

1 PATIENT

1 ÉQUIPE

**Plateaux techniques et gestion des
conflits dans l'équipe :
Proposition d'un modèle de formation par
la simulation.**



Comité Vie Professionnel-Santé a Travail , 21 mars 2020

Préambule

L'objectif de ce document est de proposer aux centres de simulation des scénarios portant sur les conflits entre professionnels dans différentes situations, afin de pouvoir aborder ce sujet et proposer des pistes de solutions dans le cadre de la campagne 1patient1Equipe. Cette campagne lancée au printemps 2019 a pour objectif de sensibiliser les professionnels des plateaux techniques sur la question des relations au travail et de proposer des outils dans la prévention et la gestion des conflits entre professionnels de santé (www.sfar.org).

Les scénarios proposés sont des exemples que les formateurs en simulation peuvent s'approprier, ou tout simplement y puiser de l'inspiration pour construire d'autres scénarios portant sur la même thématique. Nous proposons d'ailleurs des variantes possibles selon le type d'apprenant. Du fait de nombre de spécialités et de corps de métiers intervenant sur les plateaux techniques, nous n'avons pas pu élaborer des scénarios s'adressant à chaque catégorie ou spécialités, ces quelques scénarios constituent une base de départ qui vise à être enrichie par l'expérience des centres de simulation et des besoins locaux. Les supports cognitifs de cette thématique sont issus de la campagne 1Patient1Equipe, de ses partenaires, et d'outils validés ou d'ouvrages publiés sur le sujet.

La question des relations de travail est majeure car elle impacte la qualité des soins, la capacité à prendre des décisions, et est source de souffrance au travail pour les membres des équipes. La SOFRASIMS, la SFAR, UNAIBODE, et le CFAR se sont unis pour mener une réflexion sur l'apport de la simulation sur cette thématique. Ils proposent un document support pour aider et encourager les centres de simulation en santé à développer cette thématique dans leurs formations. Nous remercions le centre de simulation en santé d'Angers, Com-scape partenaire du centre de simulation d'Amiens, et (les centres tests) pour leur précieuse collaboration dans la réalisation et les tests des scénarios.

Session de simulation

Objectifs de la formation :

- Aborder la qualité des relations de travail, enjeu majeur de la sécurité des soins
- Développer sa capacité à travailler en équipe, avec ou sans lien hiérarchique
- Apprendre la notion d'assertivité et son positionnement sans un conflit
- Comprendre l'influence des émotions sur la conscience de la situation
- Optimiser ses outils de communication et de coopération
- Analyser les situations de conflits et déterminer les facteurs favorisants

Public concerné :

Médecins, internes, infirmiers spécialisés, techniciens amenés à travailler en équipe sur un plateau technique.

Organisation de la session : formation 4 heures, 4 à 8 personnes

- Apport d'un support théorique
- Evaluation des connaissances par un pré-test
- Scénario 1 - Débriefing
- Scénario 2 - Débriefing
- Scénario 3 - Débriefing
- Evaluation des acquis post-formation
- Evaluation de la formation
- Evaluation à distance par un questionnaire, impact pratique sur le lieu professionnel.

Besoins en matériel :

- 2 salles
- 1 salle de débriefing
- Matériel spécifique aux scénarios.

Supports pédagogiques

- Fiches de réaction immédiate de la campagne 1patient1Equipe
- Fiche REACT de la campagne 1Patient1Equipe
- Charte du savoir-être 1Patient1Equipe
- Solution pour la sécurité du patient 3 « Coopération entre anesthésistes-Réanimateurs et chirurgiens » (HAS)
- Mieux communiquer entre soignants : un enjeu majeur de sécurité (Jérôme Cros, éditions Arnette)

Exemples de scénarios

Scénario 1

Résumé

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 trans-urétrale de prostate pour laquelle le chirurgien réclame finalement une anesthésie générale avant l'incision.

Briefing : Vous êtes l'anesthésiste-réanimateur, et vous entrez en salle pour une RTUP. Il a été convenu lors de la consultation d'anesthésie d'une rachianesthésie devant l'antécédent de BPCO sévère. Vous ne connaissez pas bien le chirurgien, avec lequel vous avez peu travaillé. La rachianesthésie est déjà effectuée par vous-même. Vous attendez le chirurgien.

Action : À 1min, arrive en salle le chirurgien qui souhaite voir endormir son patient à cause des meilleures conditions opératoires. Il s'énerve rapidement et monte le ton de la voix, invectivant les deux apprenants devant le patient conscient. Le patient interpelle les personnes présentes pour signifier son anxiété. Le ton employé par le chirurgien est très agressif : « c'est qui qui commande ici ? » « quand je suis au bloc c'est moi qui commande », « c'est quand même moi qui commande ici, c'est mon bloc ».
Si l'apprenant déclare « on va baisser le ton », cela n'a pas l'effet escompté auprès du chirurgien qui remonte le ton.
Le chirurgien reste debout et continue à aller et venir tel « un lion en cage ».

A 10 minutes, si pas de compromis : arrivée en salle du cadre de bloc, et fin du scénario.

Conduite à tenir :

- Employer un ton de voix calme et bas.
- Proposer au chirurgien de sortir de la salle pour trouver une solution
- Demander à l'IADE « d'essayer de rassurer le patient » pendant le temps de cette discussion.
- Tenter de rentrer en contact avec le chirurgien et créer un espace de discussion (intention positive)
- Proposer au chirurgien d'exposer les faits, et à plusieurs reprises reformuler ses propos.
- Expliquer les indications anesthésiques responsables de cette prise en charge
- Trouver une solution de compromis et définir qui en averti le patient.

Ressources humaines et matérielle :

Patient standardisé, environnement de bloc opératoire (Scope, table opératoire, perfusion)

Acteurs : Chirurgien, Cadre, IADE

Apprenant : Médecin anesthésiste-réanimateur junior ou sénior

Scénario 2

Résumé

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 trans-urétrale de prostate pour laquelle le chirurgien réclame finalement une anesthésie générale avant l'incision. Ce désaccord survient au bloc devant le patient et doit être géré par la cadre de bloc.

Briefing : Vous êtes cadre de bloc. Ce matin est prévu un programme chargé, qui a débuté. Il y a une salle d'Urologie pour laquelle un patient doit être opéré d'un RTUP, et 5 autres salles. Vous êtes dans votre bureau du bloc opératoire en train de faire les plannings

Action :

A 1 minute, l'IADE de la salle d'urologie vous appelle pour vous demander de venir en salle.

La/le cadre arrive en salle et découvre un violent conflit entre le chirurgien et l'anesthésiste: le patient vient de bénéficier d'une rachianesthésie, le chirurgien est très agressif car il souhaite voir endormir son patient, et l'anesthésiste refuse car la rachianesthésie est réalisée comme il était prévu sur la consultation d'anesthésie, le patient étant porteur d'une BPCO sévère. Le ton employé par le chirurgien est très agressif : « c'est qui qui commande ici ? » « quand je suis au bloc c'est moi qui commande », « c'est quand même moi qui commande ici, c'est mon bloc ». Si le cadre déclare « on va baisser le ton », cela n'a pas l'effet escompté auprès du chirurgien qui remonte le ton.

Le médecin anesthésiste-réanimateur est en difficulté, tente de calmer (sans efficacité), et le ton monte.

Le patient manifeste son anxiété et interpelle les personnes présentes.

Fin du scénario : à 15 minutes, si aucune solution n'est trouvée, la patient demande à ne pas être opéré.

Conduite à tenir :

- Utiliser un ton de voix calme, et bas.
- Demander si les personnes impliquées peuvent sortir de la salle
- Demander à l'IADE « d'essayer de rassurer le patient »
- Proposer d'aller dans le bureau pour trouver une solution pour ce patient
- Créer des conditions propices à la communication entre les différents intervenants
- Proposer à chacun de s'asseoir
- Proposer au chirurgien d'exposer les faits, reformuler ses propos puis en faire de même pour l'anesthésiste-réanimateur
- Tenter de trouver un consensus, un compromis.
- Demander au chirurgien s'il souhaite en avertir le patient ou bien s'il souhaite que ce soit le cadre qui le fasse.
- Proposer d'analyser le conflit à froid (fiche REACT) ultérieurement.

Ressources humaines et matérielles

- Patient standardisé, environnement de bloc opératoire (scope, table opératoire, perfusion)
- Acteurs : Chirurgien, IADE, Anesthésiste-Réanimateur
- Apprenant : Cadre de bloc

Scénario 3

Résumé

L'interne d'anesthésie est appelé pour la pose d'une péridurale en salle de naissance. Or le dernier bilan biologique de la patiente laisse supposer une possible contre-indication au geste, il est à reconstrôler avant la pose de la péridurale. Apparaît un conflit avec la sage-femme qui pousse à la réalisation du geste sans attendre le contrôle.

Briefing :

Apprenant: Vous êtes interne de 2^e semestre et vous êtes appelé en salle de naissance pour une péridurale chez une 4^e pare à terme en cours de travail, dilatation du col à 6 cm. Lors de la consultation d'anesthésie du 8^e mois, il a été noté une thrombopénie à 100 G/mm³ en baisse par rapport à celle du mois précédant (350 G/mm³), sans signes cliniques de d'hémostase perturbée à l'interrogatoire hormis un épisode unique d'épistaxis la veille post traumatique. La dernière numération plaquettaire remonte à un mois. Il n'y a pas d'autres antécédents. Sur la feuille d'anesthésie, il est noté : « contrôle plaquettaire à l'entrée en salle de naissance ».

La sage-femme vous sollicite instamment pour réaliser très rapidement cette péridurale car la patiente est très douloureuse et demandeuse d'être soulagée. Son mari a sonné plusieurs fois pour que l'on soulage sa conjointe. La sage-femme s'occupe de deux autres patientes en travail et ne dispose pas de temps pour accompagner la patiente dans son travail. La patiente ne présente pas d'indication médicale à la pose de péridurale.

Votre objectif est de procéder de façon sécuritaire pour la patiente, l'équipe et vous-même. Votre senior est occupé.

Facilitateur: Vous êtes la/le sage-femme de garde, il y a affluence pour les accouchements et vous avez examiné une femme de 34 ans, 4^e pare à terme sans antécédent d'hémorragie du post partum, présentant une thrombopénie à plus de 100 G/mm³ lors du bilan datant d'il y a un mois. Cette thrombopénie était déjà connue mais de façon moins importante lors des grossesses précédentes. Cette patiente est en cours de travail avancé, avec une dilatation à 6 cm accompagnée de contractions efficaces et extrêmement douloureuses. Vous venez de réaliser un bilan sanguin, RAI et contrôle plaquettaire, les tubes sont en cours d'acheminement au laboratoire. *Votre objectif est d'obtenir de l'interne de garde d'anesthésie qu'il pose rapidement une péridurale pour que la femme soit soulagée et que vous puissiez vous occuper de vos autres patientes qui vous réclament.*

Vous allez commencer par être conciliant(e) mais ensuite vous allez montrer de l'agacement, voire de l'hostilité.

Registre pouvant être mobilisé :

- 1- discrimination sexiste (si l'interne est un homme)
- 2- manque d'humanité
- 3- incompétence
- 4- manque de confiance en soi
- 5- inexpérience
- 6- urgence
- 7- charge de travail

Exemples :

- Vous les hommes, ça ne vous gêne pas de laisser les femmes souffrir...
- Quand je te dis qu'il n'y a pas de risque, tu ne me fais pas confiance ? ça ne saignait pas à la prise de sang et cette patiente a fait ça lors de ces précédentes grossesses, elle a toujours eu des péridurales ! 100 000 plaquettes, c'est bon !
- Ce n'est pas possible d'être incompetent comme cela !!
- Si tu as peur de tout, change de métier !!
- Qu'est-ce que tu attends pour t'y mettre ?
- Il y a d'autres femmes qui attendent, dépêche-toi
- A ce train-là on y est encore demain !

Le but est de créer une situation conflictuelle. Monter le ton, lui dire de se débrouiller, puis accepter.

Action : La patiente est très douloureuse, et le manifeste

TA 138/74 mmHg, FC 115 bpm, SPO2 100%

Si appel du sénior à nouveau: « je suis occupé, débrouille toi, et avec agacement: t'as qu'à la faire cette péri !!! »

A 10 minutes, si pas de consensus, arrivée de l'aide-soignante avec le résultat des plaquettes : 105 G/mm³ et fin du scénario.

Conduite à tenir :

- Utiliser la communication non violente pleine d'assurance et attendre le résultat du bilan.
- Rester factuel et objectif sur les recommandations
- Dire que l'on entend la douleur de la patiente
- Que l'on va faire le mieux pour la sécurité et le confort de la patiente
- Accompagnement de la patiente, manifester de l'empathie.

Ressources humaines et matérielle :

Patiente standardisée, environnement de salle de naissance (Scope, lit, perfusion)

Acteurs : sage-femme, mari, anesthésiste-réanimateur sénior, aide-soignante.

Apprenant : Interne anesthésiste-réanimateur junior

Scénario 4

Résumé

En fin d'intervention, conflit entre l'IADE et l'IBODE qui veulent accomplir leur travail : réveil et extubation du patient dans le silence pour l'IADE, rangement de la salle en vue de l'intervention suivante pour l'IBODE

Briefing :

IBODE : C'est la fin de l'intervention et le programme est encore chargé, Vous savez que c'est votre seule chance de pouvoir faire une pause repas de 5 minutes, et vous avez toute la salle à ranger avant le début de l'intervention suivante. Le cadre est venu vous voir en salle pour savoir si l'enchaînement se profilait bien car le programme opératoire doit être respecté et il faut éviter de perdre du temps sur les actions simples. Vous souhaitez pouvoir rapidement vous acquitter de votre tâche pour aller vite faire votre pause. Lorsque l'IADE vous dit de faire moins de bruit vous explosez.

IADE : C'est la fin de l'intervention, le patient a été opéré et a fait plusieurs épisodes de bronchospasme pendant l'anesthésie. C'est un patient tabagique et asthmatique. La consigne du MAR est de réveiller le patient en salle d'intervention. Vous savez que c'est une extubation à risque, d'ailleurs vous avez passé votre temps à ausculter ses poumons à la recherche d'un frein expiratoire qui vous semble persister un peu (vous n'en êtes pas sûr). le MAR vous a dit de le réveiller et de l'extuber. Vous trouvez que l'IBODE fait trop de bruit et lui demandez d'attendre avant de ranger la salle, vous n'entendez pas votre patient et avez besoin de concentration.

Action :

TA 14/6, FC 110, SPO2 97%.

Pendant le conflit, faire tousser/désaturer le patient pour rajouter de la pression sur l'IADE.

fin du scénario : arrivée du brancardier en salle

Conduite à tenir :

- Exprimer un désaccord.
- Réaction face à un conflit.
- Communication non violente.
- Connaissance des problématiques de chacun.

Ressources humaines et matérielle :

-Mannequin, environnement de bloc opératoire (scope, table opératoire, perfusion)

-Acteurs : Brancardier, selon : soit IADE, soit IBODE

-Apprenant : Soit IADE, soit IBODE, soit les deux.

Scénario 5

Résumé

Une infirmière de SSPI appelle le MAR pour une patiente qui saigne en post opératoire et le MAR ne souhaite pas se déplacer.

Briefing : Vous êtes infirmière en charge de la surveillance post opératoire. Vous avez en SSPI une patiente de 80 ans opérée d'une colectomie partielle pour un néo de colon. Vous trouvez que ça saigne un peu au niveau de la cicatrice.

Action :

TA 140/60 mmHg, FC 110 bpm, SPO2 97%.

La patiente appelle car ne se sent pas très bien, a la nausée, Reprise de TA : 100/60 mmHg, FC 110 bpm. Elle dit avoir mal. Il y a un peu de sang sur la cicatrice, la patiente sent que ça coule entre ses jambes, un peu de sang externalisé.

Appel du MAR.

Si l'IDE demande au MAR de venir, il demande pourquoi, il est réticent, il dit qu'il est occupé et que l'on ne le dérange que pour des urgences. Il lui demande de donner l'odansétron qui est déjà prescrit.

Dégradation de l'état de la patiente :

FC 120 bpm, TA 95/50 mmHg, la patiente présente une sensation de malaise. toujours un peu de sang externalisé. Si Hemocue : 9,5 g/dL (pré-op : 12 g/dL).

Si Rappel du MAR, il l'envoie balader sans l'écouter, et lui demande de le rappeler quand ça sera urgent.

La patiente demande si un médecin va venir car elle ne se sent pas bien. Elle vomit, TA 90/50 mmHg, elle dit avoir la bouche sèche.

3^{ème} rappel du MAR.

Fin du scénario : Le MAR dit « j'arrive »

Conduite à tenir :

- Exprimer des transmissions claires avec la méthode SAED.
- Exprimer une demande claire.
- Réaction face à un conflit.

Ressources humaines et matérielle :

Patient standardisé, environnement de SSPI (Scope, lit, perfusion)

Acteurs : MAR au téléphone

Apprenant : Infirmière de SSPI ou IADE.

Dossier d'anesthésie et résultat hémoglobine pré-opératoire.

Médicament : odansétron.

Haricot.

Scénario 6

Résumé

Un senior d'anesthésie demande à son interne d'appliquer un protocole d'anesthésie qui n'est pas adapté à la situation.

Briefing : Vous êtes interne d'anesthésie, vous avez fait la consultation d'un patient qui vient d'être amené par le SMUR qui doit se faire opérer en urgence d'une fracture du fémur. Le patient est ASA 1, 30 ans, sans antécédents. Le patient était douloureux et a reçu de la morphine par l'équipe SMUR. Il a mangé il y a 6 heures. Le traumatisme a eu lieu il y a 3 heures. Le patient est installé, et vous entrez en salle avec votre sénior.

Action :

TA 140/60 mmHg, FC 110 bpm, SPO2 100%.

Le sénior vous demande si les drogues sont prêtes. Il ne veut pas faire de succinylcholine, car ça donne des allergies, et le patient a mangé il y a 6h. Il demande à l'interne de se dépêcher de préparer du diprivan, du sufentanyl et du tracrium.

Si l'interne lui fait remarquer que l'accident est survenu moins de 6h après le repas, ou que le patient a eu de la morphine, le sénior se vexe et s'impose en disant que il n'a pas à stresser, ça va aller, et qu'il ne va pas lui apprendre son métier.

Si l'interne propose une échographie gastrique, le MAR dit impatientement: « bon, tu le préoxygènes ou c'est moi qui le fais ??? »

Préoxygénation du patient, ETO2 0,9,

Induction, ventilation au masque (imposée par le MAR), et au bout d'une minute...inhalation : vomissement, désaturation à 90%.

Fin du scénario à l'intubation.

Conduite à tenir :

- Exprimer à voix haute ses doutes sur la prise en charge
- Utilisation de la méthode DESC (speaking up)
- soumission à l'ordre (expérience de Millgram)

Ressources humaines et matérielle :

Mannequin, environnement de bloc opératoire (scope, table opératoire, perfusion)

-Acteur : MAR

-Apprenant : Interne ou IADE

Scénario 7

Résumé

Conflit entre un chirurgien et un Anesthésiste-réanimateur sur une complication judiciaire suite à la prescription erronée d'un médicament en péri-opératoire.

Briefing :

Patiente de 72 ans, obèse (T=158 cm ;Poids=110 kg ;BMI=44); DNID, HTA, SAOS ; chirurgie réglée de PTH .

Le MAR1 a réalisé la consultation pré-anesthésique;

Le MAR 2 a réalisé la visite pré-anesthésique et l'anesthésie pour la pose de PTH par un chirurgien Orthopédiste (homme).

Réalisation d'une Anesthésie Générale avec Céfazoline 2g IVL 1 h avant induction. Lors du Time out de la check list, Antibioprophylaxie formalisée à haute voix, accord du chirurgien. Intervention sans particularité, suites immédiates simples.

Apparition à 3 semaines d'une infection ostéoarticulaire post opératoire précoce. Mise en place d'une antibiothérapie prolongée + dépose et repose d'une PTH secondaire. La patiente est mécontente et envisage de faire une procédure judiciaire.

Action : Le chirurgien orthopédique agresse violemment le MAR 2 en réunion CME ou en salle de repos du bloc à propos de la réception d'une mise en responsabilité au Tribunal de Grande Instance pour infection nosocomiale.

Exemple : « vous vous êtes trompé de dose, vous êtes nuls », volonté de se dégager de sa responsabilité « Tu vas leur faire un courrier que c'est la faute de l'anesthésiste et pas du chirurgien ! ».

fin du scénario : arrivée d'un collègue chirurgien qui s'interpose.

Conduite à tenir :

-Prendre conscience de l'importance de la notion d'équipe autour du patient

-Formaliser la solution pour la sécurité du Patient 3(HAS) : qui fait quoi ?

-Savoir s'organiser et positionner chaque intervenant/patient.

-Décision de « Go » et de « no Go » de la check list HAS : erreur de molécule, quantité, timing....

-Expertise=responsabilité engagée pour les deux praticiens, à 50/50. MAR responsable de l'administration du médicament mais équipe (MAR+Chir) co-responsable de la prescription.

-Fiche de réaction immédiate : comment s'interposer entre 2 personnes, et comment réagir face à un conflit.

-Proposition d'analyse du conflit à distance (REACT) : protocole ATB prophylaxie mis à jour par CLIN et transmis à tous les praticiens : double dose de C2G, sous 30 min avant geste chirurgical , oubli du changement du protocole par le MAR 2 du fait de la charge de travail.

-Proposition d'organisation d'une réunion commune globale avec praticiens sur ATB prophylaxie et charte péri opératoire.

Ressources humaines et matérielle :

Environnement de salle de réunion ou de salle de pause du bloc opératoire

-Acteur : chirurgien orthopédiste, autre chirurgien.

-Apprenant : Anesthésiste, autre médecin anesthésiste ou chirurgien témoin de la scène

Scénario 8

Résumé

Conflit entre une IADE et une IBODE au sujet du retrait d'une attelle en SSPI chez une patiente douloureuse en post-opératoire.

Briefing :

IBODE : Vous ramenez en SSPI un patiente avec une IADE 1, vous avez accepté de l'aider car il n'y a pas de brancardier mais vous êtes très pressée, vous devez préparer la salle pour le malade suivant. Le chirurgien orthopédiste avec lequel vous travaillez toute la journée est difficile, il vous a plusieurs fois malmenée au cours de la journée, notamment lors de l'intervention de la patiente précédente opérée d'une arthroscopie d'épaule. Vous vous sentez à fleur de peau.

IADE 2 de SSPI : vous êtes en charge de plusieurs patients dont une patiente opérée d'une arthroscopie, portant une attelle et qui rapporte une douleur à 8/10. Elle déclare être extrêmement gênée par l'attelle et vous invective pour l'enlever. Vous ne savez pas comment elle s'enlève, vous interpellez l'IBODE qui a assisté le chirurgien lors de l'intervention, car celle-ci arrive pour accompagner le patient suivant en SSPI.

Vous lui demandez d'enlever l'attelle, et vous êtes énervée du fait de l'agressivité de la patiente.

Si l'IBODE refuse : vous l'invectivez vertement en lui rappelant que vous n'allez pas vous faire agresser à sa place.

Si l'IBODE vous dit que c'est un problème de douleur et qu'il faut prévenir l'anesthésiste, vous lui rétorquez qu'elle ne va pas vous apprendre votre métier.

(le but est de créer une situation conflictuelle).

Action : Madame B, 52 ans, est prise en charge en chirurgie ambulatoire, pour une arthroscopie diagnostique de l'épaule gauche dans le cadre d'une suspicion de rupture partielle du long chef du biceps, sous AG.

L'intervention s'est déroulée sans problème.

Après 45 minutes de surveillance en SSPI, la patiente se plaint d'une douleur vive à l'épaule et souhaite qu'on lui retire l'attelle de cryothérapie compressive posée par le chirurgien. Ses constantes sont bonnes : TA 140/70 mmHg, FC 82 bpm, SPO2 100%.

A ce moment-là, L'IBODE s'étant occupée de la patiente arrive en SSPI pour aider au transfert du patient suivant. Elle est très pressée car le programme est en retard et elle doit préparer la salle pour le patient suivant. Elle est interpellée par l'IADE 2 pour qu'elle enlève l'attelle.

-Si l'IBODE refuse car pas de prescription : l'IADE 2 lui parle vertement et devient agressive en lui disant qu'elle est inhumaine.

-Si l'IBODE dit que c'est une douleur donc un problème d'analgésie, l'IADE 2 lui dit qu'elle ne va pas lui apprendre son métier.

La patiente qui assiste à l'échange, intervient, demandant qu'une décision soit prise ou bien elle retirera elle-même l'attelle.

Fin du scénario : Le cadre arrive en SSPI suite aux éclats de voix.

Conduite à tenir :

- Exprimer un désaccord.
- Réaction face à un conflit.
- Communication non violente.
- Connaissance des problématiques de chacun.
- Respect des compétences de chaque professionnel.

Ressources humaines et matérielle :

2 patients standardisés, une patiente qui souffre et un patient qui arrive en SSPI, environnement de SSPI (Scope, lit, perfusion)
Acteurs : IADE 1 et 2, Cadre
Apprenant : IBODE

Autres scénarios possibles

- Conflit sur une intubation d'un patient « en fin de vie » (Réanimateur, Urgentiste)
- Chirurgien souhaite un changement de stratégie anesthésique chez un patient sous anesthésie locale potentialisée mais douloureux, alors que le MAR est occupé ailleurs (Chirurgien/IADE)
- Visite pré Anesthésique au bloc note l'absence de réalisation de la consultation cardiologique demandée lors de la CPA. Décision d'annulation de la patiente (Chirurgien, MAR).
- Un chirurgien pousse pour opérer un patient en fin de programme « pour 5 minutes » (Chirurgien, équipe)
- Conflits sur le réchauffement du patient par couverture ou matelas à air pulsé à l'induction (Equipe chirurgicale, équipe anesthésique)
- Gêne liée au bruit liée à l'installation des instruments pendant l'induction anesthésique (Anesthésiste, IBODE)
- Faire entrer le patient alors que la salle d'intervention n'est pas prête (IADE, IBODE).
- Désaccord sur Indication de césarienne en salle de naissance (nécessité de césarienne, mais tentative VB par obstétricien, ou de manœuvre instrumentale) sans que la sage-femme ou l'interne d'obstétrique n'ose le dire à son sénior (qui fait fausse route)
- Agression d'un chirurgien envers un MAR lors d'une réunion, sur une convocation du chirurgien au tribunal pour une complication thromboembolique post opératoire chez une patiente porteuse d'une valve mécanique aortique. Prescription d'une anticoagulation curative par l'anesthésiste modifiée par le chirurgien en post opératoire immédiat (prescription de dose préventive).
- Agression d'un chirurgien envers un MAR lors d'une réunion, sur une convocation du chirurgien au tribunal pour une complication cardiaque post opératoire chez une patiente porteuse d'une cardiopathie ischémique. Prescription d'un antiagrégant plaquettaire par l'anesthésiste annulée par le chirurgien en post opératoire immédiat.