

Le présent article a été publié sur la plateforme Open Journal Systems et diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), qui autorise le téléchargement et la transmission du document à des fins personnelles. L'utilisation commerciale ou la modification du contenu de quelque façon que ce soit sont interdites, et l'article original doit être cité correctement.

# Surmonter la distance hiérarchique et le syndrome de déférence en salle d'opération

Jennifer Dunn<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Hôpital pour enfants de l'Alberta

<sup>2</sup> Université de la Saskatchewan

Pour communiquer avec l'auteure : Jennifer Dunn, [zhm569@mail.usask.ca](mailto:zhm569@mail.usask.ca)

## Résumé

La distance hiérarchique, le discours atténué et les paradigmes de prise de décision descendante dans les soins périopératoires sapent la collaboration et compromettent la sécurité des patients (Kenawy et Schwartz, 2018). Ils touchent de manière disproportionnée les infirmières en soins périopératoires et sont un terreau fertile au syndrome de déférence, une habitude consistant à employer un langage adouci, façonné par une dynamique de pouvoir bien enracinée. Le syndrome de déférence est un obstacle à l'affirmation de soi et à une communication respectueuse de la sécurité de tous; il amplifie également les risques associés à la prise de décision hiérarchique, au préjudice moral et aux erreurs dues à la fatigue (Applebaum et al., 2020). Il est important de comprendre cette dynamique et donc, de déterminer les interventions qui font contrepoids au syndrome de déférence et à ses effets néfastes, ainsi que les problèmes pouvant nuire à leur mise en œuvre.

Les données provenant du domaine de la santé et de secteurs analogues où les enjeux sont également élevés mettent en évidence des stratégies d'intervention efficaces et réalisables pour résoudre les difficultés urgentes attribuables au syndrome de déférence, par exemple la promotion de la sécurité psychologique, dont le but est de rendre autonomes tous les membres de l'équipe (Grailey et al., 2021), et l'adoption de principes de gestion des ressources en équipe pour remédier aux déséquilibres des forces (Gross et al., 2019). Les interventions à court terme, comme les outils de communication structurée (la méthode SBAR [pour situation-background-assessment-recommandation] et la communication en boucle fermée), ainsi que les séances de planification préopératoire, les caucus quotidiens et la formation de sensibilisation aux préjugés, peuvent améliorer très rapidement la collaboration en milieu périopératoire et la sécurité des patients. D'autres mesures, comme la possibilité de formuler des commentaires anonymes et les comptes

rendus postopératoires, favorisent elles aussi la création d'un environnement où il est possible de soulever certains éléments cruciaux sans crainte de représailles. Toutefois, certains obstacles, tels que l'inertie des normes hiérarchiques, la résistance au changement et la rareté des ressources, peuvent nuire à la mise en œuvre de ces mesures; ces points feront tous l'objet d'un examen critique. Les stratégies proposées jettent les bases de réformes à long terme, notamment de programmes de développement du leadership, de technologies d'aide à la décision et de politiques opérationnelles équitables (Tørring et al., 2019). En intégrant ces interventions ciblées, les établissements de santé peuvent atténuer le syndrome de déférence, réduire les barrières hiérarchiques et encourager la communication respectueuse, ce qui favorise une culture d'inclusion et de collaboration et, en fin de compte, améliore l'état des patients et le bien-être de l'équipe.

Ces premières étapes sont bien sûr fondamentales, mais une approche systémique à grande échelle demeure nécessaire pour soutenir l'amélioration à long terme des soins périopératoires. L'urgence de s'attaquer au syndrome de déférence dépasse l'efficacité opérationnelle; c'est un impératif moral essentiel à la création de milieux périopératoires où règnent l'équité et la capacité d'adaptation, et qui respectent les normes éthiques et optimisent la prestation des soins. En supprimant les barrières hiérarchiques, en donnant la priorité à la collaboration et en favorisant l'inclusion, les systèmes de santé peuvent bâtir un modèle d'équipes chirurgicales très efficaces qui profite à la fois aux patients et aux soignants.

**Mots-clés :** syndrome de déférence, distance hiérarchique dans les soins de santé, obstacles liés à la communication hiérarchique, sécurité des patients et communication, gestion des ressources en équipe dans le domaine de la chirurgie, sécurité psychologique des équipes de soins périopératoires, collaboration interdisciplinaire en santé

**Citation suggérée :** Dunn, J. (2025). « Surmonter la distance hiérarchique et le syndrome de déférence en salle d'opération », *Revue de l'AIISOC*, 42(1), 44–55. <https://doi.org/10.5737/ornac14513>

Les problèmes institutionnels, notamment la distance hiérarchique, les discours atténués et les inégalités dans la collaboration en salle d'opération sapent l'efficacité du travail d'équipe, compromettent les résultats et érodent les

fondements éthiques des soins (Lee et al., 2023; Pattni et al., 2019). Les ratés dans l'échange d'information, qui sont à l'origine de près de 70 % des événements sentinelles dans le domaine de la santé, sont exacerbés au bloc opératoire par la rigidité des structures qui supprime la possibilité, pour les infirmières, d'exprimer leur jugement critique (Guttman et al., 2021). Ces problèmes systémiques soulignent l'importance d'adopter un cadre conceptuel pour faciliter la compréhension et l'aplanissement des obstacles sous-jacents à la communication et à la collaboration en salle d'opération.

C'est là qu'intervient la notion de « syndrome de déférence » pour décrire l'habitude qu'ont les infirmières en soins périopératoires et d'autres membres du personnel subalterne d'utiliser un discours atténué, façonné par des dynamiques de pouvoir bien ancrées; cette notion aidera à mieux saisir l'état de la situation.

Le « syndrome de déférence » mine l'affirmation de soi et la crédibilité, perpétuant les risques associés à la prise de décision hiérarchique, au préjudice moral et à l'épuisement professionnel. Ces schèmes de comportement affaiblissent la cohésion de l'équipe et la capacité d'adaptation de l'organisation, amplifiant les erreurs, le roulement de personnel et l'inefficacité opérationnelle (Yi et al., 2024). Il est toutefois possible de contrer les risques posés par le syndrome de déférence en s'inspirant d'autres secteurs où les enjeux sont élevés, comme l'aviation; ceux-ci fournissent de précieuses leçons pour favoriser la prise de décision équilibrée et une collaboration équitable.

Les cadres structurés, comme la gestion des ressources en équipe, soulignent l'importance de valoriser la contribution de tous les membres, ce qui améliore l'équilibre et l'efficacité du processus décisionnel (Havinga et al., 2017). Bien que les principes de gestion des ressources en équipe se soient avérés utiles dans d'autres secteurs, l'environnement interdisciplinaire et culturellement diversifié propre à la salle d'opération exige une approche adaptée favorisant le soutien et l'inclusion. Les priorités concurrentes, les structures hiérarchiques bien établies et les différentes normes découlant des dynamiques de pouvoir compliquent les efforts pour faire du bloc opératoire un espace où règne l'équité et la tranquillité d'esprit (Attri et al., 2015; Zander, 2020).

Le cadre du syndrome de déférence, qui sert ici à comprendre les répercussions de la distance hiérarchique sur les soins périopératoires, fournit une feuille de route pour surmonter ces obstacles. On en examinera d'abord la définition, puis les effets sur les individus et les organisations. Par la suite, la salle d'opération sera présentée comme un microcosme de difficultés systémiques plus vastes et l'accent sera mis sur la complexité des structures hiérarchiques en place et du discours atténué. La discussion abordera le « dilemme de la distance hiérarchique » afin d'évaluer la tension entre le leadership et l'équité dans la prise de décision. S'inspirant d'autres secteurs aux enjeux tout aussi considérables, le document conclut par des recommandations de réformes réalisables. Il plaide en faveur d'un

changement culturel qui solidifie la collaboration, améliore les résultats et renforce l'intégrité éthique dans les soins de santé grâce à l'intégration des principes de gestion des ressources en équipe, ainsi que de systèmes d'aide à la décision d'avant-garde et de programmes de développement du leadership.

## **Le syndrome de déférence, un phénomène conceptuel**

Au bloc opératoire, les déséquilibres d'autorité et les normes hiérarchiques constituent des obstacles à la communication qui nuisent au dialogue ouvert et à la prise de décisions vitales (Rosen et al., 2018). Ces dynamiques touchent de manière disproportionnée les infirmières en soins périopératoires, dont la contribution est essentielle à la sécurité des patients et à l'efficacité de l'équipe (Pattni et al., 2019). Pour solutionner ces problèmes structurels, il faut un cadre pour comprendre comment les normes hiérarchiques façonnent la communication et compromettent la dynamique au sein de l'équipe. C'est là qu'intervient le terme « syndrome de déférence », proposé pour décrire l'habitude qu'ont les infirmières de recourir à un discours atténué, façonné par des dynamiques de pouvoir bien enracinées. Le syndrome de déférence est un reflet de la manière dont les déséquilibres structurels limitent la communication directe et dévalorisent l'expression du jugement critique, entraînant ainsi des risques pour la sécurité des patients (Buljac-Samardžić et al., 2021).

La distance hiérarchique, c'est-à-dire l'acceptation et le renforcement de relations inégales au sein d'un système, joue un rôle central dans le syndrome de déférence (Dai et al., 2022). Les normes culturelles, institutionnelles et organisationnelles encouragent la déférence envers l'autorité et découragent souvent les différences d'opinions ou la rétroaction critique (Daniels et Greguras, 2014). Cette circulation inégale de l'information conduit à une prise de décision qui tient compte de manière disproportionnée du point de vue des personnes occupant des positions de leadership tout en invalidant celui des infirmières.

Le syndrome de déférence est un mécanisme déterminant par lequel la distance hiérarchique se manifeste dans le bloc opératoire; il est renforcé par le discours atténué, un style de communication dans lequel les individus adoucissent leur langage pour se conformer aux attentes en matière de déférence (Albelda et Arguedas, 2021). La politesse est peut-être socialement appropriée, mais elle nuit à la clarté dans des milieux comme les salles d'opération, où toutes les décisions sont vitales. Par exemple, si l'infirmière dit : « Pourrions-nous revérifier? » au lieu de dire explicitement : « Cet instrument n'est pas stérile! », non seulement la communication manque de clarté, mais ce réflexe perpétue également la tendance systémique à sous-estimer l'importance de leur apport indispensable aux soins, ce qui accentue les risques associés à la prise de décision hiérarchique. Cette communication atténuée a

souvent pour conséquence le rejet ou la sous-appréciation des préoccupations fondamentales, ce qui renforce les écarts d'autorité et réprime l'efficacité du travail d'équipe (Canadian Patient Safety Institute/Institut canadien pour la sécurité des patients, 2020).

L'effet cumulatif du syndrome de déférence s'étend au-delà de la communication et influence jusqu'à la façon dont les commentaires sont reçus et valorisés au sein des équipes (Shah et al., 2015). Même lorsque les infirmières manifestent leurs préoccupations, la combinaison du discours atténué et de structures d'autorité rigides mine souvent leur crédibilité, créant une boucle de rétroaction qui cristallise encore davantage les normes hiérarchiques. Ces tendances mettent en péril la collaboration dans l'équipe, affaiblissent la prise de décision et, en fin de compte, compromettent la santé des patients (Hays et al., 2022).

Pour contrer les effets envahissants du syndrome de déférence, il faut adopter une approche globale qui favorise l'inclusion et habilite tous les membres de l'équipe à s'exprimer. Le présent article définit le syndrome de déférence et met en évidence les répercussions profondes de la distance hiérarchique sur les soins périopératoires. Des stratégies telles que les protocoles de communication structurée, la formation au leadership et les mesures pour garantir la sécurité psychologique sont essentielles pour démanteler les barrières, garantir la clarté des échanges, renforcer la collaboration et améliorer les résultats (Etchegaray et al., 2017; Etherington et al., 2021).

## Coûts humains et organisationnels

Les effets envahissants du syndrome de déférence se répercutent bien au-delà des ruptures de communication immédiates : ils façonnent le paysage des soins périopératoires. En sapant la collaboration, en faisant taire les critiques et en renforçant les inégalités hiérarchiques, le syndrome de déférence met non seulement en péril la sécurité des patients, mais érode également le moral de l'équipe et la persévérance professionnelle (Lee et al., 2024). Pour comprendre ces effets systémiques, il faut explorer les manifestations du syndrome de déférence dans les pratiques quotidiennes de communication et de prise de décisions en salle d'opération.

Le syndrome de déférence est une forme de communication indirecte qui se produit lorsque les infirmières modèrent leur langage pour se soumettre à des normes de déférence, en disant par exemple, de manière hésitante, « Devrions-nous vérifier le dosage? » plutôt que plus explicitement « Ce dosage est incorrect », pour exprimer leurs observations critiques. Cette formulation atténuée l'urgence de la situation et de l'information vitale risque alors d'être écartée. Au fil du temps, ce genre de comportements renforce les normes hiérarchiques, entrave le travail d'équipe et entraîne un préjudice moral, fruit d'un conflit qui survient lorsque les individus se sentent incapables d'agir conformément à leurs principes éthiques et qui exacerbe

l'épuisement professionnel et le désengagement (Anderson et Brown, 2010; Hays et al., 2022). La distance hiérarchique a souvent des conséquences sur la prise de décisions courantes en salle d'opération, ce qui montre bien sa nature systémique. Un exemple particulièrement significatif du syndrome de déférence est la mise à l'horaire en priorité d'interventions chirurgicales non urgentes après minuit, une décision prise par les personnes en position d'autorité qui ne tient pas compte des considérations de sécurité et de charge de travail du personnel infirmier (Battié et al., 2017; Roche et al., 2024). Dans ce type de situation, les voix dissidentes sont souvent réduites au silence, ce qui renforce les inégalités et multiplie les erreurs dues à la fatigue (Kawa et al., 2024).

Les groupes sous-représentés au sein du personnel en soins périopératoires sont particulièrement touchés par les effets du syndrome de déférence (Buljac-Samardžić et al., 2021). Les préjugés liés au rang, au sexe ou au rôle exacerbent leurs difficultés, comme l'illustre, par exemple, l'hésitation qu'aurait une infirmière débutante à faire part de ses préoccupations concernant un instrument qui fonctionne mal. Si son commentaire timide est rejeté, mais qu'on accepte ensuite le même commentaire formulé par un collègue masculin, cela ne fait pas que compromettre la sécurité des patients; il se crée un sentiment de détachement et de dévalorisation. Ce scénario montre à quel point le silence des voix marginalisées plombe à la fois la cohésion de l'équipe et le moral du personnel de l'établissement (Applebaum et al., 2020).

La fatigue, aggravée par le syndrome de déférence et le déséquilibre des forces, vient elle aussi accroître le risque d'erreurs pourtant évitables (Rodziewicz et al., 2024). La charge de travail excessive perturbe les fonctions cognitives, ce qui non seulement compromet la sécurité des patients, mais pèse également lourd sur les ressources institutionnelles, car la surcharge cognitive est à l'origine de manques d'efficacité, d'événements sentinelles et de réclamations pour faute professionnelle. Les ruptures de communication, caractéristiques des systèmes fondés sur l'autorité, sont en cause dans une large part de ces problèmes financiers et opérationnels (O'Daniel et Rosenstein, 2008). Pour freiner cette cascade de conséquences, les interventions doivent cibler les barrières structurelles et culturelles qui sous-tendent le syndrome de déférence (Buljac-Samardžić et al., 2020; Canadian Patient Safety Institute/Institut canadien pour la sécurité des patients, 2020).

Par extension, les formations de sensibilisation aux préjugés et les programmes de sensibilité culturelle contribuent à tempérer les préjugés inconscients, ce qui participe à la création d'un milieu inclusif où toutes les voix ont leur place (De Brún et al., 2019). En outre, les ateliers de communication narrative peuvent humaniser les effets du syndrome de déférence, inspirer des changements culturels et renforcer la collaboration. En réduisant les barrières hiérarchiques, les organismes de

santé peuvent améliorer leur efficacité opérationnelle, retenir les professionnels compétents et donner aux infirmières les moyens de poser un regard critique sur les soins aux patients et la gestion des ressources (Olaleye et al., 2022).

En outre, ces difficultés éthiques, opérationnelles et financières sont un signe des effets systémiques du syndrome de déférence dans les soins de santé (Krishnakumar et al., 2021). Pour les surmonter, il faut donner la priorité à la communication ouverte, à la répartition équitable de la charge de travail et à la prise de décision collaborative (Endalamaw et al., 2024). Les programmes de leadership doivent mettre l'accent sur la réduction des écarts d'autorité afin de favoriser l'équité, d'atténuer le préjudice moral et de renforcer la cohésion de l'équipe (Korkmaz et al., 2022). Ces réformes permettront aux établissements de santé de briser le cycle du syndrome de déférence et de préserver le bien-être des patients.

Devant les difficultés systémiques posées par le syndrome de déférence, les normes hiérarchiques et les ruptures de communication, on constate le rôle essentiel qu'occupe la salle d'opération dans l'évolution des soins de santé. Ces tendances ne sont pas isolées; elles résultent plutôt d'une dynamique institutionnelle plus vaste qui dégrade à la fois la sécurité des patients et la cohésion de l'équipe. Ces problèmes sont omniprésents et, pour les résoudre, il faut non seulement des interventions ciblées, mais aussi une nouvelle conception du fonctionnement de la salle d'opération en tant que microcosme où mettre en œuvre une réforme systémique.

### **La salle d'opération comme microcosme d'une réforme systémique**

La salle d'opération incarne autant les difficultés que les possibilités du système de santé; il s'agit donc d'un milieu central pour toute réforme sérieuse. Au bloc opératoire, la distance hiérarchique, les contraintes de ressources et les dynamiques d'équipe complexes convergent pour intensifier les inefficacités structurelles et les ruptures de communication. Cependant, cette complexité fait également de la salle d'opération un lieu idéal pour mettre à l'essai des interventions visant à résoudre les problèmes institutionnels plus vastes (Pasquer et al., 2024).

La nature interdisciplinaire de la salle d'opération, qui exige une collaboration sans faille entre chirurgiens, anesthésistes, infirmières et techniciens, complique elle aussi la situation. Les différences en matière de formation, de normes culturelles et d'attentes relatives au rôle entravent souvent la collaboration, et soulignent l'importance de trouver des solutions ciblées (Etherington et al., 2021). Par exemple, il est possible de combler les lacunes en donnant de la formation sur les compétences culturelles et en adoptant des protocoles de communication structurée afin d'encourager l'inclusion et de profiter de la diversité des points de vue pour améliorer la prise de décision plutôt que pour créer des divisions (Zhang, 2023).

Les secteurs à risques élevés comme l'aviation peuvent être une source d'inspiration et leurs cadres structurés, fournir des options efficaces applicables au bloc opératoire. La gestion des ressources en équipe, par exemple, est la preuve que la réduction de la distance hiérarchique améliore la sécurité, l'efficacité et la collaboration (Alavosius et al., 2017). La mise en œuvre de ces stratégies éprouvées et leur adaptation aux exigences particulières de la salle d'opération rendent possible l'adoption d'un modèle de travail d'équipe inclusif et efficace. Cette approche peut également permettre de régler les problèmes à plus grande échelle. En tant que microcosme, la salle d'opération a le potentiel de provoquer un changement systémique. Les interventions qui y sont mises à l'essai puis perfectionnées peuvent inspirer des réformes organisationnelles plus vastes, pavant la voie à davantage d'équité, d'adaptabilité et de collaboration dans les milieux de soins (Moore et al., 2021).

### **Le dilemme de la distance hiérarchique**

Les efforts visant à réduire la distance hiérarchique et le syndrome de déférence en milieu chirurgical constituent également une occasion précieuse de renforcer la dynamique d'équipe, d'améliorer la santé des patients et d'encourager la collaboration équitable. Toutefois, ces initiatives suscitent également des débats, en particulier dans les environnements sous pression comme la salle d'opération, où l'efficacité, la clarté et le leadership décisif sont primordiaux. L'équilibre entre ces priorités concurrentes nécessite une approche bien nuancée.

L'une des principales préoccupations concerne la nature vitale des soins au bloc opératoire; la clarté du leadership en cas d'urgence est jugée essentielle. Les partisans des structures hiérarchiques conventionnelles affirment qu'une chaîne de commandement claire garantit la responsabilité et la rapidité de la prise de décision en situation à enjeu élevé (Anderson et Brown, 2010). Ils mettent en garde contre les pratiques inclusives qui encouragent, par exemple, à solliciter l'avis de tous les membres de l'équipe, disant qu'elles pourraient entraîner des retards ou créer des goulots d'étranglement qui compromettraient la santé des patients (Alston et al., 2021).

En outre, des critiques parmi les assureurs (notamment pour fautes professionnelles dans le secteur privé) s'inquiètent des risques associés à l'aplanissement de la hiérarchie dans les soins de santé (Flores, 2022), ceux-ci affirmant que le démantèlement des structures de direction claires risque de brouiller les cartes et de rendre difficile l'attribution de la responsabilité en cas d'issue malheureuse (Dalton et al., 2008). Cette ambivalence pourrait entraîner une augmentation des demandes d'indemnisation pour faute professionnelle, une hausse des primes ou, dans certains cas, le refus d'assurer certains professionnels. En outre, la décentralisation des décisions peut introduire des ambiguïtés procédurales, ce qui peut accroître les risques de litige ou créer une impression de désorganisation du système

(Rabinovich-Einy, 2011). Par conséquent, les assureurs plaident pour des réformes équilibrées qui préservent la clarté du leadership, tout en intégrant des pratiques inclusives pour atténuer les problèmes de responsabilité (Hajek, 2013).

Bien que ces préoccupations soient valables, elles négligent les avantages à long terme de la prise de décision collective; c'est l'avis des personnes qui se prononcent en faveur de la réduction de la distance hiérarchique. La recherche montre que les pratiques inclusives améliorent la communication, la conscience de la situation et la compréhension des risques, elles réduisent la probabilité d'erreurs médicales (Hajek, 2013; Rabinovich-Einy, 2011). Des outils tels que la méthode SBAR (pour situation-background-assessment-recommandation) et la communication en boucle fermée permettent à tous les membres de l'équipe d'exprimer leurs préoccupations et leurs observations, ce qui permet de cerner et de contrer les risques avant qu'ils ne se concrétisent.

Les établissements qui adoptent ces pratiques rapportent toujours moins d'événements indésirables, une meilleure évaluation de la sécurité des patients et une réduction du nombre de demandes d'indemnisation pour faute professionnelle, ce qui correspond, en fait, aux priorités des assureurs (Buljac-Samardzic et al., 2021). En présentant l'inclusion comme une stratégie qui accroît la sécurité et réduit les risques, les établissements de soins peuvent faire non seulement la preuve que la collaboration améliore la santé des patients, mais aussi qu'elle constitue une stratégie saine de gestion des finances et de la responsabilité (Flores, 2022).

Pour réduire la distance hiérarchique, il n'est pas nécessaire d'éliminer le leadership, mais plutôt d'adopter une approche adaptative et inclusive. Les cadres de communication structurée, comme la méthode SBAR, maintiennent la clarté tout en permettant aux membres de l'équipe de contribuer de manière significative à la prise de décision (Etemadifar et al., 2021). De même, les structures hiérarchiques dynamiques, où le pouvoir décisionnel change temporairement en fonction de l'expertise, établissent un équilibre entre le leadership et l'inclusion. Par exemple, une infirmière qui surveille les signes vitaux d'un patient peut signaler une instabilité et déclencher une action immédiate, tandis que le chirurgien conserve le contrôle des décisions procédurales générales (Garrick et al., 2024; Ghanmi et al., 2024). Ce modèle tire parti de l'expertise collective de l'équipe tout en garantissant la responsabilité et la réactivité.

Outre les préoccupations opérationnelles, les obstacles culturels et pratiques compliquent les efforts visant à réduire la distance hiérarchique. Dans les cultures où la hiérarchie est importante et où la déférence envers l'autorité est profondément ancrée, le personnel subalterne peut être hésitant à exprimer ses préoccupations, craignant de se montrer irrespectueux (Fietz et al., 2021; Green et al., 2017). Selon les critiques, l'affirmation de soi ou l'inversion des rôles risque d'entrer en contradiction avec les

normes établies ou d'exposer les lacunes dans l'expertise du personnel subalterne (Ghanmi et al., 2024).

Des interventions sur mesure sont nécessaires pour entraîner un changement progressif vers l'inclusion tout en respectant les normes culturelles. Les séances de planification préopératoire, les comptes rendus structurés et les plateformes de rétroaction anonyme offrent aux membres de l'équipe des voies sûres pour apporter leur contribution sans perturber la hiérarchie (Lin et al., 2022). En outre, la formation aux compétences culturelles permet aux équipes de s'adapter à divers styles de communication, ce qui favorise la collaboration d'une manière qui transcende les différences culturelles (Mundt et al., 2020).

Les systèmes de santé doivent également composer avec les obstacles financiers et logistiques à la mise en œuvre de ces réformes. Les critiques font valoir que les programmes de formation, le perfectionnement des compétences culturelles et l'adaptation de la gestion des ressources en équipe nécessitent des investissements importants qui peuvent mettre les ressources à rude épreuve, en particulier dans les systèmes sous-financés (Lazar et al., 2013; Parker et al., 2020). Toutefois, la recherche montre aussi que l'inclusion entraîne des économies à long terme en réduisant les erreurs, en diminuant les risques de litige et en améliorant la rétention du personnel (Garrick et al., 2024). La mise en œuvre progressive des mesures et leur expansion en fonction des données probantes provenant de la recherche peuvent réduire au minimum les coûts initiaux tout en garantissant la faisabilité (Buljac-Samardžić et al., 2021).

Malgré les différentes stratégies possibles pour la réaliser, la réduction de la distance hiérarchique s'oppose à la résistance des cadres supérieurs. Certains considèrent ces réformes comme des menaces à leur autorité ou à leur expertise (Anderson et Brown, 2010; Gong et al., 2019). La réussite de toute initiative repose donc sur l'assentiment des différentes parties prenantes. Elles accorderont peut-être plus facilement leur soutien si les réformes axées sur l'inclusion sont présentées comme des outils ayant pour but d'améliorer le rendement de l'équipe et non de diminuer le leadership. En outre, les programmes pilotes peuvent être convaincants pour montrer que l'inclusion améliore les résultats et en encourageant l'adoption généralisée (Hill Weller et al., 2024).

En fin de compte, la réduction de la distance hiérarchique en milieu chirurgical ne consiste pas à démanteler la structure d'autorité, mais à créer des systèmes adaptatifs qui équilibrent le leadership et l'inclusion. Les cadres de communication structurée, les structures hiérarchiques dynamiques et la formation aux compétences culturelles permettent d'atteindre cet équilibre en favorisant la collaboration, l'adaptabilité et l'efficacité. En intégrant ces pratiques dans leurs structures organisationnelles, les établissements de santé peuvent diversifier les points de vue, surmonter les barrières hiérarchiques et accroître la sûreté et l'efficacité des soins (Okatta et al., 2024).

## Des exemples de succès dans d'autres secteurs

En dépit de ces préoccupations, les secteurs à risques élevés, comme l'aviation et l'énergie nucléaire, fournissent des exemples convaincants pour montrer qu'il est possible de réduire la distance hiérarchique et, ce faisant, d'améliorer la sécurité et l'efficacité opérationnelles. Ces secteurs, où la précision et le travail d'équipe sont essentiels, ont relevé avec succès des défis semblables à ceux que pose le syndrome de déférence dans les soins de santé. En permettant aux membres de l'équipe à tous les niveaux de s'exprimer, ces industries sont la preuve que la réduction des barrières hiérarchiques favorise la prise de décision et évite les erreurs (Alavosius et al., 2017).

Le cadre de la gestion des ressources en équipe est l'un des plus importants à cet égard; il a été mis au point dans l'aviation pour prévenir les problèmes de communication causés par les écarts d'autorité. Ce cadre favorise l'ouverture des communications, la responsabilité partagée et la création d'un environnement où il est possible d'exprimer ses préoccupations sans crainte (Gross et al., 2019). Certains outils de base, comme des listes de vérification normalisées, des protocoles de communication structurée et des formations par simulation, ont considérablement amélioré la sécurité en assurant la libre circulation de l'information essentielle d'un échelon à l'autre (Guy et al., 2022). Ces stratégies renforcent à la fois l'efficacité opérationnelle et la responsabilité éthique.

De même, la réduction de la distance hiérarchique a aussi prouvé sa valeur dans le secteur de l'énergie nucléaire. Certaines pratiques, telles que les protocoles de décision à plusieurs niveaux et les systèmes de redondance, garantissent qu'aucune figure d'autorité ne domine les décisions cruciales, et créent ainsi une culture de responsabilité partagée (Orikpete et Ewim, 2024). Ces systèmes montrent que l'aplanissement des structures hiérarchiques n'affaiblit pas le leadership, mais qu'il affermit plutôt la collaboration des équipes sous pression, des leçons qui sont transposables aux soins de santé.

En s'appuyant sur les enseignements tirés d'autres secteurs, le domaine de la santé peut bénéficier de stratégies qui améliorent la collaboration et la communication au sein de l'équipe. Les principes de gestion des ressources en équipe, notamment la communication structurée et la formation à l'aide de mises en situation, aident les équipes chirurgicales à éviter les erreurs et à s'adapter plus aisément aux situations où le stress est élevé (Romano et al., 2022). En outre, les outils d'aide à la décision et les analyses en temps réel servent à déterminer les lacunes en matière de communication et à consolider les pratiques de collaboration (Roosan et al., 2019).

Au-delà des applications pratiques, ces différents cadres s'arriment aux engagements éthiques des soins de santé. En aviation, le principe voulant que « chaque vie en vaut la peine »

se superpose parfaitement à la mission des soins de santé, où la sécurité et l'inclusion sont fondamentales (Stanford, 2020). En intégrant cette éthique aux opérations grâce à l'adoption de pratiques structurées, les systèmes de santé peuvent éliminer les causes profondes du syndrome de déférence, de l'épuisement professionnel et du désengagement, en particulier chez les infirmières (Albaqawi et Alshammari, 2024; Čartolovni et al., 2021).

Les succès obtenus dans les domaines de l'aviation et de l'énergie nucléaire montrent que la réduction de la distance hiérarchique et du syndrome de déférence est à la fois réalisable et transformatrice. Les secteurs qui doivent faire preuve d'une fiabilité à toute épreuve, comme l'aviation et l'énergie nucléaire, ont réussi à mettre en œuvre des protocoles de communication structurée, des stratégies pour aplanir la hiérarchie et des cadres de prise de décision en équipe pour améliorer la sécurité et l'efficacité opérationnelle (Alavosius et al., 2017; Orikpete et Ewim, 2024). Ces industries montrent la voie à suivre : en intégrant les principes de la gestion des ressources en équipe, en favorisant la sécurité psychologique et en adoptant des paramètres de formation et d'évaluation robustes, les établissements de santé peuvent créer des milieux de travail empreints de sécurité et d'équité (Gross et al., 2019; Buljac-Samardžić et al., 2021).

## Recommandations de réforme

Autre leçon tirée des domaines de l'aviation et de l'énergie nucléaire : tout changement culturel et opérationnel durable nécessite une approche globale et multidimensionnelle. Ces secteurs ont réussi à intégrer le développement du leadership, l'innovation technologique, la réforme des politiques et les initiatives culturelles pour lever les obstacles systémiques à la sécurité et à la collaboration (Havinga et al., 2017; Romano et al., 2022). Les systèmes de santé ont besoin d'une approche holistique similaire pour atténuer le syndrome de déférence et favoriser la collaboration interdisciplinaire. Au cœur de cette approche globale se trouve le développement du leadership, qui joue un rôle central dans la promotion de l'inclusion et de la sécurité psychologique au sein des équipes (DeBrun et al., 2019). Les programmes de formation doivent doter les dirigeants de compétences comme l'écoute active, l'empathie et la résolution de conflits afin que toutes les voix soient valorisées, mais ce n'est qu'une partie de la démarche; le tout doit se faire par l'adoption de stratégies bien définies, comme les discussions à la ronde et des voies de communication sûres pour encourager la participation de toute l'équipe. La délégation en fonction des tâches permet de tirer parti de la diversité des compétences, tandis que les programmes de mentorat et l'attribution du leadership à tour de rôle soutiennent davantage le développement professionnel et la responsabilité partagée. Ces approches donnent l'occasion au personnel subalterne d'acquérir des compétences en leadership et favorisent le respect

mutuel entre les différents niveaux hiérarchiques (Rainey et Monaghan, 2022; Robertson et al., 2024). Les exercices d'empathie, qui permettent aux dirigeants de faire l'expérience des difficultés que vivent les travailleurs de première ligne, sont complémentaires, car ils permettent aux participants de mieux se comprendre et ils renforcent également la confiance au sein des équipes (McNulty et Politis, 2023).

Outre la promotion d'un leadership inclusif, il est essentiel d'outiller les équipes de soins pour qu'elles puissent fonctionner de manière optimale malgré la pression et les difficultés des milieux à risque élevé. Les protocoles dynamiques de tests de résistance au stress, comme ceux utilisés dans l'aviation, préparent justement les équipes à ce genre de situations en améliorant la capacité d'adaptation et la prise de décision collective (Colman et al., 2019; Hibberson et al., 2021). Les équipes de soins périopératoires peuvent s'entraîner, lors de simulations, à utiliser ce type de protocoles pour s'habituer à travailler sous pression. Au cours d'une séance de formation, l'équipe peut répéter une intervention chirurgicale complexe pendant laquelle survient une crise, par exemple un arrêt cardiaque soudain dû à une embolie gazeuse. La simulation se fait sur un mannequin haute-fidélité et évolue de manière dynamique en fonction des actions de l'équipe, et l'intervention nécessite une prise de décision rapide et une communication sans faille. L'anesthésiste administre les « faux » médicaments, tandis que le chirurgien dirige la procédure de prise en charge de l'embolie. Pendant ce temps, l'infirmière en service externe récupère des instruments supplémentaires et l'infirmière en service interne assure la stérilité du champ. Les formateurs suivent la séance à l'aide d'un système d'intelligence artificielle (IA) qui analyse la communication, les temps de réponse et l'exécution des tâches. Après la simulation, l'équipe examine les mesures de rendement et détermine les points à améliorer. Ce test de résistance au stress encourage l'adaptabilité, la communication et la prise de décision collective et, ce faisant, améliore, pour les patients, l'issue des urgences périopératoires (Komasawa et Berg, 2016).

Si, dans les moments critiques, les protocoles de tests de résistance facilitent bel et bien la dynamique au sein de l'équipe, des changements systémiques plus vastes sont nécessaires pour remédier aux manques d'efficacité et aux disparités de la charge de travail dans l'ensemble de l'organisation. C'est la raison pour laquelle il faut procéder à des réformes politiques et structurelles (Yakusheva et Boston-Leary, 2024). L'une de ces réformes consiste à mettre en œuvre des politiques de gestion des horaires qui limitent les interventions chirurgicales non urgentes pendant les heures délicates, une stratégie qui évite les erreurs dues à la fatigue et préserve les ressources pour les urgences (Kawa et al., 2024; Kluger et al., 2013; Rodziewicz et al., 2024). La répartition équitable de la charge de travail est une autre mesure essentielle, car elle favorise la cohésion de l'équipe et réduit l'épuisement professionnel en assurant un juste partage des responsabilités. En outre,

les cadres décisionnels qui exigent un consensus au sein de l'équipe garantissent que les points de vue de l'ensemble du personnel, y compris les infirmières et les membres subalternes, sont acceptés et valorisés (Lin et al., 2022). Pour évaluer l'efficacité de ces réformes, les organismes de soins devront adopter des paramètres de mesure clairs, comme la réduction du nombre d'erreurs, l'amélioration de la satisfaction au sein de l'équipe et la diminution de roulement du personnel. Ils pourraient par exemple créer un tableau de bord pour rendre des comptes au public en y incluant des paramètres mesurant l'inclusion et la sécurité, ce qui accroît la transparence et la confiance entre les établissements (Fukami, 2024).

Les initiatives culturelles, quant à elles, s'appuient sur ces réformes structurelles et jouent un rôle de premier plan dans la promotion de l'inclusion et la lutte contre les préjugés implicites (Onyeador et al., 2021). Les programmes qui combinent compétence culturelle et sensibilisation aux préjugés aident les équipes à s'adapter à divers styles de communication et à surmonter les obstacles liés au rang, au sexe ou au rôle. Les jeux de rôle et les ateliers de communication narrative, qui amènent le personnel à raconter son expérience des difficultés hiérarchiques, donnent un visage humain aux conséquences du syndrome de déférence et inspirent l'action collective (Sabin, 2022). Les programmes de reconnaissance qui récompensent les pratiques axées sur l'inclusion ancrent encore davantage ces valeurs dans la culture organisationnelle. Aussi, le fait de lier les mesures incitatives destinées aux dirigeants à d'autres paramètres, comme la satisfaction et la rétention du personnel, garantit un engagement durable en faveur de l'équité et de la collaboration (Tian et al., 2020).

L'adoption de ces stratégies et leur intégration dans le leadership, les politiques et la culture permettent de créer des environnements de soins périopératoires transformateurs qui servent de modèles d'équité, de sécurité et de collaboration. Ces changements améliorent non seulement la sécurité des patients et le bien-être du personnel, mais s'arriment également aux grandes priorités éthiques et institutionnelles, assurant l'équité et la pérennité du système de santé.

## Aspects pratiques et répercussions

Les recommandations visant à contrer le syndrome de déférence et à réduire la distance hiérarchique en santé sont prometteuses pour transformer les soins périopératoires, mais les effets pourraient aussi se répercuter ailleurs. Toutefois, la faisabilité de ces recommandations dépend de l'efficacité avec laquelle les obstacles à leur mise en œuvre seront surmontés, ainsi que des leçons tirées d'autres secteurs à risques élevés. Le but de la présente section est de tenir compte des implications politiques et de la pertinence interdisciplinaire afin de mettre en lumière la voie à suivre pour appliquer ces réformes dans divers milieux de soins.

Le potentiel est grand, mais la mise en œuvre de ces recommandations sera complexe, notamment à cause des ressources limitées et de la résistance au changement (McGuier et al., 2024). L'un des principaux obstacles est le fardeau financier et logistique des programmes de formation et de l'intégration des technologies et des mesures de sensibilisation culturelle, en particulier dans les systèmes de santé sous-financés ou les milieux qui manquent de ressources (Buljac-Samardžić et al., 2020). Les établissements de petite taille peuvent avoir du mal à dégager les ressources nécessaires à une réforme globale. L'une des options est d'introduire les réformes progressivement, en commençant par des interventions peu coûteuses, comme des modules de formation au leadership, des mécanismes de rétroaction anonyme et des protocoles de communication structurée comme la méthode SBAR (Wang et al., 2023). Ces changements fondamentaux peuvent être le catalyseur nécessaire à la création d'une dynamique qui permettra de réaliser des initiatives plus gourmandes en ressources, telles que la formation par simulation ou la mise en œuvre de technologies d'aide à la décision.

Outre les contraintes de ressources, la résistance au changement du personnel habitué aux structures hiérarchiques conventionnelles constitue un autre obstacle de taille à la réforme (French-Bravo et Crow, 2015; George et Massy, 2020). L'engagement des parties prenantes dès le début du processus et la présentation des réformes comme des occasions d'améliorer le rendement de l'équipe et l'état de santé des patients pourraient atténuer cette résistance (Fernandez et al., 2022). En outre, la mise en place de programmes pilotes dans certains services peut servir de preuve de concept; en effet, ces programmes montrent les avantages tangibles des réformes et encouragent leur application à grande échelle. En instituant des programmes qui soulignent et récompensent les pratiques inclusives, il est possible de favoriser une culture de responsabilité et de collaboration (Rogers et al., 2021).

Dans le secteur de l'aviation, l'importance accordée aux outils de communication structurée, comme les listes de vérification normalisées et les exposés avant vol, se rapproche énormément des besoins des équipes chirurgicales. Ces outils peuvent aussi être adaptés aux cliniques ambulatoires pour assurer un transfert cohérent des patients, ou aux services d'urgence pour faciliter le triage et l'allocation des ressources. De même, les protocoles de prise de décision à plusieurs niveaux et les systèmes de redondance mis en place dans l'industrie nucléaire constituent un modèle pour éviter les erreurs dans les milieux de soins à risque élevé, comme les unités de soins intensifs ou de néonatalogie.

La promotion d'une culture encourageant la sécurité psychologique et la responsabilité partagée dans ces secteurs renforce le succès des réformes structurelles au-delà des pratiques opérationnelles. En habilitant tous les membres de l'équipe à

s'exprimer sans crainte de représailles, les établissements de soins peuvent améliorer à la fois la sécurité des patients et la cohésion des équipes. La collaboration interdisciplinaire avec des experts de l'aviation et de l'énergie nucléaire permettra d'affiner un peu plus les méthodes; on devra veiller à ce qu'elles soient conformes aux exigences particulières du domaine de la santé.

## Analyse critique et limites de l'étude

En définissant le concept du syndrome de déférence et en proposant des réformes, le présent article fournit une base solide pour s'attaquer aux barrières systémiques dans les soins périopératoires; toutefois, plusieurs limites méritent d'être prises en compte. L'admission des difficultés ne peut que renforcer la crédibilité des arguments et permettre de trouver de nouvelles voies d'amélioration et de recherche.

Le syndrome de déférence désigne l'habitude d'utiliser un discours atténué; le cadre proposé décrit l'influence des normes hiérarchiques sur la communication. Bien qu'il s'agisse là d'une dimension essentielle des obstacles à la communication au bloc opératoire, le cadre ne tient pas pleinement compte d'autres facteurs comme les contraintes de temps et de ressources, et les conflits interprofessionnels, qui ne dépendent pas nécessairement de la hiérarchie. En outre, les idées interdisciplinaires venant de secteurs à risque élevé comme l'aviation sont précieuses; cependant, elles ne s'appliquent pas entièrement à la complexité et aux nuances culturelles des milieux de soins. Par exemple, la normalisation rigide des protocoles aéronautiques peut être difficile à reproduire dans le contexte dynamique et diversifié des équipes médicales. Le cadre aurait donc besoin d'être élargi pour intégrer ces facteurs contextuels et ainsi en améliorer la portée et l'applicabilité.

De plus, pour vaincre la résistance et garantir l'adoption à long terme des interventions, il faut en prouver l'efficacité, mais les effets ne sont pas faciles à mesurer. Les taux d'erreur, l'état de santé des patients et la satisfaction de l'équipe sont des indicateurs précieux, mais il est intrinsèquement complexe d'isoler l'effet précis des réformes liées au syndrome de déférence par rapport à d'autres variables. Des études longitudinales employant des cadres d'évaluation solides seront essentielles pour savoir si les changements entraînent des effets durables; toutefois, ce genre de projets nécessitent beaucoup de temps, de financement et d'engagement de la part de l'établissement qui s'y attelle.

Les facteurs culturels ajoutent une autre couche de complexité, car ils influencent non seulement la faisabilité des mesures, mais aussi la probabilité de succès dans les divers milieux de soins. Dans les cultures marquées par une importante distance hiérarchique, les normes sont profondément ancrées et peuvent être difficiles à changer sans provoquer résistance ou malaise (Anderson et Brown, 2010; Green et al., 2017). En outre, si le personnel subalterne gagne en autonomie, cette

démarche pourrait involontairement conduire à une confusion des rôles ou à un excès de confiance si le tout n'est pas géré avec précaution. Les interventions doivent donc être adaptées aux contextes culturels et institutionnels des différents établissements pour en garantir le succès (Mullin et al., 2021).

Devant cette diversité, il est risqué de généraliser tous azimuts le cadre du syndrome de déférence et les réformes qui en découlent, en particulier au moment de les appliquer au-delà des soins périopératoires. Les cliniques ambulatoires, les services d'urgence et les établissements de soins de longue durée peuvent vivre des dynamiques de communication qui leur sont propres et qui nécessitent par conséquent des approches distinctes. L'application universelle du cadre sans tenir compte de ces différences risque de simplifier à l'extrême la question de la déférence et de diluer l'efficacité des interventions.

En pleine conscience de ces limites, on pourra mener d'autres recherches pour affiner le concept du syndrome de déférence, étendre l'applicabilité du cadre et élaborer des approches équitables pour différents milieux de soins. Les études à venir devront explorer l'intégration du principe de déférence avec d'autres cadres, comme la théorie de la charge cognitive ou les modèles de formation interprofessionnelle, afin de brosser un portrait complet des obstacles à la communication. Des études comparatives dans divers milieux de soins sont nécessaires pour évaluer la généralisabilité et l'adaptabilité des interventions liées au syndrome de déférence. En outre, il faudra aussi trouver, pour les milieux aux ressources limitées, des approches évolutives afin de garantir que les avantages de ces réformes sont répartis équitablement. Des recherches à long terme combinant mesures quantitatives et observations qualitatives formulées par les professionnels de la santé permettront peut-être de mieux comprendre l'effet durable de ces interventions.

Le présent article examine de manière critique sa propre portée et ses limites; il plaide en faveur d'une approche itérative menant à une réforme systémique. Il faut bien saisir la problématique en cause pour nuancer la discussion et construire les fondations d'un changement d'envergure à long terme dans les soins périopératoires.

## Conclusion

S'attaquer au syndrome de déférence n'est pas une simple nécessité opérationnelle, c'est un impératif moral pour protéger la vie des patients et l'intégrité professionnelle en assurant la sécurité, l'équité et la collaboration en salle d'opération. Le présent article a montré que les structures où la hiérarchie s'impose sans restriction augmentent certains risques évitables, érodent la cohésion au sein de l'équipe et sapent les fondements éthiques des soins périopératoires. Mettre en œuvre une réforme efficace implique d'abord de reconnaître les répercussions profondes de la distance hiérarchique et ensuite de la contrer par des approches fondées sur la science.

Les interventions à court terme, telles que les outils de communication structurée et la répartition équitable de la charge de travail, doivent jeter les bases d'une transformation culturelle à long terme, ce qui passe par la formation au leadership et l'adoption de politiques inclusives. Ensemble, ces mesures s'attaquent aux causes profondes du préjudice moral, de l'épuisement professionnel et de l'inefficacité, en favorisant un environnement où l'équité, le respect et la responsabilité sont au cœur de la prestation des soins.

L'inaction perpétuera les erreurs évitables et l'érosion des effectifs, tandis que la mise en œuvre des réformes proposées promet d'accroître la sûreté des soins et la cohésion d'équipe. En tant que microcosme, la salle d'opération offre une plateforme unique en son genre pour conduire un changement systémique passant par une prise de décision inclusive et des modèles de soins innovants. Cependant, pour parvenir à cette transformation, il faut non seulement des politiques actualisées et une formation ciblée, mais aussi un changement culturel fondamental qui valorise chaque voix, donne priorité à la collaboration et place la sécurité des patients au premier plan.

Les recherches à venir devront se concentrer sur l'effet quantitatif des interventions liées au syndrome de déférence, l'efficacité comparative des réformes dans divers contextes et les innovations interdisciplinaires adaptées aux soins périopératoires, le but étant de garantir des méthodes à la fois évolutives et efficaces, et de combler le fossé entre la théorie et la pratique.

Il est désormais impératif que les leaders des soins de santé, les décideurs politiques et les responsables de la formation agissent de manière décisive. La transposition des soins périopératoires vers un modèle de sécurité, d'équité et de collaboration n'est pas seulement réalisable, elle est nécessaire. En donnant la priorité aux pratiques inclusives et en démantelant les barrières systémiques, les systèmes de santé peuvent construire un avenir où l'adaptabilité, l'équité et l'efficacité auront leur place. Il est urgent d'agir, et l'avenir des soins de santé dépend de notre capacité à relever ce défi.

## À propos de l'auteure



*Jennifer Dunn, inf. aut., M.sc.inf., est doctorante en sciences infirmières à l'Université de Saskatchewan et possède plus de vingt ans d'expérience clinique. Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick (2000) et d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Lethbridge (2024); elle a reçu une bourse d'excellence de l'Université de l'Alberta pour les étudiants inscrits aux études supérieures (2022). Ses recherches portent sur le vécu des infirmières en soins périopératoires; elle s'intéresse à l'influence de certaines forces systémiques sur leurs parcours individuels et leurs réalités professionnelles quotidiennes.*

Jennifer possède une expertise clinique en soins périopératoires néonataux et pédiatriques; en effet, elle a commencé sa carrière dans l'unité de soins intensifs néonataux de l'Hôpital pour enfants Janeway avant de se spécialiser en soins périopératoires pédiatriques à Hôpital pour enfants de l'Alberta. Ses travaux lui ont valu des bourses d'études en sciences infirmières, dont le prix du fonds de soutien aux doctorants de l'Université de la Saskatchewan (2024–2025). Elle est également une bénévole active du projet Outreach, au sein duquel elle collabore avec des équipes multidisciplinaires pour soutenir les professionnels de la santé dans les régions mal desservies, en faisant la promotion d'initiatives de santé communautaires durables pour les enfants du monde entier.

## Conflits d'intérêts

L'auteure déclare ne pas être en conflit d'intérêts.

## Financement

L'auteure n'a reçu aucun financement pour la rédaction du présent article.

## Références

- Alavosius, M., Houmanfar, R., Anbro, S., Burleigh, K., & Hebein, C. (2017). Leadership and crew resource management in high-reliability organizations: A competency framework for measuring behaviors. *Journal of Organizational Behavior Management*, 37(1), 1–29. <https://doi.org/10.1080/01608061.2017.1325825>
- Albaqawi, H. M., & Alshammari, M. H. (2024). Resilience, compassion fatigue, moral distress, and moral injury of nurses. *Nursing Ethics*, 9697330241287862. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/09697330241287862>
- Albelda Marco, M., & Estellés Arguedas, M. (2021). Mitigation revisited: An operative and integrated definition of the pragmatic concept, its strategic values, and its linguistic expression. *Journal of Pragmatics*, 183, 71–86. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2021.07.002>
- Alston, E., Alston, L., & Mueller, B. (2021, July 15). Leadership within organizational hierarchies. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3549964>
- Anderson, C., & Brown, C. (2010). The functions and dysfunctions of hierarchy. *Research in Organizational Behavior*, 30, 55–89. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2010.08.002>
- Appelbaum, N. P., Lockeman, K. S., Orr, S., Huff, T. A., Hogan, C. J., Queen, B. A., & Dow, A. W. (2020). Perceived influence of power distance, psychological safety, and team cohesion on team effectiveness. *Journal of Interprofessional Care*, 34(1), 20–26. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1633290>
- Attri, J. P., Sandhu, G. K., Mohan, B., Bala, N., Sandhu, K. S., & Bansal, L. (2015). Conflicts in the operating room: Focus on causes and resolution. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 9(4), 457–463. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.159476>
- Battié, R. N., Rall, H., Khorsand, L., & Hill, J. (2017). Addressing perioperative staff member fatigue. *AORN Journal*, 105(3), 285–291. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.01.003>
- Buljac-Samardžić, M., Dekker-van Doorn, C. M., & Maynard, M. T. (2021). What do we really know about crew resource management in healthcare? An umbrella review on crew resource management and its effectiveness. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e929–e958. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000816>
- Buljac-Samardžić, M., Doekhie, K. D., & van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: A systematic review of the past decade. *Human Resources for Health*, 18, Article 2. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Canadian Patient Safety Institute. (2020). *The safety competencies: Enhancing patient safety across the health professions* (2nd ed.). [https://www.healthcareexcellence.ca/media/115mbc4z/cpsi-safetycompetencies\\_en\\_digital-final-ua.pdf](https://www.healthcareexcellence.ca/media/115mbc4z/cpsi-safetycompetencies_en_digital-final-ua.pdf)
- Čartolovni, A., Stolt, M., Scott, P. A., & Suhonen, R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics*, 28(5), 590–602. <https://doi.org/10.1177/0969733020966776>
- Colman, N., Figueroa, J., McCracken, C., & Hebbbar, K. (2019). Simulation-based team training improves team performance among pediatric intensive care unit staff. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 8(2), 83–91. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676469>
- Dai, Y., Li, H., Xie, W., & Deng, T. (2022). Power distance belief and workplace communication: The mediating role of fear of authority. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2932. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052932>
- Dalton, G. D., Samaropoulos, X. F., & Dalton, A. C. (2008). Improvements in the safety of patient care can help end the medical malpractice crisis in the United States. *Health Policy*, 86(2–3), 153–162. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.10.005>
- Daniels, M. A., & Greguras, G. J. (2014). Exploring the nature of power distance: Implications for micro- and macro-level theories, processes, and outcomes. *Journal of Management*, 40(5), 1202–1229. <https://doi.org/10.1177/0149206314527131>
- De Brún, A., O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2019). Interventions to develop collectivistic leadership in healthcare settings: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 19(1), Article 72. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3883-x>
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in the healthcare system: Conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*, 24(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- Etchegaray, J., Ottosen, M., Dancsak, T., & Thomas, E. (2017). Barriers to speaking up about patient safety concerns. *Journal of Patient Safety*, 16(1), 1. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000334>
- Etemadifar, S., Sedighi, Z., Sedehi, M., & Masoudi, R. (2021). The effect of situation, background, assessment, recommendation-based safety program on patient safety culture in intensive care unit nurses. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, Article 422. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_1273\\_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1273_20)
- Etherington, C., Burns, J. K., Kitto, S., Brehaut, J. C., Britton, M., Singh, S., & Boet, S. (2021). Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the theoretical domains framework. *PLOS ONE*, 16(e0249576). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249576>
- Fernandez, M. E., Damschroder, L., & Balasubramanian, B. (2022). Understanding barriers and facilitators for implementation across settings. In B. J. Weiner, C. Lewis, & K. Sherr (Eds.), *Practical implementation science: Moving into action*. Springer Publishing.
- Fietz, B., Hillmann, J., & Guenther, E. (2021). Cultural effects on organizational resilience: Evidence from the NAFTA region. *Schmalenbach Journal of Business Research*, 73(1), 5–46. <https://doi.org/10.1007/s41471-021-00106-8>
- Flores, P. L. (2022). *When "First, Do No Harm" fails: A restorative justice approach to workgroup harms in healthcare* (Publication No. 944) [Doctoral dissertation, University of San Diego]. Digital USD. <https://digital.sandiego.edu/dissertations/944>

- French-Bravo, M., & Crow, G. (2015, March 19). Shared governance: The role of buy-in in bringing about change. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2), 8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No02PPT03>
- Fukami, T. (2024). Enhancing healthcare accountability for administrators: Fostering transparency for patient safety and quality enhancement. *Cureus*, 16(8), Article e66007. <https://doi.org/10.7759/cureus.66007>
- Garrick, A., Johnson, D., & Arendt, S. (2024). Breaking barriers: Strategies for fostering inclusivity in the workplace. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 14(2). <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v14-i2/20799>
- George, V., & Massey, L. (2020). Proactive strategy to improve staff engagement. *Nurse Leader*, 18(6), 532–535. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.08.008>
- Ghanmi, N., Bondok, M., Etherington, C., Saddiki, Y., Lefebvre, I., Berthelot, P., Dion, P. M., Raymond, B., Seguin, J., Sekhavati, P., Islam, S., & Boet, S. (2024). Optimizing teamwork in the operating room: A scoping review of actionable teamwork strategies. *Cureus*, 16(5), e60522. <https://doi.org/10.7759/cureus.60522>
- Gong, Z., Van Swol, L., Xu, Z., Yin, K., Zhang, N., Gul Gilal, F., & Li, X. (2019). High-power distance is not always bad: Ethical leadership results in feedback seeking. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 2137. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02137>
- Grailey, K. E., Murray, E., Reader, T., & Brett, S. J. (2021). The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: An evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), Article 773. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>
- Green, B., Oepfen, R. S., Smith, D. W., & Brennan, P. A. (2017). Challenging hierarchy in healthcare teams: Ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 55(5), 449–453. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.02.010>
- Gross, B., Rusin, L., Kiesewetter, J., Zottmann, J. M., Fischer, M. R., Prückner, S., & Zech, A. (2019). Crew resource management training in healthcare: A systematic review of intervention design, training conditions, and evaluation. *BMJ Open*, 9(1), e025247. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025247>
- Guttman, O. T., Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Webster, K. L. W., Gisick, L. M., & Baker, A. L. (2021). Dissecting communication barriers in healthcare: A path to enhancing communication resiliency, reliability, and patient safety. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1465–e1471. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000541>
- Guy, I. A., Kerstein, R. L., & Brennan, P. A. (2022). How to WHO: Lessons from aviation in checklists and debriefs. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 104(7), 510–516. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2021.0234>
- Hajek, A. M. (2013). Breaking down clinical silos in healthcare. *Frontiers of Health Services Management*, 29(4), 45–50. [https://journals.lww.com/frontiersonline/citation/2013/04000/breaking\\_down\\_clinical\\_silos\\_in\\_healthcare.6.aspx](https://journals.lww.com/frontiersonline/citation/2013/04000/breaking_down_clinical_silos_in_healthcare.6.aspx)
- Havinga, J., De Boer, R. J., Rae, A., & Dekker, S. (2017). How did crew resource management take off outside of the cockpit? A systematic review of how crew resource management training is conceptualised and evaluated for non-pilots. *Safety*, 3(4), Article 26. <https://doi.org/10.3390/safety3040026>
- Hays, N. A., Li, J., Yang, X., Oh, J. K., Yu, A., Chen, Y.-R., Hollenbeck, J. R., & Jamieson, B. (2022). A tale of two hierarchies: Interactive effects of power differentiation and status differentiation on team performance. *Organization Science*, 33(6), 2085–2105. <https://doi.org/10.1287/orsc.2021.1540>
- Hibberson, M., Lawton, J., & Whitehead, D. (2021). Multidisciplinary simulation training for perioperative teams: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(2), Article 1. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1111>
- Hill Weller, L., Rubinsky, A. D., Shade, S. B., Liu, F., Cheng, I., Lopez, G., Robertson, A., Smith, J., Dang, K., Leiva, C., Rubin, S., Martinez, S. M., Bibbins-Domingo, K., & Morris, M. D. (2024). Lessons learned from implementing a diversity, equity, and inclusion curriculum for health research professionals at a large academic research institution. *Journal of Clinical and Translational Science*, 8(1), Article e22. <https://doi.org/10.1017/cts.2024.6>
- Kawa, N., Araji, T., Kaafarani, H., & Adra, S. W. (2024). A narrative review on intraoperative adverse events: Risks, prevention, and mitigation. *Journal of Surgical Research*, 295, 468–476. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.11.045>
- Kenawy, D., & Schwartz, D. (2018). An evaluation of perioperative communication in the operating room. *Journal of Perioperative Practice*, 28(10), 267–272. <https://doi.org/10.1177/1750458918780154>
- Kluger, Y., Ben-Ishay, O., Sartelli, M., Ansaloni, L., Abbas, A. E., Agresta, F., Biffl, W. L., Baiocchi, L., Bala, M., Catena, F., Coimbra, R., Cui, Y., Di Saverio, S., Das, K., El Zalabany, T., Fraga, G. P., Gomes, C. A., Gonsaga, R. A., Kenig, J., ... Moore, E. E. (2013). World Society of Emergency Surgery study group initiative on Timing of Acute Care Surgery classification (TACS). *World Journal of Emergency Surgery*, 8(1), Article 17. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-8-17>
- Komasawa, N., & Berg, B. (2016). Interprofessional simulation training for perioperative management team development and patient safety. *Journal of Perioperative Practice*, 26(11), 250–253. <https://doi.org/10.1177/175045891602601103>
- Korkmaz, A. V., van Engen, M. L., Knappert, L., & Schalk, R. (2022). About and beyond leading uniqueness and belongingness: A systematic review of inclusive leadership research. *Human Resource Management Review*, 32(4), Article 100894. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2022.100894>
- Krishnakumar, D., Caskey, R., & Hughes, A. M. (2021). Examining the influence of power distance on psychological safety within healthcare teams. *Proceedings of the International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care*, 10(1), 194–198.
- Lazar, H., Lavis, J. N., Forest, P.-G., & Church, J. (Eds.). (2013). *Paradigm freeze: Why it is so hard to reform health-care policy in Canada*. Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University.
- Lee, H., Woodward-Kron, R., Merry, A., Weller, J., 2023. Emotions and team communication in the operating room: A scoping review. *Medical Education Online*, 28(1), 2194508. <https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2194508>
- Lee, S. E., Seo, J. K., & Squires, A. (2024). Voice, silence, perceived impact, psychological safety, and burnout among nurses: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 151, Article 104669. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104669>
- Lin, S. P., Chang, C. W., Wu, C. Y., Chin, C. S., Lin, C. H., Shiu, S. I., Chen, Y. W., Yen, T. H., Chen, H. C., Lai, Y. H., Hou, S. C., Wu, M. J., & Chen, H. H. (2022). The effectiveness of multidisciplinary team huddles in a hospital-based healthcare setting. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 2241–2247. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S384554>
- McGuier, E. A., Kolko, D. J., Aarons, G. A., Schachter, A., Klem, M. L., Diabes, M. A., Weingart, L. R., Salas, E., & Wolk, C. B. (2024). Teamwork and implementation of innovations in healthcare and human service settings: A systematic review. *Implementation Science*, 19, Article 49. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01381-9>
- McNulty, J. P., & Politis, Y. (2023). Empathy, emotional intelligence, and interprofessional skills in healthcare education. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 54(2), 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2023.02.014>

- Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O’Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfues, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallingberg, B., & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 347, n1679. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1679>
- Mullin, A. E., Coe, I. R., Gooden, E. A., Tunde-Byass, M., & Wiley, R. E. (2021). Inclusion, diversity, equity, and accessibility: From organizational responsibility to leadership competency. *Healthcare Management Forum*, 34(6), 311–315. <https://doi.org/10.1177/08404704211038232>
- Mundt, A. S., Gjeraa, K., Spanager, L., Petersen, S. S., Dieckmann, P., & Østergaard, D. (2020). Okay, let’s talk: Short debriefings in the operating room. *Heliyon*, 6(7), Article e04386. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04386>
- O’Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Chapter 33). Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>
- Okatta, C., Ajayi, F., & Olawale, O. (2024). Enhancing organizational performance through diversity and inclusion initiatives: A meta-analysis. *International Journal of Applied Research in Social Sciences*, 6(4), 734–758. <https://doi.org/10.51594/ijarss.v6i4.1065>
- Olaley, T. T., Christianson, T. M., & Hoot, T. J. (2022). Nurse burnout and resiliency in critical care nurses: A scoping review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 17, Article 100461. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100461>
- Onyeador, I. N., Hudson, S. T. J., & Lewis, N. A. (2021). Moving beyond implicit bias training: Policy insights for increasing organizational diversity. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 8(1), 19–26. <https://doi.org/10.1177/2372732220983840>
- Orikpete, O. F., & Ewim, D. R. E. (2024). Interplay of human factors and safety culture in nuclear safety for enhanced organizational and individual performance: A comprehensive review. *Nuclear Engineering and Design*, 416, Article 112797. <https://doi.org/10.1016/j.nucengdes.2023.112797>
- Parker, M., Fang, X., & Bradlyn, A. (2020). Costs and effectiveness of a culturally tailored communication training program to increase cultural competence among multi-disciplinary care management teams. *BMC Health Services Research*, 20, Article 784. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05662-z>
- Pasquer, A., Ducarroz, S., Lifante, J. C., Skinner, S., Poncet, G., & Duclos, A. (2024). Operating room organization and surgical performance: A systematic review. *Patient Safety in Surgery*, 18(1), Article 5. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00388-3>
- Pattni, N., Arzola, C., Malavade, A., Varmani, S., Krimus, L., & Friedman, Z. (2019). Challenging authority and speaking up in the operating room environment: A narrative synthesis. *British Journal of Anaesthesia*, 122(2), 233–244. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.10.056>
- Rainey, D., & Monaghan, C. (2022). Supporting newly qualified nurses to develop their leadership skills. *Nursing Management (Harrow)*, 29(5), 34–41. <https://doi.org/10.7748/nm.2022.e2031>
- Rabinovich-Einy, O. (2011). Escaping the shadow of malpractice law. *Law and Contemporary Problems*, 74(3), 241–278. <http://www.jstor.org/stable/23062948>
- Robertson, S., Ryan, T., & Talpur, A. (2024). Factors influencing early career nurses to adopt leadership roles: A literature review. *Nursing Management (Harrow)*, 31(2), 20–26. <https://doi.org/10.7748/nm.2023.e2105>
- Roche, P., Shimmin, C., Hickes, S., Khan, M., Sherzoi, O., Wicklund, E., Lavoie, J. G., Hardie, S., Wittmeier, K. D. M., & Sibley, K. M. (2020). Valuing all voices: Refining a trauma-informed, intersectional, and critical reflexive framework for patient engagement in health research using a qualitative descriptive approach. *Research Involvement and Engagement*, 6, Article 42. <https://doi.org/10.1186/s40900-020-00217-2>
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., Vaqar, S., & Hipskind, J. E. (2024). Medical error reduction and prevention. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Rogers, H. L., Pablo Hernando, S., Núñez-Fernández, S., Sanchez, A., Martos, C., Moreno, M., & Grandes, G. (2021). Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: A qualitative study. *Journal of Health Organization and Management*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2020-0512>
- Romano, T., Pestana, J., & Moreira, V. (2022). Crew resource management (CRM) as a tool for patient safety in health. *International Journal of Health Science*, 2(1), 2–8. <https://doi.org/10.22533/at.ed.1592492219085>
- Roosan, D., Law, A., Karim, M., & Roosan, M. (2019). Improving team-based decision-making using data analytics and informatics: Protocol for a collaborative decision support design. *JMIR Research Protocols*, 8(9), e14145. <https://doi.org/10.2196/14145>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Sabin, J. A. (2022). Tackling implicit bias in health care. *New England Journal of Medicine*, 387(2), 105–107. <https://doi.org/10.1056/nejmp2201180>
- Shah, R., Gao, Z., & Mittal, H. (2015). Social and cultural factors. In R. Shah, Z. Gao, & H. Mittal (Eds.), *Innovation, entrepreneurship, and the economy in the US, China, and India* (pp. 201–208). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801890-3.00012-5>
- Tian, H., Iqbal, S., Akhtar, S., Qalati, S. A., Anwar, F., & Khan, M. A. S. (2020). The impact of transformational leadership on employee retention: Mediation and moderation through organizational citizenship behavior and communication. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 314. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00314>
- Tørring, B., Gittell, J., Laursen, M., Rasmussen, B., & Sørensen, E. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19, Article 528. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>
- Wang, T., Tan, J.-Y. B., Liu, X.-L., & Zhao, I. (2023). Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: An overview of systematic reviews. *BMJ Open*, 13, Article e062158. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062158>
- Yakusheva, O., & Boston-Leary, K. (2024). Will hospitals finally listen to nurses? *JAMA Network Open*, 7(4), e244104. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.4104>
- Yi, L., Chen, Z., Jiménez-Herrera, M. F., Gan, X., Ren, Y., & Tian, X. (2024). The impact of moral resilience on nurse turnover intentions: The mediating role of job burnout in a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, Article 4. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02357-2>
- Zander, L. (2020). Interpersonal leadership across cultures: A historical exposé and a research agenda. *International Studies of Management & Organization*, 50(4), 357–380. <https://doi.org/10.1080/00208825.2020.1850980>
- Zhang, C. (2023). Addressing cultural differences: Effective communication techniques in complex organizations. *Academic Journal of Management and Social Sciences*, 5(1), 30–33. <https://doi.org/10.54097/5txujkg>