



**ÉCOLE D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES DE STRASBOURG**

6, rue Saint Marc 67000 STRASBOURG

Tél : 03.88.11.60.12

# **DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER ANESTHÉSISTE**

MÉMOIRE PROFESSIONNEL DE FIN D'ÉTUDES

GRADE MASTER

ANNÉE 2022

## **Communication Non Violente au bloc opératoire**

Initiation en simulation

**Dr RUIMY Aude**

Médecin anesthésiste-réanimateur

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

**Dr MAHOUDEAU Gilles**

Médecin anesthésiste-réanimateur

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

**HUMMEL Catherine**

Promotion 2020-2022



# Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de mon mémoire, de près ou de loin.

Au Professeur Mertes, merci pour votre bienveillance durant ces années au 1108 et merci de m'avoir insufflé l'idée de ce mémoire.

Au Dr Ruimy Aude et Dr Mahoudeau Gilles, un énorme merci d'avoir accepté de m'accompagner durant ces quelques mois. On ne peut rêver mieux comme superviseurs: vous avez été présents à chaque étape et vos encouragements bienveillants ont su me guider.

Au Dr Schmitt David, merci pour ton coaching!! Tu as été d'un grand secours pour me montrer la voie de la méthode qualitative!

Merci aux internes et à mes collègues de promotion qui ont accepté de participer à mon mémoire : votre aide a été précieuse !

A toutes les personnes rencontrées en stage, professionnels et patients : merci ! Vous avez su me faire grandir et réaliser mon rêve. Grâce à vous, j'ai trouvé ma place et mon *Ikigai*.

A Papa et Maman, je ne pourrais jamais assez vous remercier pour votre soutien durant ces «longues» années, de l'idée du projet de spécialisation aux années d'enseignements, en passant par la préparation au concours. J'espère avoir pu vous rendre fiers!

A ma sœur Céline, Xavier ainsi que mes neveux Jules et Léon, qui ont été de bons coachs et un soutien fidèle durant ces deux années (et trois mois) : merci pour tout (et aussi pour Sunny) !

To Deb & Léo, this trip through the US with you has been incredible and I have learned a lot. I hope you will be proud of me: I will become a "CRNA"! Thank you for your help and for being there, even if the Atlantic Ocean is between us!

A mon parrain Jean-Marie et Béatrice, à ma famille : merci pour votre soutien et votre présence depuis 30 ans !

Caroline, merci pour ton indéfectible amitié depuis le lycée et merci d'être présente pour moi !

A mes amis de toujours, merci pour vos encouragements et merci de m'avoir fait lever la tête de mes classeurs de temps en temps !

A mes amis de la promo 2020-2022, nous avons traversé tant de choses ensemble. Nous avons réussi à faire comme le roseau de La Fontaine : nous n'avons pas ployé, malgré les tempêtes « covidiennes ». Nous nous souviendrons de ces deux années (et trois mois). Merci pour votre présence et votre soutien!



## Table des matières

I.	Introduction .....	1
II.	Matériel et méthodes .....	8
1.	Le Type d'étude .....	8
2.	La période de l'étude .....	8
3.	Matériel .....	8
4.	La population de l'étude .....	9
5.	Les techniques et outils de collecte des données .....	10
6.	Objectifs de l'étude .....	11
7.	Les considérations éthiques et administratives éventuelles .....	11
8.	Le plan d'analyse des résultats ; .....	12
III.	Résultats.....	17
1.	Questionnaire 1 : état des lieux des connaissances sur la CNV et des vécus de conflits..	17
2.	Questionnaire 2 : évaluation de la formation .....	18
3.	Entretiens semi-directifs: bilan à distance .....	19
3.1	Caractéristiques personnelles.....	20
	Statut étudiant .....	20
3.2	Conflits.....	20
	Signes du conflit.....	20
	Les personnes au cœur des conflits.....	23
	La gestion des conflits.....	23
	Les répercussions des conflits .....	25
	Les causes des conflits .....	27
3.3	La Communication Non Violente.....	29
	Compétences développées/utilisation d'éléments de la formation.....	29
	Les freins à la CNV .....	31
3.4	Simulation.....	33
	La formation en simulation .....	33
	Remarques et suggestions .....	34
IV.	Discussion.....	37
1.	Synthèse des principaux résultats .....	37
2.	Discussion.....	37
	Statut étudiant .....	37
	Signes du conflit.....	37
	Les personnes au cœur des conflits .....	38

La gestion des conflits.....	38
Les répercussions des conflits.....	38
Les causes des conflits.....	38
Compétences développées/utilisation d'éléments de la formation.....	38
Les freins à la CNV.....	39
La formation en simulation.....	39
Remarques et suggestions.....	39
3. Points faibles de l'étude et limites.....	40
4. Points forts de l'étude.....	40
5. Perspectives.....	41
V. Conclusion.....	43
VI. Bibliographie.....	
VII. Annexes.....	
Annexe 1 : présentation de la formation.....	
Annexe 2 : les jeux de cartes.....	
Annexe 3 : les scénarii de la simulation.....	
Annexe 4 : grille d'évaluation de la formation (modèle CESU).....	
Annexe 5 : aide cognitive de la formation.....	
Annexe 6 : questionnaire pré simulation + QR code.....	
Annexe 7 : questionnaire post simulation + QR code.....	
Annexe 8 : trame des entretiens.....	
Annexe 9 : autre aide cognitive.....	

# Liste des abréviations

ASA: American Society of Anesthesiologists

ASH: Agent des Services Hospitaliers

CFAR: Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs

CNV: Communication Non Violente

DPC : Développement Professionnel Continu

EIA: Etudiant Infirmier Anesthésiste

HAS: Haute Autorité de Santé

IADE: Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IAR: Interne en Anesthésie-Réanimation

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IDE: Infirmier Diplômé d'État

MAR : Médecin Anesthésiste-Réanimateur

ORL : Oto Rhino Laryngologie

QR code : Quick Response code

REX : Retours d'EXpériences

RPP : Recommandations de Pratiques Professionnelles

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SMART : Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail

UNISIMES : UNIté de SIMulation Européenne en Santé





# **I. Introduction**

Le bloc opératoire et ses plateaux techniques, environnements à haute technicité, exigent des niveaux élevés de relation et d'interaction fonctionnelle entre les différents professionnels de santé. Cette intensité accrue de contacts humains et de communications accentue les possibilités de conflits. En effet, les équipes médicales et paramédicales, aux cultures, vécus et besoins différents, évoluent dans un même milieu, en ayant pour mission commune la prise en soins du patient. Dans l'enquête réalisée en 2018 par la commission Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail (SMART) du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR) (1), sur 1916 personnes interrogées, plus de 90 % des professionnels de santé ont déjà vécu un conflit entre collègues. 97 % d'entre eux affirment que les conflits compromettent la qualité des soins et 75 % se sentent démunis face à leur survenue. Cette étude n'objective qu'une mauvaise communication et l'incompréhension des priorités de chacun favorisent leur occurrence. 81 % affirment qu'une campagne et des outils seraient utiles pour la prévention et la gestion des conflits entre professionnels de santé. La Haute Autorité de Santé (HAS) établit dans son rapport annuel de 2020 que sur l'ensemble des déclarations reçues (N = 3088), dans 41 % des cas le facteur favorisant les événements indésirables graves associés aux soins est lié à l'équipe; le défaut de communication entre les professionnels est mis en lumière dans les causes profondes (2). Une communication appauvrie est une des plus grandes sources de conflit dans l'équipe (3).

*Qu'est-ce qu'un conflit ?*

Pour Edmond Marc et Dominique Picard, « la notion de conflit désigne donc une situation relationnelle structurée autour d'un antagonisme. Celui-ci peut avoir plusieurs origines: la présence simultanée de forces opposées, un désaccord (sur des valeurs, des opinions, des positions...), une rivalité lorsque des acteurs sont en compétition pour atteindre le même but ou posséder le même objet (personne, bien, statut, territoire...) ou une inimitié affective (animosité, hostilité, haine...)» (4). Le conflit fait partie des formes normales de la relation et des rapports humains, où les désaccords et les rivalités sont le lot commun de la vie collective et l'un des fondements des interactions sociales (4). Il est donc indissociable de la vie professionnelle (5) et inévitable entre les membres d'une équipe (6). Chaque personne voit le monde à sa façon, selon ses expériences, son vécu, ses références et son unicité. Cette vision propre à chacun crée des décalages (perceptions sensorielles, culturelles...), des incompréhensions et des désaccords qui amènent à des ruptures de communication et à un blocage des échanges à l'origine des conflits (4) (7) (8). Au bloc opératoire, ne serait-ce que visuellement, d'un côté ou de l'autre du champ opératoire, les professionnels de santé n'ont pas la même représentation de la situation. Le conflit est donc simplement la reconnaissance et l'expression des différences (9), réelles ou perçues comme telles (10), qui créent des tensions entre les membres d'une équipe. Selon Johansen, les conflits dans le domaine des soins de santé diffèrent parce qu'ils découlent d'une disparité dans les perceptions d'un individu, concernant les soins aux patients (11) et nécessitant une prise de décision ou une action (12). De tels conflits apparaissent même dans la prise en charge de 50 à 78 % des patients (3) et Booi démontre qu'ils surviennent en moyenne quatre fois par cas chirurgical habituel, mais qu'ils sont résolus immédiatement grâce à la communication et à une compréhension du point de vue de l'autre (12).

### *Y a-t-il des facteurs contributifs et aggravants?*

Outre le fait que le conflit soit basé sur un antagonisme, certains éléments contribuent à son amplification : il faut les avoir à l'esprit, afin de pouvoir agir dessus. Ils peuvent être intrapersonnels (comme la fatigue, le stress...), interpersonnels (jalousie, domination, humiliation, manipulation...), verbaux (vocabulaire familier, vulgaire, ironique, sarcastique ou provocateur...), non verbaux (ton, mimique, gestes, postures et regards agressifs, sournois ou arrogants...), sociaux (solidarité non objective, formation de clans, contagion émotionnelle...), organisationnels (pression de délai, surcharge de travail...) (13). Au bloc opératoire, des paramètres peuvent aggraver le conflit : ils sont liés aux tâches à accomplir (protocoles, programmation, planification...), liés à l'individu (compétence, facteurs de stress psychologique ou physique, personnalité, culture des professionnels impliqués...), liés à l'équipe (communication entre professionnels, dossier patient, transmissions, répartition des tâches, encadrement...), liés à l'environnement de travail (administration, locaux, fournitures, équipements, effectifs, charge de travail, retard...), liés à l'organisation et au management (structure hiérarchique, gestion des ressources humaines...) (14).

### *Le conflit a-t-il différentes formes ?*

Le conflit peut se manifester sous différents aspects. Il peut être ouvert ou déclaré : les protagonistes l'extériorisent clairement. À ce moment-là, les problèmes doivent être identifiés pour le dépasser. Il peut également être latent ou larvé : il existe, mais est étouffé, volontairement ou non. Il s'accompagne d'une atmosphère pesante où les griefs et non-dits s'accumulent, la tension monte, la rancœur s'installe et l'agressivité est palpable. Le conflit ancien en est sa troisième manifestation : il n'a pas été réglé et risque à tout moment de se transformer en conflit déclaré, nuisant également au climat de travail (4) (15). De plus, le conflit a sa propre dynamique : il ne reste pas statique et continue à s'étendre aussi longtemps qu'il reste irrésolu (9). Ce n'est pas seulement l'équipe qui en est affectée, mais il peut envahir et contaminer tout le bloc opératoire, et même l'hôpital (12).

### *Quelles peuvent en être les répercussions?*

Les conflits peuvent avoir des conséquences aussi bien positives que négatives. Lorsqu'ils sont sains, ils sont constructifs et permettent de faire évoluer les pratiques (16). Ce sont également de puissants leviers relationnels, qui favorisent l'évolution des rapports entre les protagonistes (4): la communication s'améliore, on retrouve une meilleure compréhension des autres (13). Un environnement propice à la collaboration est élaboré, où le groupe se trouve unifié et engagé : la productivité est donc accrue, tout comme la confiance et la cohésion au sein de l'équipe (17) (18). Les conflits ne peuvent avoir des effets positifs dans les équipes où se trouvent des niveaux élevés de confiance, d'ouverture et de sécurité psychologique au sein de l'équipe, et utilisant davantage la communication collaborative (10).

Mais dans la plupart des cas, faute d'avoir une formation suffisante et une gestion adaptée des conflits, les répercussions sont plutôt négatives et touchent différents domaines (12). Pour beaucoup d'anesthésistes, les interactions interpersonnelles et les conflits constituent les aspects les plus stressants et éprouvants de leur travail (3). L'environnement hostile et agressif impacte les performances techniques et non techniques (19). En effet, les conflits engendrent des retentissements personnels avec une dépense d'énergie intellectuelle physique et émotionnelle (20), qui peuvent amener à une dépression, un surmenage, un épuisement, un burn-out et donc, potentiellement à un arrêt de travail (10). La démotivation et le désengagement qui s'en suivent, amènent à une perte de

plaisir et de sens, et une moindre satisfaction professionnelle (17). Cela a une importance à l'heure actuelle, où la qualité de vie au travail est recherchée et prônée. Pour la HAS, il y a même un lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins (21). Les conflits ont également d'autres répercussions sur les relations et le travail d'équipe (refus de coopération, d'entraide, de cohésion d'équipe, rejets, humiliations...) (10) et rejaillissent sur la performance (baisse de la productivité, de la performance individuelle et collective, perte de temps, augmentation du taux d'absentéisme, turnover...) (6) (16). Le retentissement organisationnel (dégradation de l'ambiance générale, environnement favorisant les erreurs, relations appauvries entre professionnels, augmentation de la pénibilité au travail, baisse de l'attractivité, perte de talents...) et économique (coût horaire du temps consacré aux conflits sur le temps de travail, coût des remplacements...) n'est pas non plus à minimiser (13). Par exemple, aux États-Unis, des études montrent que la gestion des conflits occupe 20 % du temps des chefs de départements (8) (22). Si les conflits peuvent largement influencer l'environnement de travail et les soignants, les conséquences les plus directes et dommageables sont subies par le patient, victime de la dégradation des soins et d'erreurs médicales qui en résultent (22). Dans ce milieu complexe et instable, la mission de l'équipe soignante n'est donc pas remplie (soins reportés, non centrés sur les besoins du patient, baisse de la sécurité et qualité des soins...) (18).

### *Le bloc opératoire, un service comme un autre ?*

Le bloc opératoire, décrit par Marie-Christine Pouchelle comme le « pays de chirurgie » (23) est un monde à part dans l'univers de l'hôpital. Véritable « sanctuaire » (23) au cœur de celui-ci, il est dépeint par Savoldelli comme un « microcosme sociétal complexe dans lequel divers corps professionnels travaillent ensemble à la prise en charge des patients » (7) ou par Jean Peneff comme un « monde clos où le personnel ordinaire n'entre pas » (24). Ce monde à part contraint les professionnels à s'enfermer physiquement et à coexister dans une promiscuité et un espace restreint, à vivre dans un excès de contact et une situation temporelle à l'écart (24). Dans cette « atmosphère particulière » (23), la fatigue et le stress peuvent se faire ressentir (3). Ils évoluent dans une zone de forte intensité (12) et dans un espace où se rencontrent les cas difficiles, la maladie, la rentabilité, la haute technicité, l'humain, le travail en équipe, la souffrance, les enjeux de vie et de mort (25). Ainsi le bloc opératoire est un endroit où plusieurs professionnels de santé de différentes spécialités doivent travailler ensemble. La finalité est la production de toute une équipe, et non pas d'un seul individu (6). Comme nous l'avons vu, les occasions de mésentente sont nombreuses. L'équipe est composée par plusieurs individus et ceux-ci ont chacun leur rôle propre, qui nécessite une expertise et des compétences spécifiques. Dans ce lieu restreint, les tâches sont exécutées en interdépendance (12). Chacun a ses priorités, ses propres valeurs, une organisation différente du travail, des interprétations divergentes selon son expérience professionnelle et ses connaissances (7), tout en ayant un objectif commun : le patient et sa prise en soins.

*« Se réunir est un début ; Rester ensemble est un progrès ; Travailler ensemble est la réussite. » Henry Ford*

Il ne suffit pas d'associer des compétences individuelles pour avoir une équipe efficace (26): « une équipe de travail ne veut pas dire travail en équipe » (27) et « une équipe d'experts n'est pas forcément une équipe experte » (26). Plusieurs études rapportent une corrélation entre la morbidité et le travail d'équipe (communication et collaboration). La performance et la qualité du travail d'équipe sont cruciales pour apporter des soins sécurisés et de qualité aux patients (12) (27). En effet, les patients soignés par des équipes ne travaillant pas en synergie ont un risque plus élevé de décès ou de complications, même après ajustement en fonction de la classification ASA (28) et inversement, le

travail d'équipe efficient diminue le risque ajusté de morbidité (29). La coordination relationnelle est associée à une qualité des soins augmentée, à une diminution des douleurs postopératoires, une augmentation de la réhabilitation post-chirurgicale et une diminution de la durée d'hospitalisation (30).

Le travail d'équipe est un sujet peu évoqué dans l'enseignement médical et paramédical. Les études sont principalement axées sur l'apprentissage de compétences techniques, de savoirs, d'indépendance, mais la question de l'utilisation de ces connaissances dans un contexte multidisciplinaire, en équipe, est peu abordée (12). Les compétences non techniques sont nécessaires, au même titre que les savoirs techniques, qui sont très largement enseignés par des cours magistraux et simulations.

### *Comme dans la « vraie » vie : la simulation*

Depuis quelques années, la simulation, dont la simulation dite de haute-fidélité ou pleine échelle, est utilisée dans le domaine de la santé. Elle « permet de s'immerger littéralement dans le réel, de reproduire les situations les plus diverses (...) » et favorise le processus d'apprentissage « en situation » (26). Le scénario présenté en simulation révèle un caractère authentique et se déroule dans un contexte clinique (31), afin de construire des compétences appelées non techniques (32) (33). Des environnements à risque comme la marine, l'aviation ou le nucléaire ont mis en lumière le rôle des facteurs humains dans la survenue d'erreur, et la nécessité de former les équipes aux compétences non techniques, pour avoir une véritable synergie dans l'équipe (26). Celles-ci sont décrites comme « une combinaison de savoirs cognitifs, sociaux, et des ressources personnelles complémentaires des savoir-faire procéduraux qui contribuent à une performance efficiente et sûre » (26). Elles portent sur la communication, la coopération, le leadership, la résolution des conflits, la gestion de situations psychologiquement difficiles, avec des déclinaisons d'outils cognitifs (26). Cette formation par la simulation permet de transposer et de reproduire ces acquis dans la vie réelle (33) et d'offrir la possibilité de remettre en question les pratiques des soignants, afin de voir un changement dans leurs comportements.

Connaissant les répercussions des erreurs humaines liées aux défaillances d'équipe, ces formations en simulation, basée sur une pédagogie active, tendent à augmenter et se développer, afin d'améliorer la coopération interprofessionnelle et aboutir au concept d'équipe. La coopération interprofessionnelle est un « lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe. Cette coopération a pour but d'optimiser les résultats visés par rapport à un but commun.» (26). Cela rejoint la définition de l'équipe proposée par Salas et al. qui est « un ensemble de deux personnes ou plus qui doivent interagir et s'adapter pour atteindre des objectifs spécifiés, partagés et valorisés, et dont les membres ont des interdépendances significatives entre les tâches et des connaissances pertinentes pour la tâche » (19). Au bloc opératoire, l'objectif commun à tous les professionnels est la prise en charge du patient.

Dans leurs formations initiales, les professionnels de santé sont peu confrontés aux autres catégories professionnelles (26), avec qui ils seront amenés à travailler. Même lors des stages en structure hospitalière, les étudiants se fréquentent, mais ne bénéficient pas forcément de temps de formation en commun (33). La simulation permet justement de les confronter et d'apprendre la collaboration interprofessionnelle (26). Les protagonistes vivant la même expérience peuvent échanger et ainsi avoir une ouverture sur les pratiques, compétences, priorités et visions de chacun. Leurs représentations

portant sur leurs coéquipiers (33) changent et permettent un apprentissage accéléré (22). Cette éducation interprofessionnelle, préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (34), a pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (33).

### *Se former pour remettre en question sa réponse au conflit ?*

Lorsqu'un conflit éclate au sein d'une équipe, 75 % des professionnels de santé au bloc opératoire se sentent très souvent démunis (1). Ne pouvant être d'accord tout le temps, les conflits sont inévitables et il faut donc apprendre à vivre avec d'une façon saine (8). Les effets négatifs des conflits doivent être minimisés et les retombées constructives augmentées (17). De plus, « l'une des caractéristiques principales d'un conflit est la prédominance de l'émotionnel sur le rationnel (...) » : les relations complexes, établies sur l'émotion (35) entraînent une perte de distance et de lucidité face à la situation (4). Les personnes impliquées réagissent de façon réflexe : leurs capacités intellectuelles et physiques sont réduites tandis que les émotions sont intensifiées (36). Pour cela, il est nécessaire de sortir des réponses habituelles au conflit comme l'évitement, l'accommodation, la compétition (7) pour tendre vers la collaboration. Afin de faciliter celle-ci et de passer d'une situation basée sur un antagonisme à un rapport qui vise l'équilibre et l'échange, un outil existe et est peu appliqué au bloc opératoire: la Communication Non Violente.

### *La communication : cause et solution du conflit ?*

D'après le Littré, la communication est le fait d' « avoir des relations, être en rapport avec quelqu'un » (37). Cet acte social, est l'ensemble des processus par lesquels s'effectue une mise en relation de plusieurs personnes entre elles, qui seront tour à tour réceptrices et émettrices grâce à un système de canaux multiples (verbal, non verbal...). Elle est déterminée par un ensemble de facteurs matériels, psychologiques, cognitifs et sociaux : il y a donc une multitude de causes rendant ce phénomène difficile ou pouvant le perturber. Pour une communication de qualité, ce qui est dit doit être en adéquation avec la manière dont c'est dit : le fond doit correspondre à la forme et inversement (38) (39). La défaillance de communication résulte souvent d'une absence d'écoute réelle et compréhensive entre les protagonistes (39).

*«Changez le langage et le conflit sera sur le chemin de la résolution. » (40)*

La Communication Non Violente (CNV) est un ensemble d'outils conçus par Marshall B. Rosenberg, docteur en psychologie clinique, et basés sur les théories de Carl Rogers (4) (40). Enseignée dans le monde entier sous l'impulsion de son concepteur, elle se déploie de plus en plus dans les domaines de l'éducation et de la diplomatie (25).

Quatre composantes régissent la CNV et se retrouvent sous l'acronyme **OSBD** :

1. **O**bserver → Formulation d'une observation: adopter un point de vue neutre et décrire les faits comme si la scène avait été filmée. Observer sans juger : les jugements sont un frein à la bienveillance.
2. **S**entiments → Exprimer des sentiments, suscités par cette observation.
3. **B**esoins → Expression des besoins liés à ces sentiments (l'enjeu) et ce que nous souhaitons.
4. **D**emandes → Les demandes arrivent en dernier et sont formulées de façon à ce que nos besoins soient satisfaits, sans exigences et en respectant les besoins des deux parties (41) (42) (43).

La CNV aide à prendre conscience de la façon dont nous nous exprimons, nous écoutons et nous rentrons en relation avec les autres. Cette conscientisation de nos perceptions, émotions et désirs permet de répondre de manière avisée, avec une attention au moment présent et une intention de la relation : nous ne réagissons plus avec un comportement réflexe et instinctif (41). L'écoute active est le meilleur moyen de témoigner du respect à l'autre personne (42). La CNV nous donne des clés de fonctionnement en tant qu'être humain et permet de développer notre intelligence émotionnelle, relationnelle et collective.

Ce mode de communication, d'expression et d'écoute permet d'établir des relations basées sur la bienveillance, envers soi-même et les autres, afin de créer un environnement favorable à la compréhension, l'échange et la discussion. C'est dans ce cadre-là que les conflits pourront être surmontés (4) (40). Dans le cadre professionnel, la CNV permet de clarifier les enjeux et de faciliter la prise de décisions.

L'Humain est remis au centre des préoccupations, et n'est plus réduit à une fonction professionnelle (44). La CNV est une approche équilibrée et constructive, qui permet de renforcer la cohésion et la solidarité des équipes, par la satisfaction des besoins de chacun. L'assertivité entraînée par la CNV donne l'occasion d'être pleinement nous-mêmes. Par notre qualité de présence, nous contribuons au bien-être des autres (41) et le travail d'équipe n'est plus une source d'épuisement.

De nombreuses personnes peuvent avoir une idée préconçue sur la CNV en pensant en premier lieu à de la violence, dans le sens d'actes physiques violents, alors qu'il existe d'autres formes de violences (40): un conflit est rarement violent physiquement. En CNV, la violence désigne le « fait de satisfaire ses besoins au détriment de ceux des autres » (42). La CNV permet de prendre en compte nos besoins, qui sont à l'origine de nos sentiments ainsi que ceux des autres (41). Il en découle ainsi une compréhension mutuelle. Nous assumons la responsabilité de nos besoins et demandes : l'autre n'est pas tenu de les combler (41) (43). Le conditionnement par notre éducation et notre culture ainsi que nos schémas de défense, de retrait ou d'attaque (41) nous ont éloignés de nos aptitudes à communiquer. Grâce à la CNV, nous pouvons déconditionner ces schémas et revenir à une sincérité, une authenticité et une empathie dans nos échanges (41) (44), afin de maintenir des relations de qualité bâties sur le respect de soi et des autres (25). La CNV devient au fil du temps une façon d'être.

*« Alone we can do so little; together we can do so much » Helen Keller*

La sécurité du patient est un enjeu majeur des systèmes de santé et de prévention des risques (45). Elle s'inscrit dans une culture de sécurité, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients et à améliorer la qualité et la sécurité des soins (19). Limiter les conflits représente donc un investissement prioritaire dans l'intérêt du patient. Ce sujet mérite donc réflexion (22): chacun a une responsabilité légale, professionnelle et éthique (11). Peu de formations initiales, voire même continues, offrent des enseignements sur les compétences de résolution des conflits et l'amélioration de la communication au sein d'une équipe (12) (46). Inclure les compétences de résolution des conflits dans les études médicales est une réelle nécessité (6) (47). En effet, les soignants sont formés aux compétences techniques, telles que la gestion de situations d'urgences mettant en jeu le pronostic vital immédiat du patient (9): la finalité serait de former également tous les membres de l'équipe interdisciplinaire à résoudre collectivement les conflits (48). À notre connaissance il n'y a pas de formation permettant l'apprentissage de méthodes de prévention et de gestion des conflits durant les études. Nous avons essayé d'introduire une initiation à la CNV au cours de simulations interprofessionnelles, entre étudiants infirmiers anesthésistes et internes en anesthésie-réanimation.

Nous partons donc de l'hypothèse que la simulation est un outil pédagogique permettant aux étudiants (infirmiers anesthésistes et internes en anesthésie-réanimation) de s'initier à la CNV comme technique de prévention et de gestion des conflits au bloc opératoire.

Ce qui nous amène à la question de recherche suivante : **En quoi l'initiation à la CNV des étudiants infirmiers anesthésistes et internes en anesthésie-réanimation grâce à la simulation peut-elle être bénéfique dans la prévention et la gestion de conflits ?**

## II. Matériel et méthodes

### 1. Le Type d'étude

Le travail mené était une étude prospective, utilisant une méthode qualitative mixte descriptive et explicative à la phase exploratoire (questionnaires et entretiens semi-dirigés). Nous avons choisi une méthode mixte, car elle permettait d'avoir des éclairages complémentaires sur notre question de recherche.

Le questionnaire permettait de faire un état des lieux des conflits au bloc opératoire, en comparaison avec l'étude menée par le CFAR, ainsi qu'un état des lieux des connaissances sur la CNV. Les entretiens semi-dirigés permettaient d'explorer les vécus, expériences, souvenirs et points de vue des étudiants, en se centrant sur la personne interviewée. Nous avons pu ainsi obtenir un éclairage sur des éléments nouveaux, inattendus et intéressants.

### 2. La période de l'étude

L'élaboration de cette session de formation se déroulait tout le long des mois de janvier à juin 2022. Les formations en simulation avaient lieu les matinées des 7, 8 et 9 juin 2022 à l'UNité de SIMulation Européenne en Santé (UNISIMES) de Strasbourg.

Les questionnaires étaient complétés lors de la formation, c'est-à-dire les 7, 8 et 9 juin 2022. Les entretiens, quant à eux, étaient réalisés en août et septembre 2022. Le recueil des données s'était étendu de juin à septembre 2022.

### 3. Matériel

Nous avons élaboré et mis en place une formation à la communication non violente, conjointement avec les docteurs Mahoudeau/Ruimy/Schmitt/Meyer, durant les mois de janvier à juin 2022. Sous l'impulsion du Professeur Mertes, ce projet professionnel avait été mis en place. C'était sur celui-ci que portait notre étude : une initiation à la CNV en simulation, pour les étudiants IADE de deuxième année et les internes en anesthésie réanimation de quatrième année.

Le déroulement de la formation avait lieu ainsi:

- Remplissage du questionnaire pré-simulation ;
- Accueil des étudiants ;
- Présentation des objectifs pédagogiques (Annexe 1):





- Découvrir l'existence d'un autre mode de communication que celui qui vient naturellement à nous et dans lequel nous baignons quotidiennement ;
- Initier au processus de communication non violente ;
- Améliorer l'efficacité de la communication ;
- Renforcer la coopération et réussir à se faire entendre.



- Tour de table, durant lequel chaque participant pouvait parler d'une situation de conflit qu'ils ont vécue, s'il le souhaitait et sans obligation ;
- Apport théorique, grâce à une présentation des principes de la CNV (Annexe 1) ;
- Jeu de cartes (Annexe 2) : Le jeu de cartes était un moyen ludique de mise en application des apports théoriques et permettait de mettre les étudiants plus à l'aise avant la simulation. Tous avaient dû utiliser les quatre composantes de la CNV, et se rendaient compte des difficultés de mise en œuvre, mais également du bénéfice à en attendre, contrairement à une réponse instinctive non adaptée. Les cartes étaient divisées en deux groupes : le premier était le groupe « Agressions » (remarques entendues et situations du quotidien) et le deuxième groupe « Frein à la communication efficace » (agressif, passif...) ;
- Il y a eu mise en situation avec trois scénarii (Annexe 3), abordant des situations de conflits au sein de l'équipe. Après chaque scénario, il y a eu un débriefing traditionnel, sans enregistrement vidéo, avec ses différentes phases : de réaction, d'analyse et de résumé (4). La grille d'évaluation des apprenants a pu nous aider au débriefing (Annexe 4) ;
- Après le troisième débriefing, il y a eu une synthèse des principaux éléments (Take home messages), la présentation d'une aide cognitive et un dernier échange (Annexe 5) ;
- Remplissage du questionnaire post-simulation.
- 



#### 4. La population de l'étude

Notre population d'étude était composée de tous les 36 sujets ayant participé à la formation, dont 14 internes et 22 étudiants infirmiers anesthésistes.

##### Critères d'inclusion :

- être étudiant IADE de deuxième année, au sein de l'école d'IADE de Strasbourg ;

- être interne en anesthésie-réanimation de quatrième année, à la faculté de médecine de Strasbourg ;

#### Critères de non-inclusion :

- Retard à la formation ;

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Notre population d'étude avait été faite par un échantillonnage de convenance, pour les entretiens, et se composait de treize étudiants infirmiers anesthésistes et de sept internes en anesthésie-réanimation. Concernant les EIA, nous avons sélectionné des profils de manière à explorer la plus grande diversité de mode d'exercice et de parcours possible (établissements employeurs, lieux de stages, etc.) permettant ainsi plus de transférabilité (échantillonnage au jugé).

#### Critères d'inclusion :

- le volontariat exprimé pour réaliser les entretiens ;

#### Critères de non-inclusion :

- refus de participer ;
- l'absence de réponses à la prise de contact ;

Aucun entretien n'avait été refusé. Nous avons contacté notre échantillon par message sur leurs numéros de téléphone, dont les coordonnées avaient été remplies dans la dernière question du questionnaire post-simulation. Sur les sept EIA sollicités, tous avaient accepté de participer. Vu le nombre de personnes volontaires, les internes en anesthésie réanimation avaient tous été contactés : seuls cinq sur sept internes nous avaient répondu.

## **5. Les techniques et outils de collecte des données**

Les données avaient été recueillies à l'aide de deux questionnaires, pour la partie descriptive, présentés grâce à la plateforme Google Forms: il y avait un questionnaire pré-simulation (Annexe 6) et un deuxième en post-simulation (Annexe 7). Ils étaient accessibles de manière dématérialisée avec un QR code (Annexes 6 et 7), et également sous format papier s'il y avait un souci avec Google Forms. Les variables quantitatives du recueil de données étaient exprimées en pourcentages.

Le second outil de recueil de données de la partie exploratoire était l'entretien individuel semi-dirigé. Nous avons tout d'abord élaboré un guide d'entretien sous la forme d'une grille. Il était composé de dix questions, avec des questions de relance si besoin (Annexe 8). Les entretiens avaient lieu par visioconférence, via la plateforme Jitsi. Ce moyen avait été choisi pour des contraintes de disponibilités (planning, gardes, cours, vacances, lieu de résidence...). Nous n'avions pas opté pour la réalisation des entretiens par téléphone, car il ne permettait pas de voir le non verbal. Le fait de voir les interviewés nous avait permis une meilleure interprétation et de donner sens à nos données.

Les entretiens avaient été recueillis, grâce à un enregistrement sur téléphone et sur dictaphone, pour éviter la perte de données. Le recueil de données avait été réalisé en une seule fois. Nous avons en intégralité retranscrits manuellement, au mot près, avec le logiciel Microsoft Word. La réalisation des retranscriptions avait lieu soit directement après les entretiens, soit durant les jours qui les suivaient. Grâce à une approche ouverte, inductive et souple, nous avons analysé les verbatims avec un codage et une identification des thèmes, de type séquentiel explicatif. Tous les entretiens avaient été préparés, réalisés, retranscrits et codés par la même personne, l'interviewer (Catherine Hummel).

Chaque entretien avait un identifiant pour les différencier :

- pour les étudiants infirmiers anesthésistes de deuxième année, c'était EIA suivi du numéro d'entretien (ex. : EIA 1...);
- pour les internes en anesthésie réanimation de huitième semestre/quatrième année, c'était IAR suivi du numéro d'entretien (ex. : IAR 2...).

Initialement, l'objectif était de réaliser au minimum six entretiens, répartis équitablement entre les étudiants infirmiers anesthésistes et les internes en anesthésie réanimation, et au maximum dix entretiens.

## **6. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de notre étude consistait à savoir si la simulation, en tant qu'outil pédagogique, permettait aux étudiants (infirmiers anesthésistes et internes en anesthésie-réanimation) de s'initier à la CNV comme technique de prévention et de gestion des conflits au bloc opératoire.

L'objectif secondaire était d'évaluer la formation, son efficacité et sa perception par les étudiants à court et moyen terme.

## **7. Les considérations éthiques et administratives éventuelles**

Les étudiants étaient informés de l'absence de risque à participer à cette étude. Ils complétaient les questionnaires, après consentement. Ceux-ci avaient été anonymisés par un code d'identification, créé par les étudiants, et réutilisé pour le second questionnaire. À la fin du questionnaire post-simulation, nous proposons aux étudiants qui le souhaitent de se porter volontaires pour des entretiens. Ils devaient y laisser leurs coordonnées (Nom-Prénom-Numéro de téléphone). Seuls ces volontaires n'étaient plus anonymes, mais leurs données ont été anonymisées.

Tous les volontaires avaient consenti à réaliser l'entretien, à se faire enregistrer, à participer à notre étude et à ce que les résultats soient utilisés de façon scientifique.

Nous avons respecté les règles de confidentialité et de protection des données : celles-ci avaient été protégées sur un ordinateur privé, verrouillé par un mot de passe. Toutes les données avaient été

anonymisées. Le lien pour accéder à l'entretien était renouvelé pour chaque entretien, par souci de confidentialité.

Les personnes présentes sur les photos avaient signé une non-opposition d'utilisation des images prises durant la formation.

## **8. Le plan d'analyse des résultats ;**

Au total, dix questions étaient posées dans les questionnaires. Nous avons privilégié des réponses courtes.

---

# **La prévention et la gestion des conflits au bloc opératoire grâce à la Communication Non Violente- initiation en simulation**

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un questionnaire sur la formation en simulation que vous allez suivre. Mon objectif est de montrer l'intérêt de cette initiation afin d'envisager une formation généralisée portant sur la Communication Non Violente dans les blocs opératoires.

Le questionnaire est divisé en deux parties: pour réunir et anonymiser les réponses, je vous demanderai de créer un identifiant.

Merci beaucoup pour votre aide!  
Catherine Hummel (EIADE)

Etes-vous: \*

- un(e) interne en anesthésie-réanimation?
- un(e) étudiant(e) infirmier/ère anesthésiste?

Identifiant: prenez la première lettre de votre prénom, de votre nom, le jour de votre naissance et votre numéro de rue (exemple: Léna MULLER née le 6 septembre, habitant 50 boulevard St Michel -> LM650). \*

Votre réponse \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des formations ayant comme thème la gestion des conflits ou la Communication Non Violente? \*

- Oui
- Non

Dans ce cas, quelle formation avez-vous suivie?

Votre réponse \_\_\_\_\_

Quels outils peuvent être utilisés pour améliorer la communication? \*

- Le silence
- Le SBAR/SAED
- Les acronymes
- Crier
- Les sous entendus
- Le DESC
- Le non verbal
- Le feedback
- Le ton employé
- La reformulation
- Autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà entendu parler de la Communication Non violente? \*

- Oui  
 Non

Quelles en sont les quatre composantes?

Votre réponse \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà vécu un conflit au bloc opératoire? \*

- Oui  
 Non

Quels sont pour vous les principaux facteurs de conflits dans les blocs opératoires? \*

- Les tâches à accomplir  
 L'individu  
 L'équipe  
 L'environnement de travail  
 L'organisation et le management  
 Autre : \_\_\_\_\_

Identifiant: prenez la première lettre de votre prénom, de votre nom, le jour de votre naissance et votre numéro de rue (exemple: Léna MULLER née le 6 septembre, habitant 50 boulevard St Michel --> LM650). \*

Votre réponse \_\_\_\_\_

Pensez-vous que cette formation initiale de la gestion des conflits par la Communication Non Violente vous a été bénéfique? \*

- Oui  
 Non

En quoi cette initiation à la Communication Non Violente vous a-t-elle été bénéfique? \*

- Découverte d'outils de communication
- Amélioration du travail d'équipe
- Modification de sa réaction immédiate lors d'un conflit
- Savoir se comporter face au conflit
- Autre : \_\_\_\_\_

Pensez-vous que cette formation à la Communication Non Violente devrait être généralisée dans les blocs opératoires? \*

- Oui
- Non

Quelle(s) partie(s) de la formation avez-vous préférée(s)? \*

- Le partage d'expériences
- La présentation de la Communication Non Violente
- Les jeux
- Les scénarios vus en simulation
- Autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous des pistes d'amélioration ou des suggestions pour la prochaine formation?

Votre réponse \_\_\_\_\_

Le guide d'entretien comportait dix questions ayant chacune pour objectif d'explorer une dimension spécifique.

<i>Questions</i>
Pourrais-tu dans un premier temps te présenter ainsi que ton parcours professionnel ?
As-tu été témoin, victime ou pris part à un conflit au bloc opératoire ?
Accepterais-tu de la ou les raconter précisément ?
Comment ce conflit a-t-il été géré ?
À cause de ce conflit, y a-t-il eu des répercussions sur la prise en charge du patient ?
Quelles sont pour toi les principales causes de conflit dans les blocs opératoires ?
Durant la période entre la formation en simulation et cet entretien, as-tu été amené à utiliser des éléments de la formation ?
Penses-tu qu'il y ait un frein à l'utilisation de la communication non violente au bloc opératoire ?
Qu'as-tu pensé de la formation ?
As-tu des remarques ou des suggestions à faire ?



### **III. Résultats**

Concernant les questionnaires, nous pensions initialement recevoir 36 réponses pour chacun d'entre eux (22 EIA et 14 IAR), ce qui fait 72 réponses en tout. Pour celui en pré-simulation, nous avons obtenu 33 réponses sur 36 : le taux de réponse était de 92%. Concernant celui en post-simulation, nous avons reçu 29 réponses sur 36, soit un taux de réponse de 80%. Au total, notre taux de réponse aux questionnaires était de 86%. Pour les entretiens, douze avaient pu être réalisés. Ils duraient en moyenne treize minutes (au minimum huit minutes et au maximum vingt six minutes).

Dans le questionnaire pré-simulation, nous avons réalisé un état des lieux :

- de la formation à la gestion des conflits et à la CNV ;
- de la connaissance de la CNV ;
- des expériences de conflits et de la connaissance des facteurs de conflits.

Dans le questionnaire post-simulation, nous avons évalué l'intérêt et le bénéfice de la formation (opinion à « chaud »).

#### **1. Questionnaire 1 : état des lieux des connaissances sur la CNV et des vécus de conflits**

- *Êtes-vous un(e) interne en anesthésie-réanimation, un(e) étudiant(e) infirmier/ère anesthésiste?*

Il y avait 21 étudiants infirmiers anesthésistes, soit 64 % des étudiants, et 12 internes en anesthésie-réanimation, soit 36 %.

- *Avez-vous déjà eu des formations ayant comme thème la gestion des conflits ou la Communication Non Violente?*

Trente personnes, soit 91 % des étudiants, n'avaient jamais eu de formation portant sur la CNV ou la gestion des conflits. Sur les 9 % (trois personnes) ayant eu un enseignement, ils avaient bénéficié de formations portant sur :

- la communication interéquipe ;
- des travaux pratiques en tant qu'externe ;
- la communication bienveillante.

- *Quels outils peuvent être utilisés pour améliorer la communication?*

Les outils ayant obtenu le plus de réponses étaient :

- La reformulation, avec 91 % des étudiants ;
- Le feedback, avec 85 % des étudiants ;
- Le ton employé, avec 82 % des étudiants ;

- Le non verbal, avec 64 % des étudiants ;
- Le silence, avec 30 % des étudiants ;
- Le SBAR/SAED, avec 27 % des étudiants.

- *Avez-vous déjà entendu parler de la Communication Non violente? Si oui, quelles en sont les quatre composantes?*

La CNV était connue par 61% des étudiants (20 personnes), mais personne n'était au courant de ses quatre composantes. Treize personnes sur 33 ne la connaissaient pas, ce qui fait 39 % des étudiants.

- *Avez-vous déjà vécu un conflit au bloc opératoire?*

Sept personnes, soit 21 %, n'avaient pas connu de conflits au bloc opératoire. Vingt-six personnes avaient vécu un conflit, soit 79 % des étudiants. Parmi ceux-ci, tous les internes avaient expérimenté un conflit (12 internes sur 12, soit 100%) ainsi que 67 % des EIA.

- *Quels sont pour vous les principaux facteurs de conflits dans les blocs opératoires?*

Pour les étudiants, les principaux facteurs de conflits étaient, par ordre décroissant :

- L'organisation et le management ;
- L'individu ;
- L'environnement de travail ;
- Les tâches à accomplir ;
- L'équipe.

Deux étudiants avaient rajouté la gestion du stress et des imprévus, ainsi que les situations d'urgences.

## **2. Questionnaire 2 : évaluation de la formation**

- *Pensez-vous que cette formation initiale de la gestion des conflits par la Communication Non Violente vous a été bénéfique?*

Tous les étudiants avaient répondu positivement à cette question : 100 % d'entre eux trouvaient que la formation avait été bénéfique.

- *Si oui, en quoi cette initiation à la Communication Non Violente vous a-t-elle été bénéfique?*

Pour 97 % des étudiants (28 personnes), la formation avait permis de savoir se comporter face au conflit. Le travail d'équipe était amélioré pour 72 % des étudiants (21 personnes). Cette session de formation avait pu permettre la découverte d'outils de communication et modifier notre réaction immédiate lors d'un conflit pour 69 % des étudiants (20 personnes).

- *Pensez-vous que cette formation à la Communication Non Violente devrait être généralisée dans les blocs opératoires?*

La réponse était unanime pour les étudiants infirmiers anesthésistes et les internes en anesthésie-réanimation : pour 100 % d'entre eux, cette formation à la CNV devait être généralisée dans les blocs opératoires.

- *Quelle(s) partie(s) de la formation avez-vous préférée(s)?*

Par ordre décroissant, les étudiants avaient apprécié :

- Les scénarii (82,8%);
- Le partage d'expérience et les jeux, ex aequo (31% chacun);
- La présentation de la CNV (27,6%);
- La globalité de la formation (3,4% soit une personne).

- *Avez-vous des pistes d'amélioration ou des suggestions pour la prochaine formation?*

Nous avons reçu 20 réponses concernant des pistes d'amélioration et suggestions, ce qui faisait 69 % des étudiants.

- La réponse qui revenait le plus souvent était la pluridisciplinarité : 80 % des étudiants souhaitaient que la formation soit ouverte à toutes les catégories du personnel du bloc opératoire (équipe chirurgicale, encadrement, professionnels de santé en exercice...);
- Une personne souhaitait que cette formation soit réalisée plus tôt dans le cursus ;
- Une proposition de formation plus complète afin d'encrer des bases solides, allant au-delà de la sensibilisation, avait été suggérée ;
- Un souhait d'un étudiant, de scénarii avec des mots ou expressions plus violents.

Deux étudiants avaient tenu à vanter les mérites de la formation.

### **3. Entretiens semi-directifs: bilan à distance**

Population de l'étude : Les étudiants infirmiers anesthésistes avaient une moyenne d'âge de 30-35 ans et étaient infirmiers depuis une dizaine d'années. Nous avons interviewé six étudiantes et un étudiant infirmier anesthésiste. Les internes avaient en moyenne 29 ans et n'avaient pas d'expérience professionnelle antérieure. Ils étaient deux femmes et trois hommes.

Nous avons ainsi pu évaluer la perception qu'avaient ces étudiants, en s'appuyant sur leurs expériences personnelles de la présentation du conflit, des causes, conséquences des conflits, des personnes impliquées. Puis dans un second temps, nous avons évalué le bénéfice tiré par cette initiation à la CNV et ce qui aurait pu éventuellement limiter son utilisation. Enfin, nous avons évalué l'outil pédagogique utilisé dans cette formation, la simulation.

### **3.1 Caractéristiques personnelles**

#### *Statut étudiant*

Certains internes et étudiants infirmiers anesthésistes s'accordaient sur la place particulière des étudiants, plutôt protégée des conflits.

EIA 1 : « *Pris part, non, parce qu'en tant qu'étudiante je garde vraiment mes distances et je reste très discrète, j'observe beaucoup ce qui se passe, mais je n'ai jamais pris part.* », « *Je dirais que c'est l'expérience et le statut* »

IAR 2 : « *Je me cache derrière mon chef* »

EIA 5 : « *On est quand même assez protégés avec notre statut d'étudiant au final, et peu de choses nous concernent directement lorsqu'il y a des tensions dans l'équipe* »

Le statut d'étudiant permet moins d'intervenir dans les conflits, concernant les professionnels de santé.

EIA 1 : « *Je pense que c'est le fait d'être étudiante, le statut, que j'ose moins intervenir dans les conflits* »

Un autre étudiant infirmier anesthésiste soulignait le fait que l'étudiant peut avoir une place particulière, à subir les conflits entre professionnels de santé.

EIA 8 : « *Tu te retrouves vraiment entre les deux à faire tampon, malgré toi en fait. Mais qu'on ne t'a rien demandé.* »

Un EIA évoquait la répercussion que peuvent avoir les conflits sur sa formation.

EIA 11 : « *Je reste assez neutre quand il y a un conflit, j'essaye de ne pas rentrer dedans et de dire oui à tout, de rester polie...en tant que stagiaire. C'est vrai qu'en général, moi personnellement en tant qu'étudiante, je ne rentre pas dans les conflits et j'essaye de toujours répondre de manière non violente tant que je peux, pour éviter d'avoir des répercussions sur la suite de ma formation.* »

### **3.2 Conflits**

#### *Signes du conflit*

Dans les situations de conflits, neuf étudiants sur douze trouvaient souvent des signes paraverbaux extrêmes.

EIA 1 : « *Les disputes où le ton monte très haut et très fort* », « *Le chirurgien qui crie sur l'équipe d'IBODE* », « *Où le chirurgien crie et se dispute* »

IAR 2 : « *Ils hurlaient tous les deux dans le bloc opératoire* »

IAR 3 : « *C'est monté dans les tours. Ils se sont hurlés dessus* »

EIA 4 : « *Gueuler* »

IAR 6 : « *En criant* », « *En hurlant* », « *Pareil lui a répondu en montant dans les tons* »

EIA 7 : « *Il lui a gueulé dessus et elle du coup, je me souviens, elle avait eu un mouvement de recul comme ça* »

EIA 8 : « *Engueulades* »

IAR 9 : « *Ton quand même réprobateur* »

IAR 12 : « *Ton monte* »

Selon les étudiants, les conflits avaient souvent lieu en public, devant les personnes présentes au bloc opératoire.

IAR 2 : « *Ils hurlaient tous les deux dans le bloc opératoire* »

IAR 3 : « *C'est monté dans les tours. Ils se sont hurlés dessus dans le bloc, devant tout le monde.* »

Pour la moitié des étudiants interviewés, une tension et un climat pesant étaient ressentis dans le bloc opératoire.

EIA 1 : « *J'avais senti qu'il y avait une tension, clairement* »

IAR 2 : « *L'ambiance était hypertendue dans le bloc* »

IAR 3 : « *Les gens ne se disputent pas, mais tu sens que c'est quand même une tension permanente au bloc.* »

EIA 5 : « *Une tension qui montait croissante et qui a généré d'autres tensions entre les équipes anesthésiques et chirurgicales notamment* », « *Une tension palpable* », « *Des gens un petit peu à fleur de peau et assez vifs* »

EIA 7 : « *C'est plus un climat en fait* », « *Des expériences de climats un peu tendus* », « *Où vraiment tu sens une atmosphère tendue* », « *Un climat froid, glacial sur le reste de la journée* »

EIA 8 : « *Une tension latente* », « *Vont exploser* »

Il y avait parfois de la violence verbale, avec des insultes, voire même de la violence physique et de la violence psychique.

IAR 2 : « *Ça pouvait être appelé de la violence, verbale en tout cas* »

EIA 4 : « *Il était quand même assez violent dans ses mots.* », « *C'est vrai ça donnait envie de parler, mais tout le monde avait peur.* »

EIA 5 : « *Une situation qui s'est envenimée avec des propos* »

EIA 7 : « *Il l'avait franchement agressé* », « *Insultes* »

EIA 8 : « *Poussée, voire éjectée en me disant dégage* », « *La violence en fait, verbale ou voire physique* », « *Qui m'insulte* »

IAR 9 : « *Façon de s'exprimer des fois violente, irrespectueuse* », « *Insultes* »

EIA 10 : « *Limite jusqu'aux insultes* », « *Il a hurlé, il m'a insultée de tous les noms en jetant ses instruments partout* », « *Mal parlés* », « *C'est allé très loin dans les propos en fait* »

EIA 11 : « *Connasse* », « *A complètement agressé* »

La communication était également non verbale dans les conflits.

IAR 12 : « *Il communique de manière non verbale que ça ne lui plaît pas trop quoi* »

Les mots prononcés semblaient être sciemment dirigés contre les autres protagonistes.

EIA 1 : « *Même si ça restait sur le ton de l'humour, ça dépend comment on le prend.* »

EIA 5 : « *Quand le ton montait ensuite, c'était des attaques et des piques plus dirigées contre les intervenants* »

Il y avait parfois un manque de respect entre les soignants.

EIA 10 : « *Qui parlait un peu mal, enfin un peu mal, sans trop de respect* »

Certains professionnels de santé avaient des antécédents de comportements favorisant le conflit.

EIA 4 : « *Ce n'est pas la première fois qu'il pète des câbles comme ça ce chirurgien* »

Certaines personnes ne se rendaient pas compte de la violence de leurs paroles et de leurs impacts.

EIA 8 : « *C'était pas une violence, on va dire « frontale », mais un peu sournoise* »

EIA 11 : « *Selon lui il n'a rien dit de mal. Il ne se rappelait même plus de ce qu'il avait dit tellement c'est sorti naturellement pour lui* »

## *Les personnes au cœur des conflits*

Dans les entretiens, tout le personnel du bloc est concerné par les conflits : les chirurgiens, médecins anesthésistes, IBODE, IADE, EIA, encadrement...

EIA 1 : « *La situation de conflit au bloc opératoire avec le chirurgien et l'IBODE* » « *entre l'anesthésiste et le chirurgien* », « *entre le chirurgien et l'IADE* »

IAR2 : « *Un IADE et un chirurgien* »

IAR 3 : « *Un anesthésiste et un chirurgien* »

EIA 4 : « *Un chirurgien et le médecin anesthésiste* »

EIA 5 : « *Un chirurgien et les IBODE* »

IAR 6 : « *Un chirurgien et mon chef d'anesthésie* »

EIA 7 : « *IBODE et IADE* »

EIA 8 : « *Entre l'anesthésiste et l'IADE, les anesthésistes et les chirurgiens, entre l'anesthésiste et l'EIA, l'encadrant et l'EIA* »

EIA 10 : « *IBODE et ASH, IADE et EIA* »

EIA 11 : « *IBODE et IADE, chirurgien et EIA* »

IAR 12 : « *Le chef d'anesthésie et le chirurgien* »

## *La gestion des conflits*

Pour presque tous les étudiants, dans les situations de conflit évoquées, il n'y avait pas eu de gestion des conflits.

EIA 1 : « *La situation de conflit au bloc opératoire avec le chirurgien et l'IBODE, elle ne s'est pas du tout réglée* »

IAR 6 : « *Il n'a pas vraiment été géré* »

EIA8 : « *À aucun moment il a...on en a reparlé après. Il a essayé de minimiser l'événement, mais en aucun cas il s'est excusé* »

IAR 9 : « *C'est qu'au final ben la personne qui est en faute fait comme si de rien n'était* »

EIA 10 : « *Ça ne s'est jamais réglé, ça n'a fait qu'empirer* », « *Aucune discussion* »

Certains comportements de nature parfois inadaptée avaient fait cesser les conflits.

EIA 1 : « *Je me suis mise en retrait toute la journée* »

IAR 3 : « *L'anesthésiste a fini par partir. Je ne pense pas qu'il y ait eu de réunion de bloc ou de chose comme ça.* »

EIA 5 : « *Jusqu'à ce qu'un des deux partis cède* »

Certaines personnes impliquées dans le conflit ne réalisaient pas l'ampleur de la situation et les répercussions qu'elle pouvait avoir.

EIA8 : « *Et heureusement par la suite le médecin anesthésiste s'est excusé. Il s'est rendu compte qu'il était allé trop loin.* »

IAR 9 : « *Mais surtout ce qu'il se passe c'est qu'en plus ils ont même pas la présence d'esprit après coup de critiquer ce comportement-là et d'essayer de se dire "bon je m'excuse, j'étais ptet un peu stressé, du coup voilà", on fait comme si rien ne s'était passé.* »

Parfois, une intervention d'un tiers, de l'encadrement ou de la hiérarchie avait lieu pour tenter de résoudre le conflit.

IAR 2 : « *C'est quand même remonté chez les cadres d'un côté, chez le chef de service d'anesthésie. Je ne pense pas qu'il y ait eu des suites plus que ça, mais en tout cas c'est remonté quand même dans la hiérarchie quoi.* »

EIA 4 : « *Des gens doivent être prévenus. Le médecin anesthésiste, ce qu'elle a fait, c'est qu'elle a pris une feuille et elle a noté tous les gens qui étaient présents dans la salle.* »

EIA 5 : « *La cadre est arrivée, elle a expliqué, a fait son mea culpa, elle est restée très calme. Elle a demandé au chirurgien quelles étaient ses problématiques et pourquoi ça l'embêtait. Elle l'a écouté, il s'est calmé.* », « *Ça s'est sans doute réglé parce qu'il n'y avait pas le même statut hiérarchique.* »

EIA 10 : « *La cadre s'en était mêlée, et tous les autres, pour défendre mon truc* »

EIA 11 : « *Et il l'a directement appelé, il lui a dit tu parles pas comme ça à mes IADE, tu parles pas comme ça aux étudiants. J'ai eu le droit apparemment à des excuses de loin. Y a pas eu de discussions.* »

IAR 12 : « *Ça se règle avec les cadres de bloc ou cadres IADE qui vont se débrouiller pour trouver soit une salle avec une infirmière anesthésiste disponible ou alors un anesthésiste qui peut assurer la supervision de la salle en question* »



## *Les répercussions des conflits*

Concernant les répercussions sur la prise en charge des patients, deux étudiants sur douze pensaient qu'il n'y en avait pas.

EIA1 : « *Je dirais non, pas sur la prise en charge elle-même.* »

IAR 6 : « *Je dirais plutôt que non* »

Quatre étudiants interviewés sur douze étaient d'avis qu'il y avait des répercussions directes sur les prises en charge des patients.

EIA 4 : « *Du coup il a été endormi une heure, peut-être 45 minutes je sais pas...sans qu'il se passe rien. C'est juste qu'il n'avait plus d'antalgique, il avait juste du Sévo pour dormir.* »

EIA 7 : « *Avec le climat dégueulasse, l'altercation devant le patient qui était éveillé.* »

IAR 9 : « *Je pense pas flagrante bien sûr* »

IAR 12 : « *Lui il ne bénéficie pas de sa chirurgie* »

Les répercussions étaient difficilement visibles et évaluables.

IAR 3 : « *C'est difficile à quantifier ou évaluer.* »

Les conflits avaient des répercussions organisationnelles en plus de celles sur la prise en charge des patients et engendraient une perte de temps.

EIA 5 : « *Les simples conséquences étaient un retard de prise en charge et un retard dans la programmation de la matinée* »

EIA 8 : « *Une perte de temps en fait* »

Les conflits influençaient les soignants et avaient indirectement des répercussions sur les patients.

IAR 2 : « *Moi je pense qu'effectivement le travail se fait peut-être moins sereinement et on a d'un côté un chirurgien énervé qui peut peut-être travailler différemment. À mon avis ça peut se retentir sur son travail et la qualité de son travail, sur la qualité de la prise en charge. On est humain, on oublie plus facilement des choses, on fait plus facilement des erreurs après quand on est énervé. Ils vont peut être bâclé quelque chose. Je ne sais pas concrètement s'il y a eu un retentissement, mais je pense que ça peut.* »

IAR 3 : « *Forcément s'il est énervé, il est peut-être moins focus. Je pense qu'il y a forcément des répercussions, même si on ne les voit pas ou du moins pas tout de suite.* »

EIA 7 : « *Ils se sont ignorés et qu'ils parlaient au minimum. Il y avait pas vraiment de travail de collaboration.* »

EIA 10 : « *Et je pense que ça a quand même altéré la suite de la prise en charge du patient, dans le sens où les deux n'étaient plus trop en capacité de bosser, au vu de l'énervement.* »

Les conflits entraînaient plus de stress, pas seulement chez les personnes impliquées, mais également chez les témoins des conflits.

EIA 8 : « *C'est pas productif cette...ce stress engendré par cette violence* », « *Espèce de tension ambiante* »

EIA 8 : « *Toi tu as plus tendance à perdre tes moyens* »

IAR 9 : « *Du stress par anticipation* », « *Oui je pense que le stress est délétère pour le patient, ça se finit toujours bien parce qu'il y a plein de personnes qui interviennent, donc il y a toujours quelqu'un qui récupère.* »

EIA 10 : « *Même moi à côté je tremblais* »

Outre pour le patient, il y avait également des répercussions sur le personnel soignant.

IAR2 : « *Elle était quand même assez bouleversée, je pense, et ça peut à mon avis avoir un impact.* »

IAR 6 : « *Ça m'avait marqué quand même* »

EIA 7 : « *Si y avait eu un petit trou de souris, j'aurais bien voulu y aller...j'y serai allée tout de suite. Et moi qui n'ai pas l'habitude des conflits, je suis vite mal à l'aise, laisse tomber, je savais plus où me foutre* »

IAR 9 : « *Mais moi ce que je pense surtout c'est que ça coûte au moral et au psychique des équipes, que ce soit les internes, les externes, les infirmières anesthésistes, de bloc, tout ça* »

EIA 11 : « *J'ai fondu en larmes* », « *Donc voilà mon histoire d'insultes directes dans ma gueule. J'ai adoré ce stage donc j'étais...c'était pas facile...*»

Les conflits avaient joué un rôle dans les départs des personnels de santé.

IAR 9 : « *En fait c'est tout un ensemble et quand on sait que ça peut se passer comme ça, qu'on va travailler avec cette personne-là, du coup après y a du stress par anticipation et ce sont des mauvaises conditions de travail, qui du coup font que, on le voit bien aujourd'hui, y a plus grand monde à l'hôpital...c'est pas pour rien non plus et je pense que ça y a joué, surtout après le covid* »

La fréquence de survenue des conflits pouvait avoir une influence sur les répercussions.

IAR 3 : « *C'est pareil après si c'est juste une fois ou si c'est tout le temps, probablement que sur le long terme ça peut avoir des répercussions aussi.* »

## *Les causes des conflits*

Une des sources du conflit relevée par les étudiants était liée aux tâches à accomplir.

EIA 1 : « *Je dirais le stress de remplir le programme...dans les temps, des programmes opératoires qui sont trop longs, enfin des plages...trop d'interventions sur la même journée.* », « *Les urgences aussi je pense, le stress de l'urgence, de réagir rapidement.* »

IAR 2 : « *Les horaires, principalement: les horaires d'installation, le retard pour les chirurgiens le matin, le fait d'installer un patient en fin de journée juste avant que la garde débute, ça c'est aussi des négociations perpétuelles.* »

IAR 3 : « *C'est toujours, à 99% des problèmes d'organisation, de gestion du temps, des vacations.* », « *Des problèmes médicaux* »

EIA 8 : « *La gestion des situations d'urgences, de stress* », « *Problèmes de gestion du temps, le planning* », « *Quand ça commençait à être beaucoup plus compliqué au niveau des prises en charge, au niveau de l'anesthésie et au niveau de la chirurgie.* »

Huit étudiants pensaient que des facteurs liés à l'individu pouvaient être des causes du conflit.

EIA 1 : « *Aussi des caractères de personnes, en tant que personne, qui sont pas compatibles.* », « *La fatigue, le fait que la personne soit dans une mauvaise journée.* », « *De conflits hommes femmes, mais je pense que c'est un problème de caractère aussi, de personnalité* », « *Le chirurgien qui crie sur l'équipe d'IBODE en fait, parce que le matériel n'était pas bon, parce que ça n'allait pas assez vite, parce qu'elles devinaient pas tout ce que lui pensait dans sa tête aussi vite que lui* »

IAR 2 : « *Il suffit que les gens aient passé une mauvaise journée* »

EIA 5 : « *De problèmes personnels* », « *C'était les antécédents qu'avaient les uns avec les autres qui venaient se surajouter à une tension initiale* »

IAR 6 : « *Je dirais que c'est ça, ils n'écoutent pas les autres. Ils ne tiennent pas forcément compte des possibilités de l'équipe.* »

EIA 7 : « *Il y avait déjà eu des antécédents entre les deux* », « *Le manque de formations aussi* »

EIA 8 : « *Des caractères forts et qui ont tendance à s'imposer face aux autres et à rentrer dans le tas* », « *Les situations de stress* », « *Qui va du coup un peu perdre les moyens et qui va montrer une certaine agressivité* »

IAR 9 : « *Des gens qui sont stressés* », « *Gèrent très mal leur stress* », « *Facteur stress* »

EIA 11 : « *Histoires d'ego* »

L'équipe était également ciblée par sept étudiants sur douze.

IAR 3 : « *S'il y avait un temps un peu plus spécifique pour préparer les patients ou qu'il y avait une meilleure communication...là aussi des défauts de communication souvent* »

EIA 4 : « *La communication* », « *L'intonation* »

EIA 5 : « *Les dossiers eux-mêmes des patients, avec des soucis de dossiers pas forcément complets* », « *Problème de communication* »

IAR 6 : « *Le manque de communication* », « *Même à rester un petit peu sur leurs positions et à pas trop communiquer* », « *Ils ne tiennent pas forcément compte des possibilités de l'équipe.* »

EIA 7 : « *Moins d'esprit d'équipe et je me demande si ça joue pas un peu sur les problèmes de communication* », « *Le manque de communication, le stress* »

EIA 10 : « *Communication* »

IAR 12 : « *Manque de communication. Et puis défaut d'organisation.* »

L'environnement de travail jouait aussi un rôle dans l'apparition de conflits.

EIA 1 : « *La surcharge de travail* »

EIA 5 : « *Des histoires aussi de tension en fin de programme, pour savoir exactement qui s'occuperait de tel ou tel patient, par qui il serait pris en charge.* »

EIA 7 : « *On presse les gens à travailler et à faire les choses un peu plus rapidement.* », « *Les cadences tu vois, les rythmes* »

EIA 8 : « *Après c'est un milieu qui est dur, tout le monde d'ailleurs le dit et tu le ressens.* »

IAR 12 : « *Manque de moyens, personnel ou matériel* »

Pour quatre étudiants, l'organisation et le management tenaient une part importante dans la cause des conflits.

IAR 3 : « *C'est toujours, à 99% des problèmes d'organisation, de gestion du temps, des vacations.* », « *Donc je dirais des problèmes d'organisation et de communication principalement. Et d'anticipation surtout. Et aussi de manque de personnel, de pression globale qui font que les patients, les gens sont peut-être plus vulnérables et partent plus vite dans les tours quand il se passe quelque chose* »

EIA 5 : « *Problème de communication et de mise au point sur l'organisation* », « *D'organisation, de gestion du matériel, de timing entre les patients qui devaient arriver, le temps de prise en charge et les temps entre patients...une question d'organisation en fait des deux parties* », « *Des problèmes d'organisation liés au matériel, au manque de matériel, à la*

*coordination des équipes anesthésiques et chirurgicales, liés aussi à l'organisation de l'hôpital donc avec des temps pas forcément respectés d'arrivée au bloc opératoire et de prise en charge »*

EIA 7 : *« Le fait que les gens soient un peu mis, tu vois, un peu à droite à gauche, la mutualisation », « L'organisation », « Les fermetures de salles »*

IAR 12 : *« Manque de communication. Et puis défaut d'organisation. »*

### **3.3 La Communication Non Violente**

#### ***Compétences développées/utilisation d'éléments de la formation***

Certains étudiants avaient utilisé des éléments de la formation dans un contexte professionnel.

EIA 1 : *« J'ai essayé oui un petit peu »*

EIA 1 : *« La formation a été très enrichissante, mais à part la reformulation j'ai pas osé faire plus »*

Un étudiant avait pu s'en servir dans un contexte personnel.

EIA 1 : *« Et j'ai aussi pu extrapoler quelques petites astuces à ma vie de famille en fait parce que clairement ça m'a vraiment fait penser à la communication avec les enfants, par exemple »*

Il n'y avait pas de situation de conflits qui auraient pu permettre aux étudiants de mobiliser les enseignements de la formation.

IAR 2 : *« Et je suis passée en ORL et alors là, en ORL c'est vraiment très particulier, il y a vraiment zéro, zéro conflit entre l'équipe chirurgicale et l'équipe anesthésique. »*

IAR 9 : *« Je pense que je n'ai pas été exposée à des situations »*

Un interne et un étudiant infirmier anesthésiste avaient parlé de la formation à leur entourage.

EIA 4 : *« Mais non, il n'y a pas eu de situations particulières qui ont fait que j'ai dû l'utiliser. Mais du coup j'en ai parlé autour de moi. »*

IAR 6 : *« Et je me souviens que j'en avais parlé à mes amis qui sont internes de chirurgie. »*

Une différence dans la fréquence d'apparition des conflits était constatée selon les lieux de stage. Des hypothèses avaient été émises par les étudiants.

IAR 2 : *« C'est assez rare, c'est une des premières équipes où vraiment il y a une communication qui se fait vraiment bien et les...enfin c'est peut être la spécialité qui fait ça*

*aussi. En ORL il y a moins d'urgences vitales de trucs comme ça, donc les chirurgiens sont peut-être moins stressés donc voilà y avait vraiment pas ce côté tendu qu'il peut y avoir parfois » , « La communication elle est non violente d'emblée donc ça se fait assez bien », « Ce ne sont pas des chirurgies hyper stressantes » , « Ce ne sont pas non plus des horaires hyper durs » , « Et dans tous les cas pareil les équipes se connaissent très bien et discutent assez facilement » , « Après si j'étais restée au T1 ou si je devais y retourner, peut-être que j'aurais pu me servir de quelques éléments »*

*IAR3 : « Alors non, comme je suis en stage en réanimation, je suis quand même moins exposé on va dire. »*

*IAR 9 : « Clinique », « Qu'ils ont tous envie de travailler pareil, dans le même sens, ben ça se passe extrêmement bien. Et tout le monde est plutôt adorable, alors qu'il y a des moments stressants, des moments où on n'y arrive pas, mais j'ai jamais eu un chirurgien qui a dit un mot plus haut que l'autre. Les chirurgiens en fin de journée te disent merci, les anesth' aussi sont contents que tu sois là pour les aider même si tu sais qu'en fait ils ont pas besoin de toi et qu'ils travailleraient bien sans toi. En fait, tout est du bonus, c'est une manière différente de travailler qui fait qu'il y a beaucoup moins de conflits qu'à l'hôpital public où en ce moment c'est un petit peu à flux tendu parce que le personnel qui reste est en sous-effectif, et du coup tout le monde est un petit peu sur les nerfs. Donc en fait des choses qui en temps normal n'énervent pas les gens énervent les gens. »*

Deux étudiants avaient les éléments en tête, mais ne s'en étaient pas servis.

*IAR 3 : « Je sentais qu'il y avait une sorte de tension et je me disais tiens, là ça aurait pu être intéressant d'essayer de réfléchir comme dans la formation », « Ça m'a déjà traversé l'esprit en tout cas » « Je me suis dit, tiens là, peut-être que...on pourrait essayer de déverrouiller un truc avant que ça n'explode, peut-être d'ailleurs. »*

*EIA 10 : « Je l'ai en tête, mais je ne l'ai pas utilisée »*

Pour d'autres étudiants, il y avait quand même eu des changements de comportement grâce à la formation.

*EIA 5 : « J'ai pas eu de tension à gérer, mais la façon dont je parlais après a changé un petit peu. », « C'est-à-dire que mon interaction avec par exemple des IADE étaient un petit peu différente pour éviter d'aller sur une zone de tension. »*

*IAR 6 : « J'en ai utilisé, clairement ma manière de répondre »*

*EIA 7 : « Les attentes des uns et des autres »*

*IAR 12 : « J'essaye toujours de communiquer de manière on va dire cordiale et pas juger les gens de manière générale »*

Pour deux étudiants, il était difficile de mobiliser les enseignements de la formation, ayant été victimes dans le conflit. Ils se trouvaient submergés par la situation et n'avaient pas pu y faire face avec la CNV.

EIA 8 : « *J'ai pas pu faire ce que je voulais, ce que j'aurais dû faire en temps normal. C'est-à-dire à revenir dessus avec la personne et dire que là, ce n'était pas acceptable.* »

EIA 11 : « *Je t'avoue que j'étais tellement prise de court et tellement choquée de cette agression que non, je n'ai pas pu les mettre en œuvre.* »

### ***Les freins à la CNV***

Le manque de formation était un des plus gros freins relevé par les étudiants : ils étaient huit à l'évoquer.

EIA 1 : « *Peut-être la formation de tous les intervenants médicaux et paramédicaux, peut-être au niveau de l'équipe chirurgicale aussi.* »

IAR 2 : « *Le frein principal c'est de pas la connaître je dirais* »

IAR 3 : « *Le défaut de formation* », « *Je pense que c'est juste que pas assez de gens sont formés et même les gens formés le sont peut être pas assez, ont peut être pas assez l'habitude* »

EIA 5 : « *Le monde n'est pas sensibilisé à cette communication* »

IAR 6 : « *Le manque de formation des équipes* »

EIA 7 : « *Le personnel n'arrive pas trop à se former* »

EIA 8 : « *Les médecins sont pas assez informés à la base ou pas formés comme ça* »

EIA 10 : « *La méconnaissance* »

L'utilisation de la CNV devait être fréquente pour que les soignants puissent se l'approprier.

IAR 2 : « *Le frein principal c'est de pas la connaître je dirais, de ne pas l'utiliser non plus si on la connaît. Ne pas l'utiliser assez fréquemment pour que ça vienne naturellement, c'est ça le principal.* »

IAR 2 : « *Faudrait à la limite refaire des petites formations de temps en temps et l'utiliser plus fréquemment pour être vraiment à l'aise* », « *Il faut quand même je pense un petit peu de pratique, rencontrer quelques situations où on peut essayer de la mettre en œuvre pour vraiment l'utiliser correctement après quoi. Faudrait à la limite refaire des petites formations de temps en temps et l'utiliser plus fréquemment pour être vraiment à l'aise.* »

IAR 3 : « *Le manque d'habitude* », « *Je pense que c'est juste que pas assez de gens sont formés et même les gens formés le sont peut être pas assez, ont peut être pas assez* »

*l'habitude », « Parce que, comme on disait à la formation, plus on en fait, plus on s'y habitue et plus ça devient naturel. »*

*EIA 10 : « C'est quand même pas facile, tu vois. Je pense qu'il faut y être sensible, mais qu'il faut aussi s'entraîner, c'est avec l'expérience je pense que tu deviens plus doué tu vois, donc c'était bien de l'avoir pratiqué je trouvais, surtout. C'est un truc qui se pratique selon moi, qui ne s'apprend pas par cœur quoi. »*

Des facteurs individuels étaient propices, ou non, à l'utilisation de la CNV.

*EIA1 : « Je pense qu'il y a des gens qui sont pas du tout réceptifs et ouverts à la pratique de la communication non violente »*

*EIA 4 : « Personne n'ose se confronter à la personne, ouais je sais pas ça peut être un frein les personnes qui ont une grande autorité hiérarchique », « Certaines personnes, comme on dit, qui gueulent tout de suite, qui sont trop violentes »*

*EIA 5 : « Des comportements qui sont des fois un peu individualistes »*

*IAR 9 : « Les médecins têtus et d'un certain âge, qui n'arrivent pas à se remettre en question. Qui à mon avis ne veulent pas se remettre en question. », « Une mentalité »*

*EIA 11 : « Je pense que des fois il faut juste être courageux et pouvoir répondre, bien sûr avec une communication non violente à un médecin qui t'agresse et des fois c'est pas évident quand toi même dans ta vie t'as...c'est pas toujours facile ou quand tu as un gros caractère, savoir se contenir et répondre de manière douce c'est pas toujours évident. »*

*IAR 12 : « Ça va dépendre des profils »*

Les professionnels de santé n'avaient pas toujours conscience de leur manière de communiquer, pouvant être violente.

*IAR 12 : « Qu'on soit pas conscient qu'on puisse communiquer de manière violente »*

Un des freins évoqué par les étudiants était l'envie et l'investissement des professionnels de santé pour se former à la CNV.

*EIA1 : « Qui seraient capables de dire "c'est nul" "j'y crois pas"... un problème d'adhésion »*

*EIA 5 : « Je vois pas ce qui empêcherait les gens de discuter autrement, mise à part l'envie ou la non-envie en fait »*

*EIA 7 : « L'investissement du personnel », « Ouais l'investissement du personnel pour améliorer les choses », « Vraiment envie de se former là-dedans »*



### **3.4 Simulation**

#### *La formation en simulation*

Le travail en interdisciplinarité avait été souligné.

EIA 1 : « *Le fait qu'il y ait plusieurs catégories de professionnels c'est très, très intéressant* »

EIA 5 : « *Ce qui était intéressant c'est d'avoir plusieurs corps de métier qui se rencontrent* »

EIA 8 : « *D'avoir pu mettre paramed' et médical ensemble* »

Les étudiants avaient apprécié cette formation et l'avaient trouvée bénéfique et importante.

EIA 1 : « *Enrichissante, vraiment excellente.* »

EIA 4 : « *C'était très bien, j'ai bien aimé y avait les petits jeux avec les papiers qui étaient intéressants, c'est toujours des bons rappels.* », « *Ça amène un autre regard finalement sur la profession* »

EIA 5 : « *La formation était surprenante à l'arrivée, en se disant que « à quoi ça va nous servir », « pourquoi pas ». Au final, je crois que le bénéfice se fait sentir quelque temps après, quand on est plus dans une situation formative, mais sur le terrain.* », « *Je pense qu'elle était bénéfique.* »

IAR 6 : « *C'est vrai que j'ai trouvé ça bien qu'on nous sensibilise à ça. C'est vrai qu'on fait un métier où il y a plein d'interactions entre les gens et qu'il y a pas mal de situations qui peuvent être conflictuelles parfois* »

EIA 7 : « *Ouais non j'ai appris pas mal de choses, c'était chouette.* », « *C'est toujours formateur et les échanges entre nous, la qualité des intervenants. Une expertise qui est hyper intéressante.* », « *On est pas forcément sensibilisés à ce type de comportements et savoir que ça peut avoir des répercussions après...* »

EIA 8 : « *Apprendre à pouvoir verbaliser ce qu'on ne verbalise pas et de pouvoir désamorcer certaines situations* » « *De ne pas voir honte de revenir et de parler des choses qui fâchent tout simplement pour essayer après d'être plus apaisé. Comme on le ferait dans une entreprise lambda, dans une famille, voilà quoi. Pour avoir un climat plus serein. Après il y aura toujours des engueulades, y aura toujours des moments de tension... après c'est selon plus ou moins les individus. D'être dans cette culture de pouvoir désamorcer, de pouvoir parler des choses c'est quand même je trouve, intéressant.* » EIA 8 : « *Je trouve ça super intéressant, je suis vraiment contente que ce sujet puisse être abordé parce que c'est pleinement, je pense, un sujet IADE et qui touche différents niveaux, que ce soit au niveau du corps médical, paramed' et que ce soit au niveau de l'infirmière anesthésiste, l'infirmier de bloc...* »

IAR 9 : « *J'ai trouvé ça très formateur.* », « *Moi je trouve que c'est quelque chose d'hyper important du coup pour nous jeunes médecins* »

EIA 10 : « *C'était vraiment chouette, pour le coup c'était vraiment cool* »

Ils avaient souligné le caractère authentique de la simulation, au plus proche de la réalité des blocs opératoires.

IAR 2 : « *C'était très proche de la réalité* », « *On est obligé de réagir et on se rend compte de ce qu'on pourrait essayer de faire en situation réelle et c'est intéressant.* »

EIA 5 : « *Une vraie mise en situation.* »

La formation avait dérouté les étudiants par son originalité.

IAR 3 : « *Surtout qu'en tant que simulation, c'est pas les trucs qu'on était habitués à faire. D'habitude c'était purement de la simulation médicale, de mise en situation* », « *Le fait de ne pas s'y attendre, de ne pas avoir été au courant que c'était sur ça, je pense que ça a vraiment fait encore plus de surprises et vraiment c'était très bien.* »

IAR 12 : « *Originale* », « *Fallait y penser, je crois* »

La formation avait pu faire découvrir la Communication Non Violente à certains étudiants.

IAR 2 : « *Ça m'a permis de découvrir ce que c'était aussi* »

Cet enseignement avait pu faire prendre du recul aux étudiants et réfléchir à leurs manières d'agir.

IAR 2 : « *Ça nous fait réfléchir comment on fait d'habitude, comment on répond.* »

Pour un interne, la formation était plus ou moins utile selon le lieu d'exercice.

IAR2 : « *Je pense que ça peut être utile. Plus ou moins utile selon l'endroit où on travaille, mais je pense qu'il y a des endroits où c'est un peu le quotidien d'avoir ce genre de discussions.* »

### ***Remarques et suggestions***

Le souhait d'inviter l'équipe chirurgicale était exprimé par les étudiants et que la formation soit pluridisciplinaire.

EIA 5 : « *Ce serait peut-être intéressant de faire intervenir, par exemple, des gens de chirurgie.* »

IAR 6 : « *Convier les chirurgiens +++* »

EIA 7 : « *Ce serait cool si les chirurgiens pouvaient aussi avoir ce genre de formations, mais c'est déjà bien de sensibiliser une partie du personnel à ça, faire des exemples en tout cas.* »

EIA 8 : « *En fait chacun se rend pas compte des difficultés que rencontre les uns et les autres dans le métier, dans la prise en charge du patient et si on veut vraiment faire un travail d'équipe, il faut vraiment que toutes les différentes catégories de personnes sachent comment on travaille ensemble et sachent un peu les limites de chacun. Ça permet d'être plus compréhensif.* »

EIA 11 : « *Inclure les chirurgiens* », « *Après c'est ce qu'on disait avec d'autres personnes, c'est que, ce serait bien de mettre aussi les chirurgiens dans les communications non violentes* »

Les étudiants pensaient qu'il fallait la mettre en place dès le début du cursus, l'implémenter dans les écoles et l'étendre à tous les professionnels de santé, même hors blocs.

EIA 1 : « *Assez tôt dans la formation de tout le monde parce qu'en fait une bonne communication, c'est la base pour la prise en charge optimale des patients* », « *En médecine aussi, d'enseigner la communication, les prémices de la communication, les bases plutôt que tout ce qui est technique... les compétences non techniques* »

IAR 2 : « *Ça peut être utile, mais il faudrait qu'il y ait beaucoup de monde qui soit formé quoi, que les équipes tournent. Y a quand même beaucoup de monde qui travaille dans un bloc, il faudrait que ce soit généralisé* »

EIA 8 : « *Même au niveau de l'école d'infirmier, à la fac de médecine et pas forcément qu'au sein des blocs opératoires d'ailleurs.* »

EIA 7 : « *Ouais ça devrait être étendu en tout cas au personnel du bloc opératoire* », « *Ça devrait être quasiment obligatoire tu vois, dans notre formation à nous et aux internes quoi, je trouve* »

IAR 9 : « *Que cette formation intéresse l'ensemble des services, par pool et qu'en fait ça concerne aussi bien les jeunes médecins que les vieux médecins. Pour que tout le monde puisse se remettre en question et essaye d'améliorer les choses pour plus que ça existe, même si ça va être difficile* » « *mais c'est vrai que c'est quelque chose d'important et qu'il faudrait inculquer plus vite, plus tôt* »

EIA 10 : « *Pouvoir l'étendre un peu dans les services, dans les cliniques* »

Une limite de la CNV avait été évoquée par un étudiant infirmier anesthésiste : les personnalités « pathologiques ».

EIA 4 : « *La technique marche chez des gens normaux, donc il y a des limites à la technique.* »

Deux étudiants évoquaient la réalisation de formations sur la CNV en interne.

IAR 2 : « *Proposer des petites piqûres de rappel* », « *Parfois on a des petites formations directement au bloc* »

EIA 10 : « *Et ouais de faire passer ce message, faire des formations internes tu vois, au même titre que des fois pour les pinces d'oxygène, quoi enfin tu vois. Le faire passer comme dans d'autres formations. En gros, je trouve que ça pourrait être intéressant et ça améliorerait bien quand même, je pense, le système de continuité, d'autant plus qu'on est dans une période où il manque quand même pas mal de personnel et de trucs et si même la communication se perd, je pense que ça va être compliqué...* »

Trois étudiants souhaitaient qu'il y ait une prise de conscience de la manière de communiquer.

IAR 6 : « *Et je pense que si tout le monde réfléchissait un petit peu plus à la manière dont il s'exprime avec les autres, les choses fonctionneraient mieux.* »

EIA 7 : « *Et déclencher d'autres manières de communiquer à travers cette formation. Lancer les choses en tout cas et dire que c'est possible, rendre sensibles un petit peu les autres à ça.* »

IAR 12 : « *Que les gens en prennent conscience, qu'on peut réagir de manière violente et qu'il existe d'autres moyens de réagir justement, désamorcer certaines situations avant qu'elles se cristallisent* »

Le souhait de réaliser ce genre de formation avait été émis par deux étudiants.

EIA 1 : « *Généraliser, en fait tous les ans* »

EIA 8 : « *C'est bien que tu aies pu faire ça et c'est bien qu'il y ait pu y avoir cette formation-là. Il devrait y en avoir plus souvent.* »

Une idée de sensibilisation du plus grand nombre de soignants avait été évoquée.

IAR 12 : « *Des petites affiches/flyers dans les espaces dédiés, notamment au bloc opératoire ou même dans les salles de pause* »

Pour un étudiant, la formation pouvait être facilement mise en place pour former les professionnels.

EIA 10 : « *Ça se met facilement en place quand même, c'est pas contraignant, c'est pas payant. Ça se fait, ça prend pas de temps.* »

Le bloc opératoire était considéré comme un lieu de travail particulier pour deux étudiants, où les conflits étaient banalisés.

EIA 8 : « *Je pense que c'est culturel. J'ai l'impression y a une espèce de...d'omerta un peu au bloc opératoire où il se passe des choses que tu verrais pas forcément ailleurs, c'est un peu particulier* »

IAR 9 : « *Au final, c'est triste à dire, mais on s'habitue à ça et on se dit que c'est normal.* »,  
« *En fait on en vient à banaliser des choses qui ne devraient pas l'être* »

## **IV. Discussion**

### **1. Synthèse des principaux résultats**

Dans notre échantillon, 91% des étudiants n'avaient jamais eu de formation portant sur la CNV ou la gestion des conflits. L'accent est peu mis sur ce genre d'enseignements dans le cursus initial ou la formation continue. La communication non violente était connue par 61% des étudiants. Aucun ne savait réellement l'utiliser puisqu'ils n'en connaissaient pas les quatre composantes : l'apport pédagogique a été incontestable. 79% des EIA et IAR avaient déjà vécu un conflit au bloc opératoire : tous les internes l'avaient expérimenté. En mettant en perspective les résultats de l'étude du CFAR aux nôtres, la différence pourrait peut-être s'expliquer par le statut étudiant, la non-exposition aux conflits de certains EIA ou bien simplement par l'interprétation de ce qu'est un conflit par l'étudiant. Dans les situations de conflits, il n'y avait peu voire pas de gestion adaptée des conflits. Selon les étudiants, la formation était bénéfique: elle a permis à 97% d'entre eux de savoir se comporter face au conflit et 72% des étudiants avaient vu une amélioration du travail d'équipe. Il semble que l'apport pédagogique qu'est la simulation ait permis l'initiation à la CNV dans le cadre de la prévention et la gestion des conflits ainsi que l'optimisation du travail en équipe. Pour tous les étudiants (100%), la généralisation de cette formation à tous les personnels du bloc opératoire serait une piste éventuelle à envisager à l'avenir pour les étudiants interrogés, ainsi que l'ouverture à toutes les catégories de personnel (encadrement, équipe chirurgicale, etc.).

### **2. Discussion**

#### *Statut étudiant*

Voici un élément auquel nous n'avons pas pensé avant de réaliser les entretiens. La place particulière qu'offre le statut étudiant permet difficilement d'intervenir dans les conflits. Les étudiants « subissent » parfois cette position au milieu d'un conflit entre deux professionnels de santé, ce qui peut les mettre dans une situation délicate. Celle-ci peut les mettre en porte-à-faux vis-à-vis de leur apprentissage, avec la peur d'éventuelles conséquences sur la qualité de leur formation.

Il semblerait que le fait d'être supervisés en continu assure aux étudiants infirmiers anesthésistes un léger « rempart » contre les conflits concernant l'environnement de travail et l'organisation, contrairement aux internes, qui sont eux plus autonomes. Les EIA sont donc moins impliqués dans les conflits, n'étant pas sur le devant de la scène. Mais ça ne les empêche pas d'être également concernés par les conflits, par exemple avec leurs encadrants.

#### *Signes du conflit*

Bien souvent, les conflits ont lieu directement au bloc opératoire, dans les salles d'opération, devant tous les soignants, voire même les patients. Les protagonistes qui gravitent autour des personnes impliquées sont également inclus indirectement, et partagent les répercussions du conflit. Les signes paraverbaux utilisés lors de conflits peuvent être extrêmes (crier, hurler...): ils peuvent être impressionnants et intimider le personnel soignant.

Une tension et un climat pesant sont régulièrement retrouvés au bloc opératoire, sans qu'aucune personne n'arrive à détendre l'atmosphère. Souvent toute la journée de travail est teintée par cette ambiance désagréable et oppressante, peu propice au travail en collaboration.

### *Les personnes au cœur des conflits*

Loin de la vision caricaturale du chirurgien en conflit avec tout le monde, il ressort dans les entretiens que le personnel du bloc opératoire, en entier, est concerné par les conflits : c'est un problème qui concerne toute l'équipe, même à des niveaux hiérarchiques différents.

### *La gestion des conflits*

Les conflits sont parfois occultés, minimisés ou ignorés, mais rarement résolus, car il peut y avoir une gestion inadaptée. Les pratiques sont rarement sur la voie de l'évolution et de l'amélioration de la prévention et de la gestion des conflits, par manque de formation spécifique. De plus, nous retrouvons parfois des comportements de nature inadaptée, dont les auteurs ne réalisaient pas la situation conflictuelle : ces comportements n'étaient donc pas remis en question.

### *Les répercussions des conflits*

Dans notre échantillon, nous avons pu voir que peu de personnes sont au clair avec les éventuelles répercussions que peuvent avoir les conflits sur la prise en charge des patients. Ces conséquences, parfois difficilement visibles et évaluables par les soignants, peuvent avoir une influence sur de nombreux facteurs, par exemple la prise en charge du patient. Directes ou indirectes, elles ont un impact sur la qualité des soins et la sécurité du patient. Les conflits ont également un fort retentissement sur les soignants. Le risque d'erreurs est augmenté et plus de stress est retrouvé dans les équipes. Ils se répercutent sur la qualité de vie au travail des soignants, favorisant l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel (burn-out). Cela a peut-être joué sur les nombreux départs de professionnels de santé depuis la première vague du Covid.

### *Les causes des conflits*

Notre échantillon n'était composé que d'étudiants exerçant dans la même discipline, l'anesthésie. Peut-être qu'en réalisant une étude incluant l'équipe chirurgicale, d'autres facteurs de conflits pourraient être trouvés. Les causes évoquées par les étudiants étaient les tâches à accomplir, les facteurs liés à l'individu, à l'équipe, l'environnement de travail, l'organisation et le management.

### *Compétences développées/utilisation d'éléments de la formation*

Les conflits étant des événements non prévisibles, certains étudiants de notre échantillon n'y ont pas forcément été confrontés entre la simulation et les entretiens, et n'ont donc pas pu mobiliser les enseignements.

Certains EIA et IAR ont pu utiliser les éléments de la formation dans un contexte professionnel et même dans un contexte personnel. Même si d'autres étudiants n'ont pas pu mettre en application les éléments appris en simulations, ils les avaient en tête et ont pu réfléchir à certaines situations qui les ont interpellés.

Quelques étudiants de notre échantillon semblaient constater que l'apparition de situations conflictuelles pouvait dépendre des services, des équipes, des établissements de santé (exemple : en clinique) et des spécialités chirurgicales. Très souvent, les spécialités, comme la chirurgie infantile ou la chirurgie ORL, sont des spécialités où la communication et le travail en équipe se font convenablement, avec moins de conflits. A l'opposé, le bloc opératoire de chirurgie cardiaque est très souvent dépeint comme un environnement plutôt conflictuel. Pourquoi une telle différence ? Est-ce l'enjeu de l'urgence vitale ? Une gestion du stress différente ? De même, d'après notre échantillon d'étude, peu de conflits sont relevés dans les cliniques. Pourquoi ? Quelle est la différence avec l'hôpital public ? Il serait intéressant de réaliser un travail de recherche approfondie sur la survenue de conflits et leur fréquence.

Grâce à cette formation, certains EIA et IAR ont vu une modification de leur manière de se comporter et d'aborder leurs collègues de travail.

### *Les freins à la CNV*

Plusieurs freins à la communication non violente ont été relevés par les étudiants de notre population. Le premier d'entre eux est le défaut de formation à la CNV. Ne pas connaître les principes ni les fondements empêchent les personnes de s'en servir, tout comme le manque d'entraînement et de pratique à cette technique, pour qu'elle vienne plus aisément et naturellement.

Certains facteurs individuels peuvent être également un autre frein, comme les soignants qui n'ont pas forcément envie de participer à ce projet ou de s'investir, n'en voyant pas l'intérêt.

La violence, qu'elle soit physique, verbale ou psychique, semble parfois omniprésente au bloc opératoire. Est-ce que ces réactions découlent d'habitudes prises qui font que les personnes agissent de façon naturelle ? Est-ce dû à un coping et à des stratégies d'adaptation face au stress non adéquats ? Les individus ne se rendent pas toujours compte de leur manière de s'exprimer et de se comporter avec autrui. Et parfois, lorsque nous sommes impliqués émotionnellement dans une situation, nous arrivons difficilement à prendre du recul, le recul nécessaire pour pouvoir évaluer tous les éléments et nous remettre en question.

### *La formation en simulation*

L'utilisation plus « traditionnelle » d'un cours magistral n'aurait certainement pas permis d'avoir les mêmes finalités d'apprentissage que la simulation. Pour les étudiants, l'enseignement « en situation » basée sur l'action a permis de vivre une expérience au plus proche de la réalité des blocs opératoires et de son travail en interdisciplinarité ainsi que d'être acteurs de leur apprentissage. Son originalité a été soulignée, donnant l'envie d'apprendre, ainsi que son bénéfice : elle a permis de faire découvrir la CNV comme outil de prévention et gestion des conflits. Une prise de recul et une réflexion sur la manière d'agir et de réagir ont pu ainsi être entreprises.

### *Remarques et suggestions*

La présence de l'équipe chirurgicale a été plébiscitée par les étudiants. En effet, les étudiants avaient une discipline en commun, l'anesthésie. La présence de nos collègues pourrait nous apporter un autre regard sur les conflits ainsi que sur le travail d'équipe. Comprendre les impératifs des uns et des autres et améliorer le travail en collaboration.

Afin d'ancrer la CNV et permettre une utilisation plus aisée, les EIA et IAR étaient d'avis que la mise en place de cette formation serait à envisager plus tôt dans le cursus des étudiants en santé, avec des rappels réguliers. Pourtant, nous avons réfléchi au moment le plus approprié pour faire cette formation. Plus tôt, les étudiants n'ont pas la pratique du terrain et souhaitent avoir des connaissances plus techniques. En devenant plus à l'aise avec la technicité du métier, le besoin en compétences non techniques se fait ressentir.

### **3. Points faibles de l'étude et limites**

Concernant notre étude, nous n'avons pas de saturation des données. Nous n'avons pas eu assez de temps pour réaliser d'autres entretiens. Même après douze entretiens, de nouveaux et intéressants éléments apparaissaient : si nous devons continuer notre recherche, nous aurions continué les entretiens jusqu'à saturation.

Seulement 36 sujets ont été inclus dans la partie descriptive : les données ne sont peut-être pas significatives. De plus, tous les étudiants n'ont pas rempli les questionnaires : était-ce un problème de réseau à l'UNISIMES? Le questionnaire a-t-il bien été envoyé et validé sur Google Forms ?

Il y avait des liens entre les étudiants et le chercheur. Nous étions soit collègues de promotion (EIA) ou soit nous avons travaillé ensemble sur certains lieux de stage (IAR). Ces liens ont peut-être influencé les résultats.

Nous avons rencontré parfois quelques difficultés techniques avec les visioconférences, comme des soucis de débits ou de connexions. Mais en grande majorité, les entretiens se sont déroulés correctement et nous ont permis d'interpréter les données.

Il était initialement prévu de réaliser les entretiens trois mois post-simulation (mi-septembre), mais vu le délai court pour la réalisation de ce travail d'étude, ils ont été avancés : ils ont donc été réalisés tout le long du mois d'août et en septembre.

### **4. Points forts de l'étude**

Nous avons obtenu un bon nombre d'entretiens (douze entretiens) et quasi tous les étudiants pour les questionnaires : notre taux de réponse est à 86 % (62 réponses sur 72).

Comme nous avons pu le voir dans les résultats, tous les étudiants sont satisfaits de la formation, et ont même été enthousiasmés par sa singularité et son esprit novateur.

Cette étude est utile et se base sur un projet pilote nouveau, innovant et original initié par Professeur Mertes, de former tous les étudiants EIA et IAR, et à plus long terme les étudiants en médecine et en santé. Nous avons comme intention de continuer à nous investir dans ce projet, pour le développer et le faire perdurer. Une nouvelle session de formation est d'ores et déjà prévue en 2023 : elle concernera à nouveau les étudiants infirmiers anesthésistes de deuxième année et les internes d'anesthésie réanimation de quatrième année.



Dans la littérature, il n'existe pas de travail similaire. De même aucune formation à la CNV ne se trouve dans les tronc communs des étudiants médicaux et paramédicaux en France, bien que, d'après notre étude, les étudiants en soient demandeurs.

## 5. Perspectives

- ✓ Il serait intéressant de réaliser une réévaluation à distance, en simulation et idéalement sur le terrain, dans les blocs opératoires, sur un plus long terme (étude d'impact).
- ✓ Comme la publication des Recommandations de Pratiques Professionnelles (RPP) de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), datant de 2022, concernant les facteurs humains en situations critiques (19), il pourrait y avoir également des RPP relatives à la prévention et à la gestion des conflits au bloc opératoire, en utilisant la CNV. Dans cette optique, nous avons élaboré une aide cognitive différente que celle présentée en simulation (Annexe 9).
- ✓ Actuellement, dans le manuel de certification des établissements de santé de la HAS V2023 (49), il n'y a pas d'item concernant précisément la prévention et la gestion des conflits dans les équipes. Il existe un programme d'accréditation en anesthésie réanimation, dispensé par le CFAR et agréé par la HAS. Un programme est spécifiquement centré sur l'équipe, avec une dimension d'amélioration du travail d'équipe, dont la prévention et la gestion des conflits avec la campagne « 1 patient 1 équipe ». Nous pourrions y intégrer la CNV, ainsi qu'un item concernant le travail d'équipe dans la certification.
- ✓ Nous pouvons également nous servir de la CNV avec les patients (41). Elle permet d'améliorer la relation de soins, de promouvoir la communication, de résoudre d'éventuels conflits avec les patients ou même leurs proches, puisqu'ils ne concernent pas que les professionnels de la santé. En dehors du contexte professionnel, la CNV peut aussi nous aider dans notre cercle personnel, dans les conflits rencontrés en famille, dans un environnement public, ou même nous aider à communiquer avec les enfants.
- ✓ Comme autre perspective, nous avons eu comme idée la création d'une plateforme de partage d'expériences de conflits, basée sur la « Patient Safety Database » (50). Ces vécus seraient recueillis de façon anonyme, puis analysés et partagés en vue d'une amélioration des pratiques professionnelles, comme nous le faisons avec les Retours d'EXpériences (REX).
- ✓ Nous pourrions prendre exemple sur le modèle anglo-saxon, où la déclaration des conflits comme des incidents susceptibles d'atteindre la sécurité du patient a pu permettre le plus souvent leur évitement (51).
- ✓ Lorsque nous sommes témoins d'un conflit, la CNV permet de faire de la médiation informelle afin de cerner les besoins de chaque partie et d'aider des collègues en difficulté (41). Parfois, notre état psychologique ne nous permet pas de faire face à certaines situations : nous nous trouvons sidérés et un médiateur peut aider.

- ✓ Presque tout le monde pourra être confronté un jour à un conflit durant sa carrière : il serait donc intéressant d'étendre également cette formation à tous les acteurs du bloc opératoire en exercice, à l'aide de DPC ou de formations internes.

## V. Conclusion

À notre connaissance, aucune étude de ce type n'a été réalisée auparavant et il n'existait pas de formation sur la prévention et la gestion des conflits grâce à la CNV dans les tronc communs paramédicaux et médicaux en France. Nous avons mis en place une initiation à la CNV par la simulation. L'évaluation de cette formation a été réalisée de façon prospective par l'analyse de 62 questionnaires et douze entretiens. Dans notre échantillon, les principaux résultats montrent que de nombreux étudiants infirmiers anesthésistes et internes en anesthésie réanimation avaient déjà vécu un conflit au bloc opératoire, où il semblerait qu'il y ait peu de prévention et de gestion des conflits. C'est pour cette raison que nous avons proposé cette formation aux futurs professionnels que sont les EIA et les IAR.

Comme nous avons pu le voir tout au long de notre étude, la simulation permet aux étudiants de s'initier à la CNV en tant que technique de prévention et de gestion des conflits au bloc opératoire. Elle a pour conséquence une capacité d'apprentissage accéléré, par la mise en situation et le travail en équipe. Grâce à notre échantillon, nous avons pu voir que cette formation est efficace à court et moyen terme et qu'elle plaît aux étudiants : les étudiants en sont demandeurs. La CNV serait donc un outil pertinent de prévention et de gestion des conflits, de surcroît au bloc opératoire. Cependant, l'aboutissement de ce travail ne permet de répondre qu'en partie à notre question de recherche. Il serait souhaitable d'approfondir notre étude afin d'évaluer l'impact de la formation à plus long terme et si la prise de poste pour les EIA a changé leur prise en compte et la gestion des conflits.

Le concept de conflits représente un sujet universel, puisque tous les soignants du bloc opératoire sont concernés : pas une seule catégorie professionnelle n'est épargnée. Les conflits ont de nombreuses répercussions néfastes, telles que la dégradation de la qualité et la sécurité des soins pour le patient et pour les professionnels de santé, une altération de la qualité de vie au travail. Ces conséquences sont souvent méconnues par les soignants et ces derniers peuvent être amenés à banaliser ces situations conflictuelles, ainsi que les facteurs de conflits. Ce travail permet également une prise de conscience et une réflexion sur la manière de nous comporter en équipe. Il nous apparaît nécessaire de sensibiliser et former le plus grand nombre de soignants à la prévention et à la gestion des conflits, puisque cela s'inscrit dans une culture de sécurité et de prévention des risques.

De nombreux éléments restent encore à mettre en œuvre pour permettre une évolution des mentalités et une amélioration des pratiques professionnelles. En ce sens, nous avons proposé plusieurs pistes de réflexion. Basée sur les fiches de la SFAR, l'aide cognitive présentée en annexe 9 permet d'avoir des rappels sur la CNV, les actions d'équipe et actions de soins à mener lors de conflits.

Notre objectif, commun à tous, est de travailler conjointement en pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité, afin d'apporter des soins de qualité aux patients et exercer notre métier dans une ambiance sereine et apaisée, exempte de conflits malsains pouvant perturber les relations. Pour la satisfaction de tous, depuis le patient jusqu'au professionnel de santé.

*« Devenons le changement que nous souhaitons voir dans le monde »  
À l'instar de Mahatma Gandhi, devenons le changement que nous voulons voir au bloc  
opératoire...*

## VI. Bibliographie

1. 1 patient 1 équipe - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Disponible sur: <https://sfar.org/1-patient-1-equipe/>
2. pdf\_abreiges.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/pdf\\_abreiges.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/pdf_abreiges.pdf)
3. Katz JD. Conflict and its resolution in the operating room. *J Clin Anesth.* 1 mars 2007;19(2):152-8.
4. Picard D, Marc E. Chapitre III. Les enjeux relationnels. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2020. p. 35-50. (Que sais-je ?; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conflits-relationnels--9782715404434-p-35.htm>
5. Picard D, Marc E. Chapitre VII. Les conflits au travail. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2020. p. 103-18. (Que sais-je ?; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conflits-relationnels--9782715404434-p-103.htm>
6. Almgairbi DS, Marufu TC, Moppett IK. Conflict resolution in anaesthesia: systematic review. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn.* 2019;5(1):1-7.
7. Savoldelli GL. Résolution de conflits au bloc opératoire. *Prat En Anesth Réanimation.* févr 2009;13(1):65-9.
8. Bala N, Sandhu K, Bansal L, Attri J, Sandhu G, Mohan B. Conflicts in operating room: Focus on causes and resolution. *Saudi J Anaesth.* 2015;9(4):457.
9. Porter-O'Grady T. Constructing a conflict resolution program for health care. *Health Care Manage Rev.* déc 2004;29(4):278-83.
10. De Dreu CKW, Weingart LR. Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: A meta-analysis. *J Appl Psychol.* 2003;88:741-9.
11. McKibben L. Conflict management: importance and implications. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 26 janv 2017;26(2):100-3.
12. Booi LHDJ. Conflicts in the operating theatre. *Curr Opin Anaesthesiol.* avr 2007;20(2):152-6.
13. Neuville C., Danna M. Gestion des conflits: 58 outils, 10 plans d'action, 9 ressources numériques. Paris : Vuibert ;2020, 189p.
14. REACT.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://sfar.org/wp-content/uploads/2020/06/REACT.pdf>
15. Legrand S., Mousset S., Facy C. La gestion de conflits pour les nuls. Paris : First éditions ; 2017, 249p.
16. Pfeifer LE, Vessey JA. Psychological safety on the healthcare team. *Nurs Manag (Harrow).* août 2019;50(8):32-8.

17. Saltman DC. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J.* 1 janv 2006;82(963):9-12.
18. Bochatay N, Bajwa NM, Cullati S, Muller-Juge V, Blondon KS, Junod Perron N, et al. A Multilevel Analysis of Professional Conflicts in Health Care Teams: Insight for Future Training. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* nov 2017;92(11S Association of American Medical Colleges Learn Serve Lead: Proceedings of the 56th Annual Research in Medical Education Sessions):S84-92.
19. facteurs-humains-en-situations-critiques.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://sfar.org/download/facteurs-humains-en-situations-critiques/?wpdmdl=37888&refresh=632c84284e4f81663861800>
20. Licette C. *Savoir gérer un conflit.* 2e édition. Levallois-Perret : Studyrama ;2005, 171 p.
21. Erard A.G., Keller F. *Traverser le conflit. Coopération et Communication non violente.* Lyon : Chronique sociale ; 2021, 264 p.
22. Bazin JE, Attias A, Baghdadi H, Baumann A, Bizouarn P, Claudot F, et al. Conflits en période périopératoire : un enjeu collectif, éthique et professionnel. *Ann Fr Anesth Réanimation.* mai 2014;33(5):335-43.
23. Pouchelle M.C. *Essais d'anthropologie hospitalière. Tome 3, Voyage en pays de chirurgie – Paris : Seli Arslan ; 2019, 177p.*
24. Peneff J. Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert. *Sociol Trav.* 1997;39(3):265-96.
25. Smirdec M, Atrmouh M. La communication non violente au bloc opératoire. *Oxymag.* nov 2018;31(163):15-8.
26. Boet S, Granry J.C, Savoldelli G. *La simulation en santé. De la théorie à la pratique.* Lavoisier Médecine Sciences Publications ; 2017, 507 p.
27. Cristofalo P, Petit dit Dariel O, Minvielle É. La fabrique du travail en équipe dans les établissements de santé. *J Gest Déconomie Santé.* 2019;3(3):259-82.
28. Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg.* mai 2009;197(5):678-85.
29. Davenport DL, Henderson WG, Mosca CL, Khuri SF, Mentzer RM. Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *J Am Coll Surg.* déc 2007;205(6):778-84.
30. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.* févr 2009;53(2):143-51.
31. Jaffrelot M, Pelaccia T. La simulation en santé : principes, outils, impacts et implications pour la formation des enseignants. *Rech Form.* 30 sept 2016;(82):17-30.

32. Audran J. Se former par la simulation, une pratique qui joue avec la réalité. *Rech Form.* 30 sept 2016;(82):9-16.
33. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Rech Soins Infirm.* 2014;117(2):33-49.
34. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Rech Soins Infirm.* 2011;106(3):40-6.
35. Shah M. Impact of Interpersonal Conflict in Health Care Setting on Patient Care; the Role of Nursing Leadership Style on Resolving the Conflict. *Nurs Care Open Access J [Internet]*. 31 janv 2017 ; 2(2). Disponible sur: <https://medcraveonline.com/NCOAJ/impact-of-interpersonal-conflict-in-health-care-setting-on-patient-care-the-role-of-nursing-leadership-style-on-resolving-the-conflict.html>
36. Huet C, Rohou G, Thomas L. Outil 48. L'échelle des modes mentaux. In: *La boîte à outils du Bien-être au travail [Internet]*. Paris: Dunod; 2020. p. 148-51. (BàO La Boîte à Outils; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-bien-etre-au-travail-2e-ed--9782100805914-p-148.htm>
37. Littré - communiquer - définition, citations, étymologie [Internet]. Disponible sur: <https://www.littre.org/definition/communiquer>
38. Labruffe A. *La communication positive. Objectif santé.* Bordeaux, LEH Ed. ;2006, 288 p.
39. Abric JC. Chapitre 1. Facteurs généraux de la communication. In: *Psychologie de la communication [Internet]*. Paris: Dunod; 2019. p. 3-20. (Psycho Sup; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-communication--9782100790937-p-3.htm>
40. du Penhoat G. Outil 45. Gérer les conflits avec la CNV. In: *La Boîte à outils de la Gestion du Stress [Internet]*. Paris: Dunod; 2016 p. 150-3. (BàO La Boîte à Outils). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-la-gestion-du-stress--9782100758326-p-150.htm>
41. Rosenberg M.B. *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). Introduction à la Communication NonViolente.* 3<sup>e</sup> édition augmentée. Paris, La découverte ; 2016, 318 p.
42. Weckert A. *Communication non-violente pour les nuls.* Paris, First éditions ; 2017, 359 p.
43. Trouchaud M.J. *La communication sans violence.* Paris, Eyrolles ; 2015, 182 p.
44. Molho\_Revue\_francophone\_de\_geriatrie.pdf [Internet]. [Disponible sur: [http://www.pascalemolho.fr/articles/pdf/Molho\\_Revue\\_francophone\\_de\\_geriatrie.pdf](http://www.pascalemolho.fr/articles/pdf/Molho_Revue_francophone_de_geriatrie.pdf)
45. Cuvelier L. L'ingénierie de la résilience : un nouveau modèle pour améliorer la sécurité des patients ? L'exemple de l'anesthésie. *Santé Publique.* 2013;25(4):475-82.
46. Lee L, Berger DH, Awad SS, Brandt ML, Martinez G, Brunicardi FC. Conflict Resolution: Practical Principles for Surgeons. *World J Surg.* nov 2008;32(11):2331-5.

47. Porter-O'Grady T. Embracing conflict: building a healthy community. *Health Care Manage Rev.* sept 2004;29(3):181-7.
48. Kirschbaum K, McAuliffe MS, Swanson M. Team Communication in the Operating Room: A Measure of Latent Factors From a National Sample of Nurse Anesthetists. *AANA J.* 2018;86(1):8.
49. manuel\_certification\_es\_qualite\_des\_soins.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel\\_certification\\_es\\_qualite\\_des\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf)
50. Patient Safety Database [Internet]. Disponible sur: <https://www.anesthesiasafetynetwork.com/>
51. dp\_nvertcfar.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.cfar.org/images/stories/DOCSSmart/dp\\_nvertcfar.pdf](https://www.cfar.org/images/stories/DOCSSmart/dp_nvertcfar.pdf)

## VII. Annexes

*Annexe 1 : présentation de la formation*

### Outils de communication au bloc opératoire dans la prévention des conflits



### Objectifs de la formation

---

- **Découvrir** l'existence d'un autre mode de communication que celui qui vient naturellement à nous et dans lequel nous baignons quotidiennement
- **Initier** au processus de communication non violente
- Améliorer l'efficacité de la communication
- Renforcer la coopération et réussir à se faire entendre



## Tour de table



## Impact des conflits

---

- Stress, insatisfaction, fatigue professionnelle
- Augmentation des erreurs, complications, résultats négatifs
- Baisse de la productivité
- Impact négatif sur la qualité des soins et la sécurité du patient

..... Alors qu'il existe un **objectif commun** :  
le soin du patient.

# Attitudes possibles face à un conflit

---

## Evitement (déli)

« arrêtez les bruits de  
casserole pendant l'induction »  
/ « ... »

## Fuite / abandon / accommodation

« ok pardon »

## Agressivité, violence

« tu ne me parles plus jamais  
comme ça sinon tu vas te  
prendre la casserole en  
question »

## Passif/agressif (ironie, cynisme)

« c'est vrai qu'on a que ça à  
faire de t'attendre vu le  
programme de la journée »

## Compétition

« c'est toi qui ose me dire ça  
alors qu'on n'entend que toi  
pendant toute l'opération ?! »

## Collaboration / recherche de compromis

« J'arrête de débiller mes instruments en  
attendant que le patient dorme, mais je serai  
obligée de continuer pendant le conditionnement  
sans quoi nous prendrions trop de retard »

# A éviter

---

- Hausser le ton
- Faire des reproches / juger « tu es en retard » / accuser
- Faire des suppositions sur les intentions d'un collègue au lieu de s'en tenir aux faits / interpréter les dires « il me dit que je suis en retard, il est encore pressé / il dit que je traîne »
- Se mettre sur la défensive
- Faire des remarques sarcastiques « bien sûr j'étais au café comme toujours »
- Insulter / agresser
- Se plaindre
- Fixer un ultimatum
- Imposer son point de vue
- Se montrer fuyant

# Recommandations

---

- S'exprimer de façon claire (phraséologie) et en langage d'action positif
- Connaître les autres, leur rôle, leur valeur et leur effort
- Rester bienveillant
- Respecter les autres et soi même
- Rester calme
- Effort sur l'attitude : respect de l'espace de chacun, maintien d'un contact visuel, attention à la violence non verbale
- Effet miroir ?

→ **Un outil : la communication non violente**

## La CNV

---



- Concept inventé par M. Rosenberg, psychologue américain, dans les années 60.
- Méthode appliquée dans de nombreux domaines (diplomatie, politique, éducation, santé.....)

*Communication bienveillante et empathique.*

*Les mots ne sont plus des réactions automatiques, mais sont réfléchis, émanent d'une prise de conscience de nos émotions et désirs. La CNV permet de s'exprimer sincèrement et clairement en portant sur l'autre un regard emprunt d'empathie. Elle implique d'assumer la responsabilité de nos besoins et demandes.*

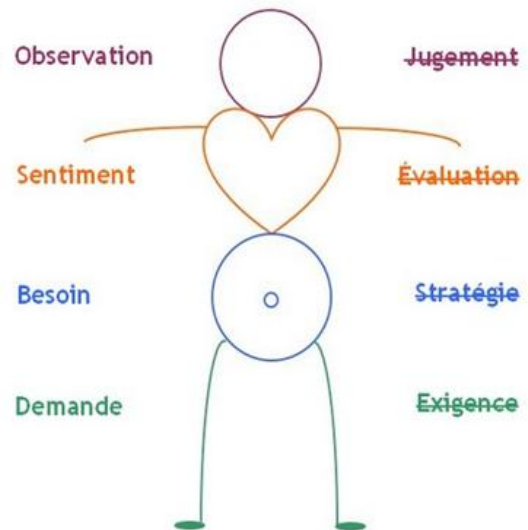
# La communication non violente (CNV)

## Communication = expression + écoute

- **Paraverbale** : ton, intonation, rythme  
« Vas-y repère ta veine et pique »
- **Paralinguistique** : gestes, regards, mimiques  
« fais baisser la PVC » / « ouioui »
- **Verbale**

## 1) L'EXPRESSION :

### Le bonhomme OSBD



## Observation

**! S'en tenir aux faits ! Ne pas laisser de place à l'interprétation.**

### **Les freins à cette communication :**

- Les jugements moralisateurs : le bien/le mal
- Les évaluations « tu es en retard / tu es arrivé à 8h15 »
- Les adjectifs imprécis « tu es toujours en retard / hier et ce matin tu es arrivé à 8h15 »
- Imaginer les pensées des autres « Il se croit au dessus des règles il ne respecte pas les horaires ».
- Les comparaisons, la compétition
- Les termes trop vagues « les immigrés »
- Le « tu » accusateur

## Sentiments

- Sentiment // interprétation de ce que nous pensons être « je suis nul pour poser les cathéters sans échoguidage » / « je suis déçu par ce deuxième échec de pose de cathéter sans échoguidage »
- Vocabulaire des sentiments positifs : sérénité, amour, joie, gaieté, intérêt, surprise .....
- Vocabulaire des sentiments négatifs : tristesse, colère, fatigue, surprise, dégoût, peur, fureur, honte .....

## Besoin

Ce qui contribuerait à notre bien être

- Besoin physiologique
- Besoin de sécurité
- Besoin d'appartenance
- Besoin d'estime
- Besoin de s'accomplir,
- Besoin physique
- Besoin d'autonomie, d'intégrité, d'interdépendance, de célébration, de jeu...

## Demande

Doit être :

- Concrète
- Réaliste
- Positive
- Sous forme interrogative

**Ne pas exiger** « il devrait, elle est censée, je mérite, j'ai raison, j'ai le droit.... »

**Assumer la responsabilité de ses sentiments, besoin et de la demande**

« je l'ai insulté parce qu'il m'a manqué de respect » / « il m'a dit que je ne travaille pas assez, cela m'a mise en colère car je me suis toujours beaucoup investie dans mon travail, j'ai besoin de reconnaissance. J'aimerais que nous refassions ensemble le compte de mes heures de travail, est-ce possible ? »

## 2 ) ECOUTE :

---

- **Reformuler les propos**
- **Utiliser les 4 composantes de la communication non violente**

« Vous êtes fainéants, vous traînez pour ne pas installer le patient suivant, arrêtez de le faire exprès ».

Je dois comprendre/répondre :

O : « tu constates que le patient n'est pas encore installé »

S : « cela te stresse »

B : « tu as besoin de notre collaboration pour finir ce programme opératoire dans les temps »

(D : « peut-être pourrions-nous installer ensemble le patient maintenant svp ? »)

- **Manifester de l'empathie**
- **Chercher à percevoir les sentiments et les besoins de l'autre**
- **Tenter de trouver un consensus, un compromis**
- **Proposer d'analyser le conflit à froid ultérieurement**

- **Ne pas :**
  - Questionner
  - Rassurer
  - Consoler
  - Dévier sur son propre vécu
  - Critiquer
  - Faire la morale
  - Banaliser, minimiser
  - Analyser, expliquer, donner son avis
  - Conseiller
  - Dramatiser
  - S'apitoyer.....

Aux urgences : « -ça fait 2h que j'attends, mon fils risque de mourir et personne ne s'en occupe. » « -Ce n'est qu'une appendicite, vous exagérez, depuis combien de temps attendez vous ? Il y a des personnes qui attendent depuis 6heures. » Ou : « -vous êtes inquiet pour votre fils, et vous êtes en colère parce que vous avez l'impression qu'on ne s'occupe pas assez vite de lui ? Je comprends, nous allons tout faire pour qu'il soit pris au bloc opératoire le plus rapidement possible, en attendant, voulez vous rediscuter avec un médecin de la prise en charge ? »

# Ecoute négative

---

- Se sentir fautif
- Rejeter la faute sur l'autre
- Se révolter
- Se soumettre
- Ne pas accepter un « non » à notre demande, ne pas l'associer à un besoin de l'autre

# Identifier les causes (fiches REACT)

---

- Facteurs liés à l'environnement
- Facteurs liés à l'individu
- Facteurs liés à l'organisation
- Facteurs liés aux tâches à accomplir

# LIMITES

---

Personnalités pathologiques qui se nourrissent des sentiments négatifs des autres, risque d'instrumentaliser les sentiments dans un but de manipulation

- Exprimer des faits (ce que vous dites est faux)
- Mettre un terme rapide à la conversation
- Ne pas éviter/fuir



# Exprimer la colère

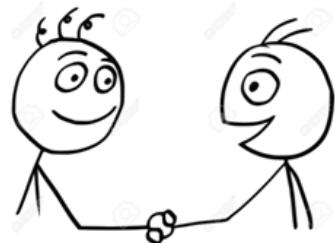
---

- En cas de colère : STOP, puis effort d'empathie, maintenir une position d'ouverture « de quoi as-tu besoin ? »
- S'arrêter et respirer
- Identifier les jugements qui occupent nos pensées, retrouver contact avec nos besoins
- Exprimer nos sentiments et besoins inassouvis
- Prendre son temps
- Offrir de l'empathie

## Conclusion

---

- Recentrer le patient au cœur des préoccupations
- Relations basées sur l'empathie
- Sortir du mode de communication conflictuel : pas de jugement, pas d'accusation, mais des demandes
- ambiance propice à la communication, sans non dit
- OBSERVATION / SENTIMENT / BESOIN / DEMANDE



SIMULATION



- 1 personne tire une **carte « agression »**
- La suivante tire une **carte « frein à la communication efficace »** : type agressif (escalade de violence), passif agressif (cynisme, ironie...), passif (évitement)
- Le troisième doit formuler une **réponse + adaptée pour permettre une désescalade du conflit**, une réponse basée sur l'écoute empathique, la **reformulation** et la communication non violente pour aboutir à **un compromis** ou à **une collaboration**.

<b>Agressions</b>		
Tu es toujours en retard...	Le patient se réveille, fais ton boulot, il ne doit pas bouger !	Arrêtez de papoter, on travaille nous !
Fais ce que je te dis, tu ne vas pas m'apprendre mon métier !	Vous êtes fainéants, vous traînez pour ne pas installer le patient suivant.	Ben alors il est où l'anesthésiste, encore au café? Il n'est jamais là quand on a besoin de lui.
LUMIEEEEEEEEEERE !!!!!	Mais quel incapable !	Le café, tu es allé le prendre à Tombouctou ?
Patient : ooooh, mais ça fait mal ça, vous le faites exprès ou vous êtes juste nul ?	Tu es infirmier(ère), tu n'as pas à réfléchir, mais à exécuter les ordres	Arrêtez de bouger, on ne peut pas vous soigner si vous gigotez !
MAR à IADE : chut, c'est MOI qui parle ici (l'IADE parle au patient pendant une rachianesthésie)	Vous n'allez pas faire un drame parce que le programme déborde d'une petite demi-heure si ?!	Ah c'est les femmes ça, on ne peut pas blaguer sans qu'elles se vexent
<b>Frein à la communication efficace</b>		
Sarcasme	Moquerie	Dérision
Cynisme	Effronterie	Évitement
Fuite	Soumission	Violence verbale
Compétition	Jugement	Réponse inadaptée <b>non verbale</b>
Rejet de la faute sur l'autre	Déni	Révolte
Accommodation	Intimidation	Ultimatum
Comparaison		

### *Annexe 3 : les scénarii de la simulation*

#### **Scénario 1**

*Conflit entre un chirurgien urologue et l'équipe d'anesthésie sur la prise en charge d'un patient ayant bénéficié d'une rachianesthésie pour un acte de résection transurétrale de vessie pour laquelle le chirurgien réclame finalement une anesthésie générale avant l'incision.*

#### **Briefing :**

Le scénario débute alors que le sénior (un des participants) vient de piquer la rachianesthésie conformément à ce qui est inscrit sur la feuille d'anesthésie (rachi anesthésie proposée au patient et acceptée par celui-ci contexte de prise en charge ambulatoire et existence d'une BPCO modérée). Le sénior doit endormir la salle voisine et sort. L'IADE en salle qui attend le chirurgien (acteur).

#### **Action :**

Celui-ci arrive, fait une blague inappropriée, pensant que le patient dort. Il réalise que le patient ne dort pas, se plaint du retard pris. Si l'IADE lui précise que la rachi anesthésie est déjà piquée, il précise devant le patient que « non ça n'est pas possible, c'est une opération qui a besoin d'une AG. » Le ton est agressif, mais calme. Le patient (acteur) est de plus en plus anxieux. En fonction des interactions avec les étudiants, le chirurgien évolue soit vers le conflit ouvert, refuse d'opérer et fait venir la cadre de bloc soit vers la résolution du conflit par compromis.

#### **Conduite à tenir / Débriefing :**

*Faire le point sur les impressions à chaud de chaque participant et les impressions des observateurs avant de résumer les points essentiels de la conduite à tenir dans cette situation*

#### **- Créer les conditions d'une communication efficace :**

- Employer un ton de voix calme et bas.
- Proposer au chirurgien de sortir de la salle pour trouver une solution
- Tenter de rentrer en contact avec le chirurgien et créer un espace de discussion (intention positive)
- Faire attention à son attitude, à sa communication non verbale (distance physique, positionnement dans l'espace)

#### **- Appliquer les principes de la communication non violente :**

- Proposer au chirurgien d'exposer les faits, et à plusieurs reprises reformuler ses propos.
- Expliquer les indications anesthésiques responsables de cette prise en charge.
- Exprimer clairement ses sentiments et besoins et entendre ceux du chirurgien (à noter cette expression n'est à ce stade pas tant importante dans sa forme que dans son intention)

- Faire une demande : dans ce cas, proposer une demande qui tienne compte des besoins du chirurgien : un compromis ou mieux une décision commune.

**-Se centrer sur ce qui fonde la nécessité cette communication :** le patient —> Ne pas oublier la prise en compte du patient.

- le rassurer  
- s'adresser à lui d'une voix (définir qui lui parle ou lui parler ensemble sans réaliser une alternance qui mettent le patient face à un désaccord entre les soignants qui le prennent en charge).

**Ressources humaines et matérielles :**

2 acteurs (chirurgien Pierre Meyer, patient David SCHMITT ou Aude Ruimy), environnement de bloc opératoire (Scope, table opératoire, perfusion)

Apprenants : 1 MAR 1 IADE (adaptable en ajoutant un interne et/ou une élève IADE)

**Scénario 2**

*Désaccord entre interne/IADE et sénior sur la prise en charge la plus adaptée à une situation.*

**Briefing :**

Le patient (acteur) arrive au bloc opératoire pour une prise en charge d'une fracture du fémur en urgence à la prise de garde. La feuille d'anesthésie réalisée par l'interne de journée avant de partir est disponible.

Le patient est ASA 1, 30 ans, sans antécédent. Il était douloureux et a reçu de la morphine par l'équipe SMUR. Il a mangé une banane et un gâteau il y a 4 heures. Le traumatisme a eu lieu il y a 3 heures. Le patient est installé, le sénior (acteur), l'interne et l'IADE entrent en salle.

**Action :**

TA 140/60 mm Hg, FC 110 BPM, SPO2 100%.

Le sénior (acteur) demande si les drogues sont prêtes. Il ne veut pas faire de succinylcholine, car il estime le risque d'inhalation faible. Il demande à l'interne de se dépêcher de préparer du diprivan, du sufentanyl et du tracrium.

Le sénior évolue soit vers l'agacement croissant et le conflit ouvert soit vers l'acceptation d'un compromis ou une explication du rationnel qui satisfasse l'interne et l'IADE en fonction de la façon qu'ont ceux-ci de gérer la situation.

**Conduite à tenir/ Débriefing :**

*Faire le point sur les impressions à chaud de chaque participant et les impressions des observateurs avant de résumer les points essentiels de la conduite à tenir dans cette situation*

**- Créer les conditions d'une communication efficace :**

- Employer un ton de voix calme et bas.
- Proposer au senior de sortir de la salle pour évoquer ses doutes si on ne souhaite pas les exprimer devant le patient
- Tenter de rentrer en contact avec le senior et créer un espace de discussion (intention positive)
- Faire attention à son attitude, à sa communication non verbale (distance physique, positionnement dans l'espace)

**- Appliquer les principes de la communication non violente :**

- Exposer les faits clairement sans jugement ou appréciation
- Exprimer son inquiétude et reformuler ses propos si ceux-ci sont mal interprétés
- Faire une proposition au senior sur la prise en charge
- En cas de réponse du senior : être dans l'écoute active de ses arguments et de ce qu'il exprime, reformuler autant que nécessaire

**- Se centrer sur ce qui fonde la nécessité cette communication :**

- Prise en compte du patient
- Le rassurer
- S'adresser à lui d'une voix

**Ressources humaines et matérielles :**

2 acteurs (chirurgien Pierre Meyer, patient David SCHMITT ou Aude Ruimy), environnement de bloc opératoire (Scope, table opératoire, perfusion)  
Apprenants : 1 MAR 1 IADE (adaptable en ajoutant une élève IADE)

**Scénario 3**

*Conflit chirurgical anesthésiste sur l'installation d'un patient programmé en fin de programme.*

**Briefing :**

Il est 16 h30, l'opération en cours. (Une chirurgie du colon un peu longue) se termine. L'anesthésiste (participant) doit quitter la salle pour aller faire des prémédications, demander à l'IADE de sortir le patient de salle à la fin de l'opération pendant ce temps. Il sort ensuite.

**Action :**

À peine sorti, le chirurgien (concentré jusque là sur la tâche qu'il effectuait) lui répond que non il reste encore une hernie inguinale qui attend depuis le matin. Il faut rappeler l'anesthésiste pour endormir le malade ».

L'IADE initialement seule doit réagir. Selon la façon dont elle appelle l'anesthésiste, le chirurgien s'agace plus ou moins.

L'anesthésiste vient ensuite.

S'en suit une discussion, selon la façon dont elle est menée, la situation aboutit soit à une escalade du conflit sur 5 min soit à la résolution par un compromis (quel qu'il soit).

Le chirurgien (acteur). Est à la fois la confrontation, « le problème » auquel sont confrontés les participants, mais aussi le facilitateur.

Le rôle de l'acteur est de mimer le juste niveau de résistance.

### **Conduite à tenir/ retour pendant le débriefing :**

*Faire le point sur les impressions à chaud de chaque participant et les impressions des observateurs avant de résumer les points essentiels de la conduite à tenir dans cette situation*

#### **- Créer les conditions d'une communication efficace :**

- Employer un ton de voix calme et bas.
- Tenter de rentrer en contact avec le chirurgien et créer un espace de discussion (intention positive)
- Faire attention à son attitude, à sa communication non verbale (distance physique, positionnement dans l'espace)

#### **- Appliquer les principes de la communication non violente :**

- Écouter la demande du chirurgien, lui laisser l'espace pour s'exprimer, reformuler si nécessaire. Séparer les faits, des émotions et des jugements qu'ils expriment.
- Ne pas se révolter, ne pas se soumettre \*Ce n'est pas un combat\*
- Exposer les faits qui n'auraient pas été évoqués clairement sans jugement ou appréciation
- Exprimer les difficultés que cela peut présenter du côté de l'équipe anesthésique, les sentiments qui en découlent (inquiétude, lassitude par ex.) et exprimer un besoin lié (trouver une solution pour que ces situations ne soient pas quotidiennes ps par exemple)
- Faire une proposition au chirurgien (par exemple négociation avec la garde en fonction du programme de garde, rester plus longtemps pour sortir le patient, finalement qu'importe tant que la discussion a eu lieu)

#### **-Se centrer sur ce qui fonde la nécessité cette communication :**

- Ici pas de réassurance du patient, mais le patient reste le point commun d'intérêt de la discussion, ce sur quoi il faut se reporter si la conversation devient hors de contrôle

### **Ressources humaines et matérielles :**

1 acteurs (chirurgien Pierre Meyer), environnement de bloc opératoire (Scope, table opératoire, perfusion), un mannequin.

Apprenants : 1 MAR 1 IADE (adaptable en ajoutant un interne et/ou une élève IADE)

*Annexe 4 : grille d'évaluation de la formation (modèle CESU)*

Grille d'évaluation des apprenants

Communication Non Violente (CNV)/prévention et gestion des conflits



Scénario : conflits au bloc opératoire

Compétences visées :

Utiliser la CNV dans la gestion d'un conflit, améliorer la communication et le travail d'équipe, améliorer les compétences comportementales des internes en anesthésie-réanimation et des EIA

Objectifs de débriefing :

1. Améliorer sa communication
2. Utiliser la CNV dans la gestion du conflit
3. Assurer une prise en charge optimale du patient

Problèmes éventuels rencontrés pendant le déroulement du scénario :

Remarques des apprenants :

Evaluation des actions :

Atteint

Partiellement Atteint

Non Atteint

Evaluation du raisonnement et des justifications :

*pertinent*

*à améliorer*

*non pertinent*

**Objectif 1: Améliorer sa communication**

Actions attendues				Raisonnement et justifications			Remarques
	A	PA	NA	<i>p</i>	<i>àa</i>	<i>np</i>	
Adopter un ton de voix calme et posé							
Faire preuve de respect							
Ecouter sans jugement							
Reformuler							
Réaliser un feedback							
Faire preuve d'empathie							
Faire preuve de bienveillance							
Remédiation après l'analyse en groupe :					oui	non	

Evaluation des actions :

Atteint

Partiellement Atteint

Non Atteint

Evaluation du raisonnement et des justifications :

*pertinent**à améliorer**non pertinent***Objectif 2: Utiliser la CNV dans la gestion du conflit**

Actions attendues				Raisonnement et justifications			Remarques
	A	PA	NA	<i>p</i>	<i>àa</i>	<i>np</i>	
Réaliser une observation des faits							
Exprimer des sentiments							
Exprimer des besoins							
Formuler une demande							
Ecouter attentivement							
Utiliser un langage adapté (au présent, positif, clair et concret)							
Remédiation après l'analyse en groupe :					oui	non	



Evaluation des actions :

Atteint

Partiellement Atteint

Non Atteint

Evaluation du raisonnement et des justifications :

*pertinent*

*à améliorer*

*non pertinent*

<b>Objectif 3: Assurer une prise en charge optimale du patient</b>							
Actions attendues				Raisonnement et justifications			Remarques
	A	PA	NA	<i>p</i>	<i>àa</i>	<i>np</i>	
Appeler des renforts, si besoin							
Assurer la surveillance du patient							
Assurer la continuité des soins							
Remédiation après l'analyse en groupe :					oui	non	

Evaluation des actions :

Atteint

Partiellement Atteint

Non Atteint

Evaluation du raisonnement et des justifications :

*pertinent*

*à améliorer*

*non pertinent*

## Annexe 5 : aide cognitive de la formation

# Prévention Conflit = CNV

OSBD  
(Observation,  
sentiment,  
besoin  
demande)

Comment recevoir  
un message  
négatif :



- se sentir fautif.
- rejeter la faute sur l'autre.
- se révolter.
- se soumettre.



- chercher à percevoir les sentiments et besoins de l'autre, écouter avec empathie

## 1. Observation des faits

Le fait n'est pas de jugement, je fais attention à l'utilisation :

- Du verbe être
- De verbes évaluatifs
- D'Adverbe ou adjectif
- De référents trop vagues (ex. « Les chirurgiens »)
- De mots exprimant l'aptitude ou l'inaptitude

Je ne me lance pas dans l'interprétation sauvage

- Des pensées de l'autre
- Des sentiments de l'autre
- Des intentions tacites de l'autre

## 2. Sentiments et besoins

Je fais la différence sentiments et interprétation mentale

- Si ce que j'exprime laisse un doute sur ce que je ressens, je laisse la place aux interprétations sauvages

Je ne rejette pas la faute sur moi

Je ne rejette pas la faute sur l'autre

- Éviter l'utilisation de pronoms démonstratifs sans antécédent (- ça - « cela »)
- Éviter les formulations ne faisant référence qu'aux actes des autres
- Éviter les formulations du type : « je suis » (+émotion) parce que (+nom) est/ fait quelque chose

## 3. Demande

Je demande clairement des actes positifs et concrets

Je formule la demande consciemment et je demande un retour

- Remercier l'interlocuteur qui s'efforce de restituer le message
- Identifier ce retour (ce qu'il pense, ce qu'il ressent ou ce qu'il est disposé à entreprendre)

Je différencie demande et exigence

- L'exigence n'ouvre la possibilité qu'à la soumission ou à la révolte.
- Attention aux pensées qui transforment automatiquement les demandes en exigences

**Verbaliser, reformuler et confirmer les points d'accord  
autant que nécessaire à chaque étape**

*Annexe 6 : questionnaire pré simulation + QR code*

**La prévention et la gestion des conflits au bloc opératoire grâce  
à la Communication Non Violente- initiation en simulation /  
partie 1**



Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un questionnaire sur la formation en simulation que vous allez suivre. Mon objectif est de montrer l'intérêt de cette initiation afin d'envisager une formation généralisée portant sur la Communication Non Violente dans les blocs opératoires.

Le questionnaire est divisé en deux parties: pour réunir et anonymiser les réponses, je vous demanderai de créer un identifiant.

Merci beaucoup pour votre aide!  
Catherine Hummel (EIADE)

- 1) Identifiant: prenez la première lettre de votre prénom, de votre nom, le jour de votre naissance et votre numéro de rue (exemple: Léna MULLER née le 6 septembre, habitant 50 boulevard St Michel --> LM650).

.....

- 2) Êtes-vous:

- un(e) interne en anesthésie-réanimation?  
 un(e) étudiant(e) infirmier/ère anesthésiste?

- 3) Avez-vous déjà eu des formations ayant comme thème la gestion des conflits ou la Communication Non Violente?

- Oui  
 Non

Si oui, quelle formation avez-vous suivie?

.....  
.....

4) Quels outils peuvent être utilisés pour améliorer la communication?

- Le silence
- Le SBAR/SAED
- Les acronymes
- Crier
- Les sous-entendus
- Le DESC
- Le non verbal
- Le feedback
- Le ton employé
- La reformulation
- Autre : .....

5) Avez-vous déjà entendu parler de la Communication Non violente?

- Oui
- Non

Si oui, quelles en sont les quatre composantes?

.....  
.....  
.....

6) Avez-vous déjà vécu un conflit au bloc opératoire?

- Oui
- Non

7) Quels sont pour vous les principaux facteurs de conflits dans les blocs opératoires?

- Les tâches à accomplir
- L'individu
- L'équipe
- L'environnement de travail
- L'organisation et le management
- Autre : .....

*Annexe 7 : questionnaire post simulation + QR code*

**La prévention et la gestion des conflits au bloc opératoire grâce à la Communication Non Violente- initiation en simulation / partie 2**



8) Identifiant: prenez la première lettre de votre prénom, de votre nom, le jour de votre naissance et votre numéro de rue (exemple: Léna MULLER née le 6 septembre, habitant 50 boulevard St Michel --> LM650).

.....

9) Pensez-vous que cette formation initiale de la gestion des conflits par la Communication Non Violente vous a été bénéfique?

- Oui
- Non

Si oui, en quoi cette initiation à la Communication Non Violente vous a-t-elle été bénéfique?

- Découverte d'outils de communication
- Amélioration du travail d'équipe
- Modification de sa réaction immédiate lors d'un conflit
- Savoir se comporter face au conflit
- Autre : .....

10) Pensez-vous que cette formation à la Communication Non Violente devrait être généralisée dans les blocs opératoires?

- Oui
- Non

11) Quelle(s) partie(s) de la formation avez-vous préférée(s)?

- Le partage d'expériences
- La présentation de la Communication Non Violente
- Les jeux
- Les scénarios vus en simulation
- Autre : .....

12) Avez-vous des pistes d'amélioration ou des suggestions pour la prochaine formation?.....  
.....  
.....  
.....

**Merci pour vos réponses!**

Également dans le cadre de mon mémoire, je réalise des entretiens auprès de vous (en personne, par téléphone ou par visioconférence selon vos disponibilités). Les données recueillies seront confidentielles et anonymisées. Vous êtes entièrement libre de participer ou non à cette étude.

Cela m'aiderait beaucoup pour mon travail de recherche et si vous acceptez, merci de noter vos nom, prénom et numéro de téléphone ci-dessous:.....  
.....

## *Annexe 8 : trame des entretiens*

<i>Questions</i>	<i>Relance</i>
Pourriez-vous dans un premier temps vous présenter ainsi que votre parcours professionnel ?	Quel est votre âge ?  IADE : Votre ancienneté en tant qu'IDE? Reconversion professionnelle?  Internes : dans quels hôpitaux avez-vous travaillé ?
Au cours de votre expérience, avez-vous rencontré des situations de conflits au bloc opératoire ?	Avez-vous été témoin, victime ou pris part à un conflit au bloc opératoire ?
Accepteriez-vous de la ou les raconter précisément ?	Pouvez-vous m'exposer les situations de conflits que vous avez rencontrées?
Comment a été traitée cette situation ?	Comment ce conflit a-t-il été géré ?
À cause de ce conflit, y a-t-il eu des répercussions sur la prise en charge du patient ?	Quelles ont été les conséquences pour le patient ?
Quelles sont pour vous les principales causes de conflit dans les blocs opératoires ?	Au bloc opératoire, selon vous, à quoi sont dus les conflits ?
Durant la période entre la formation en simulation et cet entretien, avez-vous été amené à utiliser des éléments de la formation ?	Avez-vous dû utiliser ce que vous aviez appris sur la communication non violente lors de votre expérience professionnelle ?
Pensez-vous qu'il y ait un frein à l'utilisation de la communication non violente au bloc opératoire ?	Pensez-vous que la CNV puisse être facilement utilisée au bloc opératoire ?
Qu'avez-vous pensé de la formation ?	
Avez-vous des remarques ou des suggestions à faire ?	


# Communication Non Violente (CNV)/gestion des conflits

En CNV, la violence désigne le fait de satisfaire ses besoins au détriment de ceux des autres : les besoins de tout le monde doivent être satisfaits → le scénario doit être gagnant-gagnant : utiliser des stratégies et non pas des compromis.

## UTILISATION DE LA CNV

*CNV = mode d'expression dynamique qui s'adapte à l'évolution de la situation*

### 1) OBSERVATION DES FAITS

- Pas d'évaluation/ni de jugement (  nous ne connaissons pas tous les éléments de la situation)
- Description précise des faits, comme si la scène avait été filmée ou photographiée
  - CDF = Chiffre/Données/Faits
  - Observation = voir/goûter/humer/écouter/toucher

*Exemple : Quand/Lorsque je vois... Lorsque j'entends...*

### 2) SENTIMENTS

- Sentiments stimulés par ce fait (observation)
- Paroles et actes d'autrui = facteur déclenchant - pas la cause de nos sentiments (pas de responsabilité, ce n'est pas la faute des autres)

*Exemple : Je me sens... J'éprouve...*

### 3) BESOINS

- Besoin qui est à la source de ce sentiment (l'enjeu)
  - Être clair avec ce que nous VOULONS (pas ce que nous ne voulons pas)
- Exemple : Parce que JE... Parce que j'ai besoin de ou envie de... J'aspire à... J'ai à cœur de...  
Ce qui est important pour moi, c'est ... J'aimerais...*

### 4) DEMANDES

- Langage d'action clair, concret et positif (ce que je VEUX et non pas ce que je ne veux pas)
  - Au présent, ici et maintenant
  - Réaliste/réalisable/négociable (c'est une proposition, pas une exigence → si la réponse donnée est non et que ça vous énerve, alors vous exigez)
  - Que souhaitez-vous réellement que l'autre fasse pour vous ?
- Exemple : Est-ce que tu accepterais de... ? Voudrais-tu, s'il te plait ... ? Est-ce que tu serais d'accord pour... ? Et maintenant, serais-tu d'accord de... ?*



## ACTIONS DE SOINS

### ASSURER UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DU PATIENT

- Prendre en charge le patient
- Si besoin appel de renfort pour assurer la continuité des soins
- Garantir la sécurité du patient

## RÈGLES DE COMMUNICATION

### S'exprimer avec **RESPECT - SINCÉRITÉ - AUTHENTICITÉ**

Écoute bienveillante

Ouverture d'esprit, intention de comprendre l'autre, remise en question

Faire preuve d'empathie envers les autres et développer son auto-empathie (observer ce qui est en nous avant de réagir)

Si sentiments intenses des interlocuteurs ou besoin de faire un retour sur nous même

- Facteurs déclenchant des sentiments intenses? (difficulté personnelle...)
- Se retirer physiquement de la situation
- S'arrêter pour respirer
- Se donner le temps de la réflexion

### REFORMULATION – FEEDBACK

*Exemple : Si j'ai bien compris... Donc...question ? Je ne suis pas sûr(e) d'avoir été clair(e), ça me rassurerait si tu me disais comment tu as compris ce que je vis/ce à quoi j'aspire... Ce qui me m'interpelle ou me pose question...*

## ACTIONS D'ÉQUIPE

- Si médiation informelle : pas de prise de parti, ni jugement, ni utilisation du lien hiérarchique
- Débriefing à chaud/à froid (RETEX)
- À distance : analyse du conflit à l'aide de la fiche REACT (<https://cfar.org/wp-content/uploads/2019/04/REACT.pdf>)
- Proposer un soutien psychologique si besoin, discussion en équipe