



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2020

Thèse N°: 307

CAUSES DE CONFLITS ENTRE CHIRURGIENS ET MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS AU BLOC OPERATOIRE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2020

PAR

Monsieur Ilias ABDELKHALED

Né le 04 Novembre 1994

Pour l'Obtention du Diplôme de

Docteur en Médecine

Mots Clés : Causes; Conflit; Chirurgien; Anesthésiste; Bloc opératoire

Membres du Jury :

Monsieur Khalil ABOULALAA

Professeur d'Anesthésie Réanimation

**Président &
Rapporteur**

Monsieur Abderrahmane ELHJOUJI

Professeur de Chirurgie Viscérale

Juge

Madame Aziza BENTALHA

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Juge



قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا
إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

سورة البقرة: الآية: 31

صَلَّى
الْعَظِيمُ





UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

<i>Doyen</i>	Professeur Mohamed ADNAOUI
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines</i>	Professeur Brahim LEKEHAL
<i>Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération</i>	Professeur Toufiq DAKKA
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie</i>	Professeur Younes RAHALI
<i>Secrétaire Général</i>	Mr. Mohamed KARRA

* Enseignants Militaires

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne - <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed	Médecine Interne - <i>Doyen de la FMPR</i>
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda	Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha	Gynécologie -Obstétrique
Pr. TAZI Saoud Anas	Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim	Anesthésie Réanimation- <i>Doyen de FMPO</i>
Pr. BAYAHIA Rabéa	Néphrologie
Pr. BELKOUCHI Abdelkader	Chirurgie Générale
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUHA Yahia	Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina	Ophthalmologie
Pr. BEZAD Rachid	Gynécologie Obstétrique <i>Méd. Chef Maternité des Orangers</i>
Pr. CHERRAH Yahia	Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI Omar	Histologie Embryologie
Pr. KHATTAB Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI Rachida	Pharmacologie- <i>Dir. du Centre National PV Rabat</i>
Pr. TAOUFIK Jamal	Chimie thérapeutique.

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale <i>Doyen de FMPT</i>
Pr. BENSOUHA Adil	Anesthésie Réanimation
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI Abdessamad	Neurochirurgie
Pr. FELLAT Rokaya	Cardiologie
Pr. JIDDANE Mohamed	Anatomie
Pr. TAGHY Ahmed	Chirurgie Générale
Pr. ZOUHDI Mimoun	Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine	Radiothérapie
Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique
Pr. CAOUI Malika	Biophysique
Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques <i>Doyen de la FMPA</i>
Pr. EL AMRANI Sabah	Gynécologie Obstétrique

* Enseignants Militaires

Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI

Chirurgie Générale - *Directeur du CHIS*
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie - Obstétrique
Dermatologie

Urologie *Inspecteur du SSM*
Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur HMI Mohammed V*

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Directeur Hôp. Ar-razi Salé*
Gynécologie Obstétrique

Neurologie *Doyen de la FMP Abulcassis*

* Enseignants Militaires

Pr. BOUGTAB
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Abdesslam Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Cheikh Zaid*
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Univ. Cheikh Khalifa*
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale *Directeur Hôpital Ibn Sina*
Chirurgie Thoracique

* Enseignants Militaires

Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique *V-D chargé Aff Acad. Est.*
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie *Dir.-Adj. HMI Mohammed V*
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale

* Enseignants Militaires

Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie [Directeur Hôp. Al Ayachi Salé](#)
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina Mar](#)
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo - Phtisiologie

* Enseignants Militaires

Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhousaine *
Pr. BENZIANE Hamid *
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual *
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
Pr. EL BEKKALI Youssef *
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Noureddine
Pr. HADADI Khalid *
Pr. ICHOU Mohamed *
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhousain *
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed *
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRANI Saad *
Pr. OUZZIF Ez zohra *
Pr. RABHI Monsef *
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine *
Pr. SIFAT Hassan *
Pr. TABERKANET Mustafa *
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour *
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
Pr. AGADR Aomar *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale

* Enseignants Militaires

Pr. AKHADDAR Ali *
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen *
 Pr. BJJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamy
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phtisiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne *Directeur ERSSM*
 Physiologie
 Microbiologie
 Médecine Aéronautique
 Biochimie- Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Anatomie Pathologique

* Enseignants Militaires

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil *
Pr. BENCHEBBA Driss *
Pr. DRISSI Mohamed *
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane *
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. RAISSOUNI Maha *

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSghir Mustapha *
Pr. BENYAHIA Mohammed *
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali *
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha *
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JAOUADI Rachid *
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLouFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane *
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryem
Pr. GHFIR Imade

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologique
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire

* Enseignants Militaires

Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed *
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed *
Pr. RAHALI Younes
Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim *
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua *
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan *
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali *

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM *

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
Pr. BENCHAKROUN Mohammed *
Pr. BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss *
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale *
Pr. HERRAK Laila
Pr. JANANE Abdellah *
Pr. JEAIDI Anass *
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. LEMNOUER Abdelhay*
Pr. MAKRAM Sanaa *
Pr. OULAHYANE Rachid*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique *Vice-Doyen à la Pharmacie*
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Gynécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

* Enseignants Militaires

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. DOBLALI Taoufik
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABBI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAYTI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. ZRARA Abdelhamid*

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Immunologie

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

* Enseignants Militaires

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq *	Néphrologie
Pr. ACHBOUK Abdelhafid *	Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid *	Radiothérapie
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah *	Gynécologie-obstétrique
Pr. BASSIR RIDA ALLAH	Anatomie
Pr. BOUATTAR TARIK	Néphrologie
Pr. BOUFETTAL MONSEF	Anatomie
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *	Chirurgie Générale
Pr. BOUZELMAT Hicham *	Cardiologie
Pr. BOUKHRIS Jalal *	Traumatologie-orthopédie
Pr. CHAFRY Bouchaib *	Traumatologie-orthopédie
Pr. CHAHDI Hafsa *	Anatomie Pathologique
Pr. CHERIF EL ASRI Abad *	Neurochirurgie
Pr. DAMIRI Amal *	Anatomie Pathologique
Pr. DOGHMI Nawfal *	Anesthésie-réanimation
Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir	Pharmacie Galénique
Pr. EL ANNAZ Hicham *	Virologie
Pr. EL HASSANI Moulay EL Mehdi *	Gynécologie-obstétrique
Pr. EL HJOUJI Aabderrahman *	Chirurgie Générale
Pr. EL KAOUI Hakim *	Chirurgie Générale
Pr. EL WALI Abderrahman *	Anesthésie-réanimation
Pr. EN-NAFAA Issam *	Radiologie
Pr. HAMAMA Jalal *	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI Bouchaib *	O.R.L
Pr. HJIRA Naoufal *	Dermatologie
Pr. JIRA Mohamed *	Médecine Interne
Pr. JNIENE Asmaa	Physiologie
Pr. LARAQUI Hicham *	Chirurgie Générale
Pr. MAHFOUD Tarik *	Oncologie Médicale
Pr. MEZIANE Mohammed *	Anesthésie-réanimation
Pr. MOUTAKI ALLAH Younes *	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. MOUZARI Yassine *	Ophthalmologie
Pr. NAOUI Hafida *	Parasitologie-Mycologie
Pr. OBTEL Majdouline	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. OURRAI Abdelhakim *	Pédiatrie
Pr. SAOUAB Rachida *	Radiologie
Pr. SBITTI Yassir *	Oncologie Médicale
Pr. ZADDOUG Omar *	Traumatologie Orthopédie
Pr. ZIDOUH Saad *	Anesthésie-réanimation

* Enseignants Militaires

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS/Prs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. YAGOUBI Maamar	Environnement, Eau et Hygiène
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

Mise à jour le 11/06/2020

KHALED Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR

* Enseignants Militaires



Dédicaces





À Allah

*L'Unique, le Tout-Puissant, Qui m'a guidé dans le bon chemin, à qui je dois
tout ce que je suis devenue.*

*Tout-Puissant et bon Seigneur, louanges à votre gloire, et remerciements
pour votre miséricorde.*

Que la prière et le salut soit sur le prophète.





À mon père ABDELKHALED Mohamed

Qui a pris soin de moi et qui m'a guidé pendant toutes ces années, sans ces conseils et son soutien je ne serais pas arrivé là où je suis. Il m'a témoigné un amour incommensurable, il m'a inculqué la rigueur dans le travail, la persévérance, la patience, la générosité.

À ma mère EL MABROUK Nadia

Qui m'a donné une parfaite éducation ce qui a fait de moi ce que je suis aujourd'hui. L'humilité, la droiture, l'endurance, la persévérance que vous m'avez enseignée, ont été d'un grand appui pour l'aboutissement de ce travail.





Mes chers Parents

Ce travail est le vôtre, c'est le fruit de votre soutien et de vos prières. Je vous remercie et je vous le dédie pour tous les sacrifices que vous aviez faits pour ma réussite.

Les mots me manquent pour vous exprimer combien je vous aime.

A mon frère Hicham et ma sœur Maroua

Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de réussite et de santé. Je vous souhaite une vie pleine de bonheur, de prospérité et de santé.

Qu'ALLAH vous bénisse et vous protège.





A la mémoire de ma Grand-Mère et mon Grand-Père

J'aurais souhaité que vous soyez présent parmi nous en ce jour mémorable.

*Que la clémence de dieu règne sur vous et que sa miséricorde apaise votre
âme.*

A mes grands parents

EL MABROUK Mostapha

Fatima ELBOUZIANI

*Malgré la distance qui nous sépare, vous êtes toujours présent avec moi,
vous ne cesseriez jamais de me prodiguer bon souhait et prière de réussite.*

*Ces quelques mots ne sauraient exprimer tout l'affection et toute l'amour et
le respect que je vous dois.*

Que dieu vous préserve et vous accorde longue vie santé et prospérité.





A mes Tantes, Oncles,

Cousins et Cousines

*Je vous remercie pour tous les instants, tous les souvenirs de joie et de fêtes
que nous avons déjà vécus et que nous allons partager.*

*Je vous dédie ce modeste travail en vous exprimant tout l'amour et
l'affection que j'ai à votre égard.*

A tous mes amis

*Au souvenir des obstacles qu'on a su surmonter et les moments qu'on a
passé ensemble.*

***A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis
involontairement de citer.***





Remerciements





A Notre maitre Président et Rapporteur de Thèse

Monsieur le professeur Khalil ABOU ELALAA

Professeur D'Anesthésie Réanimation

Nous vous remercions pour la disponibilité, gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail. Vous nous avez accordé un grand honneur en nous prêtes votre confiance pour la réalisation de ce travail. Sans votre expérience, votre savoir, votre aide, votre collaboration, votre investissement, et vos conseils, ce travail n'aurait pu être préparé et dirigé dans ces conditions des plus favorables. Malgré vos obligations professionnelles vous étiez toujours disponible et vous nous avez toujours accueillis avec sympathie, compassion et cordialité. Nous vous en sommes grandement reconnaissants. Veuillez recevoir, cher professeur, l'expression de notre gratitude la plus sincère et notre estime la plus profonde.





A Notre maitre et Juge de thèse
Professeur Aziza BENTALHA,
Professeur d'Anesthésie Réanimation

Vous nous faites l'honneur d'être parmi nos juges.

*Nous vous sommes très reconnaissants pour votre présence et la
collaboration que vous nous avez apportée à l'élaboration de ce travail.
Veuillez accepter, madame, l'expression de notre profond respect et notre
grande considération*





A Notre maitre et juge de thèse
Professeur Abderrahmane ELHJOUJI,
Professeur de chirurgie viscéral

Je suis remercié pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant d'être parmi les membres de mon jury. Je vous présente mes remerciements les plus vifs pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

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





Liste des abréviations



LISTE DES ABREVIATIONS

BO	: Bloc opératoire.
MAR	: Médecin Anesthésiste Réanimateur.
MC	: Médecin Chirurgien.
VPA	: Visite Pré Anesthésique.
ASA	: Américain Society of Anaesthesiology.
HMIMV	: Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V.
MAD	: Mean, Abusive and Disruptive.



***Liste
des illustrations***



LISTE DES FIGURES

Figure 1: La relation prédite entre l'indice de risque du marqueur comportemental et complications postopératoires et décès.....	5
Figure 2: Répartition des médecins selon la tranche d'âge.	16
Figure 3: Répartition des médecins selon le sexe.	17
Figure 4: Répartition des médecins selon la situation familiale.	18
Figure 5: Répartition des médecins selon la spécialité.....	19
Figure 6: Répartition des médecins selon le statut.....	20
Figure 7: Répartition des médecins selon l'ancienneté.	21
Figure 8: Causes de conflits entre médecin chirurgien et anesthésiste selon la spécialité	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Causes de conflits liées aux personnels selon la spécialité.....	23
Tableau II: Causes de conflits liées à l'organisation selon la spécialité.....	24
Tableau III: Causes de conflits liées au patient selon la spécialité.	25
Tableau IV: Causes de conflits liées aux personnels selon le statut.....	26
Tableau V: Causes de conflits liées au patient selon le statut.	26
Tableau VI: Causes de conflits liées à l'organisation selon le statut.....	27
Tableau VII: Types des causes de conflit entre médecins chirurgien et anesthésistes.....	40
Tableau VIII: Taux des conflits d'ordres organisationnelles selon la spécialité dans notre étude et l'étude de Shams et Al-Wadani.....	41
Tableau IX: Taux de conflits liés au patient selon la spécialité dans notre étude et l'étude de Shams et Al-Wadani.....	43
Tableau X: Taux de conflits liés aux personnels selon la spécialité dans notre étude et l'étude de Shams et Al-Wadani.	45
Tableau XI: Exemples de stéréotypes négatifs tenus de façons réciproque entre les chirurgiens et les médecins anesthésistes-réanimateurs.	49

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Le bloc opératoire aseptique.....	10
Photo 2 : Le circuit du bloc opératoire aseptique.....	11
Photo 3 : Salle des opérations	11



Sommaire



Introduction	1
Objectifs de l'étude	6
Matériel et Méthode	8
I. Matériel :	9
1. Présentation de notre étude :	9
2. Le lieu de notre étude :	9
3. Critère d'inclusion :	10
II. Méthode.....	12
1. Des causes liées aux personnels :	12
2. Des causes liées au patient :	12
3. Des causes d'ordres organisationnelles :	13
Résultats	14
I. Données démographiques :	16
1. Age :	16
2. Sexe :	17
3. Situation familiale :	18
4. Spécialité :	19
5. Statut et ancienneté :	20
II. L'incidence des causes de conflits entre médecins Chirurgien et Anesthésistes dans notre étude :	22
Discussion	28
I. Définitions :	29
1. Définition du conflit :	29
2. Genèse de conflit :	29
3. Les conflits dans le milieu médical :	30
4. Nature de conflit au bloc opératoire :	30

5.	Définition du conflit relationnel :.....	31
6.	Autres types de conflits	32
II.	Histoire du conflit entre médecins chirurgien et anesthésiste :	32
1.	Du conflit à la collaboration	32
2.	Les salles d'opération initiales de la fin des années 1800 à 1950 :.....	33
3.	L'influence des sous-spécialités sur les relations :	35
4.	Relation de Co-capitaines dynamiques :	37
5.	Future de la relation Chirurgien-Anesthésiste :.....	39
III.	Causes des conflits	40
1.	Principaux types causes de conflits dans notre étude et dans littérature :	40
2.	Causes d'ordres organisationnelles :.....	41
3.	Causes liées au patient :	43
4.	Causes liées aux personnels :.....	45
IV.	La relation professionnelle entre le chirurgien et l'anesthésiste.....	46
V.	Les causes de conflit dans la littérature :.....	47
1.	Manque d'appréciation du rôle de l'anesthésiologiste	48
2.	Perceptions négatives réciproques entre anesthésistes et chirurgiens et [23].....	49
3.	Différences de valeurs[29] :	50
4.	Manque de communication.....	50
5.	Processus décisionnel.....	51
6.	Traits de personnalité.....	52
7.	Manque d'installations de travail.....	52
8.	Conflit d'intérêts.....	52
9.	Questions éthiques et juridiques.....	53
10.	Manque de cliniques d'anesthésie.....	53
VI.	Les effets du conflit.....	54

1. Rupture de la communication.....	55
2. Négativité et environnement de travail hostile.....	56
3. Perte de ressources.....	56
4. Effet sur la santé des médecins travaillant en salle d'opération.....	56
5. Complications juridiques	57
Recommandations	58
Conclusion	66
Annexe	68
Résumés	71
Bibliographie	75



Introduction



Les conflits entre le personnel médical dans l'environnement hospitalier et les structures de soins ont été retrouvés dans les études récentes de la prise en charge des patients dans des proportions assez élevés [1,2]

Plusieurs caractéristiques en plus de l'environnement des services hospitaliers et de soins les rendent susceptibles au conflit. L'une de ces raisons est l'existence de plusieurs professionnels de santé qualifiés dans leurs domaines respectifs qui se veulent partager le même objectif (le bien être des patients) mais où chacun a un rôle et une responsabilité différentes donc chacun apporte son avis sur la manière la plus optimale de dispenser les soins ce qui peut provoquer des désaccords qui peuvent éventuellement aller vers des conflits s'ils restent négligés et non résolus.

Dans les structures hospitalières de soins le bloc opératoire (BO) en particulier, reste l'un des structures le plus propice aux conflits entre le personnel. C'est le lieu de travail le plus complexe et le plus critique et là où il y a le plus de pression sur le personnel dans l'hôpital. Là où travaillent ensemble un large éventail de professionnels de santé avec des qualités, des qualifications, des priorités, des valeurs, des organisations de travail différentes et où une la communication est primordiale. Ajouté à cela la charge de travail importante [3] et la pression de rendement [4].

Le bloc opératoire devient alors un environnement instable et propice pour les conflits entre personnels qui devient susceptibles d'éclater à tout moment 38% [2] à 48% [5] de ces conflits se passe entre cliniciens.

Ce conflit entre médecins chirurgiens (MC) et médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) au bloc opératoire s'explique par la relation particulière entre ces deux spécialistes.

Dans le passé, l'anesthésie était considérée comme une spécialité en coulisse, où l'anesthésiste était considéré comme l'un des assistants du chirurgien qui administre les drogues anesthésiques. Le développement considérable dans le domaine de l'anesthésiologie a progressivement fait passer le poste d'anesthésiste assistant du chirurgien à celui de spécialiste indépendant. Ce changement a exigé le respect et la reconnaissance des connaissances et des capacités de chacun. Dans certains pays en développement, le rôle de l'anesthésiste dans la réussite d'une intervention chirurgicale n'est pas encore reconnu par le grand public. Même d'un point de vue professionnel, le chirurgien est considéré comme le médecin principal et l'anesthésiste est considéré comme un consultant, auquel on demande de participer aux soins péri-opératoires du patient. Le manque de reconnaissance du rôle joué par le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) au bloc opératoire, le manque d'appréciation du chirurgien et la mauvaise interaction sociale avec le patient diminuent l'estime de soi pour le médecin anesthésiste réanimateur (MAR).

Les différences d'information, d'opinion, de valeurs, d'expérience et d'intérêts entre un médecin chirurgien (MC) et un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) peuvent survenir lors du travail dans des environnements à haute pression comme les salles d'opération, ce qui peut déclencher des conflits. [6], [7]

Les conflits peuvent aller d'un désaccord mineur à des heurts de personnalité et parfois à des confrontations physiques [8].

Ce conflit érode les relations entre chirurgiens et anesthésistes « au moins 20 % du temps des médecins sera consacré à la résolution des conflits [5] ». Ca constitue une source de stress, d'insatisfaction, d'épuisement, de départs, et il

impacte fortement sur la qualité des soins « 4 sur 10 conflits ont eu des conséquences négatives potentielles sur la qualité des soins prodigués aux patients[9] » et sur le patient « les patients dont les équipes chirurgicales ont présenté des comportements moins axés sur le travail d'équipe, présentaient un risque plus élevé de décès ou des complications, même après ajustement du risque péri opératoire selon la classification (Américain Society of Anaesthesiology) ASA[10] ».

En effet la qualité des soins dispensés aux patients dépend d'un travail d'équipe efficace pour lequel la communication multidisciplinaire est une partie essentielle [11], [12], et toute perturbation de cette communication peut entraîner des soins inefficaces aux patients. Une bonne relation professionnelle entre le médecin chirurgien (MC) et le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) est donc très importante pour obtenir des résultats de qualité pour le patient et pour réduire l'épuisement professionnel [13].

Notre étude se consacre donc à évaluer les causes perçues qui déclenchent des conflits entre chirurgiens et anesthésistes, en particulier les prédicteurs de ces conflits tels qu'ils sont mutuellement perçus par les deux groupes (médecin chirurgiens (MC) et médecin anesthésiste réanimateur MAR) leur résolution et la manière d'éviter ses conflits et de maintenir des relations de travail saines au bloc opératoire (BO), pour améliorer la qualité des soins proposer aux patients et éviter les conséquences néfastes sur celles-ci.

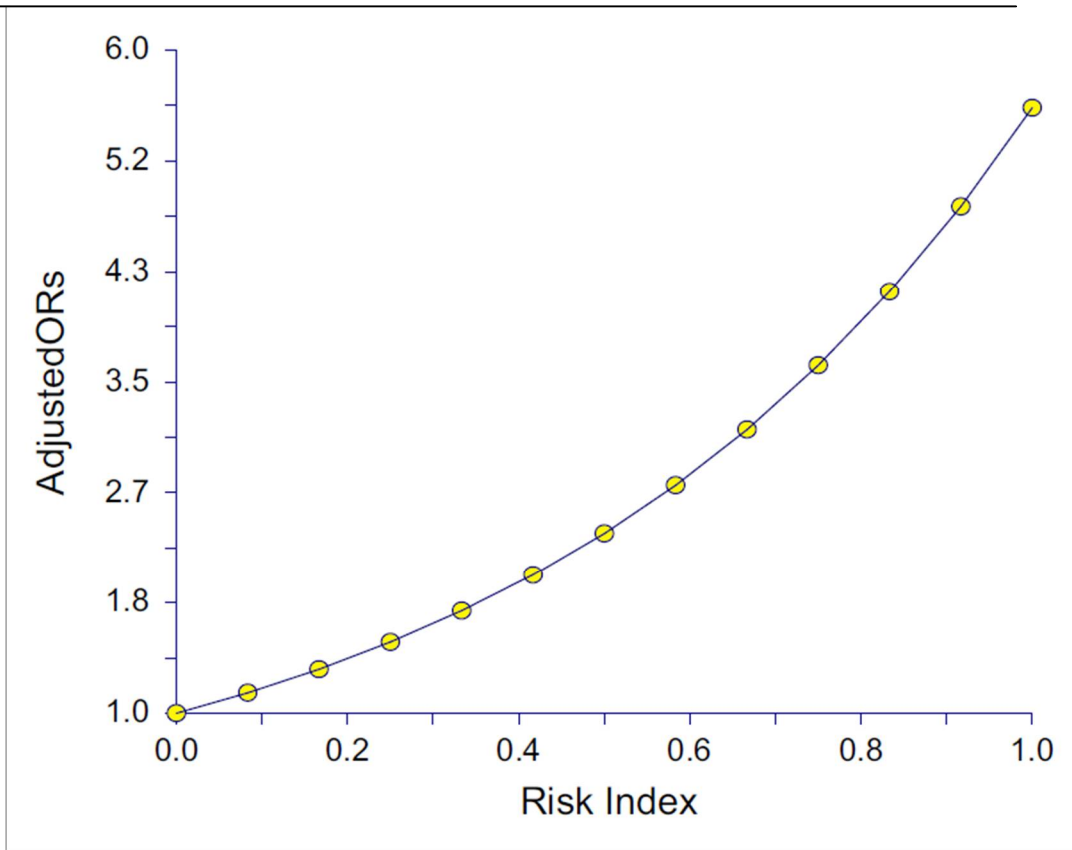


Figure 1: La relation prédite entre l'indice de risque du marqueur comportemental et complications postopératoires et décès[1].



Objectifs de l'étude



Objectifs de notre étude :

❖ Principalement à :

- Rechercher les principales causes de conflits entre médecin chirurgien (MC) et médecin anesthésiste réanimateur (MAR) au bloc opératoire (BO) au sein de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V (HMIMV) de Rabat.

❖ Secondairement à :

- Faire une analyse des principales causes de conflits entre le médecin chirurgien (MC) et le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) au bloc opératoire (BO).
- Comparer les résultats de notre étude avec ceux de la littérature.
- Proposer des solutions pour résoudre les conflits entre médecin chirurgien et médecin anesthésiste au bloc opératoire et des recommandations pour les éviter.



***Matériel
et
Méthode***



I. Matériel :

1. Présentation de notre étude :

C'est une étude qui a été menée à l'HMIMV, Tous les médecins anesthésistes et réanimateurs (MAR) et Chirurgiens (MC) travaillant ou ayant récemment exercé à l'HMIMV ont été invités à participer à un audit sur les causes de conflits au bloc opératoire. La collecte des données est faite grâce à un formulaire mis en ligne. Toutes les spécialités chirurgicales et tous les statuts ont été pris en compte. Les données recueillies ont compris les données personnelles : à savoir l'âge, le sexe, la situation familiale, le statut et la spécialité ; et les causes de conflits entre médecins anesthésistes et chirurgiens au bloc opératoire.

2. Le lieu de notre étude :

- Le service des Blocs opératoires de l'Hôpital Militaire.
- Le Bloc de la chirurgie cardio-vasculaire du centre de cardiologie.

Le service des Blocs opératoire est formé de trois blocs opératoires : [Photo n°1, n°2]

- Bloc opératoire aseptique
- Bloc opératoire septique
- Bloc des pathologies urgentes
- Bloc Urologie

Les salles opératoires sont au nombre de 18, organisées comme suit :

- Le bloc opératoire aseptique : 10 salles.
- Le bloc septique : 4 Salles.
- La chirurgie d'urgence : 2 Salles.

- La chirurgie urologique (Transplantation) : 2 Salles.

Hormis les interventions en chirurgie cardiovasculaire, toutes les autres spécialités chirurgicales sont exercées au niveau de cette structure.

3. Critère d'inclusion :

Tous les médecins anesthésistes et réanimateurs (MAR) et médecins chirurgiens (MC) exerçant ou ayant récemment exercés (moins d'une année à l'HMIMV de Rabat) qui ont complétés le formulaire en ligne.



Photo 1 : Le bloc opératoire aseptique.



Photo 2 : Le circuit du bloc opératoire aseptique.

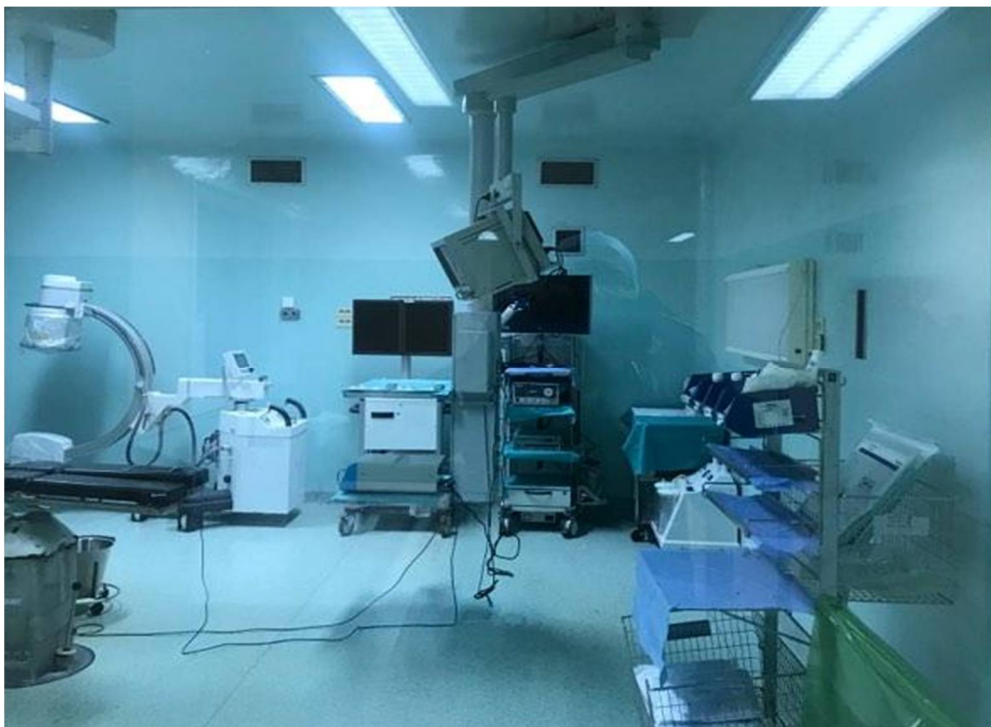


Photo 3 : Salle des opérations

II. Méthode

Notre étude s'est basée sur un questionnaire mis en ligne [Annexe] où on a invité les médecins Chirurgiens (MC) et Anesthésiste-Réanimateur (MAR) dans l'ensemble des services chirurgicaux et au pôle d'anesthésie-réanimation de l'HMIMV. Le document a été mis comme un lien électronique adressées aux médecins Chirurgiens (MC) et médecins Anesthésiste-Réanimateur (MAR).

Nous nous sommes fixés un délai de 10 jours pour recevoir les réponses au-delà de ce délai le lien a été désactivé.

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

Pour sonder les causes de conflits les données suivantes ont été prises en compte :

- ❖ Informations personnelles : âge, sexe, situation familiale, ancienneté, spécialité et statut.
- ❖ Cause du conflit :

1. Des causes liées aux personnels :

- Compétences interpersonnelles inadéquates.
- Interaction sociale en dehors du travail.
- Manque d'appréciation.
- Trait de personnalité.
- Différence de valeurs et de croyances.
- Absence de communication.

2. Des causes liées au patient :

- Pression du patient sur le chirurgien.
- Méconnaissance par les patients du rôle des anesthésiologistes.

3. Des causes d'ordres organisationnelles :

- Liés à la programmation.
- Liés au non-respect des consignes donnés par le médecin Anesthésiste aux personnels soignants en service de chirurgie.
- La non évaluation à temps du patient par le médecin anesthésiste pour prévenir le chirurgien de la faisabilité de l'anesthésie.
- La non disponibilité de salle opératoire.
- Dépassement du plage horaire opératoire par le chirurgien.
- Retard de démarrage de l'anesthésiste.
- Non disponibilité du médecin dans la salle opératoire.



Résultats



Dans l'environnement actuel des soins de santé, il est important pour tous de travailler en équipe pour optimiser l'efficacité des soins. Aucune relation n'est plus cruciale que celle entre chirurgien et anesthésiste. Il est alarmant de constater que la majorité des participants dans cette étude considèrent que les relations de travail comme étant troublé, donc les conflits très courants.

Ces conflits constituent l'aspect le plus difficiles et les plus stressants du travail des médecin chirurgien et anesthésiste. Dans la salle d'opération ils peuvent entraver la sécurité et l'efficacité des soins, mais d'autre part, un conflit résolu est un élément important du travail d'équipe et nécessaires à la bonne prise en charge des patients[2]. Par conséquent, il est important d'explorer les principales causes des conflits entre les deux professions qui peuvent perturber leurs relations de travail.

I. Données démographiques :

1. Age :

Nous avons relevé que :

49% des participants appartiennent à la tranche d'âge entre 20-30 ans soit 39 médecins

22 personnes appartiennent à la tranche d'âge entre 31-40 ans soit 28%. 11 personnes sont dans la tranche d'âge supérieur à 40 ans soit 14%.

Notons que dans 9% des cas nous n'avons pas relevé l'âge du médecin soit 7 participants

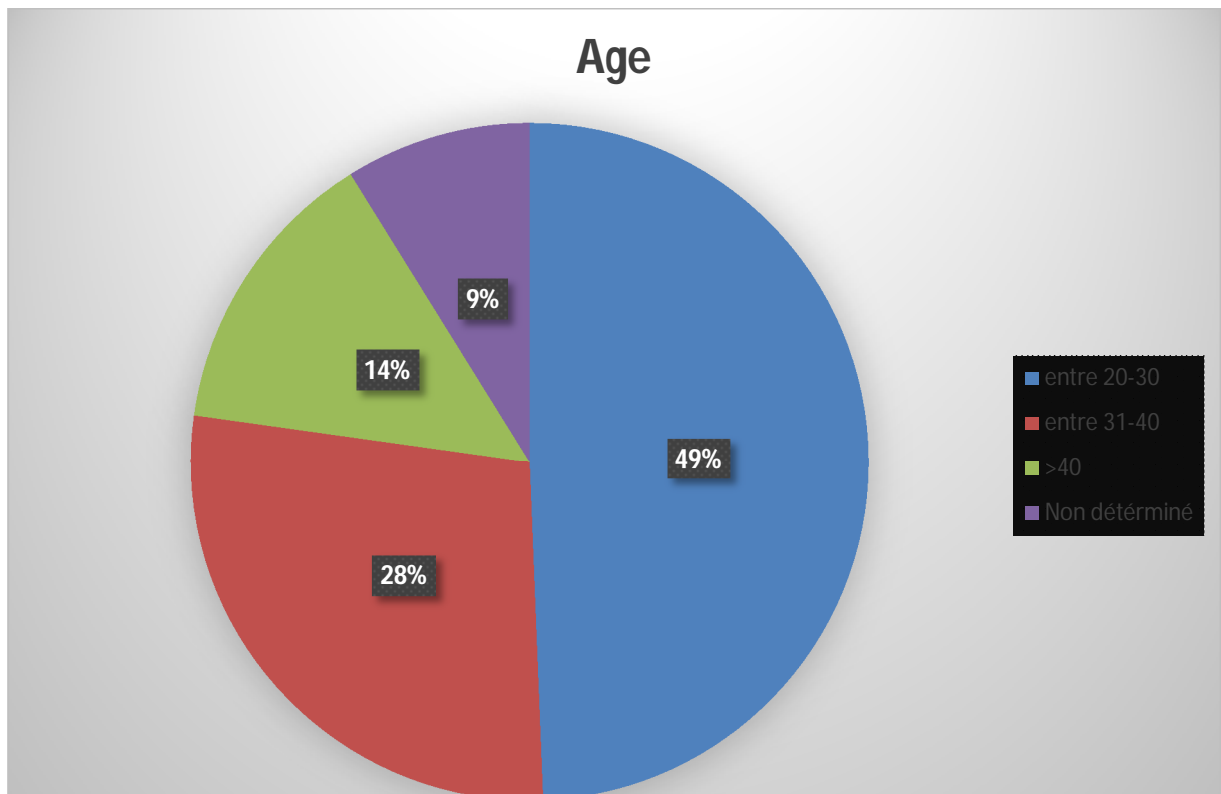


Figure 2: Répartition des médecins selon la tranche d'âge.

2. Sexe :

Nous avons relevé une prédominance masculine des participants

- 64 hommes soit 81%
- 15 femmes soit 19%

Soit un sexe ratio de 4,2

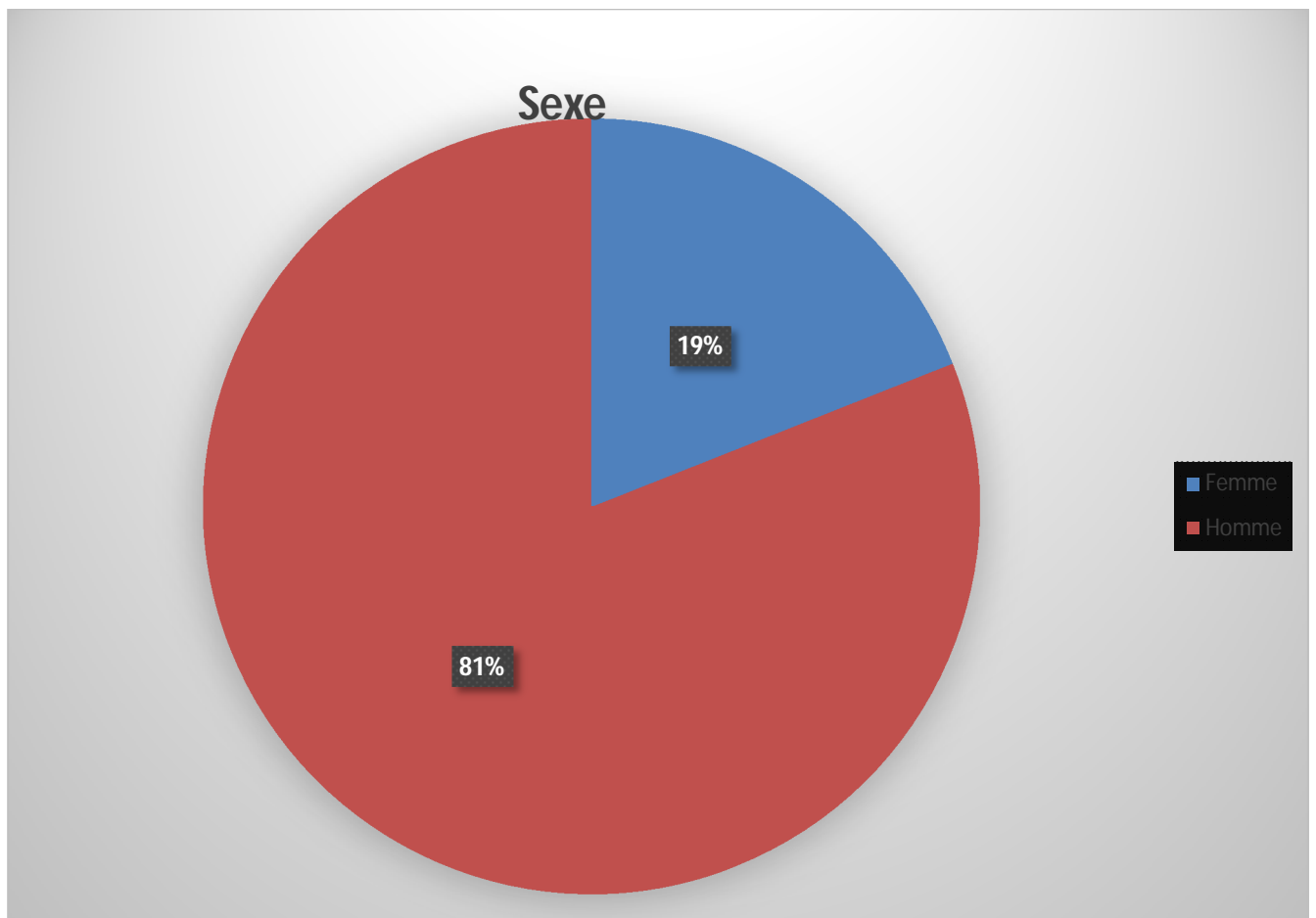


Figure 3: Répartition des médecins selon le sexe.

3. Situation familiale :

60 % des participants sont mariés soit 47 personnes alors que 39% sont célibataires soit 31 médecins alors qu'une personne n'a pas précisé son statut patrimonial.

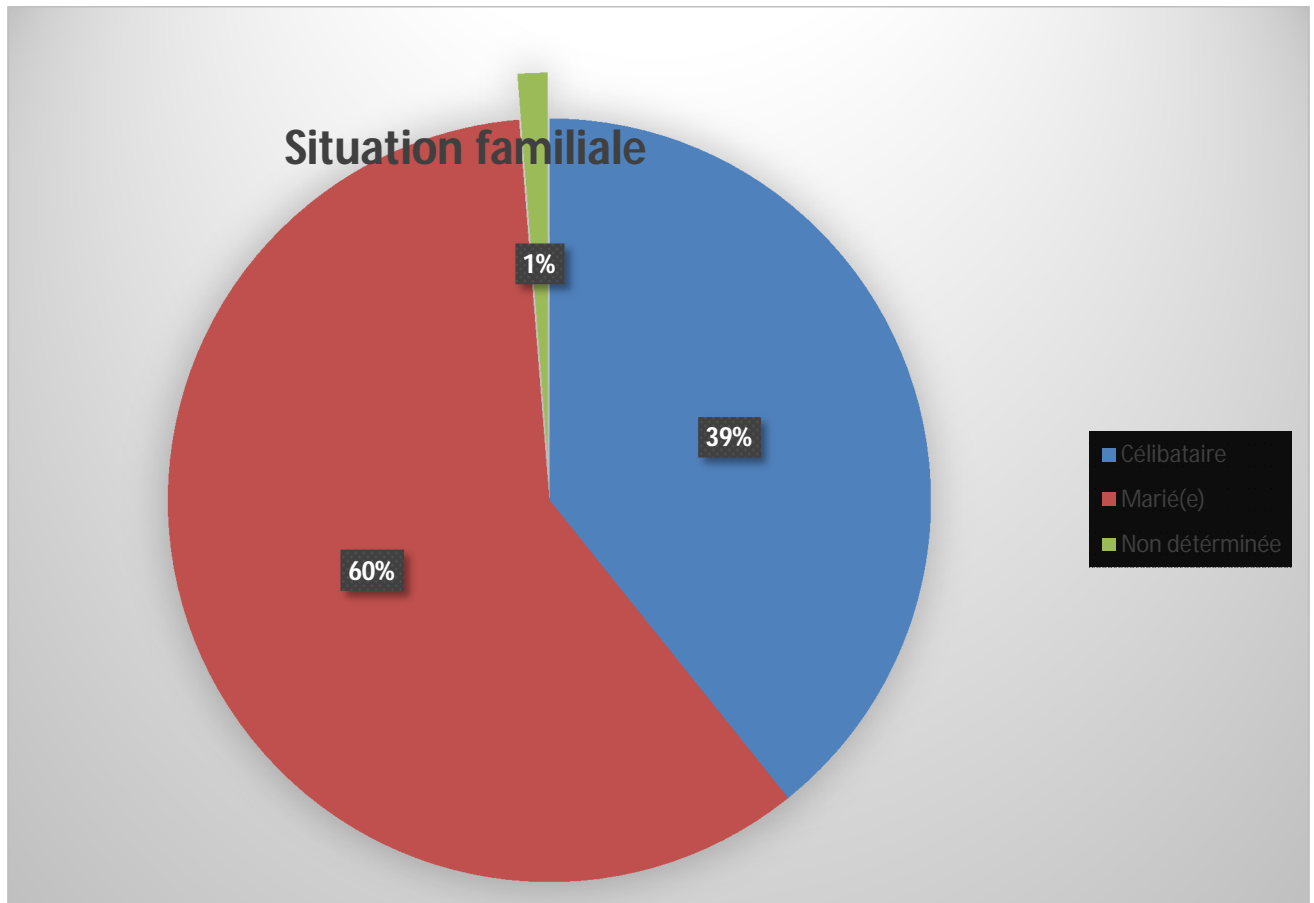


Figure 4: Répartition des médecins selon la situation familiale.

4. Spécialité :

Le nombre de médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) qui ont accepté de répondre à notre audit est légèrement supérieur au nombre de médecins chirurgiens (MC) :

- 41 Anesthésistes soit 52%.
- 38 Chirurgiens soit 48%.

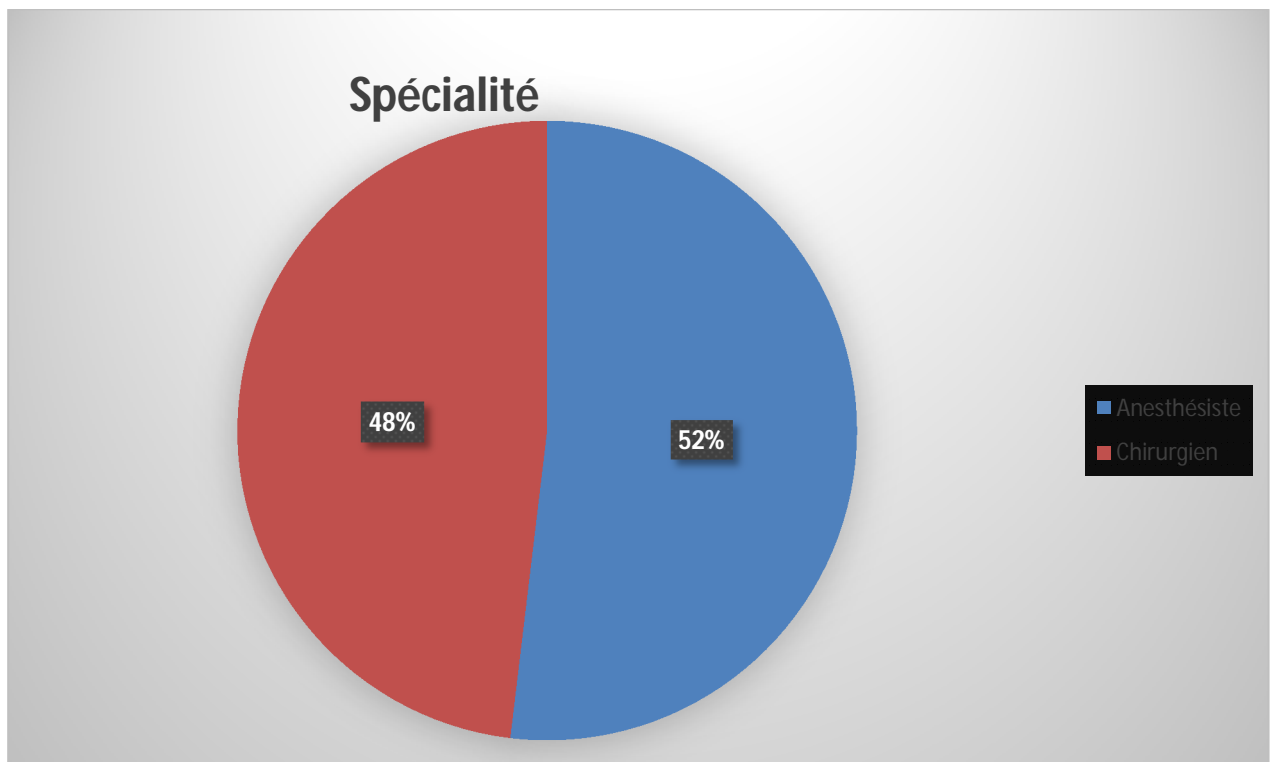


Figure 5: Répartition des médecins selon la spécialité.

5. Statut et ancienneté :

La grande partie des médecins qui ont répondu au questionnaire sont des résidents dans l'une des deux spécialités avec entre 1 et 10 ans d'ancienneté.

- 53 personnes sont des résidents soit 67%.
- 17 personnes sont des enseignants soit 22%.
- 9 personnes sont des spécialistes soit 11%

Cela semble dû à la nature de notre hôpital qui est un hôpital d'instruction où les médecins en formation constitue une part importante du personnel médical exerçant dans le cadre de leur formation .

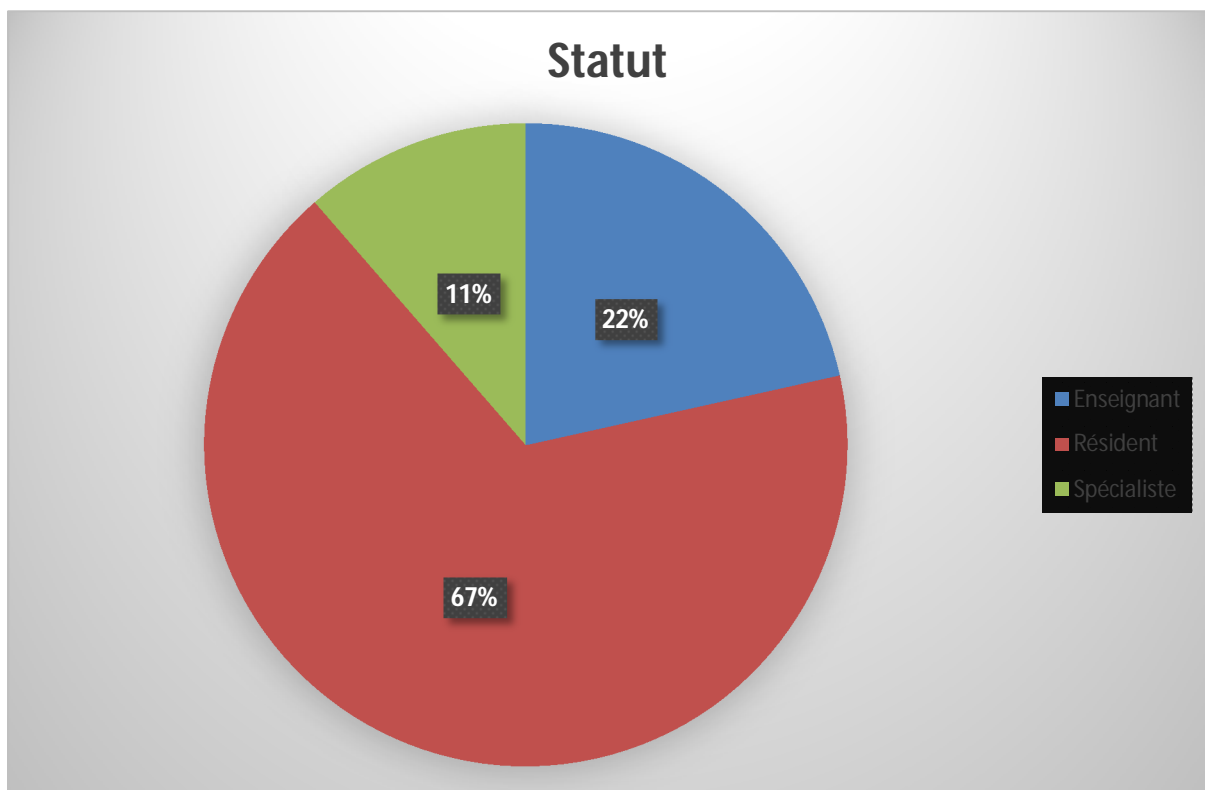


Figure 6: Répartition des médecins selon le statut.

Concernant l'ancienneté dans l'exercice : 67% des personnes questionnées ont entre 1 et 10 ans d'ancienneté soit 53 médecins. 11% ont entre 11 et 20 ans d'ancienneté soit 9 médecins, 9 % ont plus de 20 ans d'ancienneté soit 7 médecins.

Enfin 13% personnes n'ont pas précisé leur ancienneté soit 10 médecins.

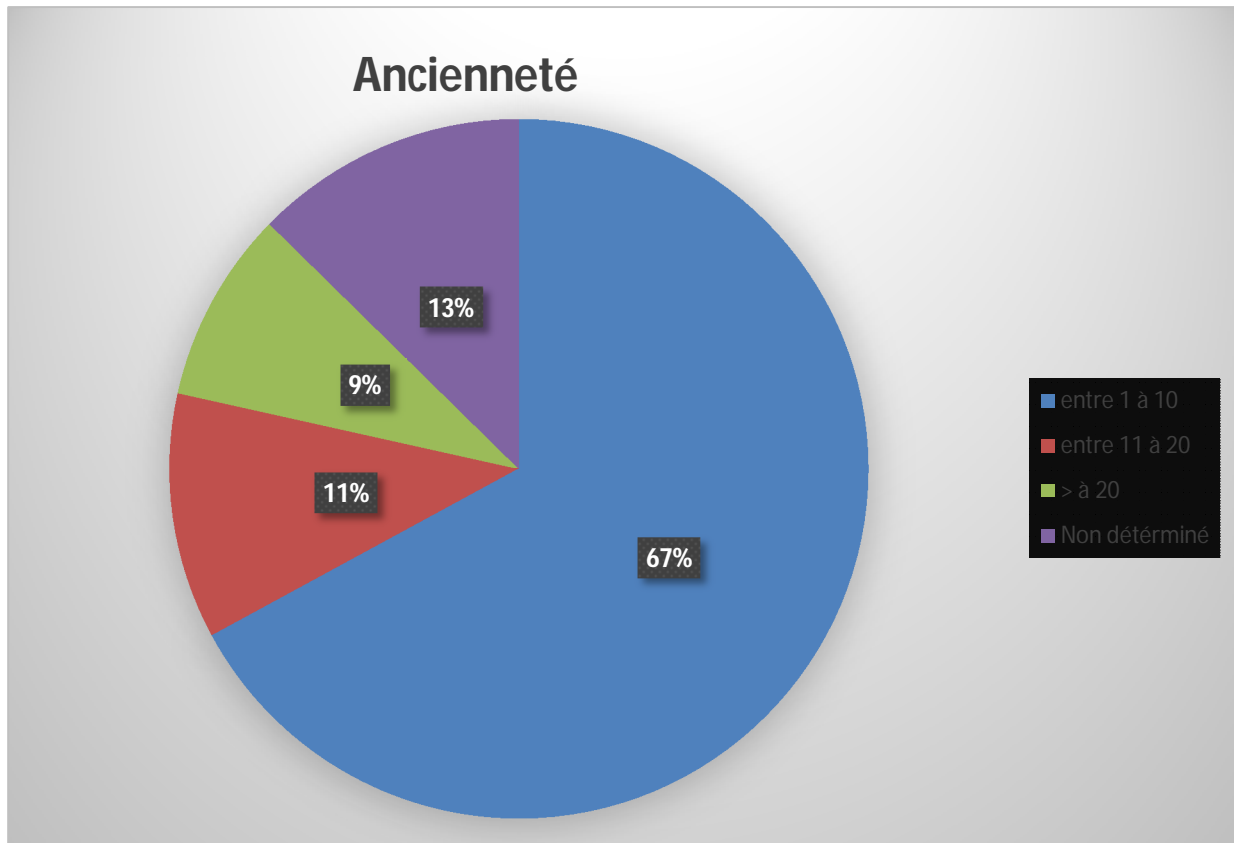


Figure 7: Répartition des médecins selon l'ancienneté.

II. L'incidence des causes de conflits entre médecins Chirurgien et Anesthésistes dans notre étude :

Les causes de conflits entre médecins Chirurgiens et Anesthésistes se divisent en 3 grands groupes dans notre étude :

- **Des causes liées aux personnels**
 - Compétences interpersonnelles inadéquates
 - Interaction sociale en dehors du travail
 - Manque d'appréciation
 - Trait de personnalité
 - Différence de valeurs et de croyances
 - Absence de communication
- **Des causes liées au patient**
 - Pression du patient sur le chirurgien
 - Méconnaissance par les patients du rôle des anesthésiologistes
- **Des causes d'ordres organisationnelles**
 - Liés à la programmation
 - Liés au non-respect des consignes donnés par le Médecin Anesthésiste aux personnels soignants en service de chirurgie
 - La non évaluation à temps du patient par le médecin anesthésiste pour prévenir le chirurgien de la faisabilité de l'anesthésie
 - La non disponibilité de salle opératoire
 - Dépassement du plage horaire opératoire par le chirurgien
 - Retard de démarrage de l'anesthésiste
 - Non disponibilité du médecin dans la salle opératoire

Perceptions des chirurgiens et des médecins anesthésistes :

Les trois principaux domaines de causes potentielles de conflits étaient différents entre les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) et les médecins chirurgiens (MC).

Pour ce qui est des causes de conflits liés aux personnels : 60 % des MC pensent que c'est dû au trait de personnalité alors que 82% des MAR qui ont participé à cet audit pense que c'est lié à l'absence de communication entre MAR et MC (tableau 1).

Le manque d'appréciation est plus ressenti par les médecins chirurgiens (MC) que les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) 39% vs 14%.

Cause de conflit :		Chirurgien	Anesthésiste
		N=38	N=41
Causes liées aux personnels	Absence de communication	57	82
	Trait de personnalité	60	53
	Manque d'appréciation	39	14
	Compétences interpersonnelles inadéquates	23	34
	Interaction sociale en dehors du travail	7	4
	Différence de valeurs et de croyances	18	14

Tableau I: Causes de conflits liées aux personnels selon la spécialité.

D'autre part, les chirurgiens étaient plus susceptibles de se plaindre de la non disponibilité du médecin anesthésiste dans la salle opératoire (52%). Le retard de démarrage de l'anesthésie (71%) et la non évaluation à temps du patient par le médecin anesthésiste pour prévenir le chirurgien de la faisabilité de l'anesthésie (65%) ont été causes importantes de conflits.

Les MAR trouve, que le non-respect des consignes donnés par le MAR aux personnels soignants en service comme facteur important du conflit (75%). Également la programmation et le dépassement du plage horaire opératoire par le chirurgien 60% ont été des déclencheurs importants de conflits (Tableau 2).

		Chirurgien	Anesthésiste
		N=38	N=41
Causes d'ordres organisationnelles	Liés à la programmation	47	65
	Liés au non-respect des consignes donnés par le médecin Anesthésiste aux personnels soignants en service de chirurgie	18	75
	La non évaluation à temps du patient par le médecin anesthésiste pour prévenir le chirurgien de la faisabilité de l'anesthésie	65	26
	La non disponibilité de salle opératoire	36	9
	Dépassement du plage horaire opératoire par le chirurgien	28	60
	Retard de démarrage de l'anesthésiste	71	24
	Non disponibilité du médecin dans la salle opératoire	52	14

Tableau II: Causes de conflits liées à l'organisation selon la spécialité.

Concernant les causes liées au patient Les deux groupes sont d'accord que la méconnaissance par les patients du rôle du médecin anesthésiste est une cause majeure pour les mauvaises relations de travail (47% des chirurgiens vs 48% des anesthésistes).

Autres facteurs liés au patient est la pression du patient sur le chirurgien qui est un facteur déterminant dans les conflits du point de vue de 47% des chirurgiens (Tableau 3).

		Chirurgien	Anesthésiste
		N=38	N=41
Causes liées au patient	Pression du patient sur le chirurgien	47	29
	Méconnaissance par les patients du rôle des anesthésiologistes	47	48

Tableau III: Causes de conflits liées au patient selon la spécialité.

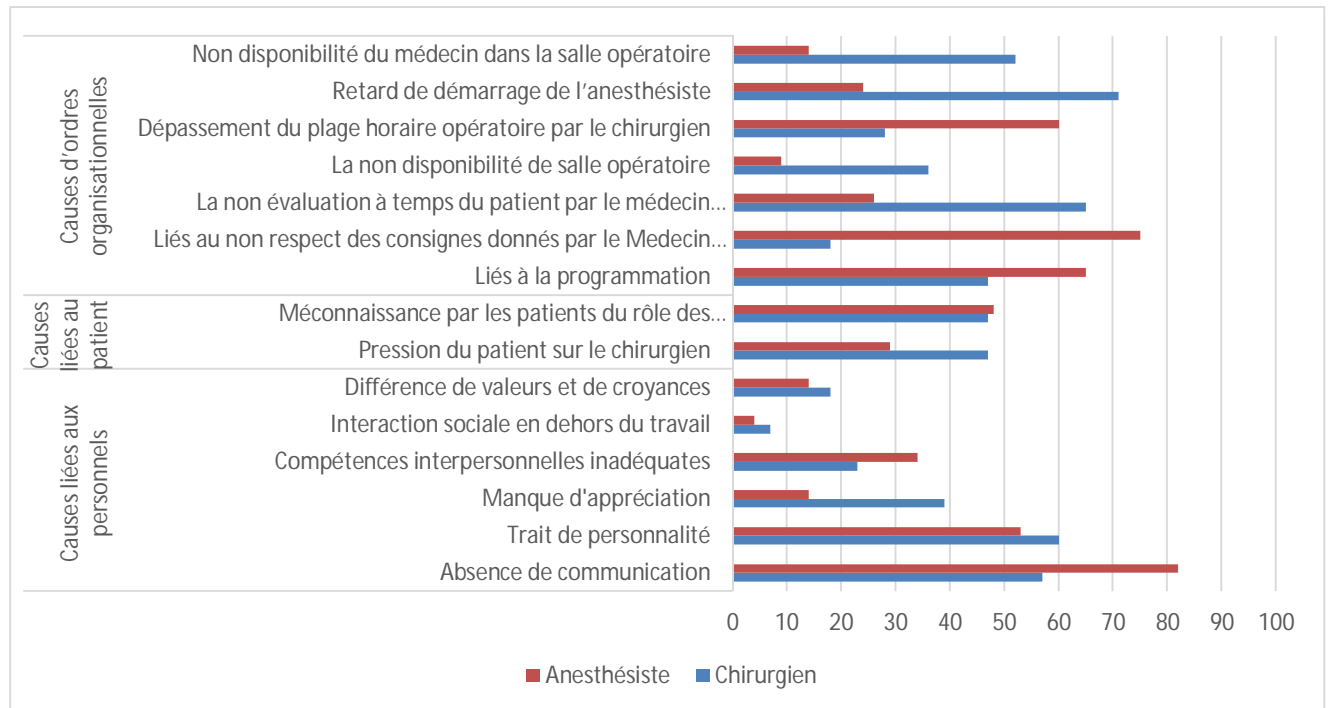


Figure 8: Causes de conflits entre médecin chirurgien et anesthésiste selon la spécialité

Perception des résidents, enseignants et spécialistes :

Les participants de tous les statuts jugent que l'absence de communications et les traits de personnalité sont les facteurs les plus pourvoyeur de conflit (Tableau 4).

		Enseignant	Résident	Spécialiste
Causes liées aux personnels	Absence de communication	82	69	55
	Trait de personnalité	58	54	66
	Manque d'appréciation	23	24	44
	Compétences interpersonnelles inadéquates	23	28	44
	Interaction sociale en dehors du travail	17	3	55
	Différence de valeurs et de croyances	11	18	11

Tableau IV: Causes de conflits liées aux personnels selon le statut.

52 % des enseignants considèrent la pression du patient sur le chirurgien comme étant un facteur important des conflits liés au patient alors que les résidents ont tendance à choisir la méconnaissance par les patients du rôle des anesthésiologistes comme principale cause dans la même catégorie 53%, enfin les spécialistes considèrent que les deux causes jouent un rôle à part égale dans les conflits. (Tableau 5).

		Enseignant	Résident	Spécialiste
Causes liées au patient	Pression du patient sur le chirurgien	52	33	33
	Méconnaissance par les patients du rôle des anesthésiologistes	35	54	33

Tableau V: Causes de conflits liées au patient selon le statut.

58% des résidents par rapport à peu d'enseignants (7%) et des spécialiste (22%) pensent que les conflits liés à la programmation sont très fréquents, c'est aussi le cas pour le non-respect des consignes donnés par le médecin Anesthésiste aux personnels soignants en service de chirurgie ou 60% des résidents contre que 17% des enseignants et 33% des spécialistes pensent qu'il s'agit d'une cause non négligeable de conflits.

Autres facteurs liés à la programmation convenu par les personnes de tout statut sont le dépassement du plage horaire opératoire par le chirurgien le retard de démarrage de l'anesthésiste et la non évaluation à temps du patient par le médecin anesthésiste pour prévenir le chirurgien de la faisabilité de l'anesthésie (Tableau 6).

		Enseignant	Résident	Spécialiste
Causes d'ordres organisationnelles	Liés à la programmation	7	58	22
	Liés au non-respect des consignes donnés par le médecin Anesthésiste aux personnels soignants en service de chirurgie	17	60	33
	La non évaluation à temps du patient par le médecin anesthésiste pour prévenir le chirurgien de la faisabilité de l'anesthésie	47	45	44
	La non disponibilité de salle opératoire	23	22	44
	Dépassement du plage horaire opératoire par le chirurgien	47	47	33
	Retard de démarrage de l'anesthésiste	58	47	22
	Non disponibilité du médecin dans la salle opératoire	41	30	33

Tableau VI: Causes de conflits liées à l'organisation selon le statut.



Discussion



I. Définitions :

1. Définition du conflit :

Un conflit résulte du désaccord entre un ou plusieurs individus ou groupes d'individus, ce qui crée une tension interne ou externe qui peut causer potentiellement des dommages. Le désaccord porte soit sur des valeurs, des intérêts, des idées, des personnes ou des positions idéologiques.

Les désaccords et les divergences, bien que précurseurs de conflits, ne résultent pas forcément en une situation qui peut causer des dommages. La notion de conflit ne doit pas être également confondue avec celles de l'agressivité et la violence. La notion d'agressivité entrant dans le cadre du comportement humain lié à l'instinct de survie, alors que la notion de violence est considérée comme un résultat et une perversion de l'agressivité. Les relations entre ces différentes notions sont complexes. Bien que la violence et l'agressivité peuvent être l'expression ou la cause d'un conflit, pas tous les conflits se manifestent par ces derniers.

2. Genèse de conflit :

Le conflit résulte de plusieurs étapes. Des divergences, des désaccords ou tout autre stimulation stressantes qui peut provoquer des tensions et qui si non résolus résultera en un blocage de communication, et finalement en un conflit ouvert. Cette évolution naturelle du conflit passe donc par plusieurs phases où émotions et pensées interagissent étroitement avec actions et comportements[3].

Dans la genèse de conflits, les sources sont omniprésentes et inévitables. C'est l'analyse de la situation faites sous l'influences de nos émotions qui peut s'avérer étonnée, et les comportements et actions entrepris inappropriés, ce qui participe au développement et à la perpétualisation du conflit.

3. Les conflits dans le milieu médical :

Dans le milieu médical la notion de conflit n'a pas de définition uniforme. Dans la littérature, la notion de conflit est souvent assimilée ou confondue avec d'autres notion dont le désaccord, la divergence, l'agressivité et la violence. La perception de la présence d'un conflit diffère fortement entre les médecins et les infirmières, ce qui suggère des définitions différentes selon la discipline[4].

La définition de certains auteurs est celle de conflit de tâches : « une dispute, une divergence d'opinion ou un désaccord entre deux ou plusieurs individus concernant une décision relative à la prise en charge d'un patient »[5], [6]. Cette définition est jugée trop simpliste par d'autres auteurs, car elle ne tient pas compte de conflits personnels, qui ne sont pas forcément liés aux problèmes du patient[7].

4. Nature de conflit au bloc opératoire :

Deux types de conflits interpersonnels sont rencontré généralement au bloc opératoire : les conflits relationnels et les conflits de taches. Bien que différents ils sont liés entre eux ; un conflit relationnel non résolu peut résulte en un conflit de tache plus profond, le contraire est aussi possible.

Définition du conflit de tâches :

La décision de la prise en charge d'un patient au bloc opératoire peut différer entre les différents membres de l'équipe, ce qui crée des tensions et des désaccords qui peuvent évoluer en un conflit.

Les conflits de tâches sont monnaie courante au bloc opératoire et sont dans la plupart des cas facilement résolus grâce à la communication, l'explication des positions respectives de chacun des prenant part et la négociation.

5. Définition du conflit relationnel :

Résultant de malentendus, d'insatisfaction, de rivalité et de confrontations entre les traits de personnalité entre deux personnes qui travaillent au bloc opératoire. Ce type de conflit, bien qu'il soit généralement moins commun que le conflit de tâches, il est souvent plus difficile à résoudre car plus profondément ancré. Lorsqu'ils deviennent publics, ils sont souvent plus bruyants et associés à la colère, la violence et l'agressivité verbale dans la plupart des cas[8]. La violence physique est rarement rencontrée, mais lorsqu'elle se produit, elle est particulièrement dévastatrice car elle entraîne des sanctions administratives, légales ou pénales.

Certains traits de personnalité sont un terrain propice à la survenue de ce type de conflits, notamment s'ils sont exprimés par des personnes en charge d'une équipe. Dans la littérature anglaise on parle de « Mean, Abusive and Disruptive (« MAD ») physician »[9], [10]. Ce sont des médecins perturbateurs aux comportements arrogants, colériques et parfois agressifs, contrôlant leurs relations professionnelles par les menaces, la manipulation, l'intimidation et autres méthodes de coercition[9]. Ce genre de comportement est rencontré dans le bloc opératoire plus chez les chirurgiens que chez les anesthésistes-réanimateurs[10], [11].

6. Autres types de conflits

En salle d'opération, il y a des conflits dont la cause n'est ni liée aux problèmes du patient ni aux personnes elles-mêmes. Ils découlent de différences de priorités, de valeurs ou d'organisation au niveau des différents groupes de professionnels. Ces différences peuvent parfois entraîner la naissance de conflits professionnels au sein d'un même groupe ou entre différents groupes, résolu rapidement ou qui peuvent se prolonger.

Dans les hôpitaux des Etats-Unis, le conflit entre les médecins et les infirmiers est connu depuis longtemps[12].

En France, la mise en place de nouvelles règles de sécurité et d'organisation, qui régissent l'activité des anesthésistes et limitent leur présence au bloc opératoire, a favorisé ce genre de conflits. Ces mesures ont en effet contrarié quelques chirurgiens et ont créé un environnement de tension, parfois même de conflit, qui s'est répandu dans les médias[13], [14].

II. Histoire du conflit entre médecins chirurgien et anesthésiste :

Avec la progression de la spécialisation, de nouvelles relations de collaboration se sont développées entre les anesthésiologistes et les chirurgiens. La spécialisation a influencé non seulement les relations mais aussi la communication entre les anesthésiologistes et les chirurgiens.

1. Du conflit à la collaboration

La relation entre les anesthésiologistes et les chirurgiens a évolué depuis la première anesthésie pratiquée en 1846 par William Morton[15]. Dans les soins délivrés au patient, l'aide ou l'assistant du chirurgien était initialement considéré comme subordonné au maître-chirurgien[16], [17]. Le chirurgien était considéré

comme un capitaine du navire qui avait le contrôle, alors que ceux qui l'assistaient étaient perçus comme des membres de l'équipage. Cependant, avec la spécialisation des soins médicaux dans la première moitié du 20e siècle, la relation est devenue plus collaborative, puisque l'anesthésiste était devenu un spécialiste et fonctionnait comme un consultant[18]. Une sous-spécialisation plus poussée a affecté la relation, alors que de nouveaux domaines tels que la chirurgie cardiaque et pédiatrique ont été développés à partir des années 1950[19]. L'élaboration de protocoles de récupération post-opératoire améliorés, les salles péri-opératoire et la navigation chirurgicale ont permis à l'anesthésiologiste de devenir un médecin péri-opératoire et au chirurgien de s'impliquer d'avantage depuis le diagnostic initial et la planification de l'intervention chirurgicale jusqu'aux soins postopératoires du patient.

Les transitions dans l'histoire récente des deux professions sont divisées en trois parties principales : les salles d'opération initiales de la fin des années 1800 à 1950, la fin du 20e siècle et le nouveau millénaire. Durant toutes ces périodes, les relations entre chirurgiens et anesthésistes ont bénéficié des avancées technologiques.

2. Les salles d'opération initiales de la fin des années 1800 à 1950 :

Depuis le début de la chirurgie moderne, dans la seconde moitié du 19ème siècle, le personnel pratiquant l'anesthésie était généralement composé de collègues chirurgiens, médecins ou infirmières qui proposaient d'aider le chirurgien à soigner le patient en lui administrant un nombre limité d'agents ou de médicaments[20]. À l'époque, l'administration d'anesthésiques était un art ou un savoir-faire, et non une activité très scientifique[16]. Le chirurgien exigeait généralement un contrôle total, car la compétence de l'anesthésiste ou du médecin anesthésiste n'était pas connue, étant donné l'absence de normes de

formation[21]. Le patient appartenait au médecin traitant ; le chirurgien pratiquait l'intervention, et la personne qui anesthésiait le patient se voyait confier certaines responsabilités, telles que le choix d'un nombre limité de médicaments et la surveillance de l'équipement. Néanmoins, les conséquences juridiques et procédurales de cette relation sont apparues au cours de cette période, alors que les deux professions continuant à se développer indépendamment l'une de l'autre.

Les ramifications juridiques de la relation étaient encore mal connues. En cas de crise ou de mauvais résultats, les implications juridiques de la relation étaient mises en avant[16]. Qui était responsable d'un mauvais résultat, le chirurgien pratiquant l'opération, l'assistant administrant les médicaments au patient, ou les deux ? Le fait que le patient ait inhalé avant l'opération ou qu'il se soit vidé de son sang pendant ou après l'opération avait-il de l'importance ? Les deux avaient une responsabilité en matière de soins aux patients et en cas d'erreur. La question était de savoir si l'anesthésiste était réellement le "serviteur" juridique et le chirurgien le "maître" juridique et donc responsable des actes de l'anesthésiste[22]. Avec la spécialisation croissante de l'anesthésiologie et de la chirurgie, la jurisprudence du 20ème siècle a délimité les rôles et les responsabilités juridiques des anesthésistes et des chirurgiens dans les salles d'opération[22].

Le développement de la relation : faire des vagues. Historiquement, le chirurgien pouvait choisir l'anesthésiste qui était un ami, un collègue ou un chirurgien. Les chirurgiens choisissaient parmi un groupe de médecins ou d'infirmières qui partageaient un intérêt pour administrer des médicaments aux patients ou qui avaient développé une expertise dans ce domaine. Après

l'élaboration du conseil de certification, les anesthésiologistes ont assigné les procédures auxquelles ils participeraient eux-mêmes. Différents systèmes de planification des cas et d'erreurs de communication dans la salle d'opération ont mis en évidence la nécessité d'une meilleure communication entre l'anesthésiste et le chirurgien, qu'ils soient en pratique privée ou en milieu universitaire[23], [24].

3. L'influence des sous-spécialités sur les relations :

- La chirurgie cardiaque :

L'avènement de la chirurgie cardiaque et l'utilisation de pontages cardiopulmonaires dans les années 1950 ont mis en évidence la nécessité d'une meilleure communication dans la salle d'opération[25], comme l'ont illustré Walton Lillehei et son groupe à l'université du Minnesota dans leurs travaux pionniers sur la chirurgie à cœur ouvert[26]. Le défi que représentent l'anesthésie et l'opération simultanée de deux patients pendant un pontage a exigé que les chirurgiens et les anesthésistes coordonnent les soins délivrés au patient en mettant moins l'accent sur leur relation hiérarchique. A mesure que la chirurgie cardiaque progressait, l'utilisation de stimulateurs cardiaques et le développement de nombreux produits dérivés liés à la gestion des maladies cardiaques ont également nécessité une meilleure collaboration. Par exemple, la transplantation cardiaque, qui a été développée dans les années 1960, a nécessité une excellente communication pour optimiser le calendrier de l'intervention et surmonter les nombreuses difficultés qui se sont produites au cours de ces cas. Un autre exemple de bon travail d'équipe a été l'utilisation du pontage cardiopulmonaire, qui a nécessité que les chirurgiens reconnaissent la nécessité pour l'anesthésiste d'utiliser des vasopresseurs et de commencer la ventilation une fois que le patient s'est détaché de la machine de pontage cardiopulmonaire et que le cœur a commencé à battre.

- Chirurgie pédiatrique :

La chirurgie pédiatrique est un autre domaine où le développement d'une bonne communication a eu lieu entre les sous-spécialités de l'anesthésie et de la chirurgie. Les soins aux enfants impliquent non seulement le patient mais aussi la famille, car le risque anesthésique et chirurgical doit être communiqué aux parents - par exemple, pour décider s'il faut procéder à une chirurgie électorive pour un enfant souffrant d'une infection récente des voies respiratoires supérieures. Une excellente relation de travail entre les anesthésistes et les chirurgiens est également observée lors des traumatismes, qui exige que les membres de l'équipe respectent l'expertise de chacun et contribuent à un objectif commun.

- Autres sous-spécialités :

D'autres sous-spécialités chirurgicales contrôlent des parcours différents. Dans certaines sous-spécialités chirurgicales, telles que l'orthopédie, l'ophtalmologie et la gynécologie, les spécialistes ont des relations particulières avec les anesthésistes. En orthopédie, par exemple, les chirurgiens et les anesthésistes s'accordent sur l'utilisation de l'anesthésie rachidienne ou péri-dural et régionale plutôt que de l'anesthésie générale pour les patients qui subissent des interventions, car ils savent pertinemment que les techniques d'anesthésie régionale donnent de meilleurs résultats que l'anesthésie générale[27]. En revanche, la plupart des ophtalmologistes pratiquent la majorité de leurs opérations de la cataracte sous anesthésie locale et donc sans anesthésiste[28], de sorte qu'une certaine confusion peut régner quant au moment où un patient peut avoir besoin d'une anesthésie générale s'il est agité, effrayé ou claustrophobe. Bien que le chirurgien ophtalmologiste puisse préférer que le patient soit immobilisé, le point important à retenir est que le patient peut avoir besoin d'une

optimisation supplémentaire avant de procéder à une anesthésie générale. L'utilisation de la chirurgie laparoscopique et robotique en gynécologie fournit un autre exemple de la nécessité de bien comprendre les difficultés qui peuvent survenir au cours des procédures car le chirurgien et l'anesthésiste doivent maintenant observer ce qui se passe sur les écrans vidéo de la salle d'opération. La chirurgie robotique présente un autre défi, car l'accès au patient est limité et une "tierce personne" robotisée a ses propres exigences, à côté de celles de l'anesthésiste et du chirurgien.

En cette ère de spécialisation et de progrès technique, une meilleure communication et une meilleure coopération ont très probablement été favorisées par une meilleure compréhension de l'anesthésie par les chirurgiens et par l'accent mis sur la confiance et la coordination plutôt que sur une hiérarchisation du commandement.

4. Relation de Co-capitaines dynamiques :

La relation moderne entre chirurgiens et anesthésistes peut être décrite au mieux comme celle d'un collaborateur. Bien que tous deux soient des leaders dans leurs domaines respectifs, ils doivent apprendre à travailler ensemble sur le même patient, dans un environnement intense dans une harmonie et un respect mutuel. Les deux médecins dans cette relation peuvent partager, céder ou se disputer le leadership dans une variété de contextes et de situations[29].

Leadership partagé. Le chirurgien et l'anesthésiste peuvent partager des rôles de direction dans divers contextes, notamment dans le cadre d'efforts multidisciplinaires visant à améliorer les résultats des patients. Un exemple est le modèle de soins péri-opératoires à domicile pour les patients. Dans ce modèle, les anesthésiologistes jouent un rôle actif dans de nombreux aspects de la

gestion péri-opératoire et de la coordination des soins aux côtés de leurs collègues chirurgiens[30], [31]. Un autre exemple de prise de décision partagée est l'élaboration et l'exécution d'un plan de gestion des voies aériennes pour un patient présentant une masse importante de voies aériennes obstruées. Dans ce cas, le résultat du patient dépend essentiellement des décisions prises conjointement par les membres de l'équipe médicale et de leur expertise. Le chirurgien se concentrera sur la résection d'une grosse tumeur dans les voies respiratoires, tandis que l'anesthésiste veillera à ce que le patient reste non seulement immobile, mais aussi oxygéné pour l'intervention.

Cédé le leadership. Il y a des moments où la prise de décision critique est confiée au médecin le plus expérimenté ou le plus compétent dans la situation. Un exemple serait une hémorragie peropératoire aiguë, dans laquelle le médecin le plus apte à arrêter l'hémorragie serait le chirurgien. Dans cet exemple, le chirurgien prend l'initiative de régler le problème, tandis que l'anesthésiste assume le rôle de temporiser la situation. En fin de compte, le patient bénéficie de la compréhension des spécialistes du rôle de chacun d'entre eux dans une crise.

Compétition pour le leadership. Lorsque les deux médecins semblent se disputer le rôle de leadership, c'est généralement dans le cadre de questions administratives plutôt que de soins aux patients.

Au cœur de la relation de collaboration entre le chirurgien et l'anesthésiste se trouve le respect mutuel et la compréhension du rôle de chacun. Au fil du temps, en travaillant ensemble, les deux médecins apprennent le style et l'expertise de l'autre. Ce qui est unique dans la relation chirurgien-anesthésiste, c'est que les interactions sont souvent transitoires. La plupart des chirurgiens, en particulier dans les grands cabinets, ne travaillent pas avec le même anesthésiste tous les jours. Ainsi, il peut

falloir des années de pratique dans le même établissement pour que cette relation se développe pleinement. En revanche, les petits cabinets et les domaines spécialisés de la chirurgie (par exemple, la cardiologie hybride, la chirurgie cardiaque) et de l'anesthésiologie (par exemple, l'anesthésiologie cardiothoracique et pédiatrique), dans lesquels des procédures innovantes et complexes sont effectuées, pourraient favoriser ces relations plus tôt.

5. Future de la relation Chirurgien-Anesthésiste :

La relation entre les chirurgiens et les anesthésistes a considérablement changé, passant de celle de maître-serviteur à celle de collaborateur. La spécialisation a non seulement modifié le rôle de leadership des équipes médicales, mais a également amélioré la communication entre les chirurgiens et les anesthésistes. Il est également courant que les chirurgiens discutent avec les anesthésistes des indications de l'opération ainsi que d'autres aspects importants des soins, comme les allergies du patient ou les antibiotiques demandés. L'époque où les chirurgiens étaient des barbiers et où les anesthésistes manquaient de formation est révolue. Les anesthésiologistes et les chirurgiens ne sont plus perçus comme "aiguilles contre couteaux" ou "cerveau contre sang". Désormais, les deux groupes peuvent être représentés comme des collègues chefs d'équipe qui prennent soin des patients en toute sécurité

III. Causes des conflits

Taux des conflits entre médecins anesthésistes et chirurgiens dans notre étude et dans la littérature :

1. Principaux types causes de conflits dans notre étude et dans littérature :

Types de conflits :	Moyenne	
	Série de Shams et Al-Wadani	Notre série
Causes d'ordres organisationnelles	100	100
Causes liées au patient	96	79
Causes liées aux personnels	100	96

Tableau VII: Types des causes de conflit entre médecins chirurgien et anesthésistes.

La totalité ou presque des répondants de notre étude considèrent qu'il y a une composante organisationnelle ou personnels aux conflits entre chirurgiens et anesthésistes, la composante liée au patient ne sont pas considérées unanimement comme une des causes de conflits ce qui rejoint les résultats de la série de Shams et Al-Wadani.[32]

2. Causes d'ordres organisationnelles :

Causes d'ordres organisationnelles	Médecins anesthésistes		Médecins chirurgiens	
	Série de Shams et Al-Wadani	Notre série	Série de Shams et Al-Wadani	Notre série
Liés à la programmation	15	65	91	47
Liés au non-respect des consignes donnés par le médecin Anesthésiste aux personnels soignants en service de chirurgie	98	75	0	18
La non évaluation à temps du patient par le médecin anesthésiste pour prévenir le chirurgien de la faisabilité de l'anesthésie		26		65
La non disponibilité de salle opératoire	92	9	11	36
Dépassement du plage horaire opératoire par le chirurgien	90	60	15	28
Retard de démarrage de l'anesthésiste	15	24	88	71
Non disponibilité du médecin dans la salle opératoire	100	14	100	52

Tableau VIII: Taux des conflits d'ordres organisationnelles selon la spécialité dans notre étude et l'étude de Shams et Al-Wadani.

Dans notre étude, les facteurs liés l'organisation tels que la non disponibilité du médecin, le retard de démarrage de l'anesthésie et la non évaluation a temps du patient par le médecin anesthésiste ont été identifiées par les chirurgiens comme des causes majeures de conflits et de mauvaises relations de travail, alors que le dépassement du plage horaire opératoire prévu, les conflits liés à la programmation des opérations le non-respect des instructions de l'anesthésiologiste étaient les causes les plus fréquemment signalées de conflits par les anesthésiologistes.

Ce qui rejoint en partie la série de Shams[32] bien que dans leur série les chirurgiens plus que les anesthésistes considèrent très fréquent les conflits liés à la programmation, la totalité des médecins qui ont participé à cette série pensent que la non disponibilité des médecins dans les salles opératoires représente une cause de conflits une autre différence entre notre série et la leurs est la non disponibilité de salle opératoire qui est considéré par la majorité des anesthésistes comme causant des conflits.

Nos résultats pourraient être s'explique par les traits de personnalité des chirurgiens, souvent décrit comme dominant et centralisé dans la prise de décision. En outre, même lorsque les médecins ont accès aux mêmes données sur le patient, des personnes différentes peuvent avoir des perceptions de l'importance en fonction de leurs l'expérience et les attentes en matière de rôle. Par exemple, les évaluations des facteurs de coagulation anormaux peuvent susciter des opinions divergentes de la ligne de conduite appropriée entre les chirurgiens et anesthésiologistes[2]. Il a été signalé que les conflits qui surviennent des attentes en matière de rôle sont particulièrement répandues dans les zones de soins intensifs de l'hôpital telles que les salles d'opération. Dans la plupart des établissements de soins de santé, il existe un de prise de décision hiérarchique, avec la participation médecin au sommet de la hiérarchie. Cependant, cette hiérarchie est floue dans les salles d'opération où les décisions sont particulièrement complexes et chaque membre de l'équipe peuvent agir en tant qu'autorité finale à différents moments et dans diverses circonstances[33]. De nombreux anesthésiologistes pensent que les chirurgiens se soucient de leurs patients, mais ils pensent également que les chirurgiens peuvent être assez orientés vers un objectif et avoir un seul but lorsque, parfois, une opération doit

être retardée en faveur de la gestion de questions médicales qui pressent. Si/quand les anesthésistes recommandent de retarder l'intervention chirurgicale jusqu'à ce que l'état du patient soit optimisé ou corrigé, les chirurgiens peuvent se mettre en colère et s'énerver parce qu'ils veulent aider le patient en accomplissant le travail principal, par exemple, l'excision d'une tumeur ou la réparation d'une hernie. De nombreuses études évaluant le problème des annulations de salles d'opération ont indiqué que l'incidence liée à l'anesthésie représentait 2-14% des cas mais pourrait atteindre 21,8% dans un établissement de soins tertiaires : la cause la plus fréquente est la sécurité des patients, par exemple, les maladies systémiques mal contrôlées[34], [35].

Les annulations peuvent atteindre jusqu'à 18,2%, principalement en raison des procédures non planifiées et à la surréservation des salles opératoires[36].

3. Causes liées au patient :

Causes liées au patient	Médecins anesthésistes		Médecins chirurgiens	
	Série de Shams et Al-Wadani	Notre série	Série de Shams et Al-Wadani	Notre série
Pression du patient sur le chirurgien	0	29	100	47
Méconnaissance des patients du rôle des anesthésistes	93	48	2	47

Tableau IX: Taux de conflits liés au patient selon la spécialité dans notre étude et l'étude de Shams et Al-Wadani.

Dans la présente étude, les chirurgiens et les anesthésistes ont des points de vue complètement différents sur le sujet de la pression des patients sur le chirurgien : la moitié des chirurgiens par rapport à peu d'anesthésistes ont perçu de manière significative la pression des patients un enjeu majeur.

Ce qui rejoint les résultats de la série de Shams et Al-Wadani[32].

D'autre part, la plupart de nos anesthésiologistes et des chirurgiens ont ressenti que la méconnaissance des patients du rôle des anesthésiologistes dans les soins médicaux est une source de préoccupation. Alors que dans la série de Shams et Al-Wadani[32] ont trouvé que seuls les anesthésistes ont trouvés la méconnaissance des patients du rôle des anesthésistes une cause potentielle de conflits.

Lorsque les patients attribuent à leurs chirurgiens une plus grande préoccupation pour leur la sécurité globale, en ignorant le rôle de l'anesthésiste dans leur bien-être médical et leur sécurité préopératoire, mène souvent à la frustration, Malheureusement beaucoup, sinon tous les anesthésiologistes ont eu à un moment donné des difficultés relatives au statut et à l'image de leur spécialité ; la nécessité d'une éducation du patient individuel et du public en général est nécessaire[37]. La plupart des patients ne réalisent pas la valeur l'anesthésiste et l'évaluation préopératoire axée spécifiquement pour détecter et réduire les risques d'anesthésie et de chirurgie.

4. Causes liées aux personnels :

Causes d'ordres personnels	Médecins anesthésistes		Médecins chirurgiens	
	Série de Shams et Al-Wadani	Notre série	Série de Shams et Al-Wadani	Notre série
Compétences interpersonnelles inadéquates	100	34	100	23
Interaction sociale en dehors du travail	95	4	57	7
Manque d'appréciation	100	14	31	39
Trait de personnalité	70	53	57	60
Différence de valeurs et de croyances	50	14	49	18
Absence de communication	62	82	55	57

Tableau X: Taux de conflits liés aux personnels selon la spécialité dans notre étude et l'étude de Shams et Al-Wadani.

Les facteurs personnels tels que l'absence de communication et les traits de personnalité étaient fréquemment reportés par les anesthésiologistes comme par les anesthésistes comme ayant un effet sur les relations de travail dans notre série et la série de Shams.

Le manque d'appréciation est plus reporté par les chirurgiens que les anesthésistes, et globalement ce n'est pas une cause majeure de conflits, contrairement à la série de Shams.

Les interactions sociales en dehors de travail et les différences de valeurs et de croyances posent moins de problème pour nos praticiens comparé à ceux de la série de Shams.

Les traits de personnalité que l'on retrouve couramment chez les chirurgiens et anesthésiologistes, comme le perfectionnisme et compulsivisé, pourrait rendre plus difficile pour ces médecins à reconnaître l'expertise d'autrui et à renoncer au contrôle[38] . Les chirurgiens ont souvent été perçus par d'autres médecins dans des termes divers avec des connotations telles que dominateur, froid, impersonnel, impatient, agressif, autoritaire, arrogant, prestigieux et égoïste[39], ce qui pourrait alimenter le conflit.

Cependant, d'autres études ont souligné qu'une mauvaise communication était parmi les facteurs clés les plus courants conduisant à un conflit parmi les membres du personnel[5].

IV. La relation professionnelle entre le chirurgien et l'anesthésiste

Une relation professionnelle est une association entre deux ou plusieurs médecins, à court ou à long terme, qui est basée sur la prestation de services par le professionnel. Les limites de cette relation sont basées sur la fourniture de services d'une manière sûre et appropriée qui est souvent définie par les codes d'éthique professionnelle[40]. La relation entre le chirurgien et l'anesthésiste est entièrement professionnelle lorsqu'il s'agit d'approuver la méthode de travail de l'autre pour un objectif commun, à savoir les soins au patient [9]. Dans cette relation de travail, le patient vient d'abord voir le chirurgien. Il engage ensuite un anesthésiste pour les soins pre-opératoires du patient, avec la certitude que l'anesthésiste travaillera dans le meilleur intérêt du patient. L'anesthésiste lui rend ensuite cette confiance avec la compréhension, la loyauté et la sincérité et,

bien sûr, avec l'excellence professionnelle. Les chirurgiens sont les premiers médecins de soins, et leur objectif est de réaliser l'intervention chirurgicale car ils sont soumis à la pression du patient ou de l'hôpital pour effectuer la chirurgie sans délai [12]. L'anesthésiste procède à l'évaluation des conditions de comorbidité ; il optimise le patient pour l'opération et le rassure quant au plan d'anesthésie proposé[41]. En bonne liaison de travail, les deux exercent leurs fonctions en équipe et un bon chirurgien écoute les préoccupations de son anesthésiste concernant les soins du patient et respecte ses instructions dans la salle d'opération lorsque la sécurité du patient est en danger.

Contexte et objectif de l'étude : Notre pratique quotidienne en salle d'opération (OR) est caractérisée par une interaction profonde entre différentes catégories professionnelles qui peut conduire à des conflits. L'objectif de cette étude était d'analyser les principales causes de conflits afin de les prévenir et/ou de les minimiser en proposant des solutions.

V. Les causes de conflit dans la littérature :

Aucune relation n'est plus cruciale que celle d'un chirurgien et d'un anesthésiste au bloc opératoire. Lorsque deux médecins hautement qualifiés et expérimentés travaillent ensemble dans un environnement de travail à haute pression comme les salles d'opération, les désaccords sont fréquents car chaque individu a sa propre façon de penser, a des valeurs et des croyances différentes et réagit différemment selon les situations, ce qui peut conduire à des conflits[42]. Des études ont rapporté qu'au moins 20 % du temps du cadre médical était consacré à la gestion de ces conflits[2].

Si les conflits liés aux décisions professionnelles sont prévisibles et sains s'ils sont bien gérés, les conflits personnels ne le sont pas et ne sont jamais dans le meilleur intérêt du patient. En raison des aléas du travail et des êtres humains, des conflits peuvent survenir même lorsqu'il existe une relation généralement saine entre les parties. Souvent, il peut s'agir d'une manifestation visible et potentiellement destructrice d'une relation sous-optimale ou toxique. Le fait que le conflit soit problématique dépend de la façon dont il survient et de la façon dont les individus le gèrent. Trop souvent, cela n'est pas bien fait[29].

Il est donc très important d'explorer les différentes causes qui déclenchent le conflit entre le chirurgien et l'anesthésiste.

1. Manque d'appréciation du rôle de l'anesthésiologiste

Contrairement aux résultats de notre étude la littérature considère que l'anesthésiologie a toujours été considérée comme une spécialité en coulisse. Les patients considèrent les chirurgiens comme leurs médecins de premier recours, et ils n'ont pratiquement aucune connaissance du rôle de l'anesthésiste au bloc opératoire. Les patients ne réalisent pas la valeur de l'évaluation préopératoire qui vise à diminuer le risque anesthésique et chirurgical. Ils ne suivent pas les instructions de l'anesthésiste et attribuent leur sécurité et leur bien-être général à leur chirurgien[37]. Une étude a été menée pour évaluer les connaissances du personnel paramédical sur le rôle de l'anesthésiste dans les soins aux patients. Seuls 49,20 % du personnel savaient que l'anesthésie était une spécialité différente et parmi eux, 60 % savaient qu'ils avaient un rôle définitif au bloc opératoire. 35,85% considéraient les anesthésiologistes comme des assistants du chirurgien et, et le reste, n'avaient aucune idée de ce que faisait l'anesthésiologiste[43], ce qui diminue l'estime de soi, surtout si l'on tient

compte de la quantité d'efforts nécessaires pour obtenir cette expertise. Le manque d'appréciation des chirurgiens, la méconnaissance par les patients de leur rôle au bloc opératoire et le non-respect de leurs instructions entraînent une frustration et déclenchent un conflit entre le chirurgien et l'anesthésiste.

2. Perceptions négatives réciproques entre anesthésistes et chirurgiens et [23]

Quelques exemples de perception négative du chirurgien par les anesthésistes, incluent : le manque de connaissance des problèmes "médicaux" ou "liés à l'anesthésie" (par opposition à la chirurgie) ; ils ne perçoivent pas ou ne reconnaissent pas l'ampleur des pertes sanguine ; ils sous-estiment fréquemment la durée de l'intervention chirurgicale ; ils n'informent pas les patients et leur famille des chances de succès et de l'ampleur des difficultés de rétablissement après l'opération ; ils ne tiennent pas suffisamment compte de l'état de santé et des souhaits des patients.

Exemples de stéréotypes des anesthésistes à propos des chirurgiens :	Exemples de stéréotypes des chirurgiens à propos des anesthésistes :
Ils n'avouent jamais la quantité du saignement.	Ils veulent seulement rentrer tôt chez eux et ne s'inquiètent pas de mon patient.
Ils veulent seulement gagner beaucoup d'argent en traitant le plus de cas possible.	Ils sont prêts à annuler une intervention de manière arbitraire.
Ils ne savent rien des questions médicales.	Ils sont souvent distraits, ils manquent d'attention.
Ils sous-estiment toujours combien de temps une intervention durera.	Ils ne nous expliquent jamais quels vasopresseurs ils utilisent

Tableau XI: Exemples de stéréotypes négatifs tenus de façons réciproque entre les chirurgiens et les médecins anesthésistes-réanimateurs.

3. Différences de valeurs[29] :

Les chirurgiens et les anesthésistes ont des fonctions différentes qui peuvent conduire à des valeurs et des motivations différentes pour ce qu'ils considèrent comme le meilleur pour le patient. La spécialité dans laquelle chacun a été formé a développé un ensemble de valeurs et de croyances qui sont en accord avec ce qui a généralement optimisé son succès au fil des ans. Haidt explore en profondeur la manière dont les valeurs sont développées dans nos sociétés et comment elles affectent la manière dont nous percevons "l'autre"[44]. Le succès global du groupe peut conduire à des perceptions négatives des autres groupes. Il faut donc s'attendre à un certain dysfonctionnement entre deux individus de spécialité différentes. L'espoir d'améliorer la fonctionnalité de la relation entre anesthésiste et chirurgien dans l'intérêt du patient vient de la reconnaissance et de l'acceptation des différences et des efforts déployés pour les résoudre ou les accommoder.

4. Manque de communication

Notre série s'accorde avec la littérature sur le fait que le théâtre d'opération est l'environnement de travail le plus exigeant où un travail d'équipe interdisciplinaire est nécessaire, basé sur une communication efficace entre les membres de l'équipe. Les informations incorrectes ou incomplètes concernant le patient sont une source fréquente de malentendus entre le chirurgien et l'anesthésiste. Chaque personne peut interpréter différemment les examens de laboratoire ou les Comorbidités du patient en fonction de son expérience professionnelle.

Par exemple, les évaluations de facteurs de coagulation anormaux peuvent donner des opinions divergentes sur la ligne de conduite appropriée entre les chirurgiens et les anesthésistes.

Les malentendus entraînent une rupture de la communication, ce qui peut accroître encore les risques de conflit [6].

5. Processus décisionnel

Dans le modèle de prise de décision hiérarchique, le médecin traitant est au sommet de la prise de décision. Mais au bloc opératoire, cette hiérarchie est floue car les décisions concernant les soins aux patients sont complexes, et chaque membre de l'équipe peut agir en tant qu'autorité finale dans des situations difficiles[33]. Si un anesthésiste reporte l'intervention chirurgicale en raison de certaines conditions médicales urgentes afin d'évaluer ou d'optimiser le patient, les chirurgiens s'énervent car ils veulent que le travail principal soit fait. Diverses études ont rapporté que l'incidence des annulations de chirurgie pour des raisons liées à l'anesthésie (c'est-à-dire des maladies systémiques mal contrôlées) est de 2 à 14 % et peut atteindre 21,8 % dans les centres de soins tertiaires et que les annulations de chirurgie pour des raisons liées à des procédures non planifiées peuvent atteindre jusqu'à 18,2% [19][34]. Mais le retard ou le report de la chirurgie au nom de l'anesthésiste est toujours une source majeure de conflit en salle d'opération. Les anesthésiologistes ont généralement l'impression que les chirurgiens dominent et centralisent la prise de décision, qu'ils sont plutôt orientés vers un but précis, qu'ils sont déterminés à opérer le patient et qu'ils peuvent parfois ignorer la sécurité du patient.

6. Traits de personnalité

Les traits de personnalité, les facteurs personnels et les différences de valeurs et de croyances peuvent affecter l'environnement de travail au BO comme il a été retrouvé dans notre étude. Le perfectionnisme, la compulsion et l'agressivité que l'on trouve chez les chirurgiens et les anesthésistes peuvent rendre plus difficile la reconnaissance de l'expertise de chacun[38], ce qui peut avoir un effet dévastateur sur la cohésion du travail en équipe. Un comportement perturbateur et une attitude de travail peu coopérative de la part de l'anesthésiste et du chirurgien peuvent ruiner l'atmosphère des salles d'opération.

7. Manque d'installations de travail

La pénurie d'installations, d'infirmiers, de chirurgiens et d'anesthésistes dans les salles d'opération a été identifiée comme une source majeure de mauvais environnement de travail [45]. Le manque de personnel entraîne une surcharge de travail, du stress et un manque de sommeil. La personne privée de sommeil perd la capacité de penser clairement et peut avoir un seuil de conflit très bas[46]. Les risques de développer un comportement perturbateur sont plus élevés chez la personne stressée et privée de sommeil[47].

8. Conflit d'intérêts

Lorsque les incitations financières, de recherche et autres entrent en concurrence avec l'obligation primaire de soins aux patients[48]. Lorsqu'une relation financière existe entre les chirurgiens et les patients, la sécurité du patient peut être compromise car le patient fait pression sur le chirurgien pour qu'il procède à l'intervention chirurgicale le plus rapidement possible. Parfois, les interventions chirurgicales sont effectuées sous la pression de l'hôpital pour atteindre les objectifs fixés. Une autre cause de conflit entre le chirurgien et

l'anesthésiste est le montant des rémunérations que l'anesthésiste reçoit en lieu et place des services qu'il fournit au patient. Le sentiment général des anesthésistes est qu'ils sont moins bien payés pour leurs services, étant donné le temps qu'ils consacrent aux soins des patients pendant l'anesthésie[49].

9. Questions éthiques et juridiques

Des conflits éthiques peuvent survenir en salle d'opération concernant un désaccord sur le consentement éclairé, les plans de traitement, le degré d'investigations préopératoires et d'autres directives qui limitent le traitement ou les souhaits de ne pas être réanimé [50], [51]. Compte tenu de la fréquence et de la complexité croissantes des dilemmes éthiques dans la pratique médicale, ces situations invariablement complexes peuvent devenir problématiques. Il n'existe pas de politiques hospitalières clairement définies pour régler les relations de travail entre les anesthésistes et les chirurgiens et pour protéger les médecins contre les allégations de faute professionnelle. Ainsi, la crainte d'un litige pousse les médecins à accomplir un acte qui n'est pas bénéfique pour le patient, mais simplement pour fournir une bonne défense juridique contre toute réclamation. L'anesthésiste peut ordonner des tests de laboratoire supplémentaires afin d'éviter les problèmes de faute professionnelle et parfois leur coût peut dépasser les avantages[32], ce qui peut retarder l'intervention, contrarier le chirurgien et devenir une source de conflit.

10. Manque de cliniques d'anesthésie

Dans certains hôpitaux, le manque de cliniques préopératoires entraîne une mauvaise coordination entre les services car les patients ne peuvent pas être évalués et préparés correctement avant l'opération. Cela entraîne une augmentation du nombre d'annulations le jour de l'opération et peut irriter le chirurgien.

VI. Les effets du conflit

Dans le bon fonctionnement des salles d'opération, il est très important que les chirurgiens, les anesthésistes, les infirmières et les techniciens travaillent en équipe. Parmi les conséquences directes de la résolution non des conflits est l'obstacle à la communication entre les parties concernées. La nécessité d'une communication efficace entre les membres de l'équipe est bien reconnue dans un certain nombre d'industries critiques pour la sécurité [52]. L'industrie de l'aviation en particulier, depuis plus de 25 ans, a consacré des efforts considérables pour améliorer la sécurité de l'équipage une gestion des ressources axée sur les facteurs humains, tels que la coordination d'équipe et la communication[53].

Malgré le rôle dominant et bien documenté joué par une mauvaise communication dans l'occurrence des erreurs médicales, le secteur de la santé et des soins a été lent à développer des remèdes institutionnels pour corriger cette situation. Howard et al[54] ont démontré la valeur de l'enseignement de la gestion des ressources en cas de crise d'anesthésie (analogue à la gestion d'équipe) aux résidents en anesthésiologie. En 2001 un rapport sur les erreurs médicales évitables par l'Institut de la médecine a recommandé le développement d'une approche interdisciplinaire des programmes de formation en équipe pour les travailleurs de la santé qui s'inspirent de ceux qui sont déjà utilisés dans l'industrie d'aviation[55]. Plus récemment, un important programme de réforme visant à améliorer la sécurité des patients dans le système de santé au Canada a choisi l'information et la communication comme l'un des quatre éléments majeurs à améliorer[56]. Enfin, l'ACGME a mandaté qu'une communication efficace est l'une des 6 compétences clés qui doivent être démontrées pour la réussite dans le résidanat[57].

L'effet probablement le plus pernicieux de la résolution inadéquate des conflits est son effet corrosif sur les relations et le travail d'équipe nécessaires à la bonne prise en charge des patients. Le travail d'équipe est un processus complexe qui repose sur la dynamique de groupe : comme la composition du groupe, la réconciliation des valeurs culturelles et la cohésion du groupe[58]. La résolution de conflits a été identifiée comme l'un des six éléments d'un travail d'équipe efficace[52].

Mais en réalité, les relations de travail entre les chirurgiens et les anesthésistes sont considérées comme troublées par 77 % des anesthésistes dans une étude menée en milieu hospitalier[32]. Les relations troublées entraînent des conflits et les conflits créent un environnement de travail stressant qui entrave la décharge des soins aux patients en toute sécurité[59].

1. Rupture de la communication

En cas de conflit interpersonnel, l'effet le plus désastreux est la perte de communication entre les deux médecins. La mauvaise communication et la mauvaise coordination entre le chirurgien et l'anesthésiste ont joué un rôle dominant dans la survenue d'erreurs médicales évitables[52]. Car, par exemple, au cours d'une procédure chirurgicale, si le patient tombe dans une hypotension grave due à une perte de sang excessive et que le chirurgien et l'anesthésiste ne se parlent pas, ils peuvent ne pas agir en collaboration et, en fin de compte, le patient peut en souffrir.

2. Négativité et environnement de travail hostile

Les relations difficiles sont source de négativité pour l'environnement et favorisent les comportements perturbateurs. Les médecins ayant un comportement perturbateur peuvent utiliser un langage abusif ou menaçant, des commentaires dégradants ou des contacts physiques intimidants et peuvent parfois faire des remarques publiques désobligeantes sur les soins aux patients. Cela rend l'atmosphère de travail plus hostile et plus difficile à travailler, ce qui diminue les performances au travail[9].

3. Perte de ressources

Les conflits en salle d'opération diminuent la productivité car le temps précieux est perdu dans la résolution des conflits. Il entraîne également une publicité et une couverture médiatique négatives. La qualité des soins aux patients en souffre et peut donner une mauvaise réputation à l'hôpital. Cela peut entraîner une perte de revenus pour l'hôpital et des crises financières accrues[60], [61].

4. Effet sur la santé des médecins travaillant en salle d'opération

Un conflit régulier entraîne un stress, et lorsque le stress devient persistant, toutes les parties de l'appareil de stress du corps (le cerveau, le cœur, les poumons, les vaisseaux sanguins et les muscles) deviennent chroniquement sur- ou sous-activés. Un tel stress chronique peut produire des dommages physiques ou psychologiques au fil du temps et peut conduire à divers types de troubles anxieux, de dépression, de troubles de l'adaptation, d'hypertension, d'insomnie, d'abus de substances (consommation accrue de drogues et d'alcool), d'obésité, de maladies cardiaques, de diabète, de problèmes gastro-intestinaux (ulcères d'estomac), etc[62].

5. Complications juridiques

Les conflits réguliers dans les salles d'opération entravent l'efficacité des soins aux patients et peuvent conduire à des erreurs médicales. La publicité négative, l'insatisfaction des patients et les carences des soins médicaux sont autant de facteurs qui incitent à des plaintes pour faute professionnelle[63].



Recommandations



I. La résolution des conflits

Les conflits sont normaux, car on ne peut pas s'attendre à ce que deux personnes s'entendent sur tout à tout moment. Le conflit s'il est résolu peut-être bénéfique pour le patient, l'équipe chirurgicale et la relation entre chirurgien et anesthésiste. C'est pourquoi il est crucial d'apprendre à les gérer de manière saine. Une résolution réussie des conflits nécessite un respect mutuel entre les chirurgiens et les anesthésistes, une écoute attentive, l'adhésion aux problèmes, la reconnaissance des différences et la prise en compte des aspects émotionnels du désaccord.

Dans l'idéal : le chirurgien et l'anesthésiste devraient travailler en parfaite harmonie, en mettant de côté leurs besoins personnels pour la sécurité et du bien-être du patient. Les chirurgiens et les anesthésistes doivent mieux comprendre les exigences et les contraintes qui pèsent sur leurs objectifs professionnels respectifs, tant pour les patients en général que pour tout autre patient en particulier. Cela devrait se faire suffisamment à l'avance pour respecter le temps nécessaire à la prise en compte de ces préoccupations. Chacun serait ouvert et encourageant à entendre les perceptions et les opinions de l'autre, même lorsque cela semble empiéter sur son propre domaine de compétence[29]. Cela peut se produire simplement en encourageant les gens à poser des questions.

Chaque fois qu'un conflit survient dans la salle d'opération, les étapes suivantes peuvent être suivies pour le résoudre.

1. Anticiper et être préparé

Les conflits sont fréquents au bloc opératoire, et il faut être prêt à y faire face. Le fait de disposer de politiques et de procédures clairement articulées au bloc opératoire peut aider à résoudre les conflits de manière saine. Par exemple, si la dispute porte sur les heures de jeûne pour une intervention chirurgicale non urgente et que des directives clairement définies concernant la politique du rien par voie orale sont disponibles, le conflit peut être résolu facilement.

2. Identifier la source du conflit

Identifier la source précise du conflit en passant en revue les événements qui y conduisent, est l'étape cruciale pour comprendre et résoudre le conflit. Reconnaître les frustrations communes résultant des inefficacités du système.

3. Ne pas porter de jugement

Commencez toujours à résoudre le conflit sans porter de jugement, en tenant compte de tous les facteurs pertinents. Lorsque vous reconnaissez clairement les besoins conflictuels et que vous êtes prêt à les examiner dans un environnement de compréhension compatissante, cela ouvre la voie à la résolution des problèmes et à l'amélioration des relations.

4. Communication

Maintenir de bonnes aptitudes à la communication. Laissez chaque participant s'exprimer clairement et écoutez attentivement. Les conflits déclenchent des émotions fortes et peuvent entraîner des sentiments de blessure, de déception et de malaise. En restant calme et en contrôlant ses émotions, on peut interpréter avec précision la communication tant verbale que non verbale. Lorsque vous êtes au milieu du conflit, prêter attention à la communication non verbale de l'autre personne peut vous aider à comprendre ce qu'il veut dire. Un

simple signal non verbal, comme un ton calme ou une expression faciale inquiète, peut désamorcer le conflit. De nombreuses disputes peuvent être résolues en communiquant de manière humoristique, car cela peut aider à dire des choses qui, autrement, seraient difficiles à exprimer. Veillez à rire avec la personne et non d'elle.

5. Évitez les conflits en public

Si vous pensez que la confrontation avec un collègue est nécessaire, elle doit se faire dans un lieu privé et non en public. Une tierce partie, qui peut être un collègue, un autre consultant spécialisé ou un médiateur neutre, peut contribuer à dépersonnaliser la question et à apaiser les tensions.

6. Traiter avec un médecin perturbateur en salle d'opération

Cette situation peut être difficile. Les mécanismes généraux de diffusion des conflits ne peuvent pas être appliqués dans leur ensemble dans cette situation car la personnalité pathologique du médecin rend toutes les tentatives raisonnables de résolution des conflits vaines. Divers mécanismes [64], [65] utilisés dans la résolution des conflits le sont : Évitement 0 c'est-à-dire, 0 désaccord sans conséquence : Il est difficile à appliquer car le conflit est difficile à éviter dans le bloc opératoire. Céder que sa propre position est mauvaise : Peut être appliqué, lorsque l'on est conscient de se tromper. La collaboration, est le fait de se concentrer sur des objectifs plutôt que de répondre à des demandes, peut prendre du temps mais peut apporter un changement durable. Le compromis, quand il y a impossibilité de parvenir à un accord de collaboration : c'est une stratégie de secours où les deux parties ont l'intention d'infliger des souffrances et des gains. La concurrence, c'est-à-dire qu'aucune conciliation n'est possible : Elle nuit davantage aux relations entre les deux parties.

Le meilleur mécanisme à suivre pour une personne perturbatrice est l'évitement ou une forme de compromis compatible avec la sécurité du patient.

II. Des recommandations pour éviter les conflits sur le lieu de travail

La gestion des conflits exige une maturité émotionnelle, la maîtrise de soi et l'empathie.

1. Maintenir de bonnes compétences en matière de communication

Gardez toujours les lignes de communication ouvertes, faites preuve de respect mutuel et n'oubliez jamais l'objectif premier : garantir les meilleurs soins aux patients. Évitez de vous engager dans des actions qui menacent votre réputation. Soyez vigilant quant à la façon dont votre comportement et vos actions se reflètent sur vous-même. Ne vous accrochez pas à de vieilles blessures et à de vieux ressentiments.

2. Établir des règles de base

Identifier et accepter les règles de base dès le début permet d'établir une approche efficace pour le travail, et les divergences d'opinion peuvent être résolues. Établir des règles de conduite et des normes partagées sans ambiguïté et des objectifs communs.

3. Renforcer les relations professionnelles

Le travail d'équipe fait partie intégrante de la sécurité des patients dans les blocs opératoires. Il devrait y avoir des descriptions de poste plus claires et des rôles bien définis en fonction des compétences pertinentes de chaque spécialité. Si la relation professionnelle se développe en un lien d'amitié, cela supprimerait tous les obstacles et aiderait à cimenter la relation. Il convient d'encourager les

programmes d'éducation et de formation interprofessionnelles susceptibles d'améliorer les connaissances et les compétences des professionnels. La formation à la confiance et l'engagement dans des groupes de soutien pour l'amélioration de l'estime de soi peuvent être bénéfiques. Les problèmes créés par les médecins perturbateurs devraient être discutés ouvertement et des politiques devraient être élaborées pour y remédier.

4. Planification institutionnelle

Mettre en place un programme de gestion des conflits au sein de l'institution et favoriser la cohésion du groupe, où les conflits personnels et organisationnels peuvent être résolus.

5. Sensibilisation du public

La mise en valeur de l'image et du statut des anesthésiologistes en public par les médias peut contribuer grandement à remonter le moral des anesthésiologistes et à sensibiliser au rôle de l'anesthésiologiste dans le résultat des interventions chirurgicales.

6. Suivre des lignes directrices et adopter des programmes de formation :

Il convient de suivre les différentes lignes directrices disponibles pour traiter les causes communes de conflit. Comme par exemple :

- Les lignes directrices de l'ASA (American Society of Anesthesiologists) pour la pratique éthique de l'anesthésiologie et le programme d'études moderne sur l'éthique[66] qui a été formulé pour aider l'anesthésiologiste en exercice à traiter les conflits liés aux questions éthiques.

•La formation à la gestion des ressources en cas de crise anesthésique[54], qui est analogue à la gestion des ressources de l'équipe pour améliorer la sécurité du patient par la coordination et la communication au sein de l'équipe : La capacité de l'anesthésiste à répondre de manière optimale aux incidents critiques pendant l'anesthésie est un facteur important pour la sécurité des soins aux patients: la gestion des risques dépendait presque uniquement de la capacité de l'anesthésiste à réagir instinctivement et sans hésitation chaque fois qu'un problème survient . Répondre à une crise dans la pratique implique des questions complexes de répartition de l'attention de l'anesthésiste, ainsi que de coordination et de communication avec les autres membres de l'équipe (par exemple, les chirurgiens, les infirmières et les aides auxiliaires). Il a déjà été signalé que même les anesthésistes expérimentés n'agissent pas toujours de manière instinctive et parfaite lorsqu'ils sont confrontés à des incidents critiques simulés.

•Programmes de formation d'équipes interdisciplinaires pour les travailleurs de la santé[67] développés par l'institut de médecine afin de diminuer l'incidence des erreurs médicales évitables :

Six objectifs en vue d'une amélioration qui portera sur des domaines clés où le système de soins de santé actuel fonctionne bien en dessous des niveaux ou il devrait atteindre. Les six objectifs pour l'amélioration sont les suivants :

- ❖ Sans danger - éviter que les patients ne subissent des blessures lors des soins qui sont destiné à les aider.
- ❖ Efficace - Fournir des services efficaces basés sur de connaissances à tous ceux qui pourraient en bénéficier et s'abstenir de fournir des

services à ceux qui ne sont pas susceptibles avantages (éviter la surutilisation et la sous-utilisation respectivement).

- ❖ Centré sur le patient - fournir des soins respectueux et en tenant compte des préférences de chaque patient, besoins, et les valeurs et en veillant à ce que les valeurs des patients guident toutes les décisions cliniques.
- ❖ Opportun - Des délais d'attente réduits et parfois des retards néfastes tant pour ceux qui reçoivent que pour ceux qui donner des soins.
- ❖ Efficace - Éviter efficacement les gaspillages, y compris le gaspillage d'équipement, de fournitures, d'idées et d'énergie.
- ❖ Équitable - fournir des soins qui ne varient pas en qualité en raison de caractéristiques personnelles telles que comme le sexe, l'origine ethnique, la situation géographique et le statut socio-économique.

•Le fait de prendre congé intervalles réguliers permet d'éloigner la personne d'un environnement de travail stressant et contribue à son rajeunissement tant physique que psychologique. Les personnes qui prennent congé régulièrement du travail pour partir en vacances se déclarent nettement plus en forme que leurs collègues qui sont collés à leur travail toute l'année.



Conclusion



En conclusion, la présente étude a identifié de nombreuses causes qui sont perçus comme contribuant de manière significative aux conflits et des relations de travail perturbées entre les chirurgiens et les anesthésiologistes.

Certaines de ces causes étaient les mêmes pour les participants des deux groupes, comme par exemple l'absence de communication, les traits de personnalités et les causes liées à la programmation chirurgicale.

Les conflits et les mauvaises relations de travail entre chirurgien et anesthésiste existe dans les hôpitaux du monde entier et peut entraîner s'il est négligé une rupture de communication, une dégradation de la relation chirurgien anesthésiste et détérioraient de la qualité des soins proposés aux patients.

Le conflit n'a pas toujours un effet néfaste, au contraire, il peut être bénéfique pour le patient notamment si la source du conflit n'est pas personnelle. Un désaccord entre cliniciens bien géré permet généralement d'aboutir à une prise en charge optimale, un conflit résolu peut aussi permettre de renforcer la communication au sein de l'équipe.

Par conséquent, s'attaquer à ces causes devrait être une priorité car il permettrait d'améliorer la qualité des soins de santé et renforcer l'harmonie dans l'environnement de travail. L'administration du bloc opératoire devrait s'efforcer à élaborer des descriptions de poste plus claires et des rôles bien définis fondés sur le respect mutuel et les compétences pertinentes de chacune des spécialités. Des lignes directrices claires à propos des causes de conflits les plus retrouvés réduiront leurs fréquences et permettront de bien les gérer. Une caractéristique essentielle pour maintenir une relation anesthésiologiste-chirurgien efficace la coordination et la communication optimale interservices.



Annexe



Causes de conflits au Bloc Opérateur

Cher confrère, dans le cadre d'une enquête que nous menons au sein du bloc opératoire de l'HMIMV de Rabat sur les causes de conflits au bloc opératoire qui s'inscrit dans les démarches d'une évaluation de nos pratiques professionnelles et l'amélioration de nos protocoles je vous prie de répondre à ce questionnaire.

Âge :

Sexe :

- Homme
- Femme

Situation familiale :

- Marié(e)
- Célibataire

Ancienneté :

Spécialité :

- Anesthésiste
- Chirurgien

Statut :

- Enseignant
- Spécialiste
- Résident

D'après vous, est ce que les causes de conflits entre le médecin Anesthésiste et le chirurgien au bloc opératoire sont :

Des causes liées aux personnels :

- Compétences interpersonnelles inadéquates
- Interaction sociale en dehors du travail
- Manque d'appréciation
- Trait de personnalité
- Différence de valeurs et de croyances
- Absence de communication

Des causes liées au patient :

- Pression du patient sur le chirurgien
- Méconnaissance par les patients du rôle des anesthésiologistes

Des causes d'ordres organisationnelles :

- Liés à la programmation
- Liés au non-respect des consignes donnés par le médecin Anesthésiste aux personnels soignants en service de chirurgie
- La non évaluation à temps du patient par le médecin anesthésiste pour prévenir le chirurgien de la faisabilité de l'anesthésie
- La non disponibilité de salle opératoire
- Dépassement du plage horaire opératoire par le chirurgien
- Retard de démarrage de l'anesthésiste
- Non disponibilité du médecin dans la salle opératoire



Résumés



RESUME

Titre : Causes de conflits entre chirurgiens et médecins anesthésistes-réanimateurs au bloc opératoire.

Auteur : ABDELKHALED ILIAS

Mots clés : Causes - Conflit - Chirurgien - Anesthésiste - Bloc opératoire.

Objectif : Révéler les causes des conflits entre le médecin anesthésiste et le chirurgien au bloc opératoire de HMIMV, proposer des solutions pour éviter ces conflits.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'un audit mené à l'HMIMV auprès des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs qui ont été invités à répondre à un questionnaire mené en ligne.

Résultats : 41 médecins anesthésistes et 38 chirurgiens ont participé.

Les causes personnelles et organisationnelles étaient les plus fréquentes. Pour les chirurgiens la cause la plus fréquente de conflit est le retard de démarrage de l'anesthésiste (71%) alors que les médecins anesthésistes-réanimateurs considèrent l'absence de communication la cause la plus importante de conflit (82%).

Nous avons relevé que les participants de tous les statuts s'accordent que l'absence de communication et les traits de personnalité sont les causes les plus fréquentes de conflits au bloc opératoire.

Conclusion : Les causes de conflits entre médecins chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs au bloc opératoire de HMIMV sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature.

La résolution de ces conflits est primordiale pour entretenir une bonne communication d'équipe et améliorer la qualité des soins proposés aux patients.

Des études des causes devraient être réalisées dans les hôpitaux à l'échelle nationale pour approfondir la connaissance en cette problématique et permettre de sortir avec des solutions convenables à notre contexte marocain.

ABSTRACT

Title: Causes of conflicts between surgeons and anesthesiologists in the operating room.

Author: ABDELKHALED ILIAS

Keywords: Causes - Conflict - Surgeon - Anesthesiologist - Operating theatre.

Objective: To search the causes of conflicts between the anesthesiologist and the surgeon in our hospital's operating room, to propose solutions to avoid these conflicts.

Materials and Methods: This is an audit conducted at the Mohamed V military instruction hospital with surgeons and anesthesiologists who were invited to participate in a questionnaire conducted online.

Results: 41 anesthesiologists and 38 surgeons participated.

Personal and organizational causes were the most common. For surgeons the most frequent cause of conflict was delayed anesthesia startup (71%) while anesthesiologists considered lack of communication the most important cause of conflict (82%).

We noted that participants of all levels agree that lack of communication and personality traits are the most frequent causes of conflict in the operating room.

Conclusion: The causes of conflicts between surgeons and anesthesiologists in the Mohamed V military instruction hospital operating room are similar to those found in the literature.

The resolution of these conflicts is essential to maintain good team communication and improve the quality of care offered to patients.

Studies of the causes should be carried out in hospitals nationwide to deepen the knowledge of this problem and allow us to come out with appropriate solutions to our Moroccan context.

ملخص

العنوان : أسباب الخلافات بين الجراحين وأطباء التخدير والإنعاش في غرفة العمليات.
من طرف: عبد الخالد إلياس.

الكلمات الأساسية: الأسباب - الخلافات - طبيب جراح - طبيب التخدير - غرفة العمليات.

الهدف: الكشف عن أسباب الخلافات بين طبيب التخدير والجراح داخل غرفة العمليات في مستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس، واقتراح الحلول لحلها والتوصيات لتفاديها.
المواد والأساليب: هذه دراسة أجريت على مستوى المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس مع الجراحين وأطباء التخدير والإنعاش الذين تمت دعوتهم للمشاركة في استبيان عبر الإنترنت.

النتائج: شارك 41 طبيب تخدير و38 جراحاً.

كانت الأسباب الشخصية والتنظيمية هي الأكثر شيوعاً. بالنسبة للجراحين، فإن السبب الأكثر شيوعاً للصراع هو تأخر بدء التشغيل من قبل طبيب التخدير (71٪)، بينما يعتبر أطباء التخدير أن عدم التواصل هو أهم سبب للصراع (82٪).

وجدنا أن المشاركين من جميع الحالات اتفقوا على أن الافتقار إلى سمات التواصل والشخصية هي الأسباب الأكثر شيوعاً للصراع في غرفة العمليات.

الخلاصة: تتشابه أسباب النزاعات بين الجراحين وأطباء التخدير في غرفة عمليات المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس مع تلك الموجودة في الأدبيات.

يعد حل هذه النزاعات أمراً ضرورياً للحفاظ على تواصل الفريق الجيد وتحسين جودة الرعاية المقدمة للمرضى.

يجب إجراء دراسات حول الأسباب في المستشفيات على النطاق الوطني لتعميق المعرفة بهذه المشكلة والسماح لنا بالخروج بحلول مناسبة لسياقنا المغربي.



Bibliographie



- [1]. K. Mazzocco *et al.*, « Surgical team behaviors and patient outcomes », *The American Journal of Surgery*, vol. 197, n° 5, p. 678-685, mai 2009, doi: 10.1016/j.amjsurg.2008.03.002.
- [2]. J. D. Katz, « Conflict and its resolution in the operating room », *Journal of Clinical Anesthesia*, vol. 19, n° 2, p. 152-158, mars 2007, doi: 10.1016/j.jclinane.2006.07.007.
- [3]. D. C. Saltman, « Conflict management: a primer for doctors in training », *Postgraduate Medical Journal*, vol. 82, n° 963, p. 9-12, janv. 2006, doi: 10.1136/pgmj.2005.034306.
- [4]. M. Skjorshammer, « Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. », *J Interprof Care.*, 2001, doi: 10.1080/13561820020022837.
- [5]. D. M. Studdert *et al.*, « Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors », *Intensive Care Medicine*, vol. 29, n° 9, p. 1489-1497, sept. 2003, doi: 10.1007/s00134-003-1853-5.
- [6]. D. M. Studdert, J. P. Burns, M. M. Mello, A. L. Puopolo, R. D. Truog, et T. A. Brennan, « Nature of Conflict in the Care of Pediatric Intensive Care Patients With Prolonged Stay », *PEDIATRICS*, vol. 112, n° 3, p. 553-558, sept. 2003, doi: 10.1542/peds.112.3.553.
- [7]. D. A. Rogers *et al.*, « Surgeons managing conflict in the operating room: defining the educational need and identifying effective behaviors », *The American Journal of Surgery*, vol. 205, n° 2, p. 125-130, févr. 2013, doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.05.027.

- [8]. A. Montésinos, « Agressivité, violence et conflit au bloc opératoire. Gestions Hospitalières », janv. 1996.
- [9]. L. E. Piper, « Addressing the Phenomenon of Disruptive Physician Behavior »:, *The Health Care Manager*, vol. 22, n° 4, p. 335-339, oct. 2003, doi: 10.1097/00126450-200310000-00007.
- [10]. s Jackson, « Medical Professionalism in Anesthesia and Critical Care », 2006.
- [11]. M. O’Daniel et A. H. Rosenstein, « Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena », *J Am Coll Surg*, juill. 2006, doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.03.027.
- [12]. J. K. Jameson, « Transcending Intractable Conflict in Health Care: An Exploratory Study of Communication and Conflict Management Among Anesthesia Providers », *Journal of Health Communication*, vol. 8, n° 6, p. 563-581, nov. 2003, doi: 10.1080/716100415.
- [13]. « La déprime du bistouri », *Le Monde.fr*, nov. 12, 2007.
- [14]. « Parlons sans pathos du fonctionnement d’un bloc opératoire », *Le Monde.fr*, nov. 22, 2007.
- [15]. « The art of anæsthesia. By Paluel J. Flagg, M.D., New York. Seventh edition. 9 × 6 in. Pp. 519 + xxx, with 163 illustrations. 1945. Philadelphia and London: J. B. Lippincott Co. 36s. net », *Br. J. Surg.*, vol. 33, n° 130, p. 199-200, oct. 1945, doi: 10.1002/bjs.18003313033.

- [16]. V. E. Henderson, « Relationship Between Anesthetist, Surgeon and Patient.* »:, *Anesthesia & Analgesia*, vol. 11, n° 1, p. 5-11, janv. 1932, doi: 10.1213/00000539-193201000-00002.
- [17]. J. G. Raffensperger et W. Callaway, « The Anesthesiologist and the Surgeon: Partners in the Operating Room », p. 1.
- [18]. D. Steward, *Some Aspects of Paediatric Anaesthesia*. 1982. .
- [19]. M. Digby Leigh et M. K. Belton, *Pediatric anesthesia*. .
- [20]. E. G. Arthur, *Inhalation anesthesia; a fundamental guide.*, New York, Macmillan, 1951. .
- [21]. R. B. Knapp, *The Gift of Surgery to Mankind: A History of Modern Anesthesiology.*, C.C. Thomas. 1983.
- [22]. J. H. Habxand et A. W. Mewett, « The legal relationship between the surgeon and the anaesthetist », *Can. Anaes. Soc. J.*, vol. 6, n° 4, p. 299-321, oct. 1959, doi: 10.1007/BF03021278.
- [23]. A. L. Halverson *et al.*, « Communication failure in the operating room », *Surgery*, vol. 149, n° 3, p. 305-310, mars 2011, doi: 10.1016/j.surg.2010.07.051.
- [24]. R. Chawla et M. Kumar, « Communication skills and anesthesiologists », *Anesth Essays Res*, vol. 7, n° 2, p. 145, 2013, doi: 10.4103/0259-1162.118938.
- [25]. « Book Reviews », *Ann R Coll Surg Engl*, vol. 93, n° 7, p. 558-560, oct. 2011, doi: 10.1308/147870811X598605.

- [26]. D. A. Goor, *The Genius of C. Walton Lillehei and the True History of Open Heart Surgery*. New York, NY, United States: Vantage Press, 2007.
- [27]. K. Khanduri, « Regional Anaesthesia Techniques for Orthopaedic Surgery », *Medical Journal Armed Forces India*, vol. 64, n° 2, p. 108-110, avr. 2008, doi: 10.1016/S0377-1237(08)80048-2.
- [28]. M. Davison, S. Padroni, C. Bunce, et H. Rüschen, « Sub-Tenon's anaesthesia versus topical anaesthesia for cataract surgery », in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, The Cochrane Collaboration, Éd. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2007, p. CD006291.pub2.
- [29]. J. B. Cooper, « Critical Role of the Surgeon–Anesthesiologist Relationship for Patient Safety », *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 227, n° 3, p. 382-386, sept. 2018, doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2018.06.006.
- [30]. T. R. Vetter, L. A. Goeddel, A. M. Boudreaux, T. R. Hunt, K. A. Jones, et J.-F. Pittet, « The Perioperative Surgical Home: how can it make the case so everyone wins? », *BMC Anesthesiol*, vol. 13, n° 1, p. 6, déc. 2013, doi: 10.1186/1471-2253-13-6.
- [31]. M. A. Kwon, « Perioperative surgical home: a new scope for future anesthesiology », *Korean J Anesthesiol*, vol. 71, n° 3, p. 175-181, juin 2018, doi: 10.4097/kja.d.18.27182.
- [32]. R. El-Masry, T. Shams, et H. Al-Wadani, « Anesthesiologist-surgeon conflicts at the workplace: An exploratory single-center study from Egypt », *Ibnosina J Med Biomed Sci*, vol. 5, n° 3, p. 148, 2013, doi: 10.4103/1947-489X.210538.

- [33]. M. E. Frederich, R. Strong, et C. F. von Gunten, « Physician-Nurse Conflict: Can Nurses Refuse to Carry Out Doctor's Orders? », *Journal of Palliative Medicine*, vol. 5, n° 1, p. 155-158, févr. 2002, doi: 10.1089/10966210252785132.
- [34]. W. A. van Klei *et al.*, « The Effect of Outpatient Preoperative Evaluation of Hospital Inpatients on Cancellation of Surgery and Length of Hospital Stay », *ANESTH ANALG*, p. 6.
- [35]. D. L. Hepner, A. M. Bader, S. Hurwitz, M. Gustafson, et L. C. Tsen, « Patient Satisfaction with Preoperative Assessment in a Preoperative Assessment Testing Clinic », *Anesthesia & Analgesia*, vol. 98, n° 4, p. 1099–1105, avr. 2004, doi: 10.1213/01.ANE.0000103265.48380.89.
- [36]. Parsa P, Sweitzer B, et Small SD, *Operating Room Leadership and Perioperative Practice Management*. .
- [37]. K. Kirschbaum, « Physician Communication in the Operating Room: Expanding Application of Face-Negotiation Theory to the Health Communication Context », *Health Communication*, vol. 27, n° 3, p. 292-301, avr. 2012, doi: 10.1080/10410236.2011.585449.
- [38]. E. J. Thomas, J. B. Sexton, et R. L. Helmreich, « Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians* »:, *Critical Care Medicine*, vol. 31, n° 3, p. 956-959, mars 2003, doi: 10.1097/01.CCM.0000056183.89175.76.
- [39]. S Mitra, P K Sinha, K K Gombar, D Basu, « Comparison of Temperament and Character Profiles of Anesthesiologists and Surgeons: A Preliminary Study ».

- [40]. D. Mechanic, « Managed Care And The Imperative For A New Professional Ethic: A plan to address the growing misfit between traditional medical professionalism and emerging health care structures. », *Health Affairs*, vol. 19, n° 5, p. 100-111, sept. 2000, doi: 10.1377/hlthaff.19.5.100.
- [41]. B. M. Parker, J. E. Tetzlaff, D. L. Litaker, et W. G. Maurer, « Redefining the Preoperative Evaluation Process and the Role of the Anesthesiologist », p. 7.
- [42]. J. D. Lipcamon et B. A. Mainwaring, « Conflict resolution in healthcare management », *Radiol Manage*, vol. 26, n° 3, p. 48-51, juin 2004.
- [43]. B. Bhattarai, S. Kandel, et N. Adhikari, « Perception About the Role of Anesthesia and Anesthesiologist Among the Paramedical Staffs: Perspective from a Medical College in Nepal », *Kathmandu Univ. Med. J.*, vol. 10, n° 2, p. 51-54, janv. 2013, doi: 10.3126/kumj.v10i2.7344.
- [44]. J. Haidt, *The Righteous Mind: Why Good People Are Divided by Politics and Religion*. New York, 2012.
- [45]. R. I. Ogbimi et C. A. Adebamowo, « Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria », *BMC Nurs*, vol. 5, n° 1, p. 2, déc. 2006, doi: 10.1186/1472-6955-5-2.
- [46]. S. K. Howard, « Implications and Strategies for Patient and Provider Safety », vol. 97, n° 5, p. 14, 2002.
- [47]. P. S. Puttagunta, T. A. Caulfield, et G. Griener, « Conflict of interest in clinical research: direct payment to the investigators for finding human

- subjects and health information », *Health Law Rev*, vol. 10, n° 2, p. 30-32, 2002.
- [48]. A. H. Rosenstein et M. O'Daniel, « Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians », *Am J Nurs*, vol. 105, n° 1, p. 54-64; quiz 64-65, janv. 2005, doi: 10.1097/00000446-200501000-00025.
- [49]. J. P. Attri, G. K. Sandhu, B. Mohan, N. Bala, K. S. Sandhu, et L. Bansal, « Conflicts in operating room: Focus on causes and resolution », *Saudi J Anaesth*, vol. 9, n° 4, p. 457-463, 2015, doi: 10.4103/1658-354X.159476.
- [50]. D. WAISEL, « Informed consent », 1997, doi: 10.1097/00000542-199710000-00033.
- [51]. R. TRUOG, « Do-not-resuscitate orders in the surgical setting. », 2005, doi: 10.1016/S0140-6736(05)17999-9.
- [52]. J. M. Davies, « Team communication in the operating room », *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 49, n° 7, p. 898-901, août 2005, doi: 10.1111/j.1399-6576.2005.00636.x.
- [53]. R. L. Helmreich et H. C. Foushee, « Why CRM? Empirical and Theoretical Bases of Human Factors Training », p. 56.
- [54]. Howard SK, Gaba DM, Fish KJ, Yang G, Sarnquist FH, : « Anesthesia crisis resource management training: Teaching anesthesiologists to handle critical incidents. » 1992, [En ligne]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/21630255_Howard_SK_Gaba_DM_Fish_KJ_Yang_G_Sarnquist_FH_Anesthesia_crisis_resource_mana

gement_training_Teaching_anesthesiologists_to_handle_critical_incident
s_Aviat_Space_Environ_Med_63_763-70.

- [55]. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US), 2001.
- [56]. « About CPSI ». <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Pages/default.aspx> (consulté le févr. 11, 2020).
- [57]. « ACGME Core Competencies - ECHO Resources », *ECFMG*. <https://www.ecfmg.org/echo/acgme-core-competencies.html> (consulté le févr. 11, 2020).
- [58]. K. L. Dion, « Interpersonal and group processes in long-term spaceflight crews: perspectives from social and organizational psychology », *Aviat Space Environ Med*, vol. 75, n° 7 Suppl, p. C36-43, juill. 2004.
- [59]. S. H. Jackson, « The role of stress in anaesthetists' health and well-being », *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 43, n° 6, p. 583-602, juill. 1999, doi: 10.1034/j.1399-6576.1999.430601.x.
- [60]. D. Gerardi, « Using Mediation Techniques to Manage Conflict and Create Healthy Work Environments »., *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care*, vol. 15, n° 2, p. 182-195, avr. 2004, doi: 10.1097/00044067-200404000-00003.
- [61]. M. R. Chassin et E. C. Becher, « The Wrong Patient », p. 8.

- [62]. R. M. Griffin, « 10 Health Problems Related to Stress That You Can Fix », *WebMD*. <https://www.webmd.com/balance/stress-management/features/10-fixable-stress-related-health-problems> (consulté le févr. 11, 2020).
- [63]. W. Levinson, D. L. Roter, J. P. Mullooly, V. T. Dull, et R. M. Frankel, « Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons », *JAMA*, vol. 277, n° 7, p. 553-559, févr. 1997, doi: 10.1001/jama.277.7.553.
- [64]. C. A. Aschenbrener et C. T. Siders, « Part 2, Conflict management. Managing low-to-mid intensity conflict in the health care setting », *Physician Exec*, vol. 25, n° 5, p. 44-50, oct. 1999.
- [65]. T. Porter-O'Grady, « Constructing a Conflict Resolution Program for Health Care »:, *Health Care Management Review*, vol. 29, n° 4, p. 278-283, oct. 2004, doi: 10.1097/00004010-200410000-00003.
- [66]. J. L. Apfelbaum et K. B. Domino, « Update from the 2018-19 ASA Committee on Standards and Practice Parameters », *ASA Newsletter*, vol. 83, n° 7, p. 36-37, juill. 2019.
- [67]. A. Wolfe, « Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century », *Policy, Politics, & Nursing Practice*, vol. 2, n° 3, p. 233-235, août 2001, doi: 10.1177/152715440100200312.

Serment d'Hippocrate

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

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - ◀ وأن أحترم أسانذتي وأعترف لهم بالجمل الذي يستحقونه.
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشرعي في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.
- والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



جامعة محمد الخامس بالرباط
Université Mohammed V de Rabat

أطروحة رقم: 307

سنة : 2020

أسباب الخلافات بين الجراحين وأطباء التخدير والإنعاش في غرفة العمليات

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2020

من طرفه

السيد إلياس عبد الخالد

المزاداد في 04 نونبر 1994

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : الأسباب؛ الخلافات؛ طبيب جراح؛ طبيب تخدير؛ غرفة العمليات

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس ومشرف

السيد خليل أبو العلاء

أستاذ في الإنعاش والتخدير

عضو

السيد عبد الرحمان الحجوجي

أستاذ في جراحة الأحشاء

عضو

السيدة عزيزة بنطلحة

أستاذة في الإنعاش والتخدير