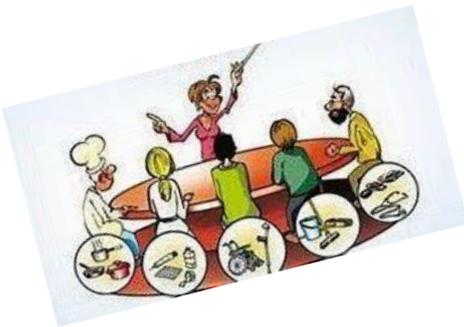


DU Infirmier Référent et Coordinateur en EHPAD et en SSIAD

Année Universitaire 2020

L'IDEC FACE A LA GESTION DU CONFLIT ET SES CONSEQUENCES



Réalisé par :

GUIHARD Amandine
MBATHEU DJAKOU Rosine
AOUDIA Laëtizia
THOMAS Léandra

Dirigé par :

DEFILLON Nadine

REMERCIEMENTS

Tout d'abord nous tenons à dire un grand merci et toute notre reconnaissance à Mme Defillon Dominique, directrice de ce mémoire, pour sa présence auprès de nous, sa bienveillance et tous ses conseils. Nous avons beaucoup appris auprès d'elle.

Merci également à nos familles pour leurs soutiens, leurs aides et gentillesse.

Merci à nos enfants qui ont fait preuve de patience et d'amour.

Et enfin merci à toute l'équipe pédagogique du DU IRCO de Paris Descartes.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	i
TABLE DES MATIERES	ii
INTRODUCTION	1
DESCRIPTION DES SITUATIONS CLINIQUES	1
1 ^{ère} situation de départ	1
2eme situation de départ.....	3
QUESTIONNEMENT :	5
LE CONFLIT ET TOUTES SES FACETTES.....	8
1. Définition du Conflit relationnel.....	8
2. Les causes du conflit relationnel	9
2.1. Sources psychologiques ou liées à la personnalité	9
2.2. Sources liées à l'organisation et à la fonction	10
2.3. Sources liées au dysfonctionnement concernant la fonction de coordination et la communication	10
2.4. Sources liées aux valeurs et croyances	10
PREVENTION DU CONFLIT	11
GESTION DE CONFLIT	13
1. Pour un bon dénouement du conflit : la Communication, qualité incontournable ?	13
2. Nos affects peuvent-ils jouer un rôle dans la gestion de conflit ?	14
LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE	16
L'IMPACT DU CONFLIT RELATIONNEL SUR LE RESIDENT EN EHPAD	17
ANALYSE DES ENTRETIENS	19
RESULTATS	21
DISCUSSION	31
CONCLUSION	33
RESUME	34
ABSTRACT	34
BIBLIOGRAPHIE.....	36

INTRODUCTION

Le conflit en équipe : sa prévention et sa gestion est le thème général de notre travail de mémoire du DU d'infirmière référente et/ou coordinatrice en EHPAD et SSIAD.

Le choix de ce thème n'est pas anodin. Nous portons toutes un intérêt de loin ou de près à la gestion de conflit au sein du personnel soignant. D'autant plus que nous avons été confrontés à des situations de conflits bien différentes dont la gestion n'a pas été évidente.

Malheureusement nous avons toutes été un jour au sein même d'un conflit. Même si nous souhaitons l'empêcher. Il est souvent inévitable. Notre travail au quotidien demande beaucoup d'attention, de l'entraide, une écoute permanente, de faire preuve à tout égard d'empathie mais il engendre parfois beaucoup de stress, de pression, de fatigue qui mettent nos nerfs à rude épreuve et il suffit d'un mot, d'une parole de travers pour que la personne en face de nous, notre collègue, se fâche. Et ce qui semblait n'être qu'une simple discorde peut devenir un véritable conflit. Est ce qu'alors ce conflit aura un impact sur le reste de l'équipe, sur l'ambiance générale et peut-être même sur notre façon de travailler ? Qui sera alors impacté de ce conflit ? Les situations conflictuelles sont très diverses. Elles peuvent toucher les soignants, les personnes âgées mais aussi les familles.

C'est donc en partie à l'IDEC de s'atteler à la tâche et de faire au mieux pour que son équipe retrouve un certain équilibre, une sérénité et puisse retravailler dans les meilleures conditions. Le conflit étant souvent inévitable, nous avons décidé de traiter ce thème justement pour pouvoir y faire face, apprendre à le gérer, à repérer les situations à risque et dans l'idéal le prévenir puis quand c'est possible de le résoudre car nous pensons qu'une bonne gestion de situation de crise ne peut que nous être bénéfique à nous même mais également apporter un bien être à l'équipe, une confiance mutuelle.

La gestion du conflit n'est pas évidente pour nous qui ne sommes pas encore formées. Plusieurs situations de conflits nous ont interpellées. Nous souhaitons approfondir la question de la gestion de conflit entre personnels dans un service.

C'est pourquoi nous avons choisi de vous décrire 2 situations que nous avons-nous même vécues en tant qu'IDE en EHPAD qui ne nous ont pas laissé indifférente.

DESCRIPTION DES SITUATIONS CLINIQUES

1^{ère} situation de départ

La situation de conflit que je décris se déroule au 4^{ème} étage d'un EHPAD de 130 lits à Paris. Je suis infirmière référente et faisant fonction d'IDEC dans cet EHPAD. A cet étage comme ratio nous avons 25 résidents pour 4 soignants. La répartition des toilettes par soignant comprend en plus des toilettes à faire seule deux toilettes à réaliser en binôme.

Nous avons pour habitude de faire un tour des services tous les matins. En arrivant dans l'un des étages, je constate que les toilettes en binôme ne sont pas faites à deux. Les soignants ont réparti la charge de travail à leur manière, elles font chacune séparément ces toilettes lourdes sans tenir compte de la sécurité et du confort du résident. Par ailleurs les résidents ne sont pas rasés, portent des vêtements souillés, sont installés tardivement à table pour le petit déjeuner, ne sont plus stimulés pendant le repas ou dorment devant leur bol de petit déjeuner. L'infirmière de l'étage navigue entre les deux soignantes. Je lui demande de m'expliquer ce qui se passe. Elle secoue la tête en me disant que ces 2 soignantes ne s'adressent plus la parole

Chacune est de son côté. Elles n'osent pas se croiser du regard. Quand elles se croisent, elles se méprisent ouvertement. Les transmissions orales entre binôme sont faites par personnes interposées. Des clans se sont formés. Cette tension transformée en conflit a fini par déstabiliser l'équipe. Le mal être de ces soignants généré par ce conflit a eu des répercussions sur la qualité de leur travail et sur la bonne prise en charge des résidents. La cohésion d'équipe qui avait pour objectif commun l'accompagnement et le bien-être du résident ainsi qu'une prise en charge optimal n'était plus atteinte.

Face à cette situation urgente, je décidais de m'entretenir avec ces deux soignantes en fin de matinée pour clarifier la situation. Je constate qu'elles ne sont pas détendues, le visage est serré. Je m'exprime d'abord pour détendre l'atmosphère. Je pose le cadre et leur demande de se respecter et de s'écouter. Je donne la parole à l'une et après à l'autre. Cela a été très compliqué dans un premier temps car malgré les consignes elles se coupaient mutuellement la parole et haussaient la voix. Elles criaient et cherchaient à se battre. Il a fallu que je les rappelle à l'ordre en les recadrant fermement par rapport à ce comportement déplacé au cours d'un entretien mené par le responsable hiérarchique

Ce qui attira leur attention. La tension a un peu baissé. Elles ont pris la parole l'une après l'autre. Elles me révèlent les faits suivants :

Soignants 1 :

« Depuis plusieurs semaines ma collègue prend son poste avec 30 à 45 minutes de retard. Une fois dans le service, elle est toujours en communication téléphonique pendant les soins. Les petits déjeuners ne sont pas servis en temps et en heure. Elle n'est généralement pas rapide dans tout ce qu'elle entreprend. Ce qui nous retarde dans la réalisation des toilettes. De plus elle ne respecte pas le choix ni le désir du résident. Par conséquent, Elle ne tient pas à différer l'heure ou le moment de la toilette du résident qui veut encore dormir. Elle ne pense pas à leur bien-être, elle ne se dit pas que le résident pourrait être fatigué parce qu'il aurait mal dormi. Si elle arrivait à l'heure, elle aurait assisté aux transmissions inter-équipe et aurait eu les informations transmises par l'équipe de nuit. Elle néglige les résidents, les soins d'hygiène sont mal faits, les résidents ne sont plus rasés par exemple. »

« C'est pénible de travailler avec ma collègue parce qu'elle ne respecte pas les habitudes de vie du résident. Elle perturbe nos résidents qui sont déjà en perte de repère. Quand je lui parle, elle se met à me crier dessus. Pour ne pas envenimer la situation, je préfère ne plus lui adresser la parole et travailler toute seule. Je ne sais pas combien de temps cette situation va durer. D'ailleurs, je voulais vous en parler. »

Soignants 2

« Ma collègue se prend pour la chef. Elle surveille tous mes faits et gestes. Elle vérifie l'heure à laquelle je suis dans le service. Elle passe son temps à me dire ce que je dois faire et ce que je ne dois pas faire. Elle critique mon travail. Tout ce que je fais est mal. Elle me stresse. Pour ne plus m'énerver en lui criant dessus, j'ai choisi de faire chemin seule. J'avance à mon rythme. Je fais toute seule les toilettes des résidents planifiés en binôme au risque de me faire mal au dos. Elle m'énerve, je veux changer de binôme ou d'étage. »

Après avoir écouté ces deux soignantes, ces situations de tension qui se sont transformées en conflit m'ont interpellée. J'ai eu envie de me former à la gestion de conflit pour appréhender la thématique.

2eme situation de départ

Infirmière depuis Janvier 2012, j'ai principalement travaillé au près de la personne âgée, essentiellement en EHPAD.

Depuis Décembre 2013, je travaillais à la résidence X à temps plein en CDD. Dès mon arrivée au sein de l'établissement, je m'y suis réellement sentie bien, j'étais une jeune infirmière épanouie. La relation avec mes collègues était pleinement satisfaisante, certaines sont devenues des amies proches.

Après un arrêt de quelques mois, à ma reprise, j'ai senti que l'ambiance générale avait changé, il y avait moins d'entraide. Lors de la pause, les IDE et la lingerie n'étaient plus prévenues. L'impression de ne plus pouvoir prendre cinq minutes pour échanger avec ses collègues ou même participer à une animation avec les résidents semblait déranger. Pourtant n'est-on pas là pour le résident ?

Certains soignants se sentaient mal à l'idée de venir travailler, ils disaient je cite « je fais ce que j'ai à faire et c'est tout » mais où était la place de la personne âgée ? Comment instaurer une relation soignant/soigné dans cette situation ? J'ai vu certains pleurer suite à des réflexions de leurs partenaires parfois même à la vue des résidents. Mes collègues les plus proches m'avaient fait part également de leur mal être, de cette ambiance pesante. Et le résident dans ce contexte, pouvait-il se rendre compte de l'ambiance générale maussade ? J'ai pu assister à des soins faits par des soignants en colère ou qui avaient simplement la boule au ventre, le visage fermé, la discussion avec le résident n'était dans ce cas pas très présente voir inexistante. Le travail était fait mais pas dans les conditions idéales. Des clans se faisaient ressentir au sein même de l'équipe de soins. Beaucoup de non dits ou de rumeurs circulaient régulièrement dans les couloirs qui pour certaines les touchaient profondément. Lorsqu'en tant qu'IDE nous donnions certaines consignes, celles-ci n'étaient pas toujours respectées, par oubli peut-être ou simplement par manque de concentration dû à l'ambiance générale qui régnait, ou peut-être est-ce une des répercussions d'un conflit d'équipe ? Un jour une nouvelle ASH est arrivée, une personne d'une cinquantaine d'année qui n'avait pas d'expérience au près de la personne âgée dans le soin, peu de temps après elle a demandé de stopper son contrat car elle ne se sentait pas bien accueillie ni encadré correctement. Elle venait régulièrement au près des IDE pour se confier sur son mal être, pleurer. Elle disait se sentir inutile, certains des AS lui faisaient sentir qu'elle n'était pas à sa place, qu'elle n'allait pas assez vite, ce qu'elle vivait mal.

Lors de mon entretien annuel professionnel, j'en ai parlé avec la cadre qui n'a pas su m'apporter de véritables éléments de réponse. Elle a émis l'hypothèse d'une fatigue générale suite à un été plus difficile.

Quelques jours plus tard j'ai été à nouveau convoquée par la cadre car 2 ou 3 aides soignantes s'étaient plaint, je passais trop de temps à discuter avec mes collègues et avec les résidents. Je passais trop de temps quand je le pouvais à assister aux animations de l'EHPAD, que je ne les aidais pas suffisamment. Pour ma part, j'étais là pour le résident et non pas pour aider en permanence l'équipe (ce que je faisais déjà très souvent). Suite à cet entretien, rien de plus n'a été fait pour résoudre le conflit qui semblait être présent. Les tensions au sein de l'EHPAD étaient toujours palpables. Beaucoup de non-dits, des aides soignantes qui ne s'adressaient plus la parole ou qui se lançaient des représailles quotidiennement.

Pourtant en tant que cadre n'avait-elle pas le devoir de gérer cette situation de crise?

Devenir IDEC est un rôle qui aujourd'hui me tient plus qu'à cœur. Apporter une sérénité, un bien être au sein de l'équipe soignante pour un meilleur accompagnement du résident, en travaillant si possible sur différents concepts comme « Humanitude » ou « Carpe diem » pour se rapprocher au plus près de la personne âgée, mais j'espère aussi à travers ce concept trouver une position bienveillante pour ma future équipe.

Après avoir vécu ce conflit, je me suis posée la question, et si demain l'IDEC, c'était moi, comment me serais-je positionnée face à cette situation de crise ?

Après avoir longuement échangé sur ces observations et constats de ses 2 situations complexes, nous nous sommes posé plusieurs questions gravitant autour du conflit d'équipe.

QUESTIONNEMENT :

Comment gérer au sein d'une équipe pluridisciplinaire un conflit ?

Existe-il différents conflits ?

Y a-t-il un cadre réglementaire pour gérer le conflit ?

En tant qu'IDEC, quel est notre pouvoir de résolution, c'est-à-dire doit-on se mettre médiateur de ce conflit ? Qu'elle est le rôle de l'IDEC dans ce conflit ? Quel outil a-t-elle à sa disposition ?

Lors d'une évolution de carrière (IDEC) au sein de l'établissement, quelle position avoir face à ses anciennes collègues ? Dans ce cas là, l'affect a-t-il un impact sur la relation ? Comment gérer un conflit en mettant de côté l'affect ? Le tutoiement a-t-il un impact sur la gestion de conflit ?

Qu'est ce que l'affectivité ?

Est-ce que les conflits empêchent de travailler ensemble ?

Faut-il gérer le conflit par nous même ? Sans prévenir la direction ?

Qu'est ce qu'être légitime auprès d'une équipe ?

Quels moyens avons-nous ? Des formations ? Des médiateurs formés à la gestion de conflit ?

Quel impact sur le résident quand une équipe se déchire ? Le soignant peut-il devenir moins attentionné ? Voir maltraitant ?

Quand le dialogue n'est plus présent au sein d'une équipe comment prendre soin du résident dans sa globalité ? En quoi le conflit d'équipe peut-il impacter l'accompagnement des résidents ?

En quoi ou dans quelle mesure le conflit peut engendrer un dysfonctionnement au sein d'une équipe ?

Dans quelle mesure le conflit d'équipe peut-il favoriser l'absence de cohésion dans une équipe ?

La psychologue peut elle jouer un rôle ?

Quelles conséquences sur l'équipe ? Est ce que la personne concernée peut avoir des conséquences sur sa carrière professionnelle (ex : blâme) ?

A t'on des moyens pour prévenir le conflit ? Des outils ?

Doit-on avoir en plus de notre rôle professionnel, un rôle de coach ? Faut-il utiliser le Scrum Master (Le rôle de **Scrum Master** est de s'assurer de l'implication de chaque membre et de les aider à franchir les différents obstacles **qu'ils** pourraient rencontrer. Comme un coach, le **Scrum Master** n'a pas vocation à résoudre directement les problèmes, mais à aider son équipe dans la recherche et l'identification de solutions) ?

Le conflit peut-il être dû à un management inadapté?

Que de questionnement ! Il nous semble essentiel d'approfondir un thème afin d'avancer dans notre réflexion. Nous aurions aimé avoir des réponses à toutes ces questions mais il y en a-t-il pour chacune d'elles? Il nous a donc fallu choisir. Celle qui, nous pensons, est essentielle pour notre future prise de poste. Notre question de départ étant basé sur le conflit et sa gestion, nous avons voulu plutôt travailler sur l'impact que ce conflit relationnel engendre sur le résident, si impact il y a.

C'est pourquoi, nous avons choisi de traiter :

Problématique : « Comment le conflit d'équipe peut-il être le frein ou un obstacle à l'accompagnement de la personne âgée en EHPAD ? »

Suite à cette problématique, nous avons émis plusieurs hypothèses :

1^{ère} Hypothèse : Il n'y a aucun impact sur la personne âgée

2nde Hypothèse : le conflit relationnel entraîne un mauvais accompagnement de la personne âgée dans ses soins.

3^{ème} hypothèse : il y a retentissement psychologique sur la personne âgée mais pas d'impact sur sa prise en soin.

4^{ème} hypothèse : il y a un impact aussi bien psychologique que physique sur le résident.

5^{ème} hypothèse : il y a un impact non seulement sur l'accompagnement du résident mais également sur le personnel soignant

DEMARCHE EXPLORATOIRE

LE CONFLIT ET TOUTES SES FACETTES

Ils existent plusieurs types de conflit comme le conflit relationnel, le conflit d'idées, le conflit d'intérêt, le conflit de pouvoir et bien d'autres encore mais ici nous avons décidé de n'en choisir qu'un, d'approfondir le conflit relationnel au sein d'une équipe pluridisciplinaire car nous pensons que c'est peut-être celui-ci qui aurait un impact sur l'accompagnement du résident ou qui en serait un obstacle ?

Mais alors qu'est ce que le conflit relationnel ?

1. Définition du Conflit relationnel

« Le mot « conflit » vient du latin « conflictus » qui signifie : heurt, choc, lutte, attaque. A l'origine, le conflit s'applique à une situation de combat armé entre deux ou plusieurs personnes, organisations ou puissances, qui se disputent un pouvoir. »¹

Selon nous il ne devrait pas y avoir lutte pour une prise de pouvoir dès lors que les postes sont clairement définis et les rôles de chacun bien établis. Cependant l'âme humaine et l'humain simplement peut effectivement remettre en cause cette simple position des rôles et dans ce cas peut engendrer des prises de position pour contrôler et se donner un certain pouvoir n'allant pas dans le sens des protocoles mis en place.

Selon le Petit Robert le conflit est une « Rencontre d'éléments, de sentiments contraires, qui s'opposent. »²

Autre définition, « Selon le Dr Austruy, psychiatre à Paris, « toute situation relationnelle entraîne nécessairement des conflits ». On espère que cette définition ne fait pas loi. Car le relationnel est partie intégrante de notre métier. Dès lors, on est en contact quasi permanent avec nos collègues et personnel soignant, on serait donc tous en conflits rapidement « Tout dépend du degré de liberté d'expression et d'égalité entre les individus. A l'origine d'un conflit, on trouve toujours des intérêts

¹ Les 50 règles d'or de la gestion de conflit- Les mini Larousses

² dictionnaire le petit Robert

divergents, des sentiments heurtés ou des désirs différents. « En fait, le conflit pose la question de l'autre, qui a parfois la mauvaise idée de ne pas vouloir ce que l'on veut ! » Chacun étant unique avec des pensées uniques, des valeurs propre à chacun, il est donc difficile de toujours être en accord avec l'autre, mais cela signifie t-il que le conflit est forcément inévitable ? Nous sommes tous amenés à vivre des conflits ! Les moments de crise sont inévitables et souvent nécessaires pour faire bouger les lignes et initialiser une mutation vers un nouvel équilibre. »³ Le conflit ne serait alors pas toujours négatif ? En effet un conflit peut-être constructif, il peut parfois permettre d'aller de l'avant vers un nouvel équilibre, de faire bouger les choses, désamorcer un problème, encore faut-il savoir le gérer à temps avant que la situation ne se détériore et qu'il y ait souffrance, colère, tristesse....

Aujourd'hui nous utilisons ce terme fréquemment dès lors où deux personnes sont en désaccord qu'il s'agisse dans le domaine de la vie privé ou professionnel. C'est un réel affrontement entre des pensées individuelles qui souhaite défendre ses droits, ses opinions, ses valeurs. Plusieurs sentiments s'entrechoquent allant de la colère, à la frustration, jusqu'à parfois la souffrance. C'est pourquoi il est essentiel de pouvoir le repérer en amont, et le gérer dès que celui-ci est présent avant que la communication ne soit plus possible entre les deux parties ou que les dommages notamment psychiques soit irréversibles. Quels moyens avons-nous alors pour le gérer ? Existents-ils des méthodes efficaces ?

2. Les causes du conflit relationnel

Aucune organisation sociétale qu'elle soit classique avec le modèle pyramidale ou agile n'échappe aux situations conflictuelles. En EHPAD, les conflits peuvent survenir avec les résidents, les familles et les salariés. Nous ne pouvons pas résoudre les conflits au travail sans en connaître les causes. Force est de constater que les équipes médicales et soignantes sont confrontées à différentes causes de conflit

Les équipes médico-soignantes sont confrontées à différentes causes de conflits qui peuvent impacter l'ambiance de travail, et potentiellement la prise en charge des résidents. Il existe de nombreuses causes ou sources de conflits dans le milieu professionnel.

2.1. Sources psychologiques ou liées à la personnalité

Ces personnes ont bien souvent besoin de défendre leur territoire. C'est un problème d'égo. « Ces conflits ont lieu en présence de personnes ayant un fort caractère ou une forte personnalité ou dans les

³ Richard Sada, Psychothérapeute, Maître de Yoga

environnements hiérarchiques agiles où la place accordée à l'individu et à la prise de responsabilité à tous est privilégié»

Elles se manifestent sous diverses formes : la violence, l'angoisse, l'agressivité, la dépression, la frustration.

2.2. Sources liées à l'organisation et à la fonction

Dans certaines structures les sources de conflits proviennent directement du dysfonctionnement au sein de l'entreprise. C'est alors qu'on constate une mauvaise définition de rôles de salariés ou une mauvaise répartition des tâches. Si les rôles de chacun sont mal définis, un conflit peut se déclencher quand l'un empiète sur le domaine de l'autre. Si les tâches sont mal réparties, un déséquilibre au niveau de la charge de travail s'observe. Ce qui engendre un sentiment d'injustice et parfois de la jalousie. Cette moins bonne organisation fera émerger des fortes tensions dans le collectif groupe et engendrer des conflits en tout genre.

2.3. Sources liées au dysfonctionnement concernant la fonction de coordination et la communication

Force est de constater que le manque de valorisation des efforts fournis par les salariés dans l'entreprise, l'absence de participation aux décisions collégiales, l'inexistence de relation efficace avec la hiérarchie occasionnent des conflits relationnels au sein d'un établissement.

2.4. Sources liées aux valeurs et croyances

Nous travaillons dans une société multiculturelle. Sur le plan moral, idéologique, religieux, les valeurs ne sont pas les mêmes. Chaque être humain a une perception du monde qui est différente de celle des autres. Par exemple une personne concevra et analysera une situation donnée par rapport à son histoire, sa culture, sa religion, ses origines, son ethnie. Nous n'avons pas tous la même façon de concevoir les choses. De ce fait, cette différence engendre des conflits au sein d'une équipe.

Ces conflits peuvent nuire à la communication et créer des désaccords entre les membres d'une même équipe au point d'engendrer chez certains un sentiment de non appartenance à l'équipe. Ils finissent par s'exclure du groupe ou de l'équipe en s'isolant.

PREVENTION DU CONFLIT

On entend par prévention, prévenir, éviter, empêcher une situation conflictuelle, ici au sein d'un EHPAD et dont les conséquences engendreraient un mal être des personnes, ou des risques pour le personnel, des procédures non suivies et leurs conséquences.

Ils existent bien évidemment diverses formations qui abordent ce sujet, nous même durant cette année de DU nous avons pu l'évoquer. Le but de ces formations étant d'apprendre à identifier les situations à risque, pour cela il faut connaître les différents types de conflits qui existent, la façon dont chacun peut réagir. Il est aussi essentiel de comprendre les conséquences engendrées suite à un conflit non résolu. Et enfin de pouvoir développer des qualités, des stratégies pour gérer au mieux ces situations conflictuelles parfois agressives.

Et pourquoi ne pas proposer à ces salariées une formation de la gestion de conflit pour qu'eux aussi puissent les repérer mais avoir aussi une bonne communication car finalement comme le note Walter Lippmann : *« quand tout le monde est du même avis, c'est que personne ne réfléchit beaucoup. Dans une équipe, dans un groupe, elles sont également un signe d'implication. Quand il n'y a pas d'expression de différence, proposition d'alternatives ..., c'est souvent un signe de désengagement et de manque d'intérêt. »*⁴ Les soignants sont donc susceptibles d'avoir des conflits dès lors qu'ils sont dans une vraie relation, le plus dangereux n'est pas le conflit en lui-même mais toute la violence que celui-ci peut engendrer. C'est pourquoi il est important d'apprendre à communiquer, à savoir être dans le non jugement, dans le respect de l'autre, accepter la différence, qu'il n'existe pas qu'une pensée unique car comme le notait Cicéron : *« Vouloir que les autres se comportent comme nous, et vouloir que les autres aient les mêmes croyances que soi, sont parmi les pires erreurs de l'humanité »*. Il faut donc pouvoir en tant qu'homme accepter l'autre, accepter de se remettre en question et admettre nos erreurs.

Selon un cours que nous avons pu avoir de Mme D. (IDEC), prévenir signifie avant tout avoir une bonne observation de l'ensemble de l'équipe soignante, un bon management passe avant tout par de l'observation, une présence sur le terrain et une écoute active.

Il faut également toujours selon Mme D :

⁴ <https://www.journaldunet.com/management/efficacite-personnelle/1141160-11-cles-pour-prevenir-et-ou-sortir-des-conflits/>

-
- *« **Organiser son service.** Le Manager doit cadrer les pratiques et répartir les tâches équitablement. Il doit veiller à la qualité de vie au travail, identifier les facteurs de stress et les situations à risque.*
 - ***Agir.** Un Manager ne laisse pas ses équipes se débrouiller seules. Le conflit est souvent un rapport de force entre un dominant et un dominé, un enjeu de pouvoir. Le Manager ne doit pas faire l'autruche.*
 - ***Poser un cadre.** Définir des règles de vie et de respect de la vie professionnelle qui ne seront pas négociables. On peut critiquer le travail mais pas la personne.*
 - ***Etre neutre et juste***
 - ***Exemplarité,** être dans la maîtrise de ses émotions. Ne pas crier, ne pas opposer les équipes, ne pas générer de stress. (Pas facile certains jours !) »⁵*

Il faut finalement savoir instaurer une relation de confiance au sein de son équipe où chacun est libre de s'exprimer dans le respect d'autrui. Savoir repérer au plus vite les situations conflictuelles pour qu'elles ne deviennent pas latentes, ce qui ne ferait qu'envenimer les choses, agir tout de suite en passant essentiellement par de l'écoute et une communication adaptée.

⁵ <https://www.journaldunet.com/management/efficacite-personnelle/1141160-11-cles-pour-prevenir-et-ou-sortir-des-conflits/>

GESTION DE CONFLIT

1. Pour un bon dénouement du conflit : la Communication, qualité incontournable ?

Au cours de notre vie, c'est dès l'enfance par l'éducation de nos parents, l'apprentissage scolaire que nous apprenons à gérer un conflit. Pour autant tout le monde n'a pas l'art et la manière de dire les choses en gardant son calme ou en mettant les formes appropriées. Pour certains c'est inné pour d'autres il va falloir passer par des formations voir même être directement impliqué dans un conflit pour apprendre de ses propres erreurs. Parmi les qualités qui ressort naturellement pour la gestion des conflits : la communication, le respect, le non jugement et l'empathie celle qui semble être la valeur fondamentale comme solution du conflit : **la communication**.

La communication est un terme qui revient très souvent dans nos différentes recherches, la gestion d'un conflit relationnel semble passer principalement par celle-ci.

Mais qu'est ce que la communication ? Selon le **Petit Robert**, elle désigne « *l'échange ou le passage de messages entre un sujet émetteur et un sujet récepteur au moyen de signes, de signaux* »⁶ Autre définition c'est « *l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et interlocuteur dont il sollicite une réponse* »⁷. C'est donc un moyen d'établir une relation avec l'autre, de pouvoir échanger des informations, des messages, de partager, à travers la linguistique mais aussi le non verbal. Elle permet d'ouvrir le dialogue.

Nous avons eu un cours concernant la communication et il y a une phrase que nous avons retenue, une phrase de Mme D. (cadre de santé) :

« *C'est un vecteur du « vivre ensemble », un art de la paix, du rapprochement des différences.* »

A elle toute seule, elle permet d'éviter toutes sortes de conflit, de rassembler les personnes qu'elles aient des valeurs différentes, des croyances opposées, des idées contraires. Si nous faisons l'effort d'avoir une communication adaptée, l'art de pouvoir écouter l'autre, car communiquer c'est aussi écouter, alors le conflit semble pouvoir être évité et nous pourrons alors construire ensemble.

En tant qu'IDEC, il est essentiel que nous apprenions à communiquer, un bon management passerait avant tout par celle-ci.

⁶ le Petit Robert

2. Nos affects peuvent-ils jouer un rôle dans la gestion de conflit ?

En tant qu'IDEC, il est de notre devoir de rester neutre et juste, mais comme tout être humain il peut arriver que nous ayons plus d'affinités avec l'un ou l'une de nos collègues, voir même qu'un lien affectif se crée. Mais dès lors où il y a affectivité pouvons nous lors d'un conflit rester dans la position de manager, réussir à ne pas prendre partie, à mettre nos sentiments de côté ? Mais d'abord il est important de savoir qu'est ce que l'affectivité ? Afin de définir ce terme, nous avons fait diverses recherches. Selon le Larousse « *c'est l'aptitude à être affecté de plaisir ou de douleur.* »⁷ Lorsque nous parlons de lien affectif, nous voulons parler d'aimer avec attachement.

D'après Boris Cyrulnik, c'est une notion qui a trop longtemps été considérée comme « *un parasite de la réflexion* »⁸. Pour lui, c'est elle qui « *gère toutes nos décisions, gouverne toutes nos biographies, donne sens à tous les évènements de notre vie* »⁹, « *l'affectivité motive la quasi-totalité de nos existences* »¹⁰. A travers cet article, il nous donne sa propre définition, qu'ici nous souhaitons retenir, « *c'est ce qui nous affecte. Un évènement, dès qu'il est perçu, nous touche, agréablement ou désagréablement. Et s'il nous affecte, ce n'est pas à cause de ce que l'on perçoit ni à cause de la chose en soi, mais en raison de ce qu'il évoque au fond de nous* »¹¹. L'être humain est affecté par des émotions, qu'elles soient exacerbées ou non, elles font partie intégrante de nous. Cette définition nous paraît juste. Nos décisions, nos choix sont orientés grâce à la perception de ces affects. Soigner sans affectivité n'est donc pas possible. Gérer un conflit en mettant de côté l'affect semble donc compromis voir impossible.... Si on suit cet auteur il est alors compliqué de rester neutre sans être touché.

De plus, à travers ses recherches, Boris Cyrulnik¹² a prouvé qu'un nouveau né sans affectivité, ne développait aucune performance, alors qu'il possède tout le programme génétique nécessaire. L'être humain a donc besoin de cette affectivité pour se construire, s'épanouir.

En poussant nos recherches, nous nous sommes rendue compte que d'autres auteurs, avait une vision proche de Boris Cyrulnik, voir la complète. Comme M. SILLAMY dans le dictionnaire de psychologie, l'affectivité est « *bien plus qu'une simple composante de la vie psychique, elle en est la base. C'est par*

⁷ Larousse

⁸Boris CYRULNIK, l'express, *l'affectivité nous façonne*, <http://www.lexpress.fr> (consulté le 09/02/2012) p1

⁹ Boris CYRULNIK (ibid), p1

¹⁰ Boris CYRULNIK (ibid), p1

¹¹ Boris CYRULNIK (ibid), p1

¹² Boris CYRULNIK, l'express, *l'affectivité nous façonne*, <http://www.lexpress.fr> consultée le 09/02/2012, p. 3

elle que l'être humain se situe dans le monde et dans ses relations à autrui. C'est elle qui fonde la personnalité dans ce qu'elle a de plus intime. Même une fonction abstraite comme la pensée est sous-tendue par une certaine manière de sentir et affectée par les émotions. Autant la sécurité, la joie et le bonheur peuvent favoriser l'épanouissement intellectuel, autant, la tristesse et l'angoisse peuvent la contrarier. L'être humain a besoin de se sentir aimé et protégé pour se développer harmonieusement. »¹³

Cela signifie : l'être humain doit se sentir aimé pour s'épanouir. C'est une des bases pour avancer dans la vie personnelle, relationnelle et professionnelle.

En effet, d'après Françoise SERREAU¹⁴, psychologue clinicienne libérale, dans la partie, relation professionnelle, nous cite un cas particulier : la relation d'aide, où elle nous dit « *l'art consiste à ne pas négliger ses propres besoins profonds et personnels tout en voulant « réparer » les carences matérielles, affectives ou éducatives d'autrui* », elle rajoute par la suite que « *la qualité de la relation affective est en rapport avec la capacité des personnes à accepter, reconnaître leurs besoins affectifs, leurs peurs et les attitudes relationnelles qui en découlent :*

- *Les principaux besoins : se sentir estimé, respecter, compris, aimé tel que l'on est.*
- *Les principales peurs : être rejeté, abandonné, incompris, agressé, méprisé. »*

Son point de vue nous semble nécessaire. Il est donc important qu'un soignant connaisse ses propres besoins, ses peurs et ses limites. Il ne doit pas les nier, s'ils souhaitent pouvoir apporter son aide à autrui. C'est également l'avis de Renaud Perronnet « *Pour nous comme pour les autres, seul « l'accueil de l'émotion telle qu'elle est » est « aidant ».* Pour garder l'équilibre et ne pas sombrer dans le burn-out, l'aidant doit apprendre à accueillir la vérité de ce qu'il vit, de ce qu'il sent, sans rien dissimuler, pour devenir capable d'accueillir ce que vit et sent l'aider. »¹⁵

Ces quelques lignes pour vous définir l'affectivité et l'importance que celle-ci a chez l'être humain. Ce besoin est nécessaire à notre épanouissement personnel et professionnel. Il est important de l'écouter. Mais lors d'un conflit avec la personne avec qui nous avons créé ce lien, peut-on mettre ces affects de côté ? Sommes-nous légitime face à elle?

¹³ Norbert Sillamy – Dictionnaire de la psychologie. Page 9 – 1989 ed. Larousse

¹⁴ Françoise SERREAU, *être en relation : Tout un art*, <http://psycause.pagesperso-orange.fr>, consultée le 14/12/2011

¹⁵ Renaud PERRONNET, *Comment gérer ses émotions dans la relation d'aide ?*, <http://www.evolute.fr> mis à jour le 27 août 2006 et consultée le 14/12/2011

LA RELATION SOIGNANT/SOIGNE

Selon le Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers « *c'est un lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé.*

Cette relation nécessite trois attitudes :

- *un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments ;*
- *une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu*
- *un minimum de disponibilité.*

*La relation soignante n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions. »¹⁶ On peut voir toute l'importance que prend la relation soignant/ soigné, où l'on y retrouve la notion de relation d'aide. Ce terme que je vais vous définir grâce à l'ouvrage d'Alexandre Manoukian, où sa définition est proche de notre vision, il nous dit : « *la relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Pour cela, elle respecte certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie, l'absence de jugement.* »¹⁷ Ces conditions préalables nous semble importante. Elles doivent être possédées par tout soignant.*

Lors d'un soin, nous nous consacrons à part entière à ce patient pendant un instant, un instant privilégié qui demande de l'attention, de l'écoute, de l'observation, chacun de nos sens sont en ébullition pour un bon accompagnement mais quand est-il lorsque nous sommes en conflit avec notre collègue ? Pouvons-nous faire abstraction de cette discorde ? Prendre en charge un patient/un résident nécessite de la communication entre soignants, mais quand celle-ci est rompu, sommes nous réellement apte à prendre soin comme nous le devrions ? Ou se situe alors le résident dans le soin ? Le soin en sera t-il impacté ?

¹⁶ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers / Marguerite Potier, Ed. Lamarre, 2002. (Les Fondamentaux; 2002)

¹⁷ Alexandre MANOUKIAN, *la relation soignant/soigné*, ed Lamarre, paris, 2007, p.56

L'IMPACT DU CONFLIT RELATIONNEL SUR LE RESIDENT EN EHPAD

Le conflit relationnel peut avoir un impact négatif dans la prise en charge de la personne âgée, temps que sur le plan relationnel, physique, que psychique.

Alors que les difficultés de communications, les différences d'opinion et de valeurs, les parcours de vie du résident, les attentes et demandes des familles et des proches, les contraintes institutionnelles, l'organisation de la structure de soins exposent les professionnels de santé à d'inévitables conflits. Leurs perceptions de la prévalence, des causes, des effets et modes de résolutions de ces conflits restent peu connues¹⁸.

Dès son admission en établissement d'hébergement pour personne âgée, le résident perd ses repères ainsi que son statut social. Il lui faut retrouver son rôle, sa place qui n'est plus ce qu'il avait auparavant. Il arrive avec ses enjeux, qui la plupart du temps sont des conflits de loyauté. Si dans la structure accueillie le conflit du personnel se fait sentir, il peut y avoir des répercussions sur sa prise en charge.

Les conflits interpersonnels sont inévitables et bouleversent les relations entre les membres d'une équipe ainsi que les résidents, cela peut engendrer un déséquilibre émotionnels de la frustration, du mal être, ce qui va entraîner de l'insécurité, des soins inappropriés et des difficultés organisationnelles.

Les désaccords et différents perçus quant aux désirs, objectifs et approches entraînent souvent des émotions négatives chez le résident telles que la peur, l'anxiété, l'agressivité, le refus de soins, de s'alimenter, d'aller en activité, d'avoir une vie sociale, mais également un comportement de clivage. Ces différentes formes de réactions peuvent générer de la méfiance chez le résident vis-à-vis de l'équipe.

Ainsi à cours, moyens et long terme il en résultera une difficulté de prise en charge du résident (difficultés à le rassurer ou à gagner sa confiance).

¹⁸ Conflits en fin de vie : perceptions des professionnels de santé en valais romand. Dans recherche en soins infirmiers 2006/3(n°86)

Nous soignant nous avons comme vocation de veiller au bien être de la personne, cependant les conflits au sein d'équipe peuvent mettre en péril la prise en charge et l'équilibre du résident ainsi que l'institution.

RESULTAT DE L'ENQUÊTE

ANALYSE DES ENTRETIENS

Matériel et méthode

On a réalisé dix entretiens semi-dirigés d'Infirmiers (ères) coordinateurs (rices) ou faisant fonction, dans des sites d'exercices différents, et on a analysé de manière qualitative.

Nous avons choisi de faire des entretiens parce qu'il nous a semblé incontournable de recueillir la parole du terrain, de noter les connaissances actuelles des IRCO, faisant fonction d'IDEC, IDE et de cadre de santé dans la gestion des conflits, de connaître l'impact du conflit sur les soignants et les résidents. En somme, nous voulons avoir une idée de la manière dont sont gérés ces conflits.

Avoir un questionnaire unique pour tous les entretiens, permet de les conduire de la même façon, même si celui-ci est fait par des personnes différentes. Il permet aussi d'avoir un questionnaire standardisé, et de faciliter l'interprétation et l'étude des réponses.

Matériel

Les dix sites concernés sont répartis sur des territoires géographiques différents.

Les professionnels interrogés ont été recrutés à la base du volontariat, travaillant dans des EHPAD. Leur anonymat est préservé. On a attribué une numérotation à chaque professionnelle de P1 à P10 pour mieux se repérer.

Chaque entretien a été réalisé par une des participantes à ce mémoire.

Le questionnaire est formé de 3 chapitres (Identification du professionnel et de son établissement ; Le conflit d'équipe, sa prévention, sa gestion et sa résolution ; Conflit d'équipe et accompagnement du résident). Chaque chapitre se déroule en plusieurs questions ouvertes ou QCM.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité.

Méthode

Il s'agit d'une analyse qualitative des dix entretiens réalisés auprès des IDEC ou faisant fonction.

Les entretiens préalablement retranscrits pas nos soins dans leur intégralité un par un.

Tous ont été discutés entre nous afin de faire sortir les points forts concernant notre hypothèse, et recentrés sur les questions posées, et ainsi analysés afin de faire se rendre compte de la perception du conflit dans ces établissements, sa gestion et ses répercussions sur le travail des professionnels et la prise en charge des résidents.

RESULTATS

Présentation des professionnelles et des établissements :

Au total 10 entretiens ont été réalisés.

Comme indiqué ci dessous, les établissements sont différents. Ce qui nous aidera à comprendre le retentissement sur la qualité de travail et l'influence sur les conflits.

Tous les professionnels questionnés sont des femmes. Agées majoritairement de plus de 40 ans, seules deux sont âgées entre 30 et 40 ans.

Deux sont Cadres de Santé diplômées, dont une avec en plus un Master. Trois ont le diplôme d'IDEC. Et enfin quatre d'entre elles font fonction d'IDEC et donc non diplômées.

Globalement elles ont de l'expérience dans leur fonction. Seules trois des professionnelles ont moins de 3 ans dans leur fonction, et une entre 3 et 5 ans ; les autres ont toutes plus de 6 ans d'ancienneté.

Les capacités d'accueil des établissements des interrogées sont très diverses, allant du simple au triple. Deux d'entre elles ont une capacité de 240 résidents, les autres entre 71 et 120 résidents. Le nombre de résidents par unité est similaire, allant de 24 à 30 résidents dans les unités standards et de 12 à 14 dans les unités protégées.

Si le nombre d'infirmier est à peu près de 0,5 à 1 par unité dans les résidences, celui des AS est très variable allant de 1 à 4. On constate que les établissements à grande capacité (240 résidents) ont moins d'AS par unité, et les plus faibles capacités sont mieux dotées (4 AS par unité pour l'établissement de 85 résidents, 2,5 à 5 AS pour l'établissement de 71 résidents).

Les amplitudes horaires sont des choix différents d'un établissement à l'autre. On constate que les IDE ont toutes des grandes amplitudes de 10 à 12hrs par jour, seuls deux établissements ont opté pour des amplitudes de 7h30 ou 8h10. Le travail des AS est lui différent ; 5 établissements ont mis des grandes amplitudes (9-12hrs), pour les 4 autres elle est de 7h30 à 8h20.

Les IDEC ont une amplitude horaire quotidienne peu variable en fonction des établissements (de 7h30 à 8h30).

Tableau 1 : caractéristiques des professionnelles interrogées :

Professionnel	Tranche d'Age	Sexe	Profession	Durée d'exercice	Ville
1	> 40 ans	Féminin	Faisant fonction IDEC	<1 an	PLELAN LE GRAND
2	> 40 ans	Féminin	Cadre de santé	6-10 ans	MAURE DE BRETAGNE
3	30-40 ans	Féminin	IDEC	3-5 ans	PARIS
4	> 40 ans	Féminin	Faisant fonction	> 10 ans	BOBIGNY
5	> 40 ans	Féminin	IDEC	< 3 ans	LIVRY GARGAN
6	30-40 ans	Féminin	Cadre santé + Master	6-10 ans	LIVRY GARGAN
7	> 40 ans	Féminin	IDEC	> 10 ans	PARIS
8	> 40 ans	Féminin	Faisant fonction	> 10 ans	ORLEANS
9	> 40 ans	Féminin	Faisant fonction	< 3 ans	PARIS
10	30-40 ans	Féminin	Faisant fonction	2,5 ans	RENNES

Tableau 2 : Caractéristiques des établissements :

Etablissement	Nombre résidents	Nombre par unité			Amplitude horaire		
		Résidents	AS/j	IDE/j	AS	IDE	IDEC
1	85	29	4	1	7h30	7h30	8h30
2	71	17-28	2,5-5	0,75	8h20	8h10	7h40
3	84	12-30	2	0,5	12h	12h	8h
4	116	28	3	0,5	11h	12h	7h
5	240	20-38	2		7h15	12	
6	240	20-24	1	0,5	7h30	12h	7h30
7	98	12-25	2-4	0,5	11h	11h	7h40
8	94	14-40	3,3	0,3	9-12h	9-12h	8h
9	120	26-31	2	1	10-12h	10-12h	7h30
10	120						

Définition du conflit

La définition du conflit est différente selon les professionnelles interrogées, même si plusieurs d'entre elles utilisent les mêmes termes « désaccord », « tension », « opposition d'idée », « opposition entre personnes », « mésentente ».

Plusieurs d'entre elles pensent que le conflit est une opposition d'idée ou de manière de voir la façon de travailler. Que ça peut même être une différence de culture.

Toutes pensent que ça mène à une tension entre les membres d'une équipe, et même « à quelque chose de très explosif ».

Pour une professionnelle le conflit « est quelque chose de naturel », « quelque chose de très positif » car permet de « connaître les gens » et du coup servir à mieux gérer les équipes.

Le conflit est défini par une professionnelle (P1) comme une « accumulation de non dits, d'incompréhension et de non communication ».

Il a été associé, (P7), à des mots comme « insulte », « ignorance », « clash », « mépris », qui, on aurait pensé être des conséquences du conflit.

Type de conflit

Quand on regarde le type de conflit le plus fréquemment rencontré par les professionnelles, on retrouve ex aequo le conflit soignant-soignant et soignant-familles, qui sont cités dans huit sur les dix entretiens. C'est dire que les relations entre les soignants sont souvent source de conflit, mais aussi les relations avec les familles, peut être dû, comme le signale le 2^o entretien, à des attentes plus élevées des familles : « les familles sont de plus en plus exigeantes », « avoir quelque chose qui correspond à ce qu'on paye ».

On constate que les IDEC sont concernées personnellement dans 3 situations. Les conflits des soignants avec les résidents ou la direction ne sont décrits que dans une situation (P5), qui d'ailleurs est concernée par toutes les situations. P10 parle aussi de conflits entre résidents.

Tableau 3 : Type de conflit rencontré :

	Soignant- Soignant	Soignant- Famille	Soignant- Résident	Soignant- Direction	Soignant- IDEC
P1	X				
P2		X			
P3	X	X			
P4		X			
P5	X	X	X	X	X

P6	X	X			
P7	X	X			X
P8	X	X			X
P9	X				
P10	X	X			X

Cause des conflits, remontée de l'information

Les causes des conflits décrites par les professionnelles interrogées sont intéressantes.

Plusieurs d'entre elles ont rapporté une recherche d'un rapport de force entre les personnels « quelqu'un qui impose son avis aux autres », « manipulation », « rapport de force », « recherche de pouvoir », « les équipes anciennes et les nouveaux ».

Se rajoute à ça une « différence de caractère », et dans la façon de travailler des personnels surtout dans les binômes : « comment faire le travail », différence de compétences des binômes », « pas de cohérence », « différence de valeurs ».

Le « manque de communication » entre les équipes et les personnels est aussi mis en avant, l'absence de transmission des informations entre les équipes ou l'absence de « fiches de tâches ».

Deux professionnelles, (P3 et P5) font remonter que le mauvais management peut aussi être source de conflit dans les équipes : « manque de clarté dans la distribution des rôles », « management inadapté », « mauvaise répartition et organisation du travail ».

Plusieurs d'entre elles ont quand même mentionné la charge de travail importante : « manque de temps », « surcharge du travail élevée », « insuffisance des effectifs », « absentéisme », se rajoute à ça le « manque de matériel » pour P3.

Pour P3 et P4 c'est aussi « le mécontentement des familles ».

P5 rajoute l'« opposition des résidents ». Pour P7 « les actes de maltraitance » sont à l'origine de certains conflits.

P8 inclus dans les causes l'état de la structure d'hébergement, son « isolement » et son « enclavement » sans être plus explicite.

Quand on demande aux professionnelles comment elles prennent connaissance des conflits dans leurs équipes, trois d'entre elles (P2, P7 et P8) disent compter sur leur expérience et leur vécu pour mettre à jour les conflits : « ça se sent avec l'expérience », « j'observe beaucoup, les toilettes ne se font plus en binôme, ... », « mon observation personnelle, en posant des questions ».

Quatre d'entre elles disent que c'est rapporté par les soignants qu'ils soient concernés ou pas. P10 rapporte aussi « j'ai déjà eu des familles qui sont venue me voir pour me dire que des professionnelles avaient eu des mésententes dans les couloirs ».

P1 dit que le conflit n'est pas dit directement mais au fil des plaintes soignants « c'est un mal parmi d'autres, le conflit ressort à force de discussion »

P8 indique aussi qu'elle les apprend pendant les réunions, ou le retour de la direction.

Difficultés rencontrées dans la gestion des conflits :

P1 met en avant son manque de légitimité à son début d'exercice « étant en CDD et pas de DU ».

Plusieurs d'entre elles signalent la peur de perdre leur neutralité : « la peur de faire une analyse pas juste de la situation », « faire abstraction des à priori », « être impartiale », « être juste », « ne pas se tromper, ne pas être induit en erreur ».

L'autre difficulté qui en ressort est de faire établir un dialogue: « manque d'écoute des salariés », « prise de parole de toute l'équipe », « ramener les soignants à s'écouter et ne pas crier », « faire entendre raison », ou carrément « les concernés ne veulent pas régler le conflit ».

P6 et P9 font remarquer le manque de temps : « d'autres urgences à traiter », « le temps de l'enquête et de la gestion du conflit ».

Façon de gérer les conflits

Seule une professionnelle (P2) indique qu'elle gère les conflits à chaud : « il faut prendre le conflit dès le départ », « ne pas laisser la poire pourrir ».

Les autres préfèrent prendre le temps. Généralement en écoutant les parties séparément puis les confronter : « à distance du conflit », « j'écoute individuellement puis je confronte », « écoute puis recadrement », « écoute, recueil des informations les plus justes », « écoute séparément puis ensemble en définissant le cadre », « ne pas réagir a chaud ».

P9 pense s'aider par le bon sens, la priorisation et l'intérêt du résident.

Pour les personnes ayant répondu à la question, elles disent tenir leur légitimité par leur statut dans la résidence et aussi l'appui de leur direction : « mon poste, mon diplôme, mon statut me rendent légitime, la direction l'officialise », « légitime par la direction et mon diplôme ».

P6 pense aussi son ancienneté joue en sa faveur : « légitime de compréhension et des connaissances en tant qu'ancienne IDE et cadre se santé ».

P10 dit travailler en binôme avec son cadre, et laisse des traces écrites.

Signes précurseurs et conflits trainants :

D'après les professionnelles interrogées, les signes précurseurs d'un conflit sont souvent les mêmes : des binômes qui ne travaillent plus ensemble, pas de transmission entre les équipes et moins de communication, présence de clans au sein des équipes.

Pour P2 il y a un « désintéressement au travail », « ils sont moins impliqués », « traînent les pieds dans les couloirs » ou des « pauses à n'en plus finir », il y a « une désorganisation ». Pour P1 « on sent qu'il y a des hauts et des bas », on sent « qu'il y a un conflit entre eux et nous » quand il s'agit de problème d'organisation.

Pour P4 et P5 on identifie les conflits en étant dans l'échange avec les équipes et en étant l'observation.

Pour P8 certains conflits se règlent tout seuls et d'autres finissent par « éclater ».

Pour les autres il faut continuer à communiquer, rassurer et « ne pas l'occulter » pour P1. Idem pour P2 pour qui « si tu laisse le conflit aller dans le temps ça risque d'être pénible » et « ce qui est derrière c'est le résident ». Pour elle faut « reprendre », « redresser », « moi je réuni 3 fois par an et demande ce qu'il faut améliorer ».

D'autres méthodes ont été citées comme faire des entretiens entre les personnes concernées, en parler à d'autres collègues ou à la direction, ou faire des changements d'équipe.

Quand le conflit traîne, P2 trouve que c'est la faute de l'IDEC « c'est que je n'ai pas bien vu où était le problème », « en tant que manager tu n'as pas le droit à l'erreur », et du coup « tu recommences » et « ne pas avoir peur de dire je me suis trompée ».

Pour les autres d'entre elles, il faut continuer à dialoguer, et « ça prend du temps » pour P1.

P3, P6 et P7 proposent des discussions entre équipes, des groupes de paroles avec un psychologue pour P6, et un groupe d'analyse des pratiques pour P7.

P8 propose de changer de binôme, de roulement ou d'étage, car il y a « un risque pour la santé du salarié et le confort du résident ».

Prévention des conflits

La prévention des conflits dans les équipes passe, pour P3, P8 et P9, P10 par une procédure uniformisée par des protocoles, des plans de soins, des règles à respecter. Ceci en découlerait de réunions d'équipes, de groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP), de formations.

Presque toutes disent qu'il est important d'être « à l'écoute », « disponible », « cadre de proximité ». P7 instaure « un repas à thème 1 fois par trimestre » et des groupes de parole comme P6. P8 une « réunion d'équipe une fois par semaine ».

P3, même si elle met des choses en place, trouve que « prévenir les conflits est une utopie ».

Formation complémentaire

Sur les 10 professionnelles interrogées seule six ont fait une formation complémentaire.

Formation sur la gestion des conflits pour P2 qui a aussi fait une formation sur le management, P4 et P8 qui a aussi fait une formation sur le travail en équipe. Formation sur le management pour P10

P1 a fait une formation sur la communication, P6 une formation sur l'éthique soignante. On voit l'intérêt de ces professionnels sur le relationnel au travail.

P3, P5, P7 et P9 n'ont pas fait de formation complémentaire ; cette dernière dit s'appuyer sur son expérience et son ancienneté.

Toutes ont jugé utile des formations complémentaires dans la gestion des conflits.

Conflits complexes :

Dans les cas très complexes, toutes sont d'accord qu'il « ne faut pas gérer ces conflits toute seule » comme le dit P2.

Elles font appel à la direction, un psychologue, en reparlent avec les équipes, leurs pairs, avec P2 qui fait appel au médecin coordinateur, et P1 qui échange avec une collègue IDEC d'une autre EHPAD. Médiateur extérieur pour P3.

Si elles sont impliquées dans le conflit, P7 laisse la direction gérer le conflit. P8 avoue qu'il est « particulièrement difficile d'être juge et partie ». P9 « s'excuser au besoin et revoir ensemble comment faire mieux ». P2 et P6 prennent du recul.

Conséquences du conflit sur l'ambiance au travail

Le mot qui revient le plus est « la démotivation » du personnel qui peut mener à une « souffrance psychologique » voir le « burn out », absentéisme. Pour P9 il y a plus d'accident du travail. L'ambiance générale peut aussi en pâtir : « les autres salariés subissent les effets collatéraux », manque de cohésion et de communication, et une désorganisation au travail avec une « mauvaise ambiance », il n'y a plus « d'harmonisation des pratiques » et une « absence de cohésion ».

Les résidents sont aussi affectés d'après elles. Il y a moins d'ateliers pour P1, mauvaise gestion des résidents pour P3. Pour P9 il y a « un manque d'empathie, de patience et de contrôle de soit face aux résidents ». Pour P10 les soignants « vont moins être à l'écoute ».

P7 rapporte « des résidents oubliés dans leur chambre » et des salariés qui « refusent de travailler en binôme entraînant un risque de maltraitance des résidents ». P2 dit qu'il y a « des gens qui restent professionnels auprès des résidents » mais « il ne faut pas laisser trainer le conflit ».

Répercussion sur le résident

A part pour P5 et P2 qui disent que « malgré les conflits, les résidents sont pris en charge » ; toutes autres signalent qu'il y a un réel impact sur le résident et la qualité de sa prise en charge avec plus de chutes, d'escarres, et d'hospitalisation.

Un moins bon suivi avec moins de transmissions, moins de pesées mensuelles, moins de suivi de l'hydratation.

P1 rapporte aussi plus d'infections urinaires, moins de soins aux patients (moins de shampoing et de pédiluve). Pour P7 ce sont des résidents moins rasés, ongles non coupés, des résidents moins stimulés ou sollicités dans les activités, et même des résidents oubliés dans leurs chambres. Jusqu'à avoir des plaintes des résidents ou des familles pour P1.

On constate par cette dernière question que le conflit provoque une réaction en chaîne qui au bout, retentit sur le résident.

Le conflit provoque chez les salariés une souffrance au travail, moins d'investissement, une moindre coordination, une absence de transmission, moins de patience et plus d'agacement ; « personnes concentrées sur le conflit et non sur le résident » pour P7. Le résident « ressent et devient plus agressif avec l'équipe » pour P3 ; il bénéficie d'une moindre qualité de prise en charge.

Pour P8 « la qualité de travail au travail et la qualité de vie du résident vont de paire ».

DISCUSSION

Le panel de professionnelles interrogées, est assez représentatif de la profession d'IDEC : âge plus de 30 ans, une expérience dans le poste assez diversifiées allant de quelques mois à plusieurs dizaines d'années, et généralement de sexe féminin.

Les structures d'EHPAD présentées sont sur différents territoires, avec un nombre de résidents varié.

Le nombre d'IDE et d'ASH l'est aussi, celui ci semble insuffisant au vue du travail demandé à ces salariés ; ce qui on le constate, peut être source de conflit, car la charge de travail élevée est souvent source de conflit, ou un frein à sa résolution quand les IDEC ont du mal à trouver des solutions de changement d'équipe.

Les principaux conflits rencontrés sont ceux entre soignants, et entre soignants et familles, on regrette qu'il n'y ait pas plus d'explications sur ces derniers dans les entretiens.

La différence d'âge, de caractère, de culture et d'affinité dans les équipes est signalée comme des sources de conflit entre soignants. Il a été cité aussi un management moins efficace avec absence de fiches de tâches, mauvaise répartition et organisation du travail.

La qualité de prise en charge du résident est la principale cause qui ressort de ces entretiens, comme cause de conflit entre les équipes et les familles ou le résident. Même si des intervenantes ont signalé le niveau d'exigence élevé de certaines familles.

La majorité des professionnelles interrogées ont des expériences antérieures comme IDE, en plus de leur formation d'IDEC / IRCO certaines ont complété leur bagage par des formations centrées sur le conflit et la communication dans les équipes. Elles disent toutes qu'elles tiennent leur légitimité dans leur fonction, leurs diplômes et l'appui de leur direction.

On constate par contre qu'il y ait ou pas formation complémentaire, les principes de résolution des conflits sont tous les mêmes : discussion avec les personnes concernées, confrontation secondairement, prendre du recul, équité dans les traitements, le recours à d'autres professionnels intérieurs (psychologue, direction, médecin coordinateur) ou extérieurs si difficultés (autre collègue IRCO, médiateur extérieur).

D'après cet échantillon, les professionnelles ne sont pas souvent concernées par les conflits.

Pour éviter les conflits, elles mettent toutes en avant leur présence dans les services auprès des soignants, leur disponibilité, leur écoute à travers des discussions individuelles ou des réunions régulières. C'est dire l'intérêt qu'elles donnent aux relations humaines.

Les conflits ont comme conséquence sur les soignants un manque de motivation, d'intéressement ; une souffrance psychologique avec plus d'absentéisme et même d'accidents du travail. On a vu qu'un conflit entre deux personnes peut influencer sur toute l'équipe et altérer l'ambiance générale voire aboutir à la formation de clans.

Il en ressort toujours un manque de communication et de transmissions entre les personnes et/ou les équipes.

La qualité de vie des résidents a été toujours décrite comme un objectif final dans la résolution des conflits des soignants, car pour toutes ces conflits finissent toujours par impacter le résident dans sa qualité de prise en charge et même dans sa santé avec plus d'hospitalisations et d'escarres.

CONCLUSION

Au final, et ayant pris du recul sur les enquêtes mais aussi en prenant en compte nos expériences à chacune, et enfin nos analyses des informations collectées il s'avère qu'il faut clairement mettre tout en œuvre pour que les conflits ne se déclenchent pas. Trop néfaste pour tous, comme une maladie dans la vie qui vous fait perdre un temps précieux et pour laquelle il y a trop de vaccins pour trouver facilement et rapidement le plus efficace. En effet il existe autant de paramètres entrant dans l'initialisation d'un conflit que de réponses dans lesquelles l'IDEC doit piocher afin d'éteindre le feu qui d'une petite braise peu aboutir en très peu de temps à un véritable enfer ingérable.

Donc toutes les actions, les moyens qu'elle doit mettre en œuvre doivent se concentrer sur la prévention des tensions en rendant les relations entre chaque intervenant, patient inclus, fluides et aussi positives que possibles.

La période exceptionnelle actuelle favorise hélas l'introversion, l'auto-défense, le repli sur soi les burn-out, et diminue les contacts pourtant nécessaires à la cohésion des équipes et réduit parfois à néant les efforts pour que tous les intervenants d'une même équipe pluridisciplinaire soient les plus sains possible. Il faut pourtant mettre un point d'honneur à favoriser la communication entre chacun, en utilisant tous les outils nécessaires pour cela. Ainsi la formation doit être développée et peut être un véritable soutien. Sans quoi en définitive et même si des exceptions existent, c'est le résident qui verra sa qualité de vie gangrainée. Cependant il nous a été difficile de se procurer des informations sur les impacts directs ou indirects sur les résidents, la littérature l'évoque peu.

On s'aperçoit au final que l'IDEC au-delà des soins qu'elle prodigue et de sa gestion des équipes n'est toujours pas suffisamment valorisée auprès des instances gouvernementales. Elle mériterait pourtant toute leur attention. Elles sont un des piliers de notre santé.

RESUME

Durant notre exercice professionnel, chacune d'entre nous fut confrontée à des conflits entre soignants. Face à une gestion délicate avec des conséquences à tous les niveaux (résidents, salariés et institution), un approfondissement semblait essentiel pour notre pratique. Notre sujet de mémoire s'est donc porté sur cette thématique.

Parmi les questions posées afin de mieux identifier le sujet, l'une d'entre elle fut prédominante. Elle est donc devenue notre question de recherche. En quoi le conflit d'équipe peut-il être un obstacle ou un frein à l'accompagnement des résidents en EHPAD ?

Force est de constater que dans les institutions et plus particulièrement dans les EHPAD, le manager principal est l'IDEC ou cadre. Celui-ci doit gérer la problématique du conflit dans son équipe avec un enjeu majeur : limiter le risque de retentissement sur leurs résidents. Le rôle de l'IDEC ou cadre serait-il de promouvoir la cohésion de son équipe ? Favoriser le bien être des soignants, améliorerait leur qualité de travail et permettrait d'atteindre notre but commun : Une prise en charge optimale et globale de nos résidents en EHPAD.

Après évaluation des résultats de notre enquête, plusieurs points furent marquants :

- Un type de management qui aurait un rôle dans la survenue du conflit
- une prise en charge en amont de petites querelles, mésententes et tensions en équipes qui limiteraient l'instauration de conflit sur la durée.
- le conflit relationnel se traduit par un manque de communication avec rétention des informations au sein de l'équipe

ABSTRACT

During our professional exercises, we have to face relational conflicts between caregivers. As a manager, it not an easy task to go through. The repercussions can affect different levels of the EHPAD like the institution, workers and the most important the resident. Because of that complex issue, we decide to explore this subject in our report.

Through the different questions asked to identify our subject, one of them as a consensus opinion: How team conflict can be an obstacle in the care giving to the resident in EHPAD?

We noticed that in the French institution and especially in EHPAD, the major management is a nurse or health frame worker which lead them to deal with this particular situation with major consequences as the well-being of the resident.

Our investigation puts light on different points. The management type of the health frame worker can affect the final issue of the conflict. Dealing with quarrels earlier prevents the instauration of conflict. The conflict revealed a lack of team cohesion and promotes unhealthy communication between coworkers.

The damages affect mostly our resident, the caregivers can't provide care of quality because of their ill being. In order to reduce the different and approach our common goal, frame worker need to provide cohesion by using different teams management tools.

BIBLIOGRAPHIE

- *GOUSSOT, Valérie. Résoudre les conflits. L'aide-soignante, mars 2003, n°45, p.13
- *Chercheur en psychologie sociale, Tim Greacen
- *livre Outils et pratique de la médiation (InterEditions) de J-L Chavanis (www.metanature.fr) et M-J Gava
- *Pierre rousseau « Comprendre et gérer les conflits dans les entreprises et les organisations »,Editions chronique sociale,lyon
- * Jean Louis Lascoux « Pratique de la médiation ,une méthode alternative à la résolution des conflits » Editions Esf
- *Robert Michit ,thierry comon « Conflit : Comprendre et pouvoir agir,Editions chronique sociale
- * Taib Belloula « Le droit du travail » Editions Dahleb 1994 »
- * COMPERE Bernard. Régulation des conflits du travail, cas pratique pou DRH, édition d'organisation, Paris, 2002, p 73.
- * WWW.seohneaeftger.com/campus/biblio/010/ qu'est ce qu'un confits.pdf.p 3, Consulté le 24/11/2017.
- * RAYMOND B et autre. Dictionnaire de la sociologie, Édition Larousse, Madrid, 2012, p42.
- * FREDERIC Teulon. Changement social et conflits, édition Mame, 2000, Paris, p27.
- * CHELALOU Ghilas et YAKOUBEN Koucila. L'impact de la communication interne sur la résolution des conflits, 2006-2007, p 10.
- * CARRE Christophe. Sortir des conflits avec les autres, édition EYROLLES, paris, 2015, p15
- *MARTORY Bernard et DANIEL Crozet. Gestion des ressources humaine, 6eme édition, DUNOD, paris, 2005, p 205.
- * COMPERE Bernard. OP CIT, p 01.
- *GARBIE Thierry, la gestion des conflits, édition economica, Paris, 2004, p 05.

*SEYDOU Kamissoko. Guide méthodologique de gestion et de prévention des conflits liée aux ressources

naturelles, édition Kita, 2008, p5.

* RICHARD Bréard et PIERRE Pastor. Gestion des conflits, édition LIASONS, paris, 2000, p35.

*20STICS Asbl.les outils pour prévenir et gérer les conflits, Bruxelles, 2014, p17.

* GUITOUNI Mohamed, HAMMOUCHE Sofiane. L'incidence des facteurs culturels et organisationnels sur

le choix des stratégies de résolution des conflits interpersonnels au travail, université de Bejaïa, 2014-2015,

p15.

*Noémie Delisle. **Les conflits du travail à l'ère postfordiste. Éléments pour un renouvellement théorique**

de l'étude des conflits du travail, Les Cahiers du CRISES, Québec à Montréal, 2010, p94-95-96

2Ibid. p96

* Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers / Marguerite Potier, Ed. Lamarre, 2002. (Les Fondamentaux; 2002)

*les 50 règles d'or de la gestion de conflits au travail, à la maison de LATIFA GALLO

*Alexandre MANOUKIAN, *la relation soignant/soigné*, ed Lamarre, paris, 2007, p.56