

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1720

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Julien DECONIHOUT

le 22 octobre 2021

Incidence et impact des conflits au bloc opératoire : état des lieux.

**Exemple du bloc opératoire de l'hôpital des enfants du CHU de
Toulouse.**

Directrice de thèse : Dr Claire LARCHER

JURY

Monsieur le Professeur Olivier FOURCADE

Monsieur le Professeur Vincent MINVILLE

Monsieur le Professeur Olivier ABBO

Monsieur le Docteur Guillaume DUCOS

Madame le Docteur Claire LARCHER

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Invité

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LANG Thierry
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur RIVIERE Daniel
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur JOFFRE Francis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne, Gériatrie
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31000 Toulouse

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUD Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pédiatrie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CÂMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme VALLET-GAREL Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

UNIVERSITE PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

Serment d'Hippocrate

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,
je jure d'exercer la médecine selon les lois de la morale,
de l'honneur et de la probité.
Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,
mes confrères et la société.*

Remerciements

Au président et membres du jury,

À Monsieur le Professeur Olivier FOURCADE.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre accueil au sein du pôle anesthésie-réanimation toulousain, et pour l'énergie que vous déployez à défendre notre spécialité. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Vincent MINVILLE.

Merci de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Merci pour votre soutien et votre accessibilité ainsi que pour votre investissement dans l'encadrement universitaire des internes toulousains. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

À Monsieur le Professeur Olivier ABBO.

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse et d'évaluer ce travail en apportant votre expertise chirurgicale. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

À Monsieur le docteur Guillaume DUCOS.

Tu me fais l'honneur de juger ce travail. Je te remercie pour ta disponibilité, tes enseignements, ainsi que la patience dont tu as su faire preuve à l'URM et l'IUC. Tes connaissances et ta pédagogie auront été essentielles dans ma formation. Soit assuré de mon profond respect.

À Madame le Docteur Claire LARCHER.

Merci de m'avoir proposé et fait confiance pour la réalisation de ce travail. Tes conseils, ton encadrement et ton investissement m'ont été indispensables. Tes compétences et ta rigueur en anesthésie pédiatrique m'ont permis de progresser à chaque journée passée à tes côtés au bloc opératoire. Te souhaitant le meilleur, avec toute ma reconnaissance et ma plus profonde estime.

À ma famille,

À ma mère qui m'a toujours soutenu dans chaque épreuve, qui a toujours été là que ce soit jeune aux matchs de basket que plus tard dans les différents concours. Merci d'avoir été autant présente et de n'avoir jamais douté. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

À mon père et à toutes les valeurs qu'il m'a inculqué depuis toujours. Merci pour toutes les aides et conseils précieux que tu as su m'apporter lorsque c'était nécessaire. Merci d'avoir cru en moi. Je n'aurai jamais pu en arriver là sans toi.

À Fabien, il serait temps que tu arrêtes de *****, putain. Merci quand même.

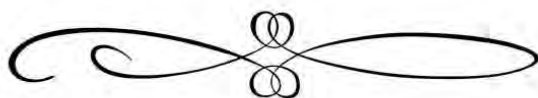
À mon grand-père **Dédé**, tu me manques. À ma grand-mère **Monique**, ça y est tu as un docteur Deconihout. À ma grand-mère **Mado**, pour ta gentillesse et ton humour. À mon grand-père **Guy**.

À Laurence, pour tous les moments importants dont nous avons profité ensemble.

À Steven et Christo pour toutes les vacances et repas partagés ensemble.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines. En particulier merci à **Michèle, Alain et Pascale** pour votre accueil occitan il y a maintenant 4 ans.

À Brigitte et Pierre, merci pour votre gentillesse et votre hospitalité.



À Charlotte, à boubette de luxe, à toi qui as su me soutenir dans chaque moment. Ce travail n'aurait pu se faire sans ta présence et ton aide précieuse. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien, merci d'être ce que tu es, merci pour ton bonheur, merci de me comprendre, merci de me surprendre, merci pour tes rires, merci pour tout. Il n'y aura jamais de mots assez forts pour décrire à quel point tu comptes pour moi.

À toi, à nous. Je t'aime.

À mes amis,

À Axelle, à cette première rencontre à l'arrivée à Toulouse il y a 4 ans, à tout ce qu'on a vécu ensemble depuis : Rangueil, la coloc, Albi, la CMF, le bureau. À nos fous rires incompris, à nos bières, à ton soutien indéfectible, aux karaokés ratés.

À Marine, à ta bonne humeur, à cette colocation, aux rires incontrôlables, au shitty flûte, aux soirées. À ton soutien de chaque instant dans les réussites comme dans les difficultés. Merci d'apprécier mes chants à leurs justes valeurs.

À vous deux, à la Chapelle, à toutes ces heures à discuter et à tous ces moments privilégiés partagés ensemble, à colonel Reyel et la princesse de Chicago. À tout ce qu'on continuera à vivre ensemble dans le futur, longtemps. Longue vie à la Chapelle.

À Arnaud, à mon prince, aux Ricards, aux aventuriers du rail, à toutes nos bouffes. Merci d'avoir été autant présent pour moi. Aux lendemains de cuites difficiles Toulousains et bientôt Réunionnais.

À Anaïs, à cette belle amitié qui dure depuis Auch, à tous nos week-ends (je n'oublie pas Pampelune), tous ces repas, à tous tes conseils, à ta patience sur la crête en ski de rando. Allez salut, on s'casse.

À Camille, à toutes ces rigolades, ton sourire permanent, et à ton SMS à Delia. Vivement le retour à Toulouse.

À Mike et Sef, plus de dix ans d'amitié, vous avez toujours été là pour moi et avez été d'un grand soutien. Je regrette de ne plus pouvoir autant vous voir. Aux Scorecasts et mon titre à reprendre. Votre amitié m'est indispensable. Vivement l'été 2022 !

À Antoine, youhou, à nos premières galères à Rangueil, à tous ces verres, à la Donna È Mobile.

À Caro, à ta gentillesse, à l'intensité de l'éphémère, et aux potos de Salut C'est Cool.

À Kim, à ce premier verre qui en lança tant d'autres, aux soirées improbables, à El Sol.

A Zinar, aux nombreuses girafes de chouffe, à cette idée de gilet jaune et tout ce qui a suivi.

À Mounir, à ton humour, à tes conseils, tour de France bam bam bam bam.

À Briauc, le meilleur président. **À Elorie**, la folie permanente. **À Mathieu**, mon pote de manutention. **À Maé**, la reine des soirées. **À Hugues**, aux toilettes du Bazar. **À Ségo**, et notre premier concours de descente. **À Lolo et Seb** et aux mémorables soirées chez vous. **À Pierre**, mon capitaine. **À Mehdi**, à nos kebabs de révisions.

À toutes ces rencontres **Thibault, Benoit, Joris, Foulzy, Ninon, Sofiane, Romain, Eulalie, Victor, Marine, etc.**

À mes copains parisiens d'enfance, de lycée et de la fac.

Au bureau de l'internat 2019, aux piliers, à Auch, aux Albigeois, et aux socles (les vrais).

À ceux rencontrés au travail,

À l'équipe de la **réanimation Rangueil** qui ont eu le courage et la patience de me faire découvrir la réanimation.

Aux anesthésistes et aux IADEs du bloc opératoire de **Auch** qui ont pris le temps de m'apprendre les bases de l'anesthésie.

À la **CMF**, qui ont su me transmettre tous leurs savoirs et me lancer dans le grand bain du CHU.

À la **réanimation d'Albi** et son équipe, qui ont su poursuivre mon apprentissage et débiter mon autonomisation.

Aux **anesthésistes de pédiatrie** qui ont pu me démystifier cette partie alors obscure de l'anesthésie.

À l'équipe de la **maternité**, à votre bonne humeur et votre apprentissage.

À l'**orthopédie**, qui ont su faire preuve de pédagogie pour m'amener au niveau supérieur.

Aux **réanimateurs de l'URM et de l'Oncopôle** qui ont su m'éclaircir la réanimation comme rarement auparavant avec énergie et bonne humeur.

À l'équipe **d'anesthésie et de chirurgie de CCV** qui ont su parfaire ma formation dans le sourire, la rigolade et la bonne ambiance.

Aux infirmiers et ambulanciers du **SAMU 31** qui m'ont fait vivre de belles aventures.

À chacun des **co-internes** rencontrés ces dernières années, à tous les **seniors** ayant su me faire progresser.

Table des matières :

Abréviations :	13
Introduction :	14
2.1 Contexte :	14
2.2 Événements indésirables :	14
2.3 Conflits :	15
2.3.1 Prévalence :	15
2.3.2 Impact sur la vie personnelle et professionnelle :	16
2.3.3 Impact sur l'institution :	17
2.4 Programme de prévention et de résolution des conflits :	17
2.4.1 Campagne “un patient une équipe” :	17
2.4.2 Mesures d’actions :	18
2.5 Situation à l’hôpital des enfants du CHU de Toulouse :	19
2.6 Objectif :	19
Matériel et méthodes :	20
3.1 Évaluation initiale :	20
3.2 Analyses statistiques :	21
Résultats :	23
4.1 Bloc opératoire de l’hôpital des enfants du CHU de Toulouse :	23
4.2 Résultats :	23
4.2.1 Taux de participation :	23
4.2.2 Données démographiques :	24
4.2.3 Données sur les conflits :	27
4.2.4 Données sur les mesures de prévention et de gestion des conflits :	35
4.2.5 Cas particulier des ASH :	37
Discussion :	38
5.1 Incidence, ressentis et conséquences des conflits interpersonnels :	38
5.2 Perspectives : stratégie de prévention et de résolution des conflits :	40
5.3 Forces :	44
5.4 Limites :	45
Conclusion :	47
Références :	48
Annexes :	55
8.1 Annexe 1 : exemple des interactions interprofessionnelles :	55
8.2 Annexe 2 : questionnaire proposé au bloc opératoire :	56
8.3 Annexe 3 : fiche réflexe de réaction face à un comportement hostile :	64
8.4 Annexe 4 : fiche réflexe de réaction pour s’interposer en cas de conflit :	65

8.5 Annexe 5 : fiche standardisée d'analyse des conflits :	66
8.6 Annexe 6 : outil SAED :	70
Titre et résumé en anglais :	71

1. **Abréviations :**

- ASH : agent des services hospitaliers
- CFAR : collège français des anesthésistes et réanimateurs
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés
- DUTCH : Dutch test for conflict handling
- HAS : haute autorité de santé
- HE : hôpital des enfants
- IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'état
- IDE : infirmier diplômé d'état
- IBO/IBODE : infirmier de bloc opératoire / infirmier de bloc opératoire diplômé d'état
- LIPT : the Leymann Inventory of Psychological Terror
- MAR : médecin anesthésiste-réanimateur
- MAPAR : mises au point en anesthésie-réanimation
- PDE : puéricultrice diplômé d'état
- REACT : réunion d'équipe d'analyse d'un conflit au travail
- RGPD : règlement général sur la protection des données
- RMM : revue de morbi-mortalité
- SAED : situation, antécédents, évaluation, demande
- SFAR : société française d'anesthésie et de réanimation
- SMART : santé du médecin anesthésiste réanimateur au travail
- SSPI : salle de surveillance post interventionnelle
- TKI : Thomas-Kilmann conflict mode instrument

2. Introduction :

2.1 Contexte :

Le bloc opératoire est un milieu complexe, où sont réalisés des actes techniques mettant en jeu des compétences multiples et une grande variété de professions.

En effet, le bloc opératoire nécessite des interactions entre professions très variées (chirurgiens, médecins anesthésistes-réanimateurs, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes, aides-soignants, cadres de santé, logisticiens, brancardiers, manipulateurs en électroradiologie, médecins autres intervenant au bloc opératoire etc.), dont les contraintes tant sur le plan médical qu'organisationnel sont différentes. De plus il existe des « bulles » d'actions différentes : salle d'opération, ensemble du bloc et régulation du bloc, bloc dans l'hôpital, dont les informations concernant les patients et les contraintes logistiques à un instant donné ne sont pas forcément connues de tous dans ces différents niveaux organisationnels.

La multiplicité des intervenants et de leurs champs d'actions professionnelles expose à des malentendus, et augmente la probabilité de rencontrer des comportements disruptifs plus susceptibles de participer à des conflits (1-2).

On constate que ces nombreux intervenants ne peuvent communiquer efficacement sans formation et entraînement au vu de la complexité des différentes interactions mutuelles (Annexe 1) (3).

De plus, la participation à des procédures de soins critiques dans cet environnement à forte pression est pourvoyeuse de stress professionnel qui peut être un facteur de conflit.

2.2 Événements indésirables :

Même si la sécurité opératoire a drastiquement augmenté depuis plusieurs décennies, la morbi-mortalité se heurte encore à des facteurs humains, parmi lesquels les conflits au sens large tiennent une place particulière. Est considéré comme conflit tout état d'opposition entre personnes ou entités.

Les événements indésirables liés aux soins sont relativement fréquents avec entre 5 et 10 événements indésirables graves pour 1000 journées d'hospitalisations (4,5), dont la moitié sont relatifs à des actes opératoires (4,5). À l'échelle nationale, cela représente environ 275000 à 395000 événements indésirables graves par an avec 95000 à 180000 événements considérés comme évitables (6).

Peu de travaux se sont intéressés au lien direct entre le travail d'équipe au bloc opératoire et le devenir des patients compte tenu d'une part de la multiplicité des facteurs intervenant dans la genèse d'un événement indésirable grave, et d'autre par la difficulté méthodologique (difficulté pour réaliser un travail prospectif).

Cependant, en 2003 le travail de A. Wheelan a montré en réanimation une relation entre la bonne vision du travail d'équipe de son service par l'ensemble du personnel et un taux de mortalité plus bas (7).

Une étude prospective menée par K. Mazocco en 2009 a montré un lien significatif entre "mauvais" travail d'équipe (briefings, partage d'informations etc.) et l'augmentation des complications et des décès à 30 jours post-opératoire (8).

Le rôle majeur des facteurs humains dans les événements indésirables graves en chirurgie cardiaque néonatale est également décrit dans le travail de MR. de Leval montrant une association entre les événements humains majeurs négatifs et le risque de décès (9).

2.3 Conflits :

2.3.1 Prévalence :

A. Villafranca s'est attaché en 2018 à décrire la prévalence de ces conflits interprofessionnels au travers d'une large enquête au bloc opératoire, 98% ont vécu au moins un conflit dans l'année avec une moyenne annuelle de 64 conflits (10).

Les défauts de communications en sont une des causes majeures. En 2003 l'analyse de 146 erreurs chirurgicales révélait des problèmes de communication dans 43% des cas (5), la « Joint Commission » en signalait dans plus de 60% des événements indésirables (11-12). M. Courtenay considère jusqu'à 80% de problèmes de communication dans les erreurs médicales (13).

Les défauts de communications au bloc opératoire peuvent générer des événements indésirables allant de la baisse de performance aux événements affectant directement l'intégrité physique du patient en passant par le stress des équipes et le gaspillage de temps et de ressources (11). La gestion des conflits peut alors compter jusqu'à 20% du temps de travail total des médecins (14). Ces différents résultats sont soutenus par de multiples études (1,3,15-16).

Les problèmes de communication entre chirurgiens et anesthésistes sont un des facteurs de risques de conflit avec des incompréhensions mutuelles fréquentes. Pourtant cette relation est essentielle dans la performance globale d'une équipe (17) et fait même l'objet de recommandations de la HAS, afin d'améliorer la sécurité des patients (18). D'autres facteurs causaux de conflits ont pu être identifiés tels que la cohésion d'équipe, les comportements disruptifs, les rapports hiérarchiques, le type de management, les problèmes de compétences (19).

En 2019, D. Katz a montré que l'incivilité des chirurgiens avait un impact significativement négatif sur la performance des internes en anesthésie (20).

Les conflits au bloc opératoire peuvent donc être induits par des facteurs multiples incluant des malentendus et des problèmes de communication interprofessionnelle mais également des problèmes de management et comportementaux (incivilités).

2.3.2 Impact sur la vie personnelle et professionnelle :

Les conflits ont ainsi un impact sur la qualité des soins mais également sur la qualité de vie personnelle et professionnelle.

Les conflits interprofessionnels représentent 3% des violences en milieu de soins, allant de l'altercation verbale à la violence physique en passant par le harcèlement moral. Ces violences sont ressenties comme responsables d'un mauvais climat au sein des services et pourvoyeur de dégradation de la prise en charge des patients (21). De nombreuses données trouvent des liens forts entre le risque de burn-out et l'existence de conflits au travail (22-24). Cela entraîne des conséquences néfastes

avec un risque immédiat de perte de confiance en soi, dépression, abus de substances médicamenteuses ou autres, absentéisme (10,25-27).

Ces conflits conduisent à terme à un turnover important des équipes avec en conséquence une perte de compétences elle-même responsable d'une détérioration de la qualité des soins.

2.3.3 Impact sur l'institution :

De même, on trouve des conséquences sur l'institution. Une étude médico-économique de 2011 trouvait une perte financière liée aux incivilités et conflits professionnels estimée à 11600\$ par infirmière chaque année par perte de productivité (28). En 2013, J. Rawson montre que sur un hôpital américain de 400 lits les coûts liés aux comportements perturbateurs des médecins excèdent 1 million de dollars par an (29).

L'enjeu d'un programme de prévention et de résolution de conflit au bloc opératoire est donc double, d'une part on peut en attendre une diminution de la morbi-mortalité, et d'autre part d'améliorer le bien-être au travail et de diminuer le turnover du personnel dans des structures de soins à haut niveau de compétences.

2.4 Programme de prévention et de résolution des conflits :

2.4.1 Campagne "un patient une équipe" :

Devant ces enjeux majeurs a été créée par le CFAR une commission nommée SMART ayant pour objectif de travailler sur les risques psychosociaux des anesthésistes-réanimateurs au travail.

Elle propose depuis 2018 une campagne appelée "un patient une équipe" ayant comme vocation à prévenir les conflits aigus au sein des équipes et à proposer des outils pour aider à leurs gestions et leurs analyses.

Il a été réalisé une enquête en 2018 au sein de multiples blocs opératoires avec 1916 répondants de professions diverses. Les principaux résultats montrent que la majorité des professionnels de santé ont vécu des conflits interprofessionnels. Les

types de conflits les plus fréquents sont les violences verbales et la principale cause retrouvée est le défaut de communication. Enfin, la majorité des répondants affirment qu'une campagne et des outils seraient utiles pour la prévention et la gestion des conflits entre professionnels de santé (30).

Secondairement à cette enquête, en se basant sur l'analyse des réponses et la littérature scientifique, différents outils de prévention et de résolution des conflits ont été proposés.

2.4.2 Mesures d'actions :

Au Canada a été implanté en 2004 une stratégie d'amélioration de la sécurité des patients dont l'un des piliers était axé sur l'amélioration de la communication et de l'information entre soignants. Il est ressorti six composantes essentielles au travail en équipe : une connaissance partagée des problématiques, une identification des problèmes, la capacité de prise de décision, une répartition de la charge de travail, une gestion partagée des timings, et une facilité à la résolution des conflits (31).

On retrouve 5 mécanismes de réactions face à un conflit aigu : l'évitement, la cession, la collaboration, le compromis et la concurrence (14,32-33). JD Katz propose alors une stratégie à suivre en plusieurs étapes avec des aspects institutionnels et également à l'échelle individuelle à l'usage des soignants (32).

Plusieurs auteurs proposent des stratégies similaires (34-36). De ces différentes stratégies sont nés des outils tels que le TKI ou le DUTCH montrant une approche efficace basée le plus souvent sur la coopération et la recherche de solutions (37).

J. Sinsky s'est intéressé à ces outils en chirurgie pédiatrique et conclut qu'ils pourraient apporter une amélioration des capacités de communication, du travail d'équipe et à un meilleur devenir potentiel des patients (38).

En France, J-E Bazin a proposé à la SFAR en 2014 une liste de questions à se poser en cas de conflits sur les mêmes principes que ces dernières stratégies (24).

De très nombreuses études relatent l'importance de l'entraînement avec la nécessité d'exercices fréquents de simulation interprofessionnelle (3,12,24,27,31,38-46).

Pour autant, l'efficacité en vie réelle de ces programmes a été peu évaluée.

2.5 Situation à l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse :

Le bloc opératoire de chirurgie pédiatrique du CHU de Toulouse présente de nombreux conflits interpersonnels. Ces conflits impliquent l'ensemble des acteurs du bloc opératoire (anesthésistes, chirurgiens, paramédicaux, encadrements etc.) et restent un sujet sensible au sein même du bloc opératoire. Comme décrit ci-dessus, il existe des risques pour les patients et pour le personnel lui-même. Il peut être perçu des éléments de souffrance au travail, dans tous les corps de métier dans ce bloc opératoire. Il existe un important turnover du personnel quelle que soit la catégorie professionnelle.

Actuellement au bloc opératoire de chirurgie infantile, aucune enquête évaluant la prévalence et les conséquences des conflits n'a jamais été réalisée auprès de l'ensemble des personnels du bloc opératoire, même si les IBODE ont été interrogés sur les éléments d'attractivité au bloc opératoire. De même, il n'existe aucune procédure de prévention ou de résolution des conflits.

2.6 Objectif :

L'objectif de ce travail consiste donc dans ce contexte, à évaluer de manière prospective l'incidence, l'impact et les conséquences des conflits ressentis par le personnel du bloc opératoire de chirurgie infantile de l'hôpital universitaire de Toulouse. Secondairement, ce travail comportera une phase de création d'une stratégie proactive de prévention et de résolution des conflits interpersonnels.

3. Matériel et méthodes :

L'objet du travail ici présenté constitue la première partie d'un programme d'évaluation et de prévention des conflits en milieu de blocs opératoires au CHU de Toulouse.

Il s'agit d'une enquête prospective, réalisée au sein du bloc opératoire de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse.

3.1 Évaluation initiale :

L'évaluation initiale est réalisée au moyen d'un questionnaire adressé aux personnels du bloc opératoire.

Ce questionnaire est réalisé à l'aide d'un logiciel de questionnaire en ligne (Google Form®). La majorité des questionnaires ont été réalisés par recueil papier pour éviter toute interrogation sur la conservation des adresses courriels. Le questionnaire a cependant été adressé aux médecins par voie électronique avec anonymisation de l'adresse mail. Les réponses ont été acceptées puis récoltées durant 6 semaines du 31/05/21 au 09/07/21.

Le questionnaire proposé a été réalisé par nos soins après lecture de la bibliographie et s'inspire librement du questionnaire utilisé par la commission SMART en 2018 dans le cadre de la campagne "un patient une équipe".

Ce questionnaire était présenté de manière identique pour l'ensemble des participants, et recense des données démographiques (âge, sexe, profession, ancienneté, mode d'activité...). Il interroge sur la fréquence perçue des conflits, leurs implications, leurs ressentis et conséquences professionnelles et personnelles perçues ainsi que les différentes sources possibles d'amélioration. Un espace libre de commentaires y est adjoint (Annexe 2).

Le questionnaire a été rendu disponible à l'ensemble du personnel du bloc opératoire de chirurgie pédiatrique du CHU de Toulouse. Nous avons inclus les réponses des anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, intervenants médicaux (par exemple

gastro-entérologues, pneumologues etc.), infirmières de bloc opératoire, d'anesthésie et de salle de réveil, puéricultrices, aide-soignants, radiologues et manipulateurs en radiologie, cadres paramédicaux.

Il a été exclu des personnes interrogeables les étudiants médicaux et paramédicaux, ainsi que les internes d'anesthésie-réanimation et de chirurgie dû à une durée de présence trop courte dans le bloc opératoire (6 mois maximum).

Il n'a pas été nécessaire d'obtenir des autorisations du comité d'éthique, le questionnaire ne concernait que le personnel et était basé sur le volontariat. En l'absence de données nominatives et depuis les modifications législatives de 2018 suite à la mise en place des mesures européennes de RGPD, il n'était pas nécessaire de réaliser une déclaration auprès de la CNIL.

L'ensemble des données est anonymisé. Le questionnaire ne requiert aucune donnée sur l'identité et la version papier est récoltée dans une urne opaque. Les résultats sont enregistrés et validés en ligne par nos propres soins garantissant un anonymat total. Nous avons eu l'accord de l'administration hospitalière quant à la diffusion du questionnaire aux personnels paramédicaux.

3.2 Analyses statistiques :

Le questionnaire a été analysé en utilisant le logiciel Microsoft Excel, ainsi que l'interface en ligne Biostatgv (hébergée par l'université de la Sorbonne et l'Inserm).

L'analyse statistique comporte :

- Des statistiques descriptives : les variables qualitatives ont été analysées en termes de nombre de répondants, de pourcentage. Les variables quantitatives ont été analysées en termes de médiane et d'intervalle de confiance à 95%.
- Des statistiques analytiques univariées : comparaison des différentes données citées ci-dessus en fonction des catégories professionnelles, notamment médicales et paramédicales. Pour les variables qualitatives il a été utilisé les tests de Fisher (test non paramétrique) et des tests de Chi2 (test paramétrique). Concernant les variables quantitatives, il a été appliqué les

tests de Wilcoxon-Mann-Whitney. Il n'a pas été réalisé d'analyse multivariée afin de ne pas induire de biais supplémentaire et donc de répondre précisément à des questions simples.

Il a été considéré qu'une différence était statistiquement significative lorsque p est inférieur à 0,05 (soit un risque alpha que la différence observée soit due au hasard inférieur à 5 %).

4. Résultats :

4.1 Bloc opératoire de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse :

Le bloc opératoire de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse, fait intervenir 10 spécialités chirurgicales, médicales et anesthésiques au sein d'une même structure. Entre 5000 et 5500 interventions sont réalisées par an dont environ 30% d'urgences. Il accueille des patients de la naissance (y compris les patients prématurés) à l'adulte jeune.

4.2 Résultats :

4.2.1 Taux de participation :

Il a été récolté un total de 71 questionnaires, 73,2% en version papier et 26,8% en version électronique. Le taux de participation globale est ainsi de 48,3% (hors ASH, cf 4.2.5).

Les taux de réponse pour les différentes catégories de professionnels sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : taux de réponses à l'enquête et effectifs du personnel du bloc opératoire.

Catégorie professionnelle	Réponses
IDE/IBODE	15/30 (50%)
IADE	9/29 (31%)
AS	12/15 (80%)
IDE/PDE SSPI	4/18 (22%)
Cadres de santé	3/4 (75%)
Total paramédicaux	43/96 (44%)
MAR	8/15 (53%)
Chirurgiens	14/23 (61%)
Médecins intervenants au BO	5/11 (45%)
Total médicaux	27/49 (55%) ✕
ASH	1/20 (5%)
Total (Hors ASH)	70/145 (48%)

✕ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux. Test de Chi 2. p-value : 0,239

4.2.2 Données démographiques :

Les caractéristiques démographiques des personnes interrogées sont résumées dans le tableau 2.

Il s'agit d'une population majoritairement féminine, conformément à la démographie des professions de santé, cependant il existe une différence statistiquement significative de féminisation entre les professions médicales et paramédicales.

L'expérience à l'hôpital des enfants, présente une valeur médiane de 5 ans au total (4 ans pour les médicaux et 5 pour les paramédicaux). On retrouve de même une faible durée d'expérience professionnelle totale (comprenant l'expérience à l'hôpital des enfants et dans les autres blocs opératoires) avec une médiane à 8 ans (9 ans pour les médicaux et 8 ans pour les paramédicaux). Ces résultats sont cohérents avec un âge peu élevé des professionnels du bloc opératoire (âge médian de 38 ans pour les paramédicaux et 35 ans pour les médicaux).

Tableau 2 : caractéristiques démographiques des répondants.

Catégories professionnelles	n	Age (médiane -espace interquartile)	Répartition H/F (% d'hommes)	Activité temps plein HE (%)	Années d'expérience professionnelles totales (médiane - espace interquartile)	Années d'expérience professionnelles à HE (médiane - espace interquartile)
IDE/IBODE	15	34 (25,75-34,5)	3/12 (20%)	14/15 (93%)	7 (3-16,5)	4 (3-6)
IADE	9	46 (37-51)	2/7 (22%)	4/9 (44%)	12 (8-15)	9 (1-14)
AS	12	40,5 (33,25-47)	2/10 (17%)	9/12 (75%)	7,5 (3,5-15,75)	6 (5-8,25)
IDE/PDE SSPI	4	35,5 (34,75-41,75)	0/4 (0%)	1/3 (33%)	7,5 (3-16,5)	3 (1,75-10,5)
Cadres	3	44 (40,5-52)	0/3 (0%)	2/3 (67%)	5 (35-14)	2 (2-8)
Total paramédicaux	43	38 (34-47)	7/36 (16%)	31/43 (72%)	8 (4-15)	5 (3-9,25)
MAR	8	36,5 (33-59)	3/5 (37,5%)	7/8 (88%)	8 (4-26,25)	4,5 (1,75-9,5)
Chirurgiens	14	35 (33-43)	8/6 (57%)	7/14 (50%)	9,5 (3-14,5)	4,5 (2-13,8)
Médecins autres	5	32 (32-40)	2/3 (40%)	1/5 (20%)	4 (4-10)	4 (4-10)
Total médicaux	27	35 (33-45) ¥	13/14 (48%) §	15/27 (57%) ¥	9 (3,5-18) L	4 (2-10) O
ASH	1	59	0/1 (0%)	1/1 (100%)	4 (4-4)	4 (4-4)
Total	71	37 (33-47)	20/64 (28%)	46/70 (66%)	8 (4-15)	5 (2-10)

¥ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour l'âge. Test de Wilcoxon-mann-Whitney. p-value : 0,699

§ Différence statistiquement significative entre les personnels paramédicaux et médicaux pour la répartition homme/femme. Test de Chi 2. p-value : 0,004

Y Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour le taux d'activité à temps plein. Test de Chi 2. p-value : 0,156

L Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour l'expérience professionnelle. Test de Wilcoxon-mann-Whitney. p-value : 0,690

O Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour l'expérience professionnelle à l'hôpital des enfants. Test de Wilcoxon-mann-Whitney. p-value : 0,721

4.2.3 Données sur les conflits :

Tableau 3 : incidence et intensité des conflits.

Catégories professionnelles	Incidence témoin de conflits oui/non (%) oui)	Intensité ressentie du conflit en tant que témoin (médiane - espace interquartile)	Incidence victime de conflits oui/non (%) oui)	Intensité ressentie du conflit en tant que victime (médiane - espace interquartile)	Incidence acteur (à l'origine du) de conflits oui/non (%) oui)	Intensité ressentie du conflit en tant qu'acteur (médiane - espace interquartile)
IDE/IBODE	15/15 (100%)	3 (2-4)	11/15 (73,3%)	2 (2-2,75)	6/15 (40%)	1 (1-1,75)
IADE	9/9 (100%)	3 (2-4)	6/9 (66,7%)	3 (2,25-3)	2/9 (22,2%)	2 (1,5-2,5)
AS	12/12 (100%)	4 (3-5)	10/12 (83,3%)	4 (1,25-5)	9/11 (81,8%)	3 (1-4)
IDE/PDE SSPI	4/4 (100%)	3 (3-3)	1/3 (33,3%)	3 (3-3)	1/3 (33,3%)	3 (3-3)
Cadres	3/3 (100%)	3 (2,5-3)	3/3 (100%)	3 (2,5-3)	3/3 (100%)	3 (2,5-3,5)
Total paramédicaux	43/43 (100%)	3 (2,25-4)	31/42 (73,8%)	3 (2-3)	21/41 (51,2%)	2 (1-3)
MAR	8/8 (100%)	3 (2-4)	5/8 (62,5%)	3 (3-4)	4/8 (50%)	3 (2,5-3,5)
Chirurgiens	9/14 (64,3%)	3 (2-4)	3/14 (21,4%)	3 (2,5-3)	5/14 (35,7%)	3 (1-3)
Médecins autres	3/5 (60%)	3,5 (3,25-3,75)	1/5 (20%)	3 (3-3)	0/5 (0%)	NC
Total médicaux	20/27 (74,1%) ¥	3 (2,5-4) §	9/27 (33,3%) Υ	3 (3-3) L	9/27 (33,3%) O	3 (1,75-3) 3
ASH	1/1 (100%)	2 (2-2)	1/1 (100%)	2 (2-2)	1/1 (100%)	3 (3-3)
Total	64/71 (90,1%)	3 (2-4)	41/70 (58,6%)	3 (2-3)	38/69 (55,1%)	3 (1-3)

⚡ Différence statistiquement significative entre les personnels paramédicaux et médicaux pour la répartition témoin/non témoin. Test de Fisher. p-value : 0,0007

§ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour l'intensité ressentie des conflits par les témoins. Test de Wilcoxon-mann-Whitney. p-value : 0,98

Y Différence statistiquement significative entre les personnels paramédicaux et médicaux pour la répartition victime/non victime. Test de Chi 2. p-value : 0,00089

L Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour l'intensité ressentie des conflits par les victimes. Test de Wilcoxon-mann-Whitney. p-value : 0,308

O Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour la répartition acteur / non acteur. Test de chi 2. p-value : 0,121

3 Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour l'intensité des acteurs de conflits. Test de Wilcoxon-mann-Whitney. p-value : 0,819

90,1% des répondants ont déjà été témoins de conflits au bloc opératoire de l'hôpital des enfants. Il existe une différence entre professions médicales et paramédicales concernant l'exposition relatée par les participants à des conflits au bloc opératoire. Si 100% des paramédicaux décrivent avoir été témoin de conflits au bloc opératoire, cette proportion n'est plus que de 74,1% chez les personnels médicaux ($p < 0,001$).

Les répondants décrivent pour 58,6% avoir été victimes de conflits avec, à nouveau, une forte disparité entre le personnel médical (33,3% de victimes) et paramédical (73,8%) ($p < 0,001$).

Troisièmement nous avons questionné le personnel sur les conflits dont ils étaient acteurs. Il est noté que 55,1% des répondants se disent acteurs de conflits. On ne trouve pas de différence significative entre les personnels médicaux et paramédicaux (tableau 3).

Le personnel confronté aux conflits l'est fréquemment avec 55,7% des répondants qui en sont témoins chaque semaine. De façon similaire, chaque mois, 85,3% des soignants sont témoins de conflits et 37,5% en sont victimes. Sur une année entière, 77,5% du personnel exprimant des conflits en sont victimes et 67,7% en sont acteurs.

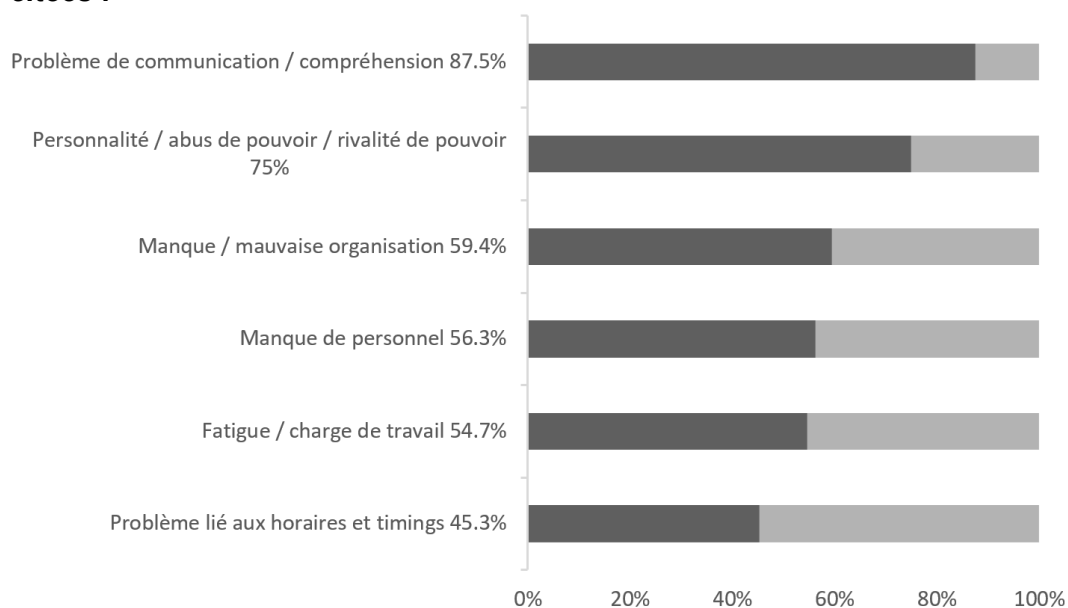
Il a été demandé de quantifier l'importance du dernier conflit entre 1 (conflit mineur) et 5 (conflit majeur), il est trouvé une intensité modérée à importante avec une médiane à 3 (tableau 3).

Lorsqu'il est proposé aux participants de noter entre 1 (très mauvaise) et 5 (très bonne) leurs relations de travail au sein du bloc opératoire nous trouvons une médiane de 4 sans différence significative entre les différentes classes professionnelles. Ainsi la majorité du personnel considère avoir de bonnes relations de travail avec ses collègues.

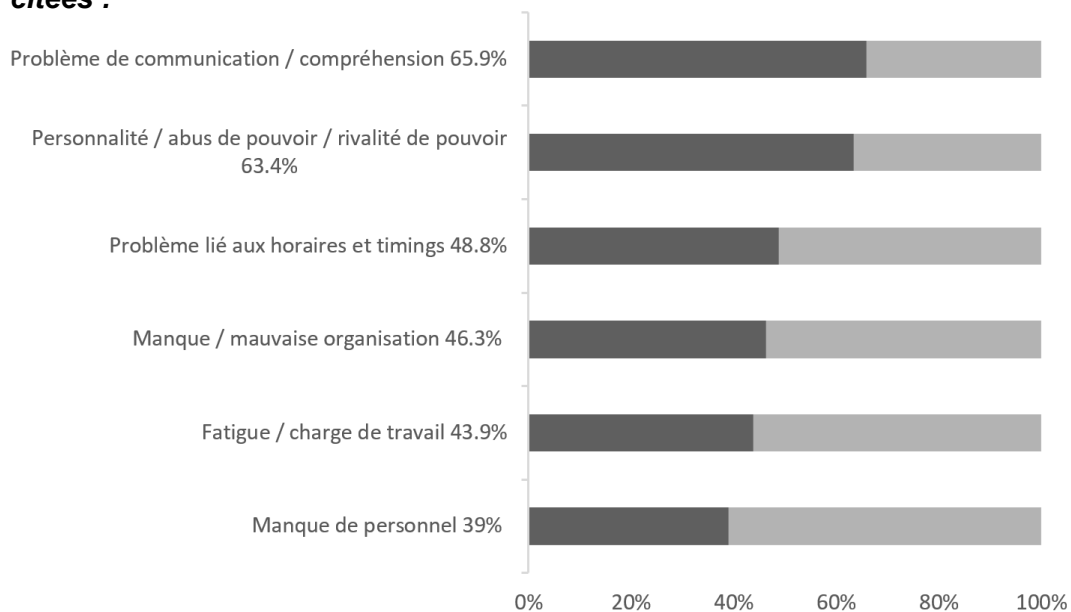
Les types de conflits trouvés sont principalement des violences verbales dans 98,4% des cas, à noter que 6,6% du personnel relève des violences physiques. Les causes de conflits les plus fréquemment citées sont classées dans l'ordre ci-dessous (Graphique 1). Les types et causes de conflits dont le personnel se dit victime ou acteurs sont superposables à ceux dont le personnel se dit témoin (Graphique 2 et 3).

Les causes les plus fréquemment retrouvées sont des problèmes de communications, les malentendus, suivis de causes comportementales (personnalité, abus de pouvoir). Les problèmes d'organisation, de ressources humaines, matérielles et temporelles viennent ensuite. Ceci est également rapporté dans les commentaires libres de l'enquête.

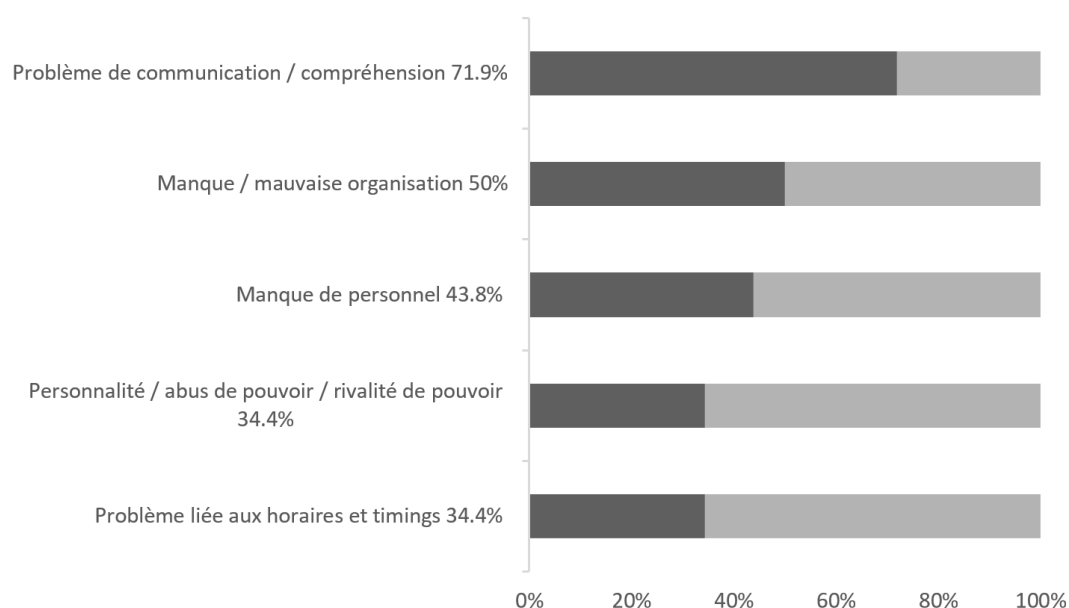
Graphique 1 : causes de conflit dont le personnel est témoin les plus fréquemment citées :



Graphique 2 : causes de conflit dont le personnel est victime les plus fréquemment citées :



Graphique 3 : causes de conflit dont le personnel est acteur les plus fréquemment citées :



75,8% du personnel s'est déjà senti démuni face à un conflit entre soignants, il n'y a pas de différence significative entre les groupes (Tableau 4).

Les conflits au bloc opératoire ont un faible retentissement négatif sur la vie personnelle des soignants. Sur une échelle de 1 (aucun retentissement) à 5 (retentissement majeur) la médiane est de 2 sans différence dans les différentes professions. Concernant le retentissement sur la vie professionnelle, ce dernier est plus marqué avec un retentissement médian de 3 sans différence sur les personnels médicaux et paramédicaux (Tableau 4).

L'enquête retrouve que 42,6% du personnel a déjà pensé quitter le bloc opératoire de l'hôpital des enfants du fait des conflits ce qui peut expliquer le turnover important. On retrouve plus de 50% d'envies de départs chez les aides-soignants, les IADEs, et les anesthésistes-réanimateurs sans différence significative dans les sous-groupes professionnels (Tableau 4). On note que le fait d'avoir pensé à quitter le bloc opératoire est lié significativement au fait d'être impliqué personnellement dans des conflits soit en tant que victime (test exact de Fisher, $p=0,02$) ou bien acteur (test exact de Fisher, $p=0.0004$). Les conflits peuvent donc être un des facteurs à l'origine du turnover de personnel et en finalité d'une perte de compétences.

Tableau 4 : retentissements des conflits sur le personnel médical et paramédical.

Catégories professionnelles	Personnel ayant déjà été démuni face à un conflit (% oui)	Retentissement négatif sur vie personnelle (médiane - espace interquartile)	Retentissement négatif sur vie professionnelle (médiane - espace interquartile)	Personnel ayant déjà pensé quitter le bloc opératoire du fait des conflits (% oui)
IDE/IBODE	12/15 (80%)	3 (1-4)	4 (2,25-4)	6/15 (40%)
IADE	9/9 (100%)	2 (2-4)	3 (3-4)	5/9 (55,6%)
AS	7/11 (63,7%)	2 (1,75-2,25)	3 (2-4)	8/11 (72,7%)
IDE/PDE SSPI	1/2 (50%)	3 (3-3)	5 (5-5)	1/2 (50%)
Cadres	3/3 (100%)	2 (1,5-2,5)	3 (2,5-3,5)	0/3 (0%)
Total paramédicaux	32/40 (80%)	2 (1-4)	3 (2,75-4)	20/40 (50%)
MAR	5/8 (62,5%)	3,5 (2-4,25)	3,5 (3-4,25)	5/8 (62,5%)
Chirurgiens	10/14 (71,4%)	2 (1,25-2,75)	3 (2,25-4)	4/14 (28,6%)
Médecins autres	3/4 (75%)	1 (1-2)	2 (2-2)	0/5 (0%)
Total médicaux	18/26 (69,2%) ¥	2 (1-3) §	3 (2-4) Υ	9/27 (33,3%) L
ASH	NC	1 (1-1)	1 (1-1)	0/1 (0%)
Total	50/66 (75,8%)	2 (1-3)	3 (2-4)	29/68 (42,6%)

¥ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour le fait d'avoir déjà été démuni face à un conflit. Test de Chi 2. p-value : 0,319

§ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour le retentissement personnel des conflits. Test de Wilcoxon-mann-Whitney. p-value : 0,745

Υ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour le retentissement professionnel des conflits. Test de Wilcoxon-mann-Whitney. p-value : 0,263

L Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour le fait de quitter le bloc opératoire. Test de Chi 2. p-value : 0,177

La plupart, soit 92,9%, des répondants affirment que les conflits altèrent les relations et les communications entre les personnels au sein du bloc opératoire. Ces mêmes 92,9% considèrent que les conflits peuvent altérer la qualité des soins (Tableau 5).

Un nombre important (29,4%) du personnel du bloc a déjà été témoin d'un événement indésirable grave du fait d'un conflit (Tableau 5).

Tableau 5 : retentissements des conflits sur les soins.

Catégories professionnelles	Les conflits altèrent-ils les relations et les communications entre les personnels ? (% oui)	Les conflits peuvent-ils altérer la qualité des soins ? (% oui)	Avez-vous déjà été témoin d'un EIG du fait d'un conflit ? (% oui)
IDE/IBODE	15/15 (100%)	13/15 (86,7%)	2/15 (13,3%)
IADE	9/9 (100%)	9/9 (100%)	3/8 (37,5%)
AS	12/12 (100%)	11/12 (91,7%)	5/12 (41,7%)
IDE/PDE SSPI	3/3 (100%)	3/3 (100%)	1/3 (33,3%)
Cadres	3/3 (100%)	3/3 (100%)	1/3 (33,3%)
Total paramédicaux	42/42 (100%)	39/42 (92,9%)	12/41 (29,3%)
MAR	8/8 (100%)	8/8 (100%)	3/8 (37,5%)
Chirurgiens	11/14 (78,6%)	13/14 (92,9%)	5/14 (35,7%)
Médecins autres	3/5 (60%)	5/5 (100%)	0/4 (0%)
Total médicaux	22/27 (81,5%) ¶	26/27 (96,3%) §	8/26 (30,8%) Υ
ASH	1/1 (100%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)
Total	65/70 (92,9%)	65/70 (92,9%)	20/68 (29,4%)

¶ Différence significative entre les paramédicaux versus médicaux. Test de Fisher. p-value : 0,0072

§ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour l'altération de la qualité des soins. Test de Fisher. p-value : 1

Υ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour le fait d'être témoin d'événement indésirable grave. Test de Chi 2. p-value : 0,896

4.2.4 Données sur les mesures de prévention et de gestion des conflits :

La majorité (94,3%) des professionnels du bloc opératoire jugent que des mesures de prévention et d'action envers les conflits pourraient être utiles.

Concernant l'utilisation d'outils d'aide à la gestion des conflits, 85,5% du personnel pense qu'ils peuvent être utiles sans différence entre les différents groupes professionnels (Tableau 6).

Il faut signaler une méfiance de certains répondants envers quelques outils comme en témoigne les 9,1% du personnel jugeant les mesures de prévention et d'action utiles mais pas les outils d'aide à la gestion des conflits.

Au final on retient que 91,4% du personnel est favorable à la mise en place de mesures de prévention et d'aides à la gestion des conflits au sein du bloc opératoire de l'hôpital des enfants. 3,7% du personnel médical se dit défavorable contre 11,9% du personnel paramédical sans différence significative (Tableau 6). On trouve logiquement que les personnels jugeant les mesures utiles sont ceux qui sont le plus favorables à leurs mises en place ($p < 0,01$).

Tableau 6 : mesures de prévention et de gestion des conflits.

Catégories professionnelles	Pensez vous que des mesures de prévention et d'action envers les conflits puissent être utiles ? (% oui)	Pensez vous que des outils d'aide à la gestion des conflits puissent être utiles ? (% oui)	Seriez vous favorable à la mise en place de mesures de prévention et d'aide à la gestion des conflits ? (% oui)
IDE/IBODE	13/15 (86,7%)	12/15 (80%)	12/15 (80%)
IADE	9/9 (100%)	9/9 (100%)	9/9 (100%)
AS	11/12 (91,7%)	9/12 (75%)	11/12 (91,7%)
IDE/PDE SSPI	3/3 (100%)	2/3 (66,7%)	2/3 (66,7%)
Cadres de santé	3/3 (100%)	3/3 (100%)	3/3 (100%)
Total paramédicaux	39/42 (92,9%)	35/42 (83,3%)	37/42 (88,1%)
MAR	7/8 (87,5%)	4/7 (57,1%)	7/8 (87,5%)
Chirurgiens	14/14 (100%)	14/14 (100%)	14/14 (100%)
Médecins autres	5/5 (100%)	5/5 (100%)	5/5 (100%)
Total médicaux	26/27 (96,3%) ¶	23/26 (88,5%) §	26/27 (96,3%) Υ
ASH	1/1 (100%)	1/1 (100%)	1/1 (100%)
Total	66/70 (94,3%)	59/69 (85,5%)	64/70 (91,4%)

¶ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour l'utilité des mesures. Test de Fisher. p-value : 1

§ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour l'utilité des outils d'aide à la gestion des conflits. Test de Fisher. p-value : 0,73

Υ Absence de différence significative entre les paramédicaux versus médicaux pour le fait d'être favorable à la mise en place des mesures. Test de Fisher. p-value : 0,392

4.2.5 Cas particulier des ASH :

Une seule ASH sur les 20 intervenant habituellement au bloc opératoire a répondu au questionnaire. Devant le faible taux de réponses et le fait que la profession n'est pas stricto sensu paramédicale, nous avons choisi de ne pas réaliser de statistique analytique sur ces résultats. Les données factuelles sont cependant mentionnées dans les tableaux de résultats.

5. Discussion :

Le travail présenté ici concerne un état des lieux initial nécessaire avant la mise en place éventuelle de mesures d'accompagnement pour traiter et éviter les conflits. Il a cherché à préciser l'incidence des conflits, d'évaluer leurs ressentis et leurs impacts au sein du bloc opératoire de chirurgie pédiatrique du CHU de Toulouse. Dans un second temps, une stratégie proactive de prévention et de gestion des conflits interpersonnels devrait être mise en place.

5.1 Incidence, ressentis et conséquences des conflits interpersonnels :

La majorité (90,1%) des répondants à notre enquête ont été confrontés à des conflits au sein du bloc opératoire, il s'agit principalement de violences verbales. Ces chiffres sont comparables à ceux trouvés dans la littérature. La campagne "un patient une équipe" en 2018 montrait que plus de 90% des professionnels de santé ont déjà vécu un conflit entre professionnels dont 97% de violences verbales (30). Une enquête française menée en 2009 par la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) trouvait sur 1603 répondants un taux de conflits réguliers à 58,9% entre collègues et 42% avec les supérieurs hiérarchiques (22). En 2007 Booij considérait une moyenne de quatre conflits par geste chirurgical (19). A. Villafranca s'est attaché en 2018 à décrire la prévalence de ces conflits interprofessionnels au travers d'une enquête avec 7465 répondants exerçant au bloc opératoire, 98% ont vécu au moins un conflit dans l'année avec une moyenne annuelle de 64 conflits, 44,5% ont vécu au moins une situation dite abusive (insultes, menaces, violences physiques) (10). Notre travail relate donc une fréquence de conflits superposable à celle retrouvée dans la littérature.

Environ 60% des répondants ont été victimes ou acteurs de conflits. L'enquête de la SMART retrouvait 60% des interrogés victimes de conflit contre seulement 30% acteurs.

Notre questionnaire montre que 100% du personnel paramédical avait été témoin de conflit contre seulement 74% du personnel médical. Ce ressenti différent peut s'expliquer par une sous-évaluation des conflits ou par un défaut de déclaration du personnel médical. De la même manière, l'impact de ces conflits sur la qualité de la communication est perçu comme moins important par les médecins. Cette vision différente des situations conflictogènes entre personnel médical et paramédical peut être à l'origine d'incompréhension et source de nouveaux conflits. Ce différentiel de perception concernant les conflits est retrouvé dans la littérature (7,10,19,25,43). H. Rosenstein note ces mêmes différences concernant la vision des comportements perturbateurs (15).

La cause de conflit la plus régulièrement citée dans notre enquête est liée aux problèmes de compréhension et de communication. La campagne de la SMART en notait dans 64% des conflits. Une étude menée par la "Veterans Health Administration" entre 2001 et 2006 a analysé 342 événements indésirables et trouvé comme cause la plus fréquente les erreurs de communication (21% des cas) (39). Notre enquête note que 75% des conflits sont liés aux personnalités et aux abus de pouvoir, ce qui est supérieur à celle de la SMART avec 44%.

L'analyse des causes des conflits montre qu'il y a de multiples points d'amélioration. Certes, l'amélioration des aspects organisationnels (management, gestion de la charge de travail, soutien institutionnel etc.) fréquemment demandée est primordiale, mais le travail sur la communication et les aspects comportementaux ainsi que la capacité au travail en équipe reste indispensable.

La prise en charge des ces conflits tant préventive que curative, ne peut donc reposer que sur l'amélioration des aspects organisationnels et des ressources humaines et matérielles, même si ces aspects doivent également être améliorés.

De même, il nous paraît essentiel d'explorer les conflits liés aux personnalités et aux pouvoirs hiérarchiques. En réanimation néonatale en 2015, A. Riskin avait déjà décrit le lien entre l'incivilité des médecins et une baisse des performances cliniques (47).

De la même , la différence de perception des conflits et de leurs retentissements entre personnels paramédicaux et médicaux mérite probablement une attention particulière.

76% des participants se sont déjà senti démunis face à un conflit entre soignants et 43% ont déjà pensé à quitter le bloc opératoire de l'HE. Ces taux restent comparables à la campagne "un patient une équipe" avec 75% des interrogés qui se sentent démunis face à un conflit.

La majorité du personnel (92,9%) considère que les conflits compromettent la qualité des soins, ces chiffres sont comparables à la campagne menée par la SMART avec 97% de positivité.

Enfin plus de 90% des répondants considèrent que des mesures de prévention et d'action envers les conflits pourraient être utiles et seraient favorables à leurs mises en place, en adéquation avec les 81% cités par la campagne "un patient une équipe".

La situation du bloc opératoire de l'hôpital des enfants est donc sensiblement superposable aux données de la littérature en milieu de bloc opératoire.

Nous retrouvons l'incidence élevée des conflits en milieu opératoire, avec cependant plus de personnes rapportant pouvant être à l'origine des conflits (acteurs) que dans la littérature, ainsi que la même différence de perception entre médecins et paramédicaux. Ces conflits peuvent être un des facteurs associés au phénomènes de turnover constatés dans les équipes de bloc opératoire.

Il semble donc important de considérer ces conflits pour la prise en charge des patients, mais également pour des raisons d'attractivité pour le personnel des blocs opératoires.

5.2 Perspectives : stratégie de prévention et de résolution des conflits :

Plusieurs points d'actions peuvent légitimement découler de nos observations : amélioration de la communication interprofessionnelle et notamment entre personnels médicaux et paramédicaux dont la perception des conflits est différente.

La seconde partie de ce travail consistera en l'introduction des différentes mesures prenant part dans notre stratégie de prévention et de résolution des conflits. Cette stratégie s'intègre dans l'action nationale menée par la commission SMART.

Au vu des résultats de notre questionnaire, on comprend l'intérêt de telles actions.

Les différentes mesures sont ainsi inspirées de celles proposées par la commission SMART et retrouvées dans la littérature scientifique.

Notre stratégie d'action doit être adaptée aux réponses de notre questionnaire permettant une personnalisation de nos mesures afin que notre protocole soit le plus adapté et spécifique possible du bloc opératoire de chirurgie pédiatrique du CHU de Toulouse.

Notre stratégie de prévention et de résolution des conflits interpersonnels est un ensemble de mesures comprenant :

- des fiches de réaction face à un comportement hostile : il s'agit de fiches courtes et synthétiques de conseils sur la façon d'agir face à un comportement dit perturbateur. Il s'y ajoute les attitudes contre-productives ainsi qu'une méthode permettant l'expression d'un désaccord (Annexe 3).
- Des fiches de réaction pour s'interposer en cas de conflit aigu : à l'instar des fiches ci-dessus, Il s'agit de conseils courts sur les façons de se comporter ou à éviter en tant qu'acteur étranger à un conflit entre deux personnes (Annexe 4).
- Des réunions systématisées avec analyse globale de conflit : il est proposé de réaliser, au rythme d'une réunion par mois, une rencontre pluridisciplinaire ouverte à tout le monde avec pour but d'évoquer en équipe un conflit. Ce conflit aurait été choisi en amont par un membre du bloc de l'hôpital des enfants. Cette réunion nommée REACT (réunion d'équipe d'analyse d'un conflit au travail) serait réalisée à la manière d'une RMM. Pour rappel une RMM est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins (48). Ainsi l'objectif face à un conflit entre professionnels est de comprendre comment celui-ci est survenu. Elle repose sur un mode de

questionnement systémique et systématique au moyen d'une grille commentée (Annexe 5). La méthodologie consiste en l'identification des facteurs contributifs, l'engagement d'une réflexion sur le plan d'action et l'évaluation des actions correctrices. Ces réunions ont déjà été décrites dans la littérature. En 2004 est proposé des réunions formatées de médiations des conflits (description du vécu par chaque participant, recherches de causes et de solutions communes et évaluation de la réunion de médiation) (49), de la même manière A. Arriaga a étudié et préconisé la nécessité des débriefings (50).

- Des séances de simulations : la HAS la définit comme l'utilisation d'un matériel pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par une équipe de professionnels (51). Son efficacité dans l'amélioration des compétences, des connaissances et des comportements a largement été démontrée ces dernières années (52). Le travail prospectif de K. Catchpole en 2008 conclut au potentiel bénéfice de l'amélioration du travail d'équipe et des capacités à communiquer sur les performances techniques et le devenir des patients (53). Dans le cadre de la prévention des conflits au bloc opératoire, il est proposé des séances de simulations interdisciplinaires de deux types, des simulations sur mannequin in situ autour de situations conflictogènes ainsi que des simulations concernant le travail en équipe sur des facteurs non techniques. Ces simulations seront proposées à intervalles réguliers à l'ensemble des équipes. Ils seront suivis de débriefings systématiques afin de tirer meilleur profit de ces séances. Notre objectif est de mettre en place des sessions mensuelles de simulation in situ (matériel et formateurs disponibles au bloc opératoire).
- L'instauration d'une culture de communication et de résolution de conflit : il est important que chacun, quelle que soit la profession, soit sensibilisé aux enjeux de la communication efficace et de la prévention des conflits. La communication peut être standardisée et optimisée à travers des checks listes, des aides cognitives, ainsi que divers instruments tel que l'outil SAED de la HAS (54) (Annexe 6). Elle est améliorée par les séances de simulations.

Le travail d'équipe doit être promu et renforcé par des réunions pluridisciplinaires et des temps d'échanges. Le but étant à terme une communication claire, ciblée et apaisée. Concernant la culture de la prévention et la résolution des conflits, les procédures énoncées ci-dessus doivent être respectées et exercées rigoureusement. Des responsables de ce projet par spécialités pourraient être nommés pour garder la motivation à ces nouveaux apprentissages. L'objectif ultime étant une automatisation de ces procédures dans l'équipe du bloc opératoire de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse.

Peu de travaux dans la littérature se sont attachés à décrire l'intérêt de telles mesures envers les conflits interprofessionnels, que ce soit au sein d'une stratégie d'action globale ou isolément.

En revanche, la littérature est riche concernant les procédures améliorant le travail en équipe.

Des outils comme les briefings, débriefings, simulations ont montré à de multiples reprises leurs intérêts sur le travail d'équipe, la gestion d'acte à haut niveau de stress et à terme l'amélioration de la morbi-mortalité. Par exemple en 2010, il a été montré que l'implantation d'un programme sur le travail d'équipe (briefings, débriefings, check-lists) permettait sur 182 409 procédures une diminution de la mortalité à 1 an post opératoire en comparaison à des groupes non entraînés (55).

Une étude menée en 2005 par S. Awad sur des équipes chirurgicales a montré que l'entraînement à la communication, par des formations et de la simulation, permettait de meilleures capacités de communication au bloc opératoire et en conséquence un environnement plus sûr pour éviter les erreurs médicales (56).

Kurmann s'est attaché à comparer le devenir des patients, en postopératoire de chirurgie abdominale majeure, pris en charge par des équipes "nouvelles" ou après six mois de travail commun continu. Il a ainsi montré une performance améliorée et une diminution de la morbidité chez les patients ayant bénéficié d'une équipe expérimentée (57), ce qui souligne l'importance de lutter contre le turnover des personnels soignants.

Une méta-analyse dirigée par Jan B. Schmutz en 2019 a étudié le lien entre le travail d'équipe et des mesures de performances cliniques. Il est conclu que la capacité au travail d'équipe est un facteur indépendant de performance clinique (58).

Récemment, publié en 2021, l'équipe de JT. Paige a retrouvé plusieurs thèmes majeurs marqueurs de performance du travail d'équipe au bloc opératoire. Parmi ces thèmes se trouvaient la capacité à réaliser des efforts communs pluridisciplinaires, la communication, et les attitudes positives envers ses collègues (59).

Nous pensons donc que l'ensemble de ces données sont extrapolables à la gestion des conflits interpersonnels.

L'introduction de cette stratégie au sein du bloc opératoire de chirurgie pédiatrique nécessite donc à distance une évaluation complète de la réussite de son implantation et de son utilité.

Un second travail prospectif sera ainsi organisé, un an après la mise en place de notre stratégie. Il comportera l'évaluation de l'applicabilité pratique et de l'efficacité, de l'ensemble de la stratégie et de chaque mesure séparément, dans la vie quotidienne du bloc opératoire.

Enfin à plus long terme ce travail devra être complété par l'évaluation de l'applicabilité et du bénéfice de la stratégie dans d'autres blocs opératoires.

Dernièrement on pourrait envisager des études de méthodologies plus complexes explorant les potentiels bénéfices de cette stratégie sur la morbi-mortalité péri opératoire.

5.3 Forces :

Ce projet présente plusieurs points forts. Premièrement il s'agit de la première enquête concernant les conflits au bloc opératoire de chirurgie pédiatrique du CHU de Toulouse.

Notre questionnaire a été créé à partir de la littérature et de questionnaires déjà diffusés à grande échelle chez les anesthésistes-réanimateurs permettant une reproductibilité importante. Le questionnaire a été proposé à l'ensemble du personnel du bloc opératoire, à l'exception des internes, quelle que soit la profession, l'expérience professionnelle, ou l'ancienneté à l'hôpital des enfants. Les résultats

retrouvés dans ce travail sont renforcés par le ressenti global préexistant et sont cohérents avec les résultats dans la littérature scientifique (5,10-14,21,25,30).

Concernant les différentes mesures retenues dans notre stratégie, elles se basent sur le projet national mené par la commission SMART afin d'intégrer ce travail dans un projet global et reproductible en dehors de notre bloc opératoire. Ces différentes mesures ont de plus été adaptées après réception des résultats du questionnaire afin d'adopter des mesures spécifiquement adaptées à notre environnement. Ces procédures ont été validées par l'administration hospitalière et les représentations des différentes professions, nous assurant ainsi d'une unité entière derrière le projet. Au final ce travail de thèse est le préquel d'un travail plus long et global allant suivre sur les prochaines années.

Enfin, l'évaluation finale de l'efficacité de telles mesures manque dans la littérature et serait une donnée importante pour améliorer le management des blocs opératoires.

5.4 Limites :

Ce travail présente certaines limites. Premièrement il est monocentrique, avec un risque de biais de sélection et de non représentativité de l'ensemble des blocs opératoires empêchant l'extrapolation des résultats, cependant les résultats obtenus sont assez proches de ceux retrouvés dans d'autres enquêtes du même ordre. De même cette étude a été réalisée dans un bloc opératoire de chirurgie pédiatrique, or la chirurgie pédiatrique impose un niveau de stress plus élevé au vu de la particularité de cette patientèle, il existe donc un biais effet-centre et on ne peut étendre les résultats à la chirurgie chez l'adulte. Enfin on peut citer dans notre travail un biais d'auto-sélection car le questionnaire a été proposé sur la base du volontariat et le taux de participation à l'enquête est inférieur à 50%.

De même, certaines catégories professionnelles ne peuvent exprimer un désir de quitter le bloc opératoire du fait de leur compétence associée à un seul domaine (chirurgien pédiatrique, pédiatre).

Les répondants se sont également trouvés en difficulté face au terme "acteur" du conflit que nous avons repris de l'enquête SMART. Le terme "auteur" ou "à l'origine de" était probablement préférable.

Dernièrement, les différentes mesures de prévention et de résolution des conflits n'ont pas été évaluées et ainsi leurs efficacités ne peuvent être démontrées ici.

6. Conclusion :

Ce travail s'est intéressé aux conflits interpersonnels au bloc opératoire de chirurgie pédiatrique du CHU de Toulouse.

La très grande majorité du personnel est confrontée régulièrement à des conflits entre soignants avec des risques importants pour les soignants eux-mêmes (épuisement professionnel, mal-être au travail) et pour les patients (risque d'événements indésirables liés aux soins), ainsi que pour l'institution (turnover du personnel et perte de compétence, aspect médico-économique).

Il existe ainsi un enjeu majeur à la mise en place de mesures de prévention et d'action envers les conflits et la majorité du personnel serait favorable à l'introduction d'une telle stratégie.

De nouvelles études semblent nécessaires afin de pouvoir évaluer précisément l'applicabilité et l'efficacité de ces mesures et d'étendre ces résultats à d'autres blocs opératoires et d'autres spécialités.

À l'avenir, il nous paraît important de mener des recherches de plus grande ampleur afin de démontrer l'intérêt d'une stratégie de prévention et de résolution des conflits au bloc opératoire sur la morbi-mortalité péri opératoire.

*Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse - Purpan*


Didier CARRIÉ

*Bon pour impression
le 30/09/21
O. Fourcade*


Professeur Olivier FOURCADE
Chef de Pôle
Département Anesthésie & Réanimation
Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
Tél. : 05-61-77-74-43 / 05-61-77-92-67

7. Références :

1. Keller S, Tschan F, Semmer NK, Timm-Holzer E, Zimmermann J, Candinas D, et al. "Disruptive behavior" in the operating room: A prospective observational study of triggers and effects of tense communication episodes in surgical teams. Lau F, éditeur. PLOS ONE. 12 déc 2019;14(12):e0226437.
2. Jones LK, Jennings BM, Higgins MK, de Waal FBM. Ethological observations of social behavior in the operating room. Proc Natl Acad Sci U S A. 17 2018;115(29):7575-80.
3. Haller G, Laroche T, Clergue F. Évènements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. Ann Fr Anesth Réanimation. déc 2011;30(12):923-9.
4. Haury B, Cases C. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale. 2005.
5. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery. juin 2003;133(6):614-21.
6. Michel P, Olier L. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. 2011.
7. Wheelan SA, Burchill CN, Tilin F. The Link Between Teamwork and Patients' Outcomes in Intensive Care Units. Am J Crit Care. 1 nov 2003;12(6):527-34.
8. Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. Am J Surg. mai 2009;197(5):678-85.
9. de Leval MR, Carthey J, Wright DJ, Farewell VT, Reason JT. Human factors and cardiac surgery: a multicenter study. J Thorac Cardiovasc Surg. avr 2000;119(4 Pt 1):661-72.

10. Villafranca A, Fast I, Jacobsohn E. Disruptive behavior in the operating room: prevalence, consequences, prevention, and management. *Curr Opin Anaesthesiol.* juin 2018;31(3):366-74.
11. Lingard L. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care.* 1 oct 2004;13(5):330-4.
12. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel events: evaluating cause and planning improvement. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO editor; 2005. p. 1–174.
13. Courtenay M, Nancarrow S, Dawson D. Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Hum Resour Health.* 5 nov 2013;11:57.
14. Aschenbrener CA, Siders CT. Part 2, Conflict management. Managing low-to-mid intensity conflict in the health care setting. *Physician Exec.* oct 1999;25(5):44-50.
15. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs.* janv 2005;105(1):54-64; quiz 64-5.
16. Halverson AL, Casey JT, Andersson J, Anderson K, Park C, Rademaker AW, et al. Communication failure in the operating room. *Surgery.* mars 2011;149(3):305-10.
17. Cooper JB. Critical Role of the Surgeon–Anesthesiologist Relationship for Patient Safety. *Anesthesiology.* 1 sept 2018;129(3):402-5.
18. de Santé HA. Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens. HAS; 2016.
19. Booij LHDJ. Conflicts in the operating theatre. *Curr Opin Anaesthesiol.* avr 2007;20(2):152-6.

20. Katz D, Blasius K, Isaak R, Lipps J, Kushelev M, Goldberg A, et al. Exposure to incivility hinders clinical performance in a simulated operative crisis. *BMJ Qual Saf.* sept 2019;28(9):750-7.
21. Direction generale de l'offre de soins. Rapport 2019 donnees 2018 Observatoire National des Violences en Milieu de Sante. 2019.
22. Mion G, Libert N, Journois D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care. *Ann Fr Anesth Reanim.* mars 2013;32(3):175-88.
23. Doppia M-A, Estryn-Behar D, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. [Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study)]. *Ann Fr Anesthésie Réanimation.* 1 nov 2011;30:782-94.
24. Bazin J-E, Attias A, Baghdadi H, Baumann A, Bizouarn P, Claudot F, et al. [Perioperative conflicts between anaesthesiologists and surgeons: ethics and professionalism]. *Ann Fr Anesth Reanim.* mai 2014;33(5):335-43.
25. Villafranca A, Hamlin C, Enns S, Jacobsohn E. Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. *Can J Anaesth J Can Anesth.* févr 2017;64(2):128-40.
26. Dang D, Bae S-H, Karlowicz KA, Kim MT. Do Clinician Disruptive Behaviors Make an Unsafe Environment for Patients?: *J Nurs Care Qual.* 2016;31(2):115-23.
27. Rosenstein AH, O'Daniel M. Invited Article: Managing disruptive physician behavior: Impact on staff relationships and patient care. *Neurology.* 22 avr 2008;70(17):1564-70
28. Lewis PS, Malecha A. The Impact of Workplace Incivility on the Work Environment, Manager Skill, and Productivity: *JONA J Nurs Adm.* janv 2011;41(1):41-7.

29. Rawson JV, Thompson N, Sostre G, Deitte L. The cost of disruptive and unprofessional behaviors in health care. *Acad Radiol.* sept 2013;20(9):1074-6.
30. infographie-enquete.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://sfar.org/wp-content/uploads/2020/06/infographie-enquete.pdf>
31. Davies JM. Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiol Scand.* août 2005;49(7):898-901.
32. Katz JD. Conflict and its resolution in the operating room. *J Clin Anesth.* mars 2007;19(2):152-8.
33. Savoldelli GL. Résolution de conflits au bloc opératoire. *Prat En Anesth Réanimation.* févr 2009;13(1):65-9.
34. Saltman DC. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J.* 1 janv 2006;82(963):9-12.
35. Lee L, Berger DH, Awad SS, Brandt ML, Martinez G, Brunicardi FC. Conflict Resolution: Practical Principles for Surgeons. *World J Surg.* nov 2008;32(11):2331-5.
36. Bala N, Sandhu K, Bansal L, Attri J, Sandhu G, Mohan B. Conflicts in operating room: Focus on causes and resolution. *Saudi J Anaesth.* 2015;9(4):457.
37. Vasilopoulos T, Giordano CR, Hagan JD, Fahy BG. Understanding Conflict Management Styles in Anesthesiology Residents: *Anesth Analg.* oct 2018;127(4):1028-34.
38. Sinskey JL, Chang JM, Shibata GS, Infosino AJ, Rouine-Rapp K. Applying Conflict Management Strategies to the Pediatric Operating Room. *Anesth Analg.* 2019;129(4):1109-17.
39. Neily J. Incorrect Surgical Procedures Within and Outside of the Operating Room. *Arch Surg.* 16 nov 2009;144(11):1028.

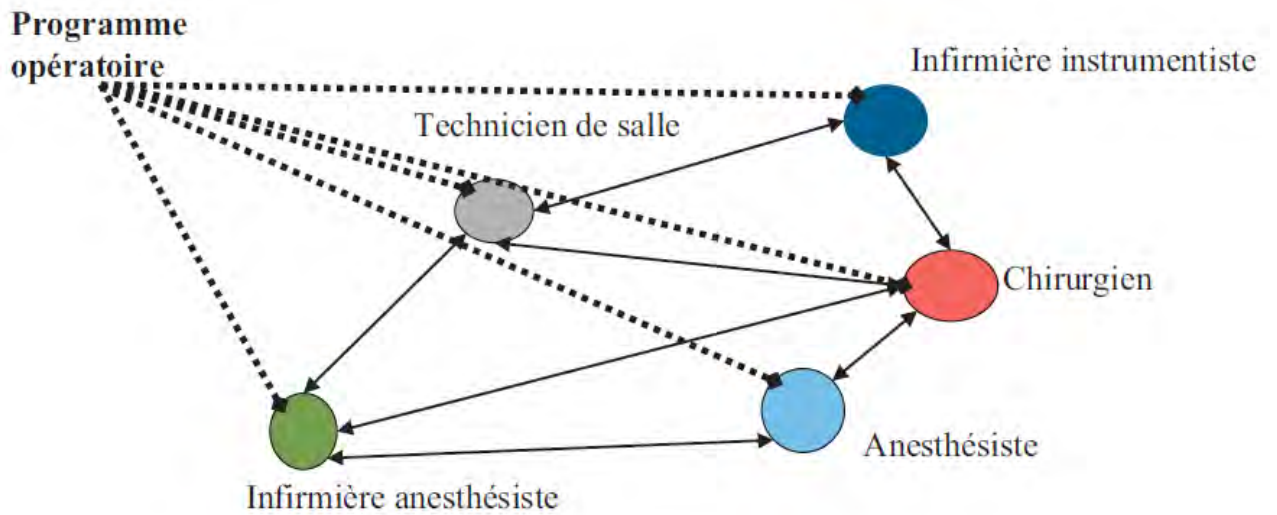
40. Frederick ME, Strong R, von Gunten CF. Physician-Nurse Conflict: Can Nurses Refuse to Carry Out Doctor's Orders? J Palliat Med. févr 2002;5(1):155-8.
41. Schaefer HG, Helmreich RL, Scheidegger D. Safety in the operating theatre--part 1: interpersonal relationships and team performance. Curr Anaesth Crit Care. 1995;6:48-53.
42. Lagneau F. Travail en équipe : comment évaluer et améliorer ? :6.
43. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians*: Crit Care Med. mars 2003;31(3):956-9.
44. Geis GL, Pio B, Pendergrass TL, Moyer MR, Patterson MD. Simulation to assess the safety of new healthcare teams and new facilities. Simul Healthc J Soc Simul Healthc. juin 2011;6(3):125-33.
45. Aveling E-L, Stone J, Sundt T, Wright C, Gino F, Singer S. Factors Influencing Team Behaviors in Surgery: A Qualitative Study to Inform Teamwork Interventions. Ann Thorac Surg. juill 2018;106(1):115-20.
46. Beaubien J, Baker D. The use of simulation for training teamwork skills in health care: how low can you go? Qual Saf Health Care. oct 2004;13(Suppl 1):i51-6.
47. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, Gover A, Shoris I, et al. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. Pediatrics. sept 2015;136(3):487-95.
48. guide_rmm_juin_09.pdf [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf
49. Porter-O'Grady T. Constructing a conflict resolution program for health care. Health Care Manage Rev. déc 2004;29(4):278-83.

50. Arriaga AF, Sweeney RE, Clapp JT, Muralidharan M, Burson RC, Gordon EKB, et al. Failure to Debrief after Critical Events in Anesthesia Is Associated with Failures in Communication during the Event. *Anesthesiology*. 2019;130(6):1039-48.
51. guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/guide_methodologique_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf
52. Cook DA, Hatala R, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 7 sept 2011;306(9):978-88.
53. Catchpole K, Mishra A, Handa A, McCulloch P. Teamwork and error in the operating room: analysis of skills and roles. *Ann Surg*. avr 2008;247(4):699-706.
54. saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf
55. Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA*. 20 oct 2010;304(15):1693-700.
56. Awad SS, Fagan SP, Bellows C, Albo D, Green-Rashad B, De la Garza M, et al. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *Am J Surg*. nov 2005;190(5):770-4.
57. Kurmann A, Keller S, Tschan-Semmer F, Seelandt J, Semmer NK, Candinas D, et al. Impact of team familiarity in the operating room on surgical complications. *World J Surg*. déc 2014;38(12):3047-52.
58. Schmutz JB, Meier LL, Manser T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 1 sept 2019;9(9):e028280.

59. Paige JT, Garbee DD, Bonanno LS, Kerdolff KE. Qualitative Analysis of Effective Teamwork in the Operating Room (OR). J Surg Educ. juin 2021;78(3):967-79.

8. Annexes :

8.1 Annexe 1 : exemple des interactions interprofessionnelles :



8.2 Annexe 2 : questionnaire proposé au bloc opératoire :

L'existence de conflits au bloc opératoire peut être à l'origine de défaut de prise en charge des patients mais aussi de souffrance au travail.

Nous avons proposé de mettre en place quelques idées afin d'une part de prévenir certains conflits au bloc opératoire mais aussi de proposer des outils pour proposer des résolutions à certains conflits du quotidien.

Ce projet provient de membres du bloc opératoire de l'hôpital des enfants, qui en sont à l'origine ou y sont associés. Il constitue également le sujet de thèse d'un interne d'anesthésie.

Ce projet a pour seul but d'essayer d'appréhender et de mieux prévenir et guérir les conflits du quotidien qui impactent les patients et les soignants.

Ce projet doit exister à côté et ne concerne pas directement les actions d'amélioration de l'organisation, toutes comme les revendications permises par le droit du travail.

Pour faire une première évaluation initiale nous vous demandons de répondre anonymement au questionnaire suivant.

Ce questionnaire concerne tout le personnel exerçant au bloc opératoire à l'Hôpital des Enfants.

Il a pour but une évaluation du ressenti des conflits avant la mise en place de procédures de prévention et d'action sur la gestion des conflits.

Nous vous demandons d'y répondre le plus sincèrement possible, les données étant anonymes et seront analysées dans leur ensemble.

Ce questionnaire ainsi que vos réponses personnelles sont et resteront anonymes.

Merci de ne pas répondre au questionnaire électronique en cas de réponse papier.

Un second questionnaire vous sera proposé ultérieurement dans quelques mois après la mise en place de procédures nouvelles au bloc opératoire.

Nous ferons une présentation des résultats de cette enquête.

Merci pour votre participation.

Pour le groupe « 1 patient 1 équipe » : Claire Larcher, Julien Deconihout (interne),

1. Quel est votre sexe ?

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin

2. Quel âge avez-vous ?

3. Quel métier exercez-vous ?

- ☐ Aide-soignant(e)
- ☐ IDE de salle de réveil
- ☐ IBO / IBODE
- ☐ IADE
- ☐ Cadre de santé
- ☐ Chirurgien
- ☐ Médecin Anesthésiste-réanimateur
- ☐ Médecin spécialiste intervenant au bloc opératoire
- ☐ Autre :

4. Quel est votre mode d'activité au bloc opératoire ?

- ☐ Temps plein
- ☐ Temps partiel
- ☐ Temps partagé

5. Depuis combien d'années exercez-vous au bloc opératoire de l'Hôpital des Enfants ?

6. Avez-vous déjà travaillé dans un autre bloc opératoire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Depuis combien de temps exercez-vous votre profession actuelle ?

8. Sur une échelle de 1 à 5 comment qualifieriez-vous vos relations de travail au sein du bloc opératoire de l'hôpital des enfants ?

Très mauvaise 1 2 3 4 5 Très bonne

9. Avez-vous déjà été TÉMOIN d'un conflit au bloc opératoire de l'Hôpital des Enfants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10. A quelle fréquence évaluez-vous la survenue des conflits ?

- ☐ Plus d'une fois par jour
- ☐ Plus d'une fois par semaine
- ☐ Plus d'une fois par mois
- ☐ Plus d'une fois par an
- ☐ Moins d'une fois par an

11. Sur une échelle de 1 à 5 à combien évalueriez-vous l'importance du dernier conflit auquel vous avez assisté ?

Conflit mineur 1 2 3 4 5 Conflit majeur

12. Veuillez cocher les types de conflits dont vous avez été témoin

- ☐ Violences verbales
- ☐ Violences physiques sur personnes
- ☐ Violences physique sur biens
- ☐ Autre :

13. Veuillez cocher les causes les plus fréquentes de conflit selon vous
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Manque de matériel
- ☐ Manque de personnel
- ☐ Problème lié aux horaires et timing
- ☐ Problème de communications / compréhension
- ☐ Gestion d'une situation urgente / stressante
- ☐ Manque / mauvaise organisation
- ☐ Manque de connaissance / compétences
- ☐ Financier
- ☐ Éthique / moral
- ☐ Différence de priorité
- ☐ Fatigue / charge de travail
- ☐ Personnalité / abus de pouvoir / rivalité de pouvoir
- ☐ Contexte sanitaire (pandémie Covid-19)
- ☐ Autre :

14. Avez-vous déjà été VICTIME d'un conflit au bloc opératoire de l'Hôpital des Enfants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

15. A quelle fréquence êtes-vous VICTIME de conflits ?

- ☐ Plus d'une fois par jour
- ☐ Plus d'une fois par semaine
- ☐ Plus d'une fois par mois
- ☐ Plus d'une fois par an
- ☐ Moins d'une fois par an

16. Sur une échelle de 1 à 5 à combien évalueriez-vous l'importance des conflits dont vous êtes VICTIME ?

Conflit mineur 1 2 3 4 5 Conflit majeur

17. Veuillez cocher les types de conflits dont vous avez été VICTIME

- ☐ Violences verbales
- ☐ Violences physiques sur personnes
- ☐ Violences physique sur biens
- ☐ Autre :

18. Veuillez cocher les causes les plus fréquentes des conflits dont vous êtes VICTIME (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Manque de matériel
- ☐ Manque de personnel
- ☐ Problème lié aux horaires et timing
- ☐ Problème de communications / compréhension
- ☐ Gestion d'une situation urgente / stressante
- ☐ Manque / mauvaise organisation
- ☐ Manque de connaissance / compétences
- ☐ Financier
- ☐ Éthique / moral
- ☐ Différence de priorité
- ☐ Fatigue / charge de travail
- ☐ Personnalité / abus de pouvoir / rivalité de pouvoir

☐ Contexte sanitaire (pandémie Covid-19)

☐ Autre :

19. Avez-vous été ACTEUR/ACTRICE d'un conflit au bloc opératoire de l'Hôpital des Enfants ?

☐ Oui

☐ Non

20. A quelle fréquence êtes-vous ACTEUR de conflits ?

☐ Plus d'une fois par jour

☐ Plus d'une fois par semaine

☐ Plus d'une fois par mois

☐ Plus d'une fois par an

☐ Moins d'une fois par an

21. Sur une échelle de 1 à 5 à combien évalueriez-vous l'importance des conflits dont vous êtes ACTEUR?

Conflit mineur 1 2 3 4 5 Conflit majeur

22. Veuillez cocher les types de conflits dont vous avez été ACTEUR

☐ Violences verbales

☐ Violences physiques sur personnes

☐ Violences physique sur biens

☐ Autre :

23. Veuillez cocher les causes les plus fréquentes des conflits dont vous êtes acteur (plusieurs réponses possibles)

☐ Manque de matériel

☐ Manque de personnel

☐ Problème lié aux horaires et timing

☐ Problème de communications / compréhension

☐ Gestion d'une situation urgente / stressante

☐ Manque / mauvaise organisation

- o Manque de connaissance / compétences
- o Financier
- o Éthique / moral
- o Différence de priorité
- o Fatigue / charge de travail
- o Personnalité / abus de pouvoir / rivalité de pouvoir
- o Contexte sanitaire (pandémie Covid-19)
- o Autre :

24. Vous êtes-vous déjà senti démuni face à un conflit entre soignants ?

- o Oui
- o Non

25. Les conflits au bloc opératoire ont-ils un retentissement négatif sur votre vie personnelle ?

Aucun retentissement 1 2 3 4 5 Retentissement majeur

26. Les conflits au bloc opératoire ont-ils un retentissement négatif sur votre vie professionnelle ?

Aucun retentissement 1 2 3 4 5 Retentissement majeur

27. Les conflits au bloc opératoire altèrent-ils les relations et les communications entre les personnels du bloc opératoire ?

- o Oui
- o Non
- o Je ne sais pas

28. Les conflits au bloc opératoire peuvent-ils altérer la qualité des soins ?

- o Oui
- o Non
- o Je ne sais pas

29. Avez-vous déjà été témoin d'un événement indésirable grave du fait d'un conflit ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

30. Avez-vous déjà pensé quitter le bloc opératoire de l'hôpital des enfants du fait des conflits ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

31. Pensez-vous que des mesures de prévention et d'action envers les conflits puissent être utiles ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

32. Pensez-vous que des outils d'aide à la gestion des conflits puissent être utiles ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

33. Seriez-vous favorable à la mise en place de mesures de prévention et d'aide à la gestion des conflits au sein du bloc opératoire de l'hôpital des enfants ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

34. Espace libre de commentaires au sujet des conflits interpersonnels au bloc opératoire :

8.3 Annexe 3 : fiche réflexe de réaction face à un comportement hostile :



FICHE DE RÉACTION IMMÉDIATE

**COMMENT RÉAGIR
FACE À UN COMPORTEMENT HOSTILE ?**

- 1** Toujours rester concentré sur les soins et la situation du patient
- 2** Adopter soi-même un ton et une attitude calme, se montrer direct et honnête en restant respectueux et positif.
- 3** Intervenir lorsque l'autre est accessible émotionnellement (attendre que l'émotion redescende).
- 4** Apaiser la tension en communiquant sur une intention positive pour montrer que vous souhaitez être constructif pour améliorer la situation.
- 5** Ecouter attentivement sans juger, que l'on soit d'accord ou non avec les dires.
- 6** Reformuler afin de montrer votre compréhension du point de vue de l'autre.
- 7** Demander à l'autre la confirmation de la bonne compréhension du problème.
- 8** A partir de ce consensus, encourager à la communication autour de la recherche d'une solution de compromis

**3 ATTITUDES
CONTRE-PRODUCTIVES**

- 1** Éviter ou fuir
- 2** Se montrer agressif en retour
- 3** Répondre de façon sarcastique

**COMMENT EXPRIMER
UN DÉSACCORD ?**
Avec la méthode DESC,
en 4 étapes :

- ↳ **D**écrire les faits ou la situation (ne pas utiliser le "tu" ou le "vous")
- ↳ **E**xprimer une opinion, un ressenti ou une émotion sur les faits constatés (utiliser le "je")
- ↳ **S**olutions:
 - Exprimer ses besoins par rapport au résultat positif recherché centré sur le patient
 - Formuler une demande claire et qui ouvre à la négociation
- ↳ **C**onséquences positives : mettre en évidence les avantages de cette solution pour les deux parties


#IPATIENTIEQUIPE
WWW.CFAR.ORG

8.4 Annexe 4 : fiche réflexe de réaction pour s'interposer en cas de conflit :



COMMENT S'INTERPOSER EN CAS DE CONFLIT AIGU ENTRE PROFESSIONNELS ?

À FAIRE

- 1** Intervenir lorsque chacun est accessible émotionnellement, en se plaçant dans le champ de vision.
- 2** Adopter un ton calme.
- 3** Ecouter les deux protagonistes sans juger ni prendre parti, en imposant de parler à tour de rôle
- 4** Reformuler à haute voix les points de vue pour montrer que vous avez compris les problématiques de chacun
- 5** S'assurer que cette reformulation traduit bien la pensée de chacun en la faisant valider par chacune des parties.
- 6** A partir de ce consensus, encourager à la communication autour de la recherche d'une solution de compromis.

À NE PAS FAIRE

- 1** Monter le ton
- 2** Prendre parti
- 3** Juger
- 4** Commenter « vous savez de quoi vous avez l'air ? » « ce n'est pas digne de toi, de vous » « réglez-ça dehors entre vous » « pas devant les malades »
- 5** Donner des injonctions: « calmez-vous ! »
- 6** Faire appel à la raison « soyez raisonnable » « pensez aux autres, aux patients »
- 7** Prendre une position d'autorité « je suis responsable, je ne peux pas admettre ça... »
- 8** S'interposer physiquement avec force

8.5 Annexe 5 : fiche standardisée d'analyse des conflits :



REUNION D'EQUIPE D'ANALYSE D'UN CONFLIT AU TRAVAIL (REACT)

Objectif : Face à un conflit entre professionnels, comprendre comment celui-ci est survenu à partir d'une méthodologie formalisée, en remontant des causes apparentes jusqu'aux causes latentes (dites causes racine).

Principe : Technique de recherche approfondie par l'équipe des facteurs contributifs d'un conflit entre professionnels de santé basée sur un protocole d'analyse formalisé garantissant une enquête systématique, exhaustive et efficace, non culpabilisante et non stigmatisante, réduisant le risque d'explication simpliste et routinière.

Modalités de mise en œuvre : La méthode peut être mise en œuvre dans un cadre formalisé ou non. Il s'agit d'une réflexion collective. Elle repose sur un mode de questionnement systématique et systématique selon 5 thèmes au moyen d'une grille commentée telle que proposée ci-dessous. La méthodologie consiste en l'identification des facteurs contributifs, l'engagement d'une réflexion sur le plan d'action (identification du/des responsable(s) de chaque action et le calendrier de réalisation), et l'évaluation des actions correctrices.

ETAPE 1 : IDENTIFICATION DU CONFLIT ETUDIE

Date de l'analyse: _____ NUMERO FICHE CONFLIT : _____

NUMERO DE LA FICHE D'EVENEMENT INDESIRABLE si signalé par ce biais :

TYPE DE CONFLIT : ☐ Interindividuel (2 ou 3 personnes concernées)
☐ De groupe (au sein d'un même service)
☐ Intergroupes (plusieurs services sont concernés)

NOMBRE D'AGENTS CONCERNES :

NOMBRE DE SERVICE(S) CONCERNE(S) :

DATE DU CONFLIT :

ETAPE 2 : DESCRIPTION SIMPLE DU CONFLIT ETUDIE

LES OBJETS DU CONFLIT (à décrire par les personnes impliquées) :

.....
.....

CONSEQUENCES SUR LE PATIENT ET LE(S) SOIGNANT(S) :

.....
.....

RECURRENCE DU CONFLIT : ☐ OUI ☐ NON

ETAPE 3 : GRILLE D'ANALYSE DU CONFLIT ETUDIE

1. facteurs liés aux tâches à accomplir	
1.1 Protocoles (indisponibles, non adaptés, non utilisés)	
Absence, indisponibilité, inadéquation, non connaissance de protocoles. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Protocoles non à jour de l'organisation. Protocoles non validés par l'ensemble des acteurs concernés. Refus d'utilisation. Procédure différente ou non définie.	
1.2 Résultats d'examens complémentaires (non disponibles, non pertinents)	
Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs medicotechniques...). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens entraînant un retard. Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisé...)	
1.3 Aide à la décision	
Absence ou insuffisance d'utilisation des moyens techniques lors de la prise de décision entraînant un désaccord (aides cognitives, algorithme décisionnel, recommandations...). Défaut de formation à leur utilisation.	
1.4 Définition des tâches	
Ambiguïté des rôles ou définition des tâches imprécises (qui, quelle compétence, quel acte, quel délai) ou non définies. Tâches ou rôle prévus modifiés de manière impromptue. Objectifs non définis, non compris, non convergents.	
1.5 Programmation, planification	
Défaut de programmation opératoire (absence, modification, non concertation). Planification des tâches non adaptées.	
2. facteurs liés à l'individu	
2.1 Qualification, compétence, motivation	
Inadéquation des qualifications et des compétences (savoir-faire) ou des connaissances (savoir). Manque d'entraînement à des situations particulières (urgences vitales, geste particulier, gestion des situations de crise, leadership, gestion du stress, distribution des tâches). Manque de motivation en lien avec un manque de reconnaissance.	
2.2 facteurs de stress psychologique ou physique	
Mauvaise disposition mentale et physique (privation de sommeil, situation de stress en lien avec la complexité du patient, charge de travail, désorganisation du travail, multiplicité des tâches à accomplir, épuisement émotionnel, conflit éthique, difficultés préalables avec les acteurs ou la situation)	
2.3.1 Personnalité, culture des professionnels impliqués	
Personnalité difficile, difficulté d'écoute, mépris, déni. Problème de culture médicale, professionnelles: non compréhension de problématiques différentes, divergences d'opinion ou de valeurs, d'appréciation clinique sur une situation. Difficultés linguistiques, culturelle, sociales. Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations. Absence de temps et d'espace d'échanges. Culture négative de l'erreur. Compétition. Surestimation des capacités.	
3. Facteurs liés à l'équipe	
3.1 Communication entre professionnels	
Défaut de communication sur une situation (clarté du message, accusé de réception de l'information). Insuffisance d'échange d'informations. Interprétation divergente de la même information. Mauvaise ambiance au sein de l'équipe. Absence de coopération. Déficience des mécanismes de coordination permettant d'assurer le relai entre les équipes. Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel (avis spécialisé). Absence de temps et d'espace pour délibérer et construire le travail en équipe.	
3.2 Informations écrites (dossier patient)	
Absence, indisponibilité, incomplétude, ou qualité insuffisante des informations écrites. Divergence dans les écrits. Illisibilité et manque de signature des documents.	

Informations pertinentes mal visibles. Défaut dans le partage des informations écrites (nombre de support, accessibilité)	
3.3 transmissions et alertes	
Défaut de transmission orale ou écrite. Manque d'informations cruciales telles que l'évaluation du patient.	
3.4 Répartition des tâches	
Incohérence ou déséquilibre de la répartition des tâches dans l'équipe. Glissement de tâches. Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service.	
3.5 Encadrement, Supervision	
Défaut de communication avec l'encadrement, défaut de coordination dans le service ou entre les services. Définition non claire des responsabilités dans l'équipe.	
4. facteurs liés à l'environnement de travail	
4.1 Administration	
Lourdeur du fonctionnement administratif, difficulté de révision des processus administratifs	
4.2 Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène)	
Défaut de conception, fonctionnalité, espace, chaleur, bruit... de l'environnement. Défaut de maintenance des locaux, hygiène insuffisante et défaillance du nettoyage.	
4.2 Déplacement, transfert de patients	
Indisponibilité, lenteur ou qualité du brancardage et des transferts.	
4.3 Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés, défectueux)	
Non disponibilité ou dysfonctionnement des équipements et approvisionnements. Fournitures ou équipements mal utilisés (défaut de formation, de notice). Défaut de maintenance. Défaut de stérilisation.	
4.4 Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)	
Défaut de communication des logiciels entre eux. Informations numérisées inaccessibles. Bugs informatiques. Mauvaise gestion des accès informatiques. Mauvaise ergonomie.	
4.5 Effectifs (adaptés en nombre ou en compétence)	
Mauvaise combinaison des compétences ou des effectifs. Effectifs nécessaires non présents. Indisponibilité d'un personnel apte à exécuter correctement et dans les temps une tâche spécifique. Mauvaise gestion des gardes et astreintes.	
4.6 Charge de travail, temps de travail	
Charge de travail inadaptée ou trop importante (cumul de garde, volume de soins, nombre de patients...). Irrégularité des coupures ou des temps de repos.	
4.7 Retard, délai	
Précipitation dans la réalisation d'actes. Influence néfaste de délais imposés. Défaut d'appréciation de la notion d'urgence.	
5. Facteurs liés à l'organisation et au management	
5.1 Structure hiérarchique	
Degré d'autonomie du personnel insuffisant. Changement récent d'organisation interne. Méconnaissance de l'organigramme.	
5.2 Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant	
Gestion du personnel inadéquate. Insuffisance de gestion prévisionnelle des emplois et compétences. Les besoins en compétences et effectifs des secteurs d'activités ne sont pas identifiés. Absence d'intégration des nouveaux arrivants.	

Détails des facteurs identifiés :

.....

.....

.....

.....

.....

ETAPE 4 : TENTATIVES DE RESOLUTION DU CONFLIT ETUDIE

PROPOSITIONS D'ACTIONS :

ACTION	RESPONSABLE DE L'ACTION	Délai de réalisation

EVALUATION DES ACTIONS

N°ACTION – N° fiche conflit	En cours	Réalisée

8.6 Annexe 6 : outil SAED :


HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



S

Je décris la Situation actuelle concernant le patient :

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*

Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*

Car actuellement il présente : *motif de l'appel*

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*

Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...

Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*

Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examen sont : *labo, radio, etc.*

La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*

La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...

J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...

par exemple :

Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*

ET

Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand ?*

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

Ce document est issu du guide HAS « Saed : ça aide à communiquer », téléchargeable sur www.has-sante.fr

70

9. Titre et résumé en anglais :

Title : Incidence and impact of conflicts in the operating room : a healthcare workers survey in the operating room of the children's hospital of the university hospital of Toulouse.

Background : The operating room is a complex environment at high risk of interpersonal conflicts. These conflicts are frequent and can lead to undesirable harmful events for patients. These conflicts have also an impact on the personal and professional life of caregivers, and on the institution.

In France, The SMART commission carried out a national survey and proposed tools for action against conflicts.

Our investigation work evaluated the incidence and impact of conflicts in operating room of the children's hospital of the university hospital of Toulouse.

Material and Methods : A conflict assessment survey proposed to the caregivers of the paediatric surgical operating room from 31/05/21 to 09/07/21.

Results : 90% of staff have already witnessed conflicts and feel helpless in the face of conflicts, the main cause is communication problems. The majority of respondents are in favour of implementing corrective measures.

Conclusion : There is a major challenge to the introduction of conflict measures in the face of the high frequency and consequences of interprofessional conflicts.

Incidence et impact des conflits au bloc opératoire : état des lieux.

Exemple du bloc opératoire de l'hôpital des enfants du CHU de Toulouse.

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Introduction : Le bloc opératoire est un milieu à risque de conflits interpersonnels. Ces conflits sont fréquents et sources d'événements indésirables avec des conséquences sur la morbi-mortalité, la qualité de vie des soignants et l'institution.

Matériel et méthodes : Une enquête d'évaluation des conflits a été proposée aux soignants du bloc opératoire de chirurgie pédiatrique du 31/05/21 au 09/07/21.

Résultats : 90% des soignants ont déjà été exposés aux conflits avec un retentissement important, la principale cause est le défaut de communication. 91% des répondants sont pour la mise en place de mesures correctives.

Conclusion : Il y a un enjeu majeur à l'introduction de mesures envers les conflits devant la fréquence élevée et les conséquences des conflits interprofessionnels.

TITRE EN ANGLAIS : Incidence and impact of conflicts in the operating room : a healthcare workers survey in the operating room of the children's hospital of the university hospital of Toulouse.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique : Anesthésie - Réanimation

MOTS-CLÉS : bloc opératoire, anesthésie, pédiatrie, conflit, communication, prévention et de résolution des conflits, facteur humain, travail d'équipe

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrice de thèse : Claire LARCHER