



Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le *hidden curriculum*. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France

Éric Galam, Romain Multon

Reçu le 7 décembre 2014
Accepté le 5 février 2015
Disponible sur internet le :
15 janvier 2016

Université Paris Diderot, département de médecine générale, 16,
rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

Correspondance :

Éric Galam, Université Paris Diderot, département de médecine générale, 16,
rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France.
egalam@hotmail.com, eric.galam@univ-paris-diderot.fr

■ Résumé

Intérêt du travail > Les désaccords et les conflits ont un impact négatif sur la satisfaction et les performances des membres d'une équipe de travail. Les jeunes médecins en formation font partie intégrante de l'équipe de soins et la gestion des désaccords auxquels ils sont confrontés s'inscrit dans leur processus de professionnalisation explicite ou non (cursus caché = *hidden curriculum*).

Objectif > Expliciter et analyser les désaccords entre les internes de médecine générale (IMG) et leurs seniors dans la prise en charge des patients, et leurs conséquences sur le cursus des internes.

Méthodes > Étude descriptive qualitative. Lors de cinq focus groupe (FG), 25 IMG ont relaté 37 situations de désaccord avec leur senior à propos des soins prodigués aux patients. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés selon une méthode qualitative pour faire apparaître les principales problématiques rencontrées.

Résultats > Un certain nombre de sources potentielles de conflits ont été mises en évidence. Ont été identifiés des facteurs susceptibles de faire évoluer un simple désaccord en conflit insoluble, les conséquences de ces désaccords sur la qualité des soins et leur impact sur l'autonomisation de l'interne. De nombreux désaccords avaient trait aux questions de fin de vie. Les particularités liées aux contextes d'urgence et de pratique ambulatoire ont été soulignées. Le rôle du lien hiérarchique dans la genèse et le développement des conflits a été confirmé. La personnalité de l'interne, sa conception de la responsabilité, l'échange de savoir, l'enjeu « commercial » en cabinet libéral sont autant de facteurs à l'origine des conflits.

Perspectives > Les désaccords peuvent jouer un rôle positif dans l'autonomisation des IMG. Une formation à la gestion des conflits pressentis ou avérés peut utilement expliciter et optimiser une partie du *hidden curriculum* des étudiants en médecine vers le professionnalisme.

■ Summary

Disagreements between GP trainees and their seniors. Management and impacts on the hidden curriculum. Qualitative study of 37 situations in Paris

Interest of the work > Disagreements and conflicts have a negative impact on the satisfaction and the performances of working team members. Young doctors in training are part of the health care team. The management of the disagreements with which they are confronted is a part of their professionalization process.

Objective > To clarify and analyze the disagreements between GP trainees and their seniors in patients care and their consequences in doctor curriculum.

Methods > Qualitative descriptive study. Five focus groups including a total of 25 Parisian trainees were performed to explore situations of disagreements with their seniors about patients care. Phenomenical analysis was performed by two researchers.

Results > Thirty-seven situations were reported. A number of potential sources of conflicts were highlighted. Factors that can transform a disagreement into an insoluble conflict were identified. The consequences of these disagreements on the quality of care and their impact on the empowerment of trainees were analysed. Number of disagreements related patients facing end of life. Specificities of emergency contexts and ambulatory practice were underlined. The role of the hierarchical link in the genesis and the development of the conflicts was confirmed. The personality of the trainee, his conception of responsibility, the exchange of knowledge, the "commercial" aspects of doctors practice can be at the origin of conflicts.

Perspectives > The disagreements can play a positive role in trainees empowerment. A training in the management of anticipated or known conflicts can usefully clarify and optimize the hidden curriculum of the medical students towards professionalism.

Les conflits dans une équipe de travail vont de pair avec une diminution des performances et de la satisfaction des membres de cette équipe [1-3]. Ils peuvent favoriser les erreurs médicales [4-7]. Si certains auteurs estiment que le professionnalisme [8] d'un interne s'acquiert par l'obéissance à ses enseignants et aux règles de fonctionnement, d'autres [9] ne partagent pas ce point de vue.

D'autant que l'interne est souvent en désaccord, avec son senior. Dans une étude de Baldwin et al. [10], un quart des résidents disaient avoir été amenés à pratiquer des actes considérés comme immoraux ou personnellement inacceptables pendant la première année de leur internat. Plusieurs études [11-14] ont mis en évidence, chez les internes, une dégradation de valeurs proportionnellement à une augmentation du stress lié aux mauvaises conditions de travail et de formation. Cette dégradation est ressentie par les patients [15].

Elle peut conduire à des conflits insolubles selon la dynamique analysée par Northrup [16] à partir d'une menace sur l'identité entraînant une distorsion de l'information pour la faire correspondre aux valeurs de chacun. Cette menace est suivie d'une rigidification où chaque acteur commence à considérer son contradicteur comme appartenant à un groupe avec multiplication des conflits annexes indépendamment du désaccord originel. Ceci menace la cohésion du groupe. Enfin, lors du stade de collusion, le conflit est institutionnalisé, voire même célébré par des sortes de rituels qui le perpétuent. Or le processus qui conduit un étudiant à devenir médecin passe par différentes étapes d'autonomisation plus ou moins accompagnées dont l'ultime qui précède immédiatement la thèse, se développe durant le troisième cycle entre l'étudiant devenu « interne » et ses différents enseignants théoriques et surtout « pratiques » sur les terrains de stage. Cette maturation des internes est

Ce qui était connu

- Les conflits dans une équipe de travail vont de pair avec une diminution des performances et de la satisfaction des membres de cette équipe.

Ce qu'apporte l'article

- Les conflits s'inscrivent dans le processus de professionnalisation des médecins en formation.
- Une formation à leur gestion destinée aux internes comme à leurs enseignants peut être utile.

réalisée de trois façons, souvent complémentaires, mais parfois aussi antagonistes :

- le programme formel correspondant au programme officiel d'étude, de la faculté, des consensus ;
- le programme informel est représenté par les styles d'enseignement de tel ou tel professeur, les règles de fonctionnement d'un lieu de stage, les façons de gérer les rencontres entre soignants ;
- le programme « caché » ou plutôt implicite (*hidden curriculum*) basé sur les relations avec les pairs et le vécu d'expériences formatrices telles que par exemple, la gestion des désaccords entre seniors et internes [7].

Nous avons exploré les désaccords entre les internes de médecine générale et leurs seniors, les modalités de leur transformation en conflit, leur impact sur les soins et les relations d'équipe et leur place dans la professionnalisation des internes notamment par le *hidden curriculum* [17].

Méthodes

Cette étude était qualitative semidirective et descriptive. Entre décembre 2011 et mars 2013, 5 « *focus groups* » (FG) ont été organisés dans le cadre du département de médecine générale Paris Diderot pour la thèse de doctorat de l'un des enquêteurs (RM) dirigée par l'autre (EG). Les participants ont été recrutés par sollicitation directe ou indirecte (FG 2, 4 et 5 animés par le doctorant à son domicile en l'absence du directeur) ou par convocation à un enseignement dirigé universitaire (FG 1 et 3 au cabinet médical du directeur de recherche et en sa présence). Le thème de recherche a été précisé lors de la sollicitation ou de la convocation. Il était formulé ainsi : « désaccords avec le senior sur les soins aux patients ». Il a été rappelé en début de FG ainsi que la définition du terme « désaccord » : « toute situation mettant en évidence une différence d'opinions, de valeurs, d'intérêts concernant les soins à apporter à un patient » (définition utilisée par Studdert et al. [18]). Le terme « conflit » n'a été défini aux participants que secondairement lorsqu'il était évoqué au cours des échanges avec la définition suivante : « désaccord qui nuit ou peut nuire à l'une des deux parties, voire aux deux » [19].

Le guide d'animation a été construit à partir de la littérature et de quelques entretiens individuels préalables. Il a été demandé à chaque participant de « Rapporter une situation précise où vous avez été en désaccord avec l'un de vos médecins référents sur la prise en charge d'un patient : description, vécu, gestion, conséquences... ». La situation était ensuite explicitée et discutée par les membres du FG. S'ils n'étaient pas évoqués l'enquêteur faisait préciser par l'apportant du cas les données suivantes : motif de désaccord, mode de résolution, éléments d'aggravation, conséquences sur la santé du patient et sur le psychisme de l'interne. Au fur et à mesure des réunions, d'autres critères d'analyse ont été ajoutés lorsqu'ils étaient évoqués de façon récurrente par les internes ou les seniors : différence

d'âge entre l'interne et son senior, sexe du senior, raisons qui peuvent amener un interne à obéir ou désobéir. Il n'a pas été pris de notes de terrain et aucun retour n'a été fait aux participants.

Les entretiens ont été enregistrés après accord verbal des participants. Leur durée variait de 1 h 02 à 1 h 31. Ils ont regroupé 25 internes de médecine générale de 5 sur les 7 facultés de la région Île-de-France, à différents stades de leur formation à partir du 3^{me} semestre d'une formation de 6 semestres. Les entretiens ont été saisis et anonymisés par l'un des enquêteurs (RM) puis analysés et triangulés par les 2 chercheurs selon une méthode qualitative d'analyse de contenu (codage, catégorisation, articulation) construisant la théorie à partir des données recueillies et fondée sur la théorie ancrée de Glaser et Strauss [20].

Résultats

Parmi les internes interrogés, 18 étaient de sexe féminin (62,2 %). La moyenne d'âge était de 27 ans. Au cours des 5 FG, 37 désaccords ont été recueillis, 14 relatés par des hommes et 23 par des femmes (62,2 %). Chaque désaccord a été nommé selon la nomenclature suivante numéro : FG numéro Focus Groupe, E numéro étudiant, D numéro désaccord (mots de résumé du cas). Le *tableau 1* liste les 37 désaccords (*voir complément électronique*).

Nous avons recruté 8 internes de 3^e semestre, 6 internes en 4^e semestre, 4 internes en 5^e semestre, un interne en 6^e semestre et 7 internes venant de finir leurs semestres d'internat (moins de 6 mois).

Nous avons volontairement choisi d'exclure les internes de 1^{er} ou 2^e semestre afin de maximiser les chances de recruter des internes dont l'ancienneté augmenterait le nombre de confrontations à des situations de désaccord avec ses seniors. La répartition des désaccords exprimés selon le semestre de l'interne au moment des désaccords a diminué au fur et à mesure de l'ancienneté de l'interne. La moitié des désaccords ($n = 18$) rapportés se sont déroulés durant la première année d'internat (*figure 1*). Sur les 37 désaccords rapportés, 13 ont lieu aux urgences et 6 impliquaient un senior d'un autre service (*figure 2*). Le désaccord initial portait le plus souvent sur un aspect thérapeutique mais impliquait aussi à part égale un examen complémentaire ou une modalité de surveillance ou d'orientation du patient (*figure 3*).

Les types de désaccords

Désaccords liés à un conflit d'identité

Dans 10 récits, l'interne a eu le sentiment que son senior sous-estimait ses compétences cliniques, mettant en cause son identité de soignant en formation. Dans 8 récits, c'est l'identité du senior qui était mise en cause, l'interne estimant qu'il n'était pas assez impliqué dans la prise en charge de ses patients, que ses prescriptions étaient complaisantes ou non respectueuses

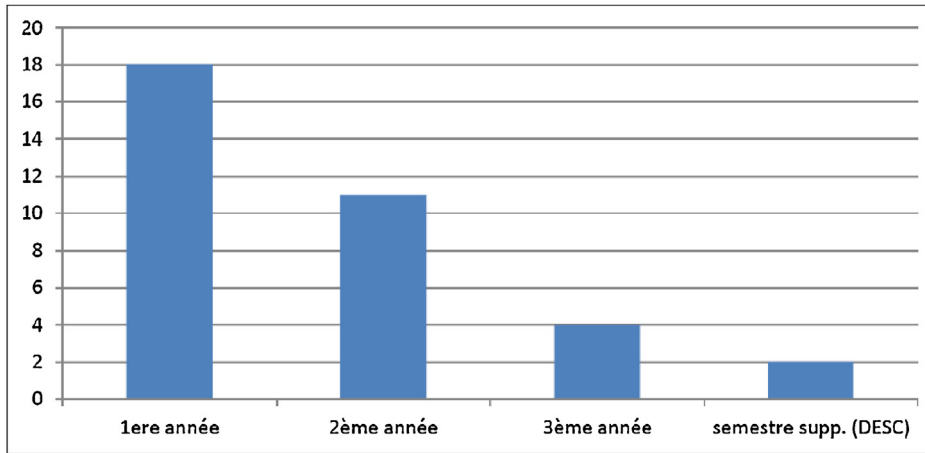


FIGURE 1 Répartition des désaccords selon l'ancienneté des internes lors de la situation conflictuelle rapportée

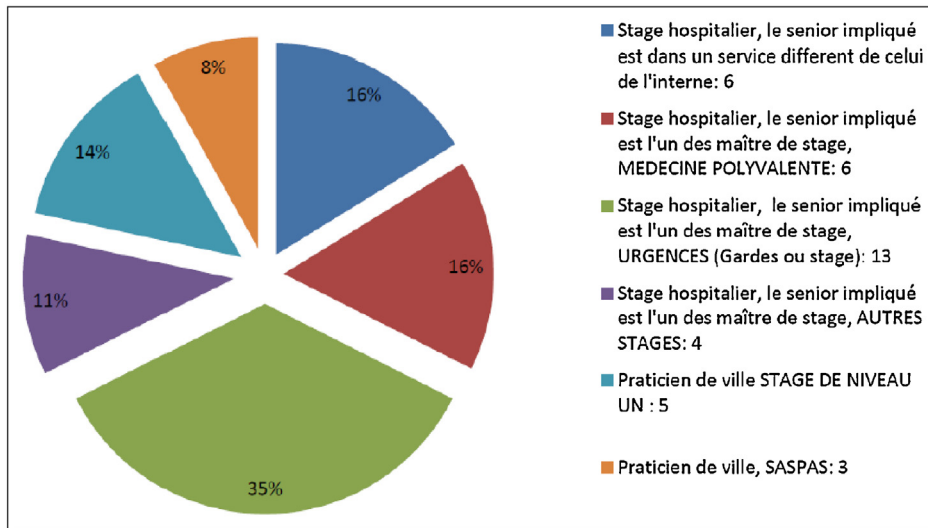


FIGURE 2 Répartition des désaccords selon le lieu de stage

des recommandations de bonne pratique. Dans ces 2 cas, c'est l'objectif commun de qualité de soins, voire même la compétence ou l'intégrité du senior qui étaient mises en cause ou en tout cas, sa capacité à apprendre de son interne, plus à jour de ses connaissances.

Importance des désaccords concernant des patients très fragiles ou en fin de vie

Présent dans plus de 25 % des désaccords étudiés, ce facteur était à haut risque conflictuel dans notre échantillon et suscitait nombre d'échanges entre internes, à partir de leurs conceptions et expériences. Dans presque tous les cas, l'interne se plaignait

du fait que son senior pratique des soins qu'il jugeait trop agressifs.

Deux situations particulières : urgences et pratique ambulatoire

Plusieurs sources de conflits inhérentes au fonctionnement des urgences ont été évoquées : difficultés d'obtenir des examens d'imagerie et d'appréhender pleinement le rôle de l'interne aux urgences.

La pratique ambulatoire a montré un manque d'autonomie ressenti par certains internes, la découverte d'un enjeu

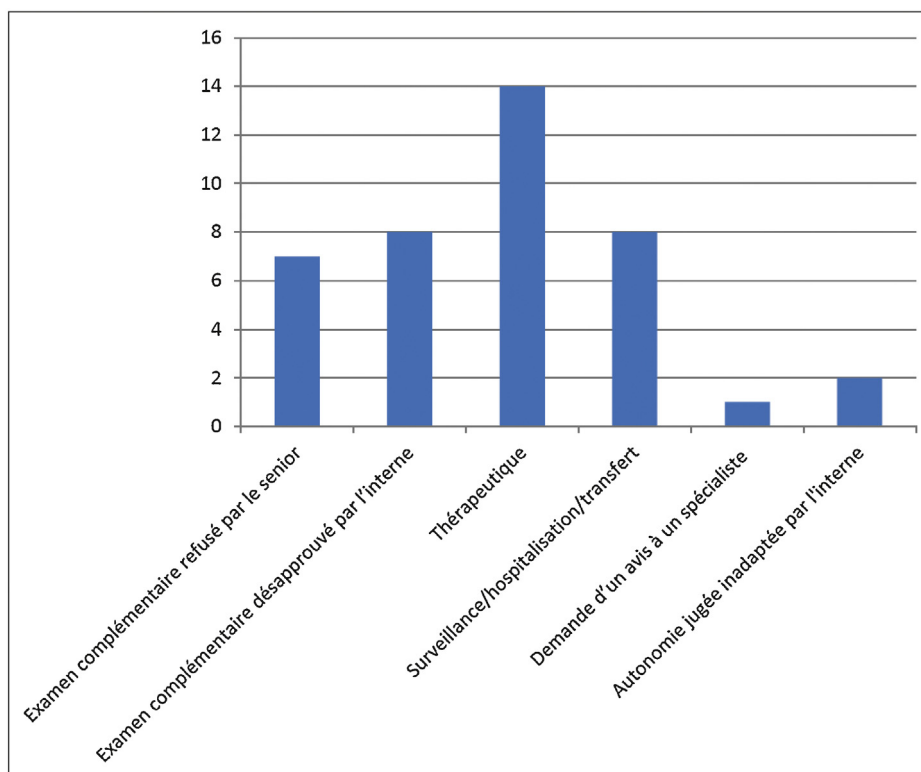


FIGURE 3
Motifs primaires de désaccord

commercial et des désaccords moins souvent exprimés en raison des risques moins graves pour la santé des patients.

L'impact sur la prise en charge

La prise en charge effective du patient était décidée par l'interne (18 cas sur 37)

Le senior, plutôt en milieu, voire en fin de carrière, acceptait la prise en charge de l'interne, celle-ci étant consensuelle dans l'équipe (7 récits).

Le senior était en désaccord avec la prise en charge de l'interne dans 5 types de situations : l'absence du senior (3 récits), la primauté de l'intérêt du patient qui justifie la désobéissance de l'interne (2 récits), l'appui apporté à l'interne par un senior ayant (2 récits), ou pas (2 récits), une position hiérarchique, enfin, le choix du senior, décevant pour l'interne, de ne pas s'impliquer dans les soins (2 récits). La relation interne-senior s'est fortement dégradée à la suite de ces situations.

La prise en charge effective du patient était décidée par le senior (19 cas sur 37)

L'interne était convaincu par son senior et appliquait une prise en charge consensuelle ou alors il n'était pas convaincu mais

contraint par sa hiérarchie ou encore il était spectateur d'une prise en charge poursuivie exclusivement par le senior. Cette dernière situation concerne 13 désaccords sur 19. Dans 6 récits, le désaccord était clairement exprimé, argumenté avec plus ou moins d'insistance (figure 4).

Les conséquences négatives du désaccord sur la santé des patients

Quatre récits relataient une conséquence grave : une embolie pulmonaire, une torsion du grêle, une fracture de rein, une conception différente de la psychogériatrie.

L'interne exprimait le sentiment d'avoir joué le rôle de barrière efficace à la réalisation d'un événement indésirable grave dans 7 récits. Un acharnement thérapeutique était évoqué dans 5 récits (figure 5).

Stratégies des acteurs du désaccord

La personnalité de l'interne était le plus souvent en cause pour expliquer sa décision d'exprimer son désaccord. Le rapport hiérarchique, s'il était fort, était au contraire très clairement susceptible d'inciter l'interne à ne pas s'exprimer. Enfin, la

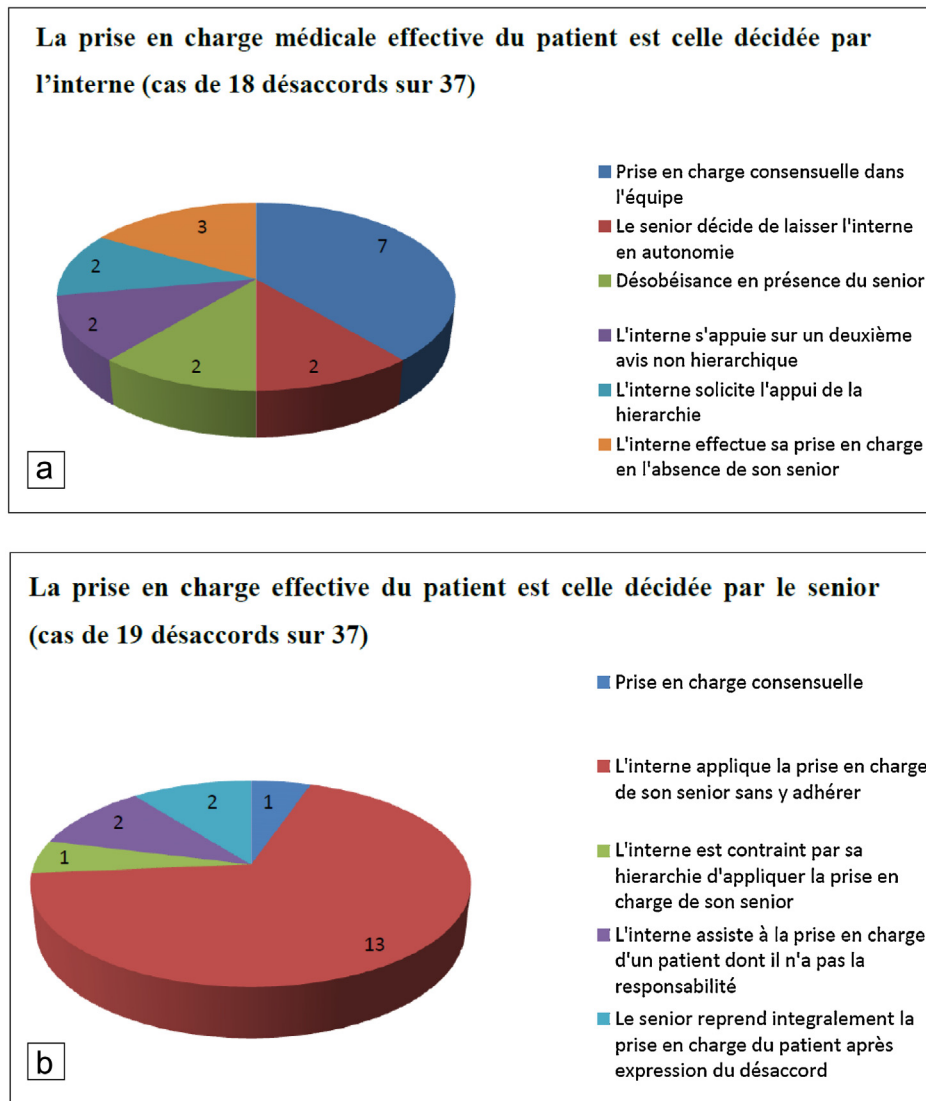


FIGURE 4
Qui décide de la prise en charge

confiance en soi et la confiance dans le senior avaient des conséquences imprévisibles sur l'expression du désaccord.

Les stratégies des internes pour éviter le conflit ou convaincre

Pour justifier leur absence de confrontation aux désaccords, les internes invoquaient fréquemment le respect de l'expérience du praticien et le fait qu'ils n'étaient présents que 6 mois en stage. L'idée selon laquelle le désaccord ne devrait être exprimé que s'il y a un danger imminent pour la santé du patient a été formulée à plusieurs reprises et n'a jamais été remise en question par les internes, lors des discussions du focus groupes.

Le désaccord n'a pas été exprimé au senior dans 4 récits. Les raisons invoquées étaient le manque de temps, la présence du patient, la forte implication du senior ou encore les situations où le désaccord était exprimé sans véritable intention de convaincre. Dans 8 situations, l'interne a eu recours à un senior, en position hiérarchique (3 situations) ou pas (5 situations), et dans une situation, il profite de l'absence du senior. L'interne pouvait se sentir valorisé d'avoir exprimé son désaccord et permis une amélioration de la prise en charge médicale de son patient.

Pour convaincre, après expression de leurs désaccords, les internes s'appuyaient sur leur sens clinique autant que sur la littérature scientifique.

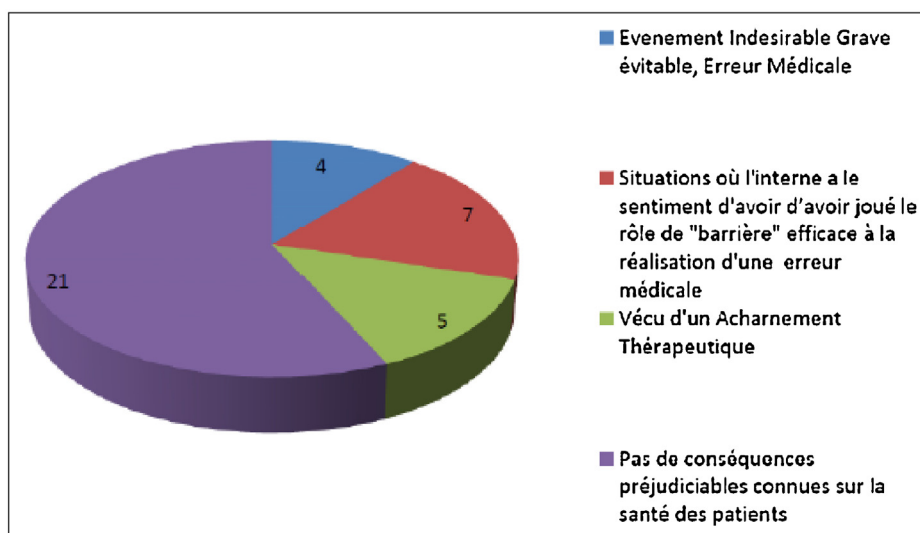


FIGURE 5
Erreur médicale

Les stratégies du senior

L'attitude du senior face à un désaccord exprimé par son interne pouvait donner lieu à divers modes de réponse :

- l'argumentation (20 désaccords). Les arguments étaient de 5 types :
 - l'expérience et les habitudes du service ce qui est toujours efficace,
 - l'expérience clinique personnelle, argument pas toujours bien perçu par l'interne et dépendant beaucoup de la confiance qu'il porte à son senior,
 - l'argument économique qui ne convainc pas les internes même si certains le comprennent,
 - la connaissance du terrain,
 - la prise en compte du souhait (réel ou supposé) du patient ;
- la stratégie du « choc » hiérarchique. Trois situations illustrent ce cas de figure et dans chacune, la décision autoritaire du senior n'est pas médicalement argumentée. Deux situations ont abouti à un conflit ouvert entre interne et senior. L'une de ces situations a fait faire un acte caché impliquant la désobéissance de l'infirmière au senior ;
- la stratégie de l'humiliation dans une situation de désaccord où l'interne finit par solliciter l'avis d'un autre senior ;
- le choix de l'autonomisation de l'interne.

Le recours à l'ensemble de l'équipe : staff, visite, transmission

Toujours initiée par l'interne, cette démarche a été mise en évidence dans 5 désaccords. Dans 2 récits, elle a permis la résolution consensuelle du désaccord. Dans 3 récits, la prise en charge du patient a fait l'objet d'une discussion a posteriori.

La réunion n'abordait que des points techniques de prise en charge médicale et jamais de problèmes relationnels.

L'évocation du désaccord a posteriori

Au décours de la situation de désaccord, l'interne avait souvent la volonté de reparler des événements avec son senior. Souvent le senior fuyait le dialogue constructif et restait dans l'affect ou le déni du désaccord et de ses conséquences.

J'aurais peut-être bien aimé en parler avec le chef avec lequel ça s'était passé, mais j'ai pas eu le sentiment qu'il avait envie qu'on en parle en fait.

G2E7D14

Elle n'a pas argumenté sa réponse, elle m'a dit « on s'en fout ».

G2E10D13

Dans tous les cas, il attribuait le désaccord à un conflit décisionnel et n'évoquait pas de conflit relationnel.

La remise en question de ses compétences cliniques par le senior peut faire basculer l'interne en 1^{er} ou 2^e semestre dans l'accommodation avec le point de vue du senior en faisant passer au second plan les conséquences sur le patient.

Conséquences relationnelles du conflit

Dans plusieurs récits, le désaccord a donné lieu à une détérioration du rapport interne/senior mais dans certains cas, son expression a permis une amélioration de cette relation.

Le sentiment prédominant de l'interne lors du désaccord

Le sentiment éprouvé par les internes variait plus selon leur personnalité que selon l'histoire proprement dite et ses

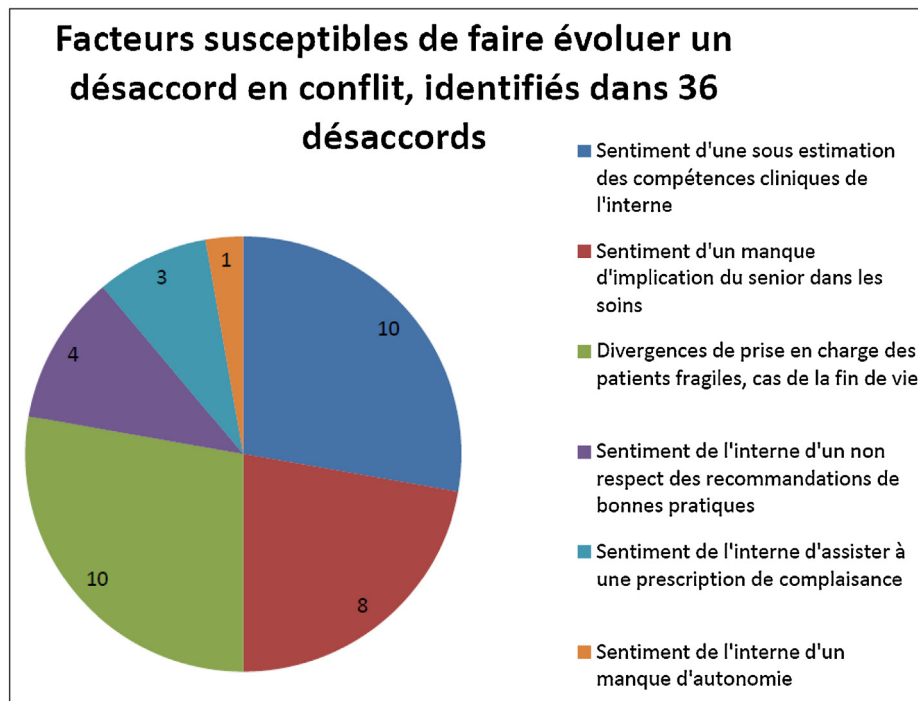


FIGURE 6
Facteurs susceptibles de faire évoluer en désaccord en conflit

conséquences pour le patient. Ont été évoqués : manque de considération, frustration, colère, inquiétude, stress, peur de décevoir le senior et de ne plus avoir sa confiance auto-réassurance :

« après tout, c'est mon senior le responsable, je n'ai pas à m'impliquer émotionnellement davantage »

G1E1D1

La remise en question d'une pratique

L'expression d'un désaccord traduit la remise en question d'une pratique ou d'un savoir par un jeune, détenteur d'un savoir avant tout théorique, à l'adresse d'un « vieux » dont le savoir est plus équilibré entre la théorie et l'expérience (figure 6). De la même façon que le rapport interne/senior évoluait au gré de ces désaccords, la pratique de l'interne changeait elle aussi.

Dans 2 situations, l'interne exprimait que le désaccord avait eu une incidence sur le choix de sa pratique professionnelle future.

Cet interniste m'avait fait travailler ma conscience et je me suis dit : mince, c'est vrai, peut-être qu'on aurait dû faire quelque chose plus tôt.

G3E15D22

Les désaccords, ça te permet à toi de chercher pourquoi lui pense ça. Ça fait poser plus de questions sur soi et sa prise en charge et ça permet peut être de progresser.

G2ED13

J'ai fait confiance à mon chef et en fait je me dis que j'aurais dû plus me faire confiance à moi. Je ne voulais même plus être de garde après avec le senior qui avait fait la nuit.

G2E7D14

Je me suis juste dit que si j'avais une vengeance possible je ne laisserais pas passer l'occasion.

G3E16D23

J'avais l'impression que j'avais comme prouvé quelque chose et qu'elle avait plus confiance en moi. (...) c'est l'épisode qui a fait la relation. (...) il y a eu quelque chose qui s'est créé.

G3E12D1

Discussion

Principaux résultats

Le fait que de nombreux récits de désaccords se soient déroulés pendant la première année de l'internat permet de déduire que l'ancienneté et l'acquisition d'indépendance ne favorisaient pas les conflits. À partir des définitions données à la section méthode et à la lecture du *tableau 1 (annexe)*, nous avons recueilli bien plus de conflits que de simples désaccords. La plupart des internes exprimaient une prise d'autonomie à l'issue du désaccord. De même, l'ancienneté de l'interne ne le conduisait pas à s'exprimer davantage mais plutôt à réaliser ses prises

en charge sans en référer automatiquement à ses seniors. Enfin, la charge émotionnelle associée a aidé au souvenir et ces désaccords n'auront sans doute pas été anodins dans la carrière des futurs médecins. Les différents modes de résolution d'un conflit n'ont pas permis de mettre en évidence une stratégie particulièrement adaptée au désaccord entre interne et maître de stage. Il existait une relation claire entre l'absence d'argumentation du senior et l'escalade vers le conflit insoluble.

Forces et limites de l'étude

Limites

Elles portent sur :

- la population étudiée : internes de médecine générale d'une seule région et ne comportant pas d'internes en première année de formation. Nous avons recueilli nombre de désaccords survenus à ce moment mais relatés plus tardivement. Il aurait été intéressant de comparer les désaccords de première année selon qu'ils avaient été vécus récemment ou pas et donc d'inclure des internes à tous les stades de leur cursus ;
- les désaccords rapportés par les internes probablement choisis par eux en fonction qu'ils estimaient avoir eu raison ou pas : au nombre de 17 où ils avaient raison, seuls 3 récits donnaient raison au senior tandis que pour 17 autres l'évolution est indéterminée. Il faut aussi faire l'hypothèse que les désaccords n'étaient présentés que s'ils étaient considérés comme suffisamment importants pour le travail commun. L'analyse de désaccords plus anodins et de leurs modes de gestion aurait pu apporter des éléments complémentaires ;
- les termes « désaccords » et « conflits » n'ont été définis qu'oralement au début et au cours des FG. Même si nous avons exploré avec les groupes les raisons d'aggravation du désaccord, nous n'avons pas demandé explicitement à l'apportant du cas et aux autres participants de classer chacune des situations en « désaccord » ou « conflit ». Cependant le résumé du cas (*tableau I en annexe*) et la lecture des verbatim représentent des éléments d'orientation fiables ;
- le point de vue unique : nous n'avons pas sollicité les seniors impliqués dans les désaccords relatés. La confrontation des versions d'une même situation aurait pu être éclairante même si elle aurait été difficile à obtenir concrètement.
- le biais lié aux enquêtes qualitatives notamment aux présupposés, conscients ou pas, des enquêteurs.

Forces

Elles portent sur :

- les 2 types de FG avec ou sans le directeur de recherche, à participation obligatoire ou non, ont permis d'élargir la population de recherche ;
- très souvent au début des FG, les internes s'expriment de façon factuelle. La dynamique des échanges et le cadre protégé du FG ont facilité la mise à jour de critères relationnels souvent évacués au début ;

- la gradation désaccord-conflit-erreur médicale et l'analyse par les participants des critères de cette gradation représentaient une entrée utile à la compréhension, la prévention et la gestion des erreurs médicales.

Comparaison littérature

Désaccords, conflits et relations

Ce n'est au cours d'échanges poussés avec les internes, que nous avons pu identifier cinq facteurs relationnels comme causes implicites et récurrentes susceptibles de faire évoluer un simple désaccord vers un conflit :

- la divergence de points de vue sur la prise en charge des patients fragiles, en fin de vie ;
- la conviction de l'interne que son senior sous-estimait ses compétences cliniques et le manque d'autonomie laissée à l'interne ;
- la conviction d'un manque d'implication du senior dans les soins de son patient ;
- la prescription de complaisance ;
- le non-respect des recommandations de bonne pratique.

Les 4 premiers facteurs sont intimement liés à la théorie de Northrup sur l'apparition d'un conflit insoluble par la perception par l'un des acteurs d'une menace sur son identité [16].

L'étude « Join the club » [21] a montré que les internes qui ne se « socialisaient » pas avec leur chef éprouvaient 3 fois plus d'insatisfaction que les autres et que ceux qui ne pouvaient pas faire appel à leur chefs éprouvent 5 fois plus d'insatisfaction. Il est enfin très probable que la fatigue [2] intervient sur la cascade d'aggravation du conflit, les conflits les plus violents évoqués dans notre étude étant survenus pendant des gardes de nuit ou dans des services où l'interne notait une charge de travail très importante.

Selon Studdert et al. [18] et Skjorshammer [19], la perception même d'un conflit dans l'équipe de soins varie considérablement entre personnel infirmier et médecins qui sous-estiment largement l'importance et la fréquence des conflits. Nous avons constaté une tendance à la négation de la part relationnelle des conflits par les maîtres de stage. Selon De Dreu et al. [1], le conflit relationnel a bien plus de retentissement sur les performances et la satisfaction de l'équipe qu'un désaccord concernant une tâche. Les conséquences des conflits en milieu professionnel seraient toujours négatives. Il est apparu que les causes des désaccords recueillis pendant nos 5 focus groupes impliquaient des différences d'opinions, de confiance, de valeurs, de formation, ainsi qu'un rapport hiérarchique complexe mais omniprésent. Selon Galam [22],

« La critique formulée au médecin par un de ses patients ou un membre de son entourage s'inscrit toujours dans une histoire relationnelle (...) La critique faite au médecin traduit un désaccord, voire un conflit entre celui qui la formule et celui à qui elle est destinée. Elle est d'autant plus difficile à assumer pour le médecin qu'elle le confronte non

seulement à sa position et à son statut, mais aussi à ses valeurs et à l'idée qu'il se fait de sa fonction, de ses devoirs et de ses prérogatives ».

Types de réponse

Il existe différents types de réponse au conflit [23,24] : l'évitement, l'accommodation, la compétition et le compromis sont retrouvés de façon équilibrée chez les internes de notre étude tandis que la réaction prédominante des seniors est l'évitement qui fait diminuer rapidement la tension mais est néfaste à long terme.

Lorsque survient un désaccord, les identités de chacun peuvent être menacées et il peut se développer ce que Northrup [16] appelle la cascade vers un conflit insoluble en 4 stades : menace, distorsion de l'information, rigidification avec extension et apparition de conflits annexes pouvant prendre une place centrale et enfin, collusion où le conflit, devenu marqueur d'identité, est institutionnalisé, voire même célébré et perpétué par des rituels. Il faut donc inciter l'interne à exprimer ses désaccords et prendre [25] le temps de les discuter sereinement [26]. Selon le manuel d'éthique médicale, publié par l'Association médicale mondiale [27], les conflits doivent être résolus de manière aussi informelle que possible, par l'échange, la négociation, la médiation voire un arbitrage. La dénonciation d'un collègue ne doit être utilisée qu'en dernier ressort.

L'article 56 du Code de déontologie médicale prévoit qu'un différend avec un confrère doit être réglé par une conciliation [28].

Aspects pédagogiques

La transformation d'un désaccord simple en conflit est très souvent l'expression d'un mode de supervision inadaptée [29] justifiant de modifier certains éléments de l'organisation du cabinet/service hospitalier. Il faut également former les maîtres de stage aux facteurs susceptibles d'être perçus par les internes comme une menace sur leurs identités et encourager ces derniers à exprimer leurs désaccords et gérer leur responsabilisation. Il existe des dispositifs formels de discussion entre soignants qu'il s'agisse de Réunion de concertation pluridisciplinaires [30] d'analyse de dysfonctionnements ou d'évolution défavorables comme dans les revues morbimortalité [31], d'enseignements à partir des comités de retour d'expériences ou encore de groupes d'échange de pratique [32]. Outre le développement d'une culture d'échanges spontanés, ouverts et bienveillants, structurés ou pas, entre les protagonistes, la mise en place de formations et dispositifs spécifiques pour travailler les désaccords entre les internes et leurs seniors semble utile et mériterait d'être explorée.

Curriculum caché et modèles de rôle

Les médecins en formation acquièrent leur savoir-être et calquent leurs comportements sur ceux de leurs aînés [33] Ces

derniers, étant donné leur statut de modèle, ont donc une responsabilité et un rôle clé dans l'acquisition du professionnalisme [34].

Selon l'Association médicale mondiale [27] « le programme caché ou *hidden curriculum* de l'enseignement médical, c'est-à-dire les règles de comportement affichées par les praticiens, exerce une influence plus forte qu'un programme spécifique d'éthique médicale et, en cas de désaccord entre les exigences éthiques et les attitudes et comportements des professeurs, il est fort probable que les étudiants suivront l'exemple de leurs professeurs (...) ».

De la loyauté à l'autonomisation

Le choix des situations de désaccord évoquées pendant les réunions est souvent lié à ce processus normal mais extrêmement difficile à évaluer qu'est l'autonomisation, lequel s'étend durant les 3 années de l'internat. Bien que les événements leur donnent raison, plusieurs internes, expriment une loyauté sans faille selon les principes du serment d'Hippocrate [35] « Je témoignerai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus », ou même parfois une soumission excessive à l'autorité telle qu'évoquée par Milgram [36]. Plus grave encore, certains médecins [37] ont des comportements arrogants, colériques, utilisant intimidations, humiliations et manipulations [24]. Dans les 3 récits relevant de ce cas de figure, l'acquisition d'autonomie semble nulle et le conflit s'envenime. Dans un récit, une interne ayant désobéi à son senior dit avec le sourire « Je me suis faite tuer », provoquant de la fascination chez ses collègues. Entrer en désaccord avec son maître de stage s'apparente pour certains à une façon de tester ses propres limites, la confiance que l'on porte en son propre jugement, et la confiance que nous portent les autres.

La moitié des désaccords rapportés ont lieu en première année bien que notre population ne comporte pas d'internes à ce stade de cursus. Peut-on en conclure que les désaccords sont plus fréquents en début de formation ? En tout cas, le fait que des internes plus âgés, voire en post-internat immédiat, choisissent d'évoquer des désaccords vécus plusieurs années auparavant, au début de leur internat, a montré que ces événements avaient eu un impact émotionnel fort. Il est probable que l'ancienneté ne conduise pas les internes à exprimer davantage leurs désaccords mais les incite au contraire à réaliser leurs prises en charge sans en référer automatiquement à leurs seniors afin d'éviter justement, une situation de désaccord.

Conclusions

Les outils de formation et de gestion des conflits doivent être adaptés à la relation interne-maître de stage, afin que l'expression réfléchie et constructive d'un désaccord par un interne soit un élément positif dans son *hidden curriculum* [7]. Selon le manuel d'éthique médicale [27], « les enseignants ont l'obligation de traiter leurs étudiants avec respect et de servir

d'exemple dans leurs relations avec les patients ». De même, « nos valeurs, nos croyances et notre personnalité sont exposées aux autres acteurs de santé lors de la prise de décision, de négociation et de conflit » [38]. Pour de jeunes médecins en formation, prenant des décisions pouvant avoir un impact vital sur la santé de leurs patients, s'autonomiser est un processus important et délicat. Il est source de doutes, de questionnements, et devrait bénéficier d'une bienveillance confraternelle de la part des seniors. Or, comme le souligne Merton [39], l'apprentissage de la médecine consiste à « permettre aux étudiants d'apprendre comment gérer des normes et des

valeurs incompatibles ou potentiellement incompatibles en un ensemble cohérent et fonctionnel ». Ces normes et valeurs portent sur le rôle de médecin en termes d'image de soi, de relations avec les patients et avec les confrères. Cet apprentissage est implicite et se fait dans le cadre du *hidden curriculum*. Reste à en trouver les modalités de formation optimale notamment en explorant aussi les points de vue des seniors.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.



Matériel complémentaire

Complément électronique disponible sur le site Internet de *La Presse Médicale* (<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.02.025>).
Questionnaire de l'étude

Références

- [1] De Dreu CK, Weingart LR. Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a meta-analysis. *J Appl Psychol* 2003;88:741-9.
- [2] Baldwin Jr DC, Daugherty SR. Interprofessional conflict and medical errors: results of a national multi-specialty survey of hospital residents in the US. Accreditation Council for Graduate Medical Education, Chicago, IL 60610, USA. PMID: 19012138 [PubMed - indexed for MEDLINE]. *J Interprof Care* 2008;22(6):573-86.
- [3] Randall CS, Bergus GR, Schlechte JA, McGuinness G, Mueller CW. Factors associated with primary care residents' satisfaction with their training. *Fam Med* 1997;29(10):730-5.
- [4] The Joint Commission. Summary date of sentinel events reviewed but The Joint Commission; 2014 [accès le 15 octobre 2015] http://www.jointcommission.org/assets/1/18/2004_to_2Q_2013_SE_Stats_-_Summary.pdf.
- [5] CPSI ICSP. Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé, une analyse documentaire; 2011 [accès le 15 octobre 2015] <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications%20Lit%20Review.pdf>.
- [6] Haute Autorité de santé. Medical Team Training pour réduire les risques associés aux soins; 2012 [Accès le 15 octobre 2015] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1295656/fr/medical-teamtraining-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins.
- [7] Galam E. Devenir médecin : éclairer le *hidden curriculum*. L'exemple de l'erreur médicale. *Presse Med* 2014;43:358-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2013.06.031>.
- [8] Dorotta I, Staszak J, Takla A, Tetzlaff JE. Teaching and evaluating professionalism for anesthesiology residents. *J Clin Anesth* 2006;18:148-60.
- [9] West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ* 2007;7:29. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-7-29>.
- [10] Baldwin Jr DC, Daugherty SR, Rowley BD. Unethical and unprofessional conduct observed by residents during their first year of training. *Acad Med* 1998;73:1195-200.
- [11] Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004;38:934-41.
- [12] Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med* 2002;136:384-90.
- [13] Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med* 2005;20:559-64.
- [14] Ellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002;287:3143-50.
- [15] Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cook EF, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000;15:122-8.
- [16] Northrup TA. The dynamic of identity in personal and social conflict. In: Kriesberg L, Terrell A, Northrup TA, Stuart JT, editors. *Intractable conflicts and their transformation*. Syracuse, New York: Syracuse University Press; 1989. p. 55-82.
- [17] Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ* 2004;329:770-3.
- [18] Studdert DM, Mello MM, Burns JR, Puopolo AL, Galper BZ, Truog RD, et al. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the

- ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med* 2003;29:1489-97.
- [19] Skjorshammer M. Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J Interprof Care* 2001;15:7-18.
- [20] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;84:142-5.
- [21] Sullivan MC, Bucholz EM, Yeo H, Roman SA, Bell RH, Sosa JA. "Join the Club" effect of resident and attending social interactions on overall satisfaction among 4390 general surgery residents. *Arch Surg* 2012;147(5):408-14. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.2012.27>.
- [22] Galam E. Assumer une critique pour mieux la surmonter. *Rev Prat Med Gen* 2006;744-745:1037-8.
- [23] Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J* 2006;82:9-12.
- [24] Savoldelli GL. Résolution de conflits au bloc opératoire. file:///C:/Users/user/Downloads/R%C3%A9solution%20de%20conflits%20au%20bloc%20op%C3%A9ratoire.pdf [accès le 15 octobre 2015].
- [25] Jameson JK. Transcending intractable conflict in health care: an exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers. *J Health Commun* 2003;8:563-81.
- [26] Cohn KH. A practicing surgeon dissects issues in physician-hospital relations. *J Healthc Manag* 2009;54(1):5-10.
- [27] World Medical Association. Manuel d'éthique médicale, chapitre 4. Edition 2005. <http://www.wma.net/fr/30publications/30ethicsmanual/> [accès le 15 octobre 2015].
- [28] Code de la santé publique. Article R4127_56. http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=44C50EFD6BE20AD97EB7A157CFD1DE43.tpdjo05v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912924&dateTexte=20150117&categorieLien=id#LEGIARTI000006912924 [accès le 15 octobre 2015].
- [29] Baldwin Jr DC, Daugherty SR, Ryan PM. How residents view their clinical supervision: a reanalysis of Classic National Survey Data Journal of graduate medical education. *J Grad Med Educ* 2010;2(1):37-45.
- [30] Haute Autorité de santé. Réunion de concertation pluriprofessionnelle. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf [accès le 15 octobre 2015].
- [31] Haute Autorité de santé. Revue morbimortalité. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf [accès le 15 octobre 2015].
- [32] Haute Autorité de santé. Groupe d'échange de pratiques http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf [accès le 15 octobre 2015].
- [33] D'Eon M, Lear N, Turner M, Jones C. Perils of the hidden curriculum revisited. *Med Teach* 2007;29:295-6.
- [34] Goldstein EA, Maestas RR, Fryer-Edwards K, Wenrich MD, Oelschlager AM, Baernstein A, et al. Professionalism in medical education: an institutional challenge. *Acad Med* 2006;81:871-6.
- [35] Le Serment d'Hippocrate. http://fr.wikipedia.org/wiki/Serment_d%27Hippocrate.
- [36] Milgram Stanley. Soumission à l'autorité; 2013, http://fr.wikipedia.org/wiki/St Stanley_Milgram.
- [37] Piper Le. Addressing the phenomenon of disruptive physician behavior. *Health Care Manag* 2003;22:335-9.
- [38] Marcus LJ. Renegotiating health care: resolving conflict to build collaboration. San Francisco: Jossey Bass; 1995.
- [39] Merton RK. Sociological ambivalence and other essays. New-York: Free Press; 1976.