

**Formation médiation avec spécialisation dans le domaine de la santé
2000-2001**

GESTION QUALITATIVE DES RELATIONS HUMAINES EN ANESTHESIE

GESTION DE CONFLIT ET MEDIATION

TABLE DES MATIERES

Préambule « A propos de l'éthique ».....	p. 3.
Trajectoire professionnelle et choix du sujet.....	p. 4
Hypothèse de travail.....	p. 4
Méthodologie.....	p. 5
Limites de ce travail.....	p. 5
Contexte professionnel.	p. 6
1. L'hôpital	
2. La division d'anesthésiologie	
La démarche qualité appliquée dans la division d'anesthésie.....	p. 8
Méthode.	
Recueil de données..	p. 9
Cadre de référence.	p. 11
1. Le conflit	
2. Règlement des conflits, moyens à disposition.	
3. Négociation, arbitrage, jugement.	
4. La médiation.	p. 14
4.1 Définition et approche.	
4.2 Objectifs de la médiation.	
5 Le stress.....	p.16
Analyse des conflits répertoriés selon le cadre de référence.....	p. 16
Quelles solutions, quelles propositions ?.....	p. 18
1. Dans la division d'anesthésie.	
2. A l'hôpital cantonal de Genève.	
Conclusion.	p. 19
Bibliographie.....	p. 20
Annexes	p. 21

Préambule

A propos de l'éthique .

Nous désignons par « éthique » l'interrogation d'un sujet sur la finalité de ces actes. Interrogation qui le place d'emblée devant la question de l'autre ...car l'existence de l'autre, chaque fois que j'agis et au sens propre des mots » fait question » : Est-ce que je le reconnais comme tel, dans sa radicale altérité ou est-ce que j'en fais l'objet de mes manipulations pour servir à ma satisfaction ? Dans tous ce que je dis, à travers toutes les décisions que je prends, au sein des institutions que je fréquente, est-ce que je permets à l'autre d'être, face à moi, voir contre moi un sujet ? Est que j'accepte, en dépit des difficultés que cela comporte, de l'incertitude devant laquelle cela me place, des inquiétudes qui vont inmanquablement surgir à chaque pas, de prendre ce risque.

Philippe MERIEU
Le choix d'éduquer. (éthique et pédagogie)

Trajectoire professionnelle et choix du sujet

Depuis toujours, le souci de l'autre" dans ma profession, qu'il soit malade ou soignant à été le fil rouge de mon engagement.

A travers mon expérience professionnelle très axée, dans un premier temps, sur la technique au sein d'un service de réanimation polyvalente, puis dans une formation d'infirmière anesthésiste, cette perception de mon métier a toujours été présente, sous-jacente. Aujourd'hui en faisant le bilan de mon activité de cadre APSIC, je peux dire que je retrouve cette cohérence et que la formation de médiateur dans le domaine de la santé vient compléter d'une part, une maturation professionnelle et d'autre part, un besoin de gestion qualitative des ressources humaines dans mon secteur d'activité, à savoir l'anesthésie et les soins post-opératoire.

Tout converge maintenant pour que ce travail ayant pour sujet la gestion de conflits et la médiation soit la résultante d'un parcours professionnel, d'une évolution des structures, des mentalités, des relations de travail et des besoins de chaque acteur participant aux soins. Une prise de conscience collective de l'importance des relations humaines est nécessaire et, comme l'écrit Jacqueline Morineau « ...un des dangers auxquels elle a à faire face me semble être une récupération à des fins élitistes et professionnelles, qui priverait la médiation de son véritable sens : L'acquisition d'un savoir-faire et d'un savoir être pour chaque individu afin de pouvoir participer autrement à la vie collective. »¹

Depuis trois ans, dans la division d'anesthésie, le professeur F. Clergue ,le Docteur A. Forster et Ph.Garnerin responsable qualité ont instauré une "démarche qualité", prenant en compte la gestion des dysfonctionnements aux niveaux matériels, organisationnels et humains.

Par le biais d'un "recueil d'accidents", ils ont convaincu les professionnels de décrire tous ce qu'ils vivaient comme un incident pouvant interférer dans la qualité de leur travail et dans sa sécurité.

Ma conviction est que l'élément humain, le « relationnel » a une place prépondérante dans la qualité et la sécurité des soins et que cet élément est à travailler au même titre que les problèmes matériels et organisationnels.

Hypothèse de travail

Mon hypothèse de départ est que, dans un service de soins hautement spécialisé comme l'anesthésie ou travaille plus de 150 personnes de toutes fonctions (médecins, infirmiers anesthésistes, en soins généraux, aides-soignants, administratifs) et de différents niveaux hiérarchiques, il existe beaucoup de conflit interpersonnels, qui, non-reglés, induisent des comportements de stress, d'évitement, de non-communication influent sur les rapports de travail, sur la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients.

En m'appuyant sur les déclarations d'incident et mon expérience personnelle, je veux prouver que la gestion de conflits a une place importante dans la gestion qualitative des relations humaines au sein du département d'anesthésie. Les structures de prises en charge et le

¹ Morineau Jacqueline, L'esprit de médiation, trajets, Ed-ERES, Paris 1998 p.168

traitement des conflits y sont encore à l'état embryonnaire, car si nous commençons, maintenant, à faire remonter l'information, le relais humain nécessaire à la résolution des conflits n'existe pas ou alors est pris en charge par des acteurs des soins, collègues des personnes en conflit.

Que peut-on proposer d'autre au sein de la division et ensuite par extension au niveau des HUG? Comment sensibiliser les collaborateurs de ces possibilités? Et comment dans des cas ciblés utiliser la médiation?

Méthodologie:

Je me propose donc, dans ce travail, de décrire l'environnement du travail en anesthésie, ses contraintes et ses spécificités, de décrire la mise en place de ce recueil de données dans la démarche qualité de la division, les conflits qui y sont répertoriés ainsi que les conflits auxquels j'ai pu assister au sein de ma pratique professionnelle. Dans un deuxième temps, après avoir défini le cadre de référence de ce mémoire, j'effectuerai une étude des conflits répertoriés.

L'analyse des causes de ces conflits à la lumière de l'apport possible de la médiation ou d'autres formes de résolution me permettront d'émettre des pistes, afin de gérer ces conflits et d'apporter aux acteurs des soins, une réponse ciblée, accessible et en cohérence avec leurs besoins.

Limites de ce travail

Il est important de signaler que, bien qu'ici je projette un éclairage particulier sur la qualité des relations humaines et son impact sur la sécurité et la qualité en anesthésie, ceci doit se replacer dans un contexte où le professionnalisme, l'organisation, les équipements gardent leur place prépondérante.

C'est dans un milieu de professionnels, avec des directives claires et un matériel adapté et connu de tous que ce travail se situe. Et que toutes les actions correctrices dans ces domaines, par exemple, l'étiquetage obligatoire des seringues, le non restockage des médicaments, la contrainte de la chaîne du froid pour les produits sanguins sont des actions correctives mises en place à la suite de l'analyse des déclarations d'incidents.

La gestion des conflits, l'apport de la médiation dans un milieu professionnel aussi spécifique que celui-ci, voilà le défi relevé.

Convaincre les médecins, les soignants que d'appréhender leurs conflits différemment, d'apprendre à les gérer ou à trouver de l'aide c'est aller vers plus de sécurité et de qualité mais que ceci implique un changement dans l'état d'esprit, une culture des relations humaines, et découvrir, in fine, ce que peut-être « l'esprit de médiation »

Contexte professionnel

1. L'hôpital:

L'Hôpital, inclus dans la cité, lieu de soins, lieu où l'on souffre et où l'on meurt mais aussi lieu où l'on guérit. Je ne vais pas décrire ici, en détail cette institution à l'aube du 21^{ème} siècle mais juste, en quelques lignes, dresser les grandes tendances émergentes qui peuvent expliquer les sources potentielles de conflit entre les acteurs de soins.

Historiquement, ce lieu est la proie de multiples contraintes, administratives, politiques, médicales, avec autant de pôles de décisions et de logiques corporatives qui influent sur les relations interpersonnelles. Ses structures hiérarchiques qu'on pourrait dire calquées sur celles de l'armée comportent de nombreux échelons, ce qui entraîne une dilution des responsabilités et la centralisation des décisions... Ce type de structure, par lui-même, tend à engendrer de nombreux dysfonctionnements car elle se régle mal et s'adapte difficilement à tout ce qui est "imprévu".

Cette organisation subit de plein fouet les répercussions d'une société en pleine mutation, choc entre une structure issue du 19^{ème} siècle (dans sa logique et dans son organisation) et une société (patients et soignants) cultivant l'individualisme, où l'ego prend de plus en plus de place et a du mal à se fondre dans un groupe quel qu'il soit.

Cela se traduit par l'exigence des patients d'être reconnus dans leur altérité mais aussi des soignants, médecins, infirmiers,...qui ne peuvent plus se résoudre à n'être qu'un élément d'un groupe défini, d'une équipe, d'une corporation aussi forte soit-elle. Chacun maintenant a besoin de reconnaissance.

Et c'est dans cette impossibilité de la structure à répondre au besoin de chacun, que se créent des tensions et des conflits entre les individus d'un même groupe ou de groupes différents. Il est important de signaler qu'une autre composante rentre en ligne de compte à l'Hôpital Cantonal de Genève : c'est le nombre incroyablement élevé de personnels de nationalités différentes travaillant ensemble, issus des cultures différentes ayant un rapport au conflit et un besoin de résolution de ce conflit souvent radicalement opposé.

Il faut savoir, aussi, que l'hôpital est aussi un sujet organique composé de véritables corporations qui en font une société comparable à la société des castes en Indes. Le passage d'un groupe à l'autre est, par exemple, pratiquement impossible et lorsqu'il existe, ce passage est souvent perçu comme une trahison : nous avons donc réuni une organisation hospitalière aux services de l'humain extrêmement complexe faite d'individus, appartenant à des corps différents, souvent de nationalités différentes (une nationalité se cantonnant dans un corps spécifique à de rares exceptions près) travaillant dans des services ayant chacun leur propre identité (et souvent très forte)

Tout ici à l'hôpital est réuni pour que le conflit soit présent dans nos relations de travail, comme partout où l'humain existe. Ce qui m'intéresse aujourd'hui est comment faire apparaître ces conflits, et surtout comment, dans un univers pragmatique et où le raisonnement scientifique est à la base de tout travail dit « sérieux » faire prendre conscience aux acteurs de soins de l'impact et du coût de ceux-ci, pour leur donner les moyens afin de les transformer en moteur dans leur vie professionnelle.

2. La Division d'Anesthésie :

Cette division s'insère à l'Hôpital Cantonal dans le département APSIC et offre aux patients hospitalisés toute une gamme de services dont le principal est de permettre de subir une intervention chirurgicale sous anesthésie en toute sécurité et dans le plus grand confort possible (période pré- et post-opératoire) Spécialité médicale à part entière,

Elle est la seule à créer artificiellement une “ pathologie ” réversible mettant le patient dans un état de dépendance vitale n'ayant aucune vertu thérapeutique intrinsèque. Une erreur, une maladresse ou une négligence peut entraîner des séquelles graves, permanentes chez des patients auparavant en parfaite santé. L'attente des patients et des chirurgiens est d'autant plus grande que statistiquement le risque de mortalité est globalement inférieur à 1 sur 30 000 anesthésies ; le médecin-anesthésiste a donc un “ devoir de succès ” ; en cas de complications, il est parmi l'ensemble des praticiens, un de ceux qui sont le plus exposés à des poursuites médico-légales.

L'équipe d'anesthésie est constituée de médecins adjoints, d'assistants et chefs de clinique, d'internes, d'infirmiers anesthésistes, de cadres infirmier, d'enseignants, d'aides-soignants, d'infirmiers en soins généraux de salle de réveil évoluant dans une structure hospitalo-universitaire ayant pour missions les soins, la formation et la recherche.

Tous ces acteurs interviennent à divers niveaux afin de prendre en charge les patients en pré, per et post opératoire.

le Dr Forster et le Dr Chevalley ont décrit, dans un article², les qualités idéales requises pour un médecin-anesthésiste :

1. Capacité de communication efficace et rapide
2. Résistance au stress
3. Souplesse et ouverture d'esprit
4. Capacité d'adaptation, de décision et de négociation
5. Bonne aptitude physique
6. Capacité à travailler dans une équipe multidisciplinaire

Ces qualités, à mon sens, sont aussi requises pour les infirmiers anesthésistes travaillant en binôme avec ceux-ci. Et c'est l'ensemble de l'équipe qui est concerné par la sécurité liée au patient : De la décontamination du matériel et des respirateurs effectués par les aides-soignants, à la préparation des médicaments et à leur administration (médecin, infirmier(e)s) par exemple. Il est important de savoir que plusieurs de ces médicaments sont mortels si on ne supplée pas immédiatement aux fonctions vitales. Les qualités requises sont, outre leur professionnalisme, pour l'essentiel des qualités de communication et de résistance au stress (physique et psychologique)

Devenir médecin ou infirmier anesthésiste nécessite de détenir ces qualités ou de les acquérir et de les développer tout au long d'un apprentissage. Ils s'approprient eux-mêmes cette culture et utilise ensuite un mode de communication spécifique, modulable selon les moments. Cette communication est comprise et assimilée par tous. Il existe une multitude de “ lois ” non dites, connues de tous, écrites ou non, explicites ou implicites, s'articulant

² Drs A. Forster et C.Chevalley, Retentissement du vieillissement des médecins sur leur activité professionnelle : Spécificité de l'anesthésie, Médecine et Hygiène N° 2142 décembre 1996

ensemble afin que les acteurs puisse prendre en charge leurs activités. La complémentarité des médecins et des infirmier(e)-anesthésistes est extrêmement importante mais aussi extrêmement complexe. En résumé les deux qualités principales à détenir pour effectuer ce métier sont une communication efficace et rapide et une grande résistance au stress et ces qualités déterminent aussi un style de conflit et une réaction à celui-ci bien spécifique. La fuite est par exemple une réponse souvent appropriée lors de la survenue d'un conflit, en anesthésie, il est quasi impossible de fuir, l'huis clos tant que le patient dort est donc incontournable ce qui engendre un stress surajouté au stress inhérent à l'anesthésie si celle-ci est compliquée.

Démarche qualité appliquée en anesthésie

L'approche qualité n'est plus un effet de mode. La matière première, la manière de faire, la production de l'entreprise jusqu'au circuit de distribution et à l'utilisateur : toute la chaîne est suivie en vue de l'amélioration de la qualité. Une qualité totale. Mais une question reste en suspens et à court terme va remettre la démarche qualité sur le métier : celle de la qualité des ressources humaines.

Comment l'améliorer ? L'enjeu est complexe et touche à la responsabilité dans les choix personnels et dans les orientations professionnelles, le comportement, la reconnaissance des autres, la motivation des personnes et leur communication. Au sein de l'hôpital c'est un enjeu majeur.

Le principe appliqué en anesthésie c'est que « l'erreur » n'est pas imputable à l'être humain qui, en bout de chaîne, l'a effectuée ; mais que celui-ci est en quelque sorte une victime. Il devient la résultante de toute une série de processus qui, alliés l'un à l'autre ont abouti à cette erreur. Nous partons du postulat que, seuls, les acteurs vivant les situations sont à même de les décrire et donc que le principal enjeu est que ceux-ci prennent conscience qu'ils sont les victimes d'un enchaînement de faits, et que ces faits doivent absolument être analysés. Quel changement de mentalité !! La « culture de la confiance », déjà insufflée dans l'aviation civile, permet d'appréhender les difficultés qui amènent à l'erreur et à l'accident. Cette « culture de la confiance » doit maintenant s'étendre au champ des relations humaines et plus particulièrement à la prise en compte et à la gestion des conflits.

1. Méthode :

Une partie de la démarche qualité est donc basée sur une déclaration d'incident(annexe 2) **anonyme ou non** suivant le désir de l'émetteur (l'anonymat étant vraiment respecté)

Toutes ces déclarations d'incident sont ensuite dépouillées et répertoriées par un groupe appelé " groupe qualité de la division d'anesthésie " composé des différents collaborateurs. (Médecins, infirmiers, aides-soignants, administratifs) Apparaissent alors différents groupes communs à plusieurs déclarations, problèmes matériels, problèmes organisationnels, problèmes humains. Nous trouvons ensuite des sous-groupes qui pose par exemple les problèmes humains comme " manque de personnel ", " problèmes relationnels (conflits, communications)"et demandent un traitement spécifique ; Quelle structure peut-elle alors répondre à ce besoin ?

Recueil de données :

Par le biais de la base de données l'anonymat de l'émetteur et des acteurs pouvant être cités est effectué. Les conflits ne sont pas retranscrits mot à mot exactement mais plutôt dans l'esprit. Voici les incidents répertoriés dans le groupe « problèmes relationnels, communication » :

1. Echange discourtois entre deux professionnels à la suite d'une prise en charge d'un patient.
2. L'équipe d'anesthésie doit prendre en charge deux cas au bloc d'ophtalmologie : un enfant sous anesthésie générale pour strabisme et un adulte pour une cataracte sous anesthésie locale avec stand-by anesthésie. L'équipe d'anesthésie prend en charge l'enfant qui est très agité et fait patienter le transporteur pour l'installation du second patient. Alors qu'il va chercher un médicament le médecin anesthésiste doit rapidement intervenir dans l'autre salle car l'intervention a démarré sans qu'il ait été mis au courant, s'en suit une altercation vive entre les deux médecins sur l'organisation de l'anesthésie
3. Accusations publiques et injustifiées de vol d'un ordinateur portable de la part d'un médecin-anesthésiste vis-à-vis d'un aide-hospitalier. Collaboration chroniquement très difficile entre une personne et ses collègues de même fonction.
4. Collaboration chroniquement difficile entre une personne et ses collègues de même fonction.
5. Altercation entre deux aides-hospitaliers à propos du refus de l'un d'eux de réaliser certaines tâches qu'il considère comme ne faisant pas partie de son travail. La personne qui demande que soit réalisé ce travail est insultée par son collègue.
6. Comportement professionnel inadéquat de la part d'une infirmière de nuit lors du transfert d'un patient de la salle de réveil vers son unité. Transfert non prévu mais justifié par l'activité nocturne du bloc d'urgence.
7. Conflit entre une infirmière-anesthésiste et un médecin-anesthésiste travaillant au bloc d'ophtalmologie au sujet de l'installation d'un patient, le médecin ne considérant pas que l'aide à l'installation soit dans ses attributions; L'infirmière-anesthésiste a dû se débrouiller seule et a chaudement remercié le médecin pour son aide.
8. Conflits récurrents et répétés entre le médecin-anesthésiste responsable de la salle de réveil et un médecin anesthésiste du bloc Opera sur la prise en charge des patients en salle de réveil.
9. Altercation entre une infirmière de salle de réveil et un infirmier de chirurgie digestive au sujet du moment de la remonté d'un patient ; L'infirmier est descendu afin de vérifier si les dires de l'infirmière étaient justes et est reparti sans son patient car il a estimé que l'équipe de la salle de réveil avait la capacité de garder son patient encore un moment.

10. Conflit entre un médecin-anesthésiste et un chirurgien. Le médecin-anesthésiste propose au patient une anesthésie loco-régionale car a eu un mauvais réveil lors de sa dernière anesthésie générale. Le désir du patient était une péridurale avec sédation. L'option rachianesthésie continue est retenue avant le début de l'intervention le patient tousse et le chirurgien demande que l'on endorme le patient et menace de quitter la salle. Début de l'intervention sans problème mais le chirurgien insiste car il a peur semble-t-il que l'intervention soit plus longue que prévue. Le chef de clinique d'anesthésie est contacté et le patient est endormi. Durée de l'intervention 60 mn et le pontage prévu n'a pas été réalisé.
11. Conflit entre un infirmier-anesthésiste et un transporteur de bloc opératoire au sujet du retour vers le centre de transfusion de culots sanguins commandés en urgence et non utilisés.

Bien sur cette liste de recueils d'incidents n'est en aucun cas exhaustive. Elle n'est que la photographie, à un moment donné, de la vie d'une division. À première vue, il semble plus facile au personnel d'anesthésie de signaler les conflits qui surgissent entre eux et du personnel extérieur : chirurgien, infirmier(e) d'unité de soins, instrumentiste. En tant que cadre infirmier de cette division je suis au courant de beaucoup de conflits interpersonnels qui ne sont pas signalés ici. Il faut considérer que nous sommes au début de cette démarche, et que c'est dans les réponses données et leur qualité que le personnel jugera de la pertinence et de l'intérêt d'utiliser ce moyen d'expression en cas de conflit.

Ce qui est important n'est pas tant que la description par écrit du conflit soit exacte mais qu'une partie au moins, ait "reconnu" la réalité du conflit et ces incidences possibles, les conflits étant de facto nommés « incidents » Le déclarant doit aussi déterminer le niveau de gravité de cet incident et les répercussions possibles sur son travail. Comme nous le voyons ces dysfonctionnements et le stress engendré peuvent induire des problèmes de prise en charge mettant en jeu la qualité des soins et la sécurité au moment où se produit le conflit mais aussi peuvent avoir un impact, dans l'avenir, lors de prochaines collaborations.

Un représentant du groupe qualité contacte la personne auteur de la déclaration d'incident (si celle-ci n'est pas anonyme) et lui demande après quelques jours de recul si elle souhaite que le groupe intervienne et de quelle manière. Les réponses sont souvent négatives, les tensions sont souvent apaisées. Il est important de souligner que dans ce style de litiges les deux parties seront amenées à se revoir, à retravailler ensemble et qu'il est nécessaire de proposer une solution à ces conflits. L'approche négociée de résolutions de conflits est la seule possible car, il s'agit moins de déterminer qui a tort, qui a raison que de les aider à rétablir une communication et à trouver un nouvel équilibre dans leur relation professionnelle pour que leur collaboration puisse continuer.

Cadre de référence

A ce stade de mon travail il est nécessaire de définir les termes présents dans mon questionnaire et qui pourront aider à faire l'analyse de ces conflits et l'apport possible de la médiation ou d'autres méthodes comme la négociation ou le jugement.

1. Le conflit :

« Le conflit et père de toutes choses » Héraclite.

Le petit Larousse définit le conflit comme « un antagonisme, une opposition de sentiments, d'opinions entre des personnes ou des groupes » et donne en exemple le conflit des générations.

Inhérent à la nature humaine, le conflit est la vie, il provient d'un antagonisme d'intérêt, il n'est donc naturel le retrouver à l'hôpital est en anesthésie.

A priori le conflit n'est ni bon ni mauvais en soi c'est une communication entre individus, mais il fait peur et est la hantise de beaucoup de groupe humain, inutile de rappeler aujourd'hui le contexte international ou le terme conflit est trop souvent synonyme de guerre, bataille, affrontement avec, à la clé, un vainqueur et un vaincu. La violence est partout, comme elle l'a toujours été bien sur, mais ce qui change maintenant dans nos sociétés occidentales c'est la perte des repères et des valeurs essentielles. Nous sommes les « enfants du conflit » non réglé c'est à dire que le temps est révolu ou le conflit était pris en charge par tous les acteurs de la société mais aussi grâce à un ensemble de rites, d'initiations. L'absence de modèles et de limites privilégie le rapport de pouvoir et de compétitions. Il faut être un gagnant quel qu'en soit le prix et souvent ce prix est exorbitant. J.P Bonnafé-schmitt rejoint ce point de vue lorsqu'il dit « nos sociétés actuelles souffrent d'un trop grand excès de rationalisation, d'instrumentalisation, de marchandisation des relations sociales »

« Le conflit a une double nature il est créatif et sources de changement ou encore source de malheurs et souvent de catastrophes lorsque non résolu et le danger dans un conflit c'est que le dérapage passionnel fasse oublier que l'adversaire « est aussi quelqu'un dont la collaboration est nécessaire »³

. Le conflit est d'autant plus difficile à vivre qu'il nous oppose à des personnes avec qui nous avons des liens affectifs, en exemple je peux citer un gendarme du GIGN (groupe d'intervention de la gendarmerie nationale française) qui m'a confié que dans cette unité les relations personnelles étaient considérées comme quelque chose d'extrêmement dangereux et que l'encadrement organisait les entraînements de façon anonyme pour que le moins de liens possibles puisse exister. Chacun, cagoulé, ne connaissant que son binôme, son autre moi, les autres devant rester inconnus, la peur des conflits interpersonnels et de leurs conséquences vitales motivaient cette démarche. Chaque acteur accepte ces règles édictées car convaincu lui-même de son importance et persuadé que sa survie en dépend.

³ Levesque Justin, article «L'utilisation positive des conflits et de la médiation».

Le milieu du travail est un milieu de liens : d'amitiés; d'affinités, d'antipathies, de vie et donc de tout ce qui fonde les relations humaines ; Le milieu hospitalier n'échappe pas à la règle, même si dans l'imaginaire commun le soin à l'autre a avoir avec le « sacré » et doit se pratiquer en dehors de toute contingence humaine.

Les conflits apparaissent sous plusieurs formes ; Ici m'intéresse uniquement le conflit interpersonnel; celui ci est à étudier sous deux dimensions, tout d'abord sa typologie : Deutsch, en 1973,dans ses travaux personnels présente six sortes de conflits :

Le vrai conflit ou deux activités sont nettement en opposition et ou un moyen terme ne peut être trouvé à moins d'un compromis entre les parties ;

Le conflit contingent qui est dépendant de certaines circonstances pas encore reconnues par les belligérants.

Le conflit déplacé ou les deux parties se disputent sur des points qui ne sont pas les vrais points de discorde.

Le conflit exprimé qui est le conflit manifeste alors qu'il existe un conflit caché.

Le conflit mal attribué qui est un entre les mauvaises personnes.

Le conflit latent ou l'objet du conflit n'a pas encore été identifié.

Le deuxième axe d'étude, après sa typologie, est la **cause** des conflits. Justin Lévesque⁴ s'est inspiré de Wehr(1979) pour nous les décrire, car le rôle du médiateur est bien dans un premier temps de reconnaître la cause du conflit qui se joue devant lui :

Conflits sur les données :

Problème lié a la qualité des informations, leur véracité, leur insuffisance et surtout a la compréhension que chaque partie en fait.

Conflits sur les valeurs :

Les conflits de valeur divisent fréquemment les individus ; Nationalité différente, cultures différentes, croyances différentes engendrent des attitudes souvent antagonistes ; Les styles de vie divergent et la cohabitation en est de plus en plus difficile. Comme vous avez pu lire plus haut l'hôpital n'échappe pas à cette règle !

Conflits d'intérêts

Basés sur la compétition réelle ou perçue ou encore sur des divergences liées au contenu ou aux procédures. Ces conflits donnent lieu à des positions rigides de la part des acteurs du conflit.

⁴ Levesque Justin, méthodologie de la médiation familiale, Ed- ERES, Paris 1998, p. 46.

Conflits de type relationnel :

Les individus sont là liés par des relations intimes à haut pouvoir émotionnel qui les empêche de voir les éléments de solution du litige.

Conflit structurel

Ils ont trait à une distribution inégale des ressources ou encore à un déséquilibre des pouvoirs ; les contraintes de temps et les contraintes géographiques rentrent aussi en ligne de compte.

Chaque conflit rencontré doit être analysé sous ces deux dimensions en sachant que plusieurs causes et plusieurs types peuvent s'entremêler et inter-agir ensemble.

L'essentiel à savoir est que le conflit ne se résout pas dans les faits mais dans le ressenti, il est nécessaire qu'il y ait une reconnaissance des émotions mutuelles.

Les enjeux d'un conflit peuvent apparaître comme la superposition de plusieurs strates, qui sont dans leur agencement comparables aux besoins fondamentaux de F.Nightingale.

Si au sommet de la pyramide nous trouvons l'objet du conflit, viennent ensuite le territoire, le pouvoir, les valeurs (normes-éthique) pour enfin se terminer par l'image de soi et comme corollaire les émotions, les besoins et les motivations. La résolution du conflit ne peut donc pas faire l'impasse des émotions et de l'expression de celles-ci.

2. Règlement des conflits. Moyens à disposition :

Divers moyens peuvent être utilisés afin de réguler ou de résoudre les conflits, tout dépend du choix des deux parties ou d'une des deux parties.

Le conflit peut être réglé directement par les deux protagonistes à travers :

Une négociation ou une conciliation ; Les protagonistes sont souvent des représentants de groupes et ici chacun propose des solutions acceptables ou non par les deux parties. Cette résolution de conflits reste uniquement sur les faits et ne prend pas en compte les sentiments et les émotions. Les négociations salariales des syndicats et des représentants du patronat en sont une bonne illustration.

L'arbitrage

3. Les deux parties font intervenir un tiers qui détient un pouvoir. Ce pouvoir est légitimé par une situation hiérarchique, un savoir, un grade, une représentativité légale; Ce processus d'arbitrage donne lieu à une sentence et doit être accepté par les deux parties. Il en sort presque toujours un vainqueur et un vaincu.

4. Le jugement

5. Le conflit est ici réglé dans un tribunal à travers les représentants de la loi, c'est à dire les juges. Ce processus est activé lorsque tous les autres moyens ont échoué ou que la faute jugée trop grave. La décision du tribunal, s'appuyant sur des textes de loi est irrévocable.

4. la médiation

4.1 Définition et approche :

« La médiation est un processus de coopération en vue de la résolution d'un conflit dans lequel un tiers impartial est sollicité par les protagonistes pour les aider à trouver un règlement amiable satisfaisant »

Joan Kelly

« La médiation est une approche de prévention des conflits et de régulation sociale. Elle permet d'aborder de manière constructive et négociée les interactions individuelles et collectives dans tous les champs de la vie en société...La médiation s'appuie sur des principes d'autonomie, de responsabilité et d'autodétermination des individus » le groupement pro-médiation de Genève jette ici les grandes lignes de ce qu'est la médiation. Nouvelle coqueluche de gourous spécialistes en socio-psychologie ? Non, car la médiation existe depuis la nuit des temps et a été utilisée, sous des noms différents par de multiples acteurs sociaux : Sage du village, ancêtres, cures, chef de famille. Il vaut mieux parlé aujourd'hui d'un regain ; d'un renouveau via les pays anglo-saxons. En ce début du 21^{ème} siècle la médiation intervient dans des champs tels que la justice, l'école, l'entreprise.

Francis Imbert dans un livre intitulé « médiations, institution et loi dans la classe » (Collections Pédagogie) considère le pédagogue dans sa fonction de médiateur comme le « douzième chameau » ; le texte qui suit, attribué à Lacan et qui, en réalité, se raconte sous de nombreuses variantes tout autour du bassin méditerranéen me servira d'illustration :

« Un vieil arabe décide de partager ses biens entre ses trois fils. A l'aîné il donne la moitié, au puîné le quart et le sixième au cadet » Mais comment procéder à un tel partage lorsque les biens consistent en onze chameaux ? Il va falloir soit mettre à mort des chameaux, soit se battre ... Ce père pouvait penser avoir fait tout ce qu'il avait à faire pour ses fils, avoir accompli son devoir de père. Et voilà qu'au moment précis où il passe la main, se décide à transmettre ses biens, il se crée une situation de conflit, de chaos. C'est dire que ce père qui partage n'en a pas encore terminé avec sa tâche symbolique. Il va falloir à nouveau intervenir pour dépasser cette situation de chaos et assurer les conditions d'un partage, d'une transmission viable. Cette intervention du père effectivement a lieu et l'histoire nous la livre : Il annonce qu'il donne un douzième chameau et précise que ce dernier lui reviendra plus vite qu'ils ne le pensent...

Il apparaît aussitôt que ce douzième chameau permet d'accomplir le partage, sans violence et que, demeurant en surnombre, il peut revenir au père. Ce douzième chameau en somme ne sert à rien quant à sa réalité de chameau. Peut-être même n'a-t-il jamais réellement existé... Sa seule réalité efficace est sa réalité symbolique : ce en plus qui est intervenu en tiers et a ouvert une issue dans le chaos. Ce douzième chameau nous le proposons comme le paradigme de la médiation. Le travail toujours à reprendre du pédagogue ? Inventer le douzième chameau.

.....Car la médiation ne sert pas à lier les uns aux autres. On pourrait avancer qu'elle sert plutôt, avant tout à délier les uns des autres et chacun par rapport à soi l'orbe des relations duelles, des enfermements et des clôtures imaginaires, des pétrifications narcissiques individuelles et collectives.... Cela implique de ne pas perdre de vue le médiateur de la médiation, son effet-visée de décollement. » Mediare nom latin qui veut dire « être au milieu ».

Mais aussi, paradoxalement, la médiation sert à sortir les deux protagonistes de leur isolement, de leur solitude née de leur ressenti.

La fonction primordiale du médiateur est donc d'être en surplus, sans fusion, un douzième chameau qui dans sa charge symbolique existe, pour que les deux parties puissent se décoller, se reconnaître et mettre un terme au chaos, à l'isolement engendré par le conflit.

4.2 Objectifs de la médiation :

Il ne faut pas les perdre de vue car ce sont ces objectifs qui légitiment le fait que la médiation soit utilisée⁵

- L'identification du conflit
- Le rétablissement de la communication
- L'incitation à la prise de responsabilité
- La prise en compte des besoins personnels
- La prise en compte des différences de valeurs de chacun
- L'utilisation des réseaux familiaux et sociaux
- La prévention des conflits futurs

La médiation est donc un mode de régulation, de gestion des conflits constitués de trois parties : les deux personnes en conflit et le médiateur. Celui-ci doit absolument être une personne neutre, impartiale et non connue des protagonistes. Les règles déontologiques du médiateur peuvent se résumer en quatre items :

« S'assurer du caractère volontaire du processus, qui ne peut être conduit que pour autant et aussi longtemps que les parties consentent d'y participer... »

L'indépendance et l'impartialité des médiateurs aussi bien vis-à-vis des parties que de tout tiers ;

La neutralité des médiateurs face à l'issue de la médiation ;

La confidentialité du processus. »

(techniques de médiation Marcel Picot)

La médiation est donc un ensemble de techniques de communications qui, appliquées, permet aux protagonistes d'évoluer dans un cadre bien défini leur assurant une sécurité mutuelle. Ils réussiront alors à confronter tout ce que sous-tend leurs conflits. Paul Cavallier estime que « le médiateur devra discerner entre le symptôme qui est la partie émergente de l'iceberg, que l'on voit en surface et qui cache le problème à résoudre et le besoin non satisfait tapi en profondeur. »

Le médiateur, en restant au milieu, reconnaît chacun dans ses émotions, fait apparaître les valeurs mises en jeu, les valide et permet à chacun d'exprimer ses besoins. Le but ultime est de faire apparaître des intérêts, des valeurs communes. De là alors, grâce à une reconnaissance mutuelle, peut intervenir une ébauche d'accords communs ; Ceux-ci pouvant rester dans la symbolique mais aussi revêtir une forme très formelle. C'est la dimension émotionnelle du conflit qui est mise à jour.

⁵ Dahan Jocelyne, La médiation familiale, Ed. Morisset, Paris 1996, p. 32.

5. Le stress

Le stress est une des grandes fonctions de l'organisme, ce n'est pas un processus pathologique mais une formidable réponse de notre organisme aux contraintes de l'environnement.

Comme nous avons pu le voir la gestion du stress est une des qualités primordiales dans la pratique de l'anesthésie et des soins aigus. Ce stress professionnel est assimilé par tous les acteurs mais induits justement des formes de réactions physiologiques et psychologiques particulières qui sont plus ou moins bien gérées par chacun. Nous arrivons, par habitude à complètement occulter le retentissement des situations stressantes rencontrées. Et, par habitude aussi, à ne plus pouvoir faire le lien entre le stress ressenti et l'apparition d'un conflit entre deux personnes par exemple. Mais, même si les situations stressantes spécifiques à notre profession sont incontournables elles ne se rencontrent que de façon ponctuelle, par contre le stress engendré par l'environnement du travail : Fatigue, mauvaise organisation du travail et mauvaise qualité de la communication par exemple se rencontre fréquemment. Ce stress est commun à beaucoup d'environnements de travail et vient se surajouter au stress de la profession.

L'enjeu est donc ici de réduire ce stress relationnel en travaillant sur la qualité du management des individus et d'envisager une réelle gestion des conflits dans la division.

« Or l'absence de communication est-elle aussi une cause majeure de stress Lorsque, au sein de l'entreprise, la communication entre les personnes est de qualité, cela réduit considérablement le niveau de stress. Il appartient bien sur à chaque individu d'établir de bonnes relations avec les autres⁶ ».

Analyse des conflits répertoriés selon le cadre de référence

La forme des déclarations d'incidents ne permet pas une analyse très fine de ses typologies et de ces causes. Tout d'abord une seule personne s'exprime et elle le fait par écrit, de façon succincte. Tout dépend ensuite des objectifs recherchés ont savoir une résolution de conflit ou non. Il semble incontournable d'entendre les deux parties pour en faire une analyse plus fouillée. A la lumière du cadre de référence les conflits décrits peuvent s'analyser sous différents angles. Dans ce milieu professionnel très hiérarchisé et très codifié les conflits de toutes typologies s'y retrouvent, que cela soit le conflit déplacé, le conflit latent ou le conflit mal attribué. Les causes du conflit sont, selon mon avis, beaucoup plus intéressantes à analyser. Je suis persuadée que c'est grâce à la compréhension des causes profondes des conflits que les protagonistes pourront peut-être entrevoir un début de résolution.

1. Conflits sur les données :

Se retrouvent dans un bon nombre de déclarations d'incidents par exemple le conflit au sujet de la remontée des culots globulaires au centre de transfusion ou du litige sur le transfert des patients de la salle de réveil dans l'unité de soins. Les directives nécessaires n'étaient pas connues et après rapide enquête, dans le premier cas, l'infirmier-anesthésiste a reconnu son erreur. L'information de l'ensemble des collaborateurs est une tâche primordiale et essentielle au bon management. L'information est souvent mal ciblée, incomplète, erronée, périmée ou

⁶ Legeron Patrick, Le stress au travail, Ed. Odile Jacob, Paris 2001, p. 268.

tout simplement différente d'un département à l'autre au sein de l'hôpital. L'encadrement a pour mission la bonne gestion de l'information mais chaque collaborateur est en devoir de s'informer et de se tenir au courant des nouvelles directives.

2. Conflits sur les valeurs :

Beaucoup de conflits trouvent leurs origines profondes dans des différences idéologiques, religieuses même si de prime abord le conflit porte sur des divergences de répartition du travail par exemple. Le cas des deux aides-soignants rentre tout à fait dans cette rubrique ; Ce conflit récurant met en jeu des rapports interpersonnels difficiles ou les rapports homme- femme maghrébins dans un même métier occupent une place prépondérante.

La valeur la mieux partagée à l'hôpital, chez les soignants c'est semble-t-il le souci de la qualité des soins donnée aux patient mais là aussi des différences de point de vue et de pratique sont incontournables et chacun ici est persuadé de faire au mieux, ces conflits sont donc à haute valeur émotionnelle. Le cas de l'aide soignant accusé de vol est aussi un conflit de valeur.

3. Conflit d'intérêt :

Que cela soit entre les infirmiers de salle de réveil et ceux des unités, entre les médecins anesthésistes de salle de réveil et de bloc opérationnel, entre l'équipe d'anesthésie et le chirurgien ophtalmologue ou le chirurgien vasculaire le conflit d'intérêt y est omniprésent. Il y a chaque fois divergence d'intérêts, chaque partie estimant être dans son bon droit, sa demande légitime et souvent le bien du patient est mis en avant; Ces conflits d'intérêt sont souvent alliés à des divergences sur les valeurs et sur les données. C'est, je crois, l'alliage le plus explosif rencontré dans notre environnement de travail et celui qui engendre le plus de conflits et de positions extrêmement rigides.

4. Conflits sur les relations interpersonnelles :

Il existe un très petit turn-over dans les équipes d'anesthésie, seul le corps médical dans sa fonction de formation absorbe de nouvelles recrues de façon régulière. Les personnes qui travaillent ensemble le font depuis plusieurs années et naturellement des liens personnels se sont créés au fil du temps. Des sympathies ou des antipathies existent et engendrent quelquefois des relations conflictuelles. Ces conflits sont souvent rencontrés mais très peu répertoriés dans les déclarations d'incidents et cela pour de multiples raisons. Tout d'abord ces conflits comportent une grande charge émotionnelle et les personnes concernées sont ici réticentes à exposer ce qu'elles estiment être du domaine de l'intime. Ces conflits prennent souvent une forme multi-causale et il n'est pas rare de discerner dans un conflit basé bien sûr, sur du relationnel mais aussi sur des intérêts divergeants. Leur aveuglement est tel qu'ici, la médiation a toute sa place car le travail sur les émotions et le ressenti y est primordial.

5. Conflits structurels

Ils apparaissent par exemple entre les infirmier(e)s de salle de réveil et les infirmière(s) d'unité. La distribution des ressources et les locaux de soins sont différents. Ces soignants n'ont pas de liens interpersonnels mais des jalousies peuvent naître de la disparité « imaginée » de la charge de travail. L'une taxant l'autre de vouloir se « débarrasser le plus vite possible des patients vers les unités, et, inversement l'autre accusant l'une de grande inertie et de pauses et colloques à répétition. C'est dans la méconnaissance mutuelle du travail que se joue, ici, le conflit.

En conclusion il ressort de cette analyse que chaque conflit peut avoir pour origine plusieurs causes et que pour trouver une solution à ces conflits, outre le fait qu'ils soient nommés et reconnus, il faut dans un premier temps, en faire ressortir la cause principale ; En effet c'est celle-ci qui déterminera la réponse à donner par la suite. Les réponses sont multiples : Offrir une information plus harmonisée et mieux diffusée ou proposer une médiation effectuée par un médiateur de l'état par exemple.

L'important est de faire une analyse rapide du conflit. Mais qui peut se charger de faire cette analyse ? Qui peut ensuite aiguiller les deux protagonistes vers les structures adéquates et existentielles ? Selon le cadre de référence la réponse donnée pourrait être un arbitrage, une conciliation, un jugement ou une médiation priori, au vu des conflits rencontrés et du contexte professionnel les réponses appropriées semblent être l'arbitrage et la médiation.

Le stress engendré par ces conflits est je crois évident et par exemple lors des conflits 2,6,9 ce stress est décuplé car les acteurs sont obligés de continuer à travailler ensemble et ne peuvent pas utiliser la première réponse au stress : la fuite ; Cette impossibilité à fuir a pour conséquence une dépense d'énergie inutile et un déplacement du centre d'intérêt principal, à savoir le patient, vers l'objet du conflit lui-même.

Quelles solutions, quelles propositions ?

1. Dans la division d'anesthésie

A mon sens la démarche qualité introduite dans la division d'anesthésie a réussi la première étape du projet à savoir persuader les collaborateurs de l'importance de l'impact des conflits dans leur pratique professionnelle.

Une fois répertoriées par le groupe qualité ces déclarations devraient ensuite être transmises à un groupe nommé dans un premier temps groupe « médiation » et qui maintenant porte le nom de groupe « relation humaine en anesthésie ». Ce groupe est constitué de collaborateurs de toutes fonctions : médecins, infirmiers, enseignants, cadres, aides-soignants, intéressés par tout ce qui touche aux relations humaines : satisfaction du personnel, gestion de conflits, relations inter-personnelles, relation entre les différentes fonctions, débriefing de situations difficiles...

La mission principale de ce groupe à l'origine était d'effectuer des médiations à l'intérieur de la division d'anesthésie à la demande, sans formation particulière. J'ai moi-même rejoint le groupe à la fin de ma formation « médiateur spécialiste dans le domaine de la santé » et ai pu leur démontrer que nous ne pouvions en aucun cas effectuer ces médiations.

La proposition que je fais à travers ce travail est que, les membres de ce groupe servent d'abord de « sentinelles » c'est à dire que, dans leur activité quotidienne ils repèrent les situations conflictuelles et aiguillent les protagonistes s'ils sont d'accord, vers les structures adéquates : Hiérarchie pour un arbitrage ou médiateur interne au HCUG ou au médiateur de l'Etat afin de proposer une médiation si nécessaire. C'est bien ici « l'esprit de médiation » qui prévaut. Pour ce faire il me semble important que les membres actifs du groupe puissent suivre la formation « médiation « proposer dans le catalogue formation HCUG 2002 animé par M. Picot de la maison genevoise de mediations. Ils pourront alors exercer un véritable rôle de conseils, en entendant le plaignant et/ou l'accusé dans un premier temps afin d'analyser la ou les causes du conflit même s'ils n'effectuent pas de médiation. Chacun pourra acquérir un savoir-être et un savoir-faire utile pour la vie collective.

2.A L'hôpital cantonal de Genève

L'hôpital cantonal, est structuré en départements. Chaque département est géré par un bureau composé d'un directeur medical, d'un infirmier-coordonateur, d'un administrateur, et d'un responsable des ressources humaines. Les grandes options y sont prises et c'est à eux de mettre la priorité sur la gestion des conflits s'ils estiment que cela est nécessaire. La gestion qualitative des relations humaines devient incontournable. L'être humain dans toutes ses spécificités est à prendre en compte ; Qu'il soit soignant, citoyen, malade..... La réduction à une seule spécificité n'est plus possible et un autre style de relation inter-personnelle est à créer. Il faut partir de la base, des besoins de chacun pour que puisse se structurer un réseau « esprit de médiation » Et c'est lorsque chacun aura expérimenté ces pratiques dans son quotidien que l'évidence prendra corps.

Conclusion

J'espère dans ce travail avoir jeté les ponts qui pourront relier les hommes. La médiation est pour moi un moyen de changer les relations humaines au travail. Il faut que chacun l'expérimente lorsque sa relation à l'autre pose problème pour qu'il puisse ensuite reconnaître sa valeur et son efficacité. C'est dans une spécialité médicale particulière comme l'anesthésie qu'à vue le jour cette approche des conflits et je pense que ce n'est pas un hasard. Soyons les précurseurs et les missionnaires de la médiation et de la gestion de conflit et pour une fois faisons du prosélytisme. Pour moi ce continent est encore presque entièrement à défricher et je suis persuadée que le rôle primordial d'un cadre soignant en ce début de 21ème siècle est de savoir gérer les peurs, les émotions, les relations, les conflits de ces collaborateurs. A vrai dire prendre en compte tout la richesse du potentiel humain qui est ici au service de l'humain.

Bibliographie

Albert Eric, Emery Jean-luc

Le manager est un psy, Editions d'organisation, Paris, 1998

Bonafé-Schmitt Jean –Pierre

La médiation : une justice douce, Syros, Alternatives, Paris 1992

Dahan Jocelyne

La médiation familiale, Editions Morisset, Paris, 1996

Dejours Christophe

Souffrance en France, La banalisation de l'injustice sociale, Seuil, Paris, 1992

Hirgoyen Marie-France

Le harcèlement moral : La violence perverse au quotidien, Syros, Paris, 1998

Legeron Patrick

Le stress au travail, Edition Odile Jacob, Paris 2001

Levesque Justin

Méthodologie de la médiation familiale, Edisem, Erès, Paris, 1998

Michel, Tirions Jean-François

Pratiquer ...la gestion de conflit à l'hôpital, Lamarre, Paris, 1996

Morineau Jacqueline

L'esprit de médiation, trajets , Erès , Paris1998

Documents

Picot Marcel. Maison genevoise des médiations

Techniques de médiation. Formation professionnelle de médiateur avec spécialisation dans le domaine de la santé 2001.

Annexes