



# RÉSOLUTION DE CONFLITS AU BLOC OPÉRATOIRE

## **Georges L. Savoldelli**

Service d'Anesthésiologie, Département d'Anesthésiologie, Pharmacologie et Soins Intensifs, et Unité de Recherche et de Développement en Education Médicale (UDREM), Faculté de Médecine. Hôpitaux Universitaires de Genève et Université de Genève. Rue Micheli-du-Crest 24, CH-1211 Genève 14, Suisse

## **INTRODUCTION**

Le bloc opératoire (BO) est un microcosme sociétal complexe dans lequel divers corps professionnels travaillent ensemble à la prise en charge des patients. Cependant, ces diverses professions et spécialités médicales ne partagent pas forcément les mêmes priorités, les mêmes visions, les mêmes valeurs ni la même organisation du travail. Par ailleurs, l'estime sociale entre ces divers groupes est très variable, et chaque groupe est lui-même constitué de personnalités fort différentes. En conséquence, la survenue de conflits au BO est inévitable [1]. En s'appuyant sur la littérature récente, cet article explore les mécanismes, les origines, la nature, la prévention et la résolution des conflits impliquant l'anesthésiste au BO.

## **1. CONFLITS : DÉFINITION, GENÈSE, NATURE ET INCIDENCE**

### **1.1. QU'EST-CE QU'UN CONFLIT ?**

Un conflit survient lorsqu'un ou plusieurs individus, groupes, ou organisations sont en désaccord, créant ainsi une situation de tension interne ou externe qui peut potentiellement causer des dommages [2]. Le désaccord peut porter sur des idées, des valeurs, des positions idéologiques, des intérêts ou des personnes.

A noter que «désaccords» et «divergences», bien que souvent précurseurs de conflit, ne conduisent pas forcément à une situation pouvant causer des dommages [3]. La notion de conflit doit également être distinguée de celles d'«agressivité» et de «violence». La première étant un comportement humain relié à l'instinct de survie, alors que la seconde peut être considérée comme une perversion de l'agressivité [4]. Les relations entre ces comportements et le «conflit» sont complexes. Bien que l'agressivité et la violence puissent être la cause ou l'expression d'un conflit, il existe des conflits sans manifestation d'agressivité ou de violence.

## **1.2. GENÈSE DES CONFLITS**

Un conflit se développe par étapes successives. Des divergences non résolues ou d'autres stimuli stressants provoquent tensions et frustration qui peuvent mener à un blocage des échanges, et finalement à un conflit ouvert. C'est «l'escalade» classique que nous connaissons tous [5]. Cette évolution naturelle du conflit passe donc par plusieurs phases, où émotions et pensées interagissent étroitement avec actions et comportements [3].

Dans le processus menant au conflit, les sources sont inévitables et ubiquitaires. L'analyse que nous faisons de la situation sous le coup de nos émotions peut être erronée, et les actions et les comportements, qui en résultent, s'avérer inappropriés, ce qui contribue ainsi à l'instauration et à la pérennisation du conflit [3].

## **1.3. LE CONFLIT EN MILIEU MÉDICAL**

Il n'existe pas de définition uniforme du conflit en milieu médical, et bien souvent dans la littérature, les notions de «désaccord», «divergence», «tension», «agressivité» et «violence» sont assimilées ou confondues avec la notion de conflit. La perception même de l'existence d'un conflit varie considérablement entre médecins et personnel infirmier, suggérant ainsi des définitions variables selon la profession [2].

Certains auteurs définissent le conflit en milieu médical comme un conflit de tâches : une dispute, une divergence d'opinion ou un désaccord entre deux ou plusieurs individus concernant une décision relative à la prise en charge d'un patient [6-8]. Cette définition est, à juste titre, jugée trop réductrice par d'autres, puisqu'elle exclut les conflits interpersonnels de type relationnel, qui eux ne sont pas forcément liés à la problématique du patient [9].

## **1.4. NATURE DES CONFLITS AU BLOC OPÉRATOIRE**

Au BO on rencontre essentiellement deux types de conflits interpersonnels : les conflits de tâches et les conflits relationnels. Bien que distincts, ces deux types de conflits sont liés ; un conflit de tâches non résolu pouvant mener à un conflit relationnel plus profond, et l'inverse étant également possible.

### **1.4.1. LES CONFLITS DE TÂCHES**

Lorsque le point de vue de l'anesthésiste, quant à la prise en charge d'un patient, diverge par rapport à celle d'un autre membre de l'équipe du BO, ce désaccord peut engendrer tensions et disputes. Au BO, ce type de conflit est assez fréquent et peut la plupart du temps être résolu rapidement en communiquant, en expliquant ses positions respectives et en négociant («mini-conflits»). D'autres, en revanche, sont récurrents et traduisent des problèmes plus profonds liés au statut et au rôle de chacun, ainsi qu'à l'organisation du travail.

Un travail canadien a montré que ce type de conflits survient entre une et quatre fois par intervention chirurgicale électorale. Le plus souvent, ils surviennent entre chirurgiens et personnel infirmier, puis en second lieu, entre anesthésistes et chirurgiens [10]. Une enquête espagnole révèle que deux tiers des anesthésistes entrent régulièrement en conflit avec leurs chirurgiens, et ce à une fréquence estimée entre une et quatre fois par mois, pour la majorité, et jusqu'à plusieurs fois par semaine pour une petite minorité [11].

#### 1.4.2. LES CONFLITS RELATIONNELS

Le conflit relationnel qui survient entre deux individus travaillant ensemble au BO est issu de mésententes, de frustrations, de rivalités, d'antipathies et/ou d'affrontements entre personnalités. Ce genre de conflit, bien que moins fréquent que le précédent, est souvent ancré plus profondément et donc plus problématique à résoudre. Lorsqu'ils éclatent au grand jour, leur expression peut être bruyante et se manifester sous forme de colère, d'agressivité et de violence, le plus souvent verbale [4]. La violence physique reste, heureusement, extrêmement rare, mais lorsqu'elle survient, elle est très destructrice puisqu'elle engendre des sanctions administratives, juridiques ou pénales.

Certains comportements et traits de personnalité constituent un terrain idéal pour la survenue de conflits interpersonnels particulièrement s'ils s'expriment chez des individus en position d'autorité au sein d'une équipe. La littérature anglo-saxonne parle du « Mean, Abusive and Disruptive («MAD») physician » [12, 13]. Ces « médecins fous » aux comportements perturbateurs, arrogants, parfois colériques et agressifs, contrôlent leurs relations interpersonnelles par le biais d'intimidations, de menaces, d'humiliations, de manipulations et autres stratégies coercitives [12]. Dans le contexte péri-opératoire, ce type de comportements non-professionnels est le plus souvent le fait de chirurgiens, mais anesthésistes et réanimateurs ne sont pas exempts [13, 14].

#### 1.4.3. AUTRES TYPES DE CONFLITS

Au bloc opératoire, il existe des conflits dont l'origine n'est ni liée à la problématique du patient ni aux individus eux-mêmes. Ils proviennent de différences de valeurs, de priorités, ou d'organisation aux seins des différents groupes professionnels. Ces divergences peuvent parfois conduire à l'émergence de conflits professionnels intergroupes ou interpersonnels, ponctuels ou de longue durée.

Au Etats-Unis, le conflit professionnel entre médecins et infirmiers anesthésistes est connu de longue date [15].

En France, l'adoption de nouvelles règles sécuritaires et organisationnelles, qui réglementent l'activité des anesthésistes et limitent leur disponibilité au bloc opératoire, a contribué à favoriser ce type de conflits. En effet, ces mesures ont déplu à certains chirurgiens et ont engendré un climat de tension, voire de conflit interprofessionnel, qui a parfois débordé jusque dans les médias [16, 17].

## **2. FACTEURS À L'ORIGINE DES CONFLITS AU BLOC OPÉRATOIRE**

Les facteurs à l'origine des conflits de tâches auxquels les anesthésistes sont confrontés au BO sont très nombreux. Ils varient selon la structure hospitalière (locaux, équipement, etc.), sa vocation première (hôpital public, universitaire, pratique privée), son organisation (occupation et attribution des salles, organisation des activités, etc.), son mode de fonctionnement (rôles, activités et autonomies des différents groupes professionnels, prise de décision, échange d'information, etc.), et bien entendu selon les personnalités des individus qui y travaillent [1, 4]. Le Tableau I présente quelques exemples classiques de sources potentielles de conflits au BO impliquant l'anesthésiste.

**Tableau I**

Sources fréquentes de conflits de tâches au BO.

Sources du conflit	Exemples
Organisation des activités opératoires et gestion du temps	« Programmes opératoires trop longs » « Sous-estimation répétée des temps opératoires lors de la programmation » « Chirurgien de garde veut opérer un patient électif sur le programme d'urgence »
Rôles, activités et autonomies des professionnels	« Désaccord sur la pertinence d'une intervention chez un patient donné » « Enchaînements opératoires trop lents au goût du chirurgien » « Chirurgien veut opérer un patient qui n'a pas eu sa consultation anesthésique »
Intérêts et objectifs divergents	« Chirurgien se plaint constamment que le patient n'est pas détendu » « Anesthésiste désire enchaîner rapidement, mais la panseuse temporise pour des questions de stérilité et de nettoyage de salle »
Echanges d'informations, communication	« Chirurgien effectue un geste aux conséquences importantes sans en informer l'anesthésiste » « Anesthésiste doit réaliser une consultation sur la base d'un dossier incomplet ou illisible » « Le chirurgien ne connaît visiblement pas l'histoire médicale de son patient »

### 3. CONSÉQUENCES DES CONFLITS ?

La survenue d'un conflit interpersonnel peut profondément affecter les individus en cause ainsi que l'équipe dans laquelle ils fonctionnent.

Si un conflit de tâches bien géré peut, à des degrés divers, s'avérer constructeur, sa survenue répétée et non résolue est fortement corrélée à l'insatisfaction des membres d'une équipe et aux mauvaises performances de celle-ci.

Les conflits relationnels, quant à eux, ont un impact identique mais encore plus marqué sur les individus et sur la performance des équipes [18]. Les comportements inadéquats, arrogants, manipulateurs, et coercitifs de certains membres de l'équipe péri-opératoire sont source d'insatisfaction, de surmenage, et d'épuisement pour les autres membres de l'équipe. Ils ont pour effet d'augmenter le risque d'erreurs et d'évènements indésirables, compromettant ainsi la qualité des soins et la sécurité des patients [12, 14].

### 4. RÉOLUTION DES CONFLITS AU BLOC OPÉRATOIRE

Lorsqu'un conflit survient au cours d'une intervention chirurgicale, certaines stratégies de résolution de conflit comme la prise de recul, l'arbitrage, la négociation ou la médiation sont inadéquates ou non réalisables dans l'immédiat. Au BO, une réponse rapide, efficace et immédiate, est nécessaire afin d'éviter l'escalade et ses répercussions négatives pour le patient (chirurgien et anesthésiste stressés et/ou distraits, retards inutiles, etc.). La gestion appropriée des conflits nécessite une bonne compréhension de leur mécanisme de survenue. Elle passe par la promotion et la valorisation des comportements professionnels, ainsi que par l'utilisation précoce de stratégies préventives et, lors de conflits avérés, de réponses adaptées aux circonstances.

#### 4.1. PRÉVENIR ET DÉSAMORCER LES CONFLITS

La prévention reste le moyen le plus efficace d'éviter les conflits. Le but est d'agir précocement pour éviter l'escalade. Le contrôle de ses propres émotions est essentiel afin d'éviter des réponses impulsives et inappropriées. Une littérature abondante décrit de nombreuses stratégies pour tenter de désamorcer les comportements générateurs de conflits interpersonnels [19, 20]. Globalement, sept grandes catégories de comportements peuvent être distingués :

- 1) Ecouter l'autre ;
- 2) Calmer le jeu ;
- 3) Prendre du recul ;
- 4) S'affirmer ;
- 5) Mettre l'autre à l'épreuve ;
- 6) Eviter l'affrontement ;
- 7) Recadrer.

Aucune technique n'est infaillible, et il est parfois difficile de prédire laquelle sera la plus appropriée à une situation donnée. En conséquence, l'anesthésiste devrait être capable de maîtriser plusieurs types de réponses et faire preuve d'adaptabilité. Ce point est d'importance critique, car la tendance naturelle des individus est de développer un style de réponse stéréotypée et de l'appliquer à chaque situation difficile rencontrée [9].

#### 4.2. RÉPONSES AUX CONFLITS

Selon les modèles de la littérature psychologique, entre deux et cinq types de réactions ou de stratégies sont possibles en réponse à un conflit avéré [9]. Un modèle classique et populaire distingue quatre types de réponses différentes : l'évitement, l'accommodation, la compétition, ou la collaboration [3]. Le Tableau II résume ces quatre réponses ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients respectifs. Ces réponses ne sont pas mutuellement exclusives et bien souvent les individus utilisent une combinaison de réponses, séquentiellement ou simultanément.

D'une manière générale, les professionnels des soins tendent à répondre aux conflits d'abord par l'« évitement », puis par des attitudes plus agressives et compétitives, et en dernier recours, si le conflit persiste, par des stratégies collaboratives [2]. Si la collaboration et la résolution de problème semble être un mode efficace et constructif pour résoudre des conflits de tâches, les conflits relationnels, en revanche, semblent être mieux gérés par des stratégies d'évitements [9].

**Tableau II**

Différents types de réponse aux conflits [3].

Type de réponse	Description	Avantages	Inconvénients
Évitement	L'existence même du conflit est niée, il est esquivé, évité.	Rapide et utile aux stades précoces lors de tensions importantes.	Inutile voir néfaste à long terme, risque de voir le conflit s'enliser.
Accommodation	On s'adapte aux désirs et aux décisions de l'autre.	Rapide et utile aux stades précoces ou lorsque l'enjeu n'est pas important pour soi.	Intérêts propres non satisfaits. Risque de paraître faible ou manipulable.
Compétition	Le but est d'avoir raison et de sortir gagnant du conflit.	Utile si ressources limitées et si le but est de défendre à tout prix ses intérêts.	Néfaste pour l'esprit d'équipe et la cohésion du groupe.
Collaboration	Le but est de préserver les intérêts des deux parties en trouvant des solutions/compromis.	Utile pour satisfaire toutes les parties et renforcer la cohésion du groupe à long terme	Nécessite du temps et des ressources. Utilité limitée si confiance rompue.

### 4.3. PROFESSIONNALISME ET TRAVAIL D'ÉQUIPE

Dans les moments de tension au BO, c'est l'intérêt du patient qui devrait dicter la conduite des membres de l'équipe et non leurs émotions propres ou leurs intérêts personnels. Ce principe altruiste fait partie des valeurs qui définissent le professionnalisme des médecins en général et des anesthésistes en particulier [21, 22].

En pratique, cela signifie qu'un anesthésiste peut et doit, si nécessaire, tolérer et s'adapter à des modes de communication inappropriés de la part des chirurgiens, car même face à ces attitudes non professionnelles, son rôle est d'agir de façon à promouvoir l'intérêt du patient. Cela implique, qu'en cours d'intervention, il faut parfois savoir entendre ou «encaisser» des critiques agressives, tout en contrôlant ses émotions, et éviter de recourir soit même à l'agression [22].

Idéalement, la promotion des comportements professionnels et la réprobation de comportements non-professionnels devraient être soutenues par l'institution et par la hiérarchie, dans une stratégie globale de valorisation du travail d'équipe et de respect mutuel interdisciplinaire [12]. De plus, il est bien connu que les médecins en formation acquièrent leur savoir-être et calquent leurs comportements sur ceux de leurs aînés [23]. Ces derniers, étant donné leur statut de modèle, ont donc une responsabilité et un rôle clé dans la promotion du professionnalisme [24].

L'anesthésiste, en raison de sa position au sein de l'équipe péri-opératoire, a le pouvoir et le choix de donner le ton aux relations au sein de cette équipe : soit la «confrontation» soit la «collaboration» [22].

## CONCLUSION

Pour de multiples raisons, le BO est un lieu propice aux conflits. Ce constat ne justifie pas pour autant une attitude résignée et fataliste. Les conflits sont sources de stress, d'insatisfaction et d'épuisement pour les membres des équipes du BO, ils augmentent également le risque d'erreurs et mettent ainsi en péril la sécurité des patients.

La prévention et la résolution des conflits au BO représente donc un devoir professionnel pour l'anesthésiste moderne. L'amélioration de ce type de compétences interpersonnelle est possible. Elle passe par une meilleure compréhension de la problématique, par une participation à des ateliers sur la gestion de conflits, par un meilleur contrôle de ses propres réactions et émotions, ainsi que par l'acquisition d'outils et de stratégies capables de désamorcer les comportements générateurs de conflits. Ces efforts d'amélioration personnels doivent être renforcés au plan institutionnel par une culture du professionnalisme, du travail d'équipe et du respect mutuel interdisciplinaire.

---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Booij LH. Conflicts in the operating theatre. *Curr Opin Anaesthesiol* 2007;20:152-6
- [2] Skjorshammer M. Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J Interprof Care* 2001;15:7-18
- [3] Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J* 2006;82:9-12
- [4] Montésinos A. Agressivité, violence et conflit au bloc opératoire. *Gestions Hospitalières* Janvier 1996:23-9
- [5] Licette C. Gérer un conflit: Studyrama, 2007
- [6] Studdert DM, Mello MM, Burns JP et al. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med* 2003;29:1489-97
- [7] Back AL, Arnold RM. Dealing with conflict in caring for the seriously ill: «it was just out of the question». *Jama* 2005;293:1374-81
- [8] Studdert DM, Burns JP, Mello MM et al. Nature of conflict in the care of pediatric intensive care patients with prolonged stay. *Pediatrics* 2003;112:553-8
- [9] Rogers DA, Lingard L. Surgeons managing conflict: a framework for understanding the challenge. *J Am Coll Surg* 2006;203:568-74
- [10] Lingard L, Reznick R, Espin S et al. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Acad Med* 2002;77:232-7
- [11] Pelavski AR, M; Roca, M; De Miguel, M; Roigé, J. Conflicts between anaesthetists and surgeons. *Eur J Anaesthesiol* 2007;24:182
- [12] Piper LE. Addressing the phenomenon of disruptive physician behavior. *Health Care Manag (Frederick)* 2003;22:335-9
- [13] Jackson S. Medical Professionalism in Anesthesia and Critical Care. ESA Meeting, Refresher Course Lectures. Munich, 2006
- [14] Rosenstein AH, O'Daniel M. Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. *J Am Coll Surg* 2006;203:96-105
- [15] Jameson JK. Transcending intractable conflict in health care: an exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers. *J Health Commun* 2003;8:563-81
- [16] Sedel L. La déprime du bistouri. *Journal «Le Monde»*, édition du 13.11.2007
- [17] Martin C. Parlons sans pathos du fonctionnement d'un bloc opératoire. *Journal «Le Monde»*, édition du 22.11.2007
- [18] De Dreu CK, Weingart LR. Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a meta-analysis. *J Appl Psychol* 2003;88:741-9

- [19] Linkemer B. Travailler avec des personnes difficiles Paris: First Editions, 2000
- [20] Chalvin D. L’Affirmation de Soi - Mieux gérer ses relations avec les autres. 13ème édition ed. Paris: ESF éditeur, 2007
- [21] Kearney RA. Defining professionalism in anaesthesiology. *Med Educ* 2005;39:769-76
- [22] Dorotta I, Staszak J, Takla A, Tetzlaff JE. Teaching and evaluating professionalism for anesthesiology residents. *J Clin Anesth* 2006;18:148-60
- [23] D’Eon M, Lear N, Turner M, Jones C. Perils of the hidden curriculum revisited. *Med Teach* 2007;29:295-6
- [24] Goldstein EA, Maestas RR, Fryer-Edwards K et al. Professionalism in medical education: an institutional challenge. *Acad Med* 2006;81:871-6