



Article spécial

Conflits en période périopératoire : un enjeu collectif, éthique et professionnel[☆]



Perioperative conflicts between anaesthesiologists and surgeons: Ethics and professionalism

J.-E. Bazin^a, A. Attias^b, H. Baghdadi^c, A. Baumann^d, P. Bizouarn^e, F. Claudot^f, B. Eon^g, F. Fieux^h, C. Frotⁱ, C. Guibet Lafaye^j, O. Muzard^k, A. Nicolas-Robin^l, V. Orjubin^m, M. Otero-Lopezⁿ, C. Pelluchon^o, J. Pereira^p, F. Roussin^h, B. Vigué^q, L. Beydon^{r,*},
Membres du Comité éthique de la Société française d'anesthésie et de réanimation (ICARE)

^a Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Estaing, CHU de Clermont-Ferrand, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

^b Réanimation chirurgicale polyvalente et polytraumatologique, service d'anesthésie et des réanimations chirurgicales, groupe hospitalier Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000 Créteil, France

^c Service d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier du pays d'Aix, avenue des Tamaris, 13616 Aix-en-Provence cedex 1, France

^d Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Central, 29, avenue Delattre-de-Tassigny, 54035 Nancy cedex, France

^e Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Laënnec, CHU de Nantes, boulevard Jacques-Monod, BP 1005, 44093 Nantes cedex 1, France

^f Service de médecine légale et droit de la santé, faculté de médecine de Nancy et EA 7299, 54505 Nancy, France

^g Réanimation des urgences et médicale, pôle réanimation urgence samu hyperbarie, groupe hospitalier de la Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex, France

^h Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75745 Paris cedex 10, France

ⁱ Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Avicenne, 125, rue de Stalingrad, 93009 Bobigny cedex, France

^j CNRS, centre Maurice-Halbwachs, 48, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France

^k Clinique Saint-Louis, 1, rue Basset, 78300 Poissy, France

^l Département d'anesthésie-réanimation, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^m Service Castel Thibault, EHPAD « Résidence de l'Abbaye », 3, impasse de l'Abbaye, 94100 Saint-Maur-des-Fossés, France

ⁿ Université de Franche Comté, UFR SLHS, 25030 Besançon, France

^o Département de philosophie, université de Poitiers, UFR SHA, 8, rue Descartes, 86022 Poitiers, France

^p Service des réanimations médicale et chirurgicale, CHRU Carémeau, place du Pr-Robert-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

^q Département d'anesthésie-réanimation, CHU de Bicêtre, AP-HP, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

^r Pôle d'anesthésie-réanimation, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49033 Angers cedex 01, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 27 mars 2014

Accepté le 9 avril 2014

Disponible sur Internet le 10 mai 2014

Mots clés :

Conflits interprofessionnels

Indications opératoires

Qualité des soins

Prévention

Résolution

Éthique

RÉSUMÉ

Dans la période périopératoire, un certain nombre de conflits potentiels entre anesthésistes-réanimateurs et opérateurs peuvent exister. Ils nuisent à la qualité des soins et au bien-être des équipes et sont source d'erreurs médicales. Ils contribuent à l'épuisement professionnel. Le patient risque d'en devenir la victime, ce qui mérite une réflexion éthique. Cet article tente de les analyser avec leurs spécificités et leurs contraintes. La résolution de ces conflits s'impose par une analyse et des solutions partagées. Les particularités de chaque groupe concerné et l'historique des situations sont importants à prendre en compte dans la compréhension de ces conflits. Un certain nombre de facteurs peuvent les prévenir, comme une réflexion centrée sur le patient et la qualité des soins. La déontologie médicale aide à prévenir et résoudre ces conflits tout comme l'ensemble de la démarche qualité qui s'impose dans les établissements de santé (déclaration des événements indésirables, revues de morbi-mortalité, benchmarking, analyse et amélioration des pratiques...) contribue aussi à la prévention et à la

[☆] Ce document a été soumis et revu par le Comité Vie Professionnelle et approuvé par le conseil d'Administration de la Société française d'anesthésie et de réanimation.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : jebazin@chu-clermontferrand.fr (J.-E. Bazin), arie.attias@hmn.aphp.fr (A. Attias), hbaghdadi@ch-aix.fr (H. Baghdadi), a.baumann@chu-nancy.fr (A. Baumann), philippe.bizouarn@chu-nantes.fr (P. Bizouarn), frederique.claudot@univ-lorraine.fr (F. Claudot), beatrice.eon@mail.ap-hm.fr (B. Eon), fabienne.fieux@sls.aphp.fr (F. Fieux), christophe.frot@avc.aphp.fr (C. Frot), Caroline.GuibetLafaye@ens.fr (C. Guibet Lafaye), omuzard@gmail.com (O. Muzard), armelle.nicolas-robin@psl.aphp.fr (A. Nicolas-Robin), virginieorjubin@yahoo.fr (V. Orjubin), motero@doctors.org.uk (M. Otero-Lopez), cpelluchon@yahoo.fr (C. Pelluchon), justinepereira13@gmail.com (J. Pereira), France.roussin@sls.aphp.fr (F. Roussin), bernard.vigue@bct.aphp.fr (B. Vigué), lbeydon.angers@invivo.edu (L. Beydon).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2014.04.006>

0750-7658/© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

résolution des divergences. L'enseignement, dès la formation initiale, de techniques de communication, l'évaluation des comportements en équipe (par la simulation par exemple) ou le respect des contraintes des uns et des autres notamment en termes d'apprentissage, la transparence vis-à-vis des conflits d'intérêts sont aussi des éléments préventifs de conflits. Enfin parfois, les conflits sont générés par des personnalités déviantes, face auxquelles une démarche collective et institutionnelle doit être claire et sans compromis. Cet article propose enfin une approche standardisée pour la résolution des conflits.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Conflict
Codes of professional ethics
Health care providers
Ethics

In the perioperative period, several potential conflicts between anaesthetists/intensive care specialists and surgeons may exist. They are detrimental to the quality of patient care and to the well-being of the teams. They are a source of medical errors and contribute to burn-out. Patients can become the victims of such conflicts, which deserve ethical reflection. Their resolution through analysis and shared solutions is necessary. This article seeks to analyse these conflicts, taking into account their specificities and constraints. In order to understand this context, it is important to consider the specificities of each group involved and the records of such situations. Several factors can prevent these conflicts, first and foremost the patients themselves and the quality of the care that is provided. Medical deontology aims mainly at preventing and resolving these conflicts. Generally speaking, the quality approach which is increasingly applied in health care institutions (involving declarations of adverse events, morbidity/mortality reviews, benchmarking, analysis and improvement of practices, etc.) also contributes to the prevention and resolution of disagreements. The teaching of communication techniques that begins with the initial training, the evaluation of team behaviours (through simulation training for example), the respect of others' constraints, particularly when it comes to learning, as well as transparency regarding conflicts of interests, are all additional elements of conflict prevention. Lastly, conflicts may at times be caused by deviant behaviours, which must be met with a clear and uncompromising collective and institutional approach. This article concludes by offering a standardised approach for conflict resolution.

© 2014 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les conflits sont indissociables de l'activité humaine et donc du monde professionnel. Ils affectent plus les processus élaborés au sein d'une équipe (décision, conduite de projet...) que les tâches élémentaires de production [1]. Ceci explique que les établissements de soins, organisations éminemment complexes, y soient largement exposés [2]. Si les centres hospitaliers et universitaires du fait de leur taille et de la multiplicité de leurs missions concentrent l'ensemble des conflits potentiels, toute structure de soins rassemblant des professionnels de cultures différentes peut un jour ou l'autre être confrontée à l'un de ces conflits. Les conflits entre soignants, souvent banalisés, nuisent à la qualité des soins et au maintien d'un bien-être durable des équipes. Les conflits sont source d'erreurs médicales [3,4]. Ils contribuent en grande partie à l'épuisement professionnel [5,6]. Le patient risque d'en devenir l'otage, voire la victime du fait de la dégradation des soins qui en résulte. Leur pérennité est directement dépendante de la capacité des acteurs et de l'organisation à les détecter et/ou à les résoudre. Pouvoir collectivement limiter ces conflits représente un enjeu prioritaire dans l'intérêt du patient. C'est pourquoi ce sujet mérite une réflexion non seulement professionnelle, mais aussi éthique.

Nous envisagerons spécifiquement la période périopératoire qui constitue le cœur de notre métier, comme un exemple concret de conflits potentiels entre anesthésistes-réanimateurs (AR) et opérateurs (ce terme regroupant aussi bien les chirurgiens que les spécialités médicales ayant recours à l'anesthésie). Nous tenterons d'en analyser les causes qui laissent entrevoir la spécificité des cultures et des représentations propres à chaque groupe professionnel, mais plus encore leurs contraintes spécifiques ou communes. On gardera à l'esprit qu'une situation sans aucun conflit n'est pas non plus idéale ; un niveau faible de désaccord lors de la conduite d'un projet complexe stimule la créativité alors que des conflits intenses l'annihilent [7]. L'enjeu est donc de juguler les

conflits destructeurs tout en préservant la pluralité des opinions qui renforce l'intelligence collective d'un groupe.

En préambule, et pour étayer le fait que les conflits entre opérateurs et AR sont bien réels et variés en période périopératoire, nous avons tenté d'en établir une liste (probablement non exhaustive) dans le [Tableau 1](#). Chacun y trouvera des éléments connus, voire vécus. Il apparaît qu'aucun groupe n'est exemplaire, ni immunisé face aux sources potentielles de conflits parfois similaires. Envisager une analyse et des solutions partagées pour la résolution des conflits s'impose ainsi à tous.

2. Les différents acteurs en présence

Si les représentations classiques souvent caricaturales de l'anesthésiste-réanimateur et du chirurgien sont bien connues et fournissent souvent la matière à des réflexions humoristiques, voire sarcastiques, des uns envers les autres [8], certains traits plus ou moins typiques existent néanmoins et peuvent être éclairants. Il est aussi capital de tenir compte d'importantes évolutions historiques et de modifications des rapports concernant notamment la collaboration de plus en plus importante des anesthésistes avec des spécialités médicales interventionnelles.

L'opérateur, chirurgien le plus souvent, a hérité d'une tradition d'entière responsabilité vis-à-vis de l'indication et de la réalisation du geste opératoire. Autrefois, garant de la conduite de l'anesthésie déléguée à des aides, les opérateurs ont dû, par nécessité, abandonner nombre de tâches à d'autres professionnels du fait de leur complexification croissante et par là, une partie des décisions et de la gestion du patient. L'interaction s'est imposée, mais se heurte parfois à quelques archaïsmes.

Les anesthésistes-réanimateurs, quant à eux, se sont imposés comme les spécialistes médicaux indispensables et incontournables de la période périopératoire, réanimation incluse. Cependant, ils n'interviennent le plus souvent qu'en aval de la décision

Tableau 1

Liste des conflits usuels entre anesthésistes (A) et opérateurs (O). Les motifs et les conséquences apparaissent partagés et similaires.

Motif de conflit	Exemple et mécanisme	Conséquence	Qui est concerné ?
<i>Nécessité d'une formation</i>			
Internes/chefs de clinique en formation supervisée	Durée opératoire excessive	Exaspération « de l'autre côté des champs », perte de chance, problème éthique	A/O
Nouvelle technique/Recherche	Résultats suboptimaux, retards, utilisation excessive des ressources (temps de bloc opératoire)	Problème éthique, faible performance par rapport à la technique de référence durant courbe d'apprentissage	A/O
<i>Problème de compétence ou de comportement</i>			
Défaut/perte de compétence, comportement déviant	Problème de santé, faible implication personnelle, compétence technique insuffisante, <i>burn-out</i> , fuite des responsabilités	Problème éthique, perte de confiance en soi et des autres, coût pour la société, santé personnelle, manque de qualité des soins	A/O
Spécialisation excessive	Chirurgie d'un organe, pratique exclusive dans une sous-spécialité	Non-interchangeabilité, problème pour gérer les urgences, « culture métier » biaisée, divergence par rapport au groupe professionnel	A/O
Désinvolture envers les patients ou les équipes, autoritarisme	Négligence, non-analyse des échecs, sentiment de toute-puissance et personnalité pathologique	Perte de chance, de crédibilité, <i>burn-out</i> des équipes	A/O
<i>Vision partielle de la pathologie</i>			
Ne voir qu'un organe à opérer	Pas de vision ou gestion globale pluridisciplinaire du patient	Perte de crédibilité, rapport de force, délégitimation des autres spécialistes impliquées	O
Ne pas envisager les risques induits par la chirurgie et la gestion globale des problèmes	« L'exérèse est possible... » oui, mais après ?	Rapport de force, information biaisée du patient sur le rapport bénéfice/risque	O
Ne pas envisager l'intérêt de la chirurgie du fait des risques potentiels	Ce patient risque de décéder en périopératoire	Ne pas envisager une chirurgie curatrice, malgré des risques réels	A
Envisager l'anesthésie isolément de la chirurgie et de la réanimation	« Je peux l'endormir... », peu importe la suite	Refus d'une approche globale et collégiale	A
Ne pas connaître l'état de l'art et son évolution « chez ceux d'en face »	Culture d'AR tronquée	Absence d'anticipation du postopératoire	A/O
Indication compassionnelle déraisonnable	Ce qu'ils font n'est pas validé, n'a pas de sens, ne s'est jamais fait, a toujours échoué... Pratiques irrationnelles, paternalisme	Faux procès, désinformation, risque d'information biaisée au patient Rapport bénéfice/risque défavorable au patient Absence de bénéfice	O
<i>Non prise en compte des contraintes logistiques ou structurelles</i>			
Programmation intenable	Pas de matériel ce jour-là, pas de personnel adapté, pas de place en réanimation	Déprogrammation, retards, annulations forcées	O
Lutte pour des ressources partagées ou insuffisantes	Obtenir tel appareil, telle salle en compétition avec d'autres	Conflits, modification de l'organisation « au forcing »	O/(A)
Disparité numérique entre acteurs	Pas assez d'anesthésistes, d'opérateurs	Manque de pratique de ceux qui sont trop nombreux vs. <i>burn-out</i>	A/O
Travailler sans moyens adéquats, pression de production	Équipement insuffisant	Conflits avec l'institution, perte de chance	A/O
<i>Conflits d'intérêts</i>			
Indication ou geste non justifiés	Faire du chiffre, garder un recrutement, entretenir une compétence	Perte de chance, problème éthique	A/O
Liens avec l'industrie, indication opératoire liée à la recherche	Un seul type de prothèse, quelle que soit l'indication	Perte de chance, perte de crédibilité, conflit d'intérêts	O
Avantages personnels	Pratique privée, horaires dérogatoires à son avantage, absentéisme	Problème d'équité, rapport de force, instrumentalisation des autres et du patient	O/A
Conformation irraisonnée aux règles et décrets parfois inadaptés	Respect de la loi avant l'intérêt du malade, rigidité envers les procédures au détriment de la compétence et du vrai rapport bénéfice/risque	Perte de crédibilité, perte de chance, blocage du système	A
Refuser toute organisation globale	« Je ne veux pas que les cadres interviennent dans la programmation... que les chirurgiens cherchent des places de réanimation »	Refus d'une organisation globale et d'une hiérarchie transversale	O/A
Attitude individualiste	« La programmation de la semaine prochaine ne me concerne pas, je serai en vacances, l'intervention qui va suivre et pose problème n'est pas la mienne... »	Blocage du système, instrumentalisation du système et des autres	O/A

opératoire, tout en pouvant légitimement l'influencer sur des critères plus généraux souvent en lien avec les comorbidités. Le rôle transversal et la polyvalence des médecins anesthésistes-réanimateurs devraient faciliter un travail collectif en absence duquel la prise en charge du patient risquerait de devenir incohérente. Les anesthésistes-réanimateurs exerçant en réanimation doivent eux aussi se coordonner avec leurs collègues qui prendront en charge le patient et son anesthésie pour ne pas

demeurer un corps indépendant. Ainsi, le risque d'une fragmentation de la prise en charge périopératoire du patient est bien réel, si les AR se cantonnent en deux entités distinctes et indépendantes (anesthésie et réanimation). La sécurité atteinte en anesthésie (10^{-5} décès liés à l'anesthésie [9]) du fait des technologies et de la formalisation des procédures peut conférer à cet exercice un caractère routinier et laisser croire que le risque de décès au cours des chirurgies complexes ($> 10^{-3}$ [10]) ne serait pas de son fait.

L'indication de l'acte est posée par l'opérateur. Cependant, ce dernier doit conjointement avec l'AR identifier les comorbidités pouvant augmenter le risque et remettre en cause tout ou partie du geste opératoire, les discuter et en tenir compte pour la programmation. Ce point est d'ailleurs souligné comme crucial par le Conseil de l'ordre des médecins. À défaut, si l'acte opératoire ne prend pas en compte une gestion formelle des comorbidités, l'AR risque de se trouver en situation de fait accompli potentiellement préjudiciable pour le malade. Une telle démarche impose à l'AR et opérateurs d'importants efforts d'organisation, de concertation et de communication.

Anesthésistes-réanimateurs et opérateurs présentent donc quelques spécificités « métier », mais sont confrontés aux mêmes exigences : celles d'offrir une compétence globale « de discipline » et une maîtrise des compétences techniques et non techniques, en équipe [11]. Il est probable qu'atteindre cet objectif ne modifie qu'à la marge le nombre d'indications/contre-indications opératoires, mais réduit le nombre et l'intensité des conflits autour de ces indications. Les outils permettant d'y parvenir ne sont pas enseignés aux médecins et pas forcément simultanément présents à l'esprit de chacun.

Dans le **Tableau 1**, nous avons identifié que nombre de contraintes ou d'intérêts « de spécialité » sont en fait communs. Les envisager de façon ouverte et non partisane, entre spécialistes, doit permettre de les mettre en perspective et de les rendre acceptables.

Plus difficiles et profondes sont celles qui opposent médecins, institution et société, et notamment les enjeux économiques face aux attentes des patients, mais aussi des directions d'établissement ou des CME.

3. Moyens de prévention

3.1. Le patient comme sujet fédérateur

L'intérêt du patient et la qualité des soins qui lui sont prodigués constituent a priori un socle de valeurs communes permettant de dissiper tout conflit. Ceci reste bien théorique, d'autant que de réels conflits peuvent exister alors même que les deux parties sont persuadées d'œuvrer chacune pour le bien du patient, mais avec une stratégie ou approche différente. La réflexion autour du parcours de soins du patient constitue probablement une excellente solution en ce qu'elle impose un déroulement « orienté patient » qui simplifie l'analyse des enjeux chronologiques. L'opérateur devrait être le premier à voir en consultation le patient et à proposer un traitement. Il est donc le plus à même d'initier une prise en charge multidisciplinaire graduée. Malheureusement, la prise en charge du patient est parfois fragmentée, personne n'ayant considéré l'ensemble des données du patient. Certaines pistes peuvent être envisagées pour favoriser cette collaboration : coordination des consultations, possibilité de discussion entre opérateur et AR avant de fixer la date opératoire, ménager un temps suffisant avant l'intervention pour avoir la possibilité de reconvoquer éventuellement le patient, formaliser des moments pour la discussion des indications... Cela n'est possible que si l'opérateur identifie précocement même sommairement les comorbidités de son patient et interroge rapidement l'AR s'il suspecte un risque. À défaut, l'AR se trouvera placé en décalage et en porte à faux vis-à-vis du patient, au risque de devoir lui dévoiler des difficultés résiduelles que l'opérateur n'aurait pas laissées entendre. Il est en effet courant que les comorbidités prennent le pas sur l'intervention, en termes de risques périopératoires.

De nombreuses avancées ont contribué à l'amélioration collective des soins, sans doute largement liée à la prise en compte du fait que la médecine constituait la 9^e cause de mortalité aux

États-Unis (et probablement aussi dans le reste du monde). Considérons quelques-unes de ces avancées qui ont résulté de cette prise de conscience de la non-qualité. Elles peuvent participer à limiter certaines sources de conflits d'autant qu'elles sont en France obligatoires pour beaucoup de spécialités ou largement soutenues par les sociétés savantes.

3.2. La déontologie médicale

Le Conseil de l'ordre des médecins a réactualisé en 2001 ses recommandations sur la relation entre AR et chirurgiens [12]. S'il rappelle les règles de base, dont l'information mutuelle, le devoir d'assistance au patient n'envisage qu'à la marge, les conflits les plus graves (marginiaux dans le contexte des relations AR-opérateurs en périopératoire). « Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. » (Article 68). Plus probante est la question de l'information, souvent source de conflits : « chacun donnant une idée du risque global et conseillant éventuellement au patient de poser (ou reposer) les questions plus précises au spécialiste concerné ». La SFAR a de son côté envisagé les relations anesthésistes-chirurgiens¹. Elle aborde quelques points souvent à l'origine de conflits : l'impossibilité d'exercer des contraintes par un acteur sur l'autre, qui puissent « ...entraver les libertés fondamentales du médecin ou porter préjudice à la sécurité du malade. L'anesthésiste-réanimateur pas plus le chirurgien n'entreprendra d'actes pour lesquels il n'est pas compétent ». « En aucun cas, le malade et/ou sa famille ne doivent être les victimes, les otages ou les témoins anxieux du différend opposant les médecins entre eux ou à l'administration de l'hôpital ou de la clinique. Un arbitrage sera recherché au niveau des confrères, de la hiérarchie médicale, de la conférence médicale de la clinique ou de la commission médicale d'établissement de l'hôpital et éventuellement auprès des instances ordinales ».

Ces recommandations peuvent sembler incantatoires en cas de conflit et pourtant, elles constituent un incitateur fort à une recherche de médiation. Celle-ci tend à se banaliser et y recourir devient plus facile et mieux accepté (la déclaration d'un conflit comme évènement indésirable permet avec retour « à froid » sur l'évènement et la recherche collective d'une solution). Une telle recherche de médiation gagnerait à être portée par un groupe et conduite dans le souci de privilégier « le service rendu au patient », mais aussi « la qualité des relations professionnelles ».

3.3. Standardisation des pratiques, contrôles partagés

Nombre de conflits impliquant le patient doivent pouvoir être résolus au travers d'une analyse bénéfique/risque, de l'optimisation du parcours du patient, des retours d'expérience (RMM, déclarations d'incidents...), et d'une pratique médicale basée sur l'état de l'art. Ces avancées, liées à une réflexion qualitative autour du soin et héritée de l'industrie, permettent de circonscrire la variabilité interpraticien des pratiques médicales et par là les conflits autour de la prise en charge des patients. Lorsqu'elles sont initiées par des sociétés savantes ou des organismes internationaux, leur prise en compte doit être privilégiée. L'exemple de la check-list OMS constitue un exemple d'initiative validée au niveau international et imposée à tous. Elle se base sur un contrôle collectif avant la chirurgie [13]. Des résistances existent : les IBODES perçoivent l'utilité de cette check-list de façon significativement plus élevée

¹ Recommandations concernant les relations entre AR et autres spécialités ou professionnels de santé. Mis en ligne le 30 décembre 2002 et modifié le 26 janvier 2010. www.sfar.org.

que les anesthésistes, eux-mêmes plus que les chirurgiens [14]. Cet exemple illustre un changement de paradigme qui s'imposera.

On pourrait citer également les procédures standardisées, à visée opérationnelle, qui ont permis un transfert partiel de tâches médicales vers les acteurs paramédicaux afin de renforcer la réponse thérapeutique « en temps réel ». Elles permettent ainsi de « raccourcir la boucle » décisionnelle au bénéfice du patient. La loi du 4 mars 2002 (Loi Kouchner) a rendu possible le traitement de la douleur par les infirmières pour une meilleure prise en charge en urgence. Les applications du même ordre sont innombrables : sevrage ventilatoire [15], gestion de l'anticoagulation [16], de l'insuline [17], des opiacés [18]... Cette délégation formalisée a permis d'améliorer leurs résultats [19,20] en diminuant la variabilité interindividuelle, source de confusion, d'erreurs voire de conflits. On peut supposer que la réflexion imposée par le développement de ces procédures force à la recherche du consensus profitable à tous.

3.4. Échanger sur des données factuelles, colliger les événements indésirables

Les dysfonctionnements organisationnels sont connus et invoqués de façon récurrente, en particulier quand des activités incidentes interfèrent avec le « flux de production » (urgences, activités de formation des internes par compagnonnage, activités universitaires...). L'AR y est particulièrement exposé en intervenant durant tout le cursus périopératoire, pour plusieurs patients simultanément et successivement dans la journée. Cette rubrique est propice aux divergences d'appréciation, à la bonne ou mauvaise foi des uns et des autres, au rôle éventuellement aggravant d'une absence de leadership médical ou institutionnel, aux carences individuelles, etc.

Par exemple, concernant la programmation opératoire, des outils de planification, l'adjonction de personnels d'encadrement dédiés, les conseils de bloc opératoire, la sectorisation des activités ont un rôle croissant. Ces outils, s'ils étaient bien exploités, devraient permettre un gain de productivité de l'ordre de 20% [21].

Malgré tout, force est de constater que des effets pervers du système de santé, des contraintes économiques (contraction d'effectifs, regroupement de blocs opératoires, inégalités démographiques, maillage hétérogène des réseaux de soins...), des intérêts particuliers (détournement des moyens collectifs à des fins personnelles, biais de la tarification à l'activité (T2A), multiplicité des échelons administratifs, inamovibilité des effectifs...) favorisent les tenants du statu quo, au profit des conflits et au détriment des patients.

Pourtant, des formes de contrainte existent ! Citons par exemple la puissance que devrait conférer l'obligation de déclaration d'événements indésirables pour forcer la recherche de mesures correctives et par là, limiter les conflits. En encourageant et en banalisant ces déclarations qui sont par construction traitées par une cellule qualité indépendante, on favorise une résolution non punitive des erreurs, une implication de tous les acteurs dans la correction des dysfonctionnements, et notamment de l'administration. Il n'est normalement et dès lors plus possible de passer sous silence un événement embarrassant ni de permettre à un groupe de bénéficier d'un statut d'immunité face à ses responsabilités. Plus encore que les cliniciens, c'est sans doute l'administration qui est forcée de faire bouger ses lignes et de s'impliquer pour faciliter la résolution des problèmes.

Les revues de morbi-mortalité, qu'il faut s'efforcer de rendre multidisciplinaires, constituent un autre volet du retour d'expérience. Elles sont formalisées et obligatoires. Cette attitude proactive collective est encouragée par le parangonage (benchmarking) et la tenue de registres locaux sur des indicateurs justifiant une surveillance. En cas de conflit, ces indicateurs pourront contribuer

utilement à l'analyse factuelle des problèmes. Motivées par la volonté d'amélioration, les équipes voient le nombre de leurs conflits diminuer [22].

Le benchmarking, tel qu'il a été développé au sein des hôpitaux des vétérans, aux États-Unis, a fait la preuve de son efficacité pour améliorer le niveau global de qualité. Cette approche permet de formidables progrès collectifs (ex. diminuer les infections à staphylocoque M-résistant [23], les infections sur cathéter [20], la morbidité en chirurgie [24]...).

3.5. Analyser et améliorer ses pratiques

Le développement professionnel continu (DPC)² qui doit permettre le maintien ou le développement des connaissances semble désormais définitivement formalisé, ce qui met fin à des années d'atermoiements. La contrainte est double : entretenir ses connaissances, mais plus encore, analyser ses pratiques et les corriger. D'individuel, le DPC évolue pour permettre à court terme des accréditations d'équipe.

Dans cet esprit, des stratégies institutionnelles volontaristes et globales ont été développées avec succès pour améliorer la communication d'équipes autour de mesure visant à améliorer un segment du soin [22] et au bénéfice des patients [25].

3.6. Optimiser la formation et limiter les risques induits par l'apprentissage

3.6.1. Dès les études de médecine...

Si le savoir, l'expertise technique, le raisonnement clinique et la réflexion sont sans doute bien enseignés à la faculté, que dire de la communication, de l'émotion et des valeurs humaines nécessaires à l'exercice [26] ? Ceci d'autant que les valeurs d'empathie s'émeussent graduellement au cours de la formation d'un étudiant en médecine [27]. Certaines facultés nord-américaines, face à ce problème, ont largement modifié leur approche de l'enseignement de la médecine depuis une dizaine d'années, réintroduisant un enseignement des « humanités », en recentrant l'approche sur le cognitif et le collaboratif, associées à un enseignement clinique de haute qualité [28]. La France tend heureusement à suivre cet exemple.

La prévention et la résolution des conflits font partie intégrante du professionnalisme [29] et de l'éthique. Pourtant, en France, seules les lois de bioéthique sont abordées, délaissant dans beaucoup de facultés les fondements de la gestion d'équipe.

3.6.2. La simulation : un outil pour souder les équipes

La simulation en médecine a constitué un évènement déterminant. À ce titre, les chirurgiens ont été précurseurs en recourant depuis toujours aux laboratoires d'anatomie ou à l'animalerie pour la formation de leurs opérateurs. Ils sont désormais rejoints par les AR [30]. Plus intéressant encore, la compréhension des compétences non techniques [31,32] (*non-technical skills*) et de leur maîtrise individuellement et en équipe créent une culture de sécurité et de réponse partagée aux situations de crise. Ainsi, la simulation banalise le fait d'accepter de se confronter à des difficultés anticipées, et de les partager entre pairs pour identifier des points de formation et d'amélioration.

3.6.3. La courbe d'apprentissage : une source potentielle de conflits pour « l'autre camp »

La réalité d'une courbe d'apprentissage tant lors de la formation des étudiants [28,29] que lors du développement de nouvelles techniques [33,34] induit inévitablement des lenteurs de procédure,

² Décret n° 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des médecins.

des tâtonnements et augmente les risques pour le patient. Il existe un fossé entre l'étroit encadrement de la recherche clinique qui émaille le développement de toute nouvelle technique et le vide laissé lorsque la technique est diffusée, mais que de nouveaux praticiens la découvrent [35]. S'il est recommandé d'en informer le patient, l'exercice demeure délicat dans notre culture actuelle et rarement explicité. La supervision peut atténuer ce risque : celle d'un senior aux côtés de l'apprenant pour optimiser et accélérer cette formation en reprenant la main si besoin ; mais aussi celle d'un expert extérieur, rompu à la technique et intervenant in situ pour faciliter le transfert de compétence. Enfin, il est démontré qu'une nouvelle technique est mieux appréhendée quand elle est anticipée soigneusement [36], et que plusieurs médecins la développent ensemble, plutôt qu'un seul. Cette synergie accélère l'apprentissage [37]. Ceci d'autant que l'équipe est multidisciplinaire [38]. S'en convaincre devrait limiter cette source banale de conflit.

3.7. Les conflits d'intérêts

Les conflits d'intérêts sont de plusieurs ordres, par exemple ceux qui sont liés à un profit financier réel ou supposé d'un des acteurs (ou à une recherche de notoriété) et ceux qui sont liés à de l'introduction de nouvelles technologies imposées aux autres acteurs, sans préparation ni concertation.

Le type de conventionnement des médecins crée en France des disparités [39] notamment en regard de l'activité libérale en secteur public. Le rapport Laurent³ précise que ce secteur (PH : 77 %, hospitalo-universitaires : 23 %) représente 5 % des médecins hospitaliers et 4 % de l'ensemble des médecins libéraux public/privé, et 1,8 % des honoraires de la totalité du secteur libéral en France. Le rapport encourage le maintien de ce secteur tout en pointant la sous-valorisation de l'indemnisation des praticiens qui ont opté pour une pratique en secteur public exclusif. Ainsi, l'activité privée à l'hôpital peut être une source de ressentiment si elle désorganise l'activité publique au profit de celui qui pratique cette activité, par exemple dans la gestion des urgences.

La meilleure façon de désamorcer ces tensions est d'imposer la transparence vis-à-vis de cette activité, comme le permet l'affichage dans les locaux de consultation et sur Internet des tarifs en exercice libéral⁴. Cette obligation devrait permettre l'appréciation par tous de tarifs qui ne respecteraient pas les impératifs de « tact et de mesure » imposés par la déontologie.

L'implantation de nouvelles techniques, qu'elles soient ou non soutenues par l'industrie pharmaceutique ou biotechnologique, implique également la plus grande transparence (vis-à-vis de l'équipe et du patient) et le partage d'information. Les règles éthiques et d'information vis-à-vis des patients dans le cadre de nouvelles techniques ou de protocoles de recherche devront bien évidemment être respectées.

3.8. Recours face à des médecins déviants : vers une démarche collective

Gérer un comportement médical déviant requiert une démarche procédurale à laquelle les médecins ne sont pas préparés (Tableau 2). Ils sont donc par nature en situation de difficulté pour gérer les conflits voire en situation propice à les créer [40,41] ! On ne doit pas non plus oublier le positionnement social spécifique et particulier du corps médical « se croyant au-dessus des règles, des lois et des comportements sociaux usuels » [42]. En regard, l'administration peine à appliquer les règles du monde du travail au corps médical et se trouve ainsi en difficulté pour intervenir sur le terrain ; ce qu'elle fait avec retard et de façon timorée [43].

Tableau 2

Éléments constitutifs d'une charte institutionnelle de gestion des comportements médicaux déviants.

Définition	Comportement perturbateur : comportement personnel (verbal ou physique) qui affecte effectivement ou potentiellement le soin au patient
Constitution	Chaque service développe des règles pour intervenir face à un médecin déviant. Ces règles doivent garantir un processus diligent (<i>due process</i>) conduit par un comité médical <i>ad hoc</i>
Processus	Nommer les buts, incluant les enjeux de qualité des soins au patient, de l'environnement médical et des pratiques professionnelles Décrire les comportements qui vont justifier une action Créer la structure par laquelle les cas seront analysés et instruits Formaliser l'analyse et la vérification des éléments constitutifs Formaliser l'information du médecin de l'ouverture d'une procédure, et lui donner les moyens d'y répondre formellement Suivre le changement de comportement du médecin par une entité désignée Engager des mesures (sanctions, programme de réhabilitation) proportionnées aux faits, la réduction de l'activité ou l'exclusion étant des recours ultimes Déterminer nommément quels sont les pairs qui siègeront à cette commission et leurs rôles respectifs Établir et garantir les règles de confidentialité qui s'appliqueront Assurer la protection de ceux qui déclarent un comportement médical déviant

D'après [48].

Fréquemment le comportement anormal d'un médecin est « justifié » ou « minimisé » par sa compétence technique ou son rôle « indispensable » pour l'institution alors même que ces déviations sont inacceptables. Les personnalités vulnérables sont des facteurs favorisants, mais qui seront d'autant aggravés que l'institution et le management n'offrent pas de soutien individuel et que la pression de production est forte [44]. Cette « fatalité » est encore en France souvent subie en invoquant une carence en moyens et surtout l'absence de culture de régulation interne assumée, face aux déviations avérées [45].

Soixante-sept pour cent des médecins interrogés dans un large panel multicentrique américain ont été confrontés à des comportements médicaux déviants et les deux tiers de ces épisodes ont conduit à un dommage pour le patient [46]. Dans une étude anglaise, 6 % des 850 médecins étudiés avaient été instruits en commission disciplinaire. Les motifs étaient : comportement perturbateur ou irresponsable (33 %), non-respect de ses obligations (22 %), compétences cliniques déficientes (20 %), malhonnêteté (11 %), abus sexuel (7 %), « ingérable » (5 %) [47]. Dans la culture anglo-saxonne, la déviance médicale ne semble donc ni exceptionnelle, ni tolérée. Ainsi, qu'elle soit liée à une pathologie sous-jacente ou non, tout doit être fait pour mettre en évidence les comportements déviants. L'approche anglo-saxonne nous incite à définir clairement les comportements déviants dans les règlements intérieurs institutionnels, ainsi que les moyens pour les prévenir, les tracer et y répondre. Cette formalisation doit faciliter la mise en place d'actions correctrices proportionnelles et de programmes structurés de réhabilitation [48]. On peut regretter que la sélection, l'éducation et l'évaluation de la performance médicale ne soient basées que sur le savoir et le savoir-faire.

4. Standardiser le mode de résolution des conflits

La gestion des conflits occupe 20 % du temps des chefs de départements médicaux aux États-Unis [49]. Or, on sait que les conflits gérés par la discussion ne génèrent pas de stress contrairement à l'utilisation de la contrainte ou au déni du conflit

³ L'activité libérale dans les établissements publics de santé. 31 mars 2013.

⁴ <http://ameli-direct.ameli.fr/>.

[50]. Le mode de résolution du conflit (par exemple, aller au-devant du conflit pour l'envisager délibérément, et utiliser des moyens divers, mais conjoints) augmente les chances que ce conflit soit résolu [51]. Ceci d'autant que la motivation à résoudre un conflit prime sur le mode de résolution utilisé [52]. On entrevoit dès lors l'intérêt de considérer les motivations sous-jacentes des acteurs du conflit (vouloir préserver un intérêt particulier, défendre une intime conviction, rechercher à promouvoir une action ou s'en garder) et les positions hiérarchiques relatives des protagonistes [49]. Un médiateur ou une commission locale indépendante de « sages » peuvent aider à mettre en perspective les enjeux et faire comprendre que la résolution n'est pas un jeu à sommes nulles d'autant que les solutions peuvent se trouver au-delà du périmètre initial du conflit.

Un mode opératoire d'analyse d'un conflit est proposé (Tableau 3).

En somme, considérer que les médecins sont « résistants » aux conflits qu'ils banalisent, contrairement aux personnels paramédicaux [54], semble dépassé. Tout incite désormais à l'action tant en dépend la qualité des soins.

5. Enjeux collectifs

5.1. Le droit de retrait ?

Le droit de retrait constitue en droit français la possibilité pour un travailleur de refuser toute activité en cas de danger grave ou de défectuosité des systèmes de sécurité, sans sanction ni retenue de salaire (Article L4131-1 du Code du travail pour les salariés et sur l'article 5-6 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 pour les

fonctionnaires). Ce droit est individuel, mais peut s'exercer collectivement. La décision de retrait ne doit bien évidemment pas créer pour d'autres personnes une nouvelle situation de danger grave et imminent. Le caractère effectif du danger n'est pas retenu, il suffit que le salarié, eu égard aux circonstances tenant à sa personne, ait pu raisonnablement croire à l'existence de celui-ci. Ce droit a pour seul objectif la sauvegarde du salarié et ne peut servir à faire la promotion de revendications professionnelles. Son application dans le cadre des conflits entre anesthésistes et opérateurs peut sembler problématique, voire irresponsable et abusive. Néanmoins, l'appel à un retrait, surtout collectif, semble devenir un mode d'action de plus en plus revendiqué, notamment au nom du risque (individuel ou collectif) pour les patients (Le Monde, 12 novembre 2010). Ce retrait peut le plus souvent être justifié par le Code de déontologie médicale, ainsi que par les dangers psychologiques individuels ou collectifs engendrés par les situations de conflits non résolus.

Face à une situation conflictuelle ou anormale, une attitude individuelle de retrait est généralement vouée à l'échec car elle laisse perdurer le conflit tout en nourrissant le ressentiment individuel. Seule une démarche collective, réfléchie, appuyée sur des faits objectifs peut porter ses fruits, chacun faisant bloc avec le groupe. Cette cohérence est importante vis-à-vis de l'administration également, en termes d'alerte. Par exemple l'ensemble des anesthésistes ou des opérateurs peut refuser de travailler avec un médecin donné, de manière circonstanciée, après avertissement de celui-ci, et de la Commission médicale d'établissement, par exemple. Ce type de démarche, renforçant le groupe, peut s'avérer difficile à mettre en œuvre, mais relativement saine si elle est maniée avec précaution et modération. Elle peut permettre la reprise d'un dialogue ou d'une négociation par l'ouverture et la médiatisation locale du conflit.

Tableau 3

Questions à se poser en cas de conflit.

1. Qui est impliqué ? (directement et indirectement)
Quelle est l'intensité du conflit ? (pour le patient, moi-même, l'équipe, l'institution)
Quels sont les rapports de force entre les personnes impliquées ?
2. Quelles en sont les causes ?
Légitimes : elles sont défendables vis-à-vis des valeurs et des nécessités individuelles, collectives et de l'institution
Illégitimes : elles mettent en jeu des intérêts particuliers, des problèmes individuels, des conflits interpersonnels avérés ou latents
3. Quels sont les gagnants et perdants apparents ? Quelles sont les victimes collatérales ? Quelqu'un a-t-il été humilié ? Comment faire que les acteurs ne perdent pas la face ?
4. Des enjeux éthiques découlent-ils de ce conflit ? (ils constituent des éléments forts pour un arbitrage)
Vis-à-vis du patient
Vis-à-vis des personnels, de l'institution, voire de la société
5. Qui a intérêt à résoudre ou ne pas résoudre ce conflit ? Pourquoi ?
6. Quelle est la mesure de sauvegarde immédiate à prendre, pour le patient, pour un ou des acteurs ?
7. En quoi ce conflit reflète-t-il un problème accessible à une action d'amélioration ?
Puis-je faire l'économie de traiter en profondeur la cause originelle, sinon, à quel prix ?
8. Qui est le plus à même de contribuer à résoudre ce conflit (de par sa position dans ou hors du conflit, dans ou hors de la hiérarchie) ?
Quel recours institutionnel trouver ? Quel serait le médiateur opportun ?
9. Quelles démarches et solutions permettront de sortir du conflit par le haut (gagnant-gagnant) via une négociation ou un arbitrage ?
Quels principes supérieurs peut-on invoquer pour disqualifier les causes du conflit ?
10. À défaut, la situation justifie-t-elle des mesures disciplinaires ?

D'après [53].

5.2. Épuisement professionnel

Le *burn-out* dont on parle depuis peu en France devrait bénéficier de la gestion des conflits en renforçant la confiance de chaque acteur vis-à-vis des autres membres de l'équipe, et par là, sa résilience.

Citons quelques chiffres : sur 132 universitaires américains en AR, 52 % ont un score élevé de *burn-out* [55]. Les chirurgiens dans une autre étude sont 32 %, 13 % et 2 % à éprouver épuisement émotionnel, dépersonnalisation et faible accomplissement du fait du poids de la fonction, du difficile accomplissement hors du travail, et de la faible autonomie [56]. Les anesthésistes-réanimateurs français sont en tous points comparables, selon deux études (SESMAT [57], Mion et al. [58]) ; il en va de même des chirurgiens [59]. Chez les réanimateurs, la charge de travail et les conflits entre professionnels sont corrélés au *burn-out* alors qu'une coopération de qualité avec les personnels paramédicaux le diminuait. L'enjeu pour opérateurs et AR est donc de se persuader du bien-fondé de l'introduction, en médecine de la législation qui prévaut dans le monde du travail en général, notamment en termes d'horaires. C'est un enjeu institutionnel et d'équipes uni- ou multidisciplinaires. Ainsi, l'application récente de règles, comme le repos compensateur des gardes, a été comprise en AR comme une nécessité, mais encore souvent brocardée dans le monde chirurgical. L'anesthésie-réanimation, s'inspirant de l'expérience des grandes entreprises, a lancé le projet SMART, via le Collège français des anesthésistes-réanimateurs, qui propose un service d'écoute téléphonique (numéro vert extérieur) à tous les anesthésistes en situation de souffrance au travail⁵. Ce numéro permet d'entrer en contact avec un professionnel spécialisé dans l'écoute et l'orientation des professionnels en souffrance au travail

⁵ www.cfar.org/index.php/vie-pro-smart/nd-vert.html.

et de façon anonyme par rapport à son environnement professionnel habituel.

On peut regretter qu'en France, les médecins, contrairement aux autres professionnels de santé, ne puissent participer aux Comités hospitaliers de sécurité et d'hygiène au travail (CHCT) et soient peu suivis en médecine du travail alors même que leur mode de travail est atypique et parfois délétère. Autant de traits qui apparaissent désormais plus archaïques que structurants.

6. Conclusion

Les conflits entre professionnels de santé, en dégradant la qualité des soins, sont préjudiciables et coûteux pour les patients, les soignants et la société dans son ensemble. Au vu des multiples solutions qui existent à ce jour pour gérer les problèmes à la source des conflits entre AR et opérateurs, on ne peut plus invoquer une quelconque fatalité. Les problématiques des établissements de soins privés et publics convergent, les sources de conflits potentiels également et aucun type de structure n'en est indemne.

La gestion des conflits est possible collectivement, notamment par une prise de conscience et une approche procédurale ascendante de type « bottom up ». Il convient donc de refuser un management inopérant, inéquitable ou négligeant la finalité ultime qui est un soin de qualité par une équipe satisfaite.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

Références

- [1] De Dreu CK, Weingart LR. Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a meta-analysis. *J Appl Psychol* 2003;88:741–9.
- [2] Bertinascio LG. Strategies for resolving conflict. *Health Care Superv* 1990;8:35–9.
- [3] Marshall P, Robson R. Preventing and managing conflict: vital pieces in the patient safety puzzle. *Healthc Q* 2005;8:39–44.
- [4] Baldwin Jr DC, Daugherty SR. Interprofessional conflict and medical errors: results of a national multi-specialty survey of hospital residents in the US. *J Interprof Care* 2008;22:573–86.
- [5] Weibel L, Gabrion I, Aussadat M, Kreutz G. Work-related stress in an emergency medical dispatch center. *Ann Emerg Med* 2003;41:500–6.
- [6] Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175:686–92.
- [7] Farh JL, Lee C, Farh CI. Task conflict and team creativity: a question of how much and when. *J Appl Psychol* 2010;95:1173–80.
- [8] Subramanian P, Kantharuban S, Subramanian V, Willis-Owen SA, Willis-Owen CA. Orthopaedic surgeons: as strong as an ox and almost twice as clever? Multicentre prospective comparative study. *BMJ* 2011;343:d7506.
- [9] Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. *Anesthesiology* 2006;105:1087–97.
- [10] Veen MR, Lardenoye JW, Kastelein GW, Breslau PJ. Recording and classification of complications in a surgical practice. *Eur J Surg* 1999;165:421–4.
- [11] Glavin RJ. Excellence in anesthesiology: the role of nontechnical skills. *Anesthesiology* 2009;110:201–3.
- [12] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé « www.SFAR.org »; 2001. http://www.sfar.org/_docs/articles/81cnomanesth.pdf.
- [13] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491–9.
- [14] Halverson AL, Andersson JL, Anderson K, Lombardo J, Park CS, Rademaker AW, et al. Surgical team training: the Northwestern Memorial Hospital experience. *Arch Surg* 2009;144:107–12.
- [15] Ely EW, Meade MO, Haponik EF, Kollef MH, Cook DJ, Guyatt GH, et al. Mechanical ventilator weaning protocols driven by nonphysician health-care professionals: evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2001;120:454S–63S.
- [16] Williams TD, Sullivan K, Lacey C, Adoryan S, Watts B. Nurse-driven intravenous heparin protocol: quality improvement initiative. *AACN Adv Crit Care* 2010;21:152–61.
- [17] Locke C, McEuen J, Felder RS, Lesselroth B, Barrett TW, Stevens B, et al. Evaluating an insulin infusion protocol in an acute care setting. *Clin Nurse Spec* 2011;25:237–43.
- [18] Evans E, Turley N, Robinson N, Clancy M. Randomised controlled trial of patient controlled analgesia compared with nurse delivered analgesia in an emergency department. *Emerg Med J* 2005;22:25–9.
- [19] Nachtigall I, Tamarkin A, Tafelski S, Deja M, Halle E, Gastmeier P, et al. Impact of adherence to standard operating procedures for pneumonia on outcome of intensive care unit patients. *Crit Care Med* 2009;37:159–66.
- [20] Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355:2725–32.
- [21] Abouleish AE, Dexter F, Epstein RH, Lubarsky DA, Whitten CW, Prough DS. Labor costs incurred by anesthesiology groups because of operating rooms not being allocated and cases not being scheduled to maximize operating room efficiency. *Anesth Analg* 2003;96:1109–13.
- [22] Dunn EJ, Mills PD, Neily J, Crittenden MD, Carmack AL, Bagian JP. Medical team training: applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:17–25.
- [23] Jain R, Kralovic SM, Evans ME, Ambrose M, Simbarti LA, Obrosky DS, et al. Veterans affairs initiative to prevent methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections. *N Engl J Med* 2011;364:1419–30.
- [24] Hall BL, Hamilton BH, Richards K, Bilimoria KY, Cohen ME, Ko CY. Does surgical quality improve in the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program: an evaluation of all participating hospitals. *Ann Surg* 2009;250:363–76.
- [25] Neily J, Mills PD, Lee P, Carney B, West P, Percarpio K, et al. Medical team training and coaching in the Veterans Health Administration; assessment and impact on the first 32 facilities in the programme. *Qual Saf Health Care* 2010;19:360–4.
- [26] Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007;356:387–96.
- [27] Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009;84:1182–91.
- [28] Boudreau JD, Cassell EJ, Fuks A. A healing curriculum. *Med Educ* 2007;41:1193–201.
- [29] Sox HC. The ethical foundations of professionalism: a sociologic history. *Chest* 2007;131:1532–40.
- [30] Gaba DM, DeAnda A. The response of anesthesia trainees to simulated critical incidents. *Anesth Analg* 1989;68:444–51.
- [31] Reader T, Flin R, Lauche K, Cuthbertson BH. Non-technical skills in the intensive care unit. *Br J Anaesth* 2006;96:551–9.
- [32] Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetists' non-technical skills. *Br J Anaesth* 2010;105:38–44.
- [33] Belgers EH, Siebenga J, Bosch AM, van Haren EH, Bollen EC. Complete video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy and its learning curve. A single center study introducing the technique in The Netherlands. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010;10:176–80.
- [34] Bokhari MB, Patel CB, Ramos-Valadez DI, Ragupathi M, Haas EM. Learning curve for robotic-assisted laparoscopic colorectal surgery. *Surg Endosc* 2011;25:855–60.
- [35] Healy GB. Role models in surgery. *Surgeon* 2011;9(Suppl. 1):S48–9.
- [36] Moran BJ. Decision-making and technical factors account for the learning curve in complex surgery. *J Public Health (Oxf)* 2006;28:375–8.
- [37] Mohamed F, Moran BJ. Morbidity and mortality with cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy: the importance of a learning curve. *Cancer J* 2009;15:196–9.
- [38] Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *J Interprof Care* 2001;15:29–35.
- [39] Rapport Igas n° RM 2007-054P sur les dépassements d'honoraires médicaux en ville et en établissements. 2007.
- [40] Arond-Thomas M. Understanding emotional intelligence can help alter problem behavior. *Physician Exec* 2004;30:36–9.
- [41] Glauser W. Hospitals turning to team-based conflict resolution. *CMAJ* 2011;183:E977–8.
- [42] Weber DO. Poll results: doctors' disruptive behavior disturbs physician leaders. *Physician Exec* 2004;30:6–14.
- [43] Cohn KH. A practicing surgeon dissects issues in physician-hospital relations. *J Healthc Manag* 2009;54:5–10.
- [44] Loretto W, Popham F, Platt S, Pavis S, Hardy G, MacLeod L, et al. Assessing psychological well-being: a holistic investigation of NHS employees. *Int Rev Psychiatry* 2005;17:329–36.
- [45] Keogh T, Martin W. Managing unmanageable physicians: leadership, stewardship and disruptive behavior. *Physician Exec* 2004;30:18–22.
- [46] Patel P, Robinson BS, Novicoff WM, Dunnington GL, Brenner MJ, Saleh KJ. The disruptive orthopaedic surgeon: implications for patient safety and malpractice liability. *J Bone Joint Surg Am* 2011;93:e1261–6.
- [47] Donaldson LJ. Doctors with problems in an NHS workforce. *BMJ* 1994;308:1277–82.
- [48] Rakatansky H. Report of the council of ethical and judicial affairs. Physicians with disruptive behaviour. www.ama-assn.org; 1999.
- [49] Aschenbrener CA, Siders CT. Part 2. Conflict management. Managing low-to-mid intensity conflict in the health care setting. *Physician Exec* 1999;25:44–50.
- [50] Hyde M, Jappinen P, Theorell T, Oxenstierna G. Workplace conflict resolution and the health of employees in the Swedish and Finnish units of an industrial company. *Soc Sci Med* 2006;63:2218–27.

- [51] Behfar KJ, Peterson RS, Mannix EA, Trochim WM. The critical role of conflict resolution in teams: a close look at the links between conflict type, conflict management strategies, and team outcomes. *J Appl Psychol* 2008;93:170–88.
- [52] Barbuto Jr JE, Xu Y. Sources of motivation, interpersonal conflict management styles, and leadership effectiveness: a structural model. *Psychol Rep* 2006;98:3–20.
- [53] Scott C, Gerardi D. A strategic approach for managing conflict in hospitals: responding to the Joint Commission leadership standard. Part 2. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2011;37:70–80.
- [54] Skjorshammer M. Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J Interprof Care* 2001;15:7–18.
- [55] De Jr OG, Almeida MD, Ahmad S, Fitzgerald PC, McCarthy RJ. Anesthesiology residency program director burnout. *J Clin Anesth* 2011;23:176–82.
- [56] Campbell Jr DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001;130:696–702.
- [57] Doppia MA, Estryn-Behar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30:782–94.
- [58] Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32:175–88.
- [59] Travers V, Watrelot A, Cuche H. Évaluation du niveau de stress et de ses principaux indicateurs chez les praticiens de bloc opératoire. *Presse Med* 2012;41:e577–85.