



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N°021

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/01/2023

PAR

Mlle. Maryam El Bakor

Née Le 03/08/1997 à LAAYOUNE

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Conflits interpersonnels - Bloc opératoire - Nature - Facteurs d'origine

JURY

Mr. Y.AISSAOUI

Professeur en Anesthésie et Réanimation

PRESIDENT

Mr. A.BELHADJ

Professeur en Anesthésie et Réanimation

RAPPORTEUR

Mr. M.LAHKIM

Professeur en Chirurgie Générale

JUGES

Mr. K.TOURABI

Professeur en Chirurgie Réparatrice et Plastique

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قالوا سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنك أنت العليم الحكيم

صدق الله العظيم

"البقرة ٣٢"



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

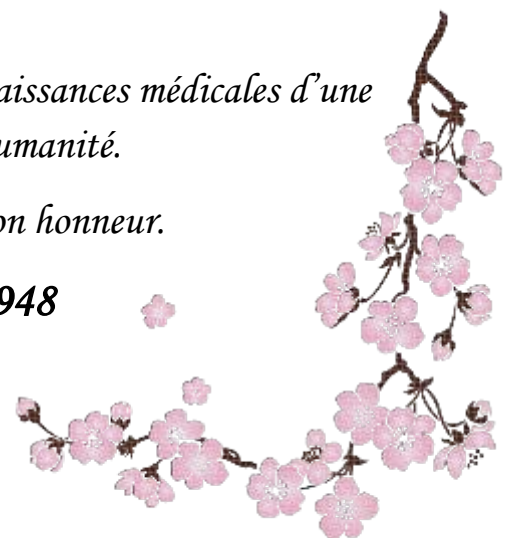
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

doyen chargé de la pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillofaciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAJJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique

ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMAL Said	Dermatologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAKMICH MohamedAmine	Urologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladiesmétaboliques	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru

			maxillo faciale
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
DAHAMI Zakaria	Urologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillofaciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embyologie cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive,santé publique et hygiène)	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie -Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto- rhino- laryngologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice etPlastique
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
CHRAA Mohamed	Physiologie	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice etplastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie
Hammoune Nabil	Radiologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABDELFFETTAH Youness	Rééducation etRéhabilitation Fonctionnelle	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
FDIL Naima	Chimie de CoordinationBio-organique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	PédoPsychiatrie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	EL-QADIRY Raby	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	JALLAL Hamid	Cardiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chir maxillo faciale	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation

AZIZI Mounia	Néphrologie	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie-virologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAOUJOUR Omar	Néphrologie
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	RAGGABI Amine	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETTATI Mariam	Néphrologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie

DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SBAI Asma	Informatique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordinationbio- organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et decatastrophes
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SLIOUI Badr	Radiologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	ZOUIA Btissam	Radiologie

LISTE ARRÊTÉE LE 26/09/2022



DÉDICACES



Je dédie ce modeste travail

A



Tout d'abord à ALLAH

Le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Qui m'a inspirée et guidée dans le bon chemin, Je lui dois ce que je suis devenue.

Louanges et remerciements pour sa clémence et sa miséricorde.

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَاتُ

À ma chère Maman Moulouda Lyounssi,

Tu es ma source inépuisable de tendresse, de patience, patience et beaucoup de patience.

Tu es la lumière qui jaillit dans mes jours et mes soirs.

Tu es la lionne qui me relève avec patience quand je tombe et j'abandonne.

Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes ces longues années de mes études, Tu as usé de ta santé par tant de sacrifices... J'en suis tellement reconnaissante.

Aucun mot ne décrira jamais assez la formidable mère que tu es.

Puisse Allah le tout puissant, te préserver et t'accorder bonne santé et longévité afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

En ce jour j'espère réaliser chère mère l'un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné.

Je te dédie ce travail en gage de ma profonde reconnaissance et de ma tendre affection, Je t'aime fort ma Reine.

À mon chère Papa Mohamed El Bakor ;

Qui m'a donné une parfaite éducation ce qui a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

L'humilité, la droiture, l'endurance, la persévérance que vous

m'avez enseignée, ont été d'un grand appui pour l'aboutissement de ce travail.

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour l'estime et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as déployés pour mon éducation et ma formation.

J'espère de tout mon cœur qu'en ce jour tu es fière de moi.

Je t'aime papa et j'implore Allah le tout puissant pour qu'il t'accorde une bonne santé et une vie longue et heureuse.

{وقل ربّي ارحمهما كما ربياني صغيرا}

À La mémoire de mes grands-parents paternels,

Je ne vous ai malheureusement pas connue, le destin en a décidé ainsi, pourtant je vous connais à travers les yeux de mon père, et je vous voue un immense amour et un grand respect.

Qu'Allah, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.

À mes chers grands-parents maternels

Malgré la distance qui nous sépare, vous êtes toujours présent avec moi, vous ne cesseriez jamais de me prodiguer bon souhait et prière de réussite. Ces quelques mots ne sauraient exprimer tout l'affection et tout l'amour et le respect que je vous dois.

Qu'Allah vous préserve et vous accorde longue vie santé et prospérité.

À mes très chers Frères : Karim le généreux, Abdallah l'affectueux, à la petite adorable Yassine, et à ma sœur adorée Rabiaa

Vous êtes le plus beau cadeau qu'Allah m'a offert, Ma source de motivation et d'énergie positive, Aucun mot ne décrira jamais assez la chance que j'ai d'avoir des magnifiques frères comme vous.

Merci d'être toujours les premières personnes à me soutenir dans les bons comme dans les mauvais moments.

Merci de me prendre doucement par la main pour traverser ensemble les épreuves pénibles de la vie.

Merci de m'avoir encouragé tout au long de mon parcours.

Merci pour tout le bonheur dont vous me comblez par votre existence, tout simplement.

Sachez que mon amour et mon respect pour vous sont sans limites.

J'espère avoir été pour vous la sœur dont vous aviez besoin, et je vous promets que je surveillerai toujours vos arrières et qu'on traversera ensemble toutes les épreuves.

Je vous aime au-delà des étoiles et je vous dédie ce travail en témoignage de mon attachement et de ma profonde reconnaissance

À la mémoire de mes tantes Ito El Bakor et Fatima Lyounssi.

Vous étiez toujours avec moi, dans mon cœur et dans mon esprit.

J'aurais aimé que vous soyez présents ce jour.

Puisse Allah tout puissant, avoir vos âmes dans sa sainte miséricorde.

À ma grande famille : Mes chères oncles et mes adorables tantes, À tous mes cousins et cousines

J'aurais aimé pouvoir citer chacun par son nom.

Merci pour vos encouragements, votre soutien tout au long de ces années.

En reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude et l'amour sincère que je vous porte.

Que nos liens restent toujours solides et que Allah nous apporte bonheur et nous aide à réaliser

tous nos vœux. Je vous aime.

Au plus beau cadeau que la FMPM m'a offert mes très chères amies : Fatima Mezgani, Koutar Sabik, Zahra Nomouss, Soukayna Damiro, Soumia Sabik, Samira Sabri, Imane Sabiri, Fatima Baalla, Hajar abdenajih.

Vous êtes pour moi plus que des amies.

Nous avons parcouru ensemble les étapes les plus importantes de nos vies, et j'espère que ça ne s'arrêtera jamais.

Je ne trouve pas une expression qui illustre ma reconnaissance, les sentiments de fraternité que je vous porte. Je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez.

Que notre amitié reste éternelle, que ce lien si spécial que nous avons tissé au fil du temps soit éternellement incassable.

À mes très chères amies : Mariam El Ouafi, Sanaa Moudden et Tahra Amdiaz.

Nos chemins se sont séparés certes, mais l'amitié demeurera présente à jamais. Que ce travail soit le témoignage des bons moments que nous avons passé ensemble. Je vous souhaite plein de bonheur et de réussite, avec toute mon affection et estime, autant dans votre vie professionnelle que familiale.

À tous mes collègues de la FMPM, À tout mon groupe d'externat et mon groupe des internes de CHR Béni Mellal

Tant de souvenirs sur les bancs de la faculté et durant les stages, qui ont forgé notre personnalité et ont fait de nous les médecins que nous sommes aujourd'hui.

Merci pour les bons moments qu'on a passé ensemble, de votre soutien et de votre serviabilité.

Je vous souhaite une longue vie pleine de bonheur et de prospérité.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

À Mes chers professeurs : Pr KHALID ELMESSBAHI, Pr ELHOUCINE AZAAMI et Pr Fatimazehraa Faouzi.

En témoignage de tous les efforts déployés à enseigner toutes ces générations, je vous dédie ce travail pour vous remercier du fond du cœur pour votre soutien et

Encouragement, et pour vous exprimer ma gratitude, ma reconnaissance et mon profond respect pour vous.

Puisse Dieu vous préserver, ainsi que votre petite famille et vous procurer tout le bonheur et la prospérité et la santé.

À mes anciens enseignants de : l'école primaire Azaytouna, collège Afourar, lycée qualifiant Sed Bin El Ouidane.

À mes chers professeurs de la faculté de Médecine et de pharmacie de Marrakech UCA.

À tous le personnel médical de chirurgie, d'anesthésie et le personnel infirmier participants à cette étude.

*À tous ceux qu'ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.
À tous ceux qui ont pour mission cette tâche de soulager l'être humain et d'essayer de lui procurer le bien-être physique, psychique et social.*

À tous les patients, puisse ALLAH tout puissant vous accorder un prompt rétablissement et soulager vos souffrances.

À tous ceux dont l'oubli du plume n'est pas celui du cœur.

*À tous ceux connus ou inconnus qui vont feuilleter un jour ce travail.
Et Enfin à moi-même.*



REMERCIEMENTS



J'ai longuement hésité à choisir des mots dont la sémantique se hisse au niveau des sentiments de remerciement, de reconnaissance et de gratitude que je désire exprimer à votre intention.

Ayez l'amabilité, vous prie-je, de combler ces mots de leur sens le plus fort et le plus profond.

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR YOUNES AISSAOUI
PROFESSEUR EN ANESTHÉSIE ET REANIMATION

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

Puisse ce travail être pour nous l'occasion de vous exprimer notre profond respect et notre gratitude la plus sincère.

À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR AYOUB BELHADI
PROFESSEUR EN ANESTHÉSIE ET REANIMATION

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier ce travail. Je suis très affectée par votre disponibilité et par le réconfort que vous m'avez apporté lors de l'élaboration de ce travail.

Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Je vous remercie pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps, de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance.

En espérant avoir été à la hauteur de vos attentes, veuillez croire à l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMMED LAHKIM
PROFESSEUR EN CHIRURGIE GÉNÉRALE

Je vous remercie pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant d'être parmi les membres de mon jury.

Je vous présente mes remerciements les plus vifs pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma considération la plus haute et mon respect le plus profond.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR KHALID TOURABI
PROFESSEUR EN CHIRURGIE RÉPARATRICE ET PLASTIQUE.

Je vous remercie pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant d'être parmi les membres de mon jury.

Je vous présente mes remerciements les plus vifs pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma considération la plus haute et mon respect le plus profond.



Figures & Tableaux



LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. RÉPARTITION DES PARTICIPANTS SELON LA TRANCHE D'ÂGE.

FIGURE 3 : LA REPARTITION DES PARTICIPANTS SELON LA SITUATION FAMILIAL.

FIGURE 2:REPARTITION DES PARTICIPANTS SELON LE SEXE

FIGURE 4 : LA REPARTITION DES PARTICIPANTS SELON LA SPECIALITE

FIGURE 5 : LA REPARTITION DES PARTICIPANTS SELON LE STATUE

FIGURE 6 : LA REPARTITION DES PARTICIPANTS SELON L'ANCIENNE

FIGURE 7: LA NATURE DES CONFLITS INTERPERSONNEL AU BO

FIGURE 8 : LES FACTEURS D'ORIGINES DES CONFLITS INTERPERSONNELS AU BO LIE A LA PERSONNE.

FIGURE 9: LES FACTEURS D'ORIGINES DES CONFLITS AU BO LIE A L'ORGANISATION ET GESTION DU TEMPS.

FIGURE 10: LES FACTEURS D'ORIGINE DES CONFLITS AU BO LIE A LA POLITIQUE ET LA GESTION DE L'HOPITAL

FIGURE 11 : LA NATURE DES CONFLITS AU BO SELON LES PARTICIPANTS

FIGURE 12: LES COMPOSITIONS DE CONFLI (SOURCE : INSPIRE DE HARTWICK AND BARKI 2002 ET ALEXANDRE BAILLY ET COLL, 2003).

FIGURE 13 : LE PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT DES CONFLITS

FIGURE 14 : LA NATURE ES CONFLITS INTERPERSONNELS AU BO

FIGURE 15 : LA RELATION PREDIT ENTRE L'INDICE DE RISQUE DU MARQUEUR COMPORTEMENTAL ET COMPLICATION POSTOPERATOIRES ET DECES COMPLICATIONS POSTOPERATOIRE[4]

FIGURE 16: LES STYLES DE GESTION DU CONFLITS SELON THOMAS KILMAN (SOURCE[30]).

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I: LES TAUX DE CONFLIT DE TACHES SELON LA SPECIALITE DES PARTICIPANTS

TABLEAU II : TAUX DE CONFLITS RELATIONNELS SELON LA SPECIALITE

TABLEAU III : LAS TAUX DE CONFLIT DE VALEURS ET DE PRIORITES SELON LA SPECIALITE

TABLEAU IV: LES FACTEURS D'ORIGINE DES CONFLITS LIES A LA PERSONNE

TABLEAU V: LES FACTEURS D'ORIGINES DES CONFLITS LIES A L'ORGANISATION ET LA GESTION DU TEMPS

TABLEAU VI : LES FACTEURS D'ORIGINES DE CONFLITS LIES A LA GESTION HOSPITALIERE

TABLEAU VII : LES CIBLES DES CONFLITS SELON LA SPECIALITE

TABLEAU VIII: TAUX DES CONFLITS LIES A LA PERSONNE SELON LES MEDECINS DANS NOTRE SERIE ET CELLE DE LA LITERATURE.

TABLEAU IX : TAUX DES CONFLITS D'ORDRE ORGANISATIONNELS SELON LES MEDECINS DANS NOTRE SERIE ET CELLE DE SHAMS

TABLEAU X : TAUX DES CONFLITS LIES A LA POLITIQUE HOSPITALIERE DANS NOTRE ETUDE ET CELLE DE SHAMS.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

BO	:	Bloc opératoire
CHU Med VI	:	centre hospitalier universitaire Mohamed VI
HMA	:	Hôpital militaire Avicenne
HMIMVI	:	Hôpital militaire d'instruction Mohamed VI
MA	:	Médecin anesthésiste
MC	:	Médecin chirurgien
IADE	:	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	:	Infirmier du bloc opératoire diplômé d'État
PMA	:	Personnel médical d'anesthésie
PMC	:	personnel médical de chirurgie
SMART	:	Santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RESULTATS	6
I. La taille d'échantillon :	7
II. Données démographiques :	7
1. Age :	7
2. Sexe :	7
3. Situation familiale :	8
4. Spécialité :	9
5. Statut :	9
6. Ancienneté	10
III. La nature des conflits interpersonnels au BO	11
1. conflit de tâches selon la spécialité :	11
2. conflits relationnels selon la spécialité :	12
3. conflits de valeurs et de priorités au sein des groupes professionnels selon la spécialité :	12
IV. Les facteurs d'origine des conflits interpersonnels au BO	12
1. Facteurs liés à la personne	12
2. Les facteurs liés à l'organisation et gestion du temps	4
3. Facteurs liés à la politique et à la gestion de l'hôpital	15
V. Les cibles de conflits au BO :	16
DISCUSSION	19
A. CADRE THEORIQUE	20
I. Définition du conflit	20
II. Genèse des conflits	21
III. le conflit en milieu médical	22
IV. Le conflit au bloc opératoire	23
V. Nature des conflits au bloc opératoire	23
1. Les conflits des tâches	23
2. Les conflits relationnels	23
3. conflits de valeurs et de priorités	24
VI. Facteurs d'origines des conflits	25
1. Facteurs d'origine liés à la personne	25
2. Facteurs d'origine liés à l'organisation et gestion du temps	26
3. Facteurs d'origine liés à l'organisation et gestion du temps	28
4. Les styles de gestion des conflits	29
5. Technique de gestion des conflits	32

B. Discussion de nos résultats	35
I. Nature des conflits au bloc opératoire	35
1. Conflit de tâches	35
2. Conflits relationnels	35
3. Conflit de valeurs et de priorités	36
II. Les facteurs d'origine des conflits au bloc opératoire	37
1. les facteurs d'origine des conflits liés à la personne	37
2. Les facteurs d'origine des conflits liés à l'organisation et gestion du temps:	39
3. Facteurs d'origine de conflits liés à la politique et à la gestion de l'hôpit	42
III. La cible des conflits interpersonnels au bloc opératoi	45
LES LIMITES DE NOTRE ETUDE	47
RECOMMANDATIONS	49
CONCLUSION	52
RESUMES	55
ANNEXES	59
BIBLIOGRAPHIE	62



INTRODUCTION



Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

Le conflit dans le milieu de la santé est défini comme tout différend, désaccord ou divergence d'opinion lié à la prise en charge d'un patient impliquant plus d'un individu et nécessitant une décision ou une action [1]. Les conflits se produisent sur un continuum allant des désaccords mineurs et des différences d'opinion aux conflits de personnalité et l'hostilité, y compris les confrontations physiques [2].

Le travail en milieu hospitalier se caractérise par sa charge augmentée sur son personnels, non seulement en matière de temps, mais aussi physique et psychique et qui nécessite une grande patience et un travail sur soi pour s'adapter à ces conditions, la chose qui n'est pas tout le temps facile et par conséquent aboutit à plus de stress négatif et plus d'épuisement du personnel de santé. De plus le bloc opératoire (BO) est un milieu de travail fermé et restreint qui peut provoquer une sensation d'isolement et de cloisonnement, une absence d'horizon visible et de lumière naturelle ces éléments affectent déjà les biorythmes [3]. Par conséquent c'est le milieu de travail le plus complexe et le plus critique et là où il y a le plus de pression sur le personnel dans l'hôpital, Là où travaillent ensemble un large éventail de professionnels de santé avec des qualités, des qualifications, des priorités, des valeurs, des organisations de travail différentes et où la communication est primordiale. Le bloc opératoire reste alors l'un des structures le plus propice aux conflits entre le personnel au milieu hospitalier, il été rapporté qu'une moyenne de quatre conflits se produisent par intervention chirurgicale de routine [3].

Dans les études récentes de la prise en charge des patients dans l'environnement hospitalier et les structures de soins, les conflits interpersonnels ont été retrouvés dans des proportions assez élevées [4,5] et dans le bloc opératoire les conflits interpersonnels sont jugés inévitables [6]. Certaines études ont mentionné que les conflits entre les professionnels de santé se produisaient à plusieurs reprises au cours de la prise en charge d'environ 50 % à 78 % des patients et que 38 % à 48 % d'entre eux impliquaient des conflits clinicien-clinicien [7]. Il a été signalé qu'au moins 20 % du temps des médecins cadres était consacré à la résolution de

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

conflits [8]. Des groupes de réflexion lors des séminaires sur la gestion du stress au Royaume-Uni ont identifié à plusieurs reprises « les relations professionnelles, en particulier les anesthésistes avec les chirurgiens », comme l'un des facteurs de stress et une source majeure de conflit [2].

Notre étude se consacre donc à :

- Identifier la nature des conflits interpersonnels au bloc opératoire.
- Déterminer leurs facteurs d'origines.



MATERIELS ET METHODES



1. La nature d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive multicentrique (l'hôpital militaire d'Avicenne plus hôpital Ibn Tofail et hôpital Arrazi de centre hospitalier universitaire Mohamed VI).

2. Le lieu de notre étude :

- ✚ Les blocs opératoires de l'hôpital Militaire Avicenne (HMA).
- ✚ Les blocs opératoires de l'hôpital Ibn Tofail.
- ✚ Les blocs opératoires de l'hôpital Arazzi.

3. Critère d'inclusion :

Les résidents en anesthésie-réanimation et de chirurgie, les médecins spécialistes en anesthésie - réanimation et en chirurgie, les infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE) et les infirmiers du bloc opératoire diplômés d'état (IBOD) exerçants au sein des blocs opératoires de HMA, hôpital Arazzi et hôpital Ibn Tofail de CHU MED VI qu'ont remplis le formulaire distribué.

4. Critère d'exclusion :

Les internes, les étudiants en médecine, les aides soignants et les brancardiers.

5. La durée de l'étude :

Nous avons fixé un délai d'un mois allant du 20 juillet au 20 août 2022 pour la collecte des réponses.

6. Recueil et saisie des données

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire (voir annexe) anonyme auto-administré. L'instrument d'enquête a été élaboré à partir de la littérature, il a été pré-testé et modifié en conséquence.

Le questionnaire comporte deux parties distinctes : les caractéristiques démographiques des répondants puis la nature, les facteurs d'origine et les cibles des conflits interpersonnels au bloc opératoire.

Les données ont été analysées à l'aide du programme Excel 2007.



RESULTATS



I. La taille d'échantillon :

Nous avons recueilli 128 questionnaires exploitables parmi ceux distribués, notre échantillon alors regroupe 128 personnes (Le nombre de personnels des blocs opératoires étudié est aux alentours de 514 personnes).

II. Données démographiques :

1. Age :

Nous avons relevé que : 75 participants appartiennent à la tranche d'âge entre 20-30 ans soit 59%, 49 participants appartiennent à la tranche d'âge entre 31-40 ans soit 38% et 4 personnes sont dans la tranche d'âge supérieure à 40 ans soit 3%.

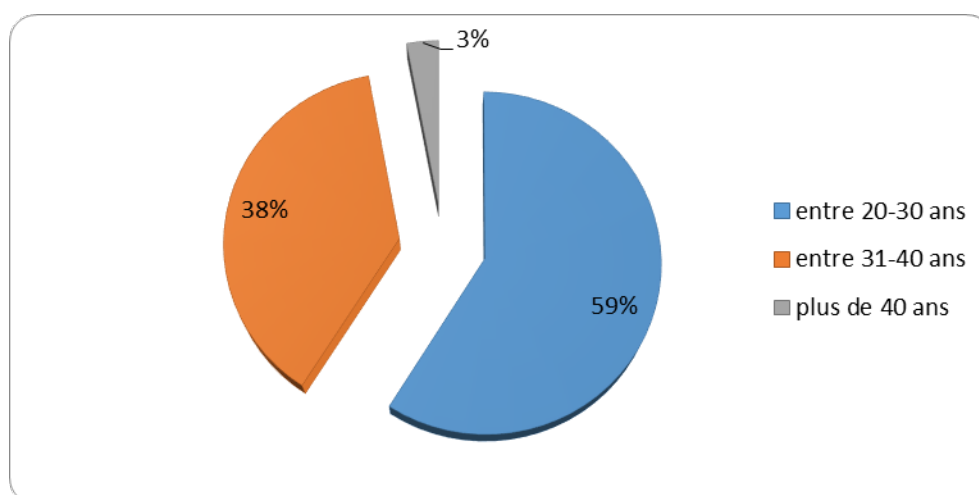


Figure 1. Répartition des participants selon la tranche d'âge.

2. Sexe :

Nous avons relevé une prédominance masculine des participants :

- 72 hommes soit 56%
- 56 femmes soit 44%

Soit un sexe ratio de 1,28

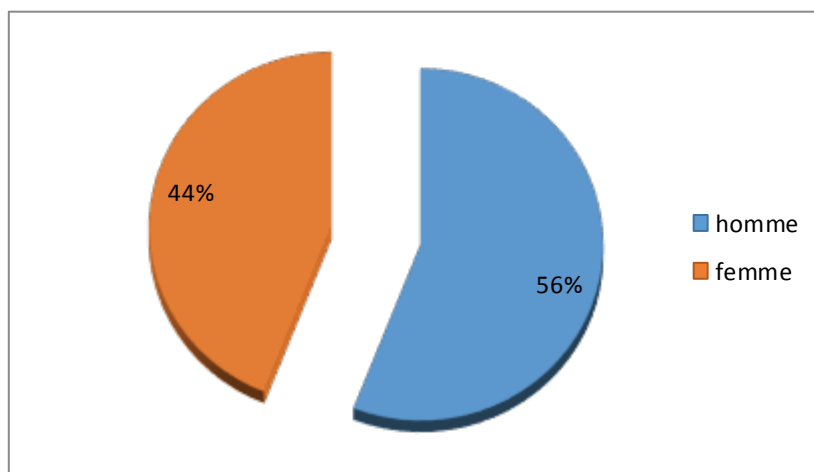


Figure 2: Répartition des participants selon le sexe

3. Situation familiale :

75 personnes sont célibataires soit 59% participants alors que 47 sont mariés soit 38%, et 6 personnes n'ont pas précisé leur statut patrimonial soit 6%.

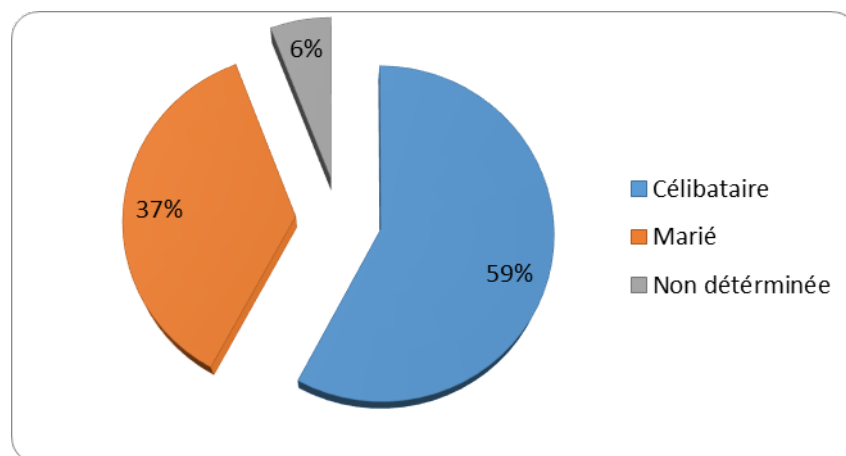


Figure 3 : La répartition des participants selon la situation familiale.

4. Spécialité :

Le personnel médical de chirurgie qui ont accepté de répondre à notre audit est largement supérieur au nombre des autres participants :

- 61 de personnel médical de chirurgie (PMC) soit 48%.
- 12 de personnel médical d'anesthésie (PMA) soit 9%.
- 35 Infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) soit 27%.
- 20 Infirmiers du bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) soit 16%.

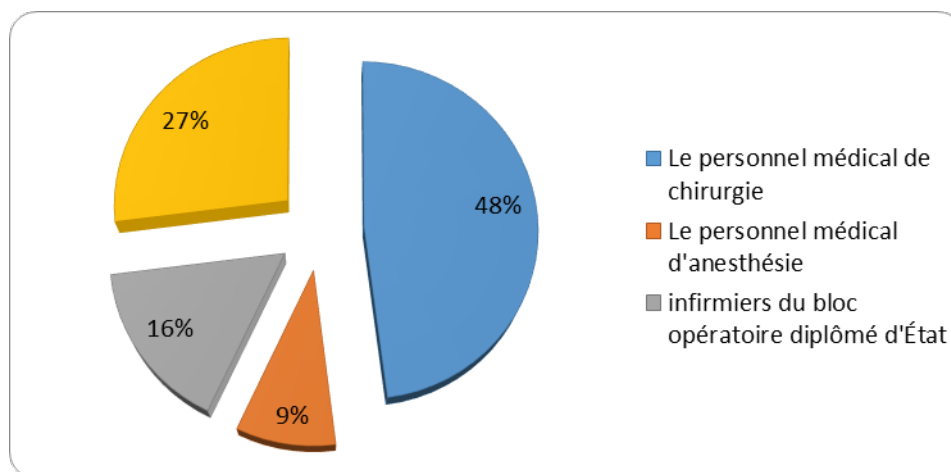


Figure 4 : La répartition des participants selon la spécialité

5. Statut :

La grande partie des participants qui ont répondu au questionnaire sont des résidents dans l'une des deux spécialités chirurgie ou réanimation anesthésie :

- 69 personnes sont des résidents soit 54%.
- 55 personnes sont des infirmiers soit 42.9%.
- 4 personnes sont des spécialistes soit 3.1%.

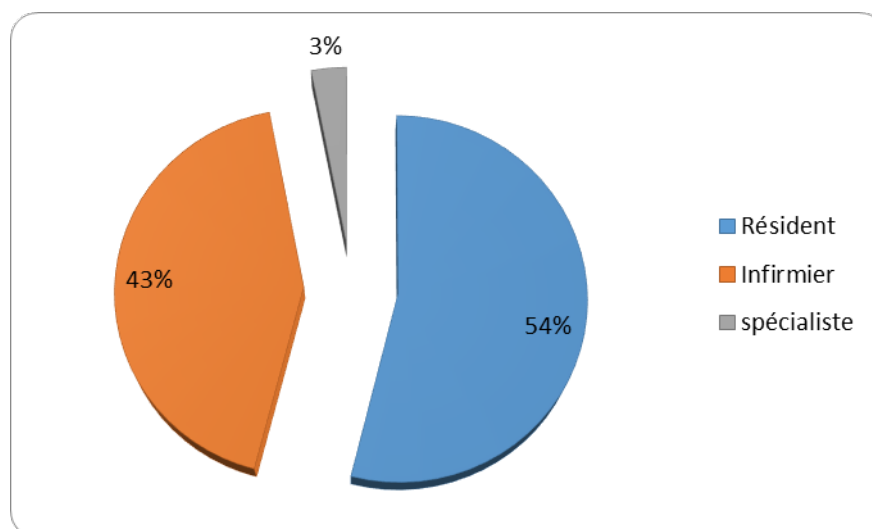


Figure 5 : La répartition des participants selon le statut

6. Ancienneté

Concernant l'ancienneté dans l'exercice : 69 personnes ont entre 0 et 5 ans d'ancienneté soit 54%, 21 personnes ont entre 6 et 10 ans d'ancienneté soit 16%, 15 personnes ont entre 11 et 20 ans soit 12% et 7 personnes ont plus de 20 ans d'ancienneté soit 5%, enfin 16 participantes n'ont pas déterminé leur ancienneté soit 13%.

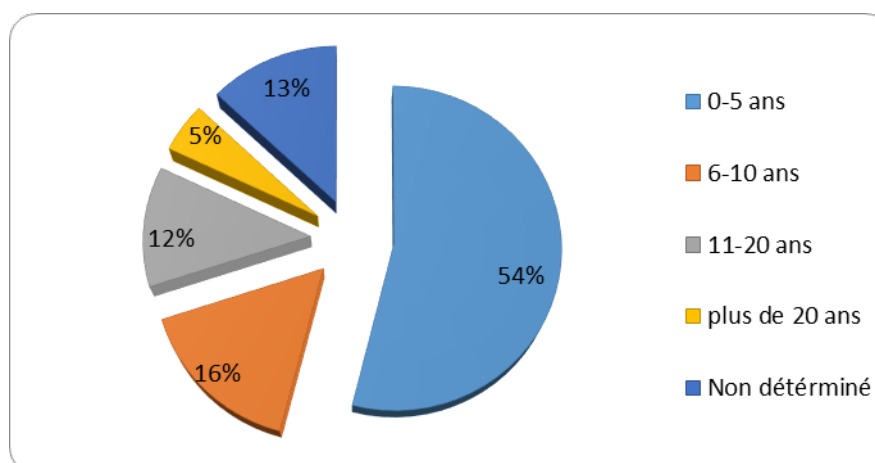


Figure 6 : La répartition des participants selon l'ancienneté

III. La nature des conflits interpersonnels au BO

La nature des conflits interpersonnels au bloc opératoire se divisent en trois grandes catégories dans notre étude : conflits de tâche, conflits relationnels plus les conflits de valeurs et de priorités.

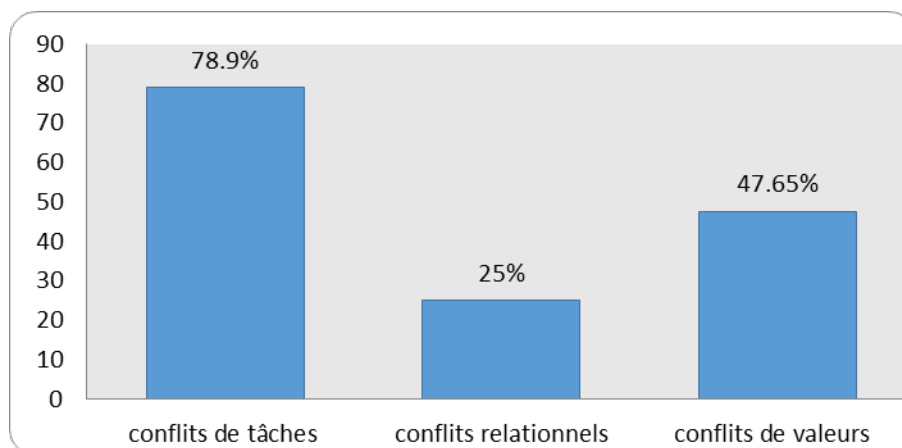


Figure 7: La nature des conflits interpersonnel au BO

La nature des conflits interpersonnels au bloc opératoire est principalement définie en premier lieu comme un conflit de tâches par les différentes spécialités et statuts des participants de notre étude soit 78,9%.

En deuxième lieu c'est les conflits de valeurs et de priorités mentionnés par 47,65 % puis en dernier lieu c'est les conflits relationnels à 25%.

Les résultats sont plus détaillés dans les tableaux ci-dessous :

1. conflit de tâches selon la spécialité :

Tableau I: Les taux de conflit de tâches selon la spécialité des participants

PMC N:61(%)	PMA N:12(%)	IADE N:35(%)	IBODE N:20(%)
51(84%)	7 (58%)	26(74%)	17(85%)

Les conflits des tâches sont plus mentionnés par les infirmiers des blocs opératoires diplômés d'état (IBODE) ainsi que le personnel médical de chirurgie.

2. conflits relationnels selon la spécialité :

Tableau II : Taux de conflits relationnels selon la spécialité

PMC N:61(%)	PMCA N:12(%)	IADE N:35(%)	IBODE N:20(%)
16(26.22%)	4(33.33%)	5(14.28%)	7(35%)

Les conflits relationnels sont plus importants pour les IBODE et le personnel médical d'anesthésie.

3. conflits de valeurs et de priorités au sein des groupes professionnels selon la spécialité :

Tableau III : Taux de conflit de valeurs et de priorités selon la spécialité

PMC N:61(%)	PMA N:12(%)	IADE N:35(%)	IBODE N:20(%)
28(45.9%)	4(33.33%)	21(60%)	8(40%)

Les conflits de valeurs et de priorités sont plus marqués par les infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE).

IV. Les facteurs d'origine des conflits interpersonnels au BO

Les causes de conflits interpersonnels au bloc opératoire se divisent en trois grands groupes dans notre étude :

1. Facteurs liés à la personne

Les facteurs d'origine des conflits interpersonnels au BO liés à la personne selon les participants de notre étude, sont illustrés dans le graphique ci-dessous.

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

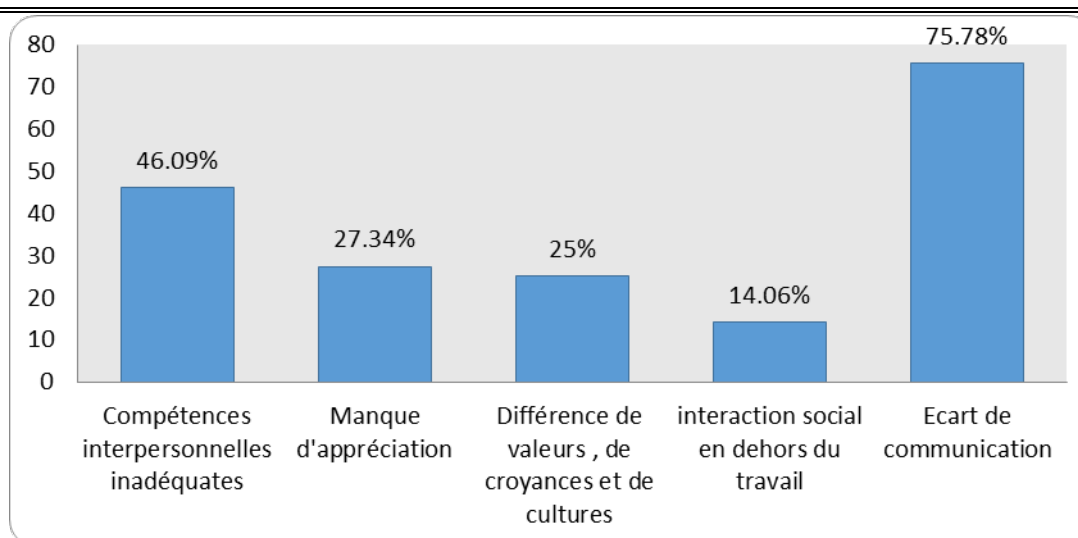


Figure 8 : Les facteurs d'origine des conflits interpersonnels au BO lié à la personne.

Pour ce qui est des causes de conflits liés à la personne : 75,78% des participants pensent que l'écart de communication entre le personnel d'équipe est le facteur principal des conflits au BO. Les compétences interpersonnelles inadéquates est un facteur aussi non négligeable mentionné par 46,09% des répondeurs.

Les résultats sont plus détaillés dans le tableau suivant :

Tableau IV: Les facteurs d'origine des conflits liés à la personne

	PMC N: 61(%)	PMA N:12(%)	IADE N: 35(%)	IBODE N: 20(%)
Compétences interpersonnelles inadéquates.	36(59%)	4(33%)	14(40%)	5(25%)
Manque d'appréciation.	16(26%)	3(25%)	14(40%)	2(10%)
Différence de valeurs, de croyances et de cultures.	12(19.67%)	2(16.66%)	7(20%)	4(20%)
Interaction sociale en dehors du travail.	10(16.39%)	0(0%)	6(17.14%)	2(10%)
Ecart de communication.	43(70.9%)	6(50%)	29(82.85%)	19(95%)

Les compétences interpersonnelles inadéquates sont rapportées plus par le personnel médical de chirurgie et d'anesthésie, alors que le manque d'appréciation est plus contributif aux conflits selon IADE.

2. Les facteurs liés à l'organisation et gestion du temps

Les facteurs d'origine des conflits liés à l'organisation et gestion du temps selon nos répondeurs sont illustrés dans le graphique ci-dessous :

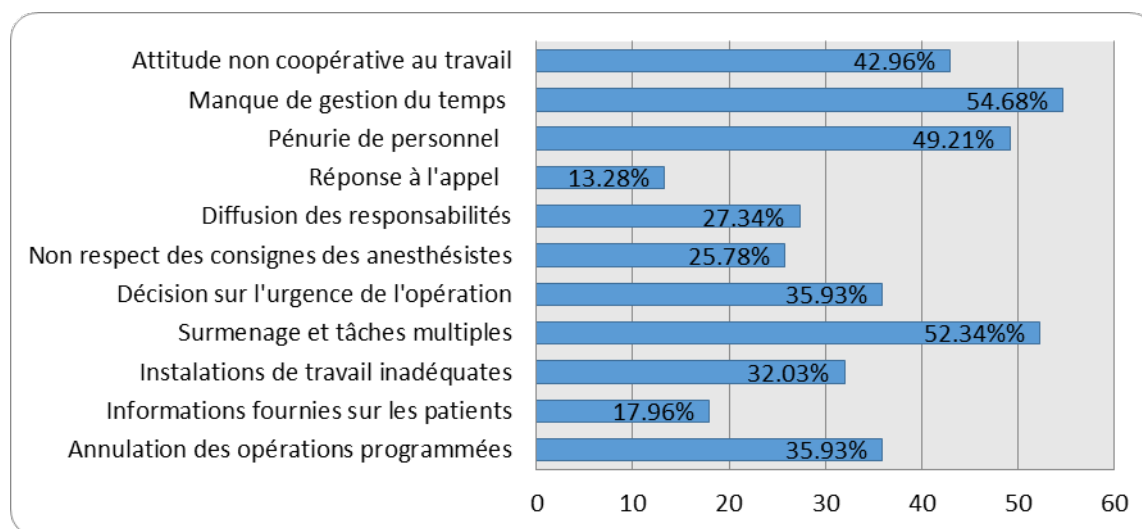


Figure 9: Les facteurs d'origine des conflits au BO lié à l'organisation et gestion du temps.

Manque de gestion du temps en premier, le surmenage et tâches multiples en deuxième puis la pénurie de personnel sont les facteurs d'origine des conflits au BO les plus signalés par nos participants.

Nos résultats sont plus détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau V: Les facteurs d'origines des conflits liés à l'organisation et la gestion du temps

	PMC N: 61(%)	PMA N : 12(%)	IADE N: 35(%)	IBODE N: 20(%)
Annulation des opérations programmées	23(37.7%)	6(50%)	12(34.28%)	5(20%)
Informations fournies sur les patients	8(13.11%)	2(16.6)	10 (28.57%)	3(15%)
Installations de travail inadéquates	23(37.7%)	3(25%)	11(31.42%)	4(20%)
Surmenage et tâches multiples	28(45.9%)	6(50%)	18(51.42%)	15(75%)
Décision sur l'urgence de l'opération	23(37.7%)	4(33.33%)	17(48.57%)	2(10%)
Non respect des consignes des anesthésistes	7(11.47%)	5(41.66%)	21(60%)	0 (0%)
Diffusion des responsabilités	14(22.95%)	21(16.6%)	10(28.57%)	9(45%)
Réponse à l'appel	8(13.11%)	1(8.33%)	4(11.42%)	4(20%)
Pénurie de personnel	30(49.18%)	8(66.66%)	12(34.28%)	13(65%)
Manque de gestion du temps	32(52.45%)	3(25%)	21(60%)	14(70%)
Attitude non coopérative au travail	31 (50.81%)	2(16.66%)	12(34.28%)	10(50%)

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

Le personnel médical de chirurgie considère le manque de gestion du temps (52%), l'attitude non coopérative au travail (51%) et la pénurie de personnel (49%) comme principaux facteurs organisationnels des conflits au BO.

Alors que le personnel médical d'anesthésie trouve que la pénurie de personnel (67%), l'annulation des opérations programmées(50%), le surmenage et les tâches multiples(50%) et le non respect des consignes d'anesthésiste (42%) sont les facteurs organisationnelles des conflits au BO à soulignées .

Pour les infirmiers anesthésistes déclarent que le non respect des consignes d'anesthésiste (60%) et le manque de gestion du temps (60%) sont les deux facteurs primordiaux des conflits au BO.

Selon les infirmiers du bloc opératoire, le surmenage et les tâches multiples (79%), le manque de gestion du temps (74%) ainsi que la pénurie de personnel (68%) sont les facteurs organisationnels des conflits au BO.

3. Facteurs liés à la politique et à la gestion de l'hôpital

Les facteurs d'origine des conflits interpersonnels liés à la politique et la gestion de l'hôpital constatés dans notre étude sont illustrés dans le graphique suivant :

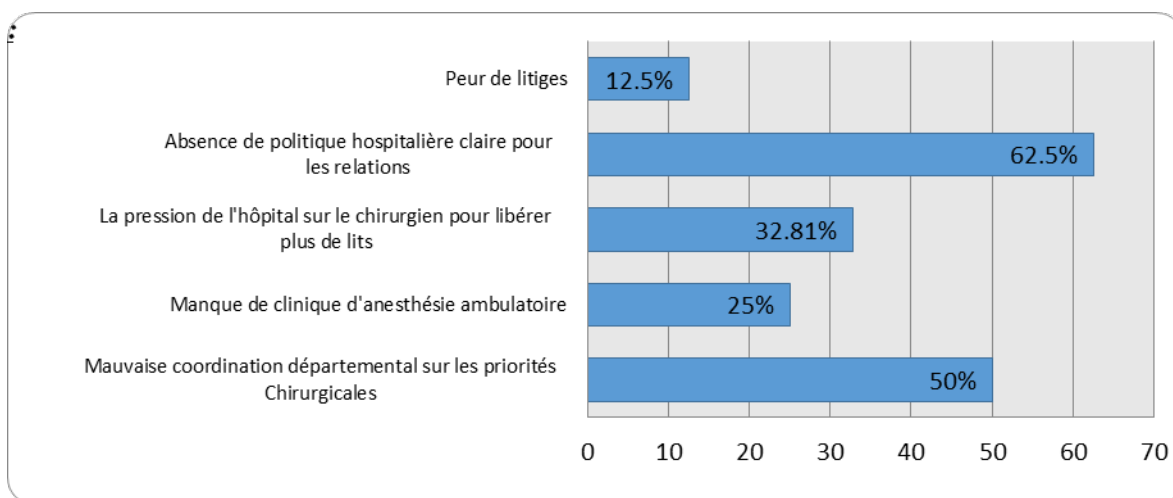


Figure 10: Les facteurs d'origine des conflits au BO lié à la politique et la gestion de l'hôpital.

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

L'absence de politique hospitalière claire pour contrôler les relations au sein du BO est le facteur principal des conflits selon la pluparts des participants.

Nos résultats sont plus détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau VI : Les facteurs d'origines de conflits liés à la gestion hospitalière

	PMC N : 61(%)	PMA N : 12(%)	IADE N : 35(%)	IBODE N : 20(%)
Mauvaise coordination départementale sur les priorités Chirurgicales	34 (55.73%)	1(8.33%)	12(34.28%)	17(85%)
Manque de clinique d'anesthésie ambulatoire	18(29.5%)	4(33.33%)	4(11.42%)	6(30%)
La pression de l'hôpital sur le chirurgien pour libérer plus de lits	23(37.7%)	2(16.66%)	9(25.71%)	8(40%)
Absence de politique hospitalière claire pour les relations	39 (63.93%)	7(58.3%)	14(40%)	20(100%)
Peur de litiges	9(14.75%)	0(0%)	2(5.71%)	5(25%)

On remarque que le manque de clinique d'anesthésie ambulatoire est rapporté le plus par le personnel médical d'anesthésie (33.33%) comme facteur organisationnel des conflits au BO.

La mauvaise coordination départementale sur les priorités chirurgicales est jugée contributive aux conflits selon le personnel médical de chirurgie (55.73%) et les IBODE (85%).

V. Les cibles de conflits au BO :

La cible de conflits au bloc opératoire fait signe à la personne avec qui le répondeur à plus de situations de conflits.

Le graphique suivant illustre la fréquence des conflits avec chaque cible selon nos participants :

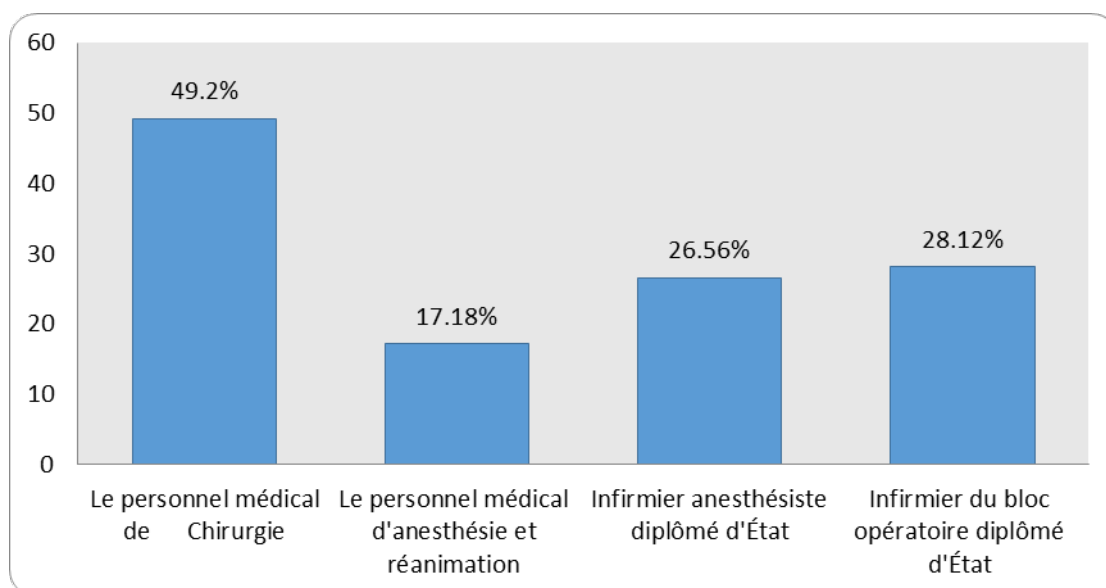


Figure 11 : La cible des conflits selon les participants

Parmi les quatre cibles différentes de conflits interpersonnels au BO, le personnel médical de chirurgie a été classé comme étant la cible de conflit la plus courante pour la majorité des répondants (49.2%).

Les résultats sont plus détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau VII : Les cibles des conflits selon la spécialité

La spécialité de répondeur Ca cible de conflits	PMC N:61(%)	PMA N:12(%)	IADE N: 35(%)	IBODE N:20(%)
PMC	9(14.75%)	9(75%)	29(82.85%)	16(80%)
PMA	16(26.22%)	0(0%)	4(11.42%)	2(10%)
IADE	28(45.9%)	0(0%)	3(8.57%)	3(15%)
IBODE	26(42.62)	0(0%)	5(14.28%)	5(25%)
Non déterminée	81(3.11%)	3(25%)	3(8.57%)	4(20%)

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

Le personnel médical d'anesthésie rapporte que les situations de conflits sont avec le personnel de chirurgie dans 75%.

Le personnel médical de chirurgie a plus de situations de conflits au BO avec les IADE.

On remarque que les répondants selon leurs différentes spécialités ont moins de situations de conflits avec le personnel médical d'anesthésie.



DISCUSSION

A. CADRE THEORIQUE

I. Définition du conflit

Le 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 [9]. Le désaccord peut porter sur des idées, des valeurs, des positions idéologiques, des intérêts ou des personnes ; à noter que « désaccords » et « divergences » bien que souvent précurseurs de conflit, ne conduisent pas forcément à une situation pouvant causer des dommages [6]. 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 [10]. 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.

Le conflit est un aspect dynamique assemble trois dimensions cognitif, comportemental et affectif. Dans leurs travaux portant sur la conceptualisation du conflit interpersonnel, Hartwick et Barki tentent de rassembler ces différents éléments et proposent de définir le conflit comme "un processus dynamique qui se produit entre des parties interdépendantes lorsqu'elles éprouvent des réactions émotionnelles négatives à la perception de désaccords et d'interférences dans l'atteinte de leurs buts." [11]. Foucher et Thomas proposent d'ailleurs une définition assez similaire, Pour eux, "le conflit est un processus impliquant des réactions (émotives et cognitives) et des comportements qui commencent lorsqu'une partie perçoit qu'elle a été, selon elle, lésée par une autre partie ou que cette autre partie s'apprête à le faire"[12].

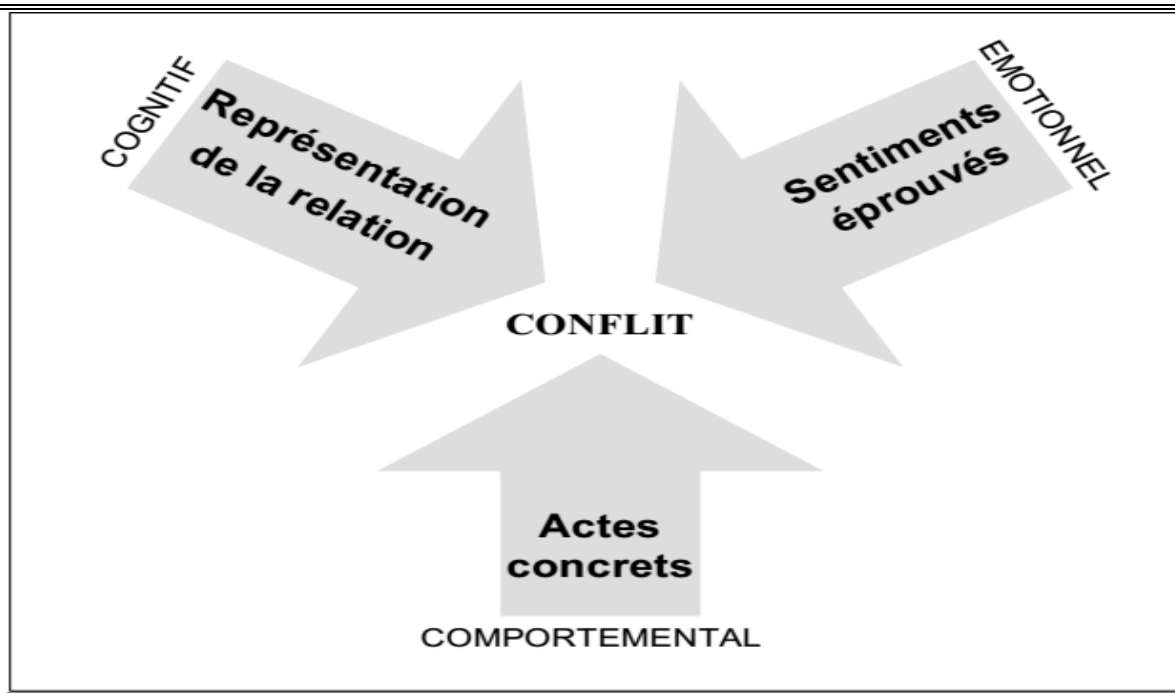


Figure 12 : Les compositions de conflist (source : Inspiré de Hartwick and Barki 2002 et Alexandre Bailly et coll, 2003).

II. Genèse des conflits

Un conflit se développe par étapes successives, des divergences non résolues ou d'autre stimulus stressant provoquent tensions et frustration qui peut mener à un blocage des échanges, et finalement à un conflit ouvert. C'est « l'escalade » classique que nous connaissons tous [13]. Cette évolution naturelle du conflit passe donc par plusieurs phases, où émotions et pensées interagissent étroitement avec actions et comportements [6]. 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 [6].

Un conflit alors passe par au moins quatre phases au cours desquelles les pensées et les émotions interagissent avec les actions : Dans la première phase, une ou plusieurs parties

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

Impliquées dans le conflit éprouveront de la frustration, La frustration est une émotion forte, impérative et pourtant non dirigée qui exige presque toujours notre attention rapide. Nous devons trouver une cause, la conceptualisation de la cause est souvent la seconde phase, cette rationalisation est généralement rapide et peut ne pas être exacte. Le but principal du processus est de cristalliser nos pensées et sentiments douloureux dans un plan d'action, la phase trois représente l'expression, nous dirigeons une série de comportements vers notre « cause » construite. La situation de conflit est formalisée lorsque ces comportements entraînent une série de résultats destructeurs dans la phase quatre [14].

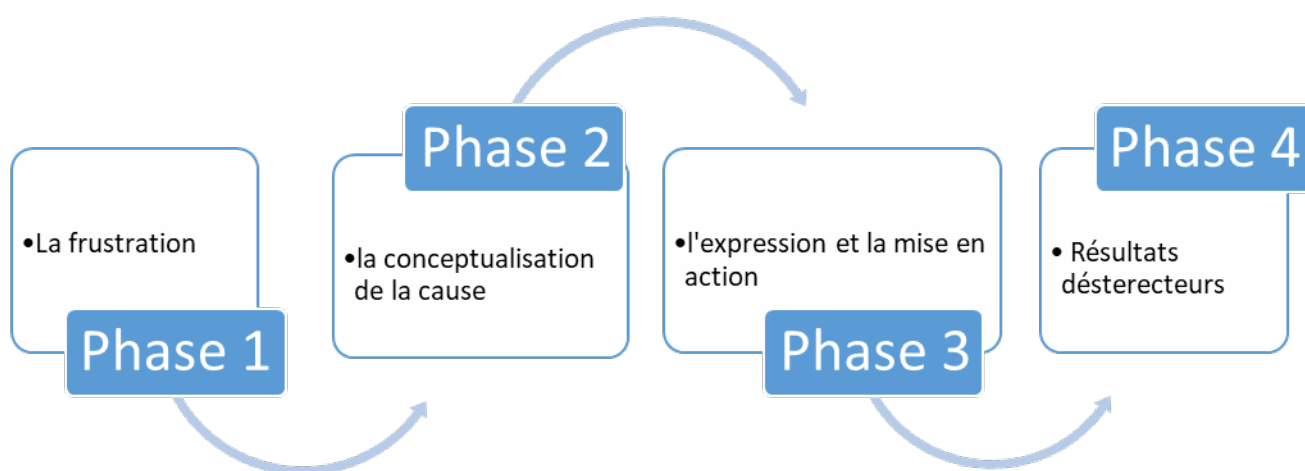


Figure 13 : Le processus de développement des conflits

III. 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, suggé

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

–rant ainsi des définitions variables selon la profession [9]. Certains auteurs définissent le conflit dans le milieu de santé comme tout différend, désaccord ou divergence d'opinion lié à la prise en charge d'un patient impliquant plus d'un individu et nécessitant une décision ou une action [1].

IV. Le conflit au bloc opératoire

Le bloc opératoire est un environnement complexe avec de nombreuses particularités, c'est un lieu de proximité entre les praticiens, de rencontre des professions, milieu affectant les biorythmes, où La technologie est de plus en plus présente et dans Les patients étant vulnérables que l'enjeu crucial de l'intervention chirurgicale est d'assurer leur sécurité. Cela fait de lui un environnement unique où le stress est particulièrement présent et favorise le développement des conflits interpersonnels [15].

V. Nature des conflits au bloc opératoire

1. Les conflits des tâches

La décision de la prise en charge d'un patient au bloc opératoire peut être variée entre les différents membres de l'équipe, ce qui crée des tensions et des désaccords qui peuvent évoluer en un conflit. Le conflit de tâches est alors défini comme 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 [1]. Les conflits de tâches sont monnaie courantes au bloc opératoire et sont dans la plupart des cas facilement résolus grâce à la communication, l'explication des positions respectives de chacun des prenants part et la négociation.

2. Les conflits relationnels

Résultant de malentendu, d'insatisfaction, de rivalité et de confrontation entre les traits de personnalité entre deux personnes qui travaillent au bloc opératoire. Ce type de conflit, bien qu'il soit généralement moins commun que le conflit de tâches, il est souvent plus difficile à résoudre car plus profondément ancré. Lorsqu'ils deviennent publics, ils sont

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

souvent plus bruyants et associés à la colère, la violence et l'agressivité verbale dans la plupart des cas [16]. La violence physique est rarement rencontrée, mais lorsqu'elle se produit, elle est particulièrement dévastatrice car elle entraîne des sanctions administratives, légales ou pénales.

Certains traits de personnalité sont un terrain propice à la survenue de ce type de conflits, notamment s'ils sont exprimés par des personnes en charge d'une équipe. Dans la littérature anglaise on parle de « Mean, Abusive and Disruptive (« MAD ») physicien » [17,18]. Ce sont des médecins perturbateurs aux comportements arrogants colériques et parfois agressifs, contrôlant leurs relations professionnels par les menaces, la manipulation, l'intimidation et autres méthodes de coercition [17].

3. conflits de valeurs et de priorités

En salle d'opération, il y a des conflits dont la cause n'est ni liée aux problèmes du patient ni aux personnes elles-mêmes. Ils découlent de différences de priorités, de valeurs ou d'organisation au niveau des différents groupes de professionnels. Ces différences peuvent parfois entraîner la naissance de conflits professionnels au sein d'un même groupe ou entre différents groupes, résolu rapidement ou qui peuvent se prolonger. Les différences individuelles, telles que les opinions et les valeurs divergentes, créent un potentiel de conflit [19]. La diversité générationnelle entraîne également des conflits car chaque génération apporte son propre ensemble de valeurs, de croyances, d'expériences de vie et d'attitudes au travail [20]. L'interaction intergénérationnelle aujourd'hui est considérablement accrue et les hypothèses, perspectives et attentes non déclarées peuvent provoquer des conflits.

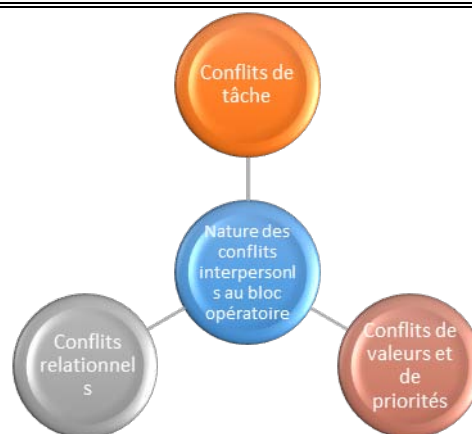


Figure 14 : La nature des conflits interpersonnels au BO

VI. Facteurs d'origines des conflits

1. Facteurs d'origine liés à la personne

a. Compétences interpersonnelles inadéquates

Les compétences interpersonnelles appelées aussi soft skills sont les qualités personnelles humaines et relationnelles que le sujet montre sur le milieu de travail, elles ne concernent ni les diplômes, ni les connaissances techniques sur un sujet mais bien le savoir être : travail d'équipe, adaptabilité, empathie, l'intelligence émotionnelle, la collaboration...

b. Manque d'appréciation

L'appréciation consiste à reconnaître la valeur intrinsèque d'une personne, les réussites ne sont pas ceux qui comptent, c'est la valeur en tant que collègue et en tant que personne.

La reconnaissance au travail permet au personnel de trouver du sens dans son travail et d'être reconnu par les autres membres d'équipe comme un élément essentiel qui fournit sa contribution à la réussite de travail commune.

c. Différences de valeurs de croyances et de cultures

Les personnes ayant des valeurs de travail similaires ont tendance à s'entendre sur les normes du travail et sont plus susceptibles de nouer des amitiés, ce qui à son tour diminue la tension interpersonnelle et augmente la confiance et le respect mutuel.

d. Interaction sociale en dehors du travail

La socialisation entre collègues peut contribuer à créer un environnement de travail positif et agréable ce qui est bénéfique tant au niveau personnel que professionnel, il contribue à bâtir une équipe forte et plus efficace, cela à condition d'une bonne relation interpersonnel en dehors du travail mais c'est le contraire la mauvaise interaction en dehors du travail peut être une source de préjugèment négatives ou des relations tendues entre les membres d'équipes.

e. Ecart de communication

Le théâtre d'opération est l'environnement de travail le plus exigeant où un travail d'équipe interdisciplinaire est nécessaire, basé sur une communication efficace entre les membres de l'équipe.

L'incompréhension conduit à une rupture de communication qui peut encore augmenter les risques de conflit.

2. Facteurs d'origine liés à l'organisation et gestion du temps

Le fonctionnement du bloc opératoire nécessite la présence simultanée de plusieurs professionnels de santé experts, il faut aussi du matériel spécifique, la synchronisation de toutes ces activités et présences correspond à l'organisation du bloc opératoire une étape essentielle est la programmation des interventions dans les plages horaire dédiées aux différentes spécialités chirurgicales.

Les dysfonctionnements dans l'organisation au bloc opératoire sont récurrents. Ils génèrent un ressenti négatif. Il s'agit par exemple de problème lié à l'organisation des programmes opératoires, de gestion des ressources humaines et matériaux disponibles, la gestion des urgences intercalées sur un programme organisé ,la coopération entre les différentes intervenantes et la distribution des tâches selon les responsabilités de chacun...

Dans la plupart des unités d'un établissement de soins de santé, il existe un modèle bien établi de prise de décision hiérarchique, avec le médecin traitant au sommet de la hiérarchie.

Cependant, cette hiérarchie est floue dans la salle d'opération où les décisions cliniques sont particulièrement complexes et où chacun des membres de l'équipe peut agir comme autorité finale à divers moments et dans diverses circonstances [21], Le problème d'organisation est alors une contrainte dans les blocs opératoires.

a. Facteurs liés à la politique et à la gestion hospitalière

Le bloc opératoire est un lieu de passage desservant : plusieurs modalités d'hospitalisation (conventionnelle et ambulatoire), plusieurs services et spécialités; il interagit avec les unités de soins, les urgences, les services d'imagerie...Il influence le fonctionnement de ces unités : prémédication, prise en charge des patients à la sortie du bloc,plages d'urgence.... Alors de ce fait son fonctionnement dépend de la réservation des interventions, les commandes de produits et matériels, la gestion des ressources humaines et la vérification de la possibilité d'accueil en unité de surveillance post interventionnelle.

La programmation des interventions doit être établie conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire qui encadrent le personnel infirmier et gèrent le fonctionnement du bloc opératoire , en tenant compte notamment de la disponibilité de personnel infirmier, des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire.

La politique hospitalière alors peut être source des conflits interpersonnels par défaut de coordination, la limitée de capacité d'hospitalisation dans les services de chirurgie, l'absence de clinique d'anesthésie ambulatoire de plus un programme chargé peut être source de stress et risque de l'augmentation des erreurs médicales.

3. Les effets de conflit

a. Rupture de communication

Lorsqu'un conflit interpersonnel survient, l'effet le plus désastreux est la perte de communication entre les membres d'équipe, au bloc opératoire la communication est jugée défectueuse en plus de 30% des cas [22].

b. Effet indésirable grave sur le patient

Une mauvaise communication et une mauvaise coordination entre le chirurgien et l'anesthésiste ont joué un rôle prédominant dans la survenue d'erreurs médicales évitables [23], l'indice de risque du marqueur comportemental est prédicteur de complication postopératoires et décès.

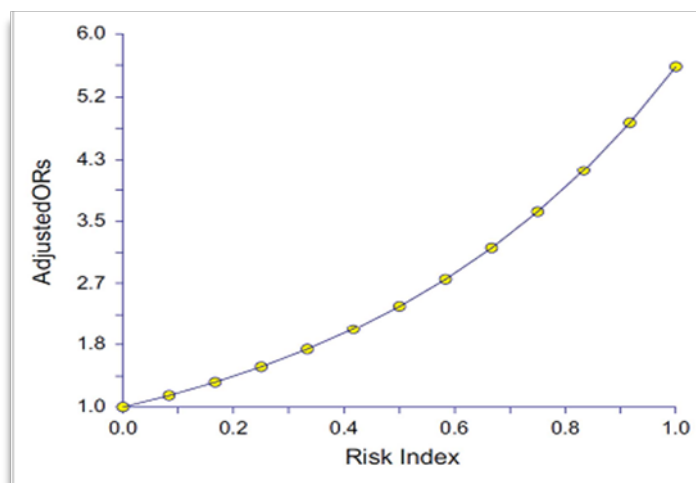


Figure 15 : La relation prédict entre l'indice de risque du marqueur comportemental et complication postopératoires et décès[4]

c. Négativité et environnement du travail hostile

Les relations troublées apportent de la négativité à l'environnement du travail et favorisent un comportement perturbateur. La personne ayant un comportement perturbateur peut utiliser un langage abusif ou menaçant, des commentaires dégradants ou un contact

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

physique intimidant et peut parfois utiliser des remarques publiques désobligeantes sur les soins aux patients, cela rend l'atmosphère de travail plus hostile et difficile à travailler en diminuant ainsi la performance au travail [24].

d. Perte de ressources et altération de l'image de l'institution

Les conflits en salle d'opération diminuent la productivité, car le temps précieux est perdu dans la résolution de ces conflits. Cela apporte également une publicité négative et une couverture médiatique, la qualité des soins aux patients inappropriée et peut donner une mauvaise réputation à l'hôpital, et par conséquent peut entraîner une perte de revenus hospitaliers et une aggravation des crises financières [25].

e. Effet sur la santé physique et mental de personnel travaillant en salle d'opération

Un conflit régulier conduit au stress, et lorsque le stress devient persistant, toutes les parties de l'appareil de stress du corps (le cerveau, le cœur, les poumons, les vaisseaux sanguins et les muscles) deviennent chroniquement suractivées ou sous-activées. Un tel stress chronique peut produire des dommages physiques ou psychologiques au fil du temps, et peut entraîner divers types de troubles anxieux, dépression, troubles d'adaptation, hypertension, insomnie, toxicomanie (la consommation de drogues et d'alcool), obésité, maladies cardiaques, diabète, problèmes gastro-intestinaux (ulcères d'estomac) ... [26]. Une enquête française sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les praticiens des hôpitaux publics a relevé que le burnout se dédouble suite aux relations tendues entre les membres et la faible qualité de travail d'équipe [27].

f. Complications juridiques

Les conflits réguliers dans les salles d'opération entravent l'efficacité des soins aux patients et peuvent entraîner des erreurs médicales, publicité négative, insatisfaction des patients et manque dans les soins médicaux agissent comme un facteur incitatif aux réclamations des fautes professionnelles [28].

g. Répercussions sur les étudiants et les médecins en cours de formation

Etant étudiant être victime ou témoin de conflits interpersonnels peut être source de souffrance, d'influence du choix de spécialité voire plus la reproduction du modèle ,et l'entrée dans un cercle vicieux par conséquence.

4. Les styles de gestion des conflits

Les conflits sont un aspect naturel des organisations, car on ne peut pas s'attendre à ce que deux personnes s'entendent sur tout et à tout moment. Le conflit n'est pas toujours destructeur mais s'il est résolu il peut-être bénéfique pour le patient et l'équipe chirurgicale. Donc c'est crucial d'apprendre à les gérer de manière saine [3].

A fin de préserver un milieu de travail sain il est primordial de savoir gérer efficacement un conflit. Pour ce faire, il faut tout d'abord être en mesure d'identifier sa présence, accepter qu'on pourra avoir des divergences d'opinions entre les deux parties et être prêt à appliquer une méthode de résolution de conflit.

Chaque situation de conflit appelle une approche différente de la gestion des conflits. L'approche la plus efficace nécessite une connaissance de la relation entre les parties impliquées, de l'importance du problème et du temps disponible pour résoudre le conflit.

Thomas Kilmann décrit cinq styles différents de gestion des conflits (concurrence, accommodement, évitement, collaboration et compromis) en fonction de deux dimensions : l'affirmation de soi et la coopération [29,30].

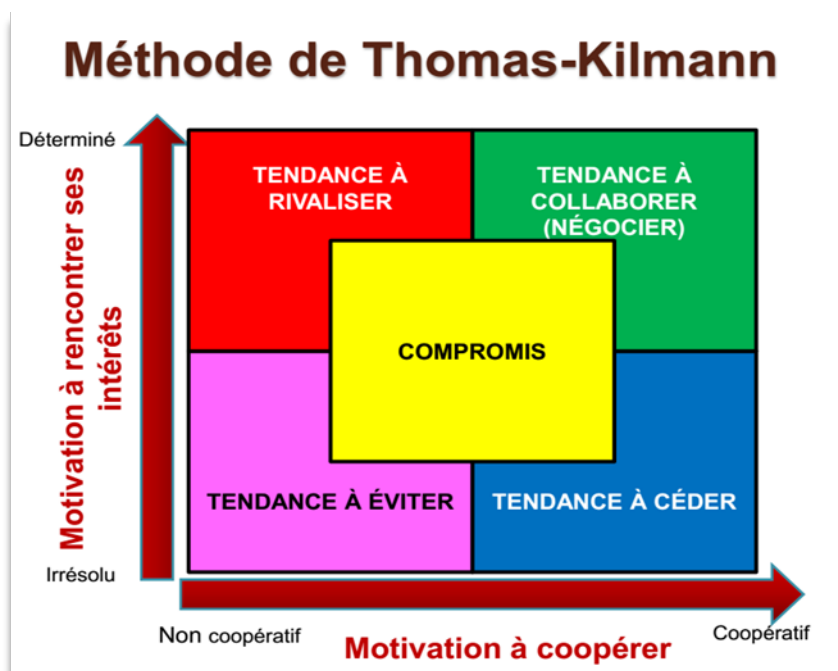


Figure 16: Les styles de gestion du conflits selon Thomas Kilman (source[31]).

- Concurrencer/rivaliser: est plus utile lorsque les enjeux sont élevés et qu'une action décisive est essentielle.
- Accommoder/céder : peut être approprié lorsqu'il est plus important de préserver la relation que le problème immédiat ou lorsque le problème est plus important pour l'autre personne.
- Éviter : peut être plus approprié lorsque le problème est sans importance par rapport à la tâche à accomplir. La discussion du conflit peut être reportée à un moment plus approprié. Bien que l'évitement puisse être avantageux à court terme, l'utilisation à long terme de ce style de gestion des conflits peut être préjudiciable.
- Faire des compromis : est souvent nécessaire lorsque la collaboration n'est pas possible. Dans ce mode, chaque partie doit renoncer à quelque chose pour parvenir à une résolution de conflit.

- collaboration/résolution des problèmes : il est approprié lorsque toutes les parties doivent s'entendre sur l'issue du conflit et lorsqu'il y a suffisamment de temps [3].

5. Technique de gestion des conflits

a. Reconnaître et gérer les émotions

L'intelligence émotionnelle fait référence à la capacité de contrôler et d'exprimer ses propres émotions et d'être en empathie avec les autres. Le personnel de bloc opératoire a besoin d'intelligence émotionnelle pour gérer efficacement des équipes interdisciplinaires, coordonner les soins avec d'autres prestataires et faciliter le changement avec les patients et les collègues [32].

Un aspect important de la gestion des conflits est de reconnaître et d'embrasser les émotions qui surviennent dans les situations de conflit. Le cerveau réagit naturellement au conflit comme une menace et, par conséquent, un "détournement d'amygdale" se produit [33]. L'amygdale est responsable de la réponse "combat, fuite ou gel". Le corps est inondé d'hormones de stress entraînant une réponse cognitive qui ferme le cortex préfrontal, responsable de la pensée logique. Lorsque l'amygdale menace de prendre le dessus, nous devons reconnaître ce qui se passe et gérer nos émotions avant de réagir. Une approche est appelée « aller sur le balcon » [34].

En d'autres termes, éloignez-vous de vos émotions comme si vous regardiez le conflit depuis un balcon pour évaluer la situation plus objectivement. Nous ne pouvons peut-être pas contrôler les émotions de l'autre personne, mais nous pouvons apprendre à contrôler nos propres émotions et réactions.

Une autre stratégie consiste à rediriger l'attention du cerveau vers le cortex préfrontal. Thomas Jefferson a dit un jour : « Lorsque vous êtes en colère, comptez jusqu'à 10 avant de parler. Si vous êtes très en colère, comptez jusqu'à cent. Compter encourage le cerveau à penser logiquement, ce qui accélère la recherche d'une solution mutuellement acceptable au problème. Une stratégie similaire consiste à se concentrer sur un certain objet dans la pièce.

En nous concentrant sur une tâche, nous pouvons diminuer notre réactivité émotionnelle. Cette approche est largement utilisée dans la réduction du stress basée sur la pleine conscience [35,36].

b. écoute active

Dans un conflit, il faut comprendre la situation du point de vue de l'autre personne. L'écoute active est une puissante compétence de communication empathique qui est utile en présence ou en l'absence de conflit. Il peut être un outil précieux pour le personnel de santé a fin d'établir de solides relations avec les collègues et accroître la satisfaction des patients [37].

L'écoute active prend en considération les deux aspects d'un message : le contenu et les émotions sous-jacentes. Les émotions lors d'une situation de conflit sont principalement motivées par cinq "préoccupations fondamentales"[38]. Ces préoccupations comprennent l'appréciation (désir de se sentir reconnu et valorisé), l'affiliation (sentiment de connexion avec les autres), l'autonomie (liberté de prendre des décisions pour soi-même), le statut (désir de se sentir reconnu) et le rôle (désir d'avoir un objectif épanouissant).

On peut utiliser l'écoute active pour reconnaître et répondre à ces préoccupations .La technique de l'écoute active exige une véritable curiosité à l'égard du point de vue de l'autre partie et une attention particulière à ce qui est dit [39]. L'auditeur actif doit prêter attention aux signaux verbaux et non verbaux tels que les expressions faciales et le langage corporel [40,41]. L'auditeur actif exprime son intérêt pour les opinions de l'autre personne, reconnaît ses sentiments et répond en paraphrasant ce qui a été dit. Lorsque l'autre personne se sent entendue, les paroles de l'auditeur actif peuvent avoir un plus grand impact. L'écoute active induit des émotions positives envers l'auditeur actif et peut renforcer les relations au fil du temps [42].

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

c. aligner les intérêts

Beaucoup de gens abordent les conflits en devenant catégoriques et en se disputant pour savoir qui a raison. Au lieu de se concentrer sur les positions, nous devrions nous concentrer sur les intérêts des parties concernées pour trouver une solution collective [39]. Votre position est quelque chose que vous avez décidée, tandis que vos intérêts sont le moteur de votre décision. Séparer les postes des intérêts facilite la réflexion créative et la collaboration. En effet, plusieurs positions différentes peuvent satisfaire un intérêt donné et ces positions ne doivent pas nécessairement entrer en conflit les unes avec les autres. Il existe trois types d'intérêts dans un conflit : substantiel, procédural et psychologique [27]. Les « intérêts substantiels » font référence au « quoi » ou aux résultats et avantages tangibles de la résolution des conflits. Les « intérêts procéduraux » font référence au « comment » ou à la préférence pour le processus de résolution des conflits. Les « intérêts psychologiques » font référence aux émotions qui surviennent lors de la résolution de conflits. Ces trois intérêts doivent être satisfaits, au moins dans une certaine mesure, pour parvenir à des solutions à long terme. Si un conflit est résolu par un processus équitable avec un bon résultat mais que les parties impliquées développent des émotions négatives les unes envers les autres, il est peu probable que cette solution soit durable [3].

d. Exprimer un désaccord en utilisant la méthode DESC

La méthode DESC est un outil de médiation et de management dont le but est d'établir des relations positives et une communication non violente.

DESC est un acronyme expliquant un processus composé de quatre étapes bien distinctes :

- ✚ "D" pour Décrire la situation, sans émettre un jugement, ni donner une opinion. Il s'agit juste de constater les faits et si nécessaire présenter les conséquences négatives engendrées par la situation.
- ✚ "E" pour Exprimer ses émotions et ses ressentis en utilisant "je" pour faire part de ce que vous ressentez à cause de la situation.

- ✚ "S" pour Spécifier des solutions constrictives et réalisables centré sur le patient, en formulant une demande claire et qui s'ouvre à la négociation.
- ✚ "C" pour Conclure avec des conséquences positives, mettre en évidence les avantages de cette solution pour les deux parties [43].

B. Discussion de nos résultats

I. Nature des conflits au bloc opératoire

1. Conflit de tâches

On a trouvé que 78,9% des participants dans notre étude affirment que la nature des conflits interpersonnels au BO sont des conflits de tâches ce qui rejoint les résultats d'un travail canadien qui a montré que les conflits de tâche surviennent entre une à quatre fois par intervention chirurgicale électorale [20]. Une enquête espagnole révèle que deux tiers des anesthésistes entrent régulièrement en conflit avec leurs chirurgiens, avec une fréquence estimée entre une à quatre fois par mois, pour la majorité, et jusqu'à plusieurs fois par semaine pour une petite minorité suite à des conflits de tâches [44].

Le personnel du bloc opératoire a des fonctions différentes qui peuvent conduire à des décisions et des motivations différentes pour ce qu'ils considèrent mieux pour le patient.

La spécialité dans laquelle chacun a été formé, a développé un ensemble de valeurs et protocoles qui sont en accord avec ce qui a généralement optimisé son succès au fil des ans, à titre d'exemple l'intérêt de l'antibioprophylaxie avant et après l'acte chirurgical, le temps d'introduction d'alimentation en préopératoire et en postopératoire...

2. Conflits relationnels

Les conflits relationnels sont moins rapportés aussi dans notre étude que dans la littérature. Un travail mené au sein d'un hôpital universitaire de TĀWAN déclare que tous les 147(100%) incidents des conflits rapportés se sont concentrés sur le contenu ou le processus de la tâche, visé 41 (27,9 %) seulement qui rapporte aussi un conflit relationnel [45].

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

Ce type des conflits est expliqué généralement par des personnalités abusives ce qui peut avoir un effet dévastateur sur la cohésion du travail en équipe dans le bloc opératoire.

3. Conflit de valeurs et de priorités

Les conflits de valeurs et de priorités au sein des groupes professionnels sont aussi importants, ils sont mentionnés par 47,65% de nos participants ce qui fait écho aux résultats d'une étude nigérienne dans la quelle 59,5% de ses participants (66,7% des médecins et 57,5% des infirmiers) suggèrent qu'un développement inadéquat des compétences interpersonnelles joue un rôle dans leurs relations au travail, aussi elle a conclu que les activités syndicales d'une profession étaient contraires aux intérêts de l'autre [46].

Les caractéristiques, les valeurs, les objectifs et les besoins des individus qui ne coïncident pas toujours rendent les conflits dans les organisations un aspect habituel [47]. Les antécédents culturels, l'éducation, l'expérience et la formation sont jugés contributives aux conflits [48].

II. Les facteurs d'origine des conflits au bloc opératoire

1. les facteurs d'origine des conflits liés à la personne

Les facteurs d'origine des conflits liés à la personne selon les médecins dans notre étude sont présentés dans le tableau ci-dessous en les comparant avec ceux de l'étude de Shams et al ainsi que d'Abdelkhaled et al.

Tableau VIII: Taux des conflits liés à la personne selon les médecins.

Les facteurs d'origine liés à la personne	NOTRE SERIE		Série de Shams et al (hôpital Mansoura Égypte)		Série d'Abdelkhaled et al (HMIMVI de Rabat)	
	PMA(%)	PMC(%)	MA(%)	MC(%)	MA (%)	MC(%)
Compétences interpersonnelles inadéquates	33	59	100	100	34	23
Manque d'appréciation	25	26	100	31	14	39
Différence de valeurs, de croyances et de cultures	17	20	50	49	14	18
Interaction sociale en dehors du travail	0	16	95	57	7	74
Ecart de communication	50	70	62	55	82	57

a. Les compétences interpersonnelles inadéquates

Les compétences interpersonnelles inadéquates sont rapportées comme facteur des conflits au BO par tous les participants dans l'étude de Shams et al [2], cependant elles sont mentionnées en deuxième lieu dans notre série ainsi que celle d'Abdelkhaled et al [49] avec une différence entre les deux : elles sont rapportées chez nous plus par les chirurgiens que par les anesthésistes.

Pour le personnel infirmier elles sont rapportées par 40% des IADE et 25% des IBODE dans notre étude vis-à-vis 57% des infirmiers selon l'étude d'Ogbimi et al [46]. Cette différence peut être expliquée par l'influence de l'environnement et de culture sur le développement des compétences sociales et relationnelles.

b. Le manque d'appréciation

Le manque d'appréciation est moins rapporté par le personnel médical de chirurgie et d'anesthésie dans notre étude, alors il est plus mentionné par les chirurgiens dans l'étude d'Abdalkhaled et al et par les anesthésistes dans la série de Shams et al. Il est aussi jugé ayant effet sur les relations interpersonnelles selon 66.1% des infirmiers dans l'étude nigérienne envers 40% des IADE et 10% des IBODE dans notre étude.

On conclue alors que le manque d'appréciation et de reconnaissances par les paires entraîne une frustration et déclenche des conflits entre le personnel d'équipe.

c. Les interactions sociales en dehors du travail

Les interactions sociales en dehors du travail sont moins déclarées comme facteur des conflits par nos médecins et ceux de la série d'Abdalkhaled et al contrairement à ceux de la série de Shams et al. Aussi pour nos infirmiers : 17.14% des IADE et 10% des IBODE vis à vis 52.1% des infirmiers dans l'étude nigérienne.

Ce facteur est moins rapporté par nos participants vue qu'il n'y a pas d'activités extraprofessionnelles qui les ressemblent en dehors des horaires du travail.

d. La différence de valeurs, de croyances et de culture

Ce facteur est moins fréquent dans notre étude que ça soit, pour les médecins ou pour les infirmiers (20% des IADE et 20% des IBODE), aussi dans l'étude d'Abdalkhaled et al, par contre pour les participants dans l'étude de Shams et al il est mentionné à des proportions plus au moins importantes.

La différence de valeurs, d'objectifs et de croyances entre les individus peut contribuer à des difficultés de communication et de compréhension du point de vue de l'autre personne et alors conduisant au conflit [50].

e. L'écart de communication

L'absence de communication était fréquemment rapportée par le personnel médical de chirurgie et d'anesthésie comme ayant un effet sur les relations de travail dans notre série, d'Abdalkhaled et al et la série de Shams et al. Dans l'enquête réalisée par l'association SMART

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

(Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail) en 2018 en France le manque de communication et la non compréhension des problèmes de chacun des membres sont des facteurs des conflits interpersonnels au BO dans 64% [51]. Des informations erronées ou incomplètes concernant les patients sont une source fréquente de malentendus entre chirurgien et anesthésiste [52], L'incompréhension conduit à une rupture de communication qui peut encore augmenter les risques des conflits [17].

La majorité des infirmiers dans notre étude (82.85% des IADE et 95% des IBODE) signale que l'écart de communication est un facteur de conflit interpersonnel au bloc opératoire, cette constatation est aussi trouvée dans nombreuses études menées dans des pays différents.

Dans une étude canadienne le facteur d'origine des conflits interpersonnels au sein d'équipe fréquemment mentionné par les infirmiers est la communication, notamment son style, qu'il soit verbal ou non verbal, ou le manque de communication [53].

Dans l'étude nigérienne 50,7% des infirmiers ont mentionné que des lacunes en matière de communication ont contribué à des conflits fréquents avec les médecins [46].

Ce problème de communication peut être attribué au défaut d'intégration des formations en communication et en gestion des relations, dans le programme des études médicales et paramédicales.

2. Les facteurs d'origine des conflits liés à l'organisation et gestion du temps:

Les facteurs organisationnels des conflits selon les médecins dans notre étude sont présentés dans le tableau ci-dessous en les comparants avec ceux de l'étude de Shams et al.

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

Tableau IX : Taux des conflits d'ordre organisationnels selon les médecins.

Les facteurs d'origine Liés à l'organisation des activités et à la gestion du temps au BO	Notre série		Série de Shams et al	
	PMA (%) N=12	PMC(%) N=61	MA (%) N=64	MC (%) N=45
Annulation des opérations programmées	50	37.7	15.6	91.1
Informations fournies sur les patients	16.66	13.11	93.8	100
Installations de travail inadéquates	25	37.7	92.2	11.1
Surmenage et tâches multiples	50	45.9	100	100
Décision sur l'urgence de l'opération	33.33	37.7	95.3	11.1
Non respect des consignes des anesthésistes	41.66	11.47	98.4	0
Diffusion des responsabilités	16.66	22.95	93.9	13.6
Réponse à l'appel	8.33	13.11	15.6	88.9
Pénurie de personnel	66.66	49.18	100	100
Manque de gestion du temps	25	52.45	90.6	15.7
Attitude non coopérative au travail	16.66	50.81	96.9	26.7

Dans notre étude le manque de gestion du temps, attitude non coopérative au travail, pénurie de personnel ainsi que le surmenage et tâches multiples ont été identifiées par le personnel de chirurgie comme des facteurs majeurs de conflits et de mauvaises relations au travail.

Alors que la pénurie de personnel en premier lieu, l'annulation des opérations programmées avec le surmenage et tâches multiples en second, puis le non respect des consignes des anesthésistes étaient les causes de conflits les plus fréquemment signalées par le personnel d'anesthésie ce qui rejoint en grande partie la série de Shams et al [2].

D'autres facteurs sont rapportés différemment entre les deux études ; les anesthésiologistes dans la série de Shams et al signalent plus le manque de gestion du temps et la non coopération au travail, par contre chez nous ils sont mentionnés le plus par le personnel de chirurgie.

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

On remarque aussi que la pénurie de personnel, le surmenage et tâche multiples ont été signalés par presque la totalité des médecins dans leurs séries qui diffèrent chez nous selon la spécialité des participants.

Pour nos infirmiers ils déclarent que le manque de gestion du temps (21% des IADE et 14% des IBODE), le surmenage et les tâches multiples (51.4% des IADE et 75% des IBODE) puis la pénurie de personnel (34.28% des IADE et 65% des IBODE) sont les facteurs organisationnels les plus contributifs aux conflits, la constatation qui a été affirmée par Espin et Lingard qui définissent le temps comme un catalyseur de tensions au bloc opératoire; en étudiant les modèles de communication entre les infirmiers et les chirurgiens, ils ont découvert que le temps étant le thème le plus saillant et dominant [20], RILEY et MANIAS aussi confirme dans leur étude la centralité du temps comme source des conflits interprofessionnels [54].

Le défaut des informations fournies sur les patients (28.57% des IADE et 15% des IBODE), attitude non coopérative au travail (34.28% des IADE et 50% des IBODE) et la pénurie de personnel (34.28% des IADE et 65% des IBODE) sont aussi des facteurs non négligeables ce qui rejoint les résultats de l'étude de Ogbimi et al qui ont constaté les effets de ces facteurs sur les relations interpersonnelles à des degrés plus importants que chez nous : défaut d'information fournies sur les patients à 65.5%, la non coopération au travail à 79.5% et la pénurie du personnel à 79.5%[46].

Au total on a relevé que la mauvaise organisation, le management défectueux du temps et des ressources, la pénurie de personnel et la charge de travail élevée sont des causes assez importantes dans la genèse des conflits interpersonnels au bloc opératoire, ce qui est concordant avec le résultat de l'enquête de SMART ayant trouvé les charges de travail, la fatigue et le manque de personnel comme générateur des conflits dans 56%, puis la désorganisation et le management défectueux à 51%[51].

3. Facteurs d'origine de conflits liés à la politique et à la gestion de l'hôpital

Les facteurs organisationnels des conflits selon les médecins dans notre étude sont présentés dans le tableau ci-dessous en les comparant avec ceux de l'étude de Shams et al

Tableau X : Taux des conflits liés à la politique hospitalière.

Les facteurs d'origine liés à la politique et à la gestion de l'hôpital	Notre série		Série de Shams et al	
	PMA %(n=12)	PMC %(n=61)	MA %(n=64)	MC %(n=45)
Mauvaise coordination départementale sur les priorités Chirurgicales	8.3	55.7	89.1	4.4
Manque de clinique d'anesthésie ambulatoire	33.3	29.5	93.8	11.1
La pression de l'hôpital sur le chirurgien pour libérer plus de lits	16.6	37.7	100	100
Absence de politique hospitalière claire pour Contrôler les relations	58.3	63.93	100	100
Peur de litiges	0	14.7	100	100

a. Mauvaise coordination départementale sur les priorités Chirurgicales

La mauvaise coordination départementale sur les priorités chirurgicales est un facteur ayant effet sur le développement des conflits, de point de vue de personnel médical de chirurgie (55.7%) plus que celui d'anesthésie (8.3%) dans notre série. Contrairement aux résultats de la série de Shams et al [2] qu'ont trouvé 89.1% d'anesthésiologistes vis-à-vis 4.4% de leurs chirurgiens. Cette différence peut être expliquée par le nombre bas de personnel médical d'anesthésie participants dans notre étude par rapport à celui de personnel médical de chirurgie.

Aussi ce facteur est rapporté de façon variée par notre personnel infirmier ; 85% des IBODE vis-vis 34.28% des IADE.

Alors dans notre étude l'équipe chirurgicale à plus de problèmes dans la régulation interdépartementale des programmes opératoires. On se comparant avec les pays occidentaux on pourrait expliquer cela par l'absence d'un comité chirurgical chargé de coordonner et de

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

prioriser les cas admis au BO; mais étant donné que dans les blocs opératoires où notre étude a été menée chaque salle est consacrée à un service chirurgical particulier, les conflits liés à la coordination des priorités chirurgicales dans notre contexte se sont posés surtout lors de la régulation des urgences; par exemple que privilégier l'évacuation d'un hématome sous-dural ou la réparation d'une hernie étranglée.

Dans la plupart des unités d'un établissement de soins, il existe un modèle bien établi de prise de décision hiérarchique, avec le médecin traitant au sommet de la hiérarchie. Cependant, cette hiérarchie est floue dans les salles d'opérations où les décisions cliniques sont particulièrement complexes et où chacun des membres de l'équipe peut agir comme autorité finale à divers moments et dans diverses circonstances [21].

b. Manque de clinique d'anesthésie ambulatoire

Le manque de clinique d'anesthésie ambulatoire qui est un facteur de conflit pour les 33.3% des anesthésiologistes vise 29.5% des chirurgiens dans notre étude alors que dans la série de Shams et al la différence est plus importante 93.8% des anesthésiologistes vis-à-vis seulement 11.1% des chirurgiens, il reste plus apprécié par les anesthésistes que par les chirurgiens.

Cette constatation varie pour nos infirmiers ; les IADE le mentionnent moins comme facteur des conflits interpersonnels au sein d'équipe de BO, seulement 11.42% d'eux vis-à-vis 30% des IBODE.

Alternative à l'hospitalisation dite traditionnelle qui nécessite un hébergement la chirurgie ambulatoire permet au patient de regagner son domicile le jour même de son admission, après avoir bénéficié d'une intervention chirurgicale sur un plateau technique hospitalier. Cette alternative nécessite l'adaptation d'un circuit particulier facilitant l'évaluation anesthésique des patients on pré et postopératoire pour la prévention des complications possibles.

De ce fait le manque de clinique d'anesthésie ambulatoire peut être cause d'une charge de travail augmentée, plus de ressources humaines et matérielles mobilisés, plus de retard de

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

prise en charge suit au flux massif des patients, alors plus de situations conflictuelles entre les membres d'équipe du BO.

c. La pression de l'hôpital sur le chirurgien pour libérer plus de lits

La pression de l'hôpital sur le chirurgien pour libérer plus de lits est contributive aux conflits interpersonnels au BO pour 37.7% des chirurgiens et 16.6 % des anesthésiologistes dans notre étude, alors que son influence est plus importante pour les participants de série de Shams et al qui sont tous mis en accord (100%) que c'est un facteur de conflit que se soit pour les chirurgiens ou pour les anesthésiologistes.

Ce facteur est plus rapporté par les IBODE 40% d'eux vis-vis 25.71% des IADE il est donc un facteur non négligeable dans la genèse des conflits au BO pour les infirmiers aussi.

La limité de la capacité litière dans les services de chirurgie nécessaire pour l'admission, la préparation et la prise en charge postopératoire des malades peut conduire à établir des programmes opératoires longs, épuisants les ressources et à annuler des opérations déjà fixés. Par conséquence elle aboutit à des relations tendues entre les chirurgiens et les anesthésistes.

d. Absence de politique hospitalière claire pour contrôler les relations

L'absence de politique hospitalière claire pour contrôler les relations est en première ligne des facteurs des conflits pour notre personnel médical de chirurgie (63.9%) et d'anesthésie (58.3%) ce qui est proche des résultats de Shams et al [2], qui l'ont enregistré à des valeurs plus importantes:100% des participants.

Pour la plupart de notre personnel infirmier (100% des IBODE et 40% des IADE) la politique hospitalière a un effet important sur la relation interpersonnel au BO, ce qui rejoint en grand partie les résultats d'étude nigérienne où 45% des infirmiers participants à l'étude affirment que la gestion hospitalière influence la relation médecin-infirmier.

La politique hospitalière qui contrôle les relations entre les différentes catégories de personnel de santé, qui définit les responsabilités de chacun et la hiérarchie dans la prise de décision, leur absence conduit souvent à des confrontations entre les professionnels de santé.

e. Peur de litiges

Parlent de peur de litiges on remarque une grande différence selon les spécialités des participants chez nous (14.7% des chirurgiens contre 0% des anesthésiologistes, 5% des IBODE et 2% des IADE) , dans l'étude de Shams et al ils ont trouver ce facteur comme générateur des conflits pour 100% des participants. Dans le même contexte Sexton et ses collègues ont constaté que la susceptibilité à l'erreur n'est pas universellement reconnue par le personnel médical, et beaucoup signalent que l'erreur n'est pas gérée de manière appropriée dans leur hôpital [55].

Cette crainte du contentieux pourrait pousser les médecins à accomplir un acte qui n'est pas au profit du patient mais uniquement pour assurer une bonne défense juridique contre toute réclamation. Dans leurs efforts pour se protéger des poursuites judiciaires, les médecins déplacent souvent leur attention du patient vers les données. Le désir de certitude dans un diagnostic est compréhensible, cependant, il y a un point où le danger et le coût des tests supplémentaires l'emportent sur les avantages. Des tests supplémentaires peuvent faire perdre du temps et retarder le début des opérations, ce qui pousse par conséquent le patient et l'hôpital à mettre plus de pression sur le chirurgien, ainsi apparaissent les conflits anesthésiste-chirurgien [2], entre autres les bilans demandés par les anesthésiologistes lors des consultations pré-anesthésiques parfois contestés par les chirurgiens.

III. La cible des conflits interpersonnels au bloc opératoire

A partir de notre étude on a constaté que le personnel médical de chirurgie est la cible de conflit la plus courante pour 49.2% des participants suivie d'IBODE pour 28.12%, IADE pour 26.56 % et le médecin anesthésiste pour 17.18%.

Les résultats rejoignent celle d'une étude réalisée dans un des hôpitaux de Taiwan montrent que les médecins du bloc opératoire étaient la cible la plus fréquente des conflits interpersonnels pour les participants suivis des infirmiers du bloc opératoire et des anesthésistes [45].

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

Un schéma similaire a été rapporté par Sexton et ses collègues, ils ont constaté que 39 % des médecins anesthésistes, 43% des infirmiers en anesthésie et 48% des infirmiers en chirurgie ont évalué les interactions avec les chirurgiens à des niveaux les plus faibles, tandis que 62 % du personnel chirurgical ont évalué le travail d'équipe avec le personnel d'anesthésie comme étant très élevé. En d'autres termes, la chirurgie fait généralement état d'un bon travail d'équipe avec l'anesthésie, mais le personnel d'anesthésie n'a pas nécessairement une perception réciproque [55].

Alors l'interaction et la dépendance des tâches sont les facteurs les plus importants sous-jacents aux conflits interpersonnels en milieu de travail ce qui est constaté aussi par Chaung et ces collègues : l'interdépendance des tâches est liée à la fréquence des conflits entre les infirmiers de la salle d'opération et leurs cibles de conflit [45].

Dans notre contexte marocain, le chirurgien pour le patient et sa famille reste le responsable de l'intervention et ses conséquences. Cela peut être vu comme complément, mais en réalité c'est une grande responsabilité devant leur patient qui le rend compulsif, perfectionniste et qui le pousse à entretenir des normes parfois irréalistes, et à tendance à se juger et à juger son entourage en cas d'échec.

IV. Les limites de notre étude

Notre étude présente des limites correspondants à :

- ✚ une petite taille d'échantillon.
- ✚ la participation discrète de quelques statuts professionnels faisant partie d'équipe du BO, ce qui limite la généralisation de ces résultats.
- ✚ la durée d'étude qu'était coïncidée avec les vacances de la pluparts des professionnels du BO.
- ✚ Un biais de sélection car les réponses étaient volontaires et peuvent prévenir en grande partie des personnes qui s' intéressent à ce sujet.
- ✚ la rareté des études analytiques concernant les causes des conflits interpersonnels au BO selon le personnel paramédical avec ces différentes statuts (IADE, IBODE...) pour mener une discussion mieux développée.

V. RECOMMANDATIONS

En se basant sur nos propres résultats et ceux des études qui abordent le même sujet ; on suggère comme actions de premier plan de :

- Sensibiliser les professionnels de santé sur les conflits : leurs causes, conséquences et leur gestion, c'est un sujet tabou qui doit être discuté et analysé pour le résoudre.
- Favoriser la familiarité entre les membres en essayant de créer des équipes plus au moins stables, pour maintenir les lignes de collaboration et de communication préétablies entre les membres d'équipe.
- Adopter des programmes de formation en matière des techniques de communication verbales et non verbales, ainsi que les méthodes de gestion des conflits ; puis veiller à l'accès effectif des professionnels de santé concernés à cette formation.

On espère dans l'avenir de réussir à développer les résultats des actions préliminaires et arriver à :

- Développer une équipe des représentants des différents groupes professionnels dans la prise de décision au niveau organisationnel, en particulier lorsque ces questions les concernent directement, une réflexion d'équipe systématique sur « les objectifs, les stratégies, les buts, les processus et les résultats » pourrait être utilisée comme un outil pour améliorer la coordination.
- Élaboration d'une politique institutionnelle apte de gérer les relations interdépartementales et interprofessionnelles ; s'occupe à renforcer les ressources humaines et matériels pour créer un environnement du travail de qualité.
- Des politiques hospitalières plus claires réduiront la crainte de la responsabilité et des litiges.
- Élaboration des descriptions de poste et des rôles bien définis, fondés sur le respect mutuel et les compétences pertinentes de chaque spécialité.

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

- La mise en place des directives organisationnelles pour le signalement des conflits et des conduites professionnelles contraires à l'éthique, pour permettre aux travailleurs de signaler ces pratiques à l'autorité compétente. Des mesures devraient également être mises en place pour corriger ces pratiques à l'hôpital.
- Favoriser la reconnaissance au travail par les pairs et par l'institution, pour créer un environnement de travail de qualité assurant le bien-être des personnels et les rend plus motivés, plus engagés et plus productives.



CONCLUSION



Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

En conclusion, notre étude a identifié de nombreux facteurs qui sont perçus comme contribuant de manière significative aux conflits et des relations de travail perturbées entre le personnel du bloc opératoire.

Certaines de ces causes étaient les mêmes pour les participants des différentes spécialités, comme l'écart de communication ; les causes liées à la gestion non appropriée du temps, des tâches et des relations interdépartementales.

Les conflits et les mauvaises relations interpersonnelles au bloc opératoire existent dans les hôpitaux du monde entier; ils peuvent entraîner s'ils sont négligés une rupture de communication, une dégradation de la relation interpersonnelle et détérioraient la qualité des soins proposée aux patients; mais Le conflit n'a pas toujours un effet néfaste à condition d'être résolu.

Il n'y a pas de liste établie des stratégies dans les preuves qui fonctionneront pour tout le monde, partout et à chaque fois; une approche à plusieurs niveaux est nécessaire pour gérer et atténuer les conflits dans les établissements de soins de santé et dans le bloc opératoire particulièrement. Alors La priorité doit être accordée à la prévention des conflits avant qu'ils n'affectent le bien-être des personnels et, en fin de compte, les soins aux patients.

Par conséquent, s'attaquer aux causes des conflits devrait être une priorité, une analyse plus approfondie des menaces à une coopération harmonieuse est nécessaire, et les résultats de ces analyses pourraient alimenter une formation adaptée aux besoins particuliers de chaque milieu de travail. Ces formations se sont avérées efficaces dans les établissements de soins de santé, elles pourraient donc bien diminuer les déclencheurs de tensions, aussi établir des lignes directrices claires à propos des causes de conflits les plus retrouvés, réduiront leurs fréquences et permettront de les gérer efficacement.

La gestion des conflits est une responsabilité partagée, il est bien connue que les médecins en formation acquièrent leur savoir-être et claquent leurs comportements sur ceux de leurs aînés, ces derniers étant donné leur statut de modèle, ont donc une responsabilité et rôle clé dans la promotion du professionnalisme. De même que l'institution, les responsables et les

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

chefs des blocs opératoires chacun à son poste doit s'engager dans la gestion des conflits et l'atteinte des objectifs communs.



RESUMES



Résumé

Le titre : les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels.

Mots clés : Conflit interpersonnels – bloc opératoire – nature – facteurs d'origine.

Objectif : Révéler la nature et les facteurs d'origine des conflits interpersonnels au bloc opératoire.

Matériels et Méthodes : Elle s'agit d'une étude prospective descriptive menée auprès de personnels du bloc opératoire de HMA et CHU Med VI (hôpital Ibn Tofail et hôpital Arrazi), qui ont été invité à répondre à un questionnaire auto-administré dans une durée fixé dans un mois.

Résultats : 128 personnes dans 61 professionnels médicaux de chirurgie, 12 d'anesthésie, 35 des IADE et 20 des IBODE sont participés. Les conflits de tâche sont les plus mentionnés à 78.9%. Pour les facteurs d'origine l'écart de communication est le facteur principal lié à la personne selon 75.78% des participants; le manque de gestion du temps comme facteur lié à l'organisation est rapporté à 54.68% suivi de surmenage et les tâches multiples à 52.34%; au final l'absence de politique hospitalière claire pour gérer les relations est citée en premier lieu parmi les facteurs liés à la gestion de l'hôpital selon 62.5% de nos participants.

Conclusion : La nature et les facteurs d'origine de conflits au bloc opératoire sont rapportés dans notre étude à des taux proches à ceux retrouvés dans la littérature. La gestion et la résolution de ces conflits est primordiale pour que chaque opération soit une coopération ayant des bénéfices sur l'équipe et le patient. Des études sur les causes des conflits interpersonnels devront être réalisées dans les hôpitaux à l'échelle nationale, pour approfondir la connaissance en cette problématique et permettre de s'en sortir avec des solutions convenables à notre contexte marocain.

Abstract

The title : conflicts in the operatingroom: interpersonal conflicts.

Key words : Interpersonal conflict – operating room – nature – origin factors –.

Objective : Reveal the nature and origins of interpersonal conflicts in the operating room.

Materials and methods : This is a descriptive prospective study conducted among personnel from the operating room of AMH and Med VI UCC (Ibn Tofail Hospital and Arrazi Hospital), who were invited to answer a self-administered questionnaire within a fixed period in a month.

Results : 128 people in 61 medical professionals from surgery, 12 from anesthesia, 35 from SCAN and 20 from SCSRN participated. Task conflicts are the most mentioned at 78.9%. For the origin factors, the communication gap is the main factor related to the person according to 75.78% of the participants; lack of time management as a factor related to organization is reported at 54.68% followed by overwork and multitasking at 52.34%; in the end, the absence of a clear hospital policy to manage relations is cited first among the factors related to hospital management according to 62.5% of our participants.

Conclusion : The nature and factors of origin of conflicts in the operating room are reported in our study at rates close to those found in the literature. The management and resolution of these conflicts is essential for each operation to be a cooperation with benefits for the team and the patient. Studies on the causes of the interpersonal conflicts will have to be carried out in the hospitals on a national scale, to deepen the knowledge in this problem and to allow its exit with suitable solutions to our Moroccan context.

ملخص

العنوان : الخلافات داخل غرفة العمليات : الخلافات بين الأطر.

الكلمات الدالة: الخلافات بين الأطر - غرفة العمليات - الطبيعة - العوامل الأصلية.

الهدف : كشف طبيعة و أصول الخلافات بين لأطر داخل غرفة العمليات.

المواد و الأساليب : هذه دراسة وصفية مستقبلية أجريت بين أطر غرفة العمليات في المستشفى العسكري ابن سينا و

المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس (بكل من مستشفى ابن طفيل و مستشفى الرازي)، الذين تمت دعوتهم للإجابة

على استبيان تم توزيعه يدويا في غضون فترة محددة في شهر .

النتائج : شارك 128 شخصا منهم 61 طبيبا في اختصاص الجراحة، 12 طبيبا في اختصاص التخدير، 35

ممرضا في التخدير و 20 ممرضا في غرفة العمليات. تعارض المهام هي طبيعة الخلافات الأكثر ذكرًا بنسبة 78.9%.

بالنسبة للعوامل المسببة، فإن فجوة التواصل هي العامل الرئيسي المتعلق بالشخص وفقاً لـ 75.78% من المشاركين ؛ تم

الإبلاغ عن نقص إدارة الوقت كعامل متعلق بالتنظيم بنسبة 54.68% يليها العمل الزائد و تعدد المهام بنسبة 52.34%.

في النهاية، يُشار إلى عدم وجود سياسة استشفائية واضحة لإدارة العلاقات المهنية كعامل أساسي ضمن العوامل المسببة

للخلافات المتعلقة بالإدارة الاستشفائية وفقاً لـ 62.5% من المشاركين في هذه الدراسة.

استنتاج : تم الإبلاغ عن طبيعة وعوامل أصل الخلافات داخل غرفة العمليات في دراستنا بمعدلات قريبة من تلك

الموجودة في الأدبيات. تعد إدارة وحل هذه الخلافات أمراً ضرورياً لتكون كل عملية بمثابة تعاون ذو فوائد للفريق

والمريض. يجب إجراء دراسات حول أسبابا لخلافات بين الأطر في المستشفيات على نطاق وطني، لتعميق المعرفة بهذه

المشكلة والخروج بحلول مناسبة لسياقتنا المغربي.



ANNEXES



LES CONFLITS INTERPERSONNEL AU BLOC OPERATOIRE

Chères confrères et consœurs , dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat en médecine que nous menons au sein du bloc opératoire de HMA et CHU MED V de Marrakech ,sur la nature et les facteurs d'origine des conflits interpersonnels au bloc opératoire (BO) qui s'inscrit dans les démarches d'une évaluation de nos pratiques professionnelle et l'amélioration de nos protocoles, je vous prie de répondre à ce questionnaire.

I-Données personnelles

- AGE :

- SEXE : homme femme

- Situation familial : Marié(e) Célibataire

- Ancienneté :

- Statut : Spécialiste Résident Infirmier

- Spécialité :
 - Personnel médical d'anesthésie Personnel médical de chirurgie
 - Infirmier anesthésiste diplômé d'État Infirmier du bloc opératoire diplômé d'État

II-La nature des conflits interpersonnels au BO

D'après vous les conflits entre les membres d'équipe de BO peut être :

- Un conflit de tâches un conflit relationnel

- Un conflit de valeurs et de priorités au sein des groupes professionnels

III -Les facteurs d'origine des conflits interpersonnels au BO

Cocher les facteurs que vous jugez les plus contributives dans la génération des conflits au BO

1. Lié à la personne

- Compétences interpersonnelles inadéquates
- Manque d'appréciation
- Différence de valeurs, de croyances et de cultures
- Interaction social en dehors du travail
- Écart de communication

2-Liés à l'organisation et gestion du temps au BO

- Annulation des opérations programmées
- Informations fournies sur les patientes
- Installation de travail inadéquates
- Surmenage et tâches multiples
- décision sur l'urgence de l'opération travail
- Non respect des consignes des anesthésistes
- diffusion des responsabilités
- Réponse à l'appel
- Pénurie de personnel
- Manque de gestion du temps
- Attitude non coopérative au travail

3-facteurs liés à la politique et à la gestion de l'hôpital

- mauvaise coordination départemental sur les priorités chirurgicales
- manque de clinique d'anesthésie ambulatoire
- la pression de l'hôpital sur le chirurgien pour libérer plus de lits
- Absence de politique hospitalière claire pour contrôler les relations
- Peur de litiges

IV-Les cibles des conflits su sein du BO

Pour vous avec qui vous avez plus de situations de conflit :

- Personnel médical d'anesthésie Personnel médical de chirurgie
- Infirmier anesthésiste diplômé d'État Infirmier du bloc opératoire diplômé d'État

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION



BIBLIOGRAPHIE



1. **Studdert DM, Mello MM, Burns JP, puopolo AL, Galper BZ, Bernana TA et al.**
Conflit dans la prise en charge des patients en séjour prolongé en USI : types, sources et facteurs prédictifs." *Intensive Care Med* 2003;29:1489-97.
2. **El-Masry R, Shams T, Al-Wadani H.**
Anesthesiologist-surgeon conflicts at the workplace: An exploratory single-center study from Egypt , *Ibnosina J Med Biomed Sci*, vol. 5, no 3, p.148,2013,doi:10.4103/1947-489X.210538.
3. **Sinsky JL, Chang JM, Shibata GS, Infosino AJ, Rouine-Rapp K.**
Applying Conflict Management Strategies to the Pediatric Operating Room." *Anesth Analg*. 2019 Oct;129(4):1109-1117. doi:10.1213/ANE.0000000000003991. PMID: 30633050.
4. **Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S et al.**
Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, vol.197, no 5, p.678- 685, mai 2009, doi:10.1016/j.amjsurg.2008.03.002.
5. **Katz J.D.**
Conflict and its resolution in the operating room. *Journal of Clinical Anesthesia*, vol.19, no 2, p.152-158, mars 2007, doi:10.1016/j.jclinane.2006.07.00.
6. **Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR.**
Gestion des conflits : une introduction pour les médecins en formation.*PostgradMedJ*. 2006;82:9-12.
7. **Booij LH.**
Conflicts in the operating theatre. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2007 Apr;20(2):152-6.doi: 10.1097/ACO.0b013e32809f9506. PMID: 17413400.
8. **Le Verge N.**
Les enjeux des rapports de séduction entre chirurgiens et infirmières au bloc opératoire *Inter-bloc*, 27(3), 195-198;2008.
9. **Piper LE.**
Aborder le phénomène du comportement perturbateur des médecins. *Health Care Management (Frederick)* 2003;22:335-9
10. **Jackson S.**
Medical Professionalism in Anesthesia and Critical Care , 2006.
11. **Skjørshammer M.**
Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J Interprof Care*. 2001 Feb;15(1):7-18.doi: 10.1080/13561820020022837. PMID: 11705072
12. **Montésinos A.**
Agressivité, violence et conflit au bloc opératoire. *Gestions Hospitalières* Janvier 1996:23-9.
13. **H. Hartwick J.**
Conceptualizing the construct of interpersonal conflict. *International Journal of Conflict Management*,2004, 15, 216-244. doi:10.1108/eb022913

Les conflits au bloc opératoire : conflits interpersonnels

14. **Foucher R, Thomas, k.**
La gestion des conflits. in Tessier, R ; Tellier, Y. Changement planifié et développement des organisations: Changement planifié et évolution spontanée. 1991, Québec: Presse de l'Université du Québec.
15. **Licette C.**
Gérer un conflit: Studyrama, 2007.
16. **Rigot, Astrid**
Les facteurs de stress de l'infirmier(ère) instrumentiste au bloc opératoire en phase peropératoire. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Louvain, 2019. Prom. : Gourdin, Maximilien ; Janne, Pascal.disponible sur le site :
<http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:18277>
17. **Studdert DM, Burns JP, Mello MM, puopolo AL, Galpez BZ, TrougRD,**
Nature of conflict in the care of pediatric intensive care patients with prolonged stay. *Pediatrics*. 2003 Sep;112(3Pt1):553–8. doi: 10.1542/peds.112.3.553. PMID: 12949283.
18. **Rogers DA, Lingard L.**
Surgeons managing conflict: a framework for understanding the challenge. *J Am Coll Surg* 2006;203:568–74.
19. **De Dreu CK, Weigart LR.**
Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a meta-analysis. *J Appl Psychol*. 2003 Aug;88(4):741–9. doi: 10.1037/00219010.88.4.741. PMID: 12940412.
20. **Lingard L, Reznick R, Espin S,Regehr G, DeVito I.**
Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Acad Med* 2002;77:232–7.
21. **Swearingen S, Liberman A.**
Nursing generations: an expanded look at the emergence of conflict and its resolution. *Health Care Manag (Frederick)*. 2004 Jan–Mar;23(1):54–64 doi: 10.1097/00126450-200401000-00010. PMID: 15035349.
22. **Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al .**
Communication failures in the operating room : an observational classification of recurrent types and effects.*Qual saf Health Care* 2004;13(5):330–4.
23. **Frederich ME, Strong R, Von Gunten CF .**
Conflit médecin infirmière : les infirmières peuvent-elles refuser d'exécuter les ordres du médecin ? *J Palliat Med* 2002;5:155–8.
24. **Davies JM.**
Communication d'équipe au bloc opératoire. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005;49:898–901.

25. **Gerardi D.**
Utiliser des techniques de médiation pour gérer les conflits et créer des environnements de travail sains".AACN Clin Issues 2004;15:182-95. Chassin MR, Becher EC. Le mauvais patient. Ann Intern Med.
26. **Griffin MR.**
10 problèmes de santé liés au stress que vous pouvez résoudre.
Disponible : <http://www.webmd.com/balance/stressmanagement/features/10-fixable-stress-related-healthproblems>.
27. **Doppia MA ,Fry C, Lieutaud T, Fray C, Estry-Béhar M , Guetarni K et al**
Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hopitaux public en France (enquête SESMAT).Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. ISSN 0750-7658
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765811002140>
28. **Levinson W, Roter DL, Mullooly JP.**
Communication médecin-patient. La relation avec les réclamations pour faute professionnelle chez les médecins et chirurgiens de soins primaires. JAMA 1997;277:553-9.
29. **Thomas KW.**
Confliet and confliet management. In: Dunnette MD, ed. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*.
Chicago, IL: Rand-McNally, 1976:889-935.
30. **Kilman RH, Thomas KW.**
Developing a forced-choice measure of confliet-handling behavior: the "Mode" instrument. *Educ Psychol Meas*. 1977;37:309-325.
31. **Adama coulivaly.**
Gestion des conflits par la méthode deThomas -Kilmann .01 July 2014 disponible sur le site : <http://fr.slideshare.net/AdamaCoulialy1/gestion-des-conflits-36509848>
32. **Emanuel EJ, Gudbranson E.**
La médecine met-elle trop l'accent sur le QI ? JAMA. 2018 ;319:651-652.
33. **Goleman DI.**
Intelligence émotionnelle : pourquoi cela peut avoir plus d'importance que le QI. New York, NY : Bantam Books ; 1995.
34. **Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS .**
Stress et épuisement professionnel chez les résidents : impact de la formation à la résilience basée sur la pleine conscience. AdvMedEducPract. 2015;6:525-532.
35. **Paulson S, Davidson R, Jha A .**
Devenir conscient : la science de la pleine conscience. AnnNYAcadSci. 2013;1303:87-104.

36. **Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C.**
Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2015;78:519-528.
37. **Cassell EJ.**
Diagnostiquer la souffrance : une perspective. *Ann Stagiaire en médecine.*1999;131:531-534.
38. **Roger Fisher DS.**
Au-delà de la raison : Utiliser les émotions pendant que vous négociez. New York, NY : Pingouin Viking ; 2005.
39. **Fisher R, Ury WL, Patton B.**
Arriver à oui : négocier un accord sans céder. 3e éd. New York, NY : Penguin Books ; 2011.
40. **Rogers C.**
Les conditions nécessaires et suffisantes du changement de personnalité thérapeutique. *J Consult Psychol.* 1957;21:95-103.
41. **Robertson K.**
Écoute active : plus qu'une simple attention. *Aust Fam médecin.* 2005;34:1053-1055.
42. **Kawamichi H, Yoshihara K, Sasaki AT.**
Percevoir l'écoute active active le système de récompense et améliore l'impression d'expériences pertinentes. *Soc Neurosciences.* 2015;10:16-26.
43. **Entreprise Evaluation ,Méthode DESC : comment faire face aux situations difficiles .**12 Avril 2020. Disponible sur le site :
<http://www.entrepriseevaluation.com/methode-desc-comment-faire-face-aux-situations-difficiles/>
44. **Pelavski AR, Roca M, De Miguel M.**
Conflicts between anaesthetists and surgeons. *Eur J Anaesthesiol* 2007;24:182.
45. **Chang TF, Chen CK, Chen MJ.**
A Study of Interpersonal Conflict Among Operating Room Nurses. *J Nurs Res.* 217 Dec;25(6):400-410. doi: 10.1097/JNR.000000000000187.
46. **Ogbimi RI , Adebamowo CA.**
Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria », *BMC Nurs*, vol. 5, no 1, p. 2, déc. 2006, doi: 10.1186/1472-6955-5-2.
47. **Davies J.M.**
Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 49, no 7,p.898-901, août 2005, doi: 10.1111/j.1399-6576.2005.00636.x.
48. **Payton J.**
conflict in the dialysis clinic. *Nephrol Nurs J.*2014 Jul-Aug;41(4): 365-8;quiz 369. PMID : 25244891.

49. **ABDELKHALED I.**
" CAUSES DE CONFLITS ENTRE CHIRURGIENS ET MÉDECINS ANESTHÉSISTE REANIMATEURS AU BLOC OPÉRATOIRE "- 2020 – ao.um5.ac.ma
50. **Bochatay N, Relyea-Chew A, Buttrick E.**
Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict: A scoping review. *J Interprof Care.* 2017 May;31(3):282–290. doi: 10.1080/13561820.2016.1272558. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28276847.
51. **Arzalier-Daret S, Lieutaud T, Mertes PM ,**
On behalf of members of CFAR/SMART. Disruptive behaviors in caregivers on technical platforms in France. Mars 2019.disponible sur le site : <http://sfar.org/1-patient-1-équipe>
52. **Attri JP, Sandhu GK, Mohan B.**
Conflicts in operating room: Focus on causes and resolution. *Saudi J Anaesth.* 2015 Oct-Dec;9(4):457–63.doi: 10.4103/1658-354X.159476.
PMID: 26543468; PMCID: PMC4610095.
53. **Aberese-Ako M, Agyepong IA, Gerrits T.**
I Used to Fight with Them but Now I Have Stopped!: Conflict and Doctor–Nurse–Anaesthetists' Motivation in Maternal and Neonatal Care Provision in a Specialist Referral Hospital. *PLoS One.* 2015 Aug 18;10(8):e0135129. doi: 10.1371/journal.pone.0135129. PMID: 26285108; PMCID: PMC4540429.
54. **Riley R, Manias E.**
Governing time in operating rooms. *J Clin Nurs.* 2006 May;15(5):546–53. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01362.x. PMID: 1662996
55. **Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL.**
Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ.* 2000 Mar 18;320(7237):745–9. doi: 10.1136/bmj.320.7237.745.PMID: 10720356; PMCID: PMC27316. PMID: 29099473.



قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَأْفَةِ أَطْوَارِهِ فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِهِ وَسَعِي فِي انْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمُ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِهِ رِعَايَتِي لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ

، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَدَائِهِ.

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِّئِيَّةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي،

نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ .



أطروحة رقم 021

سنة 2023

الخلافات داخل غرفة العمليات: الخلافات بين الأطر

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 09/01/2023
من طرف

الآنسة مريم الباكور

المزدادة في 03 غشت 1997 بالعيون

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الخلافات بين الأطر - غرفة العمليات - الطبيعة - العوامل الأصلية

اللجنة

الرئيس

ي. عيسوي

السيد

أستاذ في التخدير والإنعاش

أ. بلحاج

السيد

المشرف

أستاذ في التخدير والإنعاش

م. الحكيم

السيد

الحكام

أستاذ في الجراحة العامة

خ. ترابي

السيد

أستاذ في الجراحة التقيومية والتجميلية