans les différentes spécialités et les quarts de garde qui mène à une instabilité des équipes soignantes. De telles mesures favoriseraient le développement d'un plus grand sentiment de confiance au sein des équipes.

En conclusion de ce chapitre, l'analyse des données a permis de répondre aux objectifs de recherche, soit d'explorer l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire et de faire émerger des pistes de solutions afin d'améliorer les relations professionnelles entre chirurgiens et infirmières. Cette recherche a fait ressortir les principaux éléments influençant la dynamique des relations professionnelles entre infirmières et chirurgiens et de mettre en lumière les enjeux entourant la socialisation professionnelle, l'expérience professionnelle au bloc opératoire, la collaboration, l'organisation du travail, ainsi que plusieurs pistes de solution. Ces résultats démontrent que malgré le partage historique qui lie ces deux professions et l'environnement de travail particulier retrouvé au bloc opératoire, il est possible de noter des changements au niveau de la socialisation professionnelle et une nette évolution de la mentalité, de la culture et de la valorisation de la place des infirmières au sein de l'équipe chirurgicale. Le prochain chapitre consistera à discuter et comparer les résultats de cette étude aux écrits existants.

Discussion

Les relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières sont complexes et une meilleure compréhension de celles-ci est essentielle afin de favoriser un climat de travail harmonieux et ainsi optimiser les soins au bloc opératoire. Dans un premier temps, ce chapitre présentera une discussion des résultats en lien avec le cadre de référence. Ensuite, les quatre thèmes révélés par l'analyse des données de la présente étude soient la socialisation professionnelle, l'expérience au bloc opératoire, la collaboration et l'organisation du travail seront repris au regard de la littérature. Ces thèmes, aussi inspirés de la recension des écrits, ont permis d'identifier non seulement des enjeux concernant les relations entre les chirurgiens et les infirmières, mais également de témoigner de l'évolution positive de ces relations dans les dernières années. Troisièmement, des pistes de solutions sous forme d'implications pour la discipline infirmière seront présentées selon les cinq champs d'activités infirmiers, soit la pratique, la recherche, la gestion, la formation et le politique. Finalement, les forces et les limites de cette recherche seront abordées.

Le pouvoir-savoir : une explication partielle de la situation

Comme le souligne Foucault (1975; 1980), le pouvoir et le savoir peuvent influencer les relations interprofessionnelles et susciter des impacts qui peuvent être à la fois positifs et négatifs. La présente étude a permis de confirmer qu'effectivement, un rapport de pouvoir est encore présent dans les relations entre les chirurgiens et les infirmières. Ce rapport peut notamment être associé à la hiérarchie et à l'influence du genre, deux sous-thèmes qui seront discutés davantage sous la section sous la socialisation professionnelle. Les données de l'étude montrent également que le savoir est un enjeu

important dans la relation chirurgiens et infirmières. Les défis associés au savoir commencent par la formation des chirurgiens comparée à celle des infirmières, et se traduisent par la suite lors du questionnement de l'expertise infirmière. Ces deux sous-thèmes seront discutés sous la section abordant l'expérience professionnelle, puisqu'ils deviennent des éléments constructifs des relations sous optimales entre ces professionnels. Un parallèle intéressant peut être fait avec les savoirs dominants de Foucault, ayant un effet direct sur la structuration des relations et l'ordre des rapports sociaux (Blais, 2006). Ces savoirs dominants contribuent à légitimer certaines pratiques, mais aussi à invisibiliser certaines autres sources de savoirs, ce qui crée un ordre et une structure au sein des relations, tel que perçu entre les chirurgiens et les infirmières.

Pourtant, lorsque la relation pouvoir-savoir est positive, un partage des connaissances peut se faire entre les différents professionnels et ainsi mener à un gain de productivité et d'efficacité. C'est ce que Riley et Manias (2002) ont constaté dans leur étude portant spécifiquement sur la philosophie foucauldienne en contexte de bloc opératoire. Ces auteurs soulignent que la culture du bloc opératoire peut être propice à cette relation entre le pouvoir et le savoir. Les infirmières de bloc opératoire ont développé avec le temps un savoir considérable, notamment par rapport à l'asepsie, aux procédures et techniques opératoires, ainsi que la gestion des équipements et instruments, ce qui leur permet d'avoir un certain pouvoir et de travailler sur un pied d'égalité avec les chirurgiens (Riley & Manias, 2002).

La socialisation professionnelle : une évolution

Si depuis plusieurs années, différentes études ont montré que la socialisation professionnelle – source de productions d'identités professionnelles et sociales des individus et des systèmes d'activités (travail, formation) – a favorisé pendant longtemps la position hiérarchique des médecins et des chirurgiens (Tang & al., 2013; Sillero Sillero & Buil, 2021), notre étude a mis en lumière une évolution des relations entre les chirurgiens et les infirmières. Même si au bloc opératoire la structure hiérarchique demeure une réalité avec laquelle le personnel infirmier doit composer et que la collaboration vient avec certaines conditions qui démontrent la persistance d'une culture de pouvoir et d'autorité médicale, les relations de pouvoir subissent une reconfiguration et des relations plus collaboratives semblent progressivement se développer.

Le genre. La question du genre a aussi été soulevée dans notre étude et conduit à une réflexion sur la socialisation professionnelle des chirurgiennes et la place des femmes dans les équipes interprofessionnelles dans le domaine de la chirurgie. Bercot (2015) met en évidence que malgré une place grandissante des chirurgiennes au cours des dernières décennies, certaines spécialités demeurent majoritairement dominées par les hommes, notamment celles d'orthopédie et de chirurgie vasculaire. Elle démontre la difficulté des chirurgiennes à faire leur place dans un environnement patriarcal où la culture de virilité est encore bien en place, et où le pouvoir des chirurgiens seniors est employé de manière abusive (Bercot, 2015). Des termes aussi forts que le sexisme, l'hostilité et l'abus de la position de supériorité à l'égard des femmes ont été soulevés par les participants de l'étude de Bercot. Il s'agit d'un parallèle intéressant avec notre étude, qui démontre que

la socialisation professionnelle et patriarcale des chirurgiens et chirurgiennes est ressentie non seulement par les infirmières, mais également par leurs collègues chirurgiennes, ce qui a été validé par certains participants de notre étude qui ont pu observer cette influence du genre à travers les attitudes et comportements des chirurgiens. Pourtant, dans certains services, comme les services d'obstétrique et de gynécologie où les femmes sont plus nombreuses, cette ambiance de travail et cette culture est beaucoup moins ancrée (Bercot, 2015). Cependant, cette même étude met en évidence la nécessité pour les chirurgiennes des spécialités majoritairement masculines de développer une personnalité forte afin de forger leur place dans les milieux de soins (Bercot, 2015).

Selon Perretta (2022), la venue des chirurgiennes représente un réel atout vers une évolution de l'image de la chirurgie. En effet, généralement plus axée sur l'interventionnisme et basée principalement sur l'aspect pathologique, la chirurgie tend à évoluer avec l'arrivée des chirurgiennes contribuant à une approche moins invasive et empreinte de plus de sensibilité envers le patient (Perretta, 2022). De plus, la collaboration est également soulevée par cette chercheuse, qui mentionne que les chirurgiennes prônent davantage l'importance de la confiance au sein de l'équipe soignante et sont plus conscientisées à la valorisation du travail de chacun (Perretta, 2022).

Verdi et al. (2022) ont mené une revue systématique de la littérature portant sur l'histoire des femmes dans le domaine chirurgical. Ils ont constaté que bien qu'actuellement, plus de la moitié des étudiants en médecine aux États-Unis sont des

femmes, la sous-représentation des femmes dans le domaine de la chirurgie reste encore une réalité. Ces auteurs mettent en lumière le parcours ardu des chirurgiennes qui ont dû se tailler une place dans un monde patriarcal et qui ont dû notamment affronter de la discrimination centrée sur le genre ainsi que des difficultés à concilier le travail et la famille (Verdi & al., 2022). Dans le même ordre d'idée, Hutchison (2020) a pu identifier, dans son étude menée en Australie auprès de 46 chirurgiennes, quatre types de biais liés au genre affectant la formation et la carrière des chirurgiennes. Ces biais comprennent notamment les conditions de travail telles que les longues heures travaillées et le climat de travail empreint de sexisme et de discrimination de genre, le défi de crédibilité (associé au fait que les chirurgiennes doivent prouver davantage à leurs collègues et aux patients leurs compétences que les hommes), les facteurs liés au rôle et aux attentes que les chirurgiennes soient meilleures que leurs collègues masculins en termes de communication et d'interactions interprofessionnelles, et finalement l'objectification, soit l'utilisation de l'apparence pour établir clairement l'intention liée au genre (Hutchison, 2020). Ces biais confirment les difficultés vécues par les chirurgiennes de se tailler une place dans un domaine à prédominance masculine, ce qui a pu être validé également dans notre étude. En effet, les résultats de notre étude ont mis en lumière le fait que certaines spécialités demeurent à prédominance masculine, et qu'il existe encore des défis en termes d'égalité des genres dans les salles d'opération.

Des résultats similaires ont été trouvés dans une étude au Pakistan (Ali & Sohail, 2022). Ces auteurs ont mené leur étude auprès de dix chirurgiens dans le but d'évaluer l'hégémonie masculine et la représentation des chirurgiennes dans des positions

d'autorité. Ils ont pu établir que plusieurs facteurs expliquaient cette réalité, notamment en raison des stéréotypes de genre et des conflits entre le travail et la famille (Ali & Sohail, 2022). La culture genrée concernant les chirurgiens et chirurgiennes semblent encore ancrée selon ces auteurs, et un changement organisationnel doit être considéré afin de permettre aux chirurgiennes une place plus importante (Ali & Sohail, 2022). Ces auteurs ont pu mettre en lumière dans leur étude que les chirurgiennes devaient adopter des traits masculins stéréotypés et mettre de l'avant des attitudes plus autoritaires et moins émotives afin de se faire accepter dans des positions de leaders en chirurgie, et mettre de côté leurs traits doux et empathique. En parallèle avec notre étude, un lien clair peut être établi entre la socialisation professionnelle et l'influence du genre dans les relations chirurgiens-infirmières.

L'expérience professionnelle au bloc opératoire : l'expertise infirmière régulièrement remise en question

Un autre enjeu en lien avec les relations professionnelles entre chirurgiens et infirmières qui ressort de notre étude est le niveau d'expérience et d'expertise professionnelle des infirmières. Travailler au bloc opératoire nécessite un haut niveau d'expertise, tant chez le chirurgien que chez l'infirmière. Pourtant, les participants de la présente étude ne mentionnent que l'importance de l'expérience et l'expertise infirmière, sans jamais aborder ou remettre en question celles du chirurgien. De surcroît, les différents enjeux soulevés dans l'étude, notamment au niveau de l'organisation du travail, ou alors des défis liés aux relations interprofessionnelles, peuvent alimenter le manque de reconnaissance de l'expertise infirmière qui n'ont pas l'occasion dans de tels moments de

faire valoir leurs expériences dans leur pratique. Dans une étude menée auprès de quatre neurochirurgiens et onze infirmières de bloc opératoire, Henaux et al. (2018) ont observé les interactions chirurgiens-infirmières pendant douze procédures chirurgicales. Dans cette étude portant spécifiquement sur la relation entre l'expertise, la familiarité de l'équipe du bloc opératoire et les interruptions chirurgicales, les chercheurs ont constaté que les difficultés rencontrées au cours d'une chirurgie peuvent résulter directement d'un manque d'expertise des infirmières et soulignent qu'acquérir une expertise dans toutes les spécialités représente un défi insurmontable pour les infirmières, particulièrement, les novices. De plus, l'étude souligne que l'infirmière expérimentée, ayant développé l'habilité à reconnaître toutes les différences subtiles entre les différents chirurgiens, met en confiance le chirurgien pour toute éventualité au cours de la chirurgie (Hénaux & al., 2018). Et, même si l'expertise des chirurgiens n'était pas au cœur de l'étude, les auteurs ont néanmoins pu affirmer qu'une corrélation a pu être faite entre les chirurgiens moins expérimentés et les interruptions peropératoires, alors qu'un faible niveau d'expertise menaient entre autres à des délais chirurgicaux plus importants (Hénaux & al., 2018). Les réalités différentes des chirurgiens et des infirmières concernant leur niveau d'expertise est un enjeu considérable en ce qui a trait à la dynamique professionnelle. Sonoda, Onozuka et Hagihara (2018) mentionnent dans leur étude portant sur les facteurs reliés à la performance et le stress vécus par les infirmières en service externe et en service interne au bloc opératoire, qu'il est difficile pour les chirurgiens de comprendre les sentiments d'anxiété et de stress vécus par les infirmières inexpérimentées. Or, ces

éléments peuvent avoir des effets délétères sur l'esprit d'équipe, la collaboration professionnelle et la qualité des soins.

L'enjeu du questionnement de l'expertise infirmière amène aussi à se questionner sur le curriculum de formation spécifique développé par l'employeur pour préparer les infirmières à travailler au bloc opératoire. Dans d'autres pays comme la France, la formation des infirmières au bloc opératoire est offerte en milieu académique et s'étale sur une période de 18 mois, ce qui les amène à développer une expertise infirmière accrue (Centre de la Formation et du Développement des Compétences, 2021), tandis qu'au Québec, les formations des infirmières au bloc opératoire se déroulent en milieu hospitalier sur une durée allant de six à 12 mois et ne répondent pas toutes aux mêmes critères (Laflamme, Leibing & Lavoie-Tremblay, 2019). Ceci peut créer un sentiment d'insécurité chez les infirmières, particulièrement chez les novices, entraînant, de ce fait, un manque de confiance de la part des chirurgiens.

La collaboration chirurgiens-infirmières : une ouverture au changement

Une collaboration entre chirurgiens et infirmières est également mise en évidence comme un élément important dans le développement de relations professionnelles optimales. Topping et al. (2019) mentionnent que la collaboration au sein d'une équipe chirurgicale est optimale lorsque les membres de l'équipe détiennent une bonne connaissance des rôles et des compétences de chacun. Les données de l'étude ont révélé un vent de changement dans l'environnement de travail au bloc opératoire. Notamment, les chirurgiens résidents semblent être plus conscientisés à l'importance d'une saine

collaboration et au maintien d'un climat de travail empreint de respect, avec leurs collègues infirmières. Plusieurs études ont montré les effets positifs d'une bonne collaboration entre médecins/chirurgiens et infirmières que ce soit en termes de la satisfaction au travail (Pakpour, Ghafourifard, & Salimi, 2019), de la qualité des soins aux patients ou du climat de travail (Hossny & Sabra, 2021).

Éducation interprofessionnelle. Dans leur étude menée auprès d'étudiants en sciences infirmières et en médecine et portant sur l'influence de l'éducation interprofessionnelle de ces étudiants et leur perception de la collaboration en milieu clinique, Teuwen et ses collaborateurs (2022) ont identifié quatre impacts majeurs d'une éducation fondée sur la collaboration interprofessionnelle soient : le partage des connaissances interdisciplinaires, la connaissance de l'expertise des autres, la diminution de la hiérarchie et l'optimisation des soins aux patients. Ces impacts sont significatifs et valident l'importance d'un volet éducatif axé sur la collaboration interprofessionnelle dans le curriculum scolaire des professionnels de la santé (Teuwen & al., 2022). D'ailleurs, la collaboration interprofessionnelle semble être maintenant ancrée dans certains programmes universitaires, dont celui de l'Université Laval, qui offre des cours obligatoires portant sur la collaboration de futurs professionnels de la santé faisant partie de plusieurs disciplines (2021).

Comportements perturbateurs. Malgré une nette amélioration de la pratique collaborative au bloc opératoire notée par les participants à cette recherche, des difficultés persistent, notamment en lien avec la présence de comportements perturbateurs encore à

ce jour dans les salles d'opération. Les participants de la présente étude ont rapporté la présence de comportements perturbateurs contribuant à un climat hostile et étant une source de conflits, conduisant même au refus des infirmières à travailler avec certains chirurgiens. Les témoignages des participants par rapport à cette réalité dénotent des émotions négatives, telles que l'incompréhension, la colère ou la tristesse. Jenh (1995) affirme que les émotions jouent un rôle important dans les conflits au travail, et être en mesure de les identifier et les dénoncer est fondamentale pour favoriser un climat de travail favorable à l'épanouissement professionnel. Une bonne gestion émotionnelle est d'autant plus importante dans un environnement de soins comme le bloc opératoire où le stress est élevé et où la charge émotionnelle est inévitable (Clarke, 2006).

Intelligence émotionnelle. La gestion des émotions est essentielle, surtout en situation de stress, tel que rapporté par certains participants à l'étude, qui démontraient les défis liés d'un manque de contrôle des émotions en salle d'opération, et ses impacts sur les relations interprofessionnelles. Cet aspect nous amène à parler de l'importance de l'intelligence émotionnelle. Ce concept, établi d'abord par Salovey et Mayer (1990), a été défini comme étant « la capacité de monitorer et régulariser ses émotions et celles des autres, et d'utiliser ces émotions pour guider nos actions » (Salovey & Mayer, 1990, p. 189). Par la suite, il est popularisé par Goleman en 1998 qui le définit selon quatre domaines : la conscience de soi, la conscience sociale, la gestion de soi et la gestion des relations (Goleman, 1998). En 2022, Fossier le définit comme étant « la capacité de reconnaître, de comprendre et de gérer ses propres émotions ce qui permet aux individus d'observer et de réfléchir avant de réagir » [traduction libre], p. 396. En fait, dans le

contexte du travail, l'intelligence émotionnelle n'est pas seulement expliquée par les capacités professionnelles d'une personne dans son champ d'expertise, mais aussi par son niveau de conscience émotionnelle, une capacité essentielle pour optimiser les soins aux patients (Fossier, 2022). L'intelligence émotionnelle a donc une incidence directe sur l'optimisation de la collaboration, de la résolution de conflits et de la cohésion d'équipe (Holbery, 2015).

Dans une revue systématique de la littérature comportant 29 études et portant sur l'intelligence émotionnelle et la gestion de conflits, Winardi, Prentice & Weaven (2022) sont parvenus à plusieurs constats intéressants pour notre étude. D'abord, ils affirment que pour que l'intelligence émotionnelle puisse être mise en application dans un milieu de travail, il faut d'abord que les gestionnaires soient au courant des comportements perturbateurs ou des situations conflictuelles ainsi que les contextes dans lesquels on retrouve ces événements (Winardi, Prentice & Weaven, 2022). De plus, ces auteurs mettent en lumière la pertinence de connaître le niveau d'intelligence émotionnelle de l'équipe de travail afin de pouvoir l'optimiser, notamment par de la formation et du support. Du côté médical, Nath & Belt (2020) affirment qu'un médecin ayant un niveau élevé d'intelligence émotionnelle sera en mesure d'identifier efficacement les besoins des patients et de ses collègues, ce qui permet d'améliorer ses relations interprofessionnelles. Ainsi, l'intelligence émotionnelle permettrait de contribuer à surmonter certains défis contemporains du domaine de la santé, notamment en lien avec la perception des rôles des professionnels, les difficultés communicatives et la construction de relations interprofessionnelles optimales (Skarbaliene, 2019).

Whistle-blowing. Un autre moyen lié à l'optimisation de la collaboration et conséquent aux comportements perturbateurs est en lien avec la notion de *whistleblowing*, ou l'alerte à la dénonciation. À la suite des résultats de l'étude, les participants ont nommé, depuis les dernières années, une prise de conscience face aux comportements perturbateurs, une diminution importante de la tolérance face à ceux-ci ainsi qu'une montée des dénonciations. Dans le domaine de la santé, le *whistleblowing* est une activité éthique visant à mettre un frein à des méfaits ou des comportements (p. ex. l'intimidation au travail) dans le but ultime d'optimiser la sécurité et la qualité des soins des patients (Pohjanoska, Stolt, Suhonen, Löyttyniemi & Leino-Kilpi, 2019); Ce processus de dénonciation s'effectue en trois phases, soient la suspicion ou l'observation du méfait, l'action du *whistle-blowing* en lien avec le méfait et les conséquences de cet acte (Pohjanoska & al., 2019). Plus particulièrement chez les infirmières, Gagnon et Perron (2020), dans leur revue de la littérature, ont identifié cinq préoccupations menant au *whistleblowing* par les infirmières qui sont : les préoccupations liées 1) aux conditions de travail, 2) à la pratique infirmière, 3) aux comportements non-professionnels, 4) aux soins et aux droits des patients et 5) à l'organisation et la gestion (Gagnon & Perron, 2020). Tous ces facteurs rappellent certains enjeux relevés dans notre étude, notamment les difficultés soulignées par les infirmières en lien avec leurs conditions de travail, plus particulièrement la rotation du personnel qui amène une instabilité au niveau du personnel, le stress au travail et les équipes réduites qui contribuent à l'insatisfaction des infirmières. Les comportements perturbateurs peuvent mener également au

whistleblowing, si on tient compte notamment aux abus de pouvoir, à la violence verbale qui contribuent à créer un climat négatif dans la salle d'opération.

Politique de tolérance zéro en matière de violence au travail. La politique de tolérance zéro en matière de violence dans les milieux de travail est une autre stratégie pertinente à explorer en regard des comportements perturbateurs récurrents au bloc opératoire. Celle-ci vise à éliminer tous types de violence au travail, autant psychologiques que physiques, ainsi que de favoriser une culture de respect et de bienveillance (Association paritaire pour la santé et sécurité du travail, secteur Administration provinciale [APSSAP], 2018). En 2015, l'American Nurses Association (ANA) a pris position par rapport à la violence au travail en adoptant une politique où aucun abus physique ou psychologique ne serait dorénavant plus toléré (Spring, 2015). Cette politique cherche, entre autres, à établir un engagement des travailleurs et de l'organisation à maintenir un environnement empreint de respect et de dignité, d'encourager les travailleurs à dénoncer les incidents liés à la violence, d'inciter les travailleurs à participer à des programmes éducatifs concernant la politique de tolérance zéro violence ainsi qu'à modifier les politiques organisationnelles internes en place (Spring, 2015). Au Québec, l'APSSAP a également adopté une telle politique visant à former et à sensibiliser les travailleurs face à ce fléau ce qui a conduit à des campagnes de sensibilisation où l'objectif principal était d'amener les organisations à ne tolérer aucun comportement violent, autant par les usagers que les professionnels (APSSAP, 2018). Cela dit, la culture d'acceptation des comportements perturbateurs qui existe encore dans certains milieux a créé un niveau de tolérance élevé à ces manifestations de

violence verbale ou physique (Tartaglia, 2019), qui peuvent persister malgré les politiques en place visant à les éliminer. Dans notre étude, plusieurs participants ont souligné que malgré une évolution de la tolérance aux comportements perturbateurs, il reste encore du travail à faire en termes d'introspection et de conscientisation dans ces milieux de soins.

Communication interprofessionnelle. La communication interprofessionnelle est un autre facteur déterminant pour une collaboration efficace entre chirurgiens et infirmières. Un constat fait par McCaffrey et al. (2012) dans une étude quasi-expérimentale menée auprès de 68 infirmières et de 60 résidents en chirurgie est qu'une communication claire, appropriée et interdisciplinaire sont essentielles à la prestation de soins de qualité. Selon ces auteurs, la pratique de la collaboration entre tous les professionnels de la santé crée un environnement de travail positif, réduit les coûts, améliore la satisfaction professionnelle des infirmières et améliore les soins aux patients, tout en réduisant la morbidité et la mortalité des patients.

Communication non-violente. Puisqu'une pratique collaborative se base sur la communication, la communication non-violente est intéressante à explorer comme stratégie pour bonifier la collaboration. Celle-ci, développée par Rosenberg (2003), repose sur quatre principes d'action soient: l'observation de la situation et l'introduction au dialogue en rapportant les faits observés, l'expression de ses émotions à la situation, le partage du besoin ressenti et la formulation d'une demande sans exigence. Ces principes doivent toujours être accompagnés d'un vocabulaire empreint de respect et de

compréhension envers la réalité de l'autre (Rosenberg, 2003). Cette façon de communiquer, qui est axée sur la bienveillance, l'empathie et l'authenticité, peut contribuer à prévenir ou à résoudre des conflits (Lemire-Auclair, 2018). Utilisant cette méthode, Wacker et Dziobek (2018) ont mené une étude en Allemagne auprès d'un groupe de 56 participants composé de médecins, d'infirmières et de personnel de soutien administratif afin d'évaluer l'impact d'un programme de formation sur la communication non violente. Ils ont constaté qu'un tel programme de formation permettait notamment d'optimiser les compétences émotionnelles et interpersonnelles des travailleurs de la santé, de favoriser des échanges plus empathiques entre les professionnels et de diminuer les stressseurs sociaux au travail (Wacker & Dziobek, 2018).

L'organisation du travail au bloc opératoire : ses conséquences sur les relations

Au niveau de l'organisation du travail, les conditions de travail particulières au bloc opératoire représentent un défi dans les relations infirmières-chirurgiens.

Rotation des équipes d'infirmières. En ce qui a trait à la rotation des équipes d'infirmières, l'adaptation des professionnels est continue et demande de la flexibilité, de la patience de part et d'autre. Cet aspect est bien démontré par Grollau (2008) qui note plusieurs éléments déclencheurs au stress vécus par les professionnels au bloc opératoire en lien avec l'organisation du travail comme l'espace de travail restreint et fermé, les horaires contraignants allant jusqu'à 24 heures consécutives, les temps de repos écourtés et les nombreuses situations d'urgence qui peuvent avoir un effet néfaste sur le moral et, par ricochet, sur les relations entre les professionnels de santé (Grollau, 2008). Ceci

corrobore les propos de Dempsey (2009) dans son étude portant sur la gestion de la variabilité du personnel dans les services peropératoires. Cette chercheuse met en évidence plusieurs facteurs organisationnels influençant cette variabilité, notamment les horaires complexes, les différences entre les préférences de chaque chirurgien (les instruments, les étapes et procédures, etc.) et la stabilité de l'équipe chirurgicale et son expertise. De leur côté, Topping & al. (2019) soulignent le peu de considération qui est accordé à l'expertise des infirmières lorsqu'il s'agit d'organiser l'horaire des équipes de soins. La rotation du personnel, qui oblige les chirurgiens à travailler avec différentes infirmières ayant un niveau d'expérience et d'expertise varié, représente une réalité du travail au bloc opératoire. Ces chirurgiens doivent donc apprendre à travailler avec toutes les infirmières du bloc, peu importe l'expérience ou l'expertise de celles-ci et ce, afin d'assurer le bon fonctionnement des chirurgies.

Rémunération. En dernier lieu, et toujours en lien avec l'organisation du travail, le type de rémunération et l'écart salarial entre les chirurgiens et les infirmières méritent d'être soulignés comme un irritant dans la relation entre ces deux professionnels. L'Institut Canadien d'information sur la Santé [ICIS] (2019) révèle qu'en 2019, 73% du total des paiements versés aux médecins au Canada s'étaient effectués sous forme de rémunération à l'acte. Les infirmières, quant à elles, sont des employées rémunérées par un salaire horaire, qui varie au Canada entre 30\$ et 40\$ de l'heure, qui est nettement inférieur à celui des médecins (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2018). Certains médecins ayant un salaire horaire, comme les médecins sur les unités de soins intensifs de l'Ontario, gagnent jusqu'à 450\$ de l'heure (Radio-Canada, 2021). Évidemment, les

médecins n'ont pas les mêmes responsabilités que les infirmières, mais cette différence de rémunération (et l'écart salarial) est néanmoins rapportée comme une source d'insatisfaction par les infirmières et peut miner la relation avec les chirurgiens. Spécifiquement en chirurgie au Québec, la tarification à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) s'effectue selon les actes, allant de la consultation à l'acte chirurgical (RAMQ, 2022). Au niveau de l'organisation du travail, l'intention pour un chirurgien de réaliser plusieurs chirurgies au cours d'une journée de travail peut s'expliquer par le fait que le nombre d'actes déterminera son revenu, alors que les infirmières, qui travaillent avec eux lors de ces interventions comptabilisent leur travail plutôt en termes d'heures travaillées, ce qui constitue un contraste dans leurs conditions de travail respectives. Par conséquent, les infirmières désirent terminer leur quart de travail, alors que les chirurgiens désirent continuer à opérer, ce qui peut mener à causer des tensions dans les équipes, affectant ainsi les relations professionnelles.

Les retombées de la présente recherche

Tenant compte de la complexité des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières, cette étude permet de mettre en lumière plusieurs retombées qui seront présentées selon les différents champs d'activités de l'infirmière tels que décrit par Pepin et al. (2017), soient : la pratique, la gestion, la formation, la recherche et le politique.

Les retombées pour la pratique. Selon Pépin et al. (2017), « le centre d'intérêt de la discipline énonce le point focal de la pratique de l'infirmière et indique, pour cette

dernière, ce sur quoi portent le jugement clinique, les décisions professionnelles et l'apport particulier à la santé » (p. 6). La discussion qui précède peut mener à des recommandations en matière de pratique organisationnelle, notamment dans le but de sensibiliser davantage les équipes soignantes à l'importance d'entretenir des relations professionnelles dans le respect et à pratiquer une tolérance zéro en termes de violence au travail incluant les comportements perturbateurs. Cette recherche permet de démontrer la nécessité d'une expertise optimale des professionnels, principalement dans un milieu de soins complexes comme le bloc opératoire. De plus, l'intérêt marqué par les infirmières du bloc opératoire d'être impliquées davantage dans la prise en charge des patients devant subir une chirurgie fut rapporté par certains participants. Ainsi, une optimisation de l'expertise pourrait se faire sous forme d'étude de cas (Gallagher, St-Cyr Tribble, Vanasse, Doré, Fortin & Archambault, 2010). Cette pratique, reconnue comme un tout en termes d'optimisation à la collaboration interprofessionnelle, met en place des discussions de situations cliniques permettant un partage des savoirs professionnels (Gallagher et al., 2010). Ces échanges pourraient être mis en place régulièrement, et les professionnels du bloc opératoire, incluant les chirurgiens, sélectionneraient des cas complexes et discuteraient, en fonction de leurs connaissances, leurs rôles et leurs besoins d'apprentissage. Ceci permettrait notamment de favoriser une meilleure connaissance des rôles de chacun, de développer davantage l'expertise des professionnels, tout en favorisant la collaboration interprofessionnelle (Gallagher & al., 2010).

Les retombées pour la gestion. Concernant la gestion, la présente étude permet d'identifier deux retombées potentielles. Premièrement, la prise de conscience face aux

différents défis relationnels au bloc opératoire en lien avec la communication sous optimale et les comportements perturbateurs met en évidence l'importance de l'implication de la gestion dans l'optimisation des relations interprofessionnelles dans ce milieu. Dans une ère de tolérance zéro envers la violence au travail, et étant donné l'importance de la dénonciation de celle-ci, il est suggéré de mettre en place des procédures afin d'établir des démarches claires lorsque les relations professionnelles sont plus difficiles. Par exemple, la mise en place d'une démarche à suivre en cas de situation problématique et l'accès pour les travailleurs à des ressources afin qu'ils soient guidés dans ce processus de résolution de ces situations. Une fois en place, il est aussi important d'informer les infirmières et les chirurgiens de la présence de ceux-ci. Certes, des programmes offerts par les centres hospitaliers tels que les programmes d'aide aux employés sont déjà en place et sont bénéfiques lorsqu'il s'agit d'aller chercher de l'aide face à des situations difficiles. Cependant, d'autres solutions sont possibles, par exemple, l'adhésion de l'organisation au *Réseau de bienveillance* (Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval, 2021). Ce programme de soutien par les pairs cherche à améliorer le bien-être psychologique des travailleurs et de faciliter l'accès aux ressources d'aide (CISSS de Laval, 2021). Concrètement, des employés s'impliquent en tant que veilleurs et bienveilleurs, et leurs rôles consistent entre autres à reconnaître les personnes ayant besoin d'aide, les écouter et les accueillir, les rediriger vers la ressource appropriée, et promouvoir les bonnes pratiques dans leur milieu de travail (CISSS de Laval, 2021).

Les gestionnaires pourraient également s'inspirer d'autres types de programmes comme le système de gestion informelle des conflits offert aux employés de la fonction publique du Canada (Gouvernement du Canada, 2021). Il s'agit d'un système appuyant une gestion efficace des conflits, qui propose entre autres des séances individuelles de coaching en gestion de conflits, de la médiation et des formations en séances de groupe. Ce programme aborde d'autres thèmes soulevés dans notre étude, notamment la promotion d'une communication efficace au travail (Gouvernement du Canada, 2021).

En termes d'organisation du travail, et pour donner suite aux témoignages des différents participants de notre étude, certains défis ont été identifiés au bloc opératoire, notamment les quarts de garde, la difficulté de rétention du personnel et l'instabilité des équipes infirmières menant à une expertise sous optimale au sein de l'équipe soignante. Une avenue possible serait d'impliquer davantage les infirmières dans la gestion de leurs horaires afin de leur donner la possibilité de proposer leurs disponibilités sur les quarts de travail de garde. Une telle méthode d'autogestion des horaires a été testée au département de l'urgence de l'hôpital de Baie-Saint-Paul au Québec et a permis de réduire de deux tiers leurs quarts de travail non comblés (Paré, 2021). L'implication des infirmières dans la gestion de leur horaire pourrait contribuer au sentiment de satisfaction au travail. De plus, les gestionnaires pourraient évaluer la possibilité d'avoir au moins une infirmière expérimentée présente en tout temps avec les infirmières novices afin de maximiser l'expertise disponible, et ce, même sur les quarts de garde. De plus, il pourrait être intéressant d'instaurer des quarts de travail de douze heures afin de réduire les quarts de garde. Cette pratique peut notamment permettre une plus grande flexibilité des horaires

et de permettre davantage de jours de congé, ce qui pourrait améliorer la satisfaction des infirmières au travail et de ce fait optimiser la rétention du personnel infirmier (Estryn-Béhar & Van der Geijden, 2012).

Les retombées pour la formation. Tel que rapporté dans la revue systématique réalisée par Eddy, Jordan & Stephenson (2016), tous les membres d'une équipe soignante en milieu hospitalier devraient être encouragés par la gestion et l'organisation à participer à des programmes de formation portant sur le travail d'équipe afin de favoriser une culture positive d'apprentissage et de collaboration au sein de leur équipe. À l'aide de scénarios basés sur des cas concrets, ces programmes devraient être axés sur l'aspect pratique d'une profession, sur des stratégies de communication efficace permettant la transmission d'informations pertinentes, la réflexion et la résolution de conflits (Eddy, Jordan & Stephenson, 2016).

À la suite de notre étude, il est suggéré d'inclure dans le parcours éducatif des futurs professionnels de la santé un volet portant sur la collaboration interprofessionnelle. Certaines universités offrent déjà des programmes en sciences de la santé où des étudiants de différentes disciplines en santé (médecine, sciences infirmières, ergothérapie, kinésiologie, physiothérapie, nutrition, travail social et pharmacie), suivent ensemble un cours sur la collaboration interprofessionnelle (Université Laval, 2021). Un tel cours permet d'échanger sur les rôles et responsabilités de chacune des professions ainsi que d'apprendre à échanger et à travailler en interdisciplinarité. Ces notions sont par la suite

utilisées dans la pratique respective de ces professionnels pour permettre de développer de meilleures stratégies de collaboration.

De plus, l'ajout de séances de formation portant sur la communication non violente et sur l'intelligence émotionnelle, dans le cadre des formations continues offertes par le milieu de travail, pourrait être pertinent et bénéfique tant pour les chirurgiens que les infirmières afin d'améliorer les relations interprofessionnelles en favorisant des échanges plus positifs et constructifs tout en réduisant les comportements perturbateurs.

Les infirmières, particulièrement, les novices sont ainsi confrontées à de nombreux défis au bloc opératoire. Il pourrait être intéressant d'identifier, par exemple, les différents défis rencontrés par les infirmières novices en termes de compétences requises dans leur pratique au bloc opératoire, et ainsi mettre l'emphase sur celles-ci lors de formations continues. Comme mentionné par certains participants, la révision du programme de formation des infirmières novices au bloc opératoire pourrait aussi être une solution permettant à ces dernières d'acquérir compétences et confiance en soi. Tel que suggéré par un participant, une autre piste de solution qui pourrait augmenter l'expertise des infirmières serait de favoriser la mise en place de groupes de discussion périodiques sous forme d'études de cas auxquels tout le personnel serait invité à participer. Cette approche multidisciplinaire permettrait non seulement le développement de l'expertise des infirmières, mais aurait un effet bénéfique sur le travail en équipe et sur les relations professionnelles au bloc opératoire.

Les retombées pour la recherche. Concernant la recherche, la présente étude met en évidence quelques sujets qui pourraient être davantage étudiés, notamment l'organisation du travail au bloc opératoire, la communication non violente dans ce contexte, ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels de la santé travaillant en chirurgie. Des recherches dans d'autres hôpitaux du Québec pourraient permettre de comparer les résultats à ceux ayant une organisation du travail différente et ainsi évaluer quelles conditions sont favorables à l'optimisation des conditions de travail au bloc opératoire. Il pourrait également être intéressant d'explorer davantage les relations entre chirurgiennes et infirmières, et comment celles-ci ont un impact sur les pratiques de collaboration saines, sachant comment le processus de socialisation des chirurgiennes est difficile puisqu'elles doivent notamment justifier leur rôle au bloc opératoire devant leurs collègues masculins et adopter des attitudes moins empathiques envers les infirmières.

Les retombées pour le politique. En ce qui a trait au politique, il faudrait mettre l'emphase sur l'importance d'apprendre aux infirmières à s'affirmer davantage devant des situations difficiles au travail et de prendre davantage leur place dans les équipes soignantes afin de contribuer au changement de culture du bloc opératoire. Dans le rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière en 2021 rédigé par l'OIIQ, le syndicat de la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) a rapporté le fait que les infirmières craignaient de prendre la parole concernant les enjeux liés à la pratique professionnelle et avaient peur des représailles pouvant être occasionnées (OIIQ, 2021). Ceci met en lumière la difficulté que peuvent avoir certaines infirmières à s'affirmer et à aisément exprimer leurs opinions. Ducharme (2018) met en

parallèle l'histoire de la profession infirmière et la subordination à la profession médicale aux défis des infirmières à utiliser leur leadership politique. Elle affirme que les infirmières ont un grand potentiel de changement politique et ont plus de pouvoir qu'elles le croient (Ducharme, 2018). Pour générer des changements, les infirmières peuvent s'impliquer au niveau politique afin de participer à l'amélioration de leurs conditions de pratique, s'impliquer au niveau de l'organisation des soins et de la gestion afin de l'optimiser les soins administrés dans leur pratique infirmière (Ducharme, 2018).

De plus, les infirmières devraient plaider pour que l'organisation et le gouvernement aient un plan de renouvellement du personnel plus attrayant, surtout dans des contextes ultra spécialisés comme celui du bloc opératoire pour pouvoir attirer de nouvelles infirmières et s'assurer de la rétention de celles-ci. La pandémie actuelle est un exemple criant de l'importance d'apporter des idées novatrices pour maintenir le personnel dans ce milieu.

Les forces et les limites de la recherche

La présente étude a plusieurs forces. Tout d'abord, les deux groupes de professionnels, soit les chirurgiens et les infirmières, ont été représentés contrairement à d'autres études où seulement les infirmières y participaient. Cette double représentation a permis d'explorer l'expérience de chaque groupe selon leur propre réalité et leur vision. De plus, l'étude a servi à confirmer certains thèmes déjà connus (par exemple, la grande place occupée par la culture organisationnelle dans la relation chirurgiens-infirmières, la position hiérarchique des chirurgiens au bloc opératoire, ou alors la communication sous

optimale entre ces derniers), et à en identifier de nouveaux, notamment l'organisation du travail ou l'influence du genre dans les relations chirurgiens-infirmières, ce qui a permis de proposer d'autres pistes de solution qui semblent être prometteuses. Finalement, l'étude a permis de mettre en lumière l'évolution marquée de la socialisation des professions chirurgicales et infirmières, par exemple, avec l'arrivée d'une nouvelle génération de chirurgiens formée sur l'importance d'améliorer les relations interprofessionnelles, ainsi qu'une volonté de faire évoluer la collaboration entre ces professions.

La recherche comporte aussi plusieurs limites. Premièrement, plusieurs facteurs dont la pandémie de Covid-19, le manque de disponibilité et la charge de travail des participants a pu influencer le recrutement, quoi que l'échantillon soit justifiable pour un devis phénoménologique. Deuxièmement, un biais de désirabilité a pu être présent dans les propos et expériences rapportés par les participants, afin de démontrer qu'individuellement ou collectivement, leur groupe d'appartenance ne représentait pas le groupe 'opresseur'. Troisièmement, bien que la saturation des données ait été atteinte, le nombre restreint de participants et le contexte unique du bloc opératoire en milieu urbain fait que la transférabilité des données à d'autres contextes de soins, par exemple, dans les milieux ruraux ou les cliniques privées peut être difficile. Ensuite, le choix du cadre de référence représente une limite, puisqu'il n'explique que partiellement les relations entre chirurgiens et infirmières et ne permet d'envisager ces relations qu'en termes de pouvoir. En effet, force a été de constater l'émergence d'autres thèmes majeurs, notamment la collaboration et l'organisation du travail qui représentent des éléments

essentiels à explorer dans le cadre de relations interprofessionnelles au bloc opératoire (Sillero Sillero & Buil, 2021). Il pourrait donc être pertinent d'utiliser un cadre de référence différent pour les recherches futures portant sur le sujet, par exemple un cadre axé sur la collaboration interprofessionnelle, comme le modèle de structuration de collaboration interprofessionnelle de D'Amour qui démontre comment les facteurs individuels et organisationnels influencent la collaboration (D'Amour, 1997). Le modèle de Strauss portant sur le travail interprofessionnel aurait également pu guider cette recherche, notamment par l'aspect d'articulation faisant allusion à la coordination et un effort d'équipe collectif (Strauss, 1992).

Enfin, l'étudiante-chercheuse détient une expérience professionnelle dans ce milieu de travail, ce qui a pu amener un biais de confirmation. Bien qu'une tentative pour contrer celui-ci a été faite en triangulant l'analyse des données avec les directrices, il se peut que certains biais aient persisté. À l'inverse, la triangulation des sources de données, notamment par le biais d'observations, aurait pu augmenter la scientificité des résultats.

Conclusion

En conclusion, cette recherche a permis de répondre aux deux objectifs de l'étude soient : 1) d'explorer les relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire, et 2) de proposer des pistes de solution pour améliorer ces relations. L'utilisation de la méthode d'analyse interprétative phénoménologique a fait ressortir quatre thèmes principaux qui sont : la socialisation professionnelle, l'expérience professionnelle au bloc opératoire, la collaboration et l'organisation du travail. Plusieurs constats importants découlent de cette recherche. Tout d'abord, la nouvelle génération de chirurgiens fait preuve d'une attitude moins hiérarchique et plus collaborative envers les infirmières et considère que le travail d'équipe et l'expertise des infirmières méritent d'être soulignés. De tels changements, comme en ont témoigné les participants, sont positifs et prometteurs pour l'avenir des professionnels au bloc opératoire.

Les retombées de cette étude pour la discipline infirmière a permis d'émettre des recommandations concrètes afin d'améliorer les relations entre chirurgiens et infirmières dans le milieu du bloc opératoire. Ces recommandations pourraient possiblement aussi améliorer les relations avec les autres professionnels travaillant dans ce milieu tels que les anesthésistes, les inhalothérapeutes et les préposés aux bénéficiaires.

Finalement, cette recherche a permis de mettre en valeur une prise de conscience déjà entamée par les participants quant à l'importance d'optimiser les relations professionnelles avec leurs collègues en maintenant des comportements et attitudes empreints de respect et en valorisant le rôle et la réalité de chacun. Les relations interpersonnelles étant complexes et multidimensionnelles, celles des chirurgiens et des

infirmières comportent un historique incontournable, mais qui semble vouloir s'estomper en raison changements sociaux majeurs des dernières années, ainsi qu'une ouverture évidente au changement.

Références

- Ali, R. & Sohail, R. (2022). Hegemonic masculinity: representation of women surgeons in leadership positions in Parkistan. *Leadership in Health Services*, 35(3), 443-459.
- Allen, J., & Hall, B. (2008). Challenging the focus on technology: a critique of the medical model in a changing health care system. *Advances in Nursing Science*, 10(3), 22-34.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2018). *Le plan d'affaires*. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/outils-et-ressources-sur-les-soins-infirmiers/trousse-de-soins-primaires/le-plan-daffaires>
- Association paritaire pour la santé et sécurité du travail, secteur administration provinciale (2018). *Le respect n'est pas une option*. Repéré à <https://apssap.qc.ca/article/le-respect-nest-pas-une-option/>
- Attri, P., Sandhu, G. K., Mohan, B., Bala, N., Sandhu, K. S. & Bansal, L. (2015). Conflicts in operating room: focus on causes and resolution. *Saudi journal of anesthesia*, 9(4), 457-463.
- Bercot, R. (2015). Le devenir des femmes en chirurgie: la diversité des mondes de socialization. *Travail et emploi*, 141, 37-52.
- Blais, L. (2006). Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai? *Sociologie et sociétés*, 38(2), 151-163.
- Brancato, V. C. (2005). Improving nurse-physician collaboration: a health care imperative. *The Pennsylvania Nurse*, 23.
- Braun, H. J., O'Sullivan, P. S., Dusch, M. N., Antrum, S & Ascher, N. L. (2015). Improving interprofessional collaboration: evaluation of implicit attitudes in the surgeon-nurse relationship. *International Journal of Surgery*, 13, 175-179.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (2021). *Déploiement d'un réseau de bienveillance*. Repéré à https://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciss_s_laval/Employes_medecins/Reseau_de_bienveillance/Fiche_Reseau_de_bienveillance_Gestionnaires_VF.pdf
- Centre de la Formation et du Développement des Compétences (2021). *École des infirmiers de bloc opératoire*. Repéré à <https://cfdc.aphp.fr/ecole-ibode/#1533030800334-e1e10520-e1be6754-6da9>
- Clarke, N. (2006). Developing emotional intelligence through workplace learning: findings from a case study in healthcare. *Human Resource Development International*, 9, 447-465.
- Cochran, A. & Elder, W. B. (2015). Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *The American Journal of Surgery*, 209(1), 65-70.

- Comeau-Vallée, M. (2015). *La collaboration interprofessionnelle : espace de négociation identitaire : thèse*. Université de Montréal, Québec, Canada.
- Corser, W. D. (2000). The contemporary nurse-physician relationship: insights from scholars outside the two professions. *Nursing Outlook*, 48(6), 263-268.
- Civil, I. (2018). Operating room culture affects patient outcomes, and we should operate accordingly. *ANZ Journal of Surgery*, 88(4), 264-265.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec : Thèse*. Université de Montréal, Québec, Canada.
- Dempsey, C. J. (2009). Managing variability in perioperative services. *AORN Journal*, 90(5), 677-697.
- Ducharme, F. (2018). Vers un leadership politique des infirmières, ou comment changer les choses. *Perspective infirmière*, 15(5), 51-55.
- Duffin J. (2011). Abraham Flexner a-t-il provoqué la création du JAMC? [Did Abraham Flexner cause the creation of the JAMC?]. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, 183(9), E593–E596. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110597>
- Eddy, K, Jordan, Z. & Stephenson, M. (2016). Health professionals experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(4), 96-137.
- Ehrenreich, B. & English, D. (1976). *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes et de la médecine*. France : éditions du remue-ménage.
- Eskola, S., Roos, M., McCormack, B., Slater, B., Hahtela, N. & Suominen, T. (2016). Workplace culture among operating room nurses. *Journal of Nursing Management*, vol. 24, 725-734.
- Espeut, A., Ross, S., Spence, J., Lubrice, K., Millen, J.-C., Sucandy, I. & Rosemurgy, A. (2020). Nurses' perceptions of women surgeons: is there gender discrimination in the surgeon-nurse relationship? *The American Journal of Surgery*, 222, 53-55.
- Estryn-Béhar, M. & Van der Geijden, B. (2012). Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance and patient safety. *Work*, 41, 4283-4290.
- Etherington, C., Wu, M., Cheng-Boivin, O., Larrigan, S. & Boet, S. (2019). Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice. *Canadian Journal of Anesthesiology*, 66, 1251-1260.

- Filizli, G. & Önler, E. (2020). Nurse-physician collaboration in surgical units: A questionnaire study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 21.
- Fédération des Médecins Spécialistes du Québec [FMSQ]. (2022). *Répartition des effectifs médicaux*. Repéré à <https://fmsq.org/fr/notre-profession/les-effectifs-medicaux>
- Fossier, K. B. (2022). *Emotional Intelligence*. *Radiologic technology*, 93(4), 396-403.
- Fortin, M- F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e édition). Montréal, Québec: Chenelière education
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. France : Gallimard
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977 by Michel Foucault* (Gordon, C., Marshall, L., Mepham, J. & Soper K., Trad. C. Gordon Éd.). New York: Pantheon Books.
- Friedman, Z., Hayter, M. A., Everett, T. C., Matava, C. T., Noble, L. M. K. & Bould, M. D. (2015). Power and conflict: the effect of a superior's interpersonal behaviour on trainees' ability to challenge authority during a simulated airway emergency. *Anaesthesia*, 70, 1119-1129.
- Gagnon, M. & Perron, A. (2020). Whistleblowing: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 22, 381-389.
- Gallagher, F., St-Cyr Tribble, D., Vanasse, A., Doré, C., Fortin, M. & Archambault, J. (2010). La discussion de cas infirmière médecin, une pratique essentielle en première ligne. *L'infirmière clinicienne*, 7(2), 1-6.
- Gardezi, J., Lingard, L. Espin, S., Whyte, S., Orser, B. & Baker, R. (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1390-1399.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Toronto: Bantam New York.
- Gouvernement du Canada (2018). *Énoncé de politique des trois conseils (EPTC2)*. Ottawa, Canada : Secrétariat sur la conduite responsable de la recherche. Repéré à <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf>
- Gouvernement du Canada (2021). *Services du Système de gestion informelle des conflits*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/gouvernement/fonctionpublique/mieux-etre-inclusion-diversite-fonction-publique/harcelement-violence/services-systeme-gestion-informelle-conflits.html>
- Grollau, E. (2008). Les conditions de travail au bloc opératoire, source potentielle de stress et de dégradations relationnelles. *Inter bloc*, 27(3), 186-188.

- Harvey, M. & Land, L. (2017). *Research methods for nurses and midwives; theory and practice*. London, UK: SAGE.
- Henaus, P. L., Michinov, E., Rochat, J., Hémon, B., Jannin, P. & Riffaud, L. (2019). Relationships between expertise, crew familiarity and surgical workflow disruptions : an observational study. *World Journal of Surgery*, 43, 431-438.
- Higgins, B. L. & MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57, 321-237.
- Holbery, N. (2015). Emotional intelligence – essential for trauma nursing. *International Emergency Nursing*, 23, 13-16.
- Hossny, E.K. & Sabra, H.E. (2021). Effect of nurses' perception to workplace civility climate on nurse–physician collaboration. *Nursing Open*, 8(2) <https://doi.org/10.1002/nop2.666>
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: an introduction to phenomenological philosophy*. Evanston: Northwestern University Press.
- Hutchison, K. (2020). Four types of gender bias affecting women surgeons and their cumulative impact. *Med Ethics*, 46, 236-241.
- Institut Canadien d'information sur la santé (2019). *Les médecins au Canada, 2019*. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/physicians-in-Canada-report-fr.pdf
- Jehn, K. A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 256-282.
- Katz, J. D. (2007). Conflict and its resolution in the operating room. *Journal of Clinical Anesthesia*, 19, 152-158
- Kitto, S. (2011). *Sociology of Interprofessional Health Care Practice: Critical Reflections and Concrete Solutions*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Laflamme, K., Leibing, A. & Lavoie-Tremblay, M. (2019). Operating room culture and interprofessional relations: impact on nurse's retention. *The Health Care Manager*, 38(4), 301-310.
- Langdrige, D. (2007). *Phenomenological psychology: theory, research and method*. Harlow, Angleterre: Pearson Education Limited.
- Lapeyronnie, D. (2014). *Usages de Foucault*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Leever, A. M., Hulst, M. V. D., Berendsen, A. J., P. M. Boendemaker, J. L. N. Roodenburg & Pols, J. (2010). Conflicts and conflict management in the

- collaboration between nurses and physicians – a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 612-624.
- Lemire-Auclair, E. (2018). La communication non-violente : un outil pour favoriser de bonnes relations au travail. *Revue Gestion HEC Montréal*. Repéré à https://www.revuegestion.ca/la-communication-non-violente-un-outil-pour-favoriser-de-bonnes-relations-au-travail?gclid=Cj0KCOjwjIKYBhC6ARIsAGEds-JFW0KvJvoie97x9Jnu4dyAJFgUniRGVGjZ_6VayHhlOe7TSPDN34UaAhTTEALw_wcB
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières; approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec: ERPI.
- Longo, J. (2010). Combating disruptive behavior: strategies to promote a healthy work environment. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1), 5-10.
- Maddineshat, M., Hashemi, M. & Tabatabaeichehr, M. (2017). Evaluation of the disruptive behaviors among treatment team and its reflection on the therapy process of patients in the operating room: the impact of personal conflicts. *Journal of Education and Health Promotion*, 6.
- Martin, P. (2010). Pouvoir pastoral, normalisation et soins infirmiers : une analyse foucauldienne. *Aporia : la revue en sciences infirmières*, 2(2), 26-35.
- McCaffrey, R., Hayes, R. M., Cassel, A., Miller-Reyes, S., Donaldson, A. & Ferrell, C. (2012). The effect of an educational program on attitudes of nurses and medial residents towards the benefits of positive communication and collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 293-301.
- Merlin, M. (2009). Foucault, le pouvoir et le problème du corps social. *Idées économiques et sociales*, 155, 51-59.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. & Saldana, J. (2007). *Qualitative Data Analysis: a methods sourcebook*. Californie, États-Unis: SAGE.
- Mostafapour, Z., Torabizadeh, C., Moayedi S. A. & Nick, N. (2022). Operating room nurses' perception of professional relationships. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26.
- Nath, J. & Belt, E. (2020). Emotional intelligence: an important attribute for the physician leader. *Indian Pediatrics*, 57, 776.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2014). Les soins infirmiers périopératoires : lignes directrices pour les activités des infirmières en salle d'opération. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2276_doc.pdf

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2018). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2018-2019. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2018-2019.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2020). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Rapport-statistique-2019-2020.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2021). Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2022). Portrait de l'effectif infirmier 2021-2022. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/l-ordre/qui-sommes-nous/portrait-de-l-effectif-infirmier>
- Pakpour, V., Ghafourifard, M., Salimi, S. (2019). Iranian Nurses' Attitudes Toward Nurse-Physician Collaboration and its Relationship with Job Satisfaction. *Journal of Caring Science*, 8(2),111-116. doi: 10.15171/jcs.2019.016.
- Paré, I. (2021). Quand l'urgence se gère toute seule. Repéré à <https://www.ledevoir.com/societe/sante/647676/penurie-d-infirmieres-quand-l-urgence-se-gere-toute-seule>
- Pattni, N., Arzola, C., Malavade, A., Varmani, S., Krimus, L. & Friedman, Z. (2019). Challenging authority and speaking up in the operating room environment: a narrative synthesis. *British Journal of Anaesthesia*, 122 (2), 233-244.
- Pavlovich-Danis, S., Forman, H. & Simek, P. P. (1998). The nurse-physician relationship: can it be saved? *The Journal of Nursing Administration*, 28(7), 17-20.
- Peat, G., Rodriguez, A., & Smith, J. (2019). Interpretative phenomenological analysis applied to healthcare research. *Evidence-Based Nursing*, 22(1), 7-9.
- Pepin, J., Ducharme, F., et Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière. 4e édition*. Chenelière Éducation: Québec.
- Perretta, S. (2022). La place de la femme dans une chirurgie innovante. *Journal du net*, repéré à <https://www.journaldunet.com/economie/sante/1509831-la-place-de-la-femme-dans-une-chirurgie-innovante/>
- Petri, L. (2010) Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45 (2), 73–82.
- Pohjanoksa, J., Stolt, M., Suhonen, R., Löttyniemi, E. & Leino-Kilpi, H. (2019). Whistle-blowing process in healthcare: from suspicion to action. *Nursing Ethics*, 26(2), 526-540.

- Price, S., Doucet, S. & McGillis Hall, L. (2014). The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 103-109.
- Radio-Canada (2021). Médecins: 10 fois le salaire d'une infirmière pour des tâches de moindre importance. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1792601/ontario-salaire-infirmieres-medecins>
- Régie de l'assurance maladie du Québec (2022). Médecins spécialistes, manuel de rémunération à l'acte. Repéré à <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/150-facturation-specialistes/manuel-specialistes-remuneration-acte-RFP.pdf>
- Revel, J. (2009). *Le vocabulaire de Foucault*. Paris: Ellipes.
- Reynolds, A. & Timmons, S. (2005). The doctor-nurse relationship in the operating theatre. *British Journal of Perioperative Nursing*, 15(3), 110-115.
- Riley, R. & Manias, E. (2002). Foucault could have been an operating room nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 316-324.
- Riley, R. & Manias, E. (2006). Governance in operating room nursing: Nurses' knowledge of individual surgeons. *Social Sciences & Medicine*, 62, 1541-1551.
- Rogers, D., Lingard, L., Boehler, M. L., Espin, S., Klingensmith, M., Mellinger, J. D. & Schindler, N. (2011). Teaching operating room conflict management to surgeons: clarifying the optimal approach. *Medical Education*, 45, 939-945.
- Rosenberg, M. B. (2003). *La communication non violente au quotidien*. Genève: Éditions Jouvence.
- Rothstein, D. H. & Raval, M. V. (2018). Operating room efficiency. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27, 79-85.
- Salmon, J. (2012). The use of phenomenology in nursing research. *Nurse Researcher*, 19(3), 4-5.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). *Emotional Intelligence*. Baywood Publishing Co., Inc.
- Santiago-Delefosse, M., Del Rio Carral, M., Antoine, P., Bruchez, C., Capdevielle, V. & al. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (1^e édition). Paris, France. Éditions Dunod.
- Sillero Sillero, A. & Buil, N. (2021). Enhancing interprofessional collaboration in perioperative settings from the qualitative perspectives of physicians and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18.

- Skarbaliene, A. (2019). Emotional intelligence in healthcare. *Medical Science Pulse*, 13(1), 40-42.
- Smith, D. W. (2018). *Phenomenology, the Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta: Stanford.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis; Theory, method and research*. Londres: SAGE Publications.
- Sonoda, Y., Onozuka, D. & Hagihara, A. (2018). Factors related to teamwork performance and stress of operating room nurses. *Journal of Nursing Management*, 26, 66-73.
- Sparkes, D. & Rylah, B. (2010). *The World Health Organization Surgical Safety Checklist*. *British Journal of Hospital Medicine*, 71(5), 276-280.
- Spring, S. (2015). ANA sets "zero tolerance" policy for workplace violence and bullying. Repéré à <https://www.psqh.com/news/ana-sets-zero-tolerance-policy-for-workplace-violence-bullying/>
- Stein, L. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16(1), 699-703.
- Stein-Parbury, J. & Liaschenko, J. (2007). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American Journal of Critical Care*, 16(5), 470-477.
- Strauss, A. (1992). La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Bazinger. Paris : Éditions de L'Harmattan.
- Strauss, A. L. (2006). Comment les compromise se négocient selon les contextes d'ordres sociaux. *Négociations*, 1(5), 133-154.
- Streeton, A., Bisbey, C., O'Neill, C., Allen, D., O'Hara, S., Weinhold, M., Miller, J., Bursiek, A. & Grubbs, P. (2016). Improving nurse-physician teamwork: a multidisciplinary collaboration. *Medsurg nursing*, 25(1), 31-35.
- Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T. & Liaw, S.Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *International Nursing Review*, 60, 291-302.
- Tartaglia, A. (2019). Zero tolerance for disruptive health work behaviors. *Einstein (Sao Paulo)*, 17(4), 1-2.
- Taylor, D. (2011). *Michel Foucault: key concepts*. Londres: Routledge.
- Teuwen, C., Van Der Burgt, S., Kusrkar, R., Schreurs, H., Daelmans, H. & Peerdeman, S. (2022). How does interprofessional education influence students' perceptions of collaboration in the clinical setting? A qualitative study. *BMC medical education*: 22(1), 325.

- Torring, B., Gittell, J. H., Laursen, M., Rasmussen, B. S. & Sorensen, E. E. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19 (258).
- Tricco, A., Bourgeault, I., Moore, A., Grunfeld, E., Peer, N. & Straus, S. E. (2021). Promouvoir l'équité entre les genres en médecine. *Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 193(18), 664-671.
- Université du Québec à Trois-Rivières (2013). Certificat de pratique infirmière de première assistance en chirurgie. Repéré à <https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/apex/f?p=106:10>
- Université Laval (2021). Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne 1. Repéré à <https://www.ulaval.ca/etudes/cours/fis-4101-collaboration-interprofessionnelle-centree-sur-la-personne->
- Verdi, D., Ferrari, L., Capelli, G., Mari, V., Parini, S., Tacconi, G., Chessa, A., De Santi, G., Frigerio, I., Kurian, M. & Spolverato, G. (2022). Women surgeons : how can we shape the future of new leaders? A celebration of the past with a glimpse of the future. *Surgery*, 172, 633-638.
- Villafranca, A., Hamlin, C., Enns, S. & Jacobsohn, E. (2016). Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. *Canadian Journal of Anesthesiology*, 64, 128-140.
- Villafranca, A., Hiebert, B., Hamlin, C., Young, A., Parveen, D., Arora, R. C., Avidan, M. & Jacobsohn, E. (2019). *Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room*. *Canadian Journal of Anesthesiology*, 66, 781-794.
- Wacker, R. & Dziobek, I. (2018). Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: a field study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), 141-150.
- Wade, P. (2014). Developing a culture of collaboration in the operating room: more than effective communication. *ORNAC Journal*, 16-38.
- Winardi, M. A., Prentice, C. & Weaven, S. (2022). Systematic literature review on emotional intelligence and conflict management. *Journal of Global Scholars of Marketing Science*, 32(3), 372-397.
- Wonsun, K., Nicotera, A-M. & McNulty, J. (2015). Nurses' perceptions of conflict as constructive or destructive. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2073-2083.
- Yeganeh, S., Torabizadeh, C., Bahmani, T., Molazem, Z., Yeganeh Doust, H. & Daneshvar Dehnavi, S. (2022). Examining the views of operating room nurses and physicians on the relationship between professional values and professional communication. *BMC Nursing*, 21 (17).

Appendice A

Affiche de recrutement



RECRUTEMENT POUR UNE ÉTUDE SUR LES RELATIONS ENTRE CHIRURGIENS ET INFIRMIÈRES

-ÊTES-VOUS UN
CHIRURGIEN OU UNE
INFIRMIÈRE ?

- TRAVAILLEZ-VOUS
AU BLOC
OPÉRATOIRE DEPUIS
AU MOINS UN AN ?

CETTE RECHERCHE,
DANS LE CADRE
D'UNE MAÎTRISE EN
SCIENCES
INFIRMIÈRES, A
POUR OBJECTIF
D'EXPLORER VOTRE
EXPÉRIENCE
CONCERNANT LES
RELATIONS AVEC
VOS COLLÈGUES
CHIRURGIENS OU
INFIRMIÈRES

SOPHIE DESJARDINS

Infirmière clinicienne et étudiante
à la maîtrise en sciences
infirmières à l'Université du
Québec en Outaouais

Si vous avez envie de participer et
partager votre expérience, ou
pour plus de renseignements,
contactez-moi au desscz@uqo.ca



Centre intégré
de santé
et de services sociaux

Appendice B

Questionnaire socio démographique



Questionnaire sociodémographique

Étude phénoménologique sur l'expérience des relations entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire

Sophie Desjardins, inf. B. Sc., étudiante chercheuse à la maîtrise en sciences infirmières

Isabelle St-Pierre, inf. PhD., directrice de recherche

Evy Nazon, inf. PhD., co-directeur de recherche

Date: ____/____/____

Numéro d'ident. : _____

Jour/Mois/Année

Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant la case qui se trouve vis-à-vis votre réponse. Les renseignements demeurent complètement confidentiels.

Quelle est votre profession?

Chirurgien(ne)

Infirmier(e)

Quel est votre genre?

Masculin Féminin Je ne m'identifie à aucun de ces genres

Quel est votre âge?

19 à 29 ans

30 à 39 ans

- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 ans et plus

Quel est votre niveau de scolarité le plus élevé qui est complété?

- Formation collégiale
- Formation universitaire de 1^{er} cycle (DEC-BAC, BAC cheminement initial)
- Formation universitaire de cycle supérieur (maîtrise, doctorat, post-doctorat)

Combien d'années d'expérience avez-vous dans un bloc opératoire?

- Moins d'1 an
- 1 an à moins de 5 ans
- 5 ans à moins de 10 ans
- 10 ans et plus

Quelle est votre situation d'emploi?

- Temps complet Temps partiel

Avez-vous déjà reçu des formations en lien avec le sujet de recherche (gestion de conflits, prévention de la violence au travail, sur la collaboration, sur la communication, etc.)?

- Oui (précisez : _____) Non

Appendice C

Questionnaire aux participants

Canevas d'entrevue

Étude phénoménologique sur l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières au bloc opératoire

Sophie Desjardins, inf. B. Sc., étudiante chercheuse à la maîtrise en sciences infirmières

Isabelle St-Pierre, inf. PhD., directrice de recherche

Evy Nazon, inf. Ph.D., co-directrice de recherche

Étapes préalables à l'entrevue :

1. Accueil et introduction

D'abord, je vous remercie de prendre le temps de participer à cette entrevue. Mon nom est Sophie Desjardins, je suis infirmière clinicienne et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais.

2. Mise en contexte de la problématique

La présente étude a pour objectif d'explorer et d'explorer l'expérience et la signification des relations vécues entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire. Ces deux catégories de professionnels travaillent en collaboration constante dans ce milieu, et les relations professionnelles peuvent être difficiles, ce qui peut causer des conséquences importantes. L'étude visera également à identifier des solutions potentielles afin d'améliorer ces relations.

3. Revue et signature du formulaire de consentement libre et éclairé par le participant

Une copie du formulaire de consentement sera remise au participant. Celui-ci sera signé par le participant et l'étudiante chercheuse. Une copie sera remise au participant, et une copie sera gardée par l'étudiante chercheuse.

4. Éléments importants concernant le déroulement de l'entrevue

- Je prendrai des notes durant l'entrevue
- Acceptez-vous que l'entrevue individuelle soit enregistrée (audio)?
- Si le participant accepte que l'entrevue soit enregistrée (audio), il se peut que je vérifie parfois l'enregistreur pour m'assurer de son fonctionnement.
- Si le participant refuse l'enregistrement, il se peut que je prenne plus de notes durant l'entrevue.

5. Questions

Avant de débiter, avez-vous des questions concernant l'entrevue ou le projet? Si oui, quelles sont-elles?

Thème 1 : Les relations professionnelles et la collaboration

- 1.1. Comment décrieriez-vous les relations professionnelles avec vos collègues (chirurgiens/infirmières?)
- 1.2. Selon vous, qu'est-ce qui contribue à des relations professionnelles optimales avec vos collègues (chirurgiens/infirmières?)
- 1.3. Selon vous, qu'est-ce qui contribue à des relations professionnelles plus difficiles avec vos collègues (chirurgiens/infirmières?)
- 1.4. Comment se manifestent, selon vous, les relations professionnelles difficiles avec vos collègues (chirurgiens/infirmières)? Avez-vous des exemples?

Thème 2 : Les difficultés relationnelles

- 2.1 Avez-vous déjà été confrontés à des conflits avec vos collègues (chirurgiens/infirmières?)
- 2.2 Pouvez-vous me raconter un évènement conflictuel dont vous avez été témoin ou que vous avez vécu?
 - 2.2.1 Comment vous êtes-vous senti lors de cette expérience?
 - 2.2.2 Quels ont été les effets de cette expérience sur vous? (Professionnels, personnels, etc.)
 - 2.2.3 Qu'avez-vous fait pour régler cette situation conflictuelle?
- 2.3 Selon vous, quels sont les irritants les plus fréquents dans le contexte opératoire avec vos collègues? (chirurgiens/infirmières?)
- 2.4 Selon vous, existe-t-il des procédures, des stratégies et/ou du support mis en place pour faciliter la gestion des conflits dans votre milieu de travail?

Appendice D

Formulaire de consentement



Formulaire de consentement

Titre du projet de recherche : étude phénoménologique sur l'expérience des relations professionnelles entre les chirurgiens et les infirmières au bloc opératoire

Chercheur responsable du projet de recherche : Sophie Desjardins, inf. B. Sc., étudiante chercheuse à la maîtrise en sciences infirmières

**Sous la supervision de : Isabelle St-Pierre, inf. PhD., directrice de recherche
Evy Nazon, inf. PhD., co-directrice de recherche**

Préambule

Nous vous invitons, par la présente, à participer à la recherche en titre. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Cette recherche, réalisée dans le cadre d'une étude de maîtrise en Sciences Infirmières, a pour objectif d'explorer l'expérience et la signification des relations vécues entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire. Les relations professionnelles font partie intégrante du travail quotidien entre les professionnels, mais elles peuvent être difficiles, ce qui peut avoir des conséquences importantes sur les personnes impliquées. Cette étude, de type phénoménologique, a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO, ainsi que celui du. Un nombre de 6 chirurgien(e)s et 6 infirmier(e)s seront recrutés pour ce projet de recherche.

Déroulement du projet de recherche

Votre participation à cette étude consistera d'abord à répondre à un court questionnaire sociodémographique d'environ 5 minutes, ainsi que de participer à une entrevue individuelle semi-structurée, qui sera enregistrée audio seulement. Cette entrevue sera d'une durée approximative de 60 à 90 minutes et se déroulera via un programme télévisuel. Il vous sera demandé, avant de débiter l'entrevue individuelle, si vous acceptez que celle-ci soit enregistrée de façon audio. Vous avez le droit de refuser

l'enregistrement, ainsi le chercheur responsable de ce projet de recherche prendra des notes durant l'entrevue seulement. Les entrevues seront effectuées en-dehors des heures de travail et effectuées via un programme télévisuel.

Vous avez le droit, en tout temps durant l'entrevue, de refuser de répondre à une ou à plusieurs questions. Votre participation à cette étude se fait uniquement sur une base volontaire. Vous êtes libres d'y participer ainsi que de vous retirer à tout moment, et ce sans aucun préjudice ou conséquence. Les données seront détruites en cas de retrait (données enregistrées effacées et données version papier déchiquetées).

Avantages associés au projet de recherche

Votre participation à cette recherche comporte certains bénéfices, notamment la contribution à l'avancement des connaissances sur le sujet présenté, une expérience à titre de participant à un projet de recherche ainsi qu'une occasion d'exprimer votre opinion sur un sujet qui vous intéresse. Aucune compensation monétaire ou autre ne sera accordée pour ce projet.

Risques associés au projet de recherche

Votre participation à cette étude comporte des risques minimaux. Nous entendons par risques minimaux les études où la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients associés sont comparables auxquels les participants s'exposent dans les aspects de leur vie quotidienne. Le partage d'expériences vécues pourrait faire émerger des émotions et sentiments difficiles. Une liste de ressources de soutien psychologique vous sera offerte si vous avez besoin de support au cours de la recherche.

Un autre risque potentiel est lié à l'identification des participants. Malgré les mesures mises en place afin de maintenir la confidentialité et assurer l'anonymat des participants, il pourrait y avoir possibilité d'identifier les participants par déduction en raison du petit nombre de participants et du milieu restreint où se tiendra la recherche.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à l'un des membres de son personnel de recherche.

Si vous vous retirez ou vous êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable recueillera, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche. L'étudiante-chercheuse s'assurera, en tout temps, que les détails fournis dans les expériences des participants ne puissent pas mener à leur identification. Aucune mention de votre nom ne sera effectuée lors de la diffusion des résultats.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données de recherche pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite (les documents version papier seront détruits par une déchiqueteuse, et les documents informatiques seront supprimés de leurs différents emplacements électroniques).²

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable détient ces informations.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou si vous désirez plus d'information concernant ce projet de recherche, ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, communiquez avec l'étudiante-chercheuse Sophie

² Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

Desjardins, avec la directrice de la recherche Isabelle St-Pierre (isabelle.st-pierre@uqo.ca) ou au, ou avec la co-directrice de la recherche Evy Nazon (evy.nazon@uqo.ca) ou au.

Si vous désirez plus d'information concernant vos droits en tant que participant à un projet de recherche, ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez en tout temps communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (André Durivage, président du CER, andre.durivage@uqo.ca) ou avec le Comité d'éthique de la recherche.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Consentement

1. Consentement pour enregistrement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Après réflexion, je consens à être enregistré par audio lors de l'entrevue individuelle.

Signature du sujet de recherche

Date

2. Consentement du sujet

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Signature du sujet de recherche

Date

3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au sujet de recherche.

Signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

Date

Appendice E

Certificats éthiques

Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Les relations entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc**

opérateur

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Numéro(s) de projet : **2020-621**

Identifiant Nagano : **dess57**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Sophie Desjardins**

Date d'approbation du projet par le CER : **2019-07-18**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

Formulaire : **F9-8907**

Date de dépôt initial du formulaire : **2022-06-20**

Date de dépôt final du formulaire : **2022-**

06-20

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2023-07-18

RENOUELEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

CERTIFICAT DE RENOUELEMENT D'APPROBATION ÉTHIQUE du 17 septembre 2021 au 16 septembre 2022

Les relations entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire

Référence : Projet 2019-277_152

Soumis par : Isabelle St-Pierre, chercheuse principale, Université du Québec en Outaouais
Sophie Desjardins, chercheuse étudiante, Université du Québec en Outaouais

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) vous accorde cette approbation et vous rappelle également que vous vous engagez à respecter les moyens suivants relatifs au suivi continu:

- ▶ de lui soumettre un rapport annuel faisant état de l'avancement des travaux de recherche et du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter le respect des normes éthiques du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- ▶ de lui remettre, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet; rapport dans lequel vous indiquerez la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les participants de recherche, le cas échéant;
- ▶ de lui soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les participants de recherche. Dans ce dernier cas, le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout incident ou accident lié à une procédure du projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulé un organisme subventionnaire ou de réglementation;

- ▶ de conserver les dossiers de recherche de façon adéquate pendant la durée déterminée après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le Comité;
- ▶ de tenir à jour et de conserver la liste des participants de recherche recrutés afin de la fournir sur demande;
- ▶ de lui remettre dans les meilleurs délais un rapport final faisant état des résultats de votre recherche;

- ▶ d'utiliser les formulaires disponibles sur le site Internet de l'établissement pour tout suivi ou communication au CÉR.

Le renouvellement de l'approbation éthique du projet est valide pour un an à compter du **17 septembre 2021**. Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

Votre demande de renouvellement de l'approbation éthique de votre projet doit être acheminée au CÉR un (1) mois à l'avance, soit le **16 août 2022**, afin de respecter les délais prescrits.

En terminant, le CÉR vous demanderait de bien vouloir mentionner dans vos correspondances, le numéro **2019-277_152** attribué à votre demande par notre institution.



Le 17 septembre 2021

CERTIFICAT DE RENOUELEMENT D'APPROBATION ÉTHIQUE du 16 octobre 2020 au 15 octobre 2021

Les relations entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire

Référence : Projet 2019-277_152

Soumis par : Isabelle St-Pierre, chercheuse principale, Université du Québec en Outaouais
 Sophie Desjardins, chercheuse étudiante, Université du Québec en Outaouais

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) vous accorde cette approbation et vous rappelle également que vous vous engagez à respecter les moyens suivants relatifs au suivi continu:

- ▶ de lui soumettre un rapport annuel faisant état de l'avancement des travaux de recherche et du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter le respect des normes éthiques du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- ▶ de lui remettre, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée temporaire ou définitive du projet; rapport dans lequel vous indiquerez la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les participants de recherche, le cas échéant;
- ▶ de lui soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les participants de recherche. Dans ce dernier cas, le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout incident ou accident lié à une procédure du projet
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulé un organisme subventionnaire ou de réglementation;

- ▶ de conserver les dossiers de recherche de façon adéquate pendant la durée déterminée après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le Comité;

- ▶ de tenir à jour et de conserver la liste des participants de recherche recrutés afin de la fournir sur demande;

- ▶ de lui remettre dans les meilleurs délais un rapport final faisant état des résultats de votre recherche;

- ▶ d'utiliser les formulaires disponibles sur le site Internet de l'établissement pour tout suivi ou communication au CÉR.

Le renouvellement de l'approbation éthique du projet est valide pour un an à compter du 16 octobre 2020. Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

Votre demande de renouvellement de l'approbation éthique de votre projet doit être acheminée au CÉR un (1) mois à l'avance, soit le 15 septembre 2021, afin de respecter les délais prescrits.

En terminant, le CÉR vous demanderait de bien vouloir mentionner dans vos correspondances, le numéro 2019-277_152 attribué à votre demande par notre institution.



octobre 2020

Henri Fournier
Président
Comité d'éthique de la recherche

HF/cr

Le 16

Date



Le 18 juillet 2019

À l'attention de :
Sophie Desjardins
Étudiante
Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet : 2020-621

Titre du projet de recherche : Les relations entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 18 juillet 2019. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

18 juillet 2020.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

Le CER de l'UQO

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2020-621

Titre du projet de recherche : Les relations entre les chirurgiens et les infirmières en contexte de bloc opératoire

Chercheur principal :

Sophie Desjardins,
Étudiante
Université du Québec en Outaouais

Directeur/codirecteurs :

Isabelle St-Pierre; Evy Nazon
Professeures

Date d'approbation du projet : 18 juillet 2019

Date d'entrée en vigueur du certificat : 18 juillet 2019

Date d'échéance du certificat : 18 juillet 2020

André Durivage

Président du CER de l'UQO

Appendice F

Liste de ressources pour les participants



Liste de ressources pour les infirmières

Programme d'aide aux employés (PAE)

Il s'agit d'un programme strictement confidentiel accessible pour tous les employés, offrant du soutien 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Cinq sessions de soutien psychologique sont offertes gratuitement. Ces services de counseling sont offerts en personne, par téléphone et en ligne. Leur objectif est d'aider les employés à améliorer leur qualité de vie et à s'épanouir.

Syndicat de la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

La FIQ est une organisation syndicale représentant notamment les infirmières qui défend les revendications, les choix et les droits des professionnelles en soin. Ils jouent un rôle dans le milieu de travail des employés et dans l'ensemble de la population.

FIQ – Syndicat des professionnels en soins

Liste de ressources pour les chirurgiens

Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Situé au 1, boulevard René-Lévesque Est, bureau 200, Montréal, Qc, H2X 3Z5

Courriel : info@pamq.org

Téléphone : 1 800 387-4166

Commissaire à la santé et au bien-être du Québec

1005, chemin Ste-Foy, 1^{er} étage, Québec, Qc, G1S 4N4

Téléphone : 418 266-5990