

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.

De victime à survivant—Partie 1 : stratégies à l'intention des cliniciens pour se protéger et protéger collègues et patients des comportements perturbateurs en salle d'opération

Alexander Villafranca^{1*}, Brett Adams¹, Owen Krestow¹, Alison Forest² et Lesia Yasinski³

¹ University of the Fraser Valley, Chilliwack, Colombie-Britannique

² Northwestern Polytechnic, Grande Prairie, Alberta

³ Office régional de la santé de Winnipeg, Winnipeg, Manitoba

*Auteur-ressource : professeur adjoint, University of the Fraser Valley, Chilliwack, Colombie-Britannique. CEP A3422, 45201, avenue Caen, Chilliwack, Colombie-Britannique, V2R 0N3, alexander.villafranca@ufv.ca

Résumé

Les comportements perturbateurs en salle d'opération ont des effets envahissants et causent du tort aux cliniciens, aux patients et aux établissements. Les cliniciens qui y sont exposés participent sans le vouloir à un conflit interpersonnel. Si les recherches antérieures étaient axées sur les antécédents et les conséquences du comportement perturbateur, le présent article adopte plutôt le point de vue de la résolution de conflit pour 1) outiller les cliniciens afin que leur bien-être ne souffre pas du comportement perturbateur et 2) décrire les réactions possibles pour éviter l'escalade et ne pas renforcer le comportement problématique.

La réponse des cliniciens commence par une appréciation cognitive permettant de déterminer l'effet psychologique du comportement perturbateur. Cette analyse peut être affinée à l'aide de techniques de connaissance de la situation, de restructuration cognitive et d'enracinement. À long terme, les cliniciens peuvent avoir recours à des mécanismes d'adaptation sains, caractérisés par un état d'esprit de « survie », et ainsi éviter les stratégies mésadaptées, qui provoquent un état d'esprit nuisible de « victime ». Les cliniciens doivent rester conscients du rôle qu'ils jouent dans les conflits. Les réactions malicieuses ou manipulatrices font des cliniciens des complices ou des agresseurs à leur tour s'ils exercent des représailles, tandis que le recours exagéré à des réponses passives les relègue au rang de spectateurs qui ne s'opposent pas

au comportement. Les cliniciens doivent plutôt réagir avec assurance, ce qui les transforme alors en défenseurs, mais pour ce faire, il leur faut rediriger l'attention, éviter l'escalade soudaine, utiliser des outils de communication structurée, établir des limites claires et mettre en pratique ces habiletés lors d'exercices de simulation. Par ces interventions à petite échelle, les cliniciens peuvent encourager une culture de respect au bloc opératoire et préserver leur bien-être.

Mots-clés : intimidation, incivilité, travail d'équipe, appréciation cognitive, communication clinique

Introduction

La salle d'opération peut être le théâtre de différents comportements perturbateurs – cris, objets lancés, intimidation... Le comportement perturbateur, qui comprend autant l'incivilité légère que la violence manifeste (Villafranca, Hamlin et Jacobson, 2017), se définit en théorie comme tout comportement interpersonnel qui entraîne un sentiment de menace chez les victimes ou les témoins, et qui ne respecte pas la manière dont une personne raisonnable désire être traitée (Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017). Malheureusement, les comportements perturbateurs existent encore dans les soins de santé, et la plupart des cliniciens en seront témoins pendant leur carrière (Colaprico et al., 2023; Goh et al., 2022; Gupta et al., 2024; Hicks et Stavropoulou, 2022; Pogue et al., 2022; Rosenstein et O'Daniel, 2006; Trépanier et al., 2016; Villafranca et al., 2024). Selon une étude récente, 98 % des professionnels de la santé ont dit avoir été exposés à des comportements perturbateurs en salle d'opération (Villafranca et al., 2019).

Ces comportements ne sont pas de simples désagréments passagers; ils ont des répercussions négatives sur de nombreuses

Citation suggérée : Villafranca, A., Adams, B., Krestow, O., Forest, A., & Yasinski, L. (2025). De victime à survivant—Partie 1 : stratégies à l'intention des cliniciens pour se protéger et protéger collègues et patients des comportements perturbateurs en salle d'opération, *Revue de l'AIISOC*, 42(1), 65–74. 10.5737/ornac14515

personnes qui travaillent au bloc opératoire. Ils minent le bien-être physique et psychologique des victimes et des témoins. Sur le plan psychologique, les cliniciens peuvent subir une perte de confiance et de motivation (Goh et al., 2022) et vivre de la dépression (Goh et al., 2022; Hawkins et al., 2019; Hutchinson et Jackson, 2013; Lever et al., 2019; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017), de l'anxiété (Goh et al., 2022; Hawkins et al., 2019; Hutchinson et Jackson, 2013; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017) et de l'épuisement (Hawkins et al., 2019; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017). Sur le plan physique, ils peuvent souffrir de maux de tête, de troubles du sommeil (Lever et al., 2019; Karatuna et al., 2020), de fatigue et de problèmes gastro-intestinaux, et présenter un risque accru de tachycardie et d'hypertension (Goh et al., 2022; Karatuna et al., 2020). Les comportements perturbateurs réduisent également la qualité du travail des cliniciens puisqu'ils sapent la communication, le travail d'équipe, la prise de décisions cliniques et la compétence technique (Hicks et Stavropoulou, 2022; Johnson et Benham-Hutchins, 2020; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017). Ce sont les soins et la sécurité des patients qui écopent (Cochran et Elder, 2015; Moreno-Leal et al., 2022; Pogue et al., 2022; Shafraan et al., 2023). Parmi les problèmes de sécurité rapportés, on trouve les chutes chez les patients, les erreurs de médication, l'insatisfaction des patients et la mortalité (Goh et al., 2022; Houck et Colbert, 2017). Enfin, les comportements perturbateurs ont aussi des conséquences sur les établissements, car ils diminuent la satisfaction professionnelle des cliniciens et augmentent la probabilité d'un roulement de personnel, ce qui hausse les coûts de recrutement et de rétention (Goh et al., 2022; Hawkins et al., 2019; Trépanier et al., 2016; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017).

Par le passé, les recherches se sont surtout concentrées sur le « clinicien perturbateur » (Dang et al., 2015; Walrath et al., 2013), voire sur le « chirurgien perturbateur » (Cochran et Elder, 2014, 2015) et sur la manière de prévenir et de gérer ce genre de comportements déplorables (Hastie et al., 2020; Schaeffer, 1989). Les cliniciens qui causent des problèmes ne sont qu'une minorité, mais l'approche a tout de même du mérite (Hamlin et al., 2016; Panagioti et al., 2019), car certains comportements perturbateurs sont tout simplement inadmissibles (ex. harcèlement sexuel, intolérance, etc.) (Hicks et Stavropoulou, 2022).

Selon les modèles de résolution de conflits en milieu clinique, les cliniciens sont happés dans le conflit sans le vouloir lorsqu'ils sont exposés à un comportement perturbateur. En outre, toute interaction peut contribuer à l'escalade (Fiestler, 2015; Hocker et al., 2017), en partie lorsque les cliniciens changent de rôle et, qu'au lieu d'être victimes, ils adoptent un comportement de représailles (Villafranca et al., 2024) ou passent de l'état de spectateur à celui de complice (Dirican et al., 2022). Par conséquent, les cliniciens doivent être conscients de leur rôle dans les interactions et s'outiller pour répondre aux comportements perturbateurs d'une manière qui préserve leur

santé psychologique et évite les extrêmes que sont la déférence passive ou la réaction agressive.

L'approche proposée ici adopte une perspective de résolution des conflits et présente des outils pour gérer le comportement perturbateur en temps réel. L'objectif était de 1) fournir aux cliniciens des stratégies pour protéger leur bien-être lorsqu'ils sont confrontés à un comportement perturbateur et 2) décrire des façons de réagir qui évitent l'escalade sans renforcer le comportement. En mettant ces stratégies en pratique, il est possible de réduire l'incidence et les conséquences des comportements perturbateurs et d'ainsi faire du bloc opératoire un milieu sûr pour les patients et le personnel.

L'esprit à la rescousse : l'appréciation cognitive et les stratégies d'adaptation pour défendre le bien-être

Lorsqu'un clinicien fait face à une situation stressante comme un conflit, il tente de se l'expliquer par un processus automatique d'appréciation cognitive, qui détermine sa réaction physiologique, affective et comportementale (Lavoie et al., 2021). Il faut savoir que, pour une même situation, ce processus varie d'une personne à l'autre et qu'il peut aussi être modifié pour favoriser la santé mentale, puisqu'au fil du temps, il peut avoir des conséquences sur la santé et le bien-être.

L'appréciation cognitive se fait par étapes (Lavoie et al., 2021). Imaginons une infirmière qui entend un autre clinicien faire un commentaire ambigu à son sujet. Elle fera d'abord une appréciation primaire pour déterminer si la situation constitue une menace pour son bien-être ou ses objectifs (Spătaru et Maricuțoiu, 2024) et le cas échéant, quelles sont l'ampleur et l'imminence de cette menace. Dans le cas qui nous occupe, elle peut se poser les questions suivantes : Le commentaire était-il intentionnellement insultant? Met-il en danger sa réputation? Elle passera ensuite à l'appréciation secondaire pour savoir ce qu'elle peut faire (Lavoie et al., 2021) et si elle dispose des ressources nécessaires pour gérer la menace actuelle. Elle évaluera les actions susceptibles de résoudre le problème et de protéger son bien-être psychologique. Ce processus influence la réponse émotionnelle (Yeo et Ong, 2024), le niveau de stress (Fernandez De Henestrosa et al., 2023) et la réponse comportementale.

L'appréciation cognitive d'une situation stressante est positive lorsque le clinicien interprète l'événement comme un problème gérable ou une occasion de croissance personnelle, ce qui atténue le stress (Riepenhausen et al., 2022). L'appréciation positive ne nie pas les menaces réelles, mais évite les biais cognitifs courants, comme le catastrophisme (c'est-à-dire la probabilité exagérée que l'issue soit négative ou l'amplification de la gravité de l'incident) et l'incapacité à voir le positif (c'est-à-dire le fait de se concentrer uniquement sur les aspects négatifs d'une situation). Ces biais peuvent faire en sorte que les stimuli ambigus peuvent être vus comme menaçants, ou les

dangers mineurs sembler plus importants qu'ils ne le sont, ce qui contribue à l'épuisement professionnel (Ayele et Barchard, 2024). Inversement, l'appréciation négative est une interprétation déformée qui accentue le stress et les émotions négatives (Krackow et Rudolph, 2008) et augmente le risque de séquelles psychologiques après coup (Espejo et al., 2012; Nanney et al., 2015; Samuelson et al., 2021).

Améliorer l'appréciation cognitive

En tant que clinicien en soins périopératoires, vous pouvez prendre des mesures pratiques et autoguidées pour affiner votre processus d'appréciation cognitive et préserver votre bien-être psychologique des facteurs de stress comme les comportements perturbateurs. Vous pouvez améliorer votre connaissance de la situation, procéder à une restructuration cognitive en temps réel et utiliser des techniques d'enracinement lorsque de fortes émotions se manifestent. Pour ce faire, trois facteurs sont essentiels : percevoir les éléments déterminants de l'environnement, en reconnaître l'importance et utiliser cette compréhension pour prédire l'issue de la situation. C'est souvent au premier point que le processus achoppe (Jones et Endsley, 1996) : un manque d'attention, une difficulté à aller chercher l'information pertinente, l'ignorance d'une information présente pertinente, ou l'incapacité à mettre à jour son information quand une situation évolue en sont des causes. Or, les perceptions erronées créeront forcément des appréciations cognitives erronées.

Pour un clinicien travaillant en salle d'opération, la manière la plus simple d'améliorer sa conscience de la situation est de parcourir régulièrement le bloc opératoire des yeux pour détecter les facteurs de stress (ex. contraintes de temps, problèmes d'équipement, complexité du cas), les changements dans la communication d'équipe et autres dynamiques interpersonnelles. Cela permet de cerner rapidement tout comportement perturbateur et d'évaluer correctement la menace qu'il pose aux soins du patient.

La restructuration cognitive intervient lorsque le clinicien réinterprète volontairement une situation stressante, comme l'exposition à un comportement perturbateur, pour en atténuer les répercussions affectives (ex. en mettant l'accent sur l'émotion positive tout en diminuant l'importance de l'émotion négative). Il recadre l'événement de façon neutre, voire positive (National Health Service, s.d.). Il ne s'agit pas de réprimer ses émotions, mais plutôt de changer la réaction avant que la réponse émotionnelle ne se déploie dans sa pleine puissance (Denson et Fabiansson, 2023; Gross et John, 2003).

Il existe de nombreuses techniques pour y parvenir. L'une d'entre elles consiste à combattre les pensées dérangeantes à l'aide d'approches de thérapie cognitivo-comportementale, comme la stratégie reconnaître, réfléchir, remplacer : il faut d'abord reconnaître les pensées négatives lorsqu'elles surviennent, puis réfléchir à leur justesse et à leur utilité pour ensuite les remplacer par une pensée plus exacte ou utile. Les pensées ne sont

pas des faits, et toutes les pensées factuelles ne sont pas nécessairement utiles; par exemple, les distorsions dues à une mauvaise appréciation cognitive ne sont pas bénéfiques.

La décentration est une technique un peu semblable, dans laquelle on remarque l'existence des pensées, mais sans s'y identifier immédiatement et en y posant d'abord un regard critique (Pollard et Foreman, 2011), et qu'on adopte alors une perspective plus consciente et détachée. La phrase suivante exprime bien cet esprit : « Mes pensées ne me définissent pas, j'en suis simplement l'observateur. » (Pollard et Foreman, 2011) Cette distance psychologique permet de distinguer les pensées de l'identité, ce qui en diminue le poids émotionnel (Bennet et al., 2021).

En cas de réaction émotionnelle incontrôlable, les techniques d'enracinement peuvent détourner l'attention des pensées troublantes et la ramener au moment présent, généralement en se concentrant sur un ou plusieurs des cinq sens. Par exemple, la technique 5-4-3-2-1 ramène la concentration sur l'environnement immédiat : il s'agit de se nommer intérieurement cinq choses qu'on voit, quatre choses qu'on entend, trois choses qu'on sent, deux choses qu'on sent et une chose qu'on peut goûter. Ce genre d'activités réduit à la fois l'anxiété et la dissociation (Center for Substance Abuse Treatment, 2014).

Auto-étiquetage et mécanismes d'adaptation

Si les techniques décrites précédemment aident effectivement à gérer l'appréciation cognitive et le stress sur le moment, l'exposition répétée à un comportement perturbateur engendre d'autres problèmes, comme l'auto-étiquetage et de mauvais mécanismes d'adaptation. L'auto-étiquetage consiste à adopter une certaine identité après avoir intériorisé des situations récurrentes, comme l'exposition régulière à un comportement perturbateur. Par exemple, un clinicien peut finir par se qualifier de « victime » s'il se sent constamment impuissant face à un comportement perturbateur, ou de « survivant » s'il considère le problème comme une occasion de croissance personnelle.

Bien que la perception qu'a le clinicien de la gravité d'un événement puisse en moduler l'effet sur sa santé et son bien-être, l'étiquette qu'il s'auto-attribue peut avoir des conséquences tout à fait distinctes. En effet, l'état de victime ou de survivant façonne la capacité d'adaptation, tant dans la vie personnelle que professionnelle (Kets de Vries, 2012; Munroe et al., 2021). L'état de victime peut être bénéfique au départ s'il motive le clinicien à chercher de l'aide; cependant, il peut devenir préjudiciable à long terme (Ben-David, 2020). Par exemple, si l'étiquette de « victime » devient partie intégrante du concept de soi, elle peut entraver le rétablissement après l'incident et prolonger la détresse psychologique (Ben-David, 2020). Dans ce genre de cas, la psychologue Sarah Ben-David utilise le terme « victimes de carrière », à cause des sentiments persistants d'impuissance et de résignation acquise qu'éprouvent ces personnes (Ben-David, 2020).

Lorsqu'on se sent impuissant à redresser des situations négatives (même si on en a la capacité) et qu'on abandonne, par conséquent, tout effort, c'est ce qu'on appelle la « résignation acquise » (Ben-David, 2020). De plus, l'appréciation cognitive négative (Bityutskaya et Korneev, 2021) et l'état de victime peuvent conduire à l'adoption de mauvaises stratégies d'adaptation (Riepenhausen et al., 2022).

La capacité d'adaptation désigne les pensées et les comportements qui servent à gérer le stress (Folkman et Moskowitz, 2004). Les stratégies d'adaptation évolutives ont des conséquences physiques, psychologiques ou sociales positives (Algorani et Gupta, 2023; Holahan et al., 2021). Il s'agit notamment d'actions, comme la résolution de problèmes et la recherche d'information, qui parviennent à endiguer la cause de la détresse (Algorani et Gupta, 2023; Holahan et al., 2021), et d'autres mesures qui réduisent la détresse affective causée par la situation, comme la restructuration cognitive, l'acceptation et l'utilisation de l'humour (Algorani et Gupta, 2023). L'état d'esprit du survivant est souvent associé à ces stratégies d'adaptation, en particulier aux approches de résolution de problèmes (Munroe et al., 2021).

En revanche, les stratégies mésadaptées risquent d'aggraver la santé mentale et d'augmenter l'incidence des symptômes psychopathologiques (Algorani et Gupta, 2023; Stallman, 2020). Certaines stratégies, comme le déni ou les souhaits illusoire, ne permettent pas de faire face à la situation (Holahan et al., 2021). D'autres, comme l'évitement, la fuite et la suppression des émotions, n'apaisent pas le stress d'une manière saine et durable (Algorani et Gupta, 2023). Ces stratégies d'adaptation passives sont associées à un état de victime (Kets de Vries, 2012). Si le comportement mésadapté est occasionnel, il peut rester inoffensif, mais s'il se transforme en habitude, il deviendra préjudiciable. Les cliniciens doivent donc tenter de trouver de bons mécanismes d'adaptation en cas de comportements perturbateurs et d'adopter l'état d'esprit du survivant afin de se remettre au mieux de l'incident et de renforcer leur capacité d'adaptation aux conflits qui pourraient se produire dans l'avenir.

Améliorer sa capacité d'adaptation

Les techniques dont les effets sont immédiats, comme la restructuration cognitive et l'enracinement, sont fondamentales pour gérer la réaction affective à court terme au comportement perturbateur; l'adaptation à long terme, quant à elle, dépend du recours intentionnel à des stratégies d'adaptation. Les cliniciens peuvent évaluer et ajuster leurs mécanismes d'adaptation, et combiner les techniques à effets immédiats avec des habitudes qui cultivent le bien-être physique, social et affectif.

Une composante essentielle de l'adaptation à long terme est de faire preuve d'une prise en charge de soi cohérente, autrement dit d'adopter des habitudes qui favorisent la santé, le bien-être et l'adaptation (National Institute of Mental Health [NIMH], 2024), comme une alimentation saine, la pratique d'une activité physique régulière, une bonne hygiène de sommeil, la

gestion du stress et le maintien de liens étroits avec la famille et les amis (International Self-Care Foundation [ISF], 2025). Les cliniciens peuvent également réévaluer régulièrement leurs stratégies d'adaptation et aller chercher de l'aide professionnelle si nécessaire. En combinant ces pratiques avec les stratégies à action immédiate discutées précédemment, les cliniciens cultivent un état d'esprit de survivant qui atténue les répercussions du comportement perturbateur.

Éviter l'escalade sans tomber dans le défaitisme : réagir au comportement perturbateur en temps réel

Comme les cliniciens exposés à des comportements perturbateurs participent sans le vouloir au conflit, leurs réactions peuvent soit améliorer, soit empirer la situation. En cas de conflit au bloc opératoire, les priorités sont d'assurer la sécurité du patient, de prévenir le tort qui pourrait être causé à soi-même et à ses collègues, et d'éviter de dégrader les relations au sein de l'équipe. Il faut donc faire baisser la tension sans renforcer le comportement.

Stratégies de réponse et rôles en cas de conflit

Si on considère le comportement perturbateur comme un conflit, on y observe des rôles typiques. Le clinicien principal qui agit de manière perturbatrice est l'agresseur. La personne visée par le comportement perturbateur est la victime. Les personnes témoins du comportement, mais qui ne font rien sont les spectateurs. Les cliniciens qui assistent à ce qui se passe et viennent appuyer le comportement ou, du moins, le laissent aller, sont les complices. Enfin, les personnes qui assistent à la scène et « interviennent dans l'intérêt de la personne attaquée ou intimidée » (traduction d'une définition de l'Oxford Languages Dictionary, n.d.) en s'opposant à l'injustice et aux mauvais traitements (Canadian Museum for Human Rights/Musée canadien des droits de l'homme, 2019) sont les défenseurs. Nos recherches antérieures ont mis au jour quatre réactions courantes des cliniciens aux comportements perturbateurs : l'affirmation de soi, la passivité, la manipulation, la malveillance (Villafranca et al., 2021). Chacune de ces réactions met la personne qui l'adopte dans un rôle particulier et peut s'évaluer comme étant une réponse productive ou non au comportement perturbateur.

La passivité consiste à acquiescer aux demandes du clinicien perturbateur, à ignorer ou accepter le comportement, ou à éviter la confrontation (Villafranca et al., 2021). C'est la stratégie du spectateur. Elle est acceptable, et peut même être sage lorsque le comportement perturbateur est sans conséquence; toutefois, de nombreux cliniciens emploient ressortent quasi systématiquement à cette stratégie, ce qui est problématique (Villafranca et al., 2024) parce qu'elle normalise, voire renforce le comportement perturbateur (Canadian Medical Protective Association/Association canadienne de protection médicale,

2023; Stone et al., 2023), ce qui finit par accroître le nombre d'incidents, ainsi que le risque de dommages psychologiques cumulés. Cette réaction peut également encourager le clinicien perturbateur dans son comportement, qui risque alors de s'aggraver. Les réponses passives présentent un énorme risque pour les patients, car l'évitement entrave généralement la communication entre les membres de l'équipe, et les comportements d'acquiescement s'accompagnent souvent de modifications non justifiées des soins (ce qui mine la prise de décision clinique) (Villafranca et al., 2024). Les personnes qui adoptent cette stratégie sont plus susceptibles de ne jamais signaler le comportement perturbateur (Fast et al., 2020), empêchant ainsi la direction de détecter et régler le problème rapidement.

À l'autre extrême se trouvent les réactions malveillantes, qui se caractérisent par des comportements destructeurs (ex. blâmer la victime, menacer ou attaquer physiquement l'agresseur) (Villafranca et al., 2021). Lorsqu'un clinicien blâme la victime ou soutient, permet ou justifie le comportement perturbateur, il devient complice de la situation. Lorsqu'il réagit de manière menaçante ou violente envers l'agresseur, ces actions de représailles font de lui un agresseur à son tour. La confrontation entre deux ou plusieurs cliniciens ayant un comportement perturbateur peut provoquer une spirale ascendante où l'agressivité déclenche des réponses de plus en plus hostiles de représailles et contre-représailles (Hocker et Wilmot, 2017). Ces actions extrêmes sont rares, mais chaque incident met en péril la sécurité de toutes les personnes présentes dans la salle d'opération et l'intégrité des relations professionnelles. Le clinicien qui réagit s'expose à une probabilité accrue de mesures disciplinaires, et le risque juridique est également plus élevé pour les cliniciens et les établissements de soins.

Les réponses manipulatoires, comme la persécution collective (lorsqu'un clinicien essaie de monter les autres contre l'agresseur, par exemple) ou encore les tentatives d'ennuyer l'agresseur ou de l'induire en erreur par esprit de vengeance (Villafranca et al., 2021) sont tout aussi préoccupantes. La personne qui adopte cette stratégie peut s'engager dans des actions de représailles plus ou moins voilées, et devient alors elle-même un agresseur. Si la manœuvre est découverte, elle peut aggraver le conflit et ébranler gravement la confiance entre les cliniciens (Bies, 2015). En outre, si les actions de la personne qui réagit au comportement perturbateur mettent en danger la sécurité du patient (par exemple, si cette personne ment au clinicien perturbateur au sujet des soins cliniques prodigués), cette personne et l'établissement qui l'emploie s'exposent à un risque juridique grave. Malgré tout, environ 4 % des cliniciens disent avoir utilisé cette stratégie récemment (Villafranca et al., 2024).

Parmi les quatre stratégies de réponse, l'idéal est de faire preuve d'affirmation en recourant à diverses méthodes pour modifier, remplacer ou prévenir le comportement perturbateur

(Villafranca et al., 2024). La personne qui adopte cette stratégie joue alors le rôle de défenseur, que le comportement soit dirigé vers elle ou non, car dans les deux cas, elle intervient dans l'intérêt du patient. Lorsque les techniques d'affirmation de soi sont choisies et appliquées judicieusement, elles empêchent l'escalade et peuvent même désamorcer la situation, permettre de fixer des limites appropriées et réduire la probabilité de récurrence du comportement.

Techniques pour réagir avec assurance

Certaines stratégies bien particulières aident à faire preuve d'assurance sans tomber dans la malveillance ou la manipulation : employer des techniques de désescalade, établir des limites claires, ajuster l'intensité de la réaction à l'ampleur du problème, pratiquer ces techniques dans le cadre de simulations planifiées en sont des exemples.

Chose à savoir : les conflits peuvent s'aggraver considérablement et rapidement en réponse à un phénomène que l'experte clinique en conflits Autumn Fiester (2013, 2015) appelle « l'escalade soudaine ». Les tensions et les émotions s'intensifient très vite (comme si on mettait de l'huile sur un feu), ce qui complique la résolution du conflit (Fiester, 2013, 2015). La situation s'aggrave à cause d'un geste insignifiant ou d'une phrase désinvolte, dont l'intention était neutre, même bonne, mais qui rejette ou banalise les préoccupations de l'agresseur, qu'il s'agisse d'une injonction (« Calmez-vous immédiatement! »), d'une déclaration qui reconnaît, de façon sincère ou non, la situation (« Je vois ce que vous voulez dire, mais... » ou encore « C'est bon, on sait tous que vous avez besoin d'attention... »), de paroles insultantes (« Vous êtes malade ou quoi! »), ou d'une affirmation qui pointe publiquement du doigt une personne déjà offusquée et potentiellement instable (« Comment osez-vous agir comme ça! ») (Center for Bioethics, 2017, 2024). Ces phrases sont peut-être un exutoire à la frustration, mais il n'est pas surprenant qu'elles fassent monter la tension. Le recadrage et le recours à des outils de communication structurée constituent des approches efficaces pour éviter l'escalade soudaine et même « désescalader », reporter ou mettre un terme au conflit.

Le recadrage englobe différentes techniques visant à « interrompre le comportement perturbateur » en redirigeant délibérément l'attention du conflit vers le patient et en rappelant l'objectif fondamental à poursuivre, à savoir les soins et la sécurité du patient. Pour ce faire, on peut utiliser des paroles directes (« Nous devons nous concentrer sur la tâche, sinon le patient pourrait en souffrir. »), des signaux non verbaux (comme pointer le patient ou passer un instrument) et même un recours prudent à l'humour pour relâcher la tension (Hastie et al., 2020). Dans l'idéal, pour éviter d'avoir l'air indifférent, il faudrait reconnaître l'existence du conflit et le problème que le clinicien fautif tente d'exprimer (Fiester, 2012, 2015). Fiester recommande d'inclure trois éléments (Center for Bioethics, 2017) :

1. Une phrase d'assentiment, pour valider le point de vue et les émotions de la personne, même si le reproche en soi n'est pas justifié. Par exemple : « Je comprends ce que vous dites et je vois pourquoi cela vous fâche. »
2. Une phrase de consolation, pour exprimer la sympathie et le regret par rapport à la situation (et tout particulièrement son aspect affectif), peu importe qui en est responsable. Par exemple : « Je suis désolé que la situation vous stresse et vous affecte à ce point. »
3. Une phrase pour admettre la culpabilité (la vôtre ou celle des autres), pour reconnaître que les actions ou inactions pourraient avoir contribué au problème. Par exemple : « Je comprends que j'ai parlé fort et que ça ait pu augmenter votre stress. »

Le but de cette démarche est de réduire la tension et d'éviter l'escalade de manière à ce que les cliniciens qui ne sont pas en cause gardent le contrôle de la situation.

Il est également utile d'avoir recours à des outils de communication structurée ou, au moins, à des phrases apprises à l'avance, pour faciliter la communication dans les situations où le stress abonde (Healthcare Quality Council of Alberta, 2013; Tso et al., 2023). Ces outils peuvent uniformiser les réactions aux comportements perturbateurs et permettre de mieux répondre aux attentes de l'établissement (The Joint Commission, 2019). Ils réduisent l'effet des préjugés personnels et des émotions intenses, qui entraînent des comportements imprudents et impulsifs (The Joint Commission, 2019). Elles permettent également de choisir à l'avance des mots clairs, précis et sans jugement, ce qui réduit le risque de prononcer spontanément des phrases maladroites (Healthcare Quality Council of Alberta, 2013). En outre, l'utilisation de phrases ou de gestes convenus par l'équipe du clinicien permet de signaler rapidement le comportement perturbateur sans en faire un conflit personnel. Parmi les exemples d'outils de communication structurée destinés à améliorer la clarté, l'assurance et la rapidité de réaction, on trouve l'outil CUS (pour concerned, uncomfortable, safety) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023), la méthode SBAR (pour situation, background, assessment, recommendation) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019), la méthode DESC (pour describe, express, specify, consequences) (gouvernement d'Australie-Méridionale, s.d.) et l'outil PACE (pour probe, alert, challenge, emergency) (Psych Safety, 2024). Il existe aussi des trousseaux de ressources comprenant des conseils et des outils pour choisir ses propres phrases à l'avance (Healthcare Quality Council of Alberta, 2013).

Toutefois, avant de choisir ses réponses, il faut s'assurer de fixer des limites appropriées qui ne renforcent pas le comportement et ne mettent pas en danger la sécurité du patient. Il peut s'agir de limites physiques (toucher, espace, interactions physiques), intellectuelles (changer de sujet de conversation, faire respecter

vos contributions intellectuelles), affectives (affirmation de ses émotions, aspects émotionnels du travail, proximité affective), et temporelles (choisir la manière et le moment où les autres peuvent bénéficier de votre temps et les choses auxquelles vous décidez de consacrer votre temps) (Tawwab, 2021).

Les cliniciens peuvent fixer des limites sur la façon dont ils veulent être traités et leurs attentes en cas d'exposition à un comportement perturbateur, par exemple en demandant de remettre les discussions sur le comportement jusqu'à ce que la situation se soit calmée, un exemple de limites temporelles (Royal College of Surgeons of England, 2021; Tso et al., 2023). Pour ce faire, il faut d'abord déterminer les limites personnelles et professionnelles en fonction des priorités et des valeurs (Herbst et al., 2023), puis en établir leur portée (c'est-à-dire les responsabilités qu'on est prêt à assumer ainsi que les actions acceptables) (Herbst et al., 2023; Tso et al., 2023). Il faut ensuite communiquer clairement ces attentes aux autres pour éviter toute confusion (Herbst et al., 2023; Tso et al., 2023), et exprimer le tout avec assurance et respect, dans un message direct qui ne se confond pas en explications (Herbst et al., 2023). Une fois fixées, les limites doivent être respectées, et toute violation doit être dénoncée et réglée tout en restant professionnel (Herbst et al., 2023). Enfin, les cliniciens doivent réévaluer régulièrement leurs limites et les ajuster si nécessaire, en recherchant le soutien de mentors ou de pairs en cas de besoin (Herbst et al., 2023).

La réponse doit correspondre à l'intensité et à la gravité de la situation (Royal College of Surgeons of England, 2021). En adaptant la réponse à la gravité du comportement et à l'obligation (ou non) d'agir immédiatement, l'équipe peut éviter les réactions excessives ou insuffisantes et, dans la mesure du possible, préserver les relations professionnelles, tout en veillant à ce que les comportements préjudiciables cessent et soient ensuite signalés par les voies officielles. L'approche suivante est recommandée. En cas de problèmes mineurs, envisagez de tenir en privé de brèves conversations immédiatement après l'incident. Cela montre que le problème est pris au sérieux. Tenir la conversation en privé évite d'embarrasser publiquement la personne et de provoquer une escalade en faisant un signalement officiel. En cas de perturbations graves ou d'incidents récurrents, le comportement doit être noté et signalé par les mécanismes appropriés. En cas de comportement extrême, une intervention immédiate sera probablement nécessaire; il faut alors user de termes clairs indiquant à tous « d'arrêter les machines » si la sécurité du patient est menacée. En cas de risque de blessures physiques dues à la violence ou à l'agressivité, ou pour contrôler l'agresseur et d'autres personnes mêlées à l'interaction, il est parfois nécessaire d'appeler la sécurité (Royal College of Surgeons of England, 2021). De nombreux modèles différents de réponses individuelles et d'actions disciplinaires adaptées à la gravité de la situation ont été proposés (Hastie et al., 2020; Hickson et al., 2007; Royal College of Surgeons of England, 2021).

La simulation n'est que trop rarement utilisée pour aider les cliniciens à améliorer leurs réactions aux comportements perturbateurs (Lynch, 2020). Elle offre pourtant un environnement sûr et contrôlé où il est possible de mettre en pratique une série de compétences dans des scénarios réalistes et de réagir sans mettre les patients en danger. La simulation en groupe est particulièrement utile pour bonifier la communication au sein des équipes et donc la coordination. Une séance de rétroaction doit suivre immédiatement après l'exercice afin que les participants reçoivent des commentaires constructifs et puissent analyser leur processus d'appréciation cognitive. Des programmes tels que TeamSTEPPSMD et Crisis Resource Management ont fait la preuve que l'apprentissage par simulation améliore la prise de décision et le leadership, favorisant ainsi la sécurité des patients.

Conclusion

La présente étude met l'accent sur l'importance, souvent négligée, des solutions à petite échelle au comportement perturbateur, de même que sur la valeur ajoutée qu'apporte l'adoption d'une perspective de résolution des conflits. En contrôlant consciemment leur appréciation cognitive de la situation, les cliniciens protègent activement leur bien-être psychologique et renforcent leur capacité d'adaptation en cas d'exposition répétée à des comportements perturbateurs. Cela exige une prise de conscience de la situation, un recadrage des situations stressantes, le maintien de l'attention sur le moment présent et l'emploi de stratégies d'adaptation qui favorisent l'état d'esprit du survivant. En outre, les cliniciens peuvent désamorcer les conflits, faire respecter les limites et jouer un rôle de défenseur s'ils évitent les réactions passives, malveillantes et manipulatoires et réagissent avec assurance. La formation par simulation et les outils de communication structurée aident à intérioriser ces pratiques pour savoir les appliquer même sous pression. Les cliniciens seront ainsi mieux préparés à interrompre le cycle de perturbation et, ce faisant, à se protéger et à protéger les patients dont ils s'occupent. Les recherches futures devront affiner ces stratégies et en évaluer l'effet à long terme sur la pratique clinique et la culture du bloc opératoire.

Notes des auteurs



Alexander Villafranca, Ph.D., est professeur adjoint à l'Université Fraser Valley. Titulaire d'un doctorat en bioéthique empirique, il étudie la dynamique interpersonnelle et le raisonnement moral dans les milieux de soins où le stress est élevé. Ses travaux ont

été cités plus de 1 200 fois et ont aussi attiré l'attention sur les médias sociaux, certains articles atteignant des scores d'attention Altmetric se situant dans le 95e au 97e percentile sur plus de 20 millions d'études mises en comparaison. Ses recherches ont également été présentées dans les médias, notamment par la Canadian Broadcasting Corporation, CTV News et le journal Winnipeg Free Press.



Brett Adams est étudiant de premier cycle au programme de psychologie de l'Université Western Ontario. Il s'intéresse beaucoup au comportement humain et a travaillé sur des projets de recherche liés aux comportements perturbateurs dans le domaine de la santé. Brett prévoit poursuivre des études supérieures en psychologie après l'obtention de son diplôme.



Owen Krestow est étudiant de premier cycle au baccalauréat en kinésiologie à l'Université Fraser Valley. Il s'intéresse particulièrement à la prise en charge et à la réadaptation en cas de troubles neurologiques. Owen prévoit continuer ses études en physiothérapie ou en médecine après l'obtention de son diplôme, en vue de faire carrière dans le domaine de la santé.



Alison Forest, B.Sc.inf., M.Sc.inf., inf. aut., CCCI, est infirmière enseignante au programme de baccalauréat en sciences infirmières de Northwestern Polytechnic, à Grande Prairie, en Alberta. Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de l'Alberta, d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université d'Athabasca et est également enseignante clinique certifiée. Son expérience clinique est axée sur l'obstétrique et la santé des femmes; elle a notamment un grand intérêt pour le deuil périnatal et la culture des soins de santé et des soins infirmiers. Son dernier projet étudie l'enseignement des comportements éthiques et vertueux dans les programmes de sciences infirmières.



Lesia Yasinski, RNBN, M.Sc. de l'administration, est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières (Université du Manitoba), d'un certificat en administration des soins infirmiers (Université du Manitoba) et d'une maîtrise en administration des soins de santé (Central Michigan University). Elle a travaillé comme infirmière clinicienne en soins périopératoires, infirmière-ressource en soins cliniques, infirmière enseignante en soins périopératoires et infirmière gestionnaire. Elle est actuellement directrice professionnelle des soins infirmiers pour la région sanitaire de Winnipeg. Par le passé, Lesia a été membre du comité de direction de la Manitoba Operating Room Nursing Association. Elle est passionnée par les soins infirmiers périopératoires et par le rôle qu'ils jouent dans l'excellence des soins prodigués aux patients.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

Le projet a reçu du financement interne de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Fraser Valley.

Contribution et remerciements

Alexander Villafranca : Il a eu l'idée du sujet d'étude, élaboré la stratégie de recherche documentaire, assuré la supervision, revu et organisé une partie du matériel source, rédigé des sections du document, effectué une révision critique du contenu intellectuel de l'article, coordonné le calendrier, le processus de soumission et les réponses aux relecteurs, et il a relu et approuvé la version finale de l'article.

Brett Adams : Il a trouvé la littérature de recherche pertinente, revu et organisé une partie du matériel source, rédigé des sections du document, aidé à répondre aux commentaires des relecteurs, et a relu et approuvé la version finale de l'article.

Owen Krestow : Il a trouvé la littérature de recherche pertinente, revu et organisé une partie du matériel source, rédigé une partie du document, et a relu et approuvé la version finale de l'article.

Alison Forest : Elle a aidé à planifier la recension des écrits sur le sujet, effectué une révision critique de l'article pour en dégager le contenu intellectuel important, et revu et approuvé la version finale.

Lesia Yasinski : Elle a aidé à planifier la recension des écrits sur le sujet, effectué une révision critique de l'article pour en dégager le contenu intellectuel important, et a relu et approuvé la version finale.

Références

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *SBAR tool*. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/sbar.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). *Tool: CUS*. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/mutual/tools/cus.html>
- Algorani, E., & Gupta, V. (Updated 2023) *Coping mechanisms*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>
- Ayle, F. A., & Barchard, K. A. (2024). Positive reappraisal and catastrophizing mediate the relationship between mindfulness and job burnout. *Discover Psychology*, 4(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/S44202-024-00229-Z/TABLES/4>
- Ben-David, S. (2020). From victim to survivor to overcomer. In J. Joseph & S. Jergensen (Eds.) *An international perspective on contemporary developments in victimology: A festschrift in honor of Marc Groenhuijsen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41622-5_2
- Bennett, M. P., Knight, R., Patel, S., So, T., Dunning, D., Barnhofer, T., Smith, P., Kuyken, W., Ford, T., & Dalgleish, T. (2021). Decentering as a core component in the psychological treatment and prevention of youth anxiety and depression: A narrative review and insight report. *Translational psychiatry*, 11(1), 288. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01397-5>
- Bityutskaya, E. V., & Korneev, A. A. (2021). Subjective appraisal and orientations in difficult life situations as predictors of coping strategies. *Psychology in Russia: State of the Art*, 14(3), 180–199. <https://doi.org/10.11621/pir.2021.0312>
- Canadian Medical Protective Association. (2023). *Good practices: Dealing with conflict*. <https://www.cmpa-acpm.ca/en/education-events/good-practices/physician-team/dealing-with-conflict>
- Center for Bioethics. (2017) *Intensive Clinical Bioethics Course*. Harvard Medical School.
- Center for Substance Abuse Treatment (US). *Trauma-informed care in behavioural health services*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). (2014). *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57. Chapter 4, Screening and Assessment*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207188/>
- Cochran, A., & Elder, W. B. (2014). A model of disruptive surgeon behaviour in the perioperative environment. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(3), 390–398. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.05.011>
- Cochran, A., & Elder, W. B. (2015). Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *American Journal of Surgery*, 209(1), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.09.017>
- Colaprico, C., Addari, S., & La Torre, G. (2023). The effects of bullying on healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Rivista di Psichiatria*, 58(2), 41–49. <https://doi.org/10.1708/4022.39973>
- Dang, D., Nyberg, D., Walrath, J. M., & Kim, M. T. (2015). Development and validation of the Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 30(5), 470–476. <https://doi.org/10.1177/1062860614544193>
- Denson, T., & Fabiansson, E. (2023). Anger, hostility, and anger management. In: H. Friedman, & C. Markey, (Eds.) *Encyclopedia of Mental Health* (3rd Edition). Academic; 2023. p. 77–83. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00200-7>
- Dirican, O., Abacı Bozyel, Ö., & Öztaş, D. (2022) Mobbing in the case of primary health care providers. *Archives of Medical Case Reports and Case Study*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.5455/apd.35929>
- Espejo, E. P., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2012). Elevated appraisals of the negative impact of naturally occurring life events: A risk factor for depressive and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 303–315. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9552-0>
- Fast, I., Villafranca, A., Henrichs, B., Magid, K., Christodoulou, C., & Jacobsohn, E. (2020). Disruptive behaviour in the operating room is under-reported: An international survey. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 67(2), 177–185. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01540-3>
- Fernandez De Henestrosa, M., Sischka, P. E., & Steffgen, G. (2023). Challenge, threat, coping potential: How primary and secondary appraisals of job demands predict nurses' affective stated during the COVID-19 pandemic. *Nursing Open*, 10(6), 3840. <https://doi.org/10.1002/NOP2.1642>
- Fiester, A. (2013). *The difficult patient reconceived* [Video]. March 2017 Bioethics Grand Rounds. https://www.youtube.com/watch?v=jeO_9jPTqdo
- Fiester, A. M. (2015). What mediators can teach physicians about managing 'difficult' patients. *The American journal of medicine*, 128(3), 215–216. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.09.017>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Goh, H. S., Hosier, S., & Zhang, H. (2022). Prevalence, antecedents, and consequences of workplace bullying among nurses—A summary of reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14) 8256. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148256>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

- Gupta, A., Thompson, J. C., Ringel, N. E., Kim-Fine, S., Ferguson, L. A., Blank, S. V., Iglesia, C. B., Balk, E. M., Secord, A. A., Hines, J. F., Brown, J., & Grimes, C. L. (2024). Sexual harassment, abuse, and discrimination in obstetrics and gynecology: A systematic review. *JAMA Network Open*, 7(5), e2410706. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.10706>
- Hamlin, C., Villafranca, A., Enns, S., Parveen, D., & Jacobsohn, E. (2016). Perpetrators of bullying and incivility in the operating room: A multinational survey of 6142 clinicians. *Anesthesiology*, 3145. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000422892.06958.51>
- Hastie, M. J., Jalbout, T., Ott, Q., Hopf, H. W., Cevasco, M., & Hastie, J. (2020). Disruptive behavior in medicine: Sources, impact, and management. *Anesthesia and Analgesia*, 131(6), 1943–1949. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005218>
- Healthcare Quality Council of Alberta. (2013). *Resource toolkit: Managing disruptive behaviour in the healthcare workplace*. https://hqca.ca/wp-content/uploads/2021/10/Disruptive_Behaviour_Toolkit_042413.pdf
- Hawkins, N., Jeong, S., & Smith, T. (2019). New graduate registered nurses' exposure to negative workplace behaviour in the acute care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 41–54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.020>
- Herbst, R., Sump, C., & Riddle, S. (2023). Staying in bounds: A framework for setting workplace boundaries to promote physician wellness. *Journal of hospital medicine*, 18(12), 1139–1143. <https://doi.org/10.1002/jhm.13102>
- Hicks, S., & Stavropoulou, C. (2022). The effect of health care professional disruptive behavior on patient care: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 18(2), 138–143. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000805>
- Hickson, G. B., Pichert, J. W., Webb, L. E., & Gabbe, S. G. (2007). A complementary approach to promoting professionalism: Identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(11), 1040–1048. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815761ee>
- Hocker, L. J., & Wilmot, W. W. (2017). *Interpersonal conflict*, (10th ed.). McGraw-Hill Education.
- Holahan, C., Ragan, J., & Moos, R. (2017). *Reference module in neuroscience and biobehavioural psychology*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05724-2>
- Houck, N. M., & Colbert, A. M. (2017). Patient safety and workplace bullying: An integrative review. *Journal of nursing care quality*, 32(2), 164–171. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000209>
- Hutchinson, M., & Jackson, D. (2013). Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: A mixed-methods systematic review. *BMC Nursing*, 12(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-25>
- International Self-Care Foundation. (2025). *Seven pillars of self-care*. <https://isfglobal.org/>
- Johnson, A. H., & Benham-Hutchins, M. (2020). The influence of bullying on nursing practice errors: A systematic review. *AORN Journal*, 111(2), 199–210. <https://doi.org/10.1002/aorn.12923>
- Jones, D. G., & Endsley, M. R. (1996). Sources of situation awareness errors in aviation. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 67(6), 507–512.
- Karatuna, I., Jönsson, S., & Muhonen, T. (2020). Workplace bullying in the nursing profession: A cross-cultural scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103628. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103628>
- Kets de Vries, M. F. R. (2012). Are you a victim of the victim syndrome? *Insead Working Paper No. 2012/70/EFE*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2116238
- Krackow, E., & Rudolph, K. D. (2008). Life stress and the accuracy of cognitive appraisals in depressed youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(2), 376. <https://doi.org/10.1080/15374410801955797>
- Lavoie, C. É., Vallerand, R. J., & Verner-Filion, J. (2021). Passion and emotions: The mediating role of cognitive appraisals. *Psychology of Sport and Exercise*, 54, 101907. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.101907>
- Lever, I., Dyball, D., Greenberg, N., & Stevelink, S. A. M. (2019). Health consequences of bullying in the healthcare workplace: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3195–3209. <https://doi.org/10.1111/jan.13986>
- Lynch, A. (2020). Simulation-based acquisition of non-technical skills to improve patient safety. *Seminars in pediatric surgery*, 29(2), 150906. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2020.150906>
- Moreno-Leal, P., Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Jiménez-Ruiz, I., Ramos-Morcillo, A. J., Ruzafa-Martínez, M., & De Souza Oliveira, A. C. (2021). Disruptive behavior at hospitals and factors associated to safer care: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(1), 19. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010019>
- Munroe, M., Al-Refae, M., Chan, H. W., & Ferrari, M. (2022). Using self-compassion to grow in the face of trauma: The role of positive reframing and problem-focused coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 14(S1), S157–S164. <https://doi.org/10.1037/tra0001164>
- Nanney, J. T., Constans, J. I., Kimbrell, T. A., Kramer, T. L., & Pyne, J. M. (2015). Differentiating between appraisal process and product in cognitive theories of posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(4), 372–381. <https://doi.org/10.1037/tra0000011>
- National Health Service. (n.d.). Every mind matters: Reframing unhelpful thoughts. [Internet]. [cited 2025 Feb 14]. <https://www.nhs.uk/every-mind-matters/mental-wellbeing-tips/self-help-cbt-techniques/reframing-unhelpful-thoughts/>
- National Institute of Mental Health. (2024). *Caring for your mental health*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/caring-for-your-mental-health>
- Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., Bower, P., Campbell, S., Haneef, R., Avery, A. J., & Ashcroft, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 366, 14185. <https://doi.org/10.1136/bmj.14185>
- Pogue, C. A., Li, P., Swiger, P., Gillespie, G., Ivankova, N., & Patrician, P. A. (2022). Associations among the nursing work environment, nurse-reported workplace bullying, and patient outcomes. *Nursing Forum*, 57(6), 1059–1068. <https://doi.org/10.1111/nuf.12781>
- Pollard, C., & Foreman, E. (2011). *Introducing cognitive behavioural therapy (CBT): A Practical Guide* [Internet]. Icon Books. [cited 2025 Feb 13]. <https://www.amazon.ca/Introducing-Cognitive-Behavioural-Therapy-CBT/dp/1848312547>
- PsychSafety. (2024). *PACE: Graded assertiveness*. <https://psychsafety.com/pace-graded-assertiveness/>
- Riepenhausen, A., Wackerhagen, C., Reppmann, Z. C., Deter, H. C., Kalisch, R., Veer, I. M., & Walter, H. (2022). Positive cognitive reappraisal in stress resilience, mental health, and well-being: A comprehensive systematic review. *Emotion Review*, 14(4), 310–331. <https://doi.org/10.1177/17540739221114642>
- Rosenstein, A. H., & O'Daniel, M. (2006). Impact and implications of disruptive behaviour in the perioperative arena. *Journal of the*

- American College of Surgeons*, 203(1), 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.03.027>
- Rosenstein, A. H., & O'Daniel, M. (2008). A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(8), 464-471. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34058-6](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34058-6)
- Royal College of Surgeons of England. (2021). Managing disruptive behaviours in surgery: A guide to good practice. <https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/standards-and-research/standards-and-policy/good-practice-guides/2021/rcs-england-managing-disruptive-behaviours-2021.pdf>
- Samuelson, K. W., Engle, K., Bartel, A., Jordan, J. T., Powers, T., Abadjian, L., & Benight, C. C. (2021). The power of appraisals in predicting PTSD symptom improvement following cognitive rehabilitation: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 282, 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.067>
- Schaeffer, M. H. (1989). Environmental stress and individual decision-making: Implications for the patient. *Patient Education and Counseling*, 13(3), 221-235. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(89\)90018-9](https://doi.org/10.1016/0738-3991(89)90018-9)
- Shafran Tikva, S., Gabay, G., Asraf, L., Kluger, A. N., & Lerman, Y. (2023). Experiencing and witnessing disruptive behaviors toward nurses in COVID-19 teams, patient safety, and errors in care. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 55(1), 253-261. <https://doi.org/10.1111/jnu.12857>
- Spătaru, B., & Maricuțoiu, L. P. (2024). The relationships between personality traits and cognitive appraisal: A Scoping review. *Romanian Journal of Applied Psychology*, 26(1), 11-23. <https://doi.org/10.2478/rjap-2024-0002>
- Stallman, H. M. (2020). Health theory of coping. *Australian Psychologist*, 55(4), 295-306. <https://doi.org/10.1111/ap.12465>
- Stone, D., Patton, B., & Heen, S. (2023). *Difficult conversations: How to discuss what matters most* (10th anniversary ed.). Penguin Books.
- Trépanier, S. G., Fernet, C., Austin, S., & Boudrias, V. (2016). Work environment antecedents of bullying: A review and integrative model applied to registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 85-97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.001>
- The Government of South Australia. (n.d.). *Describe, express, specify, consequences (DESC) script examples*. [cited 2025 Feb 15]. www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/4f8796ce-e1a2-4b98-ace5-bea3613bba8c/SA+MET+Responding+Harassment+Discrimination-Script-Examples.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORSPACE-4f8796ce-e1a2-4b98-ace5-bea3613bba8c-o6TjwZp
- The Joint Commission. (2019). *Quick safety issue 47: De-escalation in health care*. <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/quick-safety/quick-safety-47-deescalation-in-health-care/>
- Trépanier, S. G., Fernet, C., Austin, S., & Boudrias, V. (2016). Work environment antecedents of bullying: A review and integrative model applied to registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 85-97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.001>
- Tso, H. H., White, C. Y., & Parikh, J. R. (2023). How breast radiologists can deal with the disruptive technologist. *Clinical Imaging*, 104, 109994. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2023.109994>
- Villafranca, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2018). Disruptive behavior in the operating room: Prevalence, consequences, prevention, and management. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 31(3), 366-374. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000592>
- Villafranca, A., Fast, I., Turick, M., & Jacobsohn, E. (2024). Clinician responses to disruptive intraoperative behaviour: Patterns and norms identified from a multinational survey. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 71(4), 490-502. <https://doi.org/10.1007/s12630-023-02670-5>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Enns, S., & Jacobsohn, E. (2017). Disruptive behaviour in the perioperative setting: A contemporary review. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 64(2), 128-140. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0784->
- Villafranca, A., Hamlin, C., & Jacobsohn, E. (2017). Physical and psychological abuse in Canadian operating rooms. *Canadian Journal of Anesthesia*, 64(2), 236-237. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0777-9>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Rodebaugh, T. L., Robinson, S., & Jacobsohn, E. (2021). Development of survey scales for measuring exposure and behavioral responses to disruptive intraoperative behavior. *Journal of Patient Safety*, 17(7), e607-e614. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000423>
- Villafranca, A., Hiebert, B., Hamlin, C., Young, A., Parveen, D., Arora, R. C., Avidan, M., & Jacobsohn, E. (2019). Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 66(7), 781-794. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01333-8>
- Walrath, J. M., Dang, D., & Nyberg, D. (2013). An organizational assessment of disruptive clinician behavior: Findings and implications. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2), 110-121. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318270d2ba>
- Yeo, G. C., & Ong, D. C. (2024). Associations between cognitive appraisals and emotions: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 150(12), 1440-1471. <https://doi.org/10.1037/bul0000452>

ANDAU MEDICAL

aspensurgical.

PrimePad® is back, better than ever.

PrimePadPlus
Trendelenburg Pads & Kits

BY PRIMEMEDICAL
www.andaumedical.com

- Reliable support and stability with high-performance polyurethane
- Peak pressure reduction
- Compatible with patient warming devices
- Anti-Skid
- Enhanced breathability & increased patient support

CertiPUR-US