

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

SEPTEMBRE 2012

La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé



Avis de non-responsabilité

Les infirmières et les organismes qui les emploient ne sont pas tenus d'appliquer les présentes lignes directrices. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2012). *La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Ce programme est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Projet des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains
158, Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3
Site Internet : www.rnao.ca/bpg

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) procède au lancement du document intitulé La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé, lequel s'inscrit dans les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains. Ce document fait partie d'une série de lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) pour les milieux de travail sains élaborées jusqu'à ce jour



par la communauté infirmière. L'objectif de ces lignes directrices est de fournir les meilleurs renseignements possible pour favoriser l'établissement de milieux de travail sains et porteurs de progrès. Les LDPE dans les milieux de travail sains, lorsqu'elles sont appliquées, appuient la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien. L'AIIAO est enchantée d'être en mesure de vous offrir cette ressource clé.

Nous remercions infiniment les nombreux établissements et les innombrables personnes qui permettent à l'AIIAO de concrétiser sa vision des lignes directrices pour la pratique exemplaire dans les milieux de travail sains : le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu l'expertise de l'AIIAO pour mener à bien ce projet et y contribue par un financement important; Irmajean Bajnok, directrice du centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) de l'AIIAO, pour son savoir-faire et son travail ayant permis de faire progresser les LDPE pour les milieux de travail sains; tous les chefs des

LDPE pour les milieux de travail sains et, tout particulièrement pour la présente LDPE, Joan Almost, Derek Puddester, Angela Wolff et Loretta McCormick pour leur gestion exemplaire, leur dévouement et, surtout, leur expertise rigoureuse. Je remercie également Althea Stewart-Pyne qui, à titre de gestionnaire de programme, a mis à contribution son sens du leadership et travaillé d'arrache-pied à la concrétisation de cette LDPE. Je remercie tout spécialement les membres du groupe de préparation des lignes directrices; nous respectons et estimons votre expertise et votre bénévolat. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La communauté des infirmières, par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers et les milieux de travail sains, a transmis ses connaissances et donné de son temps, ce qui est essentiel à la création, à l'évaluation et à la révision de chaque ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre et en évaluant les lignes directrices et en travaillant pour instaurer une culture de la pratique et une prise de décisions administratives fondées sur les données probantes.

La mise en place de milieux de travail sains est une responsabilité à la fois individuelle et collective. La réussite de la mise en œuvre exige un effort conjugué de la part des gouvernements, des administrateurs, du personnel clinique et d'autres partenaires, qui travaillent ensemble à l'édification d'une culture de pratique axée sur les données probantes. Nous vous demandons de transmettre ce document aux membres de votre équipe. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres.

Ensemble, nous pouvons faire en sorte que les infirmières et les autres travailleurs de la santé contribuent à la mise en place de milieux de travail sains. Cela est essentiel pour assurer des soins de qualité aux patients. Tentons de faire des fournisseurs de soins de santé et des gens qu'ils traitent les véritables gagnants de cet effort d'envergure!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

CONTEXTE

Comment utiliser le document	4
Objectif et champ d'application	5
Principes directeurs et postulats	6
Sommaire des recommandations	7
Sources et types de données probantes	15
Membres du groupe de préparation	16
Reconnaissance des parties intéressées	17
Contexte du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains.....	20
Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains.....	22
Contexte d'origine de la ligne directrice	26

RECOMMANDATIONS

Recommandations et discussion sur les données probantes	32
Recommandations relatives à l'établissement	32
Recommandations individuelles et d'équipe	39
Recommandations externes/relatives au système	44
• Recommandations relatives aux gouvernements.....	44
• Recommandations relatives à la recherche.....	46
• Recommandations relatives à l'agrément.....	48
• Recommandations relatives à la formation.....	49
• Recommandations relatives aux organisations professionnelles et réglementaires	51
Évaluation et surveillance de la ligne directrice	53
Processus de révision et de mise à jour des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains.....	58

Références	59
------------------	----

RÉFÉRENCES

Annexe A : Glossaire	71
Annexe B : Processus de préparation des lignes directrices	74
Annexe C : Processus de revue systématique de la littérature	75
Annexe D : Exemples de gestion des conflits	78
Annexe E : Ressources visant à promouvoir le respect.....	83
Annexe F : Ressources additionnelles.....	85

ANNEXES

- Les termes suivis de la lettre « G » sont définis dans le glossaire.



Comment utiliser le document

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains sont fondées sur des données probantes et portent sur la gestion et l'atténuation des conflits^G au sein des équipes de soins de santé^G.

Elles renferment des renseignements tout à fait pertinents, mais ne sont pas conçues pour être lues et appliquées en un seul bloc. Nous vous recommandons plutôt de lire ce document et de réfléchir aux éléments présentés afin d'évaluer les recommandations qui s'appliquent à votre établissement et de les mettre en œuvre au moment qui vous convient. Nous suggérons l'approche suivante.

- 1. Étudiez le cadre notionnel pour les milieux de travail sains :** les lignes directrices sur la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé sont fondées sur un cadre notionnel pour les milieux de travail sains créé pour permettre aux utilisateurs de comprendre les relations qu'entretiennent les principaux facteurs. Comprendre ce cadre est essentiel à l'utilisation efficace du document. Nous recommandons que vous consacriez d'abord du temps à sa lecture et que vous y réfléchissiez.
- 2. Déterminez un domaine cible :** une fois que vous aurez étudié le cadre, nous suggérons que vous déterminiez un domaine cible pour vous-même, votre situation ou votre organisme. Choisissez un domaine sur lequel vous croyez devoir vous attarder afin de favoriser la compréhension des conflits dans les milieux de travail et de déterminer les situations où une intervention pourrait s'avérer nécessaire.
- 3. Lisez les recommandations et les résumés des recherches dans votre domaine cible :** un nombre de recommandations basées sur les données probantes sont offertes pour chaque élément important du cadre. Les recommandations sont des énoncés décrivant ce que font les infirmières, les équipes de soins de santé, les organisations et les systèmes ou la façon dont ils se comportent pour offrir aux infirmières un milieu de travail favorable au soutien. La documentation qui appuie ces recommandations est résumée et nous croyons que vous trouverez utile de la lire afin de comprendre le « pourquoi » des recommandations.
- 4. Concentrez-vous sur les recommandations ou les comportements souhaités qui semblent les plus applicables pour vous et votre situation actuelle :** les recommandations contenues dans ce document ne doivent pas être appliquées comme des règles; elles doivent plutôt vous servir d'outil afin d'aider les personnes, les organisations et les systèmes à prendre des décisions visant à promouvoir un milieu de travail propice au soutien pour les infirmières et les équipes soignantes et à reconnaître la culture, le climat et les difficultés situationnelles uniques de chaque organisation. Dans certains cas, il faut tenir compte de très nombreux renseignements. Vous voudrez explorer davantage et déterminer ces comportements qui doivent être analysés ou renforcés selon votre situation.
- 5. Établissez un plan à l'état de projet :** après avoir choisi un petit nombre de recommandations et de comportements sur lesquels vous attarder, envisagez des stratégies pour une mise en œuvre réussie. Établissez un plan à l'état de projet qui traite de ce vous souhaitez vraiment faire pour aborder votre domaine cible. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements, consultez les références citées ou les diverses ressources additionnelles présentées à l'annexe F.
- 6. Discutez du plan avec les autres :** prenez le temps d'obtenir l'avis des personnes qui sont susceptibles d'être touchées par votre plan ou dont l'engagement sera essentiel au succès, ainsi que des conseillers qui vous donneront de la rétroaction honnête et utile sur la pertinence de vos idées. C'est une phase aussi importante pour le développement des compétences individuelles de pratique que pour le développement d'une initiative organisationnelle de gestion des conflits.
- 7. Révisez votre plan et commencez :** il est important de commencer et de rajuster le tir au fur et à mesure. La mise en place de milieux de travail sains est un processus continu. **Bonne lecture!**

Objectif

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires portent principalement sur le personnel infirmier, les équipes soignantes et les processus qui favorisent la mise en place de milieux de travail sains. Ces lignes directrices traitent de la gestion et de l'atténuation des conflits interpersonnels au sein des équipes de soins de santé. Elles partent du principe que même s'il est possible d'éviter certains conflits, des conflits sains peuvent également être bénéfiques. Aux fins du présent document, un conflit se définit comme étant un processus dynamique intervenant entre des personnes interdépendantes ou des groupes interdépendants enclenché par une réaction émotionnelle négative en raison d'un désaccord perçu ou d'une interférence dans l'atteinte de leurs objectifs (Barki et Hartwick, 2004).

Un milieu de travail sain est un milieu qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, des résultats de qualité chez le patient et le rendement organisationnel. Un travail d'équipe efficace chez les infirmières est essentiel au bon fonctionnement des organismes de soins de santé.

Le groupe de préparation des lignes directrices a élaboré les questions suivantes afin d'aider l'évaluation des données probantes sur la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins infirmiers/de santé :

1. Quelle est l'incidence ou la prévalence des conflits dans les équipes de soins de santé?
2. Comment prévenir, atténuer et gérer les conflits dans les milieux de soins de santé?

Champ d'application

L'élaboration de ces LDPE est fondée sur les meilleures données probantes existantes et lorsque les données probantes étaient limitées, les recommandations sur les pratiques exemplaires ont été fondées sur un consensus^G qui tient compte de l'opinion des membres du comité d'experts^G.

Les LDPE ont été conçues pour aider les infirmières (peu importe leur rôle et leur lieu de pratique), les autres professionnels de la santé et les équipes de direction à accroître les résultats positifs pour les patients/clients, le personnel infirmier, les équipes soignantes et les organisations.

Les présentes lignes directrices sur les pratiques exemplaires décrivent :

- Les connaissances, les compétences et les comportements permettant une gestion efficace des conflits;
- Les pratiques exemplaires qui permettent de reconnaître, d'aborder, d'atténuer et de gérer efficacement les conflits;
- Les exigences et les stratégies en matière de formation;
- Les améliorations des politiques nécessaires sur le plan organisationnel et au niveau du système pour promouvoir et maintenir un milieu où l'on comprend, prévient, atténue et gère les conflits;
- Les stratégies et les outils de mise en œuvre;
- Les possibilités de recherche pour l'avenir.

Principes directeurs et postulats

Sur la base du consensus établi par le groupe de préparation des lignes directrices, c'est le modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits élaboré par Almost en 2006 (Figure 2) qui a servi de guide à l'élaboration de ces lignes directrices. Les membres du groupe de préparation des lignes directrices s'entendaient également pour dire que les postulats suivants constituent les points de départ fondamentaux de l'amélioration de la gestion et de l'atténuation des conflits dans les équipes soignantes. Les membres du groupe de préparation croient qu'il faut se concentrer en premier lieu sur la compréhension de la nature du conflit, puis en second lieu sur le recours à des interventions de désamorçage pour gérer le conflit.

Nous croyons :

- Que les conflits sont inévitables dans les milieux de travail;
- Que les différences perçues et réelles qui peuvent contribuer aux conflits comprennent, sans toutefois s'y limiter : l'identité professionnelle, l'identité culturelle, le sexe, l'identité sexuelle, la nationalité, la race ou l'origine ethnique, la couleur de la peau, la religion, l'âge, l'orientation sexuelle, la situation familiale, le niveau d'études, les incapacités, les valeurs liées au travail, les objectifs et les intérêts;
- Qu'un sens du leadership est nécessaire à tous les paliers organisationnels et du secteur des soins de la santé afin de mettre en place des milieux où l'on maîtrise la gestion et l'atténuation des conflits;
- Que tout conflit possède une signification et/ou une cause sous-jacente favorisant sa survenue;
- Que la compréhension, l'atténuation et la gestion des conflits peuvent produire des résultats positifs, par exemple déboucher sur des idées et des initiatives nouvelles;
- Que dans des situations où des pratiques discriminatoires peuvent être à l'origine du conflit, une consultation juridique s'appuyant sur la *Loi canadienne sur les droits de la personne* peut s'avérer pertinente.

Changez votre façon d'aborder vos désaccords avec les autres et votre façon de vous comporter pendant un conflit. Ayez la volonté de vous adresser à vos collègues en prônant une attitude directe, constructive et collaborative

(Cloke et Goldsmith, 2011)

Résumé des recommandations sur la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé

Les recommandations qui suivent ont été organisées à l'aide de concepts-clés du cadre notionnel des milieux de travail sains et sont par conséquent classées dans les catégories suivantes :

- Recommandations relatives à l'établissement
- Recommandations individuelles/d'équipe
- Recommandations externes/relatives au système

1.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT

1.1 Les organisations cernent les facteurs contribuant au conflit et prennent des mesures pour les prévenir ou les atténuer. Voici des exemples de ces facteurs :

- Les effets du travail par quarts;
- La composition et la taille des équipes;
- La charge de travail et les effectifs;
- L'étendue des responsabilités des gestionnaires⁶;
- Le niveau de participation du personnel au processus décisionnel et à la prestation des soins;
- La répartition des ressources;
- La diversité dans le milieu de travail;
- L'espace physique.

1.2 Les organisations appuient des systèmes et des processus qui réduisent au minimum les conflits, favorisent le travail d'équipe, valorisent la diversité et prônent une culture de l'intégration. Parmi les caractéristiques que les professionnels de la santé peuvent avoir en commun, on note les suivantes :

- Le niveau d'études;
- Les valeurs liées au travail;
- L'origine ethnique et la culture;
- L'âge;
- Les rôles et responsabilités;
- Le pouvoir;
- Le champ d'activité de la pratique;
- Le sexe.

1.3 Les organisations procèdent à une évaluation régulière, qui peut notamment comporter des indicateurs de la qualité, afin de cibler les types de conflits et leurs conséquences (à court et à long termes) chez les infirmières, les médecins et les autres professionnels de la santé. Les résultats de l'évaluation servent à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans d'action et de communication pour l'organisation.

1.4 Les organisations mettent en œuvre et perpétuent des stratégies fondées sur les données probantes qui aident les gestionnaires à promouvoir la conscience de soi, le développement de l'intelligence émotionnelle^G, le perfectionnement des compétences et l'utilisation des principes de gestion des conflits.

1.5 Les organisations s'assurent que tous les employés, les médecins et les bénévoles possèdent le savoir et les compétences nécessaires à la bonne gestion des conflits en :

- Fournissant une formation continue obligatoire et fondée sur les compétences traitant des styles collaboratifs ou actifs de gérer ou d'atténuer les conflits, de la communication transparente, de la constitution d'une équipe efficace grâce à des pratiques de leadership transformationnel^G et de la bonne maîtrise des aptitudes liées à l'intelligence émotionnelle^G;
- S'assurant que les travailleurs de quarts ont accès à la formation;
- Favorisant les changements dans le comportement du personnel au moyen d'une approche de formation complète adaptée aux différents niveaux (p. ex., employé, équipe, organisation) et aux différents contextes et groupes cibles. Cela comprend la mise en œuvre d'une stratégie en matière de recyclage et/ou des mises à jour régulières;
- Respectant les cadres de compétences des leaders (p. ex., le Cadre national des capacités de leadership en santé LEADS) et la pratique interprofessionnelle (p. ex., le cadre national de compétence interprofessionnelle [National Interprofessional Competency Framework] du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé).

1.6 Les organisations fournissent une aide à l'interne et/ou par l'intermédiaire d'un tiers (p. ex., conseiller spirituel, spécialiste de l'éthique, conseiller en sécurité au travail et spécialiste/consultant en matière de pratique professionnelle) pour offrir un soutien productif, permettre un processus décisionnel collaboratif et gérer/atténuer les conflits.

1.7 Les organisations s'engagent à recourir systématiquement à des styles collaboratifs ou actifs de gestion des conflits (p. ex. l'intégration et le compromis), à une communication claire (p. ex., conversations cruciales, ouvertes à l'apprentissage) et à des pratiques de leadership transformationnel^G afin de mettre en place des milieux de travail sains^G en :

- S'assurant que tous les leaders (actuels et futurs) acquièrent les compétences en gestion des conflits;
- Utilisant des processus de recrutement qui permettent d'évaluer les aptitudes en matière de gestion des conflits;
- Reconnaisant les personnes, les leaders et les gestionnaires qui adoptent les styles de gestion active des conflits^G;
- Mettant en œuvre un programme formel de mentorat à l'intention des gestionnaires et des leaders au point de service;
- Respectant les normes de pratique de *l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario* (OIIO, 2009) à l'intention des infirmières occupant un rôle administratif;
- Exigeant des gestionnaires qu'ils assument leurs responsabilités en ce qui a trait à l'adoption de styles efficaces de gestion des conflits, à la communication claire et au leadership transformationnel^G.

1.8 Les organisations évaluent la faisabilité et l'efficacité de stratégies, de normes et de politiques en matière de gestion des conflits.

1.9 Les organisations veillent à mettre en place des modes de fonctionnement, des processus et des politiques de soutien détaillés et multidimensionnels.

Les organisations doivent offrir leur appui aux employés qui assument un rôle de leader dans leur application des politiques et processus organisationnels visant à reconnaître, évaluer, surveiller, gérer et atténuer les conflits.

1.10 Les organisations prêchent par l'exemple en ce qui a trait à la valorisation et à la promotion d'une culture qui reconnaît, prévient, atténue et gère les conflits, tout en soulignant les répercussions positives des conflits, en :

- Élaborant des modes de fonctionnement et des processus qui favorisent des relations de collaboration efficaces, tant parmi les membres d'une même profession que sur le plan interprofessionnel;
- Recourant à un modèle de pratique professionnelle qui encourage la responsabilisation de la pratique, l'autonomie, la réflexion, la conscience de soi, le pouvoir décisionnel en lien avec le milieu de travail et les soins prodigués au patient/client;
- Encourageant l'autonomie professionnelle et la prise de décisions;
- Mettant en œuvre et en appliquant des pratiques efficaces de dotation et d'établissement de la charge de travail;
- Établissant un climat fondé sur l'appréciation, la confiance et le respect;
- Incluant des ressources aux séances d'orientation;
- Recourant à un éventail d'outils, tels que des formations, des campagnes médiatiques et des processus d'examen du rendement.

1.11 Pour les soins en collaboration interprofessionnelle, un appui organisationnel est offert afin d'aborder le conflit de façon constructive en :

- Valorisant les résultats positifs susceptibles de se dégager du conflit;
- Cernant des situations courantes qui risquent d'entraîner un désaccord ou un conflit, y compris l'ambiguïté des rôles, la structure hiérarchique et les différences dans les méthodes utilisées pour atteindre les objectifs de soins aux patients/clients;
- Établissant un milieu où le personnel peut exprimer sans crainte ses opinions et points de vue;
- S'assurant que les attentes liées au poste sont cohérentes et claires pour tous les professionnels de la santé.



2.0 RECOMMANDATIONS INDIVIDUELLES ET D'ÉQUIPE

- 2.1** Les infirmières et les équipes soignantes reconnaissent qu'il est normal que des conflits surviennent et cherchent à comprendre, par des pratiques d'autoréflexion, les effets de leurs comportements, valeurs, croyances, conceptions et perceptions sur leurs relations avec les autres, et la manière dont le comportement des autres a une incidence sur les conflits. À cet effet, les infirmières et membres des équipes soignantes :
- Cernent les comportements et/ou attitudes personnels qui pourraient avoir contribué au conflit et s'efforcent de modifier ce comportement ou ces attitudes;
 - Reconnaittent et comprennent leur style personnel de gestion des conflits;
 - Développent leurs compétences en résolution de conflits en tirant parti des formations offertes. Si aucune formation n'est offerte, l'infirmière peut porter cette question à l'attention de son gestionnaire/directeur;
 - Comprennent l'importance de l'intelligence émotionnelle⁶ et des expériences vécues ainsi que leurs liens avec le conflit.
- 2.2** Les infirmières et les équipes soignantes participent à l'édification d'une culture qui soutient la gestion et l'atténuation des conflits en :
- Cherchant à résoudre les conflits en tirant parti, s'il y a lieu, des programmes d'orientation des employés (programmes d'aide aux employés), de l'accès au soutien (santé au travail) et de la formation offerte dans leur organisation ou dans leur milieu;
 - Reconnaittent le conflit et en discutent lors de forums tels que les réunions du personnel;
 - Étant responsables de leurs actions et en s'engageant à gérer et à atténuer les conflits;
 - Participant d'une manière active et constructive aux initiatives de l'équipe de soins infirmiers;
 - Étant responsables de leurs paroles et respectueuses lors des communications avec les patients/clients, les familles et les membres de l'équipe soignante;
 - Cherchant des occasions et en assumant la responsabilité de mettre en commun les connaissances et les pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers et des soins de santé en général.
- 2.3** Les infirmières, les équipes soignantes et les professionnels de la santé :
- Reconnaittent qu'un conflit peut être abordé de différentes façons, selon la relation entre les personnes concernées;
 - Comprennent leur rôle unique dans l'expérience vécue par le patient/client en ce qui concerne sa santé ou sa maladie et dans la prestation de services de santé, et leur rôle d'importance capitale dans l'amélioration des résultats de santé, laquelle est tributaire d'une conception des soins axée sur les besoins des patients/clients;
 - Comprennent et respectent les rôles, le champ d'activité de la pratique et la responsabilité de tous les membres de l'équipe soignante⁶.
- 2.4** Dans leur pratique, les infirmières et les membres des équipes soignantes collaborent avec les autres membres de leur équipe dans le respect et la confiance en :
- Assurant une communication ouverte en ce qui concerne la prestation des soins aux patients/clients et les autres activités professionnelles;

- Établissant des buts clairs et objectifs de soins aux patients/clients;
- Établissant des processus pour la résolution des conflits et des problèmes;
- Participant à un processus décisionnel ouvert et transparent;
- Étant un membre actif et engagé de l'équipe soignante^G et en faisant preuve de respect et de professionnalisme;
- Contribuant au bon moral de l'équipe;
- Comprenant que chaque membre de l'équipe contribue à bâtir le milieu de travail;
- Soutenant chaque membre de l'équipe dans tous les aspects de sa pratique.

2.5 Les personnes contribuent à l'élaboration de processus, de stratégies, d'outils et de modes de fonctionnement clairs, lesquels favorisent la gestion et l'atténuation des conflits. Il convient de mettre l'accent sur les éléments suivants :

- Communication ouverte, honnête et transparente;
- Rétroaction constructive et collaborative;
- Buts et objectifs clairs qui favorisent le professionnalisme, le respect et la confiance.

2.6 Les infirmières et les équipes de soins de santé participent activement à la formation en vue d'adopter une approche constructive de gestion et d'atténuation des conflits.

2.7 Consultent les lignes directrices, politiques et procédures organisationnelles et professionnelles en lien avec la gestion et l'atténuation des conflits en :

- Cherchant un soutien;
- Obtenant de l'information;
- Apportant un soutien à leurs collègues.

2.8 Utilisent les outils et stratégies de gestion et d'atténuation des conflits, notamment :

- Écouter activement et avec empathie;
- Permettre à autrui d'exprimer ses inquiétudes;
- Aller au-delà des apparences pour comprendre les choses en profondeur;
- Reconnaître ses fautes s'il y a lieu et canaliser autrement les émotions;
- Faire la distinction entre les éléments importants et les détails superflus;
- Tirer des leçons des comportements difficiles;
- Diriger et guider la transformation;
- Négocier dans un esprit de collaboration afin de résoudre le problème.

Recommandations externes/relatives au système

3.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX GOUVERNEMENTS :

3.1 Les gouvernements reconnaissent que les conflits dans les équipes de soins de santé^G constituent un enjeu majeur.

3.2 Tous les paliers de gouvernement favorisent un milieu de travail sain en :

- Élaborant des politiques et des cadres législatifs qui appuient la gestion et l'atténuation des conflits;
- Élaborant des politiques et des cadres législatifs qui favorisent la collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle ainsi que le travail d'équipe;
- Assurant un financement durable afin de permettre une prévention, une gestion et une atténuation efficaces des conflits dans tous les milieux de soins de santé;
- Établissant des exigences en matière de responsabilisation, notamment par le truchement de plans d'amélioration de la qualité, d'agrément ou d'autres ententes sur la responsabilisation en matière de gestion et d'atténuation des conflits dans tous les milieux de soins de santé.

3.3 Les organismes gouvernementaux et les décideurs harmonisent de façon stratégique la gestion des conflits avec d'autres initiatives en matière de milieux de travail sains^G, de sécurité des patients/clients^G, de pratique interprofessionnelle collaborative et de qualité des soins aux patients/clients.

3.4 Les gouvernements s'engagent à implanter et à appuyer des projets de recherche en offrant un financement adéquat, adapté à la complexité du type d'études nécessaires pour examiner les conflits dans les équipes de soins de santé.

4.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA RECHERCHE :

4.1 Les chercheurs établissent des partenariats avec les gouvernements, les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les syndicats, les organisations de soins de santé et les établissements de formation pour mener des recherches sur les conflits dans les équipes de soins de santé^G.

4.2 Des chercheurs de diverses professions étudient :

- Les diverses conséquences des différents types de conflits au travail sur le personnel, les patients/clients^G, les résultats de l'organisation et du système, y compris la qualité des soins, la sécurité des patients, le recrutement et la stabilité du personnel;
- La prévalence et l'incidence des conflits, ainsi que leurs types, pour tous les milieux et secteurs de l'organisation;

- Les antécédents⁶ et facteurs d'atténuation propres à chacun qui ont une incidence sur les différents types de conflit au travail pour tous les milieux et secteurs de l'organisation;
- L'existence et l'efficacité des théories et pratiques actuelles de gestion employées pour prévenir, gérer et atténuer les conflits en milieu de travail, y compris les programmes de formation et d'enseignement;
- Les divers niveaux auxquels des conflits peuvent survenir (p. ex., individuel, équipe, système de soins de santé, société) au moyen d'un large éventail de méthodes et d'outils théoriques;
- La faisabilité, l'efficacité et la durabilité des programmes et des interventions conçus pour prévenir, gérer et atténuer les conflits.

4.3 Les chercheurs élaborent, mettent en œuvre et évaluent une stratégie d'intervention en cas de conflit en se fondant sur le modèle conceptuel illustré à la Figure 2 (page 30).

4.4 Au moyen de stratégies efficaces d'application des connaissances, les chercheurs transmettent les résultats de recherche à leurs partenaires (organismes gouvernementaux, associations professionnelles, organismes de réglementation, syndicats, organisations de soins de santé, établissements d'enseignement) et aux personnes qui ont participé à la recherche.

5.0 Recommandations relatives à l'agrément :

5.1 Les organismes d'agrément, en se fondant sur les données probantes, élaborent et mettent en œuvre des normes et critères sur la gestion et l'atténuation des conflits, auxquels devront satisfaire les équipes de soins de santé lors du processus d'agrément.

6.0 Recommandations relatives à la formation :

6.1 Le milieu d'enseignement prêche par l'exemple en ce qui a trait à la valorisation et à la promotion d'une culture d'apprentissage qui reconnaît, prévient, atténue et gère les conflits, tout en soulignant les répercussions positives des conflits.

6.2 La formation des professionnels de la santé comprend :

- Des occasions formelles et informelles, pour les étudiants en soins infirmiers et ceux d'autres disciplines, de développer et de mettre en pratique leurs aptitudes en matière de reconnaissance, de prévention, de gestion et d'atténuation des conflits en milieu de travail;
- Des connaissances sur les différents types de conflits et leurs répercussions sur la santé personnelle, la carrière, la dynamique de l'équipe et l'apprentissage;
- Des stratégies de communication adéquates pour réagir en cas de conflit en milieu de travail (patients/clients, pairs et autres professionnels de la santé, médecins, superviseurs et membres du corps enseignant);
- Des connaissances sur la façon et le moment de recourir aux soutiens internes et externes pour réagir à un conflit et un encouragement à chercher des solutions au niveau individuel, organisationnel et systémique.

- 6.3** Les milieux d'enseignement collaborent avec les établissements de santé pour élaborer des programmes de transition vers la pratique, de mentorat ou de résidence s'adressant aux nouveaux diplômés.

7.0 Recommandations relatives aux organisations professionnelles et réglementaires :

7.1 Les organisations professionnelles et réglementaires et les syndicats de professionnels de la santé doivent :

- Donner une formation à tous les professionnels de la santé sur la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé;
- Élaborer des normes de compétence pour les gestionnaires et les leaders dans lesquelles la gestion des conflits est clairement mentionnée en tant que priorité;
- Intégrer la gestion et l'atténuation des conflits à toutes les politiques, normes, lignes directrices et ressources de formation pertinentes;
- Réduire au minimum l'ambiguïté des rôles en élaborant des normes qui définissent et distinguent clairement les rôles et responsabilités des divers professionnels de la santé;
- Collaborer avec les décideurs pour veiller à ce que la recherche et les interventions en matière de gestion et d'atténuation des conflits dans tous les milieux de soins de santé fassent partie de leurs priorités et soient financées;
- Collaborer avec les établissements de santé et d'enseignement afin d'évaluer les politiques, normes, lignes directrices et ressources de formation pertinentes;
- Encourager les responsables de la recherche, de l'agrément, de la formation, des politiques et des ressources à traiter de la question des conflits en milieu de travail.



Sources et types de données probantes sur la gestion et l'atténuation des conflits au sein des équipes soignantes

Sources des données probantes

Les recherches de données probantes ont révélé la présence d'études expérimentales, quasiexpérimentales, descriptives et qualitatives.

Les sources documentaires de ces données comprennent :

- Une revue systématique des travaux publiés sur les conflits (voir l'Annexe C)
- Des sources supplémentaires provenant des membres du groupe de préparation des lignes directrices.

Types de données probantes

La pratique actuelle dans le domaine de l'élaboration de lignes directrices sur la pratique exemplaire demande que la solidité relative des données probantes soit évaluée. (Moynihan R., 2004) Les systèmes courants de classement des données probantes considèrent les revues systématiques portant sur des essais à répartition aléatoire comme la méthode de référence, les autres méthodes occupant un rang inférieur. (Pearson A., Laschinger, H. et Porritt K. et coll., 2004) Toutefois, les essais à répartition aléatoire ne conviennent pas forcément à l'étude de toutes les questions pertinentes, particulièrement si les sujets ne peuvent être répartis de façon aléatoire ou si les variables pertinentes existent déjà ou sont difficiles à isoler. Cela est particulièrement vrai dans le cas de la recherche comportementale et organisationnelle pour lesquelles les études sont difficiles à concevoir en raison des modes de fonctionnement et des processus organisationnels en constante évolution. Les professionnels de la santé ne se préoccupent pas seulement des relations de cause à effet : ils reconnaissent une vaste gamme d'approches permettant de générer la connaissance de la pratique. Les données probantes contenues dans le présent document ont été classées selon une adaptation des niveaux de la preuve traditionnels, utilisés par Cochrane Collaboration (CCNET, 2006) et la ligne directrice du Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (SIGN, 2005)

Système de classement des données probantes

Type de données probantes	Description
A	Données probantes tirées d'études comparatives et de méta-analyses ^G
A1	Revue systématique ^G
B	Données probantes tirées d'études corrélationnelles descriptives ^G
C	Données probantes tirées d'études qualitatives ^G
D	Données probantes tirées d'opinions d'experts ^G
D1	Revue d'intégration ^G
D2	Revue critiques ^G

Membres du groupe de préparation

Joan Almost, INF. AUT., PH. D.

Co-présidente du groupe
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université Queen's
Kingston (Ontario)

Derek Puddester, M.D., M.ED., FRCPC

Co-président du groupe
Professeur agrégé, Psychiatrie/directeur,
Programme de promotion de la santé à la faculté,
Faculté de médecine
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

David Gladun, INF. AUX. AUT.

Infirmier soignant
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay
Thunder Bay (Ontario)

Lesley Hailstone, INF. AUT.

Infirmière responsable
Centre de soins de longue durée Chateau Gardens
Parkhill (Ontario)

Lina Kiskunas

Étudiante de troisième année en sciences infirmières
Université Ryerson
Toronto (Ontario)

Maureen Kitson, INF. AUT., B.A.

Directrice des services aux clients, division de Burlington
Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton
Niagara Haldimand Brant
Burlington (Ontario)

Loretta G. McCormick, INF. AUT. (CATÉGORIE SPÉCIALISÉE), B.SC.INF., M.SC.INF.

Infirmière praticienne en soins de santé
Hôpital Memorial de Cambridge, service de MPOC
Cambridge (Ontario)

Anne-Marie Malek, INF. AUT., B.SC.INF., MHSA, CHE

Présidente, directrice générale et directrice des soins
infirmiers
Centre de soins de santé West Park
Toronto (Ontario)

Maria Pena, INF. AUT.

Infirmière soignante à la clinique des stimulateurs cardiaques
Hôpital général de Guelph
Guelph (Ontario)

Dawn Ricker, B.A.

Défenseur de la sécurité au travail
Hôpital Hôtel-Dieu Grace
Windsor (Ontario)

Diane Strachan, INF. AUT., B.SC.INF.

Présidente de l'unité de négociation, AIIO
London Health Sciences Centre
London (Ontario)

Patricia Sutton, INF. AUT.

Gestionnaire principale, Centre de soins intensifs cardiaques
Sick Kids Hospital
Toronto (Ontario)

Lorraine Telford, B.SC.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, ICSC(C)

Gestionnaire, assurance de la qualité (par intérim),
Bureau de santé publique de Toronto
Toronto (Ontario)

Angela Wolff, PH.D., INF. AUT.

Directrice, éducation clinique, pratique professionnelle
Fraser Health Authority
Surrey, Colombie-Britannique

Althea Stewart-Pyne, INF. AUT., B.SC.INF, M.SC.S.

Directrice de programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Erica D'Souza, B.SC., CERT. GÉRONTO., DIPL. PROMO. SANTÉ

Coordonnatrice de projet
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Patti Hogg, B.A. (HON.)

Coordonnatrice de projet
Association des infirmières et infirmiers autorisés
de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Les membres du groupe de préparation des lignes directrices ont fait des déclarations d'intérêt et de confidentialité. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario souhaite également remercier les adjointes à la recherche Kim English et Stacy Recalla pour leur contribution à l'évaluation de la qualité de la documentation et à la rédaction des tableaux de données probantes.

Reconnaissance des parties intéressées

L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice en soins infirmiers et pour nous avoir communiqué leur précieuse rétroaction :

NOM, RÉFÉRENCE

SUSAN ASHTON, INF. AUT., B.SC.INF., ISP

SUSAN BAILEY, INF. AUT., B.A., M.SC.INF.

NANCY A. BAUER, B.A. (HON.),
B.A.A. (HON.), INF. AUT., INFIRMIÈRE STOMOTHÉRAPEUTE

SHAWNA BELCHER, INF. AUT., B.SC.INF., ICPSM

BARBARA BELL, INF. AUT., B.SC.INF.,
MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, CHE

JENNIFER BERGER, INF. AUT., B.SC.INF., M.SC.

SUSAN BERNJAK, INF. AUT., B.A., CACE, CSIG(C)

MARGARET BLASTORAH, INF. AUT., PH. D.

DEBBIE BRUDER, B.A., INF. AUT., M.SC.S.

VANESSA BURKOSKI, INF. AUT., B.SC.INF., IPSP

CHRISTINE CALDWELL, INF. AUT., ICPSM(C)

LOUISE CAICCO TETT, INF. AUT., B.SC.INF., PSAC

FARAH KHAN CHOUDHRY, INF. AUT., B.SC.INF.,
MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS

DEBORA COWIE, INF. AUX. AUT.

MICHELLE DAGLORIA, INF. AUT., B.SC.INF.

TITRE, ORGANISATION, MUNICIPALITÉ, PROVINCE

Directrice, Ashton Consulting, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

Coordonnatrice des pratiques exemplaires, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto (Ontario)

Animatrice championne de l'AIIAO, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto (Ontario)

Chef d'équipe, Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia, Orillia (Ontario)

Infirmière en chef et chef des professions de la santé, Centre de soins de santé West Park, Toronto (Ontario)

Spécialiste clinique, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Oakville (Ontario)

Éducatrice régionale, Office régional de la santé de Winnipeg, Programme de foyers de soins de longue durée, Winnipeg, Manitoba

Directrice de la recherche en sciences infirmières, Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto (Ontario)

Spécialiste de l'informatique clinique, Hôpital Grand River, Kitchener (Ontario)

Vice-présidente, pratique professionnelle et directrice des soins infirmiers, M.Sc.Inf., doctorat en administration de la santé, Health Sciences Centre, London (Ontario)

Coordonnatrice de la clinique externe, troubles de l'humeur, Centre de santé mentale Royal Ottawa, Ottawa (Ontario)

Consultante en santé au travail, présidente, Health & Safety Professionals Inc., Sault Ste. Marie (Ontario)

Administratrice de l'unité de soins infirmiers, Hôpital Mount Sinai, Toronto (Ontario)

Infirmière soignante, Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores, Whitby (Ontario)

Éducatrice en médecine clinique, Hôpital général de Guelph, Guelph (Ontario)

SYLVIA DAVIDSON, M.SC., B.SC., DIPLÔMÉE EN GÉRIATRIE, ERG. AUT. (ONT.)	Leader en pratique avancée – gériatrie, Toronto, Institut de réadaptation de Toronto, University Centre, Toronto (Ontario)
CHRISTINE D'SOUZA, INF. AUT., B.SC.INF., M.SC.INF. (ÉTUDIANTE)	Étudiante à la maîtrise – Université de Toronto, cardiologie et chirurgie cardiovasculaire, Toronto (Ontario)
DEBORAH DUNCAN, INF. AUT.	Vice-présidente des programmes régionaux, Centre de soins de santé mentale Waypoint, Penetanguishene (Ontario)
CHRISTINE DUNN, INF. AUT., B.SC.INF. (HON.), M.SC.INF.	Co-coordinatrice de la formation, Centre de santé St-Joseph, Toronto (Ontario)
MICHELE DURRANT, B.SC., M.SC.	Éducatrice en pratique avancée en soins infirmiers, the Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario)
LAURA FARRELLY, INF. AUT., B.SC.INF., M.ED.	Chef de la pratique des soins infirmiers, Hamilton Health Sciences, Juravinski Hospital and Cancer Centre, Hamilton (Ontario)
ROBIN FERN, INF. AUT., M.SC.	Infirmière soignante, St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario)
LELA FISHKIN, INF. AUT.	Superviseure, Services régionaux de soins infirmiers, Richmond Hill (Ontario)
BETTYANN GOERTZ, INF. AUT., B.SC.INF., ICPSM(C)	Infirmière soignante, London Health Sciences Center, London (Ontario)
FRANKLIN F. GOROSPE IV, INF. AUT., B.SC.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS	Membre du corps professoral/infirmier soignant, École des sciences de la santé – Collège Humber, Institute of Technology and Advanced Learning & Preoperative Department – Toronto General Hospital (Réseau universitaire de santé) Toronto (Ontario)
KATHY-LYNN GREIG, INF. AUX. AUT., B.SC.INF. (ÉTUDIANTE)	Infirmière soignante, Hôpital de Scarborough – campus Birchmount, Centre de soins de santé West Park, Toronto (Ontario)
WENDY HOLMES, MAÎTRISE EN HYGIÈNE PUBLIQUE, INF. AUT., ICSC(C)	Coordonnatrice de programme – services cliniques, unité Haldimand, Simcoe (Ontario)
SYLVIA A. KOMMUSAAR, INF. AUT.	Superviseure, Extendicare Van Daele, Sault Ste. Marie (Ontario)
ARUNA S. KOUSHIK, M.S.S.	Commissaire, services de médiation et droits de la personne, Hôpital régional de Windsor, Windsor (Ontario)
RUBY LIBRADO, INF. AUT., M.SC.INF., CRRN, ACPN,	Infirmière de pratique avancée, Veterans Centre Sunnybrook, CSIG(C), Toronto (Ontario)
LISA MILLS, INF. AUT., B.SC.INF.	Consultante en soins infirmiers, Chartwell Seniors Housing REIT, Mississauga (Ontario)
ROLA MOGHABGHAB, INFIRMIÈRE PRATICIENNE CHEZ LES ADULTES, MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS	Infirmière praticienne, St. Michael's Hospital, Toronto, CSIG(C), réseau GEM (Geriatric Emergency Management Network) (Ontario)
JAMES MURRAY, INF. AUT.	Infirmier clinicien, vice-président, section locale 100 AIIO, London Health Sciences Centre, London (Ontario)

LINDA OGILVIE, INF. AUT., B.SC.INF., M.S.	Gestionnaire, soins de santé au travail, Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, Toronto (Ontario)
GLADYS PEACHEY, INF. AUT., PH. D.	Professeure adjointe, Université McMaster, Hamilton, (Ontario)
CHRISTINE PICHIE, INF. AUT., B.SC.INF., ICP(C)	Infirmière soignante à l'unité néonatale de soins spéciaux, Centre régional de santé de Peterborough, Hastings (Ontario)
LEANNE PROVEAU, INF. AUT., B.SC.INF., M.SC.INF.(C), CSI(C)	Infirmière éducatrice clinique, soins intensifs, St. Mary's General Hospital, Kitchener (Ontario)
SHARON RAMAGNANO, INF. AUT., B.SC.INF.(E), CSU(C), M.SC.INF., M.G.S.S.	Infirmière de pratique avancée, urgences/traumatismes, Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto (Ontario)
JUDY SMITH, INF. AUT., B.SC.INF., MDE, CSU(C)	Infirmière du réseau GEM (Geriatric Emergency Management Network), Hôpital central de York, Richmond Hill (Ontario)
ORLA M. SMITH, INF. AUT., B.SC.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, PH.D. (DOCTORANTE)	Gestionnaire de la recherche, St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario)
MICHELLE SOBREPENA, INF. AUT., B.SC.INF., CSI(C), M.SC.INF. (ÉTUDIANTE)	M.Sc.Inf. (étudiante) – Université York, Hôpital central de York, Coordinatrice des soins aux patients, soins intensifs, Toronto (Ontario)
GEMMA SMYTH, B.A., LL.B., LL.M., C.MED	Professeure et directrice clinique académique, Université de Windsor, Faculté de droit, Windsor (Ontario)
LILY SPANJEVIC, INF. AUT., B.SC.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, CSIG(C), CSIR(C)	Infirmière de pratique avancée, médecine gériatrique, Hôpital Joseph Brant Memorial, Burlington (Ontario)
SUSANNE SWAYZE, INF. AUX. AUT.	Infirmière soignante, inf. aux. aut, St. Joseph Healthcare Hamilton – Secure Forensic Unit, Hamilton (Ontario)
STANLEY STYLIANOS, B.S., B.A. (HON.)	Chef de programme, Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto (Ontario)
BARB TAIT, INF. AUT.	Chef de quart, Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores, Whitby (Ontario)
MEREDITH WHITEHEAD, INF. AUT., B.SC.INF., M.SC.INF., CSU(C)	Chef de la pratique professionnelle en soins infirmiers, Hôpital central de York, Richmond Hill (Ontario)
JANET WILLIAMS, INF. AUT.	Infirmière soignante/instructrice clinique, Quinte Healthcare, Collège Loyalist, Belleville (Ontario)
ROSEMARY WILSON, INF. AUT.(EC), PH.D.	Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières de l'Université Queen's, Kingston (Ontario)

Contexte du projet de Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

En juillet 2003, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), grâce au financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), en partenariat avec le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada, a débuté la rédaction des lignes directrices pour la pratique exemplaire basées sur les données probantes afin d'établir des milieux de travail sains^G pour les infirmières^G. Tout comme pour la prise de décisions cliniques, il est important que ceux qui se concentrent sur la mise en place de milieux de travail sains^G prennent des décisions en fonction des meilleures données probantes possible.

Le projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains^G se veut une réponse aux besoins prioritaires déterminés par le Comité mixte provincial des soins infirmiers (CMPSI) et le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI, 2002). L'idée de rédiger et de diffuser à grande échelle un guide sur les milieux de travail sains a d'abord été proposée dans *Ensuring the care will be there: Report on nursing recruitment and retention in Ontario* (AIIAO, 2000), soumise au MSSLD en 2000 et approuvée par le CMPSI.

Plusieurs facteurs exercent une pression de plus en plus vive sur les systèmes de soins de santé : la nécessité de maîtriser les coûts et d'accroître la productivité, l'augmentation de la demande découlant de la croissance de la population et de son vieillissement, l'évolution de la technologie et un certain consumérisme qui encourage les goûts de plus en plus raffinés. Au Canada, la réforme des soins de santé est axée sur les principaux objectifs précisés dans l'Accord des premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de 2000 (CICS, 2000), l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003 (Santé Canada, 2003) et de 2004 (Rencontre des premiers ministres, 2004) :

- la prestation en temps opportun de services de santé en fonction des besoins;
- des soins de santé de qualité supérieure, efficaces, axés sur le patient/client et fiables;
- un système de santé viable et abordable.

Les infirmières sont une composante essentielle dans l'atteinte de ces objectifs. Un nombre suffisant d'infirmières est primordial au maintien d'un accès abordable à des soins de santé sûrs et opportuns. L'établissement de milieux de travail sains^G pour les infirmières est cruciale au recrutement et au maintien en poste des infirmières.

De nombreux rapports et articles ont documenté les difficultés que représentent le recrutement et le maintien d'un effectif sain d'infirmières (AIIAO, 2000; COUPN, 2002; AII, 2002; Bauman et coll., 2001; ACAAT, 2001; groupe de travail en soins infirmiers, 1999). Certains auteurs indiquent que le fondement de la pénurie actuelle de personnel infirmier est le résultat de milieux de travail malsains (Schindul-Rothschild, 1994; Grinspun, 2000; Grinspun, 2002; Dunleavy, Shamian et Thomson, 2003). Des stratégies visant à améliorer les milieux de travail des infirmières sont nécessaires pour réparer les dommages causés par une décennie de restructuration incessante et de réduction des effectifs.

La relation entre les milieux de travail des infirmières, les résultats obtenus par les patients/clients^G et le rendement de l'organisation et du système est de mieux en mieux comprise (Dugan et coll., 1996; Lundstrom et coll., 2002; Estabrooks et coll., 2005). De nombreuses études ont montré des liens solides entre la dotation en infirmières et les mauvais résultats des patients/clients (Needleman et coll., 2002; Person et coll., 2004; Blegen et Vaughn, 1998; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi et Jawad, 2003; Tourangeau et coll., 2002; Needleman et Buerhaus, 2003; ANA, 2000; Kovner et Gergen, 1998; Sovie et Sawad, 2001; Yang, 2003; Cho et coll., 2003). Les données probantes ont montré que les lieux de travail sains^G rapportent des avantages financiers aux organisations sur le plan de la réduction de l'absentéisme, de la perte de productivité, des dépenses organisationnelles en matière de soins de santé (Aldana, 2001) et des coûts provenant des résultats défavorables obtenus par les patients/clients^G (USAHRQ, 2003).

L'établissement de milieux de travail sains^G pour les infirmières nécessite un changement transformationnel, au moyen « d'interventions ciblant le milieu de travail sous-jacent et les facteurs organisationnels » (Lowe, 2004). C'est dans ce but que nous avons préparé ces lignes directrices. Nous croyons que la mise en place intégrale change les choses pour les infirmières, leurs patients/clients, ainsi que les organisations et les collectivités dans lesquelles elles pratiquent. Nous pensons que le fait de mettre l'accent sur la mise en place de milieux de travail sains^G sera bénéfique non seulement aux infirmières, mais aussi aux autres membres de l'équipe soignante^G. Nous croyons aussi que les lignes directrices pour la pratique exemplaire ne peuvent être mises en place avec succès qu'en présence d'une planification, de ressources et d'appuis organisationnels et administratifs adéquats, ainsi qu'avec la facilitation appropriée.

Un milieu de travail sain, c'est...

...un milieu de pratique qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, des résultats de qualité chez le patient, le rendement organisationnel et les retombées sociales.

Le projet s'est traduit par l'élaboration de neuf lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

- Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers
- Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail
- Développement et maintien du leadership infirmier
- Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : développement de la compétence culturelle
- Professionnalisme de l'infirmière
- Santé, sécurité et bien-être de l'infirmière dans un milieu de travail sain
- La prévention et la gestion de la violence à l'égard des infirmières dans le milieu de travail
- La gestion et l'atténuation de la fatigue dans les équipes de soins de santé
- La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé

Les conflits peuvent être résolus par l'écoute, la résolution à l'amiable des problèmes, le dialogue et la négociation fondée sur la collaboration

(Cloke et Goldsmith, 2011)

Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

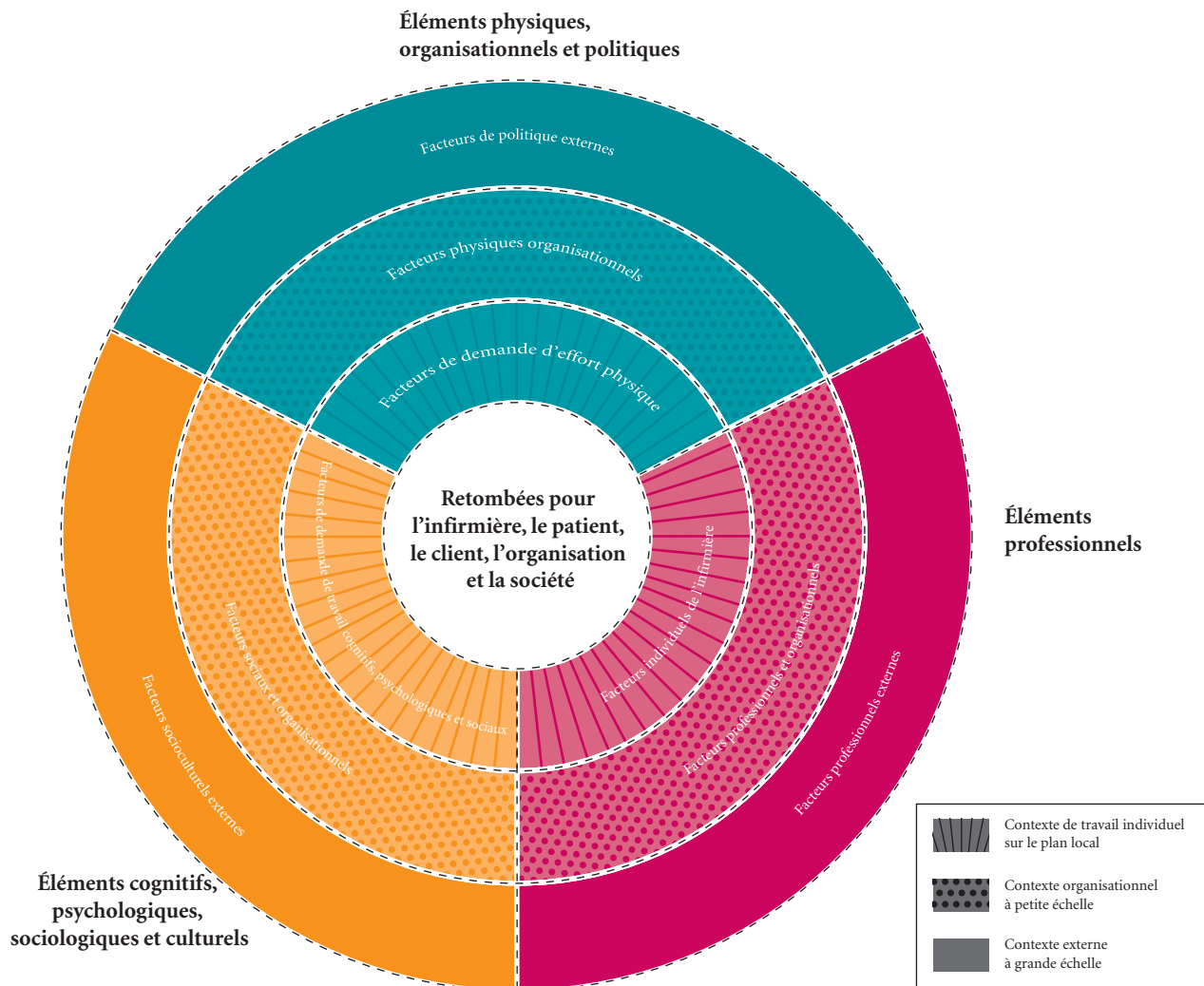


Figure 1. Modèle conceptuel des milieux de travail sains des infirmières – Éléments, facteurs et résultats ^{1,2,3}

Un milieu de travail sain pour les infirmières est complexe et multidimensionnel, et se compose de nombreux éléments, ainsi que de rapports entre les éléments. Un modèle complet est nécessaire afin de guider la préparation, la mise en place et l'évaluation d'une approche systématique dans le but d'améliorer le milieu de travail des infirmières. Les milieux de travail sains pour les infirmières se définissent comme des lieux de travail qui maximisent la santé et le bien-être de l'infirmière, des résultats de qualité chez le patient/client, le rendement organisationnel et les retombées sociales.

Dans son intégralité, le modèle conceptuel des lieux de travail sains des infirmières présente le milieu de travail sain comme un produit de l'interdépendance entre les déterminants du système individuel (local), organisationnel (petite échelle) et externe (grande échelle), tel qu'illustré ci-dessus dans les trois cercles extérieurs. Au centre des cercles se trouvent les bénéficiaires des milieux de travail sains : les équipes de soins de santé, les patients, les organisations et les systèmes, et la société dans son ensemble, y compris des collectivités saines⁴. Les lignes à l'intérieur du modèle sont pointillées afin d'indiquer les interactions synergiques entre tous les niveaux et les éléments du modèle.

Le modèle suppose que le rôle de la personne est modifié et influencé par les interactions entre la personne et son environnement. Par conséquent, les interventions visant à promouvoir les lieux de travail sains doivent cibler divers niveaux et éléments du système. De même, les interventions n'influencent pas que les facteurs à l'intérieur du système et les interactions parmi ces facteurs : ils influencent aussi le système en soi^{5,6}.

Voici les hypothèses sous-jacentes au modèle :

- des milieux de travail sains sont essentiels pour des soins aux patients/clients de qualité et sûrs;
- le modèle s'applique à tous les lieux de travail et à tous les domaines de soins infirmiers;
- les facteurs sur le plan des systèmes individuel, organisationnel et externe sont les déterminants des lieux de travail sains pour les infirmières;
- les facteurs des trois niveaux influent sur la santé et le bien-être des infirmières, les résultats de qualité pour les patients, le rendement de l'organisation et du système, les retombées sociales, soit individuellement ou au moyen d'interactions synergiques;
- à chaque niveau, il y a des éléments de politiques physiques et structurels, des éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels, ainsi que des éléments professionnels;
- les facteurs professionnels sont propres à chaque profession, alors que les autres facteurs sont généraux et s'appliquent à toutes les professions ou à tous les postes.

¹Adaptation de DeJoy, D.M. et Southern, D.J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Medicine*, 35(12): décembre, 1221-1230; modifié par Laschinger, MacDonald et Shamian (2001) puis par Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok et Shamian (2003).

²Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., Kerr, M., McGillis Hall, L., Vezina, M., Butt, M., et Ryan, L. (juin 2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system*. Ottawa, Canada: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.

³O'Brien-Pallas, L. et Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2): 12-16.

⁴Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management*, (100)2: 21-23.

⁵Green, L. W., Richard, L. et Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, (10)4: mars-avril, 270-281.

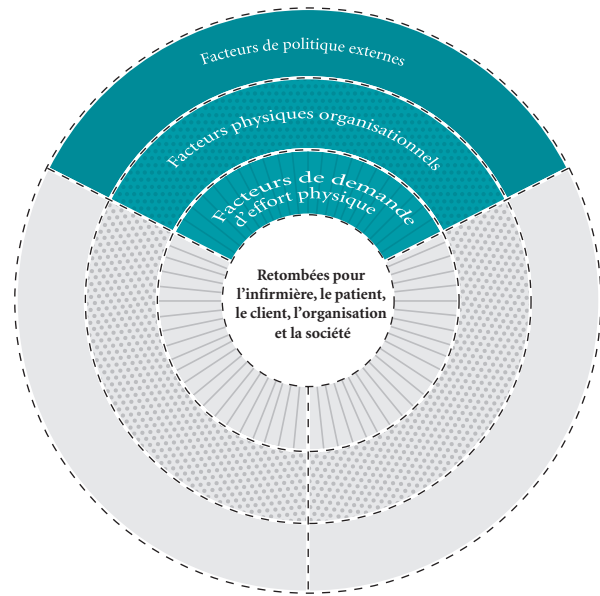
⁶Grinspun, D., (2000). *Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management*. Dans Diana L. Gustafson (éd.), *Care and Consequence: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women*. Halifax, Nouvelle-Écosse (Canada). Fernwood Publishing.

⁷Grinspun, D. (2002). *The Social Construction of Nursing Caring*. Proposition de thèse de doctorat non publiée. Université York, North York, Ontario.

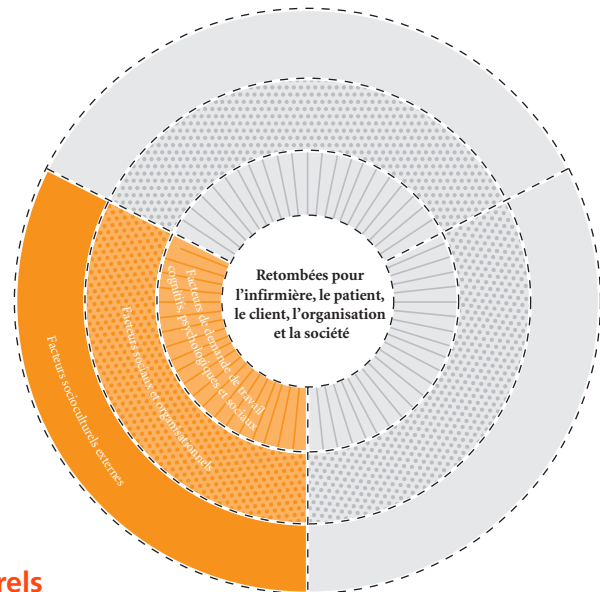
Éléments physiques, organisationnels et politiques

- Sur le plan individuel, les facteurs de demande d'effort physique sont les exigences du travail qui nécessitent des capacités physiques et un effort de la part de la personne. Parmi ces facteurs on trouve la charge de travail, les horaires et les quarts qui changent constamment, le soulèvement de charges lourdes, l'exposition aux substances dangereuses et infectieuses et les menaces pour la sécurité personnelle.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs physiques organisationnels comprennent les caractéristiques de l'environnement physique de l'organisation, ainsi que les processus et les modes de fonctionnement organisationnels créés pour répondre aux exigences physiques de l'emploi. Parmi ces facteurs, on trouve les pratiques de dotation, les horaires flexibles et l'établissement d'horaires par les infirmières, l'accès à un matériel de levage en bon état, les politiques sur la santé et la sécurité au travail et la sécurité personnelle.
- Sur le plan externe et celui du système, les facteurs de politique comprennent les modèles de prestation de soins de santé, le financement et les cadres législatif, commercial, économique et politique (p. ex., politiques migratoires, réforme du système de santé) externes à l'organisation.

Éléments physiques, organisationnels et politiques



Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels



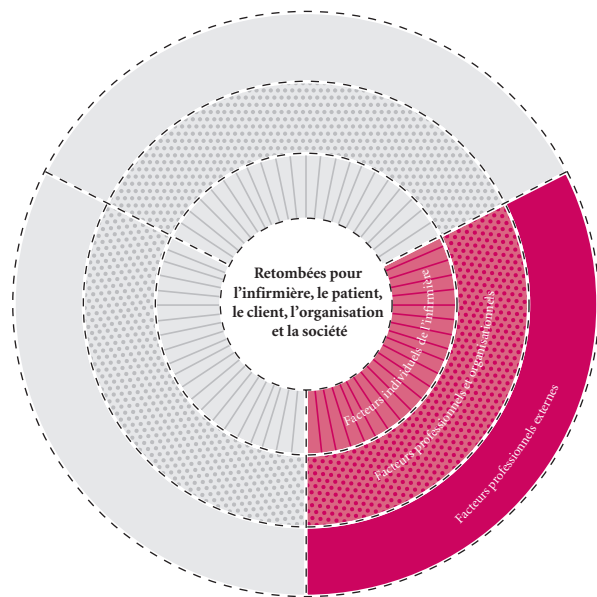
Éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels

- Sur le plan individuel, les facteurs de demande de travail cognitif et psychosociaux comprennent les exigences du travail qui nécessitent des capacités cognitives, psychologiques et sociales (p. ex., connaissances cliniques, habiletés d'adaptation efficaces, aptitudes à communiquer) de la part de la personne⁷. Parmi ces facteurs, on trouve la complexité clinique, la sécurité d'emploi, les relations d'équipe, les difficultés affectives, la précision du rôle et la tension liée au rôle.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs sociaux organisationnels sont liés au climat organisationnel, à la culture et aux valeurs. Parmi ces facteurs, on trouve la stabilité organisationnelle, les pratiques et les modes de communication, les relations de travail, la gestion des relations et une culture d'apprentissage continu et de soutien.
- Sur le plan du système, les facteurs socioculturels externes comprennent les tendances en matière de consommation, les préférences en constante évolution en ce qui concerne les soins, les rôles changeants de la famille, la diversité de la population et celle des fournisseurs, ainsi que les réalités démographiques en constante évolution – tous ont une incidence sur le fonctionnement des organismes et des personnes.

Éléments professionnels

- Sur le plan individuel, les facteurs individuels de l'infirmière comprennent les qualités personnelles et les compétences acquises de même que le savoir qui déterminent la façon dont elle réagit aux demandes physiques, cognitives et psychosociales du travail⁷. Parmi ces facteurs, on trouve l'engagement envers les soins aux patients/clients, l'organisation et la profession, les valeurs personnelles et l'éthique, la pratique réflexive, la résilience, l'adaptabilité et la confiance en soi, et l'équilibre entre le travail et la vie de famille.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs professionnels et organisationnels sont caractéristiques de la nature et du rôle du poste. Parmi ces facteurs, on trouve le champ d'activité de la pratique, le degré d'autonomie et la maîtrise de la pratique, ainsi que les relations intradisciplinaires.
- Sur le plan externe et celui du système, les facteurs professionnels externes comprennent les politiques et les règlements aux échelons provincial ou territorial, national et international qui ont une incidence sur les politiques sociales et de santé, ainsi que la socialisation du rôle au sein des diverses disciplines et des divers domaines concernés.

Éléments professionnels



Contexte d'origine des lignes directrices sur

la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé :

Les conflits sont inévitables dans tous les milieux de travail en raison des différences intrinsèques entre tout un chacun en ce qui a trait aux objectifs, aux besoins, aux désirs, aux responsabilités, aux conceptions et aux idées. Les relations font partie intégrante des soins infirmiers. Par conséquent, la qualité de ces relations est essentielle pour les interactions quotidiennes et pour l'obtention de résultats positifs en termes de soins, mais aussi en termes de satisfaction professionnelle (Cohen et Bailey, 1997). Les caractéristiques des relations interpersonnelles en milieu de travail peuvent faire en sorte qu'une situation donnée soit simplement difficile ou carrément intolérable. En raison de la prévalence accrue des conflits interpersonnels en milieu de travail et des conséquences qui en découlent, les organisations doivent pouvoir se reporter à un processus de gestion des conflits⁸. Les interactions interpersonnelles conflictuelles entre les membres des équipes de soins de santé débouchent sur des expériences désagréables parfois subtiles qui font naître des attitudes et des comportements négatifs. Cela peut donner lieu à un milieu de travail stressant et à des conséquences négatives comme une insatisfaction professionnelle, un faible engagement envers l'organisation, une faible participation, un mauvais moral, de mauvaises relations de travail, une détérioration du bien-être, un épuisement psychologique, un manque de confiance et d'entraide dans le milieu de travail, de l'absentéisme, un épuisement et un roulement du personnel (Almost, 2006; Almost et coll., 2010; Ayoko, Callan et Hartel, 2003; Cox, 2001, 2003; De Dreu, C.K.W, van Dierendonck et Maria, 2004; Hesketh, et coll., 2003; Jehn et Bendersky, 2003; McKenna et coll., 2003; Rowe et Sherlock, 2005; Warner, 2001; Wolff, 2009). En plus de ces conséquences négatives, les conflits interpersonnels persistants peuvent également entraîner une diminution de la coordination, de la collaboration et de l'efficacité au sein des équipes de soins de santé (De Dreu et coll., 1999; Spector et Jex, 1998).

La recherche indique que les conflits interpersonnels dans les systèmes de soins de santé sont universels. Dans une étude canadienne, plusieurs infirmières canadiennes ont affirmé qu'elles avaient diminué leurs heures de travail en raison de conflits avec certaines de leurs collègues (Warner, 2001), alors qu'au Japon, les infirmières qui vivent des conflits avec d'autres infirmières avaient plus tendance que les autres à quitter leurs fonctions (Lambert, Lambert et Ito, 2004). De même, les infirmières nouvellement diplômées de la Nouvelle-Zélande ont connu des niveaux élevés de conflits interpersonnels pendant leur première année de pratique, entraînant une diminution de l'estime de soi, une hausse de l'absentéisme et l'intention subséquente de quitter le domaine (McKenna et coll., 2003). Les chercheurs ont montré que parmi la population générale et les dispensateurs de soins de santé, la survenue d'un épuisement, particulièrement d'un épuisement professionnel, peut être attribuée à des interactions négatives parmi les collègues et aux conflits interpersonnels (Giebels et Janssen, 2005; Mulki, Jaramillo et Locander, 2008; Taris et coll., 2005). Il est par conséquent important que les organisations et les personnes abordent la gestion des conflits interpersonnels en recourant à un processus établi qui comprend des volets de formation et de responsabilisation afin de prévenir la récrimination et la négativité.

Définition d'un conflit interpersonnel :

Aux fins du présent document, un conflit interpersonnel est défini comme suit :

« ...processus dynamique survenant entre des personnes interdépendantes et/ou des groupes interdépendants qui éprouvent une réaction émotionnelle négative en raison d'un désaccord perçu ou d'une ingérence nuisant à l'atteinte de leurs objectifs. » (Barki et Hartwick, 2004).

Dans un examen de la documentation, Barki et Hartwick (2004) se sont intéressés aux nombreuses conceptualisations et définitions des conflits. Trois principaux thèmes ont été identifiés : le désaccord, l'ingérence et l'émotion négative :

- *Le désaccord* représente la composante cognitive clé du conflit interpersonnel. Lorsque des personnes croient qu'il existe entre elles une divergence de valeurs, de besoins, d'intérêts, d'opinions ou d'objectifs, elles sont en désaccord. Toutefois, le désaccord en soi n'est pas suffisant pour faire naître un conflit.
- Lorsque le comportement d'une personne *nuît* aux intérêts, aux objectifs ou aux buts d'une autre ou *s'y oppose*, nous sommes en présence d'un conflit. En effet, de nombreux chercheurs croient que le processus central d'un conflit est un comportement selon lequel une ou plusieurs personnes s'opposent aux intérêts ou aux objectifs d'une autre (Wall et Callister, 1995). Même si des comportements tels que débattre d'une question, se disputer verbalement, se faire concurrence et trahir peuvent être caractéristiques d'un conflit, ils ne supposent pas toujours l'existence d'un conflit.

- Enfin, même si un certain nombre d'émotions ont été associées aux conflits, ce sont globalement **les émotions négatives**, comme la peur, la jalousie, la colère, l'anxiété et la frustration, qui ont été utilisées pour caractériser le conflit interpersonnel. (Amason, 1996; Barki et Hartwick, 2002; Jehn, 1995)

Types de conflits interpersonnels

La recherche a permis de classer les conflits interpersonnels en trois principaux types :

1. **Le conflit relationnel** survient lorsqu'il existe des incompatibilités interpersonnelles entre les personnes, qui donnent notamment lieu à un agacement sur le plan des goûts personnels, des styles interpersonnels, des valeurs personnelles ou d'autres aspects sans lien avec le travail (Jehn et Bendersky, 2003; Jehn, 1995). Ce type de conflit est habituellement très contreproductif, car il oblige les personnes à consacrer beaucoup d'énergie à l'antagonisme personnel au détriment des questions qui doivent être résolues (Friedman et coll., 2000; Jehn, 1994).
2. **Le conflit de tâche** existe lorsqu'il y a des désaccords sur la nature des tâches à exécuter, notamment des différences de points de vue, d'idées et d'opinions (Jehn et Mannix, 2001). Il convient de noter que le conflit de tâche a dans certains cas des effets positifs sur la productivité et le rendement de l'équipe (Simons et Peterson, 2000). Toutefois, le conflit de tâche peut entraîner une insatisfaction professionnelle (Baron, 1991), une diminution de l'intérêt pour le travail d'équipe (Kabanoff, 1991; Jehn, 1999), une augmentation de l'anxiété (Jehn, 1999) et une propension accrue à quitter l'emploi (Jehn, 1995). La recherche montre également que le conflit de tâche occasionne habituellement un conflit relationnel (Jehn, 1995). Par exemple, si une personne a des opinions très arrêtées sur un enjeu lié aux tâches (p. ex., les objectifs des soins aux patients), elle risque d'investir beaucoup d'énergie psychique dans cette question.
3. **Le conflit lié aux processus** constitue un désaccord sur la façon d'accomplir une tâche, sur la personne responsable de cette tâche ou sur l'affectation des tâches et des ressources (Jehn et Benersky, 2003). Ainsi, les désaccords professionnels peuvent toucher la façon d'accomplir ou d'aborder une tâche donnée (conflit lié aux processus), ou le contenu ou la nature de la tâche elle-même (conflit de tâche).

Descriptions des autres concepts liés au conflit interpersonnel :

Les données publiées dans le domaine des soins infirmiers ont établi que le climat social dans lequel évoluent les infirmières compte diverses formes d'interactions conflictuelles et de mauvais traitement des collègues comme les agressions, les insultes, la violence, l'intimidation, l'ostracisme, l'incivilité, les interactions dysfonctionnelles et la violence horizontale (Rowe et Sherlock, 2005; Farrell, 2001; Ferris 2008; Agervold, 2007; Quine, 2001; Randle, 2003; Taylor, 2001; Spence-Laschinger, 2009; Leiter, Price et Spence-Laschinger, 2010). Ces comportements négatifs se distinguent du conflit interpersonnel, tel que le montrent les définitions cidessous :

- **L'intimidation** se caractérise par un ensemble d'actes répétés commis par une ou plusieurs personnes, dans l'intention de causer du tort et d'établir un milieu de travail hostile (Yamanda, 2000; Einarsen, 1999). Il ne s'agit pas d'un événement isolé ou accidentel, mais plutôt d'une forme de comportement intentionnel de la part d'un collègue qui revêt un caractère offensant, souvent subtil ou caché et profondément nuisible. L'intimidation consiste à rabaisser quelqu'un ou à lui faire des reproches en public; il s'agit d'un comportement intrinsèquement sociétal et organisationnel, en ce sens que les intimidateurs peuvent être soutenus par la culture du milieu de travail (Twale et DeLuca, 2008). Les intimidateurs sont explicites, directs, actifs et visibles et entraînent leur cible dans une dynamique sociale qui dirige l'attention des autres vers elle, même si cette attention est négative.
- **L'incivilité en milieu de travail** est une forme de déviance organisationnelle caractérisée par des comportements qui vont à l'encontre des normes de respect propres au milieu de travail. Les personnes inciviles n'ont pas nécessairement l'intention de causer du tort. Leurs comportements se caractérisent généralement par une grossièreté, une impolitesse et un manque d'égards pour les autres. Parmi les exemples d'incivilités, on compte les commentaires insultants, les comportements dépourvus de tact, les injures non intentionnelles, le dénigrement du travail d'un collègue et la propagation de fausses rumeurs (Andersson et Pearson, 1999).
- **La violence horizontale** repose sur le principe d'une compréhension de la façon dont les groupes opprimés dirigent leur frustration et leur insatisfaction vers eux-mêmes en réaction à un système qui les a exclus du pouvoir (Leap, 1997). La violence horizontale prend généralement la forme de harcèlement psychologique, ce qui entraîne de l'hostilité plutôt que de l'agressivité physique. Elle peut se traduire par de la violence verbale, des menaces, de l'intimidation, de l'humiliation, des critiques mesquines, des insinuations, de l'exclusion, le refus d'accès aux opportunités, le désintérêt, le découragement et la rétention d'information (Farrell, 1997; Thomas et Droppleman, 1997; Quine, 1999). Elle peut entraîner de l'absentéisme et encourager à quitter la profession d'infirmière (McKenna et coll., 2003).

- **L'ostracisme** désigne le fait de se sentir ignoré, tenu à l'écart ou exclu par des collègues. L'ostracisme consiste par exemple à ignorer quelqu'un, à ne plus lui adresser la parole ou ne pas l'inviter aux événements sociaux. L'ostracisme est caché, silencieux et souvent invisible. Il se caractérise par une absence de comportement et représente un mauvais traitement à caractère non verbal; néanmoins, la personne victime d'ostracisme est écartée du contexte social, ce qui empêche toute forme d'interaction et anéantit le sentiment d'appartenir à un contexte social et toute possibilité d'établir des liens avec les autres (Ferris et coll., 2008).

Même si ces concepts ont en commun une interdépendance des personnes concernées, qui possèdent des intérêts, des valeurs et des croyances opposés, le conflit interpersonnel ne comporte pas nécessairement une intention de nuire à autrui et n'entraîne pas nécessairement de résultats négatifs. S'il est géré de façon efficace, le conflit interpersonnel peut entraîner des bienfaits lorsque les organisations ont sensibilisé leur personnel aux aspects constructifs des conflits en milieu de travail (De Dreu et Van de Vliert, 1997). Même s'il est reconnu que les conflits ont des conséquences négatives, particulièrement si ceux-ci proviennent de désaccords liés à la personnalité (conflit relationnel), l'une des contributions les plus importantes de la documentation sur le conflit interpersonnel a été d'améliorer la compréhension des conditions dans lesquelles les conflits interpersonnels engendrent des résultats positifs (De Dreu et Van de Vliert, 1997; Jehn, 1995; Jehn et Mannix, 2001).

Sources de conflit interpersonnel :

Plusieurs études ont montré que les infirmières vivent des conflits avec les médecins, d'autres infirmières, les gestionnaires, les familles et les patients/clients (Boychuck-Duchscher et Cowin, 2004; Hillhouse et Adler, 1997; Kushell et Ruh, 1996). Cependant, d'après des études récentes, les infirmières estiment que leurs gestionnaires et leurs collègues infirmières constituent les sources les plus typiques de conflit, leurs collègues infirmières représentant la source de conflit la plus stressante (Almost et coll., 2010; Bishop, 2004; Lawrence et Callan, 2006; Warner, 2001).

Plusieurs études, telles que celle d'Almost et coll. (2010), de Bishop (2004) et de Warner (2001), ont montré que le rôle du gestionnaire était un facteur déterminant clé du niveau de conflit interpersonnel. Il a été démontré que le style de leadership du gestionnaire, notamment sa capacité à agir comme mentor et à désamorcer les conflits, son niveau de respect pour les infirmières et sa capacité de donner son appui, avait une incidence profonde sur la façon dont les infirmières vivent les conflits et sur leur qualité de vie au travail (Bishop, 2004). De plus, certaines études ont permis de connaître l'incidence du contexte culturel ou ethnique sur la réaction aux situations conflictuelles et les styles de résolution (Kim-Jo, Benet-Martinez et Ozer, 2010; Al-Hamdan, 2009).

Prévalence du conflit interpersonnel

Environ un travailleur canadien sur sept signale que les mauvaises relations interpersonnelles dans leur milieu de travail constituent une source de stress ou d'inquiétude excessive. De même, il a été démontré que les conflits au sein des équipes de soins de santé représentaient un problème important dans le milieu de la santé. Des études ont montré que la fréquence des conflits entre les infirmières est en augmentation, (Hesketh et coll., 2003; Warner, 2001) ce qui a une incidence considérable sur la qualité du milieu de travail des infirmières (CNAC, 2002; Baumann et coll., 2001). La documentation sur les soins infirmiers montre que le climat social dans lequel évoluent les infirmières est terni par de mauvaises relations interpersonnelles, notamment diverses formes d'interactions conflictuelles (Almost, 2006; McKenna et coll., 2003; Quine, 2001; Sa et Fleming, 2008; Stevens, 2002; Yildirim et Yildirim, 2007). En 2005, environ la moitié (46 %) des infirmières autorisées canadiennes ont fait état d'un faible soutien de la part de leurs collègues (Shields et Wilkins, 2006). Les infirmières âgées de 45 à 54 ans étaient légèrement plus nombreuses à signaler un faible soutien de la part des collègues (48 %), mais globalement, les différences entre les groupes d'âge étaient petites (moins de 35 ans = 44 % et 55 ans ou plus = 39 %). Dans ce sondage national de grande envergure, le soutien des collègues a été mesuré en évaluant l'exposition des infirmières aux conflits et leur niveau d'entraide. Le sondage a révélé qu'à la fois les infirmières et les infirmiers vivaient des situations hostiles ou conflictuelles dans leur groupe de travail (44 % et 50 %, respectivement). De plus, 47 % d'entre eux ne se sentaient pas appuyés par leurs collègues.

D'autres chercheurs ont observé des tendances similaires confirmant la présence d'interactions conflictuelles entre les infirmières. Rowe et Sherlock (2005) ont signalé que les infirmières considéraient leurs collègues infirmières comme étant la source la plus courante d'agression verbale. Un faible pourcentage (13 %) d'entre elles ont signalé qu'une expérience de violence verbale avait contribué à une erreur professionnelle; dans un de ces cas sur six, l'expérience est demeurée non résolue. Les conséquences les plus courantes à long terme des expériences de violence verbale entre infirmières sont

de mauvaises relations de travail avec la personne qui a fait preuve d'un comportement agressant, une insatisfaction professionnelle, une détérioration du bien-être et un manque de confiance et d'entraide dans le milieu de travail (Rowe et Sherlock, 2005). Dans une autre étude, McKenna et coll. (2003) ont montré que les infirmières dans leurs premières années de pratique doivent souvent faire face à un conflit interpersonnel caché, se sentent sous-estimées par les autres infirmières, se plaignent d'un manque de supervision et se sentent accablées par les conflits touchant d'autres personnes. Les infirmières de moins de 30 ans étaient relativement plus nombreuses à vivre un conflit interpersonnel, particulièrement d'être sous-estimées et humiliées verbalement. Les conséquences des conflits vécus par les infirmières nouvellement diplômées étaient l'absentéisme (14 %) et l'intention de quitter la profession (34 %).

Modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits

Le *modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits* (Almost, 2006) permet d'organiser et d'orienter la discussion sur les recommandations. Il permet une compréhension approfondie des sources et des résultats des conflits ainsi que l'adoption de mesures préventives. Le modèle se compose des éléments suivants :

- Les antécédents de conflit (notamment les caractéristiques individuelles, les facteurs interpersonnels et les facteurs organisationnels);
- Le conflit perçu;
- Le style de gestion du conflit
- Les conséquences du conflit (notamment les effets du conflit sur les personnes, les relations interpersonnelles et l'organisation).

Antécédents de conflit

Un examen des travaux consacrés à ce sujet a permis de montrer que la recherche en soins infirmiers a principalement porté sur la gestion des conflits, et que seules quelques études se sont penchées sur les causes, les composantes et les effets des conflits (Almost, 2006; Almost et coll., 2010; Bishop, 2004; Cox, 2001; Rolleman, 2001; Warner, 2001; Wolff, 2009).

En plus des antécédents mentionnés dans le modèle conceptuel (Figure 2), les antécédents importants de conflit interpersonnel englobent les éléments suivants :

- Manque de communication ou de compréhension des points de vue d'autrui (Sexton et coll., 2006).
- Facteurs personnels non constructifs comme le manque de collaboration et les quatre composantes de l'intelligence émotionnelle : conscience de soi, autogestion, conscience sociale et gestion des relations (Morrison, 2008).
- Milieu de pratique qui néglige le leadership, la communication, un système de soutien et la prise de décisions en collaboration (Sui, Spence-Lashinger et Finnegan, 2008).
- Culture organisationnelle qui se caractérise par un manque de souplesse, un leadership autoritaire, des politiques et procédures rigides et un manque d'engagement de la part des employés (Hendel, Fish et Galon, 2005).
- Différences perçues dans les valeurs liées au travail. Wolff (2009) a montré que les infirmières qui se percevaient comme étant différentes de leurs collègues sur le plan des valeurs liées au travail étaient plus nombreuses à connaître un conflit interpersonnel qui, à son tour, entraîne un stress ou un épuisement professionnel (Wolff, 2009).

RECOMMANDATIONS

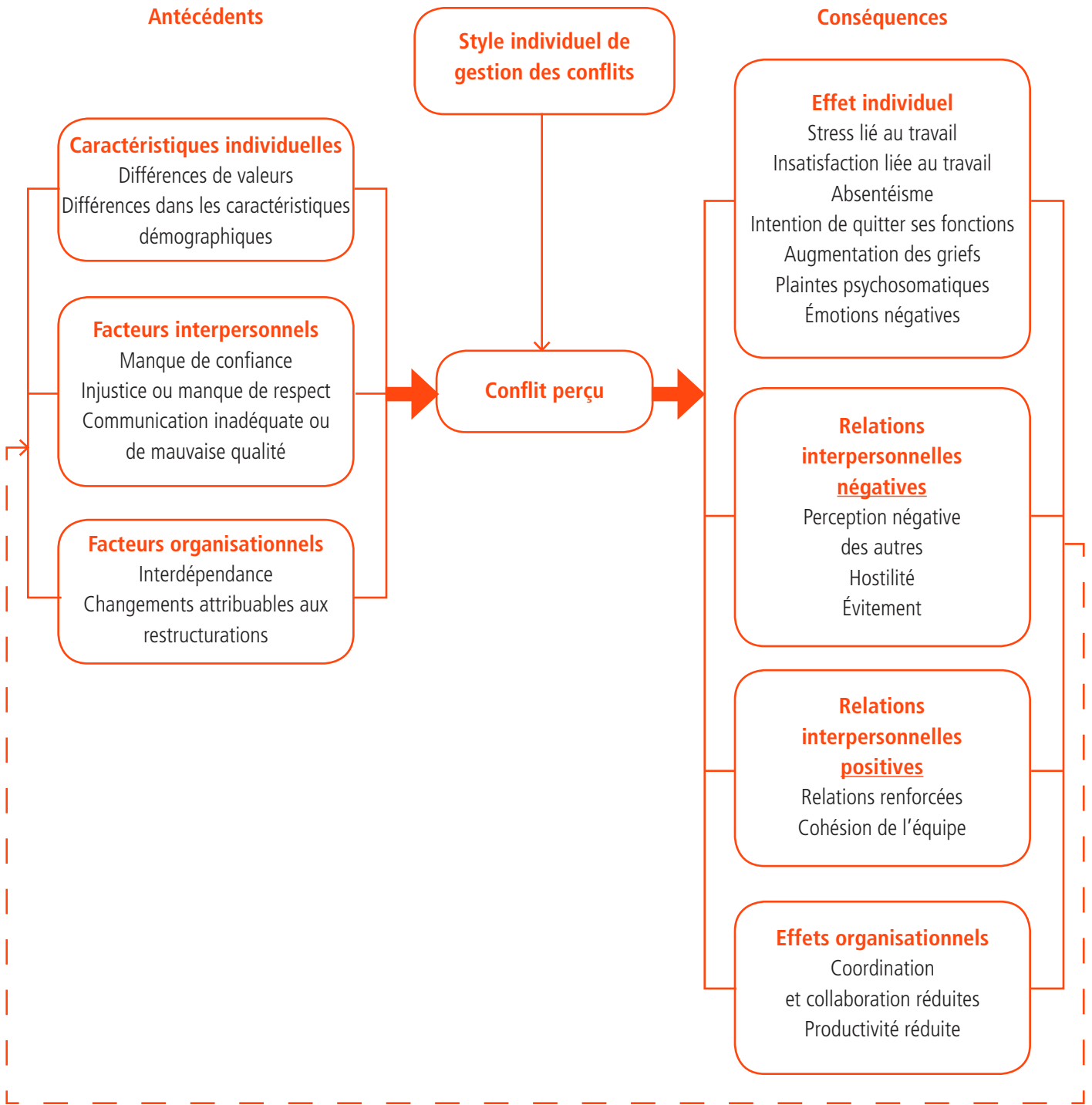


Figure 2 : Modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits (Almost, 2006, p. 446)

Résultats du conflit interpersonnel

Les conflits interpersonnels non résolus peuvent nuire au bien-être personnel, aux relations entre les membres d'une équipe, à la sécurité des patients, aux résultats des soins et à l'organisation. Les désaccords et différends perçus quant aux désirs, objectifs et approches entraînent souvent des émotions négatives telles que de la peur, de l'anxiété, de la frustration et de la jalousie. Le conflit interpersonnel engendre dans certains cas des émotions négatives comme la colère, le sentiment d'avoir été trahi, la frustration et la consternation face aux relations professionnelles empreintes d'hostilité et peu favorables au soutien (Bishop, 2004).

La recherche ayant porté sur les différents types de conflits a montré que les conflits relationnels et de tâche ont des conséquences et des résultats différents. Un conflit relationnel produit des réactions émotionnelles négatives comme de l'anxiété, de la peur, un manque de confiance et du ressentiment (Jehn, 1995). Les conflits relationnels majeurs sont également synonymes de frustration, de tension et de la peur du rejet par les autres membres de l'équipe (Murnighan et Conlon, 1991). De plus, les conflits relationnels majeurs semblent entraîner un dysfonctionnement au sein de l'équipe, un engagement moindre dans les décisions d'équipe, une diminution de l'engagement organisationnel (Jehn, Northcraft et Neale, 1999), des problèmes de communication accrus entre les membres de l'équipe (Baron, 1991), une insatisfaction professionnelle (Jehn, 1995; Jehn, Chadwick et Thatcher, 1997) et des niveaux de stress accrus (Friedman et coll., 2000).

En revanche, les données sur les conflits de tâche ne sont pas aussi concluantes. Les conflits de tâche ont été liés à plusieurs effets bénéfiques comme l'amélioration de la qualité des idées et l'innovation (Amason, 1996; West et Anderson, 1996), à des débats plus constructifs (Jehn et coll., 1999), à une utilisation plus efficace des ressources et à une amélioration de la prestation de services (Tjosvold, Dann et Wong, 1992). Toutefois, d'autres études ont montré que le conflit de tâche peut avoir des effets néfastes, soit la diminution de l'intérêt individuel à l'égard du travail d'équipe, la diminution du niveau de satisfaction professionnelle (Jehn et coll., 1997), l'augmentation de l'anxiété (Jehn et coll., 1997), des cas d'épuisement (Wolff, 2009) et le renforcement de l'intention de quitter ses fonctions (Jehn, 1995).

Même si des niveaux élevés de conflit intenses et prolongés nuisent au rendement individuel et de l'équipe, des niveaux modérés de conflit de tâche peuvent être bénéfiques, car ils atténuent les biais et les lacunes dans la décision de groupe (Brodbeck et coll., 2002). Ces conséquences positives des conflits tendent à se manifester particulièrement en l'absence de conflit relationnel (De Dreu et Weingart, 2003a; Simons et Peterson, 2000) et lorsque les membres de l'équipe entament un dialogue axé sur la résolution de problèmes et, ainsi, débattent de façon ouverte de leurs points de vue, croyances et opinions opposés (De Dreu et Weingart, 2003; Tjosvold, 1998). Certaines études montrent que dans certaines situations, un conflit peut accroître la créativité et la qualité du travail d'une équipe (Amason, 1996), et améliorer l'efficacité et le développement organisationnel (Eisenhart et Schoonhoven, 1990).

Incidence des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de conflit interpersonnel

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de conflit interpersonnel seront utiles aux membres des équipes interprofessionnelles, aux administrateurs qui œuvrent ou non en soins infirmiers au sein de l'organisation et du système; aux décideurs et aux gouvernements; aux établissements d'enseignement, aux organisations professionnelles, aux employeurs et aux syndicats; ainsi qu'aux organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés des normes professionnelles. Les lignes directrices sur la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé offrent les meilleures données probantes pour appuyer des recommandations relatives à diverses questions comme une meilleure compréhension de l'étiologie et de la source des conflits et leur gestion et atténuation. Elles fournissent par ailleurs des solutions sensées s'appliquant aux divers niveaux de pratique. Cette approche peut nécessiter un changement d'attitude pour que les infirmières puissent tirer parti des situations conflictuelles dans leur pratique.

De plus, le groupe de préparation des lignes directrices a déterminé que ce document aidera à évaluer, reconnaître, définir, atténuer et gérer les conflits survenant dans les équipes de soins de santé. Il offre aux infirmières et aux décideurs des outils et des ressources de formation destinés aux équipes soignantes. On vise ainsi à trouver des façons d'améliorer la culture de travail dans les équipes de soins de santé afin d'atténuer les conflits et d'aider les infirmières et les gestionnaires à gérer les conflits de façon positive et d'améliorer la qualité des soins. Ce document aborde plusieurs stratégies de résolution des conflits chez les infirmières, telles que la formation des praticiennes et des praticiens et l'établissement d'une culture de travail qui reconnaît les conséquences des conflits non résolus sur le fonctionnement des équipes et la santé et le bien-être des infirmières.

La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé : Recommandations et discussion sur les données probantes

1.0 Recommandations relatives à l'établissement

Les recommandations suivantes tiennent compte du cadre notionnel des milieux de travail sains et reflètent les éléments physiques, organisationnels, cognitifs, psychologiques, sociologiques, culturels et professionnels de l'atténuation et de la gestion des conflits en milieu de travail qui doivent être abordés à l'échelle du secteur externe ou du système pour assurer l'application des pratiques exemplaires. Les facteurs en lien avec les éléments du système externe comprennent :

Éléments matériels et organisationnels :

- Caractéristiques physiques et environnement de l'organisation (p. ex., espaces de repos pour tous les membres du personnel);
- Modes de fonctionnement et processus organisationnels créés pour répondre à la demande d'efforts physiques (p. ex., processus décisionnel lié aux heures supplémentaires et aux horaires);
- Soutien de la direction;
- Méthodes de dotation
- Politiques de santé et sécurité au travail

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels :

- Climat, culture et valeurs de l'organisation;
- Normes culturelles, particulièrement celles qui encouragent le soutien, la confiance, le respect et la sécurité;
- Pratiques de communication;
- Relations de travail et gestion des relations;
- Culture d'apprentissage continu et de soutien.

Éléments professionnels :

- Les caractéristiques liées à la nature et au rôle des soins infirmiers dans l'organisation, notamment les politiques organisationnelles qui ont une incidence sur le champ d'activité de la pratique et le degré d'autonomie et de maîtrise de cette pratique;
- Les relations intra et interprofessionnelles des infirmières au sein de l'organisation.

1.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT

- 1.1 Les organisations ciblent les facteurs contribuant au conflit et prennent des mesures pour les prévenir ou les atténuer. Voici des exemples de ces facteurs :
- les effets du travail par quarts;
 - la composition et la taille des équipes;
 - la charge de travail et les effectifs;
 - l'étendue des responsabilités des gestionnaires^G;
 - le niveau de participation du personnel à la prise de décisions et à la prestation des soins;
 - l'affectation des ressources;
 - la diversité dans le milieu de travail;
 - l'espace physique.

	<p>1.2 Les organisations appuient des systèmes et des processus qui réduisent au minimum les conflits, favorisent le travail d'équipe, valorisent la diversité et prônent une culture de l'intégration. Parmi les caractéristiques que les professionnels de la santé peuvent avoir en commun, on note les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le niveau d'études; • les valeurs liées au travail; • l'origine ethnique et la culture; • l'âge; • les rôles et les responsabilités; • le pouvoir; • le champ d'activité de la pratique; • le sexe.
	<p>1.3 Les organisations procèdent à une évaluation régulière, qui peut notamment comporter des indicateurs de la qualité, afin de cibler les types de conflits et leurs conséquences (à court et à long terme) chez les infirmières, les médecins et les autres professionnels de la santé.</p> <p>Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action et de communication pour l'organisation.</p>
	<p>1.4 Les organisations mettent en œuvre et perpétuent des stratégies fondées sur les données probantes qui aident les gestionnaires à promouvoir la conscience de soi,</p> <p>Le développement de l'intelligence émotionnelle⁶, le perfectionnement des compétences et l'utilisation des principes de gestion des conflits.</p>
	<p>1.5 Les organisations s'assurent que tous les employés, les médecins et les bénévoles possèdent le savoir et les compétences nécessaires à la bonne gestion des conflits en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournissant une formation obligatoire, continue et fondée sur les compétences en ce qui concerne les styles collaboratifs ou actifs de gérer ou d'atténuer les conflits, en misant sur une communication transparente et sur la mise en place d'une équipe efficace grâce à des pratiques de leadership transformationnel⁶ et de la bonne maîtrise des aptitudes liées à l'intelligence émotionnelle⁶; • S'assurant que les travailleurs de quarts ont accès à la formation; • Favorisant les changements dans le comportement du personnel au moyen d'une approche de formation complète adaptée aux différents niveaux (p. ex., employé, équipe, organisation) et aux différents contextes et groupes cibles. Cela comprend la mise en œuvre d'une stratégie en matière de séances de recyclage et/ou des mises à jour régulières; • Respectant les cadres de compétences des leaders (p. ex., le Cadre national des capacités de leadership en santé LEADS) et la pratique interprofessionnelle (p. ex., le cadre national de compétence interprofessionnelle [National Interprofessional Competency Framework] du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé).
	<p>1.6 Les organisations fournissent un soutien à l'interne et/ou par l'intermédiaire d'une tierce partie (p. ex., conseiller spirituel, spécialiste de l'éthique, conseiller en sécurité au travail et spécialiste/consultant en matière de pratique professionnelle) pour offrir un soutien productif, une prise de décision partagée et gérer/atténuer les conflits.</p>

	<p>1.7 Les organisations s'engagent à recourir systématiquement à des styles collaboratifs ou actifs de gestion des conflits (p. ex. l'intégration et le compromis), à une communication claire (p. ex., conversations cruciales, ouvertes à l'apprentissage) et à des pratiques de leadership transformationnel⁶ pour établir des milieux de travail sains⁶ en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurant que tous les leaders (actuels et futurs) acquièrent les compétences nécessaires en gestion des conflits; • Utilisant des processus de recrutement qui permettent d'évaluer les aptitudes en matière de gestion des conflits; • Reconnaisant les personnes, les leaders et les gestionnaires qui adoptent un style actif de gestion des conflits⁶; • Mettant en œuvre un programme de mentorat bien identifié à l'intention des gestionnaires et des leaders au point de service; • Respectant les normes de pratique (2009) de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario à l'intention des infirmières occupant un rôle administratif; • Exigeant des gestionnaires qu'ils assument leurs responsabilités en ce qui a trait à l'adoption de styles efficaces de gestion des conflits, la communication claire et le leadership transformationnel⁶.
	<p>1.8 Les organisations évaluent la faisabilité et l'efficacité de stratégies, de normes et de politiques en matière de gestion des conflits.</p>
	<p>1.9 Les organisations veillent à la mise en place de modes de fonctionnement, de processus et de politiques de soutien détaillés et multidimensionnels (p. ex., code universel de bonne conduite et de respect dans les milieux de travail). Les organisations doivent offrir leur appui aux employés qui assument un rôle de leader dans leur application des politiques et processus organisationnels visant à reconnaître, évaluer, surveiller, gérer et atténuer les conflits.</p>
	<p>1.10 Les organisations prêchent par l'exemple en ce qui a trait à la valorisation et à la promotion d'une culture qui reconnaît, prévient, atténue et gère les conflits tout en soulignant les répercussions positives des conflits en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaborant des modes de fonctionnement et des processus qui favorisent des relations de collaboration efficaces, tant parmi les membres d'une même profession que sur le plan interprofessionnel; • Recourant à un modèle de pratique professionnelle qui encourage la responsabilisation de la pratique, l'autonomie, la réflexion, la conscience de soi, le pouvoir décisionnel en lien avec le milieu de travail et les soins prodigués au patient/client; • Encourageant l'autonomie professionnelle et la prise de décision; • Développant et appuyant des pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail; • Établissant un climat fondé sur l'appréciation, la confiance et le respect; • Intégrant des ressources aux séances d'orientation; • Recourant à un éventail d'outils, tels que des formations, des campagnes médiatiques et des processus d'examen du rendement.
	<p>1.11 Pour les soins en collaboration interprofessionnelle, un appui organisationnel est offert afin d'aborder le conflit de façon constructive en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorisant les résultats positifs susceptibles de se dégager du conflit; • Cernant des situations courantes qui risquent d'entraîner un désaccord ou un conflit, y compris l'ambiguïté des rôles, la structure hiérarchique et les différences dans les méthodes utilisées pour atteindre les objectifs de soins; • Établissant un milieu où le personnel peut exprimer sans crainte ses opinions et points de vue; • S'assurant que les attentes liées au poste sont cohérentes et claires pour tous les professionnels de la santé.

Discussion sur les données probantes

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie de la catégorie A1, B, C et D.

Les organisations ont une influence et une responsabilité considérables en matière de gestion des conflits vécus par les employés. Les organisations doivent mieux comprendre les divers précurseurs des conflits et l'importance des composants physiques et matériels d'un milieu de travail en ce qui a trait aux conflits. Ces précurseurs sont expliqués en détail dans les paragraphes suivants.

Précurseurs des conflits et organisation

La sensibilisation de l'organisation et de la direction aux précurseurs des conflits est capitale dans tous les milieux de soins de santé. Les organisations doivent comprendre que certaines pratiques relatives à la dotation, au travail par quarts et à l'établissement des horaires (longueur des quarts, heures supplémentaires, changements aux quarts et capacité de remplacer les employés absents) augmentent parfois le stress et la tension au sein du personnel et ainsi contribuent à l'apparition d'un conflit interpersonnel. De plus, les employeurs doivent comprendre l'incidence des conditions de travail sur les conflits, notamment les contraintes de temps, l'accès limité à l'information et la faiblesse des modes de communication (De Raeve et coll., 2008; Dewitty et coll., 2009; Gerardi, 2004; Roy, 2010). La taille de l'équipe et sa composition, de même que la communication régulière entre les gestionnaires et les membres de l'équipe, sont des facteurs organisationnels importants pour l'établissement d'une identité d'équipe et d'une collaboration interprofessionnelle (Baxter et Brumfitt, 2008). Parmi les autres facteurs liés au travail, on compte : une augmentation des exigences psychologiques, un degré plus élevé d'ambiguïté des rôles, la présence d'exigences physiques, des exigences musculosquelettiques accrues, un environnement physique de moins bonne qualité et un degré plus élevé d'insécurité. Tous ces facteurs peuvent contribuer à l'apparition de conflits entre les collègues et leurs superviseurs (De Raeve et coll., 2008). La nature même du travail des infirmières et des équipes de soins de santé, soit leur rôle de défenseure du patient/client, les prédispose également à des situations conflictuelles (Arford, 2005). En outre, les désaccords entourant les objectifs de soins et les rôles des membres de l'équipe soignante peuvent entraîner des conflits de tâches et de processus nuisant à la qualité de la pratique interprofessionnelle et des interactions au sein de l'équipe (Meth et coll., 2009). L'établissement d'un objectif de soins commun est l'un des moyens de réduire les conflits (Powell-Kennedy et Lyndon, 2008). Enfin, les mandats de l'établissement, la concurrence alimentée par une affectation inéquitable des ressources entre les services et la rareté des ressources sont tous des facteurs possibles de conflit interpersonnel (Kressel et coll., 2002; Tengilimoglu et Kisa, 2005). Les gestionnaires doivent recevoir l'appui nécessaire pour élaborer un plan proactif de dotation conforme aux lignes directrices de pratiques exemplaires et ainsi atténuer les effets de cette source de stress (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2007).

Différences entre les dispensateurs de soins et responsabilité de l'établissement

Un autre élément lié à la conscience organisationnelle est la compréhension des différences perçues entre les employés et la façon dont ces différences agissent comme précurseur de conflit interpersonnel (Wolff et coll., 2010). Les différences d'âge, le niveau de scolarité, l'origine ethnique ou la race et les valeurs professionnelles sont certaines des caractéristiques qui peuvent influencer le plus l'attitude et le comportement des infirmières et des équipes soignantes en général. De même, il existe un lien entre les différences perçues sur le plan des valeurs professionnelles et les conflits interpersonnels. Les infirmières et les autres membres de l'équipe soignante qui perçoivent leurs valeurs professionnelles comme étant différentes de leurs collègues ont signalé un plus grand nombre de conflits relationnels et de tâches avec ces derniers; toutefois, aucun lien n'a été établi entre les différences perçues dans le niveau de scolarité et les conflits (Wolff, 2009). Les différences de niveau de scolarité au sein du personnel hospitalier peuvent constituer un obstacle à la bonne communication et à la transmission de l'information entre les groupes (Dreachslin, Hunt et Sprainer 1999; Tengilimoglu et Kisa, 2005). Les gestionnaires en soins infirmiers jouent un rôle important dans le façonnement d'un milieu de travail qui favorise la diversité et son acceptation. Les gestionnaires doivent être des experts dans l'art de gérer les perceptions qu'ont les employés des différences qui existent entre les membres de l'équipe et dans l'art d'encourager un esprit d'ouverture chez les infirmières et les équipes soignantes à l'égard des différences liées, par exemple, à l'âge, au niveau de scolarité et aux valeurs professionnelles. En plus de prôner l'acceptation de la diversité, les gestionnaires doivent posséder des aptitudes importantes en matière d'atténuation et de gestion des conflits interpersonnels engendrés par les différences entre les employés (Wolff, 2009). De plus, les établissements doivent appuyer des systèmes et des processus qui favorisent le travail d'équipe et diminuent les conflits engendrés par les différences entre les professionnels de la santé, notamment les antécédents scolaires, l'origine ethnique, la culture, l'âge, les rôles, les responsabilités, le pouvoir, le cadre de pratique et les divers stéréotypes en général.

Rôle des éléments physiques et organisationnels du milieu de travail dans les conflits

Les éléments physiques et organisationnels du milieu de travail peuvent mener à des conflits interpersonnels et avoir une incidence sur la gestion et l'atténuation des conflits. Ces éléments ne comprennent pas uniquement les modes de fonctionnement et les processus créés pour assurer la prestation du travail, mais également le style de leadership utilisé, les processus de dotation et d'établissement des horaires, la concurrence pour les ressources entre les unités, les modes de communication et leur efficacité (Dewitty et coll., 2009; Gerardi 2004; Roy, 2010; Kramer et coll., 2007; Maxfield et coll., 2005). Le travail dans des locaux mal adaptés constitue un facteur indirect de conflit (en diminuant l'efficacité et la productivité de l'équipe). L'espace physique que se partagent les infirmières et les autres membres de l'équipe soignante doit favoriser l'interaction et la communication entre les membres de l'équipe.

Soutien de l'employé et processus décisionnel

Les conflits peuvent nuire aux résultats des patients/clients et contribuer à l'apparition d'une culture de travail négative (Gerardi, 2004). L'appui du superviseur est fondamental dans la gestion des conflits interpersonnels entre les infirmières et les autres professionnels de la santé (Kramer et coll., 2007). Les gestionnaires qui font preuve d'engagement, qui ont un sens du leadership fondé sur le soutien, qui agissent comme modèle et qui ont des attentes claires peuvent également contribuer à une prévention, une atténuation et une gestion efficaces des situations conflictuelles (Barrett et coll., 2009).

L'étendue des responsabilités des gestionnaires/responsables a un effet sur l'efficacité de la communication, sur la fréquence à laquelle les membres de l'équipe communiquent ainsi que sur leur capacité à gérer et atténuer les conflits (Association des hôpitaux de l'Ontario [OHA], 2011).

L'évaluation de cette étendue des responsabilités des infirmières gestionnaires, la mise en œuvre d'un plan à cet effet et les occasions de perfectionnement des compétences qui leur sont offertes sont tous des éléments qui favorisent l'apprentissage de styles actifs de gestion des conflits (DeChurch et Marks, 2001; OHA, 2011). Il est possible de prévenir les conflits interpersonnels émergeant entre collègues et superviseurs par un meilleur soutien social du personnel, des conditions d'emploi plus flexibles, la satisfaction professionnelle, des incitatifs financiers et une augmentation de l'estime. Une plus grande latitude décisionnelle et des possibilités d'avancement plus nombreuses constituent des éléments importants dans la prévention des conflits avec les superviseurs (De Raeve et coll., 2008).

Le soutien des chefs de file en soins infirmiers est essentiel (Bishop, 2004). Les infirmières gestionnaires doivent faire preuve d'introspection quant à leurs propres comportements et s'efforcer de pratiquer une supervision clinique réfléchie du personnel infirmier. Ainsi, elles améliorent leurs aptitudes d'autogestion et d'autoamélioration, ainsi que leurs capacités à offrir un modèle positif qui suscite la confiance et l'optimisme dans leur organisation (Davies, 1995 et Wong et coll., 1995, tel que cité par Horton-Deutsch et Sherwood, 2008; Barrett et coll., 2009). « Le responsable sage et efficace développe, dans le cadre de l'exercice ordinaire de son leadership, de fortes compétences intuitives et méthodologiques qui lui permettent de faciliter le travail et les interactions au sein de son équipe, d'anticiper les éléments déclencheurs habituellement enchevêtrés d'un conflit, de voir le potentiel de verbalisation et de gérer de façon précoce le processus d'escalade » (Porter-O'Grady, 2004). La réflexion est au cœur des aptitudes d'un leader compétent sur le plan émotionnel et intellectuel (Horton-Deutsch et Sherwood, 2008). Lorsque les responsables tiennent un inventaire conscient des conflits et réfléchissent à leur propre comportement, ils peuvent alors élaborer un plan de perfectionnement professionnel visant à aborder les conflits de façon efficace et à tisser et entretenir des relations professionnelles fondées sur le respect. (Almost et coll., 2010; Porter-O'Grady, 2004). Les gestionnaires contribuent à la gestion des conflits en offrant des modèles positifs, en faisant preuve d'écoute active, en permettant le dialogue et en recadrant les situations (Almost et coll., 2010).

Les responsables, gestionnaires, infirmières et équipes soignantes des organisations nécessitent une compréhension commune de ce qui constitue un conflit et des sources de conflit en milieu de travail. Les conflits émergent à différents niveaux dans l'organisation, entre différents membres des équipes et pour différentes raisons. Il est essentiel que les organisations et leurs employés soient sensibilisés aux conflits interpersonnels et aux autres formes de mauvais traitement entre collègues, aux causes de conflit interpersonnel entre les travailleurs et aux facteurs d'escalade des conflits interpersonnels vers le harcèlement, l'intimidation et la violence (Almost, 2006; Desivilya et Yagil, 2005; Giebels et Janssen, 2005; Dewitty et coll., 2009). Les situations laissant présager une agression organisationnelle comprennent le conflit interpersonnel, les contraintes situationnelles (p. ex., l'établissement des horaires et la formation) et l'insatisfaction professionnelle (Herschcovis et coll., 2007).

La confiance à l'égard des pairs, le respect des autres, l'interdépendance des membres de l'équipe et l'identification à l'équipe sont des facteurs qui diminuent les risques de conflit (Almost, 2006; Han et Harms, 2008). Par ailleurs, le stress lié aux conflits interpersonnels et à la justice interactionnelle^G (p. ex., la façon dont les gestionnaires traitent les autres et leur témoignent de l'empathie) est associé à une diminution du respect organisationnel (Spence-Laschinger, 2004).

Les organisations doivent élaborer, mettre en œuvre et évaluer des cadres de prise de décision éthique et des lignes directrices de résolution des conflits de façon à permettre aux gestionnaires et aux responsables d'intervenir positivement dans les conflits (Meth et coll., 2009).

Style de gestion des conflits et formation

Une formation efficace en résolution des conflits doit aider les employés à être mieux équipés pour gérer les exigences du travail (Haraway et Haraway, 2005) et accroître leur sensibilisation à leurs styles de gestion des conflits (Zwiebel et coll., 2008). Cette formation doit intégrer la pratique réfléchie, la conscience de soi, l'intelligence émotionnelle et l'autoamélioration (Horton-Deutsch et Sherwood, 2008), et favoriser les habiletés en matière de communication afin de promouvoir un processus décisionnel collaboratif en ce qui concerne les questions de nature juridique et éthique (Meth et coll., 2009).

Les émotions positives d'un employé envers ses collègues (p. ex., la collégialité) influent sur son style de gestion des conflits (Desivilya et Yagil, 2005) tout comme sur son style de leadership. Les données probantes appuient l'utilisation d'un style intégré de gestion des conflits (Tabak et Koprak, 2007; Friedman et coll., 2000) et de styles actifs de gestion des conflits (DeChurch et Marks, 2001). Un style actif de gestion des conflits consiste à discuter ouvertement des divergences d'opinions, à verbaliser ses inquiétudes et à mettre l'information en commun afin de trouver collectivement une solution (DeChurch et Marks, 2001). Il existe une corrélation positive entre les styles collaboratifs de gestion des conflits, l'intelligence émotionnelle (Morrison, 2008; 2005) et les émotions positives (Desivilya et Yagil, 2005). Moins de conflits interpersonnels est également synonyme de meilleure collaboration (Meyer, 2004). Inversement, un style de gestion des conflits complaisant ou au contraire axé sur la rivalité est associé à des compétences moindres en matière d'intelligence émotionnelle (Morrison, 2008; 2005). Quant aux personnes qui utilisent des styles de gestion des conflits fondés sur la domination et l'évitement, elles sont plus susceptibles de vivre un plus grand nombre de conflits de tâches et, par conséquent, des degrés plus élevés de stress (Friedman et coll., 2000).

Le leadership transformationnel permet de modifier le style de gestion des conflits (Hendel et coll., 2005). Le style de gestion des conflits des responsables/gestionnaires a une incidence sur l'effet des conflits de tâches et des conflits relationnels sur les résultats de l'équipe, comme le rendement et la satisfaction professionnelle globale. En d'autres mots, les gestionnaires qui utilisent un style résolument actif de gestion des conflits pour aborder les différends interpersonnels obtiennent des résultats productifs qui ont une incidence directe sur les soins aux patients/clients (DeChurch et Marks, 2001). Il existe également un lien entre un style de gestion des conflits carrément abrupt et l'absentéisme, les accidents et les heures supplémentaires (Meyer, 2004). De plus, des niveaux élevés de conflits interpersonnels dans les milieux de travail débouchent souvent sur une certaine dérive vers un style de leadership autocratique ou autoritaire (Almost, 2006). Il est nécessaire que les organisations s'engagent à offrir un soutien en leadership afin que soient adoptés des styles efficaces de gestion des conflits (Bishop, 2004).

Le soutien d'une tierce partie (p. ex., spécialistes de la médiation ou conseillers externes) permet d'amoindrir les effets d'un conflit interpersonnel difficile sur le niveau de stress subi par un employé ou la diminution du bien-être émotionnel (p. ex., désengagement psychologique, isolement, présentéisme) (Giebels et Janssen, 2005; Meth et coll., 2009). L'aide d'une tierce partie peut diminuer le stress et les autres effets négatifs (p. ex., l'épuisement) que les situations conflictuelles engendrent à long terme (Giebels et coll., 2004). En d'autres mots, le soutien d'une tierce partie procure un effet tampon qui permet d'atténuer les effets du conflit interpersonnel. Cette personne aide à gérer le conflit en offrant une écoute active, de l'aide, une validation, une attitude empathique et une expertise reconnue (Kressel et coll., 2002).

Culture organisationnelle

Les organisations doivent s'engager à désamorcer les conflits en mettant en place une culture qui ne considère pas les différends d'une façon négative (Porter-O'Grady, 2004). Les structures organisationnelles qui encouragent la collaboration, réduisent les déséquilibres de pouvoir et misent sur la réussite commune ont de meilleures chances de prévenir ou de diminuer les conflits (Almost, 2006). Des tensions peuvent naître dans les équipes interdisciplinaires, qui de par leur nature même, sont composées de nombreux professionnels ayant chacun leurs propres valeurs, pratiques, croyances et objectifs de soins (Harmer, 2006). Un conflit dans une équipe diminue la coordination et la collaboration entre les membres de l'équipe ou avec les autres équipes (Almost, 2006). Les injustices et les manques de respect perçus sont considérés comme une cause de conflit (Almost, 2006). Cette perception risque de nuire aux relations interprofessionnelles, particulièrement en cas de délégation de pouvoir entraînant un déséquilibre de pouvoir (Bishop, 2004; Nelson et coll., 2008). Les infirmières et les médecins ne perçoivent pas la collaboration de la même manière (Chadwick, 2010). Les infirmières sont dans certains cas réticentes à communiquer leur expertise et leur opinion sur un patient/client en raison d'une différence perçue de pouvoir (Nelson, King et Brodine, 2008). Dans de tels cas, la non-participation de l'infirmière à l'élaboration du plan thérapeutique du patient/client risque d'empêcher ce dernier de recevoir des soins optimaux.

Les organisations de soins de santé doivent s'efforcer d'instaurer une culture axée sur la sécurité, dans laquelle chaque membre de l'équipe soignante se sent libre de parler de ses opinions et de ses préoccupations en ce qui concerne le plan thérapeutique d'un patient/client et peut exprimer son désaccord avec ses supérieurs sans craindre d'être blâmé (Porto et Lauve, 2006). Une manière pour les organisations d'y parvenir consiste à rédiger un code de déontologie universel et détaillé qui fournit des conseils à tous les employés (y compris les responsables et les médecins), aux patients/clients, aux familles et aux visiteurs. Elles doivent en outre fournir une description claire des comportements inacceptables et préciser clairement quels sont les motifs de licenciement en cas de non-respect des politiques, des procédures ou des règlements. Le code devrait être formulé et modifié au besoin par un comité interdisciplinaire. Afin que le code universel soit adopté et intégré à la culture organisationnelle, on doit procéder à une mise en œuvre planifiée et conforme au code pour tous les groupes. Un système de surveillance de la conformité doit être mis en œuvre pour assurer la durabilité et le changement de culture (Porto et Lauve, 2006).

L'atténuation et la gestion des conflits sont des éléments importants d'un milieu de travail sain (Eman et coll., 2005). Il existe des lacunes de communication en matière de conflits perçus, et celles-ci sont responsables d'erreurs, d'une sécurité amoindrie pour les patients/clients, d'une insatisfaction, d'un engagement affaibli et d'un roulement du personnel (Maxfield et coll., 2005). Parallèlement, les climats des milieux de travail et les cultures organisationnelles sont façonnés par les styles individuels de prévention, d'atténuation et de gestion des conflits, ainsi que par le nombre de conflits (Friedman et coll., 2000).

Les cultures organisationnelles et les milieux de travail qui ont été jugés « bons », « positifs » ou efficaces dans leur manière d'atténuer la négativité connaissent habituellement moins de conflits et adoptent plus souvent des styles efficaces de gestion des différends. Ces cultures et milieux ont les caractéristiques suivantes (OHA, 2011; Sui et coll., 2008) :

- Groupes de travail/équipes solidaires – Les responsables qui ont un sens aigu du leadership, une vision claire de l'avenir et qui sont accessibles aux employés ont plus de facilité à favoriser la solidarité chez les employés en encourageant la camaraderie, en favorisant la confiance entre les gestionnaires et le personnel et en améliorant le moral des employés.
- Appréciation, intégrité et respect – L'organisation prône une attitude positive, appuie une culture fondée sur le respect, souligne les réussites et considère les erreurs comme des occasions d'apprentissage. Le milieu de travail est moralement sécuritaire, éthiquement viable et un temps suffisant est accordé à la formation continue et au perfectionnement professionnel. Les employés sont appréciés.
- Culture fondée sur le travail d'équipe – Les employés travaillent en équipe et le travail est équitablement réparti. La communication est efficace et continue, et on utilise des styles collaboratifs et/ou actifs de gestion des conflits (p. ex., l'intégration et le compromis)
- Équilibre travail-vie – On reconnaît que les employés ont des responsabilités à l'extérieur du travail et on ne culpabilise pas ceux qui partent à l'heure prévue ou qui ne font pas d'heures supplémentaires.
- Au diapason de la pratique professionnelle – Les organisations qui appuient la pratique professionnelle des infirmières encouragent les contextes de travail coopératifs.

Les dispensateurs de soins de santé ont beaucoup de difficulté à aborder certains sujets – pourtant, la satisfaction et l'engagement des employés et la qualité des soins s'améliorent avec la capacité de les aborder (Maxfield et coll., 2005)

2.0 Recommandations individuelles et d'équipe

Les recommandations suivantes s'articulent autour du cadre notionnel des milieux de travail sains et reflètent les éléments physiques, organisationnels, cognitifs, psychologiques, sociologiques, culturels et professionnels de l'atténuation et de la gestion des conflits en milieu de travail qui doivent être abordés à l'échelle de la personne afin d'assurer l'application des pratiques exemplaires. Les facteurs en lien avec les éléments individuels comprennent :

Éléments matériels et organisationnels

- Les exigences du travail;
- La nature du travail;
- Les caractéristiques du travail;
- La composition des effectifs.

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels

- Les capacités cognitives, psychologiques et sociales, et l'effort;
- La compétence culturelle;
- Le sexe;
- Les relations de travail (schémas de communication, processus décisionnel, résolution des conflits et mentorat);
- La précision du rôle;
- La tension liée au rôle;
- Le niveau de difficulté psychologique;
- La sécurité d'emploi;
- La complexité clinique;
- Les connaissances cliniques, les capacités d'adaptation et les habiletés en matière de communication.

Éléments professionnels

- l'expérience, les aptitudes et les connaissances;
- Les qualités personnelles;
- Les habiletés en matière de communication
- Les facteurs motivationnels.

2.0 RECOMMANDATIONS INDIVIDUELLES ET D'ÉQUIPE

- 2.1 Les infirmières et les équipes soignantes reconnaissent qu'il est normal que des conflits surviennent et cherchent à comprendre, par des pratiques d'autoréflexion, les effets de leurs comportements, valeurs, croyances, conceptions et perceptions sur leurs relations avec les autres, et la manière dont le comportement des autres agit sur les conflits. À cet effet, les infirmières et membres des équipes soignantes :
- Cernent les comportements et/ou attitudes personnels qui pourraient avoir contribué au conflit et s'efforcent de modifier ces comportements ou attitudes;
 - Reconnaitent et comprennent leur style personnel de gestion des conflits;
 - Affinent leurs aptitudes en résolution de conflits en tirant parti des formations offertes. Si aucune formation n'est offerte, l'infirmière peut porter cette question à l'attention de son gestionnaire/directeur;
 - Comprennent l'importance de l'intelligence émotionnelle⁶ et des expériences vécues ainsi que leurs liens avec le conflit.

	<p>2.2 Les infirmières et les équipes soignantes contribuent à une culture qui favorise la gestion et l'atténuation des conflits en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cherchant à dénouer les conflits en tirant parti, s'il y a lieu, de services de counseling (programmes d'aide aux employés), de l'accès au soutien (santé au travail) et de la formation offerte dans leur organisation ou leur milieu; • Utilisant des techniques de résolution de problèmes • Reconnaissant le conflit et en en discutant lors de forums tels que les réunions du personnel; • Étant responsables de leurs actions et en s'engageant à gérer et à atténuer les conflits; • Prenant part aux initiatives de l'équipe de soins infirmiers d'une manière active et constructive; • Étant responsables de leurs paroles et respectueuses lors des communications avec les patients/clients, les familles et les membres de l'équipe; • Cherchant des occasions de mise en commun des connaissances et des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers et de soins de santé en général et en assumant la responsabilité dans ce domaine.
	<p>2.3 Les infirmières, les équipes soignantes et les professionnels de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissent qu'un conflit peut être abordé de différentes façons, selon la relation entre les personnes impliquées; • Comprennent leur contribution originale à l'expérience vécue par le patient/client en ce qui concerne sa santé ou sa maladie et à la prestation de services de santé, et leur rôle d'importance capitale dans l'amélioration des résultats de santé, laquelle est tributaire d'une conception des soins axée sur les besoins des patients/clients; • Comprennent et respectent les rôles, le champ d'activité de la pratique et la responsabilité de tous les membres de l'équipe soignante^G.
	<p>2.4 Dans leur pratique, les infirmières et les autres membres des équipes soignantes collaborent entre elles dans le respect et la confiance en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurant une communication ouverte en ce qui concerne la prestation des soins aux patients/clients et les autres activités professionnelles; • Établissant des buts clairs et mesurables de soins aux patients/clients; • Établissant des processus pour la résolution des conflits et des problèmes; • Participant à un processus décisionnel ouvert et transparent; • Étant une membre active et engagée de l'équipe soignante^G et en faisant preuve de respect et de professionnalisme; • Contribuant au bon moral de l'équipe; • Comprenant que chaque membre de l'équipe contribue à bâtir le milieu de travail; • Appuyant chaque membre de l'équipe dans tous les aspects de sa pratique.
	<p>2.5 Les infirmières contribuent à l'élaboration de processus, de stratégies, d'outils et de modes de fonctionnement clairs, lesquels favorisent la gestion et l'atténuation des conflits. Il convient de se concentrer sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication ouverte, honnête et transparente; • Rétroaction constructive et collaborative; • Buts et objectifs clairs qui favorisent le professionnalisme, le respect et la confiance.
	<p>2.6 Les infirmières et les équipes de soins de santé participent activement à la formation en vue d'adopter une approche constructive de gestion et d'atténuation des conflits.</p>

	<p>2.7 Consultent les lignes directrices, politiques et procédures organisationnelles et professionnelles en lien avec la gestion et l'atténuation des conflits en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cherchant un soutien; • Obtenant de l'information; • Offrant un soutien à leurs collègues.
	<p>2.8 Utilisent les outils et stratégies de gestion et d'atténuation des conflits, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Écouter activement et avec empathie; • Permettre à autrui d'exprimer ses inquiétudes; • Aller au-delà des apparences pour comprendre les choses en profondeur; • Reconnaître ses fautes et recadrer les émotions; • Faire la distinction entre les éléments importants et les détails superflus; • Tirer des leçons des comportements difficiles; • Diriger et guider la transformation; • Trouver des compromis collectifs.

Discussion sur les données probantes

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B, C et D.

Conscience de soi et intelligence émotionnelle

À l'échelle individuelle, l'auto-réflexion offre aux infirmières et aux autres professionnels de la santé une occasion d'examiner les aspects de leur pratique et de déterminer ce qui a bien fonctionné et ce qui aurait pu être fait différemment (CNO, 2009). Les personnes qui se prêtent à un processus de réflexion constructive peuvent acquérir une compréhension plus approfondie des enjeux et affiner leur jugement et leurs aptitudes (Cirocco, 2007). Chez les infirmières et les équipes soignantes en général, une prise de conscience éclairée de la contribution de chacun à la structure de soins de santé peut faciliter la gestion et l'atténuation des conflits (Morrison, 2008). En retour, une plus grande intelligence émotionnelle peut faciliter la gestion efficace des conflits.

L'intelligence émotionnelle se définit comme étant « la capacité d'interagir efficacement avec les autres et d'avoir une maîtrise positive des émotions » et comprend « un éventail d'aptitudes qu'une personne possède afin de déchiffrer les émotions des autres et agir en conséquence » (Morrison, 2008, p. 976). Agir en tenant compte de la situation tout en gardant la maîtrise des émotions nécessite la capacité de percevoir les processus et de gérer l'information émotionnelle. De plus, l'intelligence émotionnelle aide à intégrer et à comprendre l'information (Morrison, 2008). Enfin, la maîtrise de la conscience de soi, de la conscience sociale et de l'autogestion, ainsi que la bonne gestion des relations peuvent renforcer la capacité d'une personne à percevoir les processus et à gérer les conflits (Morrison, 2008). La recherche a montré une relation positive entre la collaboration et l'intelligence émotionnelle (Morrison, 2008).

Horton-Duesch et Horton (2003) traitent du concept de « pleine conscience », un processus d'amélioration de la conscience individuelle et du rôle de chacun dans la structure d'un conflit (p. 192). Les auteurs décrivent la « pleine conscience » comme étant « le processus consistant à regarder la situation sous différents angles, en prenant en considération son propre point de vue et celui de l'autre personne jusqu'à ce que les choses puissent être abordées différemment. » (p. 192). La conscience de soi peut être à l'origine de ce processus, qui progresse à mesure que grandit la conscience qu'ont les personnes de leurs forces et de leurs faiblesses.

Milieux de travail

Même si Friedman et coll. (2000) soutiennent que « c'est l'employé lui-même qui bâtit son milieu de travail (du moins en partie) » (p. 49), les milieux de travail sont également façonnés par chaque employé et ses interactions avec les autres. Les milieux de travail où règne un manque de respect générateur de conflits peuvent diminuer le moral de l'équipe et entraîner

de l'insatisfaction parmi ses membres. Dans les équipes, les conflits sont souvent provoqués par des attaques personnelles ou par des désaccords interpersonnels, et diminuent le niveau d'effort collectif fourni pour accomplir les tâches collectives. Les infirmières qui se sentent valorisées et respectées par tous les membres de l'équipe sont mieux outillées pour s'engager dans des stratégies de gestion des conflits (Siu et coll., 2008). De plus, les infirmières qui œuvrent dans un contexte professionnel qui prône l'autonomie professionnelle, un leadership solide et la collaboration ont une meilleure confiance en elles et sont plus susceptibles de résoudre les problèmes de façon collective, respectueuse et ouverte.

Les infirmières, dans le cadre de leur autoréflexion, savent que le fait d'être disposées à résoudre les conflits peut avoir une incidence sur leur processus de résolution et peut être à l'origine de la mise en place de milieux de travail qui favorisent le respect, la collaboration et la solidarité (Siu et coll., 2008). Les milieux de travail sont façonnés par la contribution et les comportements de chacun; par conséquent, chaque membre d'un groupe est « considérablement influencé par les comportements que son style personnel génère chez les autres » (Friedman et coll., 2000, p. 49). Pour parvenir à élaborer des stratégies efficaces de gestion d'un niveau accru de conflits, il est essentiel de reconnaître que les conflits peuvent émerger de nombreuses situations et que leur dénouement est possible (Xiao et coll., 2007). L'édification d'une culture qui appuie la résolution efficace des conflits nécessite des aptitudes de négociation et l'élaboration de processus de gestion visant à appuyer la collaboration, l'équité et la justice (Xiao et coll., 2007).

D'après Saulo et Wagener (2000), la gestion et l'atténuation des conflits est une aptitude qui peut s'apprendre; des programmes de gestion des conflits sont offerts aux néophytes activement engagés dans le processus et motivés à s'investir.

Travail d'équipe et conflits

Les conflits peuvent survenir dans des situations de complexité accrue des soins au patient/client, de problèmes liés à la charge de travail et de contraintes de temps (Brown et coll., 2011). Les conflits ont pour effet de dégrader les relations de travail et de retarder les soins au patient/client (EHCCO, 2010; Siu et coll., 2008). En revanche, des conflits gérés de façon adéquate peuvent améliorer les comportements, les résultats cliniques et la satisfaction des patients/clients; la bonne gestion des conflits dépend parfois de la capacité des membres de l'équipe à prendre conscience de leur contribution à une situation donnée. Les groupes qui encouragent la résolution des conflits possèdent un meilleur niveau de satisfaction; les conflits sont solubles lorsque les groupes collaborent à l'atteinte d'un objectif commun (DeChurch et Marks, 2001; Cox, 2003). De plus, les groupes qui partagent des valeurs semblables se rejoignent dans leur capacité de communiquer, ce qui accroît la capacité du groupe à travailler efficacement (Bryan-Sexton et coll., 2006; Jehn, Chadwick et Thatcher, 1997).

Le travail d'équipe est le fruit de la collaboration, laquelle repose sur un processus interactionnel et relationnel entre les membres de l'équipe (FCRSS, 2006a). La clé de la diminution des conflits est la mise en place de modes de travail d'équipe qui prônent les relations de collaboration (Almost et coll., 2010). Les infirmières et les équipes soignantes en général doivent savoir que l'esprit d'équipe est essentiel à l'atteinte de résultats positifs. La gestion des besoins en constante évolution des patients/clients et la reconnaissance positive de la contribution de chaque membre de l'équipe sont essentiels à l'excellence des soins de santé prodigués à chaque patient/client et à la satisfaction de sa famille. Chaque membre de l'équipe doit avoir une compréhension claire de son rôle et du rôle d'autrui, et travailler de façon collaborative et respectueuse tout en plaçant en avant-plan les soins au patient/client. Le processus décisionnel et de responsabilisation devient particulièrement important lorsque les soins visent des clients qui sont des cas cliniques complexes.

Un élément fondamental du rendement d'une équipe est la conscience que la perception ou l'interprétation des actions dépend de la confiance (Almost et coll., 2010). « Lorsque des collègues se font confiance, ils sont plus susceptibles d'accepter le désaccord tel qu'il est et moins susceptibles d'interpréter les comportements d'une manière négative. » (Almost et coll., 2010, p. 448). En outre, la perception d'un manque de respect peut aussi être présente dans un conflit. Pour les infirmières et les équipes soignantes, une communication qui minimise ou ignore les préoccupations des infirmières peut être perçue comme un signe de non-respect (Almost et coll., 2010).

Comprendre les conflits et élaborer des stratégies

Les conflits en milieu de travail sont inévitables et il incombe à chaque infirmière d'accroître sa propre conscience du pouvoir destructeur de ce problème en participant activement à des stratégies de gestion et d'atténuation. Comprendre ce qui constitue un conflit et les conséquences qu'il entraîne est essentiel à l'élaboration de stratégies de gestion et d'atténuation (Almost et coll., 2010). Chaque infirmière peut participer à des formations sur la résolution des conflits. Ces formations traitent notamment des habiletés en matière de communication permettant d'exprimer ses sentiments de façon adéquate, de la maîtrise de la colère et de stratégies de désamorçage des conflits. Encourager les infirmières et les équipes de soins de santé à participer à l'élaboration d'une structure organisationnelle de gestion des conflits peut leur permettre de cerner et de signaler les situations conflictuelles et d'y réagir de façon appropriée tout en augmentant leur niveau de compréhension et de confiance (Deans, 2004).

La gestion des conflits nécessite une formation adéquate axée sur une approche d'équipe (Deans, 2004; Meyer, 2004). L'aggravation d'un conflit augmente la frustration liée aux besoins non comblés et au mauvais rendement professionnel, entraînant un retard dans la responsabilisation des infirmières et, enfin, dans les soins prodigués. Par conséquent, le but ultime de la participation des infirmières et des équipes soignantes à l'élaboration de stratégies de gestion et d'atténuation des conflits consiste à améliorer la qualité de vie au travail et, subséquemment, les soins infirmiers.

L'élaboration de politiques et les lignes directrices à l'intention des professionnels fournissent de l'information sur l'identification des divers types de conflit, sur leur évaluation ainsi que sur les moyens de gérer et de dénouer les conflits qui nuisent à la dynamique du groupe et à ses membres. Les politiques qui décrivent les comportements inacceptables, comme les menaces, la discrimination, la violence, l'agressivité, les cris et les jurons, appuient la mise en place d'un milieu de travail positif (Meyer, 2004).

De même, en participant à l'application de données probantes qui diminuent le stress, on contribue à l'adoption d'un mode de fonctionnement et d'un soutien d'importance fondamentale dans la mise en place d'un milieu de travail sain. Contribuer à la mise en place d'un milieu de pratique qui prône le travail coopératif constitue la base de la détection, de l'évaluation et de la gestion efficace des conflits dans l'équipe de soins de santé. Même si la résolution des conflits présente de nombreux avantages, le principal est l'amélioration de la sécurité des patients/clients (EHCCO, 2010).

Pour des relations de travail de qualité

- *Trouver un équilibre entre la raison et l'émotion*
- *Comprendre les besoins et les intérêts des autres*
- *Prôner la bonne communication*
- *Faire preuve de fiabilité*
- *Recourir à la persuasion plutôt qu'à la coercition*
- *S'accepter mutuellement*

(Fisher, R., et Brown, S., 1998)

Recommandations externes/relatives au système

Les recommandations suivantes reflètent les éléments physiques, organisationnels, cognitifs, psychologiques, sociologiques, culturels et professionnels de l'atténuation et de la gestion des conflits en milieu de travail qui doivent être abordés à l'échelle du secteur externe ou du système pour assurer l'application des pratiques exemplaires. Les facteurs en lien avec les éléments du système externe contenus dans les recommandations comprennent :

Éléments matériels et organisationnels :

- Modèles de prestation de soins de santé;
- Financement;
- Cadre législatif/politique.

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels :

- Les attentes des consommateurs;
- L'évolution des rôles de la famille;
- La diversité de la population et des dispensateurs de soins de santé.

Éléments professionnels :

- Les politiques et les règlements aux échelons provincial ou territorial, national et international qui ont une influence sur le comportement des organisations et des personnes en ce qui concerne la gestion et l'atténuation des conflits dans les milieux de travail;
- Les compétences et les normes de pratique qui influent sur le comportement et la culture des membres de l'équipe.

3.0 RECOMMANDATIONS EXTERNES/RELATIVES AU SYSTÈME	
	3.0 Recommandations relatives aux gouvernements :
	3.1 Les gouvernements reconnaissent que les conflits dans les équipes de soins de santé ⁶ constituent un enjeu majeur.
	3.2 Tous les paliers de gouvernement favorisent un milieu de travail sain en : <ul style="list-style-type: none"> • Élaborant des politiques et des cadres législatifs qui appuient la gestion et l'atténuation des conflits; • Élaborant des politiques et des cadres législatifs qui favorisent la collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle ainsi que le travail d'équipe; • Assurant un financement durable afin de permettre une prévention, une gestion et une atténuation efficaces des conflits dans tous les milieux de soins de santé; • Établissant des exigences en matière de responsabilisation, notamment par le truchement de plans d'amélioration de la qualité, d'agrément ou d'autres ententes sur la responsabilisation en matière de gestion et d'atténuation des conflits dans tous les milieux de soins de santé.
	3.3 Les organismes gouvernementaux et les décideurs harmonisent de façon stratégique la gestion des conflits et d'autres initiatives en matière de milieux de travail sains ⁶ de sécurité des patients/clients ⁶ , de pratique interprofessionnelle collaborative et de qualité des soins aux patients/clients.
	3.4 Les gouvernements s'engagent à lancer et à appuyer des projets de recherche en offrant un financement adéquat et adapté à la complexité du type d'études nécessaires pour examiner les conflits dans les équipes de soins de santé.

Discussion sur les données probantes

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories C, D et D1.

Au niveau du système, les réformes législatives et réglementaires doivent suivre les changements et les tendances ayant cours dans la pratique. Les décideurs doivent accorder au niveau organisationnel l'autonomie nécessaire pour éliminer les obstacles qui empêchent la systématisation des pratiques collaboratives. En Suède, par exemple, la *Swedish Work Environment Act* exige que les employeurs prennent les mesures nécessaires pour mettre en place un milieu de travail sûr, sécuritaire et sain des points de vue physique, social, psychologique, organisationnel et technique, et que les employeurs et les employés collaborent pour établir un milieu de travail satisfaisant. L'employeur est tenu de gérer le milieu de travail de façon systématique (AFS, 2001).

De même, dans l'Union européenne, la *Déclaration de Luxembourg sur la promotion de la santé sur le lieu de travail* fixe comme objectif « l'amélioration de l'organisation et du milieu de travail, la promotion d'une participation active et le soutien du développement personnel » (Menckel, 1999). Les résultats escomptés sont l'amélioration de la qualité de vie au travail et une meilleure performance économique.

Cette autonomie pourrait, entre autres, se manifester sur le plan de l'affectation des ressources, de la décentralisation des services et de la gestion des ressources humaines. Par ailleurs, les acteurs du système devraient faire en sorte que les pratiques exemplaires soient diffusées à l'échelle nationale et rattachées à des exigences relatives à la responsabilisation (FCRSS, 2006a).

Un système de santé qui encourage l'efficacité du travail en équipe améliore la qualité des soins prodigués aux patients/clients, veille à la sécurité des patients/clients et par le fait même, diminue les problèmes relatifs à la charge de travail qui occasionnent un surmenage chez les professionnels de la santé (FCRSS, 2006a). Les interventions en équipe qui sont fructueuses sont souvent intrinsèquement liées à l'amélioration de la qualité des soins au moyen d'une meilleure coordination des services de santé et d'une utilisation efficace des ressources en santé. Même si certaines politiques gouvernementales appuient l'élaboration de modèles collaboratifs et interprofessionnels, elles n'arrivent pas à transformer le système. Un travail en équipe efficace ne sera possible que lorsque tous les niveaux du système de santé travailleront de concert.

Les obstacles relatifs aux politiques et au système qui freinent actuellement la transition vers des soins axés sur le travail en équipe au sein du système de santé doivent tomber si on veut que ce mode de fonctionnement devienne réalité. Parmi ces obstacles, on compte l'incohérence des politiques et approches gouvernementales, les restrictions dans la planification des ressources humaines dans le domaine médical, des cadres réglementaires et législatifs qui créent un cloisonnement et des modèles de financement et de rémunération qui découragent la collaboration (FCRSS, 2006a).

L'impact de ces obstacles est aggravé par une pénurie de personnel médical et par l'absence d'un financement adéquat et continu pour encourager les activités collaboratives. Par ailleurs, les décideurs doivent faire preuve de leadership pour faire tomber ces obstacles et pour développer les infrastructures requises favorisant le travail en équipe au niveau de la pratique, de l'organisation et du système. Les compétences en gestion des conflits doivent être développées à tous les niveaux du système afin que tous disposent des outils nécessaires pour les résoudre (FCRSS, 2006a).

Les responsables et les organismes dirigeants doivent harmoniser de façon stratégique leurs programmes de gestion des conflits et les efforts en matière de sécurité des patients/clients, les stratégies des ressources humaines et, plus particulièrement, les programmes de maintien en poste du personnel (Mayer, 2008; Hetzler et Record, 2008; Marshall et Robson, 2005). Toutefois, à l'échelle gouvernementale, bon nombre d'initiatives, de documents et de rapports de politique ne font pas explicitement mention de l'importance de la gestion et de l'atténuation des conflits dans les milieux de soins de santé. Tous les secteurs (incluant les organismes de réglementation professionnelle, les établissements d'enseignement, les organisations d'agrément, les patients, les clients et les personnes soignantes) doivent être prêts à revoir les pratiques actuelles et à se lancer dans de nouvelles initiatives qui encourageront la collaboration et, par conséquent, amélioreront la santé de la population canadienne (FCRSS, 2006).

Les données probantes faciles d'accès et qui peuvent être directement transposées à la pratique sont peu nombreuses (Glasgow et coll., 2004). Pour quelles soient significatives, les études portant sur les conflits dans les équipes de soins de santé doivent prendre en considération tous les éléments du milieu de pratique à l'échelle de la personne, de l'unité, de l'organisation et du système. De plus, les utilisateurs finaux considèrent parfois que des données sur des interventions issues d'études isolées menées dans des conditions précises ne s'appliquent pas dans tous les milieux (Daly, Douglas et Kelley, 2005). Par conséquent, il a été proposé que les études soient répétées d'une population à une autre et d'un milieu à un autre (Glasgow et coll., 2004). L'idéal est de mener des études séquentielles qui intègrent les résultats d'études antérieures.

4.0 Recommandations relatives à la recherche	
4.1	Les chercheurs établissent des partenariats avec les gouvernements, les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les syndicats, les organisations de soins de santé et les établissements de formation pour mener des études sur les conflits dans les équipes de soins de santé ^G .
4.2	Des chercheurs de diverses professions étudient : <ul style="list-style-type: none"> • Les diverses conséquences des différents types de conflits au travail sur le personnel, les patients/clients^G, les résultats de l'organisation et du système, y compris la qualité des soins, la sécurité des patients, le recrutement et la stabilité du personnel; • La prévalence et l'incidence des conflits, ainsi que leurs types, pour tous les milieux et secteurs de l'organisation; • Les antécédents^G et facteurs d'atténuation propres à chacun et qui ont une incidence sur les différents types de conflit au travail pour tous les milieux et secteurs de l'organisation; • l'existence et l'efficacité des conceptions et pratiques actuelles de gestion employées pour prévenir, gérer et atténuer les conflits en milieu de travail, y compris les programmes de formation et d'enseignement; • Les divers niveaux auxquels des conflits peuvent survenir (p. ex., individuel, équipe, système de soins de santé, société) au moyen d'un large éventail de méthodes et d'outils théoriques; • La faisabilité, l'efficacité et la durabilité des programmes et des interventions conçus pour prévenir, gérer et atténuer les conflits.
4.3	Les chercheurs élaborent, mettent en œuvre et évaluent une stratégie d'intervention en cas de conflit en se fondant sur le modèle conceptuel illustré à la Figure 2 (page 30).
4.4	Au moyen de stratégies efficaces de transfert des connaissances, les chercheurs transmettent les résultats de recherche à leurs partenaires (organismes gouvernementaux, associations professionnelles, organismes de réglementation, syndicats, organisations de soins de santé, établissements d'enseignement) et aux personnes qui ont participé à la recherche.

Discussion sur les données probantes

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B et C.

Dans plusieurs études, des infirmières œuvrant dans un contexte de soins actifs ont indiqué que les conflits étaient plus fréquents dans leur milieu de travail actuel que par le passé (Hesketh et coll., 2003; Rolleman, 2001; Warner, 2001). Les infirmières ont été nombreuses à signaler des conflits avec les médecins, d'autres infirmières, les gestionnaires, les familles et les patients/clients (Boychuck-Duchscher et Cowin, 2004; Hillhouse et Adler, 1997; Kushell et Ruh, 1996). Cependant, d'après des études récentes, les infirmières estiment que leurs gestionnaires et leurs collègues infirmières constituent les sources les plus fréquentes de conflit, les conflits avec leurs collègues infirmières représentant le type de conflit le plus stressant (Almost et coll., 2010; Bishop, 2004; Lawrence et Callan, 2006; Warner, 2001). Dans un rapport de la FCRSS (2006b) portant sur les principaux enjeux touchant le personnel infirmier au Canada, les mauvaises relations de travail avec les collègues ont été mentionnées parmi les nombreuses difficultés que les infirmières doivent surmonter dans le contexte actuel.

Toutefois, d'après un examen de la documentation, il existe un manque flagrant d'études sur les causes et les conséquences des conflits. En effet, la recherche en soins infirmiers a principalement porté sur la gestion des conflits, et seules quelques études se sont penchées sur les causes, les composantes et les effets des conflits (Almost, 2006). De plus, dans

la majorité des études en soins infirmiers, le terme « conflit » n'est pas défini ou est mal défini, allant du commérage à la violence physique, et la majorité des études sur les conflits ne s'appuient sur aucun cadre théorique. Afin d'élaborer des stratégies de diminution des conflits, des recherches sont nécessaires pour mieux définir le concept de conflit dans les milieux infirmiers, et parvenir à une compréhension plus approfondie des causes du phénomène et des conséquences sur le personnel infirmier. Une compréhension en profondeur des sources des conflits permettrait de passer de la gestion du problème vers sa prévention (Almost, 2006). Des études longitudinales pourraient fournir une meilleure caractérisation des liens entre les causes et les effets des conflits (Cox, 2001). La grande majorité des études qui ont été réalisées concernent des milieux de soins actifs. Le moment est venu d'étudier la nature, la prévalence et l'incidence des conflits au travail pour toute la gamme des milieux de soins infirmiers. Les infirmières œuvrent dans différents milieux allant des grands établissements aux milieux indépendants. Pour mieux comprendre la portée et les conséquences des conflits au travail, il est nécessaire de mener des recherches qui prennent en considération le contexte situationnel et organisationnel (Montoro-Rodriguez et Small, 2006; Wall et Callister, 1995).

Des équipes interdisciplinaires de chercheurs doivent travailler en partenariat avec les gouvernements, les établissements d'enseignement, les associations professionnelles et les organisations de soins de santé pour concevoir des recherches qui permettront de mieux comprendre les conséquences des différents types de conflit au travail sur les professionnels de la santé. Du point de vue organisationnel, les conséquences sur lesquelles il faut se pencher sont celles qui nuisent à la coordination, à la collaboration entre les membres de l'équipe, au recrutement, au maintien en poste du personnel, à l'efficacité de l'équipe, à la sécurité des patients/clients et aux résultats cliniques, ainsi que celles qui entraînent une augmentation des griefs (De Dreu, Harinck et Van Vianen 1999; Institute of Medicine, 2004; Pearson et coll., 2006; Spector et Jex, 1998). Du point de vue individuel, les conséquences sont diverses, allant du stress au travail à l'insatisfaction professionnelle, à l'absentéisme, au manque de confiance et à un désengagement (Almost, et coll., 2010; Cox, 2003; Hoel et Cooper 2001; McKenna et coll., 2003; Warner, 2001). Ces conséquences peuvent toutes à long terme mener à une intention de quitter son emploi, à l'épuisement et à des troubles psychosomatiques (Danna et Griffin, 1999; Lambert et coll., 2004; McKenna et coll., 2003). Du point de vue de l'équipe de soins de santé, on compte parmi les conséquences pertinentes celles qui touchent la communication, la cohésion du groupe et les relations interpersonnelles (Pearson et coll., 2006; Tjosvold, 1997; Wall et Callister, 1995).

Les conflits en milieu de travail ne sont pas un phénomène nouveau et différentes approches visant à aborder de tels conflits ont été élaborées par le passé. La documentation existante offre des solutions qui peuvent être mises en œuvre pour améliorer les processus et les résultats relatifs aux conflits, mais des interventions demeurent nécessaires pour déterminer la faisabilité et l'efficacité de la plupart des programmes élaborés pour s'attaquer au problème (Brinkert, 2010). Il est difficile de déterminer dans quelle mesure les pratiques de gestion facilitent ou entravent la résolution des conflits au travail ou si ces pratiques encouragent ou aggravent les schémas de conflit. Les infirmières gestionnaires peuvent jouer un rôle important en travaillant en partenariat avec des chercheurs lorsqu'elles appliquent des interventions nouvelles ou existantes (Brinkert, 2010). Il est important d'évaluer ces programmes de formation sur la prévention et l'intervention de même que les politiques connexes afin de déterminer leur efficacité.

Le modèle conceptuel des antécédents et des conséquences des conflits (Almost, 2006) présenté à la figure 2 permet une compréhension approfondie des sources et des résultats des conflits ainsi que l'adoption de mesures préventives. Des équipes interdisciplinaires de chercheurs doivent concevoir, mettre en œuvre et évaluer une méthode d'intervention fondée sur les éléments illustrés dans ce modèle.

5.0 Recommandations relatives à l'agrément

- 5.1 Les organismes d'agrément, en se fondant sur les données probantes, élaborent et mettent en œuvre des normes et critères sur la gestion et l'atténuation des conflits, auxquels devront satisfaire les équipes de soins de santé dans le cadre du processus d'agrément.

Discussion sur les données probantes

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories B, C et D.

Les organismes d'agrément, tels qu'Agrément Canada (anciennement le Conseil canadien d'agrément des services de santé [CCASS]), l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) et l'Ontario Council on Community Health Accreditation (OCCHA) doivent faire preuve de diligence dans l'évaluation de la santé du milieu de travail et s'engager à améliorer la qualité de vie au travail des infirmières et des autres professionnels de la santé.

S'attaquer aux conflits liés à une conduite non professionnelle et à un abus de pouvoir dans toutes les professions constitue un élément essentiel des efforts déployés pour améliorer la sécurité des patients/clients. Une étude récente a mis en évidence les effets du milieu de travail sur les soins aux patients/clients et a montré que le quart des membres de l'équipe estimaient que les conflits au sein de l'équipe compliquaient le traitement des patients/clients (Ostermann et coll., 2010). Aux États-Unis, la Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations a publié un avis d'événement sentinelle citant des preuves de la corrélation entre les comportements perturbateurs et l'incidence d'erreurs médicales et d'événements indésirables évitables, la satisfaction des patients/clients, les coûts des soins et le maintien en poste du personnel qualifié (The Joint Commission, 2008). L'alerte indique qu'il y a des antécédents de tolérance et d'indifférence à l'égard de ces comportements et que le fait de ne pas parvenir à les éliminer à l'échelle individuelle et à l'échelle du système nuit à la sécurité des soins. Reconnaisant l'incidence de la culture de soins de santé sur la sécurité des patients/clients, la Joint Commission a publié une révision de ses normes sur le leadership qui est entrée en vigueur en janvier 2009 pour les organisations souhaitant obtenir l'agrément (Schyve, 2009). Cette révision comprend deux nouvelles normes qui reflètent les attentes relatives à la gestion des comportements perturbateurs qui nuisent à la sécurité et à la qualité des soins aux patients/clients, et un mandat de mise en œuvre de processus de gestion des conflits entre les groupes dirigeants, notamment les médecins dirigeants. Les éléments relatifs au rendement s'inscrivant dans ces normes exigent que les personnes qui mettent en œuvre ces processus possèdent les qualifications nécessaires en gestion des conflits. De plus, une norme déjà existante exige que ces processus soient mis en œuvre pour gérer et atténuer les conflits interpersonnels. Les aspects physiques, sociaux et psychologiques du milieu de travail doivent être examinés pendant le processus d'agrément dans le but de mettre en place un milieu de travail véritablement sain (The Joint Commission, 2008). Chacune des nouvelles normes insiste sur la nécessité d'améliorer les aptitudes en gestion des conflits des professionnels de la santé afin que cela se répercute sur la qualité des soins aux patients/clients. Les pionniers dans l'adoption de ces normes ont intégré la formation sur les conflits à la formation continue et aux programmes d'orientation, et bon nombre de professionnels de la santé privilégient les aptitudes en gestion des conflits comme sujet prioritaire de perfectionnement professionnel (Emerging HealthCare Communities [EHCCO], 2010).

Le concept de la qualité de vie au travail est au cœur du programme Qmentum d'Agrément Canada (Agrément Canada, 2010). La qualité de vie au travail fait partie des dimensions de la qualité du programme Qmentum et se retrouve dans les normes de base, les pratiques organisationnelles requises (POR) et le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail. En 2010, Agrément Canada a ajouté de nouveaux critères pour contrer la violence au travail, notamment de la formation sur la prévention et le signalement des incidents. De plus, une nouvelle pratique organisationnelle requise (POR) sur la prévention de la violence au travail est entrée en vigueur en janvier 2010. Le Sondage Pulse aide les organismes à cerner les points forts et les possibilités d'amélioration dans leur milieu de travail, à planifier les interventions appropriées pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement de quelle manière cette qualité a une incidence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. L'évaluation du milieu de travail porte sur un certain nombre d'aspects,

notamment la satisfaction à l'égard de la communication, la supervision, l'apprentissage, la participation aux décisions, la sécurité et l'équilibre travail-vie (Agrément Canada, 2010). Cependant, ces normes ne portent pas explicitement sur l'importance de la gestion et de l'atténuation des conflits en milieu de travail.

Un examen des principes et normes de 2009 de l'Ontario Council on Community Health Accreditation, (OCCHA, 2009) du programme d'agrément de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI, 2009) et du programme de la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) montre bien que ces organisations ne procèdent à aucune évaluation semblable à celle du programme Qmentum d'Agrément Canada. De fait, de nombreuses initiatives en matière de politiques ne thématisent pas explicitement l'importance de la gestion et de l'atténuation des conflits en milieu de travail.

6.0 Recommandations relatives à la formation	
6.1	Le milieu d'enseignement prêche par l'exemple en ce qui a trait à la valorisation et à la promotion d'une culture d'apprentissage qui reconnaît, prévient, atténue et gère les conflits, tout en soulignant les répercussions positives des conflits.
6.2	La formation collégiale ou universitaire de tous les professionnels de la santé comprend : <ul style="list-style-type: none"> • Des occasions officielles et non officielles, pour les étudiants en soins infirmiers et ceux d'autres disciplines, de développer et de mettre en pratique leurs aptitudes en matière de reconnaissance, de prévention, de gestion et d'atténuation des conflits en milieu de travail; • Des connaissances sur les différents types de conflits et leurs répercussions sur la santé personnelle, la carrière, la dynamique de l'équipe et l'apprentissage; • Des stratégies de communication appropriées pour réagir à un conflit en milieu de travail (patients/clients, pairs et autres professionnels de la santé, médecins, superviseurs et membres du corps enseignant); • Des connaissances sur la façon de recourir aux soutiens internes et externes pour réagir à un conflit et sur le meilleur moment pour le faire et une incitation à chercher des solutions aux échelons individuel, organisationnel et systémique.
6.3	Les milieux d'enseignement collaborent avec les établissements de santé pour élaborer des programmes de transition vers la pratique, de mentorat ou de résidence s'adressant aux nouveaux diplômés.

Discussion sur les données probantes

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories B, C et D.

Un certain nombre d'initiatives sont entreprises pour aider les personnes à gérer et à atténuer les conflits dans leur milieu de travail.

Intégration de la formation sur les conflits et la communication

L'une de ces initiatives est l'intégration, tôt dans le cursus, d'une formation sur les conflits et la communication visant à renforcer les aptitudes de la prochaine génération de professionnels de la santé. Ces programmes précoces constituent une première étape importante du développement des compétences en gestion de conflits chez les professionnels de la santé (EHCCO, 2010). Les programmes d'enseignement en soins infirmiers de premier cycle et d'études supérieures doivent être sensibles à la prévalence des conflits au travail, peu importe le milieu, et au prolongement du problème lorsque rien n'est fait. Des cours et des stratégies d'acquisition des compétences fondamentales en matière d'élimination, de gestion et de résolution des conflits doivent être intégrés dans tous les programmes d'enseignements en soins infirmiers, et ce, à compter de la première année (Conseil international des infirmières [CII], 2006). Leur contenu devrait notamment porter sur la résolution efficace des conflits, la communication interpersonnelle, la conscience de soi (Almost et coll., 2010), le travail dans divers types de groupe (Wolff et coll., 2010), le développement et le perfectionnement des compétences liées à l'intelligence émotionnelle (Morrison, 2008), la façon de reconnaître et de gérer les divers types de conflits (DeDreu, Carsten et Weingart, 2003), les subtilités des relations professionnelles, la complexité organisationnelle du milieu de travail des infirmières et la façon dont cette complexité constitue un obstacle à la gestion des conflits (Gerardi, 2004).

Orientation et soutien prolongé

Une autre stratégie consiste à fournir une orientation et un soutien prolongé aux infirmières à mesure qu'elles progressent dans leur programme de premier cycle et tout au long de leur première année de pratique (Almost, 2006). Toutes les infirmières de premier échelon devraient posséder des connaissances et aptitudes relationnelles en matière de communication thérapeutique, de leadership, de négociation et de stratégies de base en résolution de conflit leur permettant de transformer des situations conflictuelles en interactions interpersonnelles saines (College and Association of Registered Nurses of Alberta [CARNA], 2006). Les étudiantes qui apprennent à gérer efficacement les conflits les détectent plus rapidement et les gèrent avec plus de confiance. Dans une étude auprès des étudiantes en soins infirmiers des classes supérieures, Spickerman et Brown (1991) ont montré que les étudiantes gèrent les conflits en faisant principalement appel à un style basé sur le compromis et l'évitement. L'application de diverses stratégies d'enseignement et d'apprentissage sur le sujet permet aux étudiantes de modifier leur style prédominant de gestion des conflits et d'ainsi développer l'art du compromis et de la collaboration. Dans une étude menée en Turquie auprès d'étudiantes en soins infirmiers, Seren et Ustun (2008) ont trouvé que les aptitudes en résolution de conflit (empathie, écoute, approche fondée sur les exigences, adaptation sociale et gestion de la colère) des étudiantes participant à un programme d'apprentissage par problèmes (APP) étaient significativement supérieures à celles des étudiantes inscrites à un programme classique. Ces résultats viennent corroborer l'idée selon laquelle les éducateurs en soins infirmiers doivent accorder un intérêt particulier au développement du discernement, des aptitudes en communication, de la conscience de soi et des aptitudes de résolution des conflits, soit des éléments clés d'un programme d'APP.

Programmes de transition, y compris le mentorat et le préceptorat

McKenna et coll. (2003) ont proposé que des programmes de transition (programmes de résidence, internats et externats, mentorat/préceptorat) soient élaborés pour les infirmières nouvellement diplômées, programmes auxquels participeraient des précepteurs et des mentors sensibles aux problèmes vécus par ces infirmières et qui seraient en mesure d'enseigner des stratégies de détection des risques de conflit et d'intervention préventive. Dans le rapport *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health* (IOM, 2010), le comité a recommandé que des mesures soient prises pour appuyer la participation des infirmières à des programmes de transition vers la pratique après qu'elles ont terminé un programme offert avant l'obtention du permis d'exercice ou un programme avancé, ou encore lorsqu'elles font la transition vers de nouveaux champs de pratique clinique. Les programmes de résidence en soins infirmiers peuvent, comme le recommandait la Joint Commission en 2002, offrir aux infirmières nouvellement diplômées l'occasion de perfectionner leurs aptitudes dans des domaines aussi importants que l'organisation du travail, l'établissement de priorités et la communication avec les médecins et les autres professionnels de la santé, les patients/clients et les familles. De plus, les programmes de résidence de transition vers la pratique peuvent contribuer au développement du leadership et d'aptitudes techniques nécessaires à la qualité des soins. Ces programmes traitent en outre de la collaboration et de la gestion des conflits (Keller, Meekins et Summers, 2006; Rosenfeld et coll., 2004). Il a été démontré que les programmes de résidence contribuent à une diminution du taux de roulement des infirmières nouvellement diplômées, une diminution des coûts et une augmentation de la stabilité des niveaux de dotation, et aident les infirmières qui en sont à leur première année d'exercice à acquérir des compétences fondamentales en matière de décision clinique et une autonomie en ce qui a trait à la prestation des soins.

Formation interprofessionnelle

Lorsque les professionnels participent à un processus collectif d'apprentissage, les stéréotypes et relations positives sont plus susceptibles d'être encouragés, ce qui en retour peut encourager l'adoption de pratiques collaboratives (Xyrichis et Lowton, 2008). La formation/l'interaction interprofessionnelle est un élément important de prévention des obstacles pouvant nuire à la collaboration professionnelle et au travail d'équipe (Barker, Bosco et Oandasan, 2005). Des cours communs et des formations cliniques communes permettent aux étudiants de discuter sur différents points théoriques, d'aborder des stéréotypes historiques et d'acquérir des aptitudes en communication et en leadership essentielles à la formation d'une équipe d'un haut niveau de fonctionnement dans le contexte clinique (Spear et Schmidhofer, 2005).

Les administrateurs des universités peuvent contribuer de façon importante à la formation interprofessionnelle en encourageant le partage de ressources, notamment les experts, l'espace et l'équipement physique. Par exemple, le fait de partager un centre de simulation offre aux étudiants des divers programmes des occasions d'apprentissage interprofessionnel proches des conditions réelles. Le fait de travailler ensemble à résoudre des scénarios de patients/clients et des études de cas basées sur des situations réelles peut améliorer le travail d'équipe et favoriser une meilleure compréhension des autres professions. Il incombe aux éducateurs des diverses disciplines d'établir un milieu d'apprentissage dans lequel les étudiants, les éducateurs et les patients/clients peuvent apprendre les uns des autres. Les autres stratégies comprennent une journée d'orientation à l'intention des professionnels de la santé comportant une introduction aux principes de la formation interprofessionnelle, des professeurs communs, des cours communs qui comprennent des travaux pratiques à réaliser par des équipes interdisciplinaires et des cliniques interdisciplinaires gérées par des étudiants. Les professionnels qui ont reçu une formation suivant un modèle interdisciplinaire entreront sur le marché du travail en gardant à l'esprit que la collaboration entre l'ensemble des professionnels de la santé est

la norme à respecter en matière de soins aux patients/clients. L'intégration consciente d'expériences de formation interprofessionnelle a le potentiel d'accroître l'efficacité de la communication d'une discipline à une autre et, en dernière analyse, la sécurité, la rentabilité et la qualité des soins aux patients/clients (IOM, 2010).

7.0 Recommandations relatives aux organisations professionnelles et réglementaires

- 7.1 Les associations professionnelles, réglementaires et syndicales doivent :
- Former tous les professionnels de la santé sur la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé;
 - Élaborer des normes de compétence pour les gestionnaires et les responsables qui traitent clairement de la gestion des conflits et lui accordent l'importance qu'elle mérite;
 - Intégrer la gestion et l'atténuation des conflits à toutes les politiques, normes, lignes directrices et ressources de formation pertinentes;
 - Réduire au minimum l'ambiguïté des rôles en élaborant des normes qui définissent et distinguent clairement les rôles et responsabilités des divers professionnels de la santé;
 - Collaborer avec les décideurs pour veiller à ce que la recherche et les interventions en matière de gestion et d'atténuation des conflits dans tous les milieux de soins de santé fassent partie de leurs priorités et obtiennent un financement;
 - Collaborer avec les établissements de santé et d'enseignement pour évaluer les politiques, normes, lignes directrices et ressources de formation pertinentes;
 - Encourager les responsables de la recherche, de l'agrément, de la formation, des politiques et des ressources à aborder la question des conflits en milieu de travail.

Discussion sur les données probantes

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories B, C et D.

Une corrélation a été établie entre les conflits et l'épuisement psychologique, l'absentéisme, le roulement du personnel (Giebels et Janssen, 2005), le stress au travail, l'insatisfaction professionnelle, le manque de confiance et le manque d'engagement (Almost et coll., 2010; Cox, 2003; Hoel et Cooper, 2001; Kivimaki et coll., 2000; McKenna et coll., 2003; Warner, 2001). Les associations professionnelles, réglementaires et syndicales doivent fournir à leurs membres de l'information sur les coûts humains et financiers associés aux conflits non gérés et non résolus, de même que de la formation pour les aider à gérer et à atténuer les conflits.

Il est essentiel que les infirmières responsables soient bien préparées à assumer leur rôle de gestionnaire dans tous les milieux de soins de santé. Les associations nationales en soins infirmiers doivent encourager les établissements d'enseignement à intégrer des formations officielles sur les conflits à l'intention des gestionnaires (CII, 2010). Les besoins en formation varient en fonction des rôles et des cheminements des infirmières gestionnaires. Leur leadership passe par la formation et le mentorat ainsi que par l'établissement d'un milieu favorisant le perfectionnement continu et la qualité des soins. Les responsables faisant preuve d'un leadership solide appuient le personnel dans sa pratique en abordant les enjeux professionnels et cliniques, en favorisant la satisfaction professionnelle et en améliorant la qualité des soins de santé (CII, 2010). Le CII insiste sur l'importance de leur rôle, qui consiste à fournir une formation de qualité aux gestionnaires et aux chefs de file. Les associations professionnelles, réglementaires et syndicales peuvent y contribuer en ciblant des occasions pertinentes et en encourageant leurs membres à saisir ces occasions.

Les organismes d'agrément et les associations professionnelles devraient insister sur le besoin constant de perfectionnement continu des compétences en gestion des conflits en tant que composante essentielle d'un leadership et d'une pratique clinique efficaces (Schryve, 2009). Il convient d'exiger que tous les professionnels de la santé, qu'ils œuvrent dans un milieu clinique ou non clinique, possèdent les compétences requises en communication, en collaboration, en négociation et en gestion et résolution des conflits. Ces compétences devraient être clairement indiquées dans toutes les politiques, normes, lignes directrices et code de déontologie applicables (Greiner et Knebel, 2004; Health Care Leadership Alliance [HLA], 2005; National Centre for Healthcare Leadership, 2004). Le code de déontologie de l'*American Nurses Association (ANA)* (2001) prévoit que l'infirmière professionnelle doit traiter ses collègues avec respect, et s'engager à résoudre les conflits avec ses collègues. Résoudre les conflits en milieu de travail représente un devoir éthique pour chaque infirmière professionnelle.

Le code de déontologie de l'*American Nurses Association (ANA)* (2001) note également qu'il incombe à la fois aux infirmières et à leurs gestionnaires de favoriser un milieu où règne le respect. Le Code de déontologie de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC, 2008) précise que les infirmières doivent se traiter entre elles avec respect et doivent respecter également les étudiantes et les autres professionnels de la santé, tout en reconnaissant les places respectives, en termes d'autorité, des dirigeantes, des membres du personnel et des étudiantes. Elles collaborent avec les autres afin de résoudre les conflits d'opinion de façon constructive (Code D10). Le document traite du respect, sans aborder directement la question des conflits.

Les cadres législatifs et réglementaires actuellement en vigueur au Canada ne sont pas uniformes dans leur définition de la notion du champ de la pratique chez les professionnels de la santé (FCRSS, 2006a). En plus des aspects législatifs et réglementaires, les cadres de pratique ont évolué avec le temps (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2004; CIHI, 2003). Des obstacles qui empêchent les praticiens de fonctionner dans leur pleine capacité signifient que les ressources de la santé ne sont pas entièrement exploitées (Lahey et Currie, 2005). Afin d'éliminer ces frontières, il faut tenir compte des compétences individuelles et d'équipe, et des aptitudes établies exigées pour habiliter les professionnels de la santé à travailler efficacement en équipe. Les associations professionnelles, réglementaires et syndicales doivent modifier leur conception prédominante de la façon dont les professionnels de la santé peuvent travailler ensemble et délaissier les attitudes solidement ancrées en ce qui concerne les cadres de pratique et la résistance au changement (FCRSS, 2006a). Une relation collaborative entre tous les dispensateurs de soins de santé est nécessaire pour assurer des soins de haute qualité. Ce type de relation se fonde sur une compréhension et un respect mutuels des rôles et responsabilités de chacun. En raison du chevauchement dans les compétences des différents professionnels de la santé, il est important que l'on s'efforce de clarifier les rôles et de transmettre des renseignements identiques, clairs et accessibles à tous les dispensateurs de soins de santé.

Définir le mieux possible les responsabilités et réduire au minimum le recoupement des tâches permettent d'éviter certaines frictions; en effet, les professionnels de la santé peuvent parfois se sentir bousculés ou frustrés par l'impression que d'autres empiètent sur leur sphère de responsabilité (Kennedy et Lyndon, 2008; CARNA, 2009). Les associations professionnelles, réglementaires et syndicales doivent aborder les problèmes de champs d'exercice et adopter des objectifs communs, abandonner les structures hiérarchiques traditionnelles et former le personnel sur la façon dont chaque membre de l'équipe contribue à la qualité des soins (Silen-Lipponen, Turunen et Tossavainen, 2002; Deber et Baumann, 2005). Les attentes en matière de collaboration et d'intervention en cas de conflits varient d'une profession à une autre et les définitions de ces termes varient selon les divers groupes de professionnels qui les utilisent (Stockwell et coll., 2005; ANA, 2001; Mitchell et coll., 2006). Les infirmières et les autres professionnels de la santé, y compris les médecins, possèdent à la fois des aptitudes et attitudes semblables et divergentes en matière de gestion des conflits; les aider à parvenir à une compréhension commune pourrait améliorer les résultats professionnels et personnels (Chatwick, 2010). Il est utile de reconnaître les différences dans les approches de résolution des conflits. Cela peut en effet favoriser la compréhension et la collaboration.



Évaluation et surveillance de la ligne directrice

Organisations mettant en œuvre les recommandations pour des milieux de travail sains *La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé*. On recommande aux organismes qui mettent en œuvre les recommandations de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers d'examiner soigneusement la façon dont la mise en œuvre et son incidence seront surveillées et évaluées. Le tableau suivant, inspiré du *Modèle conceptuel des milieux de travail sains*, illustre quelques exemples d'indicateurs utilisés aux fins de surveillance et d'évaluation. Bon nombre de ces indicateurs peuvent être mesurés en utilisant une ou plusieurs mesures des concepts du modèle sur les *milieux de travail sains*.

Évaluation et surveillance de la ligne directrice

Niveau de l'indicateur	Mode de fonctionnement	Processus	Résultat	Mesure
Objectif	Évaluer le soutien organisationnel qui favorise la gestion et l'atténuation des conflits	Évaluer les processus de gestion des conflits	Évaluer l'incidence de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice, à tous les niveaux	Mesurer les indicateurs de surveillance des modes de fonctionnement, des processus et des résultats
Organisation/unité	<p>Plans concrets dans l'organisation visant la mise en œuvre des lignes directrices sur la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé</p> <p>Des modes de fonctionnement respectant les recommandations relatives au soutien organisationnel sont observables dans l'organisation, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code de déontologie/ respect dans le milieu de travail • Soins centrés sur le patient/client • Pratiques relatives à la sécurité • Pratiques efficaces de dotation et d'établissement de la charge de travail • Accès à des occasions de formation sur la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé 	<p>Des mécanismes de communication sont en place et utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bulletin • Forum ouvert • Accès aux courriels • Réunions d'équipe • Tournées interdisciplinaires auprès des patients/clients axées sur les soins • Systèmes de surveillance pour des résultats efficaces • Outil de mesure de la charge de travail, utilisé de façon appropriée pour planifier la dotation <p>Formation continue appuyée par un soutien et une dotation souple à tous les niveaux de l'organisation</p> <p>Promotion de relations de travail respectueuses par des processus de perfectionnement des ressources humaines</p>	<p>Résultats organisationnels, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de roulement • Congés de maladie et invalidité de longue durée • Maintien en poste 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien de départ et de retraite • Statistiques de référence relatives aux ressources humaines et tendances au cours du temps relatives à la composition du personnel infirmier, au taux de roulement, aux congés de maladie, aux invalidités de longue durée et au maintien en poste du personnel infirmier, peu importe son rôle • Vérifications de la sécurité • Questionnaire sur les attitudes relatives à la sécurité (Bryan-Sexton et coll., 2006) • Nombre d'incidents signalés en lien avec les conflits et le manque de respect en milieu de travail, code de déontologie • Échelle de roulement du personnel (sous-échelle de l'outil de mesure de la charge de travail Michigan Workload)

Niveau de l'indicateur	Mode de fonctionnement	Processus	Résultat	Mesure
	<ul style="list-style-type: none"> • Description des rôles comprenant les attentes relatives aux responsabilités individuelles en matière de résolution et de gestion des conflits • Description des rôles comprenant les attentes relatives aux responsabilités individuelles en matière de résolution et de gestion des conflits • Formation collaborative, interprofessionnelle, obligatoire et fondée sur les aptitudes portant sur les styles collaboratifs ou actifs de gestion ou d'atténuation des conflits, la communication transparente et la constitution d'une équipe efficace grâce à des pratiques de leadership transformationnel • Partenariat avec des établissements d'enseignement en vue d'offrir des occasions officielles de formation interdisciplinaire collaborative <p>Politiques qui appuient la gestion et l'atténuation des conflits.</p> <p>Plan d'évaluation continu des types et du nombre de facteurs contribuant aux conflits en milieu de travail et de l'efficacité des lignes directrices et des stratégies en matière de résolution des conflits.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Milieu de pratique du Nursing Work Index (Lake, 2002) • Questionnaire d'évaluation de l'organisation (Cammann et coll., 1983) • Inventaire des chefs de file fondé sur la conscience de soi (Porter-O'Grady, 2004). • Fonds alloués à la formation continue sur la gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé • Rapports de vérification (infractions relatives au code de déontologie ou évaluations du respect en milieu de travail) • Vérifications de la sécurité • Thomas Killman Conflict Mode Instrument (Barrett et coll., 2009) • Inventaire des conflits organisationnels (Desivilya et Yagil, 2005; Tabak et Koprak, 2007) • Échelle de gestion des conflits (Austin, Gregory et Martin, 2009) • Évaluation du rendement • Démonstration des aptitudes en gestion des conflits • Échelle d'évaluation de la pratique collaborative (Nelson, King et Brodine, 2008)

Niveau de l'indicateur	Mode de fonctionnement	Processus	Résultat	Mesure
	<p>Formation collaborative, interprofessionnelle, obligatoire et fondée sur les aptitudes portant sur les styles collaboratifs ou actifs de gestion ou d'atténuation des conflits, la communication transparente et la constitution d'une équipe efficace grâce à des pratiques de leadership transformationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenariat avec des établissements d'enseignement en vue d'offrir des occasions officielles de formation interdisciplinaire collaborative <p>Politiques qui appuient la gestion et l'atténuation des conflits.</p> <p>Plan d'évaluation continu des types et du nombre de facteurs contribuant aux conflits en milieu de travail et de l'efficacité des lignes directrices et des stratégies en matière de résolution des conflits.</p>			

RECOMMANDATIONS

Niveau de l'indicateur	Mode de fonctionnement	Processus	Résultat	Mesure
Infirmière responsable	<p>Analyse le milieu de travail pour évaluer les connaissances en matière de conflits dans l'unité ou l'organisation</p> <p>Appuie les infirmières et les autres professionnels de la santé par des horaires qui favorisent la présence aux séances de formation en cours d'emploi</p> <p>Fait preuve des aptitudes appropriées en matière de gestion des conflits et de conversation</p>	<p>Organise des groupes de discussion et réalise des sondages pour évaluer l'état des choses en ce qui a trait aux conflits, le niveau de compréhension et les incidents</p> <p>Intègre le suivi régulier des incidents relatifs aux conflits aux rapports sur la qualité. Intègre les questions relatives aux milieux de travail sains à l'ordre du jour des réunions du personnel</p> <p>S'assure que les infirmières et les autres professionnels de la santé de l'équipe ont un horaire approprié</p> <p>Les infirmières qui jouent un rôle de responsable font preuve d'une bonne compréhension des aptitudes de leadership</p>	<p>Résultats tels que la participation de l'ensemble du personnel au sondage</p> <p>Satisfaction du personnel</p> <p>Le taux d'absentéisme est surveillé en fonction des conflits déclarés</p> <p>Le nombre de griefs en lien avec les conflits est indiqué dans les rapports sur la qualité</p> <p>Engagement envers l'unité ou l'organisation</p>	<p>Nurse Organizational Climate Description Questionnaire (Duxbury et coll., 1982)</p> <p>Where Do You Stand? Assessment: A Self-Assessment for Measuring Your Crucial Conversational Skills</p>
Infirmière/équipe	<p>Connaît les facteurs personnels pouvant être à l'origine de conflits</p> <p>Comprend l'effet que peut avoir la communication sur la prévention ou l'apparition des conflits</p>	<p>Participe à des séances de formation sur les conflits</p> <p>Intègre les connaissances acquises sur les conflits et autoévalue son style de communication</p>	<p>Nombre d'employés participant aux séances de formation</p> <p>Rétroaction sur les séances de formation</p>	Indicateurs de qualité
Patient/client	Des programmes d'amélioration de la qualité sont mis en œuvre	Le personnel fait preuve de sa compréhension claire de la façon dont les conflits peuvent nuire à la sécurité des patients	Documentation par les patients/clients de l'équipe de soins infirmiers	Score de la satisfaction du patient (p. ex., PICKER)
Financier	Assurer un financement durable afin de permettre une prévention, une gestion et une atténuation efficaces des conflits		<p>Économies relatives au recrutement et au maintien en poste</p> <p>Économies relatives aux congés de maladie</p> <p>Économies relatives aux heures supplémentaires</p>	

Référence des outils

- Austin, z., Gregory, P., & Martin, C. (2009). A conflict management scale for pharmac. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(7), 1-8.
- Barrett, A., Piatek, C., Korber, S., & Padula, C. (2009). Lessons learned from a lateral violence and team-building intervention. *Nursing Administration Quarterly*, 33(4), 342-351.
- Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, G.D., & Clash, J.R. (1983). Assessing the attitudes and perceptions of organizational members. in S.E. Seashores, E.E. Lawler, P.H. Mirvis, & C. Cammann (Eds.), *Assessing organizational change: A guide to methods, measures, and practices* (pp. 71-138). New York, USA: Wiley.
- Desivilya, H.S., & yagil, D. (2005). The role of emotions in conflict management: The case of work teams. *International Journal of Conflict Management*, 16(1), 55-69.
- Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188.
- Makary, M.A., Bryan-Sexton, J., Freischlaq, J.A., Holzmueller, C.G., Millman, E.A., Rowen, L., & Pronovost, P.J. (2006). Operating room teamwork among physicians and Nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *Journal of American College of Surgeons*, 202(5), 746-752.
- Porter-O'Grady, T. (2004). Embracing conflict: Building a healthy communit. *Health Care Management Review*, 29(3), 181-187.
- Rahim, A., & Bonoma, T.V. (1979). Managing organizational conflict: A model for diagnosis and intervention. *Psychological Reports*, 44(1), 1323-1344.
- Tabak, N., & Orit, K. (2007). Relationship between how Nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 321-331.
- Triola, N. (2006). Dialogue and Discourse: Are We Having the Right Conversations? *Critical Care Nurse*, 26(1), 60-66.



Processus de révision et de mise à jour des lignes directrices

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario propose de mettre à jour la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires de la façon suivante :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision). Le processus sera réalisé tous les cinq ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période entre l'élaboration et la révision, le personnel affecté au programme de l'AIIAO surveillera régulièrement les nouvelles revues systématiques, les essais randomisés et d'autres documents pertinents dans le domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel affecté au programme peut recommander de devancer la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine formulera un avis aux fins de la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de cinq ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de cinq ans, le personnel affecté au projet commencera à planifier le processus de révision en :
 - a) Invitant des spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe initial, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
 - b) Compilant des commentaires reçus, des questions soulevées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et constatations provenant des représentants des sites de mise en œuvre.
 - c) Rassemblant les nouvelles lignes directrices dans le domaine, les nouvelles revues systématiques, les nouvelles méta-analyses, les nouveaux examens techniques et les nouveaux essais randomisés, ainsi que d'autres documents pertinents.
 - d) Établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.
5. La version révisée de la ligne directrice sera transmise selon les modes et processus habituels.

Il n'existe aucune méthode éprouvée de résolution des conflits qui fonctionne pour tous, en tout temps et partout. Il n'existe pas non plus de méthode simple à appliquer étape par étape. Il vous appartient de trouver votre propre style en réfléchissant sur vos conflits, en voyant ce qui donne de bons et de mauvais résultats et en faisant preuve d'assez de courage pour modifier votre approche en cours de route. (Cloke et Goldsmith, 2011)

Références

- Agrément Canada. (2010). *Rapport sur l'agrément des services de santé de 2010 : À travers la lentille de Qmentum – Étude de la relation entre la qualité de vie au travail et la sécurité des patients*. Ottawa : Agrément Canada.
- AFS (2001). 2001:01 Systematic Work Environment Management Provision: Swedish Work Environment Authority.
- Agervold, M. (2007). Bullying at work: A discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48 (2), 161-172. Consulté en juin 2011 à l'adresse http://resolver.scholarsportal.info.myaccess.library.utoronto.ca/resolve/00365564/v48i0002/161_bawadopboaes
- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- Al-Hamdan, Z. (2009). Nurse managers, diversity and conflict management. *Diversity in Health and Care*, 6(1), 31-43.
- Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 444-454.
- Almost, J., Doran, D.M., McGillis-Hall, L. et Laschinger, H.K.S. (2010). Antecedents and consequences of intra-group conflict among Nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 981-992.
- Amason, A. (1996). Distinguishing the Effects of Functional and Dysfunctional Conflict on Strategic Decision Making: Resolving a Paradox for Top Management Teams. *The Academy of Management Journal*, 39(1), 123-148.
- American Nurses Association [ANA]. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington : American Nurses Publishing.
- American Nurses Association [ANA]. (2001). *Code of ethics for Nurses with interpretive statements*. Silver Spring : ANA.
- Andersson, L.M. et Pearson C.M. (1999). Tit for Tat? The Spiraling Effect of Incivility in the Workplace. *The Academy of Management Review*, 24(3), 452-471.
- Arford, P. (2005). Nurse – physician communication. An organizational accountability. *Nursing Economics*, 23(2), 72-77.
- Ayoko, Callan et Hartel. (2003). Workplace Conflict, Bullying, and Counterproductive Behaviours. *International Journal of Organizational Analysis*. 11(4), 283-301.
- Association of Colleges of Applied Arts and Technology [ACAAT]. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto : Auteur.
- Austin, Z., Gregory, P. et Martin, C. (2009). A conflict management scale for pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(7), 1-8.
- Barker, K.K., Bosco, C. et Oandasan, I. (2005). Factors in implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 166-176.
- Barki, H. et Hartwick, J. (2001). Interpersonal Conflict and its Management in Information Systems Development. *MIS Quarterly*, 25: 217-250.
- Barki, H. et Hartwick, J., (2004). Conceptualizing the Construct of Interpersonal Conflict. *International Journal of Conflict Management*, 15(3), 216-244, 335-336
- Baron, R. (1990). Environmentally induced positive affect: It's impact on self-efficacy, task , performance, negotiation and conflict. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(5), 368-384.

- Baron, R.A., Byrne, D. (1991). *Social psychology: Understanding human interaction* (6e éd.). Boston : Allyn et Bacon. (A Division of Simon & Schuster, Inc.)
- Barrett, A., Piatek, C., Korber, S. et Padula, C. (2009). Lessons learned from a lateral violence and team building intervention. *Nurse Administration Quarterly*, 33(4), 342-351.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et coll. (2001). *Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.
- Baxter, S.K. et Brumfitt, S.M. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care*, 22(3), 239-251.
- Bishop, S.R. (2004). *Nurses and conflict: Workplace experiences*. (mémoire de maîtrise). Université de Victoria, Canada. Tiré d'une base de mémoires et de thèses. (Publication n° AAT MR02074).
- Blegen, M. et Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$, 16(4)*, 196–203.
- Boychuck-Duchscher, J. et Cowin, L. (2004). The experience of marginalization of new nursing graduates. *Nursing Outlook*, 52(6), 289-296.
- Brinkert, R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits, and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18, 145-156.
- Brodbeck, F.C. et coll. (2002). The dissemination of critical, unshared information in decision-making groups: the effects of pre-discussion dissent. *European Journal of Social Psychology*. 32 (1), 35-56.
- Brown, J. et coll., (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25 (1), 4-10. Consulté en juin 2011 à l'adresse http://resolver.scholarsportal.info.myaccess.library.utoronto.ca/resolve/13561820/v25i0001/4_coiphctcibr
- Bryan-Sexton, J., Makary, M., Tersigni, A.R., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E.J., Holzmüller, C.G., et coll. (2006). Teamwork in the operating room: Point of care perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology*, 105(5), 877-84.
- Cammann, C., Fichman, N., Jenkins, G.D. et Clash, J.R. (1983). Assessing the attitudes and perceptions of organizational members. Dans S.E. Seashores, E.E. Lawler, P.H. Mirvis, & C. Cammann (éd.), *Assessing organizational change: A guide to methods, measures, and practices* (pp. 71-138). New York : Wiley.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI]. (2009). *Programme d'agrément de l'ACESI : Révision de janvier 2009*. Ottawa : ACESI.
- Le Réseau canadien pour le leadership en santé [RCLS]. (2011). *Cadre national des capacités de leadership en santé LEADS*. Ottawa : RCLS.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). (2006a). *Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. Recommandations et synthèse pour politiques*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS]. (2006b). *Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS]. (2006c). *Les maux qui affligent nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Loi canadienne sur les droits de la personne*. [1976-77, c.33, s.1.]
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2003). *Les soins de santé au Canada*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2004). *Les soins de santé au Canada*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes [SCIC]. (2000). *Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres*. Communiqué. Réunion des premiers ministres, Ottawa (Ontario) : 11 septembre 2000.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé [CPIS]. (2010). *Cadre national des compétences pour la collaboration interprofessionnelle*. Vancouver : College of Health Disciplines. Université de la Colombie-Britannique.
- Canadian Nursing Advisory Committee [CNAC]. (2002). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Ottawa : Comité consultatif des ressources humaines en santé.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2002). *Planifier pour demain : Prévisions de ressources humaines en soins infirmiers*. Ottawa : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa (Ontario) : Canada.
- Chadwick, M.M. (2010). Creating order out of chaos: A leadership approach. *American Operating Room Nurses Journal*, 91(1), 154-170.
- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V. et Smith, D., (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.
- Clarke, M. et Oxen, A.D. (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook*, 4^e éd.. Oxford : The Cochrane Collaboration.
- Cloke K. et Goldsmith, J. (2011). *Resolving Conflicts at Work: Ten Strategies for Everyone on the Job*, 3^e éd. San Francisco : John Wiley & Sons, Inc.
- Cochrane & systematic review website. *Cochrane Collaboration, Cochrane Consumer Network. Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions*. Disponible à l'adresse : <http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levels> Consulté le 7 mai 2005.
- Cohen, S. et Baily, D.(1997). What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite. *Journal of Management*, 23 (3), 239-290.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, (2002). *Normes de pratique*. Toronto : Auteur
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2009). *Normes de pratique*. Toronto (Ontario) : Auteur
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Programme d'assurance de la qualité. Toronto (Ontario) : Auteur. Tiré de : <http://www.cno.org/en/maintain-your-membership/quality-assurance/quality-assurance/> Consulté en juin 2012.
- Council of Ontario University Programs in Nursing [COUPN]. (2002). *Position statement on nursing clinical education*. Toronto : Auteur.
- Cox, K.B. (2001). The effects of unit morale and interpersonal relations on conflict in the nursing unit. *Journal of Advanced Nursing*. 35(1), 17-25.
- Cox, K. (2003). The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. *Nurse Administration Quarterly*, 27(2), 153-163.
- Daly, B. J., Douglas, S. L. et Kelley, C. G. (2005). Benefits and challenges in developing a program of research. *Western Journal of Nursing Research*. 27(3), 364-77.
- Danna, K. et Griffin, R.W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25, 357-384.
- Dean, C.D. (2004). Program evaluation questionnaire: The effectiveness of a training program for emergency nurses in managing violent situations. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 17-22.

- Deber, R. et Baumann, A. (2005). *Barriers and facilitators to enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care*. Ottawa : Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative.
- De Church, L.A. et Marks, M.A. (2001). Maximizing the benefits of task conflict: *The role of conflict management*. *The International Journal of Conflict Management*, 12(1), 4-22.
- Dreu, C. K. W. et Vliert, E. (1997). *Using conflict in organizations*. London : Sage.
- De Dreu, C.K.W., Harinck, F. et Van Vianen, A. (1999). Conflict and performance in groups and organizations. Dans C.L. Cooper & I.T. Robertson (éd.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (p. 376-405). Chichester : Wiley.
- De Dreu, C.K.W. et Weingart, L.R. (2003a). Task Versus Relationship Conflict, Team Performance, and Team Member Satisfaction: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 88 (4), 741-749.
- De Dreu, C.K.W., Carsten, K.W. et Weingart, L.R. (2003). Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 741-749.
- De Dreu, C.K.W., van Dierendonck, D. et Maria, D.T.M. (2004). Conflict at Work and Individual Well-Being. *International Journal of Conflict Management*, 15(1), 6-26.
- De Raeve, L., Jansen, N.W., Van den Brandt, P., Vasse, R.M. et Kant, I. (2008). Risk factors for interpersonal conflict at work. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 34(2), 96-106.
- De Raeve, L., Jansen, N.W.H., Van den Brandt, P.A., Vasse, R. et Kant, I.J. (2009). Interpersonal conflicts at work as a predictor of self-reported health outcomes and occupational mobility. *Occupational and Environmental Medicine*, 66, 16-22.
- Desivilya, H.S. et Yagil, D. (2005). The role of emotions in conflict management: The case of work teams. *The international Journal of Conflict Management*, 16(1), 55-56.
- Dewitty, V., Osborne, J., Friesen, M. et Rosenkranz, A. (2009). Workforce conflict: What's the problem? *Nursing management*, 40(5), 31-33, 37.
- Dreachslin, J.L., Hunt, P.L. et Sprainer, E. (1999). Communication patterns and group composition: Implications for patient centered care team effectiveness. *Journal of Healthcare Management*, 44(4), 252-266.
- Duxbury et coll., (1982). Measurement of the nurse organizational climate of neonatal intensive care units. *Nursing research*, 31 (2), 83 – 88.
- Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M. et Widmeyer, G. (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3), 46-58.
- Dunleavy, J., Shamian, J. et Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse*, 99(3), 23-26.
- Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20(1/2), 16-27.
- Eisenhart, K.M. et Schoonhoven, C.B. (1990). Organizational Growth: Linking Founding Team, Strategy, Environment, and Growth Among U.S. Semiconductor Ventures, 1978-1988. *Administrative Science Quarterly*, 35(3), 504-529.
- Emam, S.A.A., Nabawy, Z.M., Mohamed, A.H., et Sbeira, W.H. (2005). Assessment of Nurses work climate at Alexandria Main University Hospital. *The Journal of the Egyptian Public Health Associations*, 80(1,2), 233-262.
- Emerging HealthCare Communities [EHCCO]. (2010). *Conflict engagement training for health professionals: Recommendations for creating conflict competent organizations*. Half Moon Bay
- Emmerling, R. et Goleman, D. (2003). (Octobre). *Emotional intelligence issues and common misunderstanding*. Consulté le 8 juin 2005 à l'adresse : <http://eqi.org/gole3.ttm>

- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K. et Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84.
- Farrell, G.A. (1997). Aggression in clinical settings: Nurses' views. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 501-508.
- Farrell, G.A. (2001). From tall poppies to squashed weeds *: why don't nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 26-33.
- Ferris, D.L. et coll. (2008). The Development and Validation of the Workplace Ostracism Scale. *Journal of Applied Psychology*, 93 (6), 1348-1366.
- Field, M. et Lohr, K. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington : Institute of Medicine, National Academy Press.
- First Ministers' meeting on the future of health care (2004). Consulté entre nov. 2004 et juin 2005 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>
- Fisher, R. et Brown, S. (1998). *Getting together: Building relationships as we negotiate*. New York : Penguin Books.
- Fujiwara, K., Tsutsumi, N.A., Kawamaki, N. et Kishi, R. (2003). Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. *Journal of Occupational Health*, 45(5), 313-320.
- Friedman, R.A., Tidd, S.T., Currall, S.C. et Tsai, J.C. (2000). What goes around: The impact of personal conflict style on work conflict and stress. *International Journal of Conflict Management*, 11(1), 32-55.
- Gardner, B. (1992). Conflict and retention of new graduate Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 14(1), 76-85.
- Gerardi, D. (2004). Using mediation techniques to manage conflict and create health work environments. *American Association of Critical Care Nurse Advanced Critical Care*, 15(2), 182-195.
- Giebels, E. et Janssen, O. (2004). *Conflict stress and reduced wellbeing at work: The buffering effect of third-party help*. Rochester, Rochester : Tiré de : <http://search.proquest.com/docview/189918542?accountid=14771>
- Giebels, E. et Janssen, O. (2005). Conflict Stress and reduced well being at work: The buffering effect of third party help. *European Journal of Work and Organization Psychology*, 14(2), 137-155.
- Glasgow R. E., Klesges, L. M., Dzewaltowski, D.A., Bull, S.S. et Estabrooks, P. (2004). The future of health behaviour change research: what is needed to improve translation of research into health promotion practice. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 3-12.
- Gray-Toft, P. et Anderson, J.G. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Sciences and Medicine*, 15(5), 639-647.
- Greiner, A.C. et Knebel, E. (2004). *Core Competencies Needed for Health Professionals* (p. 45-74A). Dans *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Committee on the Health Professions Education Summit, Institute of Medicine Report.
- Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. Dans D.L. Gustafson (éd.), *Care and consequences*. Halifax (Nouvelle-Écosse) : Fernwood Publishing.
- Grinspun, D. (2002). *The Social Construction of Nursing Caring*. Proposition de thèse de doctorat non publiée. Université York, North York (Ontario).
- Han, G.H. et Harms, P.D. (2008). Team identification, trust, and conflict: A mediation model. *International Journal of Conflict Management*, 21(1), 20-43.
- Haraway, D.L. et Haraway, W.M. (2005). Analysis of the effect of conflict-management and resolution training on employee stress at a health care organization. *Hospital Topics*, 83(4), 11-17.
- Harmer, B.M. (2006). At cross-purposes: Head-to-head professionalism in not-for-profit pastoral organizations. *Journal of Health organization and management*, 20(6), 489-501.

- Santé Canada (2003). *Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Consulté le 5 mai 2005 à l'adresse www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/health_accord.pdf
- Health Care Leadership Alliance [HLA], (2005). *HLA Competency Directory*. Consulté le 8 mai 2011 à l'adresse http://www.healthcareleadershipalliance.org/HLA_Competency_Directory_Guide.pdf
- Hendel, T., Fish, M. et Galon, V. (2005). Leadership style and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals. *Journal of Nursing Management*, 13(2), 137-146.
- Herschcovis, M.S., Turner, N., Barling, J., Arnold, K.A., Dupre, K.E., Inness, M. et LeBlanc, M. (2007). Predicting workplace aggression. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 228-238.
- Hesketh, K.L., Duncan, S.M., Estabrooks, C.A., Reimer, M.A., Giovannetti, P., Hyndman, K. et Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63, 311-321.
- Hetzler, D.C. et Record, C. (2008). Healthcare conflict management: An Obligation of the Board. *Hamline Journal of Public Law & Policy*, 29(2), 401-410.
- Hillhouse, J.J. et Adler, C.M. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff Nurses: Result of cluster analysis. *Social Science and Medicine*, 45, 1781-1788.
- Hipwell, A.E., Tyler, P.A. et Wilson, C.M. (1989). Sources of stress and dissatisfaction among Nurses in four hospital environments. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 71-79.
- Hoel, H. et Cooper, C. (2001). Destructive conflict and bullying at work. *Counselling at Work*, 32, 3-6.
- Horton-Deutsch, S.L. et Horton, J.M. (2003). Mindfulness: overcoming intractable conflict. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(4), 186-193.
- Horton-Deutsch S. et Sherwood, G. (2008). Reflection: An educational strategy to develop emotionally-competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 946-954.
- Institute of Medicine [IOM]. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of Nurses*. Washington : National Academy Press.
- Conseil international des infirmières [CII]. (2006). *Abuse and violence against nursing personnel*. Institute of Medicine - Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative, Geneva, Switzerland: CII.
- Conseil international des infirmières [CII]. (2010). *Management of nursing and health care services*. Genève (Suisse) : CII.
- Jehn, K.A. (1994). Enhancing Effectiveness: An Investigation of Advantages and Disadvantages of Value-Based Intragroup Conflict. *International Journal of Conflict Management*, 5(3), 223 – 238.
- Jehn, K.A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 256-282.
- Jehn, K.A., Chadwick, C. et Thatcher, S.M.B. 1997. To agree or not to agree: The effects of value congruence, individual demographic dissimilarity, and conflict on workgroup outcomes. *International Journal of Conflict Management*, 8(4), 287-305.
- Jehn, K.A. (1999). Diversity, Conflict, and Team Performances Summary of Program of Research. *Performance Improvement Quarterly*, 12(1), 6–19.
- Jehn, K.A., Northcraft, G.B. et Neale, M.A. (1999). Why Differences Make a Difference: A Field Study of Diversity, Conflict, and Performance in Workgroups. *Administrative Science Quarterly*, 44(4), 741-763.
- Jehn, K.A. et Chatman, J.A. (2000). The influence of proportional and perceptual conflict compositions on team performance. *The International Journal of Conflict Management*, 11(1), 56-73.
- Jehn, K. et Mannix, E. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup conflict and group performance. *Academy of Management Journal*, 44(2), 238-251.

- Jehn, K.A. et Bendersky, C. (2003). Intragroup Conflict in Organizations: A Contingency Perspective on the Conflict-Outcome Relationship. *Research in Organizational Behavior*, 25, 187 - 242
- The Joint Commission. (2008). *The joint commission sentinel event alert #40, behaviours that undermines safe patient care*. Washington : The Joint Commission. Consulté en novembre 2011 à l'adresse http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF
- Kabanoff, B. (1991). Equity, equality, power, and conflict. *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 16(2), 416-416.
- Keller, J., Meekins, K. et Summers, B. (2006). Pearls and Pitfalls of a New Graduate Academic Residency Program *Journal of Nursing Administration*, 36(12), 589-598. Kennedy, H.P. et Lyndon, A. (2008). Tensions and teamwork in nursing and midwifery Relationships. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(4), 426-435.
- Kim-Jo, T. Benet-Martinex, V. et Ozer, D. (2010). Culture and Interpersonal Conflict Resolution Styles: Role of Acculturation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41(2) 264–269.
- Kivimaki, M. et coll. (2000). Hostility and ill health: role of psychosocial resources in two contexts of working life. *Journal of Psychosomatic Research*, 48 (1), 89-98.
- Kovner, C. et Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kramer, M., Maguire, P., Brewer, B., Chimielewski, L., Kishner, J. et Krugman, M., (2007). Nurse manager support: What is it? Structures and practices that promote it. *Nurse Administration*, 31(4), 325-340.
- Kressel, K., Kennedy, C., Lev, E. et Taylor, L. (2002). Managing conflict in an urban health care setting: What do experts know? *Journal of Health Care Law and Policy*. 5(2), 364-446.
- Kushell, E. et Ruh, S. (1996). Dealing with conflict: The Margaret Chapman case. *Journal of Nursing Administration*, 26, 34-40.
- Lahey, W. et Currie, R. (2005). Regulatory and medico-legal barriers to interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 197–223.
- Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188.
- Lambert, V., Lambert, C. et Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 85-97.
- Lawrence, S. et Callan, V.J. (2006). Interpersonal conflict and support mobilization: Nurses' experience in coping in the workplace. *Annual Meetings of the Academy Management. Présentation au Health Care Management Division of the Academy of Management Meeting, Atlanta*.
- Leap, N. (1997). Making sense of 'horizontal violence' in midwifery. *British Journal of Midwifery* 5(11), 689.
- Leiter, M.P., Price, S.L. et Spence-Laschinger, H. K. (2010). Generational differences in distress, attitudes and incivility among Nurses. *Journal of Nursing Management*. 18(8), 970-80.
- Linsley, P. (2006). *Violence and aggression in the workplace: A practical guide for all healthcare staff*. Oxford (Angleterre) : Radcliffe.
- Lowe, G. (2004). *Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces*. Présentation donnée à la 4^e conférence internationale annuelle de l'AllAO – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge. 17 novembre 2004, Markham (Ontario).
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J. et Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106.

- Marshall, P. et Robson, R. (2005). Preventing and Managing Conflict: Vital pieces in the patient safety puzzle. *Healthcare Quarterly*, 8, 39-44.
- Maxfield, D., Grenny, J., McMillan, R. et Patterson, K. (2005). *Silence kills: The seven crucial conversations for healthcare*. Vital Smarts : Auteur.
- Mayer, B. (2008). *Staying with Conflict: A Strategic Approach to Ongoing Disputes*. CA (É.-U.) : Jossey-Bass Inc./Wiley.
- Mayer, J. et Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? Dans : Salovey, P., Sluyter, D.J. (éd.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. p. 3-31 New York : Basic Books.
- McKenna, B.G., Smith, N.A., Pool, S.J. et Coverdale, J.H. (2003). Horizontal violence: Experiences of registered Nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 90-96.
- Menckel, E. (1999). Workplace health promotion in Sweden: a collaborating network with 15 EU member states. *American Journal of Industrial Medicine, Supplement 1*, 42-43.
- Meth et coll. (2009). Conflicts in the ICU: perspectives of administrators and clinicians. *Intensive Care Medicine*, 35(12), 2068-2077.
- Meyer, S. (2004). Organizational response to conflict: Future conflict and work outcomes. *Social Work Research*, 28(3), 183-190.
- Mitchell, P.H., Belza, B., Schaad, D.C., Robins, L.S., Gianola, F.J., Odegard, P.S., Kartin, D., et coll. (2006). Working across the boundaries of health professions disciplines in education, research, and service: The University of Washington experience. *Academic Medicine*, 81(10), 891-896.
- Montoro Rodriguez, J. et Small, J.A. (2006). The role of conflict resolution styles on nursing staff morale, burnout, and job satisfaction in long-term care. *Journal of Aging & Health*. 18(3), 385-406.
- Morrison, T. (2007). Emotional Intelligence, Emotion and Social Work: Context, Characteristics, Complications and Contribution. *British Journal of Social Work*, 37(2), 245-263.
- Morrison, J. (2008). The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 974-983.
- Moynihan R. (2004). Evaluating health services: *A reporter covers the science of research synthesis*. Millbank Memorial Fund. Consulté le 22 novembre 2004 à l'adresse : <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf>
- Mulki J.P., Jaramills J.F. et Locander, W.B. (2008). Effect of Ethical Climate on Turnover Intention: Linking Attitudinal- and Stress Theory. *Journal of Business Ethics*, 78(4), 559-574.
- Murnighan, J. K. et Conlon, D. E. (1991). The dynamics of intense work groups: A study of British string quartets. *Administrative Science Quarterly*, 36, 165-186.
- National Health and Medical Research Council.(1998). *A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines*. National Health and Research Council [en ligne]. Disponible à l'adresse <http://www.health.gov.au/nhmrc.publications/pdf/cp30.pdf>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Needleman, J. et Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (éditorial). *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-77.
- Nelson, G.A., King, M.L. et Brodine, S.(2008). Nurse-physician collaboration in medical-surgical units. *MEDSURG Nursing*, 17(1), 35-40.

- Nemeth, C.J. (1986). Differential Contributions of Majority and Minority Influence. *Psychological Review*, 93(1), 23-32.
- Nursing Task Force. (1999). Good nursing, good health: *An investment for the 21st century*. Toronto (Ontario) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
- Ontario Council on Community Health Accreditation [OCCHA]. (2009). *Accreditation principles, standards and components*. Burlington (Ontario) : OCCHA. Consulté le 8 mai 2011 à l'adresse <http://www.occha.org/2010%20OCCHA%20Standards.pdf>
- Association des hôpitaux de l'Ontario [OHA] (2011). *Leading practices for addressing clinical managers span of control in Ontario*. Canada : Auteur.
- Ostermann, T., Bertram, M. et Bussing, A. (2010). A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10, 1-10.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 396-405.
- Pearson, A., Porritt, K.A., Doran, D., Vincent, L., Craig, D., Tucker, D. et Long, L.E. (2006). A comprehensive systematic review of evidence on the structure, process, characteristics and composition of nursing team that fosters a healthy work environment. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 4, 118-159.
- Pearson A, Laschinger, H, Porritt K et coll. (2004). A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care. *Health Care Reports*. Adelaide (Australie) : The Joanna Briggs Institute.
- Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R. et Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial Infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Pinkley, R.L. (1990). Dimensions of Conflict Frame: Disputant Interpretations of Conflict. *Journal of Applied Psychology*, 75 (2), 117-126.
- Pondy, L.R. (1967). Organizational Conflict: Concepts and Models. *Administrative Science Quarterly*, 12(2), 296-320.
- Porath, C. et Person, C. (2009). How toxic colleagues corrode performance. *Harvard Business Review*, 87(4), 24.
- Porter-O'Grady, (2004). Embracing conflict: Building a healthy community. *Health Care Management Review*, 29, 93.
- Porto, G. et Lauve, R. (2006). Disruptive clinician behaviour: A persistent threat to patient safety. *Patient Safety and Quality Healthcare Newsletter*, juillet-août. Consulté le 25 juillet 2011 à l'adresse <http://www.psqh.com/julaug06/disruptive.html>
- Powell-Kennedy, H. et Lyndon, A. 2008. Tensions and teamwork in nursing and midwifery relationships. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(4), 426-435.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in Nurses. *Journal of Health Psychology*, 6, 73-84.
- Randle, J., 2003. Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395-401.
- Registered Nurses Association of Nova Scotia. (2003). Educational Support for competent nursing practice. Consulté le 24 septembre 2004 à l'adresse <http://www.crnns.ca/default.asp?id=190&pagesize=1&sfield=content.id&search=1102&mm=414.70.80.223.320>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], (2007). *Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail : Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains*. Consulté à l'adresse http://www.rnao.org/Storage/35/2935_BPG_Staffing_Workload.pdf

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto (Ontario) : Auteur.
- Rodgers B.L. (1989). Concepts, analysis, and the development of nursing knowledge: the evolutionary approach. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 330–335.
- Rolleman, R. (2001). *The nature of interpersonal and informal conflicts in the West Kootenay region of the British Columbia Nurses' Union: A general inquiry*. (mémoire de maîtrise). Université Royal Roads, Canada. Tiré d'une base de mémoires et de thèses : texte complet. (Publication n° AAT MQ62036).
- Rosenfeld, P., Smith, M. O., Lervolino, L. et Bowar-Ferres, S. (2004). Nurse Residency Program: A 5-Year Evaluation from the Participants' Perspective. *Journal of Nursing Administration*, 34(4), 188-194.
- Rowe, M.M. et Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 242-248.
- Roy, N. (2010). Conflict resolution in the healthcare environment. *Indian Journal of Medical Ethics*, 11(3), 181-182.
- Sa, L. et Fleming, M. (2008). Bullying, Burnout, and Mental Health Amongst Portuguese Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(4), 411-426.
- Saulo, M. et Wagener, R. (2000). Mediation training enhances conflict management by healthcare personnel. *The American journal of managed care*, 6(4), 473-483.
- Saulo, M., Wagener, R. et Guarino, A. (2000). Impact of mediation training on healthcare personnel's management of conflict. Consulté à l'adresse <http://search.proquest.com/docview/41475045?accountid=14771>
- Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. et Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 478–85.
- Schermerhorn, J.R. (2007). *Exploring Management*. John Wiley and Sons. Schwenke, 1990.
- Schwenk, C.R. (1990). Conflict in Organizational Decision Making: An Exploratory Study of Its Effects in For-Profit and Not-for-Profit Organizations. *Management Science*, 36(4), 436-436.
- Schyve, P.M. (2009). *Leadership in healthcare organizations: A guide to Joint Commission Leadership Standards*. San Diego : The Governance Institute.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Levels of evidence and grades of recommendations, dans : A Guideline developers' Handbook*. Disponible à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#2>
- Seren, S. et Ustun, B. (2008). Conflict resolution skills of nursing students in problem-based compared to conventional curricula. *Nurse Education Today*, 28(4), 393-400.
- Sexton, J.B., Makary, M.A., Tersigni, A.R., Pryor, D., Hendrich, A. et Thomas, E.J. (2006). Teamwork in the operating room. *Anesthesiology*, 105(5), 877-884.
- Shields, M. et Wilkins, K. (2006). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats. Catalogue n° 83003XIE. Ottawa (Canada) : Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé.
- Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. *Journal of Emergency Nursing*, 20(6), 497-504.
- Sile'n-Lipponen, M., Turunen, H. et Tossavainen, K. (2002). Collaboration in the operating room: The Nurses' perspective. *Journal of Nursing Administration*, 32, 16-19.
- Simons, T.L. et Peterson, R.S. (2000). Task Conflict and Relationship Conflict in Top Management Teams: The Pivotal Role of Intragroup Trust. *Journal of Applied Psychology*, 85 (1), 102-111.

- Sovie, M. et Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588–600.
- Spear, S.J. et Schmidhofer, M. (2005). Ambiguity and workarounds as contributors to medical error. *Annals of Internal Medicine*, 142(8), 627–630.
- Spector, P.E. et Jex, S.M. (1998). Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal conflict at work scale, organizational constraints scale, quantitative workload inventory, and physical symptoms inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 356–367.
- Spence-Laschinger, H.K. (2004). Hospital Nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 354-364.
- Spence Laschinger, H. K., Leiter, M., Day, A. et Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*. 17(3), 302-11.
- Spickerman, S. et Brown, S.T. (1991). Student conflict management: Before and after instruction. *Nurse Educator*, 16(6), 6-11.
- Stevens, S. (2002). Nursing workforce retention: Challenging a bullying culture. *Health Affairs*, 21(5), 189-93.
- Stockwell, D.C., Pollack, M.M., Turenne, W.M. et Slonim, A.D. (2005). Leadership and management training of pediatric intensivists: How do we gain our skills? *Pediatric Critical Care Medicine*, 6, 665–670.
- Sui, H., Spence-Laschinger, H.K. et Finegan, J. (2008). Nursing professional practice environments: Setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 250-257.
- Tabak, N. et Koprak, O. (2007). Relationship between how Nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 321-33.
- Taris, T.W. et coll. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19 (3), 238-255.
- Taylor, B. (2001). Identifying and transforming dysfunctional nurse–nurse relationships through reflective practice and action research. *International Journal of Nursing Practice*, 7(6), 406-413.
- Tenigilimoglu, D. et Kisa, A. (2005). Conflict management in public university hospitals in Turkey. *The Care Manager*, 24(1), 55-56.
- Thomas, K. (1992a). Overview of Conflict and Conflict Management. *Journal of Organizational Behaviour*, 13(3), 263-264.
- Thomas, K. W. (1992). Conflict and negotiation processes in organizations. Dans : M. D. Dunnette et L. M. Hough (éd.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (2^e éd.) (p. 651-717). Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Thomas, S.P. et Droppleman, P. (1997). Channeling Nurses' Anger Into Positive Interventions. *Nursing Forum*, 32(2), 13–22.
- Tjosvold, D. (1991). *Conflict positive organization: Stimulate diversity and create unity*. Reading (Mass.) : Addison-Wesley.
- Tjosvold, D., Dann, V. et Wong, C. (1992). Managing Conflict Between Departments to Serve Customers. *Human Relations*, 45 (10), 1035-1054.
- Tjosvold, D. (1997). Conflict within interdependence: Its value for productivity and individuality. Dans : C. K. De Dreu, et E. Van de Vliert (éd.), *Using Conflict in Organizations*, (p. 23-37). Thousand Oaks : Sage.
- Tjosvold, D. (1998). Cooperative and Competitive Goal Approach to Conflict: Accomplishments and Challenges. *Applied Psychology*, 47(3), 285–313.

- Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J. et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Tourangeau, A., Lemonde, M., Luba, M., Dakers, N., Hoffmann, M., Koceja, V. et coll. (2003). Evaluation of a Leadership development intervention. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(3), 91-104.
- Twale, D. J. et DeLuca, B.M. (2008). *Faculty incivility: the rise of the academic bully culture and what to do about it*. San Francisco : Jossey-Bass.
- United States Agency for Healthcare Research and Quality [USAHRQ]. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety*. Summary, evidence report /technology assessment. Numéro 74. Rockville.
- Van de Vliert, E. et Euwema, M. (1994). Agreeableness and activeness as components of conflict behaviours. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 674-687.
- Wall, J. et Callister, R. (1995). Conflict and its management. *Journal of Management*, 21, 515-558.
- Warner, I.J. (2001). *Nurses' perceptions of workplace conflict: Implications for retention and recruitment*. (mémoire de maîtrise), Université Royal Roads, Canada. Tiré d'une base de mémoires et de thèses : texte complet. (Publication n° AAT MQ62041).
- West, M.A. et Anderson, N.R. (1996). Innovation in top management teams. *Journal of Applied Psychology* 81(6), 680-693.
- Wolff, A.C. (2009). *Do relational differences in demographics and work values result in conflict and burnout in the nursing workforce?* (Thèse de doctorat non publiée). Université de la Colombie-Britannique, Canada.
- Wolff, A.C., Ratner, P.A., Robinson, S.L., Oliffe, J.L. et McGinnis-Hall, L. (2010). Beyond generational differences: A literature review of the impact of relational diversity on Nurses attitudes and work. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 948-969.
- Xiao, Y., Kiesler, S., Mackenzie, C.F., Kobayashi, M., Plasters, C., Seagull, F.J. et Fussell, S. (2007). Negotiation and conflict in large scale collaboration: a preliminary field study. *Cognition, Technology, and Work*, 9, 171-176.
- Xyrichis, A. et Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional team working in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140-153.
- Yamada, D. (2000). The phenomenon of "workplace bullying" and the need for status-blind hostile work environment protection. *Georgetown Law Journal*, 88(3), 475-536.
- Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149-58.
- Yildirim, A. et Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (8), 1444-1453.
- Zwiebel, E., Goldstein, R., Manwaring, J. et Marks, M. (2008). What sticks: How medical residents and academic health care faculty transfer conflict resolution training from the workshop to the workplace. *Conflict Resolution Quarterly*. 25(3), 321-350.

Annexe A : Glossaire

Antécédent : événement ou situation qui précède un épisode conflictuel (Rodgers, 1989).

Conflit : différend entre des parties interdépendantes qui éprouvent une réaction émotionnelle négative en raison d'un désaccord perçu ou d'une interférence dans l'atteinte de leurs objectifs (Barki et Hartwick, 2001).

Consensus : accord collectif conclu par un groupe de personnes qui travaillent ensemble dans des conditions qui favorisent la communication ouverte et collaborative, de façon à ce que chaque membre du groupe estime qu'il a eu une occasion d'influencer la décision et puisse la défendre auprès des autres.

Équipe de soins de santé : dans le milieu de la santé, les principaux types d'équipe sont les équipes soignantes et les équipes de gestion, auxquelles s'adressent les présentes lignes directrices sur les pratiques exemplaires. On peut classer ces équipes en fonction des caractéristiques suivantes :

- la population de patients (p. ex., les équipes gériatriques);
- la maladie (p. ex., les équipes de traitement des AVC);
- le milieu de soins (p. ex., les soins primaires, les hôpitaux et les soins de longue durée). (FCRSS, 2006)

Étendue des responsabilités : nombre de personnes (et non le nombre d'équivalents temps plein) qui relèvent directement d'un gestionnaire, d'un superviseur ou d'un responsable (Tourangeau et coll., 2003).

Études d'intégration : le processus d'intégration englobe les composantes suivantes : (1) formulation du problème; (2) collecte de données ou examen de la documentation; (3) évaluation des données; (4) analyse des données (5) interprétation et présentation des résultats. Consulté le 2 août 2006 à l'adresse http://www.findarticles.com/p/articles/mi_ga4117/is_200503/ai_n13476203.

Infirmières : englobe les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées.

Intelligence émotionnelle : capacité à percevoir les émotions avec justesse, à les analyser et à les exprimer; capacité à ressentir et à générer des émotions qui facilitent la pensée; capacité à comprendre les émotions et l'épanouissement émotionnel; (Mayer et Salovey, 1997); serait un déterminant de la réussite en milieu de travail (Emmerling et Goleman, 2003).

Justice interactionnelle : fait de traiter avec respect et dignité des personnes touchées par les décisions dans le but de prévenir le ressentiment et les conflits (Schermerhorn, 2010).

Leadership transformationnel : démarche de leadership faisant intervenir un processus d'échange entre les personnes et leurs responsables afin d'élargir les horizons des deux parties et les motiver à aller plus loin en mettant à profit l'élan visionnaire du leader, qui incite les autres à le suivre. Consulté le 6 octobre 2005 à l'adresse http://changingminds.org/disciplines/leadership/styles/transformational_leadership.htm

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains : énoncés préparés systématiquement et basés sur les meilleures données probantes disponibles venant appuyer la prise de décisions au sujet des modes de fonctionnement et des processus permettant d'établir un milieu de travail sain (Field et Lohr, 1990).

Méta-analyse : technique statistique consistant à réunir les résultats de plusieurs études indépendantes afin d'obtenir des estimations plus précises (par rapport aux estimations découlant des études individuelles) des effets d'une intervention ou d'un phénomène observable relatif aux soins de santé (Clarke et Oxen, 1999).

Milieu de travail sain : milieu qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, des résultats de qualité chez le patient et le rendement organisationnel.

Opinion d'experts : point de vue d'un groupe d'experts fondé sur les connaissances et l'expérience et qui a fait l'objet d'un consensus.

Patient/client : désigne la personne qui reçoit des services infirmiers. Cela comprend les particuliers (membre de la famille, gardien, aidant naturel), les familles, les groupes, les populations et les collectivités. Dans un contexte d'enseignement, le patient peut être un élève ou un étudiant; dans un contexte administratif, il peut s'agir d'un membre du personnel et dans un contexte de recherche, d'un participant à une étude (OIIO, 2002; Registered Nurses Association of Nova Scotia, 2003).

Patient/client : désigne la personne qui reçoit des services infirmiers. Cela comprend les particuliers (membre de la famille, gardien, aidant naturel), les familles, les groupes, les populations et les collectivités. Dans un contexte d'enseignement, le patient peut être un élève ou étudiant; dans un contexte administratif, il peut s'agir d'un membre du personnel et dans un contexte de recherche, d'un participant à une étude (OIIO, 2002; Registered Nurses Association of Nova Scotia, 2003).

Recherche qualitative : méthodes de collecte et d'analyse de données non quantitatives. La recherche qualitative utilise un certain nombre de méthodes pour obtenir des données d'observation, y compris l'interrogation des participants afin de comprendre leur point de vue, leur vision du monde et leurs expériences.

Recommandations relatives à la pratique : énoncés sur la pratique exemplaire visant la pratique des professionnels de la santé et idéalement basés sur des données probantes.

Revue critique : article spécialisé fondé sur un examen de la documentation sur un enjeu ou un sujet particulier, dans lequel l'auteur présente également ses arguments et opinions.

Recommandations relatives au système : énoncés sur les conditions favorisant la mise en œuvre des lignes directrices sur la pratique exemplaire dans l'ensemble du système de santé. Ces conditions de succès sont étroitement liées à l'élaboration de politiques sur le plan plus général de la recherche, du gouvernement et du système.

Revue systématique : application d'une démarche scientifique rigoureuse à la préparation d'un rapport de synthèse (National Health and Medical Research Council, 1998). Les revues systématiques font ressortir des effets uniformes en matière de soins de santé, des résultats de recherche pouvant être appliqués dans diverses populations et divers milieux de soins et des conditions où au contraire les différences entre les traitements et les effets peuvent varier de façon considérable. L'utilisation de méthodes systématiques et explicites dans les études limite les biais (erreurs systématiques) et réduit l'incidence de l'aléatoire, fournissant ainsi des résultats plus fiables à partir desquels on peut tirer des conclusions et prendre des décisions (Clarke et Oxen, 1999).

Leadership transformationnel : démarche de leadership faisant intervenir un processus d'échange entre les personnes et leurs responsables afin d'élargir les horizons des deux parties et les motiver à aller plus loin en mettant à profit l'élan visionnaire du leader, qui incite les autres à le suivre. Consulté le 6 octobre 2005 à l'adresse http://changingminds.org/disciplines/leadership/styles/transformational_leadership.htm



Annexe B : Processus d'élaboration des lignes directrices

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), grâce au financement accordé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et en partenariat avec Santé Canada, a entrepris un projet pluriannuel d'élaboration, d'évaluation et de diffusion de lignes directrices sur les pratiques exemplaires^G pour des milieux de travail sains^G. Ces lignes directrices ont été élaborées par un groupe d'experts réuni par l'AIIAO et dont le travail a été réalisé de manière indépendante de façon à prévenir tout biais ou toute influence pouvant provenir des organismes de financement.

En mai 2010, l'AIIAO a formé un comité d'infirmières occupant diverses fonctions et provenant de différentes spécialités et de milieux de pratique, et dont l'expertise allait de la pratique à la recherche, la politique, l'éducation et l'administration.

Le groupe a entrepris les étapes suivantes pour la préparation du présent document : *La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé* :

- Définition et détermination de la portée du document grâce à un processus de discussion et de consensus qui a abouti à l'énoncé « Objet et portée »;
- Détermination de critères d'inclusion et d'exclusion : fondés sur la portée et l'objet des lignes directrices;
- Élaboration des questions de recherche;
- Les termes de recherche dans le domaine de la gestion et de l'atténuation des conflits dans le milieu de la santé, tous rôles confondus, ont été envoyés au service de recherche en santé du Réseau universitaire de santé aux fins d'examen général de la documentation;
- Une recherche Internet des lignes directrices publiées en lien avec les conflits entre les infirmières a été menée et n'a donné aucun résultat;
- Les documents cités et les résumés tirés des bases de données ont été envoyés au gestionnaire de programme de l'AIIAO qui les a examinés;
- La documentation a été jugée pertinente et le bibliothécaire a continué ses recherches dans diverses bases de données;
- La liste des documents cités et résumés a été envoyée à l'assistant de recherche (par voie électronique) pour qu'il les examine; ce dernier a passé la liste en revue et a déterminé quels articles devraient être extraits et imprimés pour le processus d'extraction des données;
- Tous les articles sélectionnés ont été passés en revue afin de déterminer la qualité de chaque article/étude au moyen d'outils d'évaluation appropriés;
- Un résumé détaillé a été élaboré par l'assistant de recherche et présenté au groupe de préparation des lignes directrices;
- Ce dernier a été divisé en sousgroupes selon le cadre notionnel relatif à l'établissement de milieux de travail sains :
 - a) Niveau externe
 - b) Niveau organisationnel
 - c) Niveau individuel;
- Le groupe a passé en revue le rapport;
- Les sousgroupes ont organisé les concepts et le contenu des lignes directrices en fonction du cadre pour les milieux de travail sains;
- De la documentation supplémentaire a été citée par les membres du groupe;
- Grâce à un processus de discussion et de consensus, les recommandations préliminaires ont été élaborées à la lumière des données probantes trouvées dans la documentation;
- Les lignes directrices préliminaires ont été passées en revue par le groupe d'experts;
- Les lignes directrices préliminaires ont été envoyées aux intervenants pour qu'ils les examinent;
- Les sousgroupes ont étudié les commentaires des intervenants;
- Les recommandations et les données probantes ont été finalisées;
- Le comité d'experts a révisé et approuvé le document final.

Annexe C : Processus de l'examen méthodique de la documentation

Deux assistants de recherche ont étudié et analysé les données et sont parvenus à un consensus sur les critères de classement des articles. Un total de 5 016 articles (y compris de la littérature grise) ont été analysés dans le cadre de ce processus d'évaluation. La documentation analysée provenait principalement des États-Unis, de l'Australie, de la Chine, du Japon, de la Turquie et de plusieurs pays européens.

Les deux chercheurs ont examiné les titres et les résumés des études potentiellement pertinentes ciblées par la méthode de recherche. On a ensuite analysé et passé en revue les articles qui répondaient aux critères d'inclusion.

Deux évaluateurs indépendants ont évalué la qualité de la méthode de tous les articles et sont parvenus à un consensus sur le score total, puis ces résultats ont été compilés en un seul document pour en faciliter l'examen.

Chacun des examinateurs a procédé, de façon indépendante, à une extraction des données. L'un des évaluateurs a ensuite passé en revue les tableaux finaux contenant les données extraites pour en vérifier l'exactitude. Les données extraites concernaient la citation, la méthodologie de l'étude, l'échantillon, l'intervention, les mesures, les résultats et les limites. À la suite de fréquentes discussions sur la documentation analysée et d'échanges de données entre les assistants de recherche, les évaluateurs sont parvenus à un consensus sur les données à inclure.

1. L'étude générale de la documentation par l'utilisation de mots-clés associés à la définition d'un conflit saisis dans :

Bases de données

- Medline
- CINHALL
- Proquest
- Psych Info

Définition d'un conflit : différend entre des parties interdépendantes qui éprouvent une réaction émotionnelle négative en raison d'un désaccord perçu ou d'une interférence dans l'atteinte de leurs objectifs (Barki et Hartwick, 2001).

2. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

Inclusion	Exclusion
Révision par les pairs	Pas d'éditoriaux, de commentaires, d'études narratives
Au moins le résumé en anglais (toute langue)	
5 à 10 ans	
N'importe quelle méthode, pourvu qu'elle ait été examinée par des pairs	
Adultes de plus de 18 ans	

3. Voici la liste des mots-clés anglais qui ont fait l'objet des recherches :

- arbitrating
- arbitration
- attitude(s) of health personnel
- boundaries
- cohesion (group team)
- collaboration
- collegiality
- conflict
- conflict and burden
- conflict and competition
- conflict management
- conflict management style
- conflict resolution
- contention
- cooperative behaviour
- cross disciplinary
- disagreement
- discord
- disruptive
- dissent and disputes
- diversity differences or dissimilarity
- employer-employee relations
- encounter
- health care team
- health professional health (taking care of oneself)
- healthcare team
- horizontal/lateral violence
- hostile (hostility)
- Incivility/bullying/ostracism
- inter-agency relations
- inter-disciplinary
- inter-institutional relations
- inter-occupational relations
- inter-organisational relations
- inter-organizational relations
- inter-professional
- inter-professional Relations
- inter-sector relations
- interdepartmental relations
- interdisciplinary
- interdisciplinary communication
- interdisciplinary health team
- interpersonal relations
- interprofessional
- mediating
- mediation
- medical care team
- medical etiquette
- medical staff
- multi-disciplinary
- multi-professional
- multidisciplinary
- multiprofessional
- negative/positive relationships
- negotiating
- negotiation
- negotiation(s)
- nursing staff
- opposition
- organizational behaviour(s)
- organizational culture (unit)
- patient care team
- personnel management
- physician-nurse relations
- power
- resiliency
- resolution
- respect
- self concept(s)
- self efficacy
- self esteem(s)
- self perception(s)
- sense of belonging
- staff
- staff attitude(s)
- strife
- team(s)
- teamwork/high functioning teams
- toxicity
- transdisciplinary
- trust
- workload and conflict
- workplace conflict

4. L'examen de la documentation a porté sur les infirmières de tous les domaines (clinique, pratique, administration, formation et recherche) et de tous les secteurs. La méthode de recherche employée avait pour objet de trouver des études et des articles publiés et non publiés, en se limitant à la langue anglaise. On a procédé à une recherche limitée initiale dans les bases CINAHL et MEDLINE, suivie d'une analyse des mots contenus dans le titre et le résumé et des termes d'indexation utilisés pour décrire l'article. Une recherche secondaire à l'aide de tous les mots-clés et termes d'indexation déterminés a été entreprise en utilisant les termes de recherche susmentionnés.
5. Les études ciblées pendant la recherche des bases de données ont été évaluées selon leur pertinence en se basant sur l'information contenue dans le titre et le résumé. Tous les articles semblant répondre aux critères d'inclusion ont été extraits et leur pertinence a été une fois de plus évaluée
6. Les études qui répondaient aux critères d'inclusion ont été groupées par type (p. ex., qualitative, quantitative, non-recherche), puis par thème (expérimentale, descriptive, etc.)
7. Avant d'être ajoutés à l'étude, les articles ont été évalués par deux évaluateurs indépendants afin de déterminer leur qualité méthodologique au moyen d'instruments d'évaluation appropriés. Les articles ne portant pas sur des travaux de recherche ont été inclus s'ils traitaient de stratégies de gestion des conflits.

Les désaccords entre les évaluateurs ont été résolus par la discussion et, si nécessaire, par le recours à un troisième évaluateur.

Résultats de l'examen de la documentation

Au total, 96 articles de nature quantitative, expérimentale, qualitative et textuelle, ont été inclus dans l'étude. La majorité des articles étaient méthodologiquement modérés; par conséquent, les résultats sont équivoques et les données probantes relatives à la causalité sont plus faibles. Les données canadiennes sur les conflits sont limitées. Cet examen offre d'excellents fondements pour la recherche de meilleures données probantes sur la gestion et l'atténuation des conflits.

Annexe D : Exemples de gestion des conflits

Scénario de cas : Les conflits et l'effet boule de neige

Contexte : Une infirmière responsable se plaint de sa relation avec l'infirmière X. L'infirmière responsable affirme que depuis son affectation à l'unité il y a six mois, la tension ne cesse de croître entre elle et l'infirmière X. Au moment de la plainte, l'infirmière responsable indique qu'elle a l'impression de travailler dans un milieu malsain et hostile.

L'infirmière responsable ne peut se rappeler à quand exactement remonte le conflit. Elle affirme que la détérioration de sa relation avec l'infirmière X a été progressive et alimentée par une série de petits événements. Les infirmières ne se parlent plus directement à moins que cela soit absolument nécessaire. Les autres membres du personnel ont remarqué que la communication s'est considérablement détériorée et qu'il y avait même une incidence sur l'information transmise entre les infirmières sur les soins aux patients.

L'infirmière responsable affirme qu'elle et l'infirmière X ont des méthodes de travail et des approches thérapeutiques très différentes. Elle dit trouver que l'infirmière X a une forte personnalité, que les autres évitent par crainte de désapprobation ou de représailles. Elle se sent exclue du groupe d'employés plus anciens étant donné qu'elle est nouvelle dans l'unité. Elle trouve qu'un déséquilibre de pouvoir existe et que l'infirmière X a énormément d'influence sur les autres, malgré la réalité hiérarchique de la situation. Enfin, l'infirmière responsable estime que l'infirmière X ne termine pas ses tâches, ce qui contribue également au conflit.

Dénouer le conflit

L'infirmière responsable affirme qu'elle a décidé de soulever le problème après mûre réflexion et après la survenue d'un dernier incident qui pourrait être perçu comme étant plutôt insignifiant, mais qui est encore un autre exemple de ce qu'elle estime être une longue série de comportements inadéquats et d'infractions au code de déontologie.

Avisée de la plainte, l'infirmière X soutient que les allégations de mauvais comportement sont non fondées et qu'elle est en fait victime d'intimidation.

L'infirmière X est d'accord pour dire que sa relation avec l'infirmière responsable est épineuse et affirme qu'elle se préparait à envoyer des documents qui, selon elle, appuient ses allégations de harcèlement et d'intimidation. Elle maintient que l'infirmière responsable est connue comme une personne dure et arrogante et que ses collègues craignent son style de communication verbale et non verbale agressif combiné à sa position de supérieure hiérarchique. L'infirmière X affirme que l'infirmière responsable, par sa supériorité hiérarchique, a le pouvoir de changer des politiques qui touchent aux pauses et aux horaires. Elle affirme que les autres ne se manifestent pas par crainte de représailles.

L'infirmière X signale également qu'elle et l'infirmière responsable ont des méthodes de travail et des aptitudes de communication très différentes. L'infirmière X est d'avis que l'infirmière responsable est impolie, trop directive et brusque avec les patients.

Conséquences du conflit

Les deux parties ont commencé à prendre un nombre élevé de congés de maladie et attribuent leur absentéisme, du moins en partie, au stress lié au travail. Malheureusement, les membres de l'unité sont au courant des problèmes et ont commencé à discuter ouvertement de leurs deux collègues. Un certain nombre d'entre elles ont choisi un « camp », ce qui a détérioré encore davantage la relation. La division au sein de l'unité est un problème bien connu. Les membres de la direction se sont réunis afin de créer un plan d'atténuation des dommages et ainsi mettre un terme au commérage. On a exigé que l'on procède désormais à une surveillance étroite de toute discussion sur les problèmes relationnels de l'équipe.

Atténuation du conflit

On a procédé à une tentative de médiation qui n'a pas produit d'amélioration durable. L'une des participantes a signalé qu'elle a grandi dans une culture où l'on évite de discuter ouvertement des conflits et qu'elle trouvait par conséquent difficile de participer à ce processus.

Une tierce partie externe a mené une enquête visant à étudier les allégations contradictoires d'intimidation et de harcèlement. L'enquête a permis de conclure que les allégations d'intimidation n'étaient pas fondées. La personne chargée de l'enquête a lié le problème au fait qu'aucune des deux parties ne prenait des mesures raisonnables pour régler le différend.

Gestion du conflit

En définitive, les deux parties ont accepté de rencontrer un conseiller individuel qui les aiderait à trouver une façon de communiquer efficacement leurs interprétations du conflit et à proposer des solutions pour le résoudre. Au cours de ce processus, des mesures ont été prises pour qu'aucun contact ne soit nécessaire entre les deux parties.

Les administrateurs ont demandé au personnel de coopérer en cernant les problèmes qui ont des conséquences négatives sur l'unité et en discutant de ces problèmes.

Le groupe a cerné différents facteurs contributifs :

- Des problèmes de nature générationnelle et des différences dans les conceptions de la pratique;
- Le commérage;
- Une incapacité alléguée de l'administration à résoudre les problèmes signalés et, par conséquent, un manque de confiance dans la résolution en temps opportun des situations conflictuelles;
- La communication déficiente entre les membres du personnel;
- La communication peu fréquente ou incomplète entre les membres du personnel et la direction;
- Les mauvaises aptitudes du personnel en matière de résolution des conflits;
- La mauvaise connaissance des lignes de conduite à adopter en cas de violation du code de déontologie ou d'autres politiques.

Le groupe a accepté de se réunir de façon régulière pour discuter des initiatives potentielles et trouver des séances de formation qui aideraient à aborder les situations préoccupantes. Le centre hospitalier a accordé une importance prioritaire à cette initiative et a accepté de dédommager le personnel pour le temps consacré à cette démarche.

On a organisé des séances de formation sur la communication, les conflits, la violence en milieu de travail, le harcèlement et l'intimidation. Ces séances ont eu lieu en petits groupes et à divers moments pour permettre à chacun d'y participer à sa convenance. Des membres de l'unité étaient responsables d'animer les séances de formation.

Le groupe a mis sur pied des initiatives visant à déterminer qui sont les membres du personnel qui contribuent à un bon esprit d'équipe. Ces membres étaient nommés et reconnus par l'unité pour leurs efforts.

En définitive, les comportements positifs ont commencé à retenir davantage l'attention que les comportements négatifs. La surveillance et la reconnaissance des pairs a permis d'améliorer considérablement la qualité des interactions.

Le scénario ci-dessus est adapté d'une situation réelle de conflit et utilisé avec la permission des participantes.

Scénario de cas : L'union fait la force

Contexte

Un centre hospitalier compte une petite unité totalisant environ 14 personnes de deux disciplines différentes. Les membres du personnel de cette unité entretiennent entre eux de forts liens d'amitié et se réunissent souvent à l'extérieur du travail. Le centre a mis en œuvre un programme conçu pour améliorer le flux de travail et le fonctionnement de l'unité. Ce programme a changé les tâches habituellement attribuées à chacun des deux groupes. En effet, l'un des groupes a commencé à exécuter une tâche, pour laquelle l'autre groupe n'était désormais plus nécessaire. Par conséquent, le second groupe a perdu l'occasion d'accumuler des heures supplémentaires au même rythme qu'avant. En l'espace de trois ou quatre mois, un certain nombre d'inquiétudes personnelles ont été signalées relativement à des comportements inacceptables et des conflits.

La superviseure du groupe a été très occupée par un programme pour lequel elle a dû s'absenter de l'unité pendant des périodes relativement longues. Le personnel a signalé ne pas bien savoir quels sont les rôles et responsabilités du responsable par intérim et à qui les plaintes doivent être transmises.

Conséquences du conflit

De toute évidence, le conflit n'était pas limité à quelques relations, mais s'était étendu à toute l'unité. Plusieurs collègues ne se parlaient plus, les deux groupes ne s'assoiaient plus ensemble à la cafétéria et plusieurs employés disaient vivre un stress et une anxiété directement liés aux comportements négatifs.

Dénouer le conflit

La haute direction et les services de gestion et des ressources humaines se sont réunis pour s'efforcer d'élaborer un plan d'action inclusif et unanime.

La gestion a rencontré les groupes séparément afin d'écouter les différentes interprétations du problème. Les antécédents du conflit ont été documentés. On a ensuite rencontré les employés individuellement et on leur a demandé de raconter leur point de vue sur la nature du conflit. On leur a assuré que leurs observations demeurerait confidentielles.

Atténuation et gestion du conflit

À la lumière des renseignements obtenus, de nombreuses recommandations pratiques ont été élaborées à l'intention des employés et de la direction. Ces recommandations ont été présentées à la direction aux fins de discussion et de transmission au personnel. Bon nombre des recommandations visaient à rassembler le personnel par diverses initiatives de collaboration et à créer des occasions de dialogue, tout en clarifiant les rôles.

Voici des exemples de ces recommandations.

1. Quelles sont mes responsabilités?

- Assumer la responsabilité de mon propre comportement et faire en sorte, d'une manière respectueuse, que mes collègues assument la responsabilité du leur.
- Participer activement aux formations obligatoires sur la communication réfléchie, l'art de poser des questions et la résolution des conflits.
- Trouver un mentor parmi mes pairs qui m'offrira ses commentaires et son soutien en cas de situation conflictuelle.
- Participer et formuler des commentaires.

2. Quelles sont les responsabilités de la direction de l'unité?

- Élaborer un énoncé de mission et des objectifs communs à l'ensemble de l'unité et s'assurer que chacun y contribue de façon égale.
- Définir les rôles et responsabilités de chacun, y compris des gestionnaires et des médecins en chef.
- Examiner la liste de tâches et la réviser s'il y a lieu.
- Élaborer, diffuser et compiler des outils permettant de surveiller le succès du protocole d'entente et du plan d'avancement (p. ex., sondages réguliers auprès des employés, groupes de discussion et évaluations des pairs et des membres de l'équipe).
- Mener des évaluations régulières du rendement et s'assurer que les ressources de soutien appropriées sont en place pour améliorer le rendement lorsque cela s'avère nécessaire.
- Prioriser la responsabilisation et le suivi régulier des employés présentant des comportements inacceptables.
- Afficher les comportements inacceptables ET acceptables ayant fait l'objet d'un commun accord.

3. De quelle façon l'unité sera-t-elle administrée?

- Un organigramme de l'unité sera créé.
- Le groupe recevra de l'information indiquant clairement comment formuler une plainte et à qui la faire parvenir.
- Des réunions quotidiennes auront lieu afin que tous soient au courant des « événements de la journée » en ce qui concerne les procédures relatives aux patients, la disponibilité du personnel, la gestion des approvisionnements, la disponibilité des lits, les horaires, la mise en commun de l'information et les rapports sur les indicateurs de qualité.
- Les réunions mensuelles d'équipe rassembleront les membres de toutes les disciplines et on suivra un ordre du jour.
- On encouragera les occasions de collaboration et de résolution de problèmes et chacun pourra apporter sa contribution à l'ordre du jour des réunions.
- On élaborera des plans clairs de diffusion de l'information à chaque changement.
- On nommera des personnes chargées de transmettre l'information.
- On établira des mécanismes clairs de gestion des problèmes cliniques et des points de vue cliniques conflictuels.

Un groupe de travail a également été formé, auquel participent des membres du personnel et des médecins nommés par les pairs. Ce groupe de travail avait pour objectif de conclure une entente sur les comportements précis que l'on découragerait ou encouragerait. Après de longues discussions, le groupe est parvenu à une entente. Cette démarche a donné aux membres du personnel l'occasion d'exprimer ce qui est important pour eux et pour ceux qu'ils représentent. Elle a permis aux employés de participer à un dialogue sur leur conception du milieu de travail idéal auquel ils aspirent.

Le groupe de pairs a ensuite présenté l'information à l'ensemble de l'équipe pour obtenir ses commentaires, puis on a demandé au personnel de signer un document en signe de leur engagement envers cette initiative d'amélioration de la culture de travail.

Ce document a été nommé « Protocole d'entente ». Ainsi, tous les membres du personnel devenaient responsables de leurs comportements. Ce document a permis au personnel de connaître les attentes précises envers leur unité, de même que les comportements jugés inacceptables dans l'équipe.

Exemples

Comportements exemplaires et encouragés

- Accepter sa juste part de la charge de travail.
- Travailler en collaboration même en cas d'aversion pour un membre de l'équipe.
- Respecter les politiques et procédures du service, notamment (sans toutefois s'y limiter) celles relatives aux congés de maladie, aux demandes de congé, à l'astreinte téléphonique et aux heures supplémentaires, et respecter la liste de tâches.
- Encourager une communication fondée sur la politesse, l'écoute sincère et la réceptivité afin que le personnel puisse exprimer sans crainte ses opinions et ses préoccupations.
- Reconnaître les malentendus et présenter des excuses lorsque cela est nécessaire.
- Avoir le sens de l'équité dans ses interactions en prenant en considération l'ensemble de la situation et en expliquant la décision prise et les raisons qui la motivent.
- Participer avec enthousiasme à l'élaboration de solutions créatives sans craindre la critique et sans prendre une position défensive.
- Témoigner de la compassion et de l'empathie dans ses interactions sociales et s'assurer que ces interactions demeurent convenables.
- Ne jamais demeurer un témoin silencieux; réagir lorsqu'un collègue commère sur un pair, en parle en mal ou le critique.
- Assumer ses responsabilités et demander de la rétroaction à ses collègues sur son propre rendement et son propre comportement.

Comportements inacceptables et découragés

- Les comportements qui nuisent à la participation des membres de l'équipe et à la collaboration.
- Compromettre le rendement, la réputation et le professionnalisme des autres en retenant délibérément l'information nécessaire ou en adoptant une attitude passive de non-coopération.
- Comportement non verbal inacceptable comme rouler les yeux de manière condescendante ou fixer le vide lorsqu'un collègue, un patient ou un membre de la famille tente de communiquer avec vous.
- Répondre à une question ou à un appel téléphonique en faisant preuve de réticence, d'impatience ou d'impolitesse.
- Employer un langage méprisant, irrespectueux ou provocateur qui entraîne de l'isolement ou une détérioration des relations parmi les membres de l'équipe.
- Arriver tard au travail ou quitter l'unité plus tôt sans l'autorisation du superviseur/directeur appropriée ou des autres autorisations nécessaires.
- Discuter des problèmes interservices avec les collègues ou d'autres professionnels de la santé de façon à nuire à la réputation de l'unité.
- Employer un langage vulgaire ou avoir des discussions non professionnelles en présence de collègues, de patients et de membres de la famille.

Le scénario ci-dessus est adapté d'une situation réelle de conflit et est utilisé avec la permission des participantes.



Annexe E : Ressources visant à promouvoir le respect

Idées pour réagir aux comportements irrespectueux

S'entendre sur un « signal d'alarme »

Entendez-vous sur une expression codée à employer en guise de « signal d'alarme » lorsque (a) vous êtes offensée par ce que vous entendez, (b) lorsque vous craignez d'avoir offensé quelqu'un. Vous pourriez par exemple vous entendre avec vos collègues sur cette consigne simple : lorsqu'une personne se sent offensée ou non respectée, elle répond par le mot « **Aïe** » à la personne qui l'a offensée. Il s'agit là d'un indice pour la personne qui a dit quelque chose d'offensant. Cette dernière peut alors demander à son interlocutrice de quelle manière le commentaire a été interprété, demander pardon si nécessaire et parvenir à une entente sur la façon d'éviter que ce genre de situation se reproduise. De même, lorsque vous vous échappez en disant quelque chose de potentiellement offensant, vous pouvez dire « **Oups!** » et retirer ou reformuler vos paroles.

Exemple : Un gestionnaire d'une soixantaine d'années a tendance à évoquer des éléments de la culture populaire de ses jeunes années : « Il est un vrai Séraphin Poudrier », dit-il un jour avant de se retourner vers l'analyste budgétaire d'une vingtaine d'années pour lui dire « Oh, excuse-moi : tu es trop jeune pour comprendre ». Le jeune employé se sent très offensé. Lorsqu'une telle situation se reproduit, il s'exclame « Ouch! » et le gestionnaire réalise que lui et son collègue ont besoin de discuter. Ils conviennent alors de ne plus utiliser ce genre de références culturelles.

Désamorçage

Lorsqu'un collègue devient agité, bruyant ou hostile :

- Adoptez une attitude stable, mais détendue : que vous soyez assis ou debout, tenez-vous droit, les épaules vers l'arrière, les mains immobiles, et accordez-lui toute votre attention.
- Exprimez-vous clairement, mais calmement et avec un volume normal.
- Reconnaissez la réaction de votre collègue et paraphrasez ses propos : « Je peux voir que tu es très fâché(e) de ce qui vient de se passer. »
- N'interrompez pas la personne et n'essayez pas de trouver une solution au problème avant qu'elle se soit calmée. Contentez-vous d'écouter et de montrer que vous comprenez. « Tu sembles craindre que la compression budgétaire entraîne une réduction des effectifs dans ton service. »
- Efforcez-vous de ne pas prendre un ton condescendant ou sarcastique. Votre interlocuteur doit sentir que vous écoutez de façon sincère sa vision de la situation.
- Lorsque la personne retrouve son calme, demandez-lui ce qu'elle aimerait qu'il arrive et des conseils sur la manière de trouver une solution.

Outils de résolution des conflits

Paradigme de base de la médiation

Lorsqu'un conflit émerge entre deux personnes, c'est souvent parce qu'elles voient une même situation de deux façons totalement différentes :

Perceptions + expériences + priorités = point de vue n° 1

Perceptions + expériences + priorités = point de vue n° 2

Méthode de retour au calme

Lorsque la situation est tellement tendue que les personnes en conflit ne veulent pas s'asseoir ensemble pour en discuter, essayez la technique suivante :

1. Demandez à la personne n° 1 de rédiger une lettre décrivant les événements de la façon la plus détaillée possible.
2. Remettez la lettre à la personne n° 2.
3. Demandez à la personne n° 2 de répondre en décrivant sa propre version des faits.
4. Remettez cette réponse à la personne n° 1.

Réunissez les deux personnes en privé pour discuter de ce qu'elles souhaitent et de ce qui pourrait aider à répondre à leurs besoins et à résoudre le problème.

Version simplifiée

« Essayons quelque chose. Que diriez-vous de vous donner à chacune la chance d'expliquer ce qui ne va pas sans être interrompue. Ensuite, nous essaierons de nous entendre sur les principales sources de désaccord et les aborderons une à une. »

En entreprenant une démarche de résolution des conflits (ou règlement des différends), les deux personnes parviennent à de meilleures solutions en plus d'avoir l'impression d'être respectées et de s'être comportées de façon respectueuse. Elles ont appris l'art de vraiment écouter l'autre personne avant de formuler des hypothèses à son sujet. Chaque personne croit probablement que son point de vue est « correct » et que celui de l'autre personne est « mauvais ». Ce processus simple de résolution des conflits a été beaucoup utilisé, de la cour d'école primaire aux séances de médiation en matière de divorce, pour aider les personnes en conflit à s'écouter l'une l'autre et à s'efforcer de régler le différend. Un superviseur ou même un collègue peut servir de tierce partie ou de médiateur :

- Rencontrez les personnes en conflit dans un endroit privé.
- Établissez les règles de base : pas d'interruption, pas d'injures.
- Laissez-les décider qui parlera en premier.
- La personne n° 1 raconte sa version des faits jusqu'à ce qu'elle soit satisfaite de la compréhension de la personne n° 2. La tierce partie peut poser des questions pour clarifier l'histoire.
- Lorsque la personne n° 1 a terminé, la tierce partie résume de façon neutre ce qu'elle a entendu.
- La personne n° 2 raconte ensuite sa version des faits pendant que la personne n° 1 écoute. Puis, la tierce partie résume ce qu'elle a entendu.
- Cherchez un terrain d'entente. La tierce partie demande à chaque personne ce qu'elle souhaite – souvent, les personnes en conflit ne souhaitent que des excuses, une reconnaissance ou un certain type de compromis.

La tierce partie aide les deux personnes à trouver un terrain d'entente, dans les limites de ce qui est permis par le milieu de travail.

Exemple : Une superviseure hors site se sent exclue des décisions importantes parce que sa supérieure organise des réunions informelles dans l'unité et oublie de lui demander ses commentaires ou de lui faire part des discussions. La supérieure trouve que la superviseure hors site est « fouineuse » ou cherche juste à avoir de l'attention. En présence d'une tierce partie (un psychologue du travail), la superviseure comprend que sa supérieure a un style de fonctionnement spontané et que ce n'était pas son intention de l'ignorer. De son côté, la supérieure découvre que la superviseure hors site a d'excellentes idées à proposer. Elles conviennent alors de procéder à une réunion hebdomadaire où tous les superviseurs pourraient discuter ensemble des questions qui les touchent.

Utilisé avec la permission de la Veterans Health Administration des États-Unis. National Center for Organization Development. Cincinnati, OH. www.va.gov/ncod

Promouvoir le **RESPECT** au travail

Reconnaissiez la valeur de chacun de vos collègues.

Éliminez les termes péjoratifs de votre vocabulaire.

Sachez parler avec vos collègues, au lieu de parler d'eux.

Pratiquez l'empathie. Mettez-vous dans la peau des autres.

Efforcez-vous de respecter vos collègues en adoptant des comportements appropriés.

Calculez les conséquences de vos gestes ou de vos paroles.

Traitez les personnes qui vous entourent avec dignité et courtoisie.

Utilisé avec la permission de Start Right, Stay Right (traduction libre). Walkthetalk.com

Annexe F : Ressources additionnelles

Références et outils :

Costello, J., Clarke, C., Gravely, G., D'agostino-Rose, D. et Puopolo, R., (janvier 2011). Working Together to Build a Respectful Workplace: Transforming OR Culture. *AORN Journal: Association of periOperative Registered Nurses*, 93, 115-126. **(Voir la Figure 3).**

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], (2009). *La prévention et la gestion de la violence dans le milieu de travail : lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains*. Consulté à l'adresse

http://www.rnao.org/Storage/61/5519_RNAO_Violence_in_work_WEB_2.pdf

Thornby, D. (2006). Beginning the Journey to Skilled Communication. *AACN Advanced Critical Care*, 17(3), 266-271 **(Voir la Figure 1)**

Triola, N. (2006) Dialogue and Discourse: Are We Having the Right Conversations? *AACN Advanced Critical Care*, 26, 60-66. **(Voir l'outil d'évaluation à la page 64)**

Sites Web :

<http://www.can.affiniscape.com/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=283>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO), 2009. *Directive professionnelle – La prévention et la gestion des conflits*.

http://www.cno.org/Global/docs/prac/57004_AbusNurses.pdf

<http://danielgoleman.info/topics/emotional-intelligence/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18558927>

<http://www.newenglandcoaching.com/wp-content/uploads/EI-Nursing.pdf>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2010.01610.x/full>

<http://teamstepps.ahrq.gov/index.htm>

http://www.unh.edu/emotional_intelligence/index.html

Conseil de gestion et d'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé :

1. Comment faire preuve de conscience de soi lors d'un conflit :

- Écoutez, posez des questions, engagez-vous à résoudre le conflit.
- Portez attention à votre façon d'être lors d'un conflit.
- Choisissez d'écouter (de vous écouter vous-même, et d'écouter votre collègue) et d'apprendre.
- Changez votre façon d'agir en explorant les différentes possibilités, en distinguant les problèmes des personnes, en explorant les raisons de votre propre résistance.
- Décidez de faire preuve de leadership dans la résolution de vos conflits.

(Cloke et Goldsmith, 2011)

2. Cinq façons de réagir à un conflit

- Évitement : fuir la situation; demeurer neutre; l'objectif est de retarder le moment d'aborder le conflit.
- Complaisance : répondre aux besoins et aux préoccupations des autres avant tout; maintenir l'harmonie; l'objectif est de céder.
- Agressivité/domination/rivalité : S'imposer et veiller à ses propres intérêts; lutte de pouvoir de type « perd ou gagne »; l'objectif est de gagner.
- Compromis : solution minimale acceptable pour tous; relations intactes; l'objectif est de trouver un terrain d'entente.
- Collaboration : élargir l'éventail des possibilités; trouver une solution qui ne fait pas de perdants; l'objectif est que chacun en ressorte gagnant.

(Thomas, K. W., 1992)

3. Quelques conseils pour vous aider à résoudre les conflits en milieu de travail :

- *Cernez le(s) problème(s).* Quel est le vrai problème? Votre interprétation du problème est-elle la même que celle de l'autre personne? La communication est primordiale.
- *Faites un exercice d'introspection.* Réfléchissez à votre rôle dans le conflit.
- *Agissez tôt pour résoudre le conflit.* Dénouez le conflit dès son apparition.
- *Invitez l'autre personne à parler de la situation.* Privilégiez un endroit calme et choisissez un moment opportun. N'interrompez pas l'autre personne. Laissez-la parler.
- *Faites preuve de gentillesse.* Si quelqu'un a fait quelque chose qui vous a offensé, demandez-lui simplement pour quelle raison il a agi ainsi. « Je me demandais pourquoi tu as fait "X" hier. » ou « J'ai remarqué que tu fais souvent "Y". Pourquoi? » sont de bons exemples de questions. « Pourquoi dois-tu toujours faire "Z"! » est une formule moins constructive.
- *Observez.* Décrivez la situation aussi objectivement que possible. Qu'est-ce qui se passe exactement? Que fait l'autre personne et, en particulier, que faites-vous? Vous pouvez dire « J'ai remarqué que tu me critiques toujours aux réunions », parce qu'il s'agit d'un fait. En revanche, vous ne pouvez pas dire « J'ai remarqué que tu ne respectes plus mes idées », parce que cela suppose autre chose.
- *Faites un remue-méninges pour trouver des solutions possibles.* Il est essentiel d'établir un objectif pour que les deux parties connaissent les résultats à atteindre. Établissez des mesures précises qui peuvent être mises en œuvre immédiatement.
- *Excusez-vous.* Excusez-vous pour votre part de tort dans le conflit. Ce faisant, vous n'acceptez pas d'assumer toute la responsabilité, mais vous assumez au moins votre part de responsabilité dans le conflit.⁷
- *Tenez compte des bons côtés.* Félicitez l'autre personne pour ses efforts dans la résolution du conflit. Cela peut être difficile, car peu de gens sont enclins à saluer les mérites d'une personne avec qui ils sont fortement en désaccord, mais il s'agit d'une bonne façon d'aller de l'avant. (Cloke et Goldsmith, 2011)

4. Quelques conseils pour aider les responsables/gestionnaires à résoudre les conflits en milieu de travail :
- Encouragez la communication ouverte dans l'organisation. Assurez-vous que chacun a son mot à dire.
 - Encouragez l'acceptation des différents styles de travail et des différents points de vue. Encouragez la diversité. Donnez l'exemple.
 - Soyez attentif aux conflits naissants. Des camps sont-ils en train de se former? Avez-vous été témoin de disputes ou avez-vous l'impression que les esprits s'échauffent? Tuer le problème dans l'œuf.
 - Responsabilisez les employés. Rappelez-leur les politiques en matière de règlement des différends et faites-la respecter.

(Cloke et Goldsmith, 2011)

5. Pensez à un conflit que vous avez récemment vécu et posez-vous les questions suivantes, en premier lieu pour vous, puis pour la personne avec qui vous étiez en conflit :
- *Enjeux.* Quels sont les enjeux évidents? Quels sont les enjeux moins évidents et qui ne sont pas discutés?
 - *Personnalité.* Des différences de personnalité contribuent-elles aux malentendus et à la tension? Si c'est le cas, quelles sont ces différences et leurs conséquences?
 - *Émotions.* Quelles émotions contribuent à vos réactions? Comment y contribue-t-elle? Pensez-vous que vous communiquez vos émotions de façon responsable ou que vous les dissimulez?
 - *Intérêts, besoins et désirs.* Avez-vous proposé une solution au conflit? Quelles sont les préoccupations profondes à l'origine du conflit? Quels sont vos intérêts, besoins et désirs, et pourquoi sont-ils importants pour vous?
 - *Perception et estime de soi.* Que pensez-vous de vous-même et de vos comportements à mesure que ce conflit progresse? Quelles sont selon vous vos forces et vos faiblesses?
 - *Attentes cachées.* Quelles sont vos principales attentes et celles de votre opposant? Avez-vous clairement communiqué vos attentes? Qu'arriverait-il si vous communiquiez vos attentes? Comment pourriez-vous abandonner vos fausses attentes?
 - *Problèmes du passé non résolus.* Ce conflit vous rappelle-t-il une situation passée, par exemple un problème non résolu? Comment pourriez-vous parvenir à lâcher prise?

(Cloke et Goldsmith, 2011)

6. Questions que vous devriez poser

- « Pourrais-tu m'expliquer un peu plus ce qui te dérange dans ce que j'ai fait? »
- « Comment as-tu réagi en ton for intérieur? »
- « Aimerais-tu savoir comment j'ai réagi? »
- « Pourquoi est-ce un problème pour toi? »
- « Que voulais-tu dire quand tu as dit _____? »
- « Qu'aimerais-tu que je fasse pour aider à résoudre ce différend? »
- « Connais-tu une solution qui pourrait être acceptable pour nous deux? »
- « Comment pourrais-tu parvenir à passer à autre chose et avoir l'impression que nous avons dénoué le conflit? »
- « Aimerais-tu savoir comment j'aimerais que tu communique avec moi? »

(Cloke et Goldsmith, 2011)

7. Obstacles à la résolution des conflits

- Contraintes de temps
- Mauvaise communication
- Ambiguïté des rôles
- Diversité
- Déséquilibre de pouvoir
- Situations lourdes sur le plan émotionnel
- Fatigue
- Stress
- Évitement

8. La plupart des conflits proviennent de simples malentendus, de mauvais choix de vocabulaire, de styles inefficaces de gestion des conflits, d'un manque de clarté dans les rôles et les responsabilités, d'une piètre communication et d'un manque de leadership. En écoutant les autres et en apprenant à résoudre les problèmes, à discuter et à explorer les options, on peut facilement trouver une solution à la plupart des conflits (Cloke et Goldsmith, 2011).

9. Il est important de changer notre façon de considérer les désaccords et, en définitive, la façon dont nous agissons lorsqu'ils surviennent. Il nous incombe de faire ce choix conscient, qui témoigne de notre volonté de dialoguer de façon directe, constructive et collaborative avec nos collègues (Cloke et Goldsmith, 2011).

10. Il n'existe pas de méthode simple à appliquer étape par étape et qui fonctionne pour chacun, dans toutes les situations. L'objectif est de trouver votre propre style en réfléchissant sur vos conflits, en voyant ce qui donne de bons résultats et ce qui mérite d'être fait différemment et en ayant assez de courage pour modifier votre façon de faire en cours de route. (Cloke et Goldsmith, 2011).

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

SEPTEMBRE 2012

La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé

ISBN 978-1-926944-48-7



9 781926 944487



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario

LIGNES DIRECTRICES SUR LES
PRATIQUES EXEMPLAIRES
POUR LES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS

LA GESTION ET L'ATTÉNUATION DES CONFLITS DANS LES ÉQUIPES DE SOINS DE SANTÉ

SEPTEMBRE 2012

