

Le présent article, publié sur la plateforme Open Journal Systems, est diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), laquelle n'autorise le téléchargement et le partage de l'article qu'à des fins personnelles. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

De victime à survivant — Partie 2 : Corriger les systèmes qui permettent les comportements perturbateurs en salle d'opération

Alison Forest¹, Brett Adams², Owen Krestow², Lesia Yasinski³ et Alexander Villafranca² *

¹ Northwestern Polytechnic, Grande Prairie (Alberta)

² University of the Fraser Valley, Chilliwack (Colombie-Britannique)

³ Responsable professionnelle – Soins infirmiers, Office régional de la santé de Winnipeg (Manitoba)

* **Auteur-ressource** : Alexander Villafranca, professeur agrégé, University of the Fraser Valley, Chilliwack (Colombie-Britannique). CEP A3422, 45201, av. Caen, Chilliwack, (Colombie-Britannique) V2R 0N3, alexander.villafranca@ufv.ca

Résumé

Les comportements perturbateurs observés en salle d'opération sont fréquents et leurs répercussions sont graves. Ils nuisent aux soins au patient, donnent un mauvais exemple à l'étudiant en médecine et minent le bien-être du clinicien. La première partie de cet article a mis en relief l'importance des solutions à adopter à petite échelle, notamment la tenue d'évaluations adéquates et l'examen des réactions comportementales des victimes et des témoins. Mais si on se concentre uniquement sur les stratégies que les cliniciens peuvent adopter, on fait porter une responsabilité trop lourde à des personnes déjà touchées. Dans la deuxième partie, on se penche sur les systèmes qui contribuent à la perpétuation de comportements perturbateurs et, plus important encore, sur les manières de les changer. De façon plus précise, le présent article vise à examiner comment les pratiques d'embauche, les programmes de formation et de mentorat, de même que le renforcement culturel façonnent le milieu clinique et peuvent favoriser ou empêcher l'adoption de comportements contraires à l'éthique professionnelle. Au cours de l'embauche, on devrait avoir de franches discussions sur les attentes professionnelles et les difficultés à prévoir et sélectionner des candidats qui adhèrent aux valeurs de l'établissement. Les programmes de formation devraient viser à enseigner expressément aux cliniciens les valeurs et les compétences générales nécessaires pour éviter ou atténuer des comportements perturbateurs, et à renforcer ces compétences à l'aide d'exercices de simulation. Les programmes de mentorat devraient permettre de jumeler les nouveaux

cliniciens à de bons modèles de professionnels et de tirer parti des progrès réalisés dans le domaine de l'enseignement du professionnalisme afin d'accélérer le changement de culture. Enfin, les établissements devraient établir des politiques claires, établir les attentes comportementales d'une manière cohérente et équitable, créer des mécanismes de signalement confidentiel, adapter les conditions de travail de façon à réduire le stress et l'épuisement professionnel, et fournir du soutien aux cliniciens qui en ont besoin. Les problèmes complexes d'ordre social, comme les comportements perturbateurs, nécessitent à la fois des interventions à l'échelle individuelle et une réforme systémique. En fin de compte, la combinaison des solutions à petite échelle et des solutions à grande échelle pourra atténuer les effets pervers des comportements perturbateurs et faire évoluer la culture organisationnelle vers le professionnalisme et la sécurité.

Mots-clés : travail d'équipe, impolitesse, intimidation, professionnalisme, mentorat, simulation

Introduction

Les résultats de nombreuses études confirment l'omniprésence de comportements perturbateurs dans les salles d'opération (Cochran & Elder, 2014; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017), y compris d'actes de violence physique et psychologique (Villafranca et al., 2019; Villafranca, Hamlin, Jacobsohn et al., 2017). Ces comportements nuisent aux soins aux patients, donnent un mauvais exemple aux étudiants en médecine et, en plus, ont des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des professionnels de la santé (Goh et al., 2022; Pogue et al., 2022; Rehder et al., 2020). À l'échelle systémique, les comportements perturbateurs compromettent l'efficacité des établissements de soins de santé, font augmenter le risque d'événements indésirables, le nombre de griefs déposés par des membres du personnel, le taux d'absentéisme

Manière suggérée de citer l'article : Forest, A., Adams, B., Krestow, O., Yasinski, L., Villafranca, A. (2025). De victime à survivant — Partie 2 : Corriger les systèmes qui permettent les comportements perturbateurs en salle d'opération. *Revue de l'AIISOC*, 42(2), 20–29. <https://doi.org/10.5737/ornac16381>

et, par conséquent, le taux de roulement du personnel (Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017). Il existe de nombreux travaux de recherche sur le problème et leurs auteurs sont très souvent cités; pourtant les comportements perturbateurs restent une question d'actualité, un problème urgent à régler, et qui n'est pas toujours signalé à la direction de l'établissement (Fast et al., 2020). La présente série d'articles vise à exposer des solutions pratiques que les cliniciens et les gestionnaires peuvent adopter pour prévenir et atténuer le problème. La première partie du présent article servait surtout à présenter des solutions à petite échelle, c'est-à-dire des mesures que les cliniciens et les gestionnaires peuvent adopter pour prévenir et atténuer le problème (Villafranca et al., 2025). Les réactions actuelles atténuent parfois les conséquences, mais d'autres fois les aggravent, ce qui n'est pas optimal (Villafranca et al., 2024). L'adoption de solutions à petite échelle est essentielle pour permettre aux cliniciens d'intervenir sur leurs conditions de travail pour les améliorer. Mais si on insiste trop sur l'importance de ces solutions, on risque d'imposer aux cliniciens un fardeau trop lourd en leur demandant de limiter les préjudices causés par des collègues dont le comportement est contraire à l'éthique professionnelle. De plus, l'adoption de ces mesures se fonde sur l'espoir que l'effet cumulatif d'interventions individuelles mènera à un vaste changement de culture. Il incombe de faire porter une responsabilité équivalente aux leaders et aux dirigeants, car ces personnes peuvent favoriser un changement de culture généralisé et durable en intervenant sur les systèmes. Les dirigeants assument des fonctions formelles, supervisent les activités des services, alors que les leaders forment un éventail plus large de personnes influentes ayant des fonctions formelles, comme les formateurs ou les coordonnateurs cliniciens, ou informelles, comme les membres du personnel d'un service qui travaillent bénévolement pour aider à élaborer des stratégies ou à développer des projets (Jibreal, 2021). Idéalement, les dirigeants devraient travailler de concert avec les leaders ayant des fonctions officielles et les autres pour développer et améliorer le milieu de services périoopératoires.

Or, ce sont justement ces milieux, de la façon dont ils fonctionnent actuellement, qui permettent le développement de comportements perturbateurs (Campos et al., 2022; Peisah et al., 2023; Rogers et al., 2013). Lorsqu'une réforme systémique s'accompagne d'interventions personnelles, on assiste à la naissance d'une culture de civilité et de sécurité plus durable. Le présent article, le deuxième de la série, vise à orienter la discussion vers un virage systémique; il passe en revue les systèmes d'embauche, de formation, de mentorat et de socialisation, ainsi que les systèmes de renforcement et de maintien de la culture.

Systèmes d'embauche

Le recrutement est une tâche laborieuse et stressante qui incombe aux gestionnaires des établissements de soins de santé. La pénurie de personnel, le manque de ressources et

un taux de roulement du personnel élevé seront tous exacerbés par les comportements perturbateurs (Hastie et al., 2020; Higgins et al., 2013; Potts et al., 2020). Plusieurs gestionnaires d'embauche indiquent manquer de confiance et ne pas avoir l'impression de posséder les compétences nécessaires pour prendre des décisions d'embauche éclairées; et l'expérience ne semble pas améliorer ce constat (Kester et al., 2022). Il n'en reste pas moins que le système d'embauche reste une mesure de contrôle essentielle qui façonne la culture organisationnelle. Si les pratiques d'embauche ne permettent pas d'évaluer le professionnalisme du candidat et néoncent pas clairement au point de départ les attentes, l'organisation risque de laisser entrer des personnes susceptibles d'avoir des comportements perturbateurs. À l'inverse, les pratiques d'embauche qui abordent ces éléments favoriseront une culture de la sécurité, c'est-à-dire un ensemble de valeurs communes, d'attentes comportementales et de conduites professionnelles qui aideront à surmonter les difficultés inhérentes au travail en salle d'opération (Hedsköld et al., 2021).

En règle générale, les décisions d'embauche sont guidées par les énoncés de mission et les objectifs des programmes développés à l'échelle régionale et au niveau de la société (Alberta Health Services 2025; (Ontario Health [Santé Ontario], 2025; Reese et al., 2021; Shubeck et al., 2020). Les nouveaux employés doivent adhérer à la vision et à la philosophie de l'établissement (Rosenstein, 2015) et être les candidats les mieux placés pour contribuer à l'atteinte des objectifs à court terme et aider l'établissement à remplir sa mission générale. Ils doivent aussi répondre aux besoins particuliers d'un service donné. Si, par exemple, si dans un service la fréquence de comportements perturbateurs est élevée, l'équipe d'embauche doit, durant l'entrevue d'emploi, poser des questions servant à sonder le point de vue du candidat sur le professionnalisme et à évaluer ses compétences professionnelles. En abordant la question des comportements perturbateurs, l'équipe peut juger si le candidat est apte à contribuer positivement à la culture du service, ou aura besoin d'encadrement pour bien jouer son rôle. L'entrevue d'emploi agit comme premier entretien essentiel pour énoncer d'entrée de jeu les attentes comportementales et les grandes lignes de la culture recherchée au sein du service. Trop souvent, les nouveaux employés observent un écart entre ce qui leur est enseigné durant le programme d'études et ce qui se passe dans la pratique (D'Eon et al., 2007; Gofton & Regehr, 2006; Ludwig et al., 2018). Ce clivage risque de les amener à rejeter les normes établies pendant leur formation pour plutôt calquer (ou au moins tolérer) le comportement perturbateur de leurs supérieurs (Alshareef & Flemban, 2025; Doherty et al., 2025). En présentant les initiatives en cours durant l'entrevue d'emploi, l'établissement s'assure que les nouveaux employés se rendent compte que des efforts sont déployés pour changer la culture, qui les aidera à affronter le comportement perturbateur de certains cliniciens récalcitrants sans pour autant

abandonner tout espoir. Il serait aussi important d'établir les attentes à cette étape préliminaire lorsqu'il s'agit d'un milieu de travail syndiqué, où certains cliniciens sont nommés à des postes selon leur ancienneté ou ont des comportements dysfonctionnels qui étaient tolérés lorsqu'ils occupaient leurs anciens postes. En plus d'être un mécanisme de sélection, l'entrevue d'emploi doit être considérée comme le premier contact qui donne le ton aux relations entre le nouvel employé et les diverses parties, en particulier avec les autres membres de l'équipe, les patients et la direction.

Programmes de formation

La formation clinique commence par des programmes préparatoires à la pratique dans les établissements postsecondaires et se poursuit tout au long de la carrière du clinicien (Healthcare Quality Council of Alberta, 2013; Nes et al., 2022). Les hôpitaux ont de la formation annuelle obligatoire, et certains programmes particuliers visant l'enrichissement des connaissances et le perfectionnement des compétences. Ces programmes permettent aux dirigeants et aux leaders d'offrir aux cohortes de cliniciens une formation pour les aider à faire face aux comportements perturbateurs. Certains aspects, comme la résolution de conflits et les compétences interpersonnelles, doivent être abordés en priorité. Si ces programmes ne mettent pas l'accent sur la courtoisie et le travail d'équipe en contexte interdisciplinaire, les cliniciens risquent de ne pas reconnaître les préjudices causés par des comportements perturbateurs (Moreira et al., 2019; Moreno-Leal et al., 2021). Idéalement, les occasions de formation devraient combler les lacunes de connaissances, accroître les compétences, et énoncer et renforcer les valeurs à respecter en milieu de travail. Les cliniciens devraient apprendre à reconnaître les comportements perturbateurs et à mesurer les conséquences des épisodes passés.

Comme d'autres types de programmes de formation en milieu hospitalier, ces programmes pourraient se dérouler selon différentes modalités. La formation par simulation est particulièrement bien adaptée pour sensibiliser les cliniciens aux comportements perturbateurs. Plusieurs raisons l'expliquent. En effet, elle s'harmonise bien avec les pratiques exemplaires en matière d'éducation des adultes tout en permettant aux individus et aux équipes de mettre en pratique leurs aptitudes à communiquer et à résoudre des conflits dans des scénarios réalistes (Elendu et al., 2024; Farina et al., 2024; Saleem & Khan, 2023). La formation par simulation permet souvent de perfectionner des compétences techniques; mais elle permet aussi à perfectionner les compétences comportementales nécessaires pour faire face à des comportements perturbateurs. Elle consiste entre autres à s'exercer à communiquer avec assurance, à s'y retrouver dans les structures hiérarchiques des équipes et à réagir aux manques de politesse observés durant des scénarios de travail en équipe qui utilisent des jeux de rôle et des exercices d'observation guidée (Aggarwal et al., 2010; Lynch, 2020). La formation par simulation a fait l'objet

de nombreuses études, à tel point qu'on a établi des méthodes exemplaires pour utiliser cette méthode de formation dans des établissements de soins de santé (Lame & Dixon-Woods, 2020; Watts et al., 2021). Il s'agit d'une méthode souple, qui permet aux leaders d'adapter les objectifs d'apprentissage en fonction des difficultés interpersonnelles observées dans le service et, par la suite, d'adapter les scénarios à mesure que les besoins évoluent.

La simulation est une méthode de plus en plus répandue et acceptée pour la formation des cliniciens. Elle est maintenant monnaie courante dans la formation professionnelle. Les nouveaux professionnels arrivent en milieu de travail en connaissant bien les protocoles et les méthodes de simulation. Le personnel d'expérience reconnaît de plus en plus les mérites de la formation par simulation, ce qui suscite plus d'enthousiasme pour les programmes utilisant des scénarios de simulation et se traduit par une hausse le taux de participation à ces programmes (Abas & Juma, 2016; Okuda et al., 2009; Shandiz et al., 2021). De l'avis de nombreux cliniciens, la simulation est une formidable méthode d'apprentissage. Elle permet d'exposer des problèmes complexes et stimulants dans un contexte qui ne comporte aucun risque pour les patients. On peut encourager les apprenants à réagir de diverses façons à des comportements perturbateurs. Lorsqu'elle est associée à une séance de compte rendu structuré, comme le modèle Plus-Delta, au cours de laquelle les participants réfléchissent à ce qui fonctionne bien avant de recommander ce qu'on pourrait faire autrement, la simulation permet au processus d'apprentissage de devenir une expérience concrète qui stimule la réflexion; les chances de favoriser un changement de culture durable sont ainsi plus élevées (Cheng et al., 2021; International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning [INACSL] et al., 2025; Lateef, 2010; Oh et al., 2021).

Nous venons de vanter les mérites de la formation par simulation pour aider les cliniciens à acquérir des compétences comportementales. Mais il faut souligner un point important : cette méthode est efficace dans la mesure où elle est bien utilisée. Les leaders doivent suivre les méthodes exemplaires pour préparer, animer et évaluer les simulations. Idéalement, les animateurs devraient suivre une formation structurée sur le sujet, comme celle qui est offerte par l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières. Les simulations devraient être élaborées sur la base de lignes directrices établies par des organismes réputés, comme INACSL (Canadian Nurse Educators Institute [Institut canadien des infirmières et des infirmiers enseignants], 2025; INACSL, 2021). La revue de toutes les méthodes exemplaires et la description des types de simulation dépassent la portée du présent article. Le lecteur est invité à consulter les références fournies dans ce document comme point de départ. La connaissance et l'observation des méthodes exemplaires de simulation permettent de s'assurer que les étudiants apprennent le contenu prévu et que le temps

et le coût des simulations sont justifiés (Diaz-Navarro et al., 2024; Experiential Learning Hub, Queen's University, 2021; INACSL, 2021). Par exemple, il est essentiel de veiller à ce que les simulations se déroulent dans un milieu d'apprentissage sûr sur le plan psychologique, où la vulnérabilité est une chose normale et où on ne blâme personne (Somerville et al., 2023; Turner et al., 2023; Vaughn et al., 2024). Il faut protéger tous les participants, peu importe le rôle qu'ils ont pu jouer dans de réels conflits en dehors des simulations, au cours desquels des comportements perturbateurs se seraient produits. Il faut donc examiner en amont la dynamique relationnelle pour réduire le risque d'irriter ou de traumatiser de nouveau des cliniciens ayant déjà été victimes ou témoins de comportements perturbateurs. Les mesures de précaution consistent entre autres à s'assurer que les scénarios ne sont pas trop semblables aux conflits vécus par le groupe dans la vie réelle, à définir immédiatement les attentes comportementales, à permettre aux participants qui se sentent mal d'abandonner un scénario sans être jugés, et à s'assurer que toutes les étapes – la séance d'information préliminaire (qui sert à expliquer le déroulement et les attentes comportementales), la simulation en elle-même et la séance de compte rendu structurée – restent confidentielles. Il serait aussi judicieux d'identifier la façon dont des participants en détresse peuvent obtenir du soutien émotionnel, au besoin.

La simulation peut s'avérer difficile pour les leaders qui découvrent cette méthode de formation. Heureusement, il existe des ressources utiles. D'abord, il existe une collection croissante de simulations virtuelles en ligne. Les apprenants peuvent y assister à plusieurs reprises, selon un horaire variable, individuellement ou en groupe (Verkuyl et al., 2024). Nous ne fournissons ici aucun lien vers des simulations particulières étant donné que cette collection est en constante évolution. Cependant, il est recommandé de trouver des simulations de comportements perturbateurs qui existent déjà avant de créer les vôtres; vous gagnerez du temps et vous ménagerez vos efforts. Les simulations qui existent déjà peuvent servir de modèles ou d'idées lorsqu'il faut élaborer des scénarios adaptés. Deuxièmement, les formateurs et les assistants rompus au développement et l'animation de simulations constituent une ressource inestimable. Lorsqu'il y a peu de formateurs dans un établissement ou que les ressources y sont limitées, les leaders peuvent consulter des normes de méthodes exemplaires (INACSL, 2021) et d'autres ressources publiées pour concevoir et mettre en œuvre des simulations (Canadian Nurse Educator Institute [Institut canadien des infirmières et des infirmiers enseignants], 2025; Experiential Learning Hub, Queen's University, 2021; Harrington & Simon, 2022; Tapia & Waseem, 2023). Avant d'adopter cette méthode, les gestionnaires et les leaders doivent impérativement bien comprendre et prendre au sérieux la complexité de la simulation, les risques qui lui sont associés et la meilleure façon de les réduire.

Programmes de mentorat et de socialisation culturelle

Une fois embauché, le clinicien doit bien s'intégrer au service, devenir un membre compétent de l'équipe et faire preuve d'un haut niveau de professionnalisme. Cependant, son intégration à un service où règne une culture professionnelle appropriée peut être compromise par un sentiment d'incapacité, une anxiété généralisée, un manque de confiance à l'égard des compétences, une récente prise de conscience des lacunes de connaissances, des difficultés à assumer la charge de travail ou, de façon plus générale, des difficultés à s'y retrouver dans le système de soins de santé (Alharbi et al., 2023; Malau-Aduli et al., 2020; Piccuito & De Santis Santiago, 2023). Ces facteurs qui accroissent le stress risquent de donner au nouveau clinicien le sentiment d'être intrus, peuvent faire sembler l'intégration insurmontable et pourraient mener à des comportements nuisibles. Les cliniciens qui transitent entre la salle d'opération et d'autres services cliniques peuvent eux aussi être confrontés aux mêmes difficultés.

Lorsque la culture au sein du service ne traduit pas un haut niveau de professionnalisme, il faut informer le nouveau clinicien de la vision de la culture projetée par la direction pour ce service. L'objectif devrait être présenté comme réaliste et être largement partagé parmi les cliniciens. Les premières expériences en milieu de travail peuvent renforcer la confiance qu'ils ont envers cette vision ou, au contraire, la miner. Le contact avec de mauvais modèles de clinicien a de graves conséquences; en étant témoins de comportements perturbateurs, les étudiants ou les nouveaux employés risquent de devenir désillusionnés au point d'adopter à leur tour ces comportements.

Ces problèmes, notamment la manière dont les étudiants abordent la transition vers la pratique clinique et la façon de réagir à de mauvais modèles, peuvent être abordés dans le cadre d'un mentorat au cours duquel un clinicien d'expérience sera officiellement mandaté pour soutenir, guider et servir de modèle édifiant à un nouveau venu dans la salle d'opération (Burgess et al., 2018; Dirks, 2021; Gulate-Rinaldo et al., 2023; Venkatesa Perumal & Singh, 2022). Le mentorat est bénéfique lorsqu'il se déroule au début de la carrière du clinicien; la prolongation du mentorat pendant au moins un an semble par ailleurs apporter des bénéfices supplémentaires (Gulate-Rinaldo et al., 2023; Vázquez-Calatayud & Esevenrii-Ascoiti, 2023; Venkatesa Perumal & Singh, 2022). Le mentorat s'est avéré un outil remarquablement souple, compte tenu des divers résultats positifs qu'il peut donner. Il permet entre autres aux cliniciens de mieux connaître les pratiques fondées sur des preuves, d'accroître leur capacité à soigner des patients avec plus de compassion et de mieux soutenir leurs pairs (Hookmani et al., 2021; Melnyk et al., 2021; Murry et al., 2022). Grâce à sa souplesse, le mentorat peut être adapté aux besoins du service, ce qui facilitera la transition du nouveau clinicien vers un milieu spécifique (Vázquez-Calatayud & Esevenrii-Ascoiti, 2023).

Mais en plus de faciliter les périodes de transition, le mentorat présente d'autres avantages autant pour les mentors que pour les mentorés; il accroît la confiance, procure un plus grand degré de satisfaction professionnelle, renforce la cohésion d'équipe et fait naître la passion pour la profession (Burgess et al., 2018; Venkatesa Perumal & Singh, 2022).

Il est cependant essentiel de savoir choisir de bons mentors. Comme pour l'embauche de cliniciens, les mentors doivent être choisis en fonction de leurs mérites. Lorsque le mentorat est inadéquat ou dirigé par des cliniciens adoptant des comportements perturbateurs, ces mêmes comportements se transmettent à la nouvelle génération de cliniciens, ce qui vient contrecarrer la formation et perpétue les préjudices causés par les comportements perturbateurs. Le recrutement de mentors qualifiés reste un défi de taille, car les cliniciens très occupés hésitent à accepter le mentorat en raison des contraintes de temps en milieu clinique. C'est compréhensible. Idéalement, la direction devrait présenter le mentorat comme un honneur et un privilège plutôt que comme une tâche fastidieuse (Abi-Rafeh & Nahai, 2025). Non seulement on devrait encourager les cliniciens faisant preuve d'un professionnalisme exceptionnel à devenir mentors, mais aussi on devrait leur offrir une prime. De préférence, on devrait jumeler les nouveaux employés à ces cliniciens. Les leaders de tous les échelons doivent faire preuve d'un professionnalisme exemplaire (The Royal College of Surgeons of England, 2021), et on devrait évaluer les mentors à intervalles réguliers pour être sûrs qu'ils transmettent les valeurs de l'établissement. Il faut présenter le mentorat comme un privilège, et non comme un droit. Cela permet de montrer que le rôle de mentor se mérite et se conserve grâce à un bon rendement. Un bon mentor peut aider les cliniciens à se conformer aux normes professionnelles en affichant de bons comportements et en empêchant de nouveaux employés d'être accidentellement en contact avec des cliniciens manquant de professionnalisme. À long terme, un programme de mentorat bien dirigé peut promouvoir activement une culture de politesse et façonner les normes professionnelles communes de la prochaine génération de cliniciens.

Systèmes de renforcement et de maintien de la culture

Il convient d'envisager la mise en œuvre de systèmes organisationnels qui renforcent et maintiennent une culture du professionnalisme. Lorsque des systèmes ne rendent pas les cliniciens imputables ou ne leur fournissent pas un soutien adéquat, la culture de civilité et de collaboration même la plus poussée dérive vers l'absence de professionnalisme. Nous avons déjà revu les moyens de faire face à des comportements perturbateurs; mais plusieurs stratégies clés sont dignes de mention (Villafranca et al., 2018; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017).

Depuis des décennies, on recommande aux organisations d'élaborer des politiques définissant les attentes comportementales et les faire respecter rigoureusement, de même

que d'expliquer les conséquences de comportements perturbateurs de gravité et de fréquence variables (Barnsteiner et al., 2001; Hickson et al., 2007; Piffnerling, 1997, 1999; Piper, 2003; Swiggart et al., 2009; Ward, 2002). Ces politiques doivent aussi définir explicitement ce qu'il faut entendre par « comportement perturbateur » pour éviter les risques de confusion (Harolds, 2021). Idéalement, elles devraient être accompagnées d'un code de conduite particulier, donnant des exemples concrets de comportements professionnels et de comportements contraires à l'éthique professionnelle (Hastie et al., 2020; The Royal College of Surgeons of England, 2021). Les politiques et documents d'orientation doivent viser tous les membres du personnel, y compris la direction, pour que chacun contribue à faire régner une culture du professionnalisme (Schwartz & Sullivan, 1993). Pour que ces politiques soient efficaces, il faut les faire respecter rigoureusement et de manière uniforme (Rosenstein, 2011).

Il est essentiel d'exercer une surveillance continue pour savoir si ces politiques doivent être renforcées (The Royal College of Surgeons of England, 2021). Il faut faire des évaluations du rendement à intervalles réguliers en utilisant des outils de mesure reconnus et diverses voies de rétroaction. La surveillance devrait permettre aux cliniciens d'obtenir une rétroaction continue sur leur rendement, autant à titre d'individu que de membre d'une équipe. Une surveillance régulière permet de déceler les écarts de conduite et de prendre des mesures correctives en temps opportun avant qu'un problème mineur ne devienne un problème généralisé. Il ne suffit pas de prendre des mesures punitives ou correctives. Il faut aussi reconnaître les personnes faisant preuve d'un niveau élevé de professionnalisme et les récompenser (en leur donnant une promotion, une récompense financière ou des occasions intéressantes). En plus d'une surveillance régulière, il faut exercer une surveillance particulière, qui vise les cliniciens pour lesquels des mesures correctives ont été prises en raison d'un comportement perturbateur, pour s'assurer que le problème est résolu (Harolds, 2021).

Il est primordial d'établir des mécanismes de signalement fiables (Tso et al., 2023). Pour inciter le personnel à signaler promptement les comportements perturbateurs, sans craindre des représailles, les voies de signalement doivent être faciles à utiliser et garantir la protection de la confidentialité (Tso et al., 2023). Il faut aussi protéger les dénonciateurs par des politiques de lutte contre les représailles claires et, éventuellement, par des mécanismes de signalement préservant l'anonymat, ou du moins, garantissant la confidentialité (Harolds, 2021). En même temps, les droits des cliniciens accusés doivent être protégés; on doit leur permettre de répondre à leurs accusations et de bénéficier d'un processus d'appel (Harolds, 2021). Les mécanismes de signalement pourraient devraient assortis d'enquêtes régulières auprès du personnel pour savoir s'il est témoin de comportements perturbateurs. Pour mener

ces enquêtes, on peut utiliser des outils offerts sans frais (Villafranca et al., 2021). Les mesures de ce genre permettent à la direction d'identifier et de traiter rapidement les problèmes dès qu'ils surviennent.

Par ailleurs, la direction doit être reconnaître que certains facteurs organisationnels, comme les conditions de travail, peuvent accroître le risque de comportements perturbateurs chez des cliniciens (Aunger et al., 2023; Chinene et al., 2022; Villafranca et al., 2018), principalement parce que ces facteurs augmentent leur stress et causent de l'épuisement professionnel et des dépressions nerveuses (Brown et al., 2009; Houck & Colbert, 2017; Wright, 2021). Les cliniciens touchés sont moins capables de maîtriser leurs émotions et de faire preuve de discernement, ce qui augmente le risque de comportements contraires à l'éthique professionnelle. Si les établissements ne déploient pas d'efforts pour maintenir des conditions de travail empêchant les comportements perturbateurs, des cliniciens, même ceux les mieux intentionnés, risquent de déraiser et de manquer de politesse. Parmi les facteurs liés au milieu de travail qui haussent le risque de comportements perturbateurs, notons les charges de travail trop lourdes, les méthodes déficientes pour établir les horaires de travail, les pauses et périodes de récupération trop courtes entre des événements stressants, le manque de fournitures, les conflits de fonctions, les inquiétudes liées à la sécurité des patients et un manque du soutien psychologique aux cliniciens (Aunger et al., 2023; Campos et al., 2022; Houck & Colbert, 2017; Keller et al., 2020).

Les leaders doivent lutter activement contre le risque de comportements perturbateurs en tenant compte du bien-être des cliniciens exprimé pendant les évaluations servant aux plans d'amélioration de la qualité (Houck & Colbert, 2017). Parmi l'information utile pouvant servir de signes avant-coureurs, citons les résultats des enquêtes sur le climat de travail, les outils de dépistage de l'épuisement professionnel et les données de suivi des heures supplémentaires et des pauses sautées. Les leaders peuvent aussi faire des tournées quotidiennes pour entendre les préoccupations des praticiens et vérifier comment ils se sentent, ce qui peut aider à évaluer le risque et la présence de comportements perturbateurs (Alberta Health Services, 2012). Autant que possible, il faut adapter les conditions de travail de manière à prévenir l'apparition des problèmes.

Il est tout aussi important que les gestionnaires offrent du soutien aux cliniciens susceptibles de souffrir d'épuisement professionnel, surtout lorsqu'ils sont en contact avec des personnes qui adoptent des comportements perturbateurs (The Royal College of Surgeons of England, 2021). Parmi les sources de soutien, mentionnons les programmes d'aide au personnel et les services de counseling aux contrevenants, aux victimes et aux témoins. Ces ressources aident les cliniciens à intervenir sur des facteurs de stress personnels et professionnels avant que ceux-ci ne contribuent à des comportements nuisibles. Ces ressources peuvent aussi aider les cliniciens à résoudre les problèmes qui

découlent du contact avec des personnes ayant ces comportements. Autant que possible, on devrait donner du soutien et des conseils supplémentaires pour montrer clairement aux cliniciens ayant des comportements perturbateurs qu'il existe une voie claire et sûre à suivre pour être réintégrés dans leurs équipes (The Royal College of Surgeons of England, 2021).

Conclusion

Dans cette série de deux articles, nous avons examiné une méthode double associant des stratégies personnelles à des réformes systémiques pour réagir à des comportements perturbateurs. À petite échelle, les cliniciens doivent composer avec leurs perceptions de la situation, éviter de s'auto-identifier de façon négative, utiliser des stratégies d'adaptation et se comporter comme des observateurs qui réagissent avec assurance pour protéger leur bien-être et accroître la sécurité de leurs patients. En même temps, la direction doit lancer des initiatives visant à réformer les pratiques d'embauche, les programmes d'enseignement, les programmes de mentorat et les politiques organisationnelles, afin de favoriser un changement de culture généralisé et durable. En associant des interventions immédiates, prises à petite échelle, à des interventions à plus long terme prises à grande échelle, les équipes de soins de santé peuvent créer une culture de professionnalisme et de sécurité. En fin de compte, cette méthode double permet non seulement d'atténuer les effets néfastes des comportements perturbateurs, mais aussi d'ouvrir la voie à des améliorations étendues de la culture dans les salles d'opération.

Présentation des auteurs



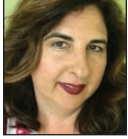
Alison Forest, B.Sc.inf., M.sc.inf, inf. aut., ICIE, est infirmière enseignante au programme de baccalauréat en sciences infirmières de la Northwestern Polytechnic de Grande Prairie, en Alberta. Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de l'Alberta et d'une maîtrise 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 consiste à évaluer l'enseignement des comportements éthiques et vertueux dans les programmes de sciences infirmières.



Brett Adams est étudiant de premier cycle en psychologie à l'Université Western Ontario et technicien de recherche à l'Université Fraser Valley. 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. Il prévoit poursuivre des études supérieures en psychologie après l'obtention de son diplôme.



Owen Krestow est étudiant de premier cycle 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. Il 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.



Lesia Yasinski, inf. aut., B.sc.inf., 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 à la Régie régionale de la santé de Winnipeg. Par le passé, Lesia a été membre du comité de direction de la Manitoba Operating Room Nursing Association. Elle se passionne pour les soins infirmiers périopératoires et le rôle qu'ils jouent dans l'excellent des soins prodigués aux patients.



Alexander Villafranca, Ph.D., est professeur agrégé 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 1 300 fois et ont attiré l'attention dans les médias sociaux., certains articles atteignant des scores d'attention Altmetric entre le 95^e et le 97^e rang centile parmi 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.

Conflits 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.

Contributions (taxonomie CRediT)

Alison Forest a conceptualisé et conçu le projet d'étude, cherché des articles universitaires pertinents, examiné et organisé la plupart des sources, rédigé la version provisoire, aidé à répondre aux commentaires des examinateurs, et revu et approuvé le document final.

Brett Adams a cherché des articles universitaires pertinents, examiné et organisé une partie des sources, aidé à rédiger la bibliographie, corrigé la version provisoire de manière critique, et examiné et approuvé le document final.

Owen Krestow a cherché des articles universitaires pertinents, examiné et organisé une partie des sources, aidé à élaborer la bibliographie, révisé de manière éclairée la version provisoire, et examiné et approuvé le document final.

Lesia Yasinski a aidé à préparer l'article de synthèse, revu de manière éclairée la version préliminaire pour vérifier le contenu intellectuel important, et révisé et approuvé le document final.

Alexander Villafranca a eu l'idée du sujet d'étude, élaboré la stratégie de recherche documentaire, supervisé le travail, revu et organisé une partie des sources, rédigé la version provisoire d'une partie de l'article, révisé de manière éclairée la version provisoire pour ce qui est du contenu intellectuel et du style, coordonné les échéances et le processus de présentation, aidé à répondre aux commentaires des examinateurs, et revu et approuvé le document final.

Références

- Abas, T., & Juma, F. Z. (2016). Benefits of simulation training in medical education. *Advances in Medical Education and Practice*, 7, 399–400. <https://doi.org/10.2147/AMEPS110386>
- Abi-Rafeh, J., & Nahai, F. (2025). The unique privilege of mentorship: Mentor and mentee perspectives. *Aesthetic Surgery Journal*, 45(4), NP126–NP127. <https://doi.org/10.1093/asj/sjae247>
- Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B., MacAulay, C., Mancini, M. E., Morimoto, T., Soper, N., Ziv, A., & Reznick, R. (2010). Training and simulation for patient safety. *Quality & Safety in Health Care*, 19(Suppl 2), i34–i43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.038562>
- Alberta Health Services. (2012, December 20). *Managing disruptive behaviour handbook for medical leaders*. <https://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-phys-disruptive-behaviour-outline.pdf>
- Alberta Health Services. (2025). *Interview advice*. <https://www.albertahealthservices.ca/careers/Page12782.aspx>
- Alharbi, H. F., Alzahrani, J., Hamed, A., Althagafi, A., & Alkarani, A. S. (2023). The experience of newly graduated nurses during their first year of practice. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(14), 2048. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142048>
- Alshareef, M. H., & Flemban, A. F. (2025). How preceptor behaviour shapes the future of medical professionals. *Advances in Medical Education and Practice*, 16, 135–144. <https://doi.org/10.2147/AMEPS481620>
- Auger, J. A., Maben, J., Abrams, R., Wright, J. M., Mannion, R., Pearson, M., Jones, A., & Westbrook, J. I. (2023). Drivers of unprofessional behaviour between staff in acute care hospitals: A realist review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1326. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10291-3>
- Barnsteiner, J. H., Madigan, C., & Spray, T. L. (2001). Instituting a disruptive conduct policy for medical staff. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 378–382. <https://doi.org/10.1097/00044067-200108000-00006>
- Brown, S., Goske, M., & Johnson, C. (2009). Beyond substance abuse: Stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 6(7), 479–485. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2008.11.029>
- Burgess, A., van Diggele, C., & Mellis, C. (2018). Mentorship in the health professions: A review. *The Clinical Teacher*, 15(3), 197–202. <https://doi.org/10.1111/tct.12756>
- Campos, M., Lira, M. J., Mery, P., Calderón, M., Sepúlveda, M., Pimentel, F., & Zúñiga, D. (2022). Disruptive behavior in the operating room: Systemic over individual determinants. *International Journal of Surgery Open*, 43, Article 100492. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2022.100492>

- Canadian Nurse Educators Institute. (2025). *Simulation certificate program*. Canadian Association of Schools of Nursing. <https://cnei-icie.casn.ca/our-programs/certification-programs/simulation-certification-program/>
- Cheng, A. Eppich, W., Epps, C., Kolbe, M., Meguerdichian, M., & Grant, V. (2021). Embracing informed learner self-assessment during debriefing: The art of Plus-Delta. *Advances in Simulation (London, England)*, 6(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00173-1>
- Chinene, B., Sibiyi, M. N., & Nkosi, P. B. (2022). Antecedents of disruptive behaviours involving radiographers at central hospitals in Harare Metropolitan Province, Zimbabwe. *Radiography (London, England: 1995)*, 28(3), 751–757. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.03.006>
- Cochran, A., & Elder, W. B. (2014). A model of disruptive surgeon behaviour in the perioperative environment. *Journal of the American College Surgeons*, 219(3), 390–398. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.05.011>
- D'Eon, M., Lear, N., Turner, M., Jones, C., & Canadian Association of Medical Education. (2007). Perils of the hidden curriculum revisited. *Medical Teacher*, 29(4), 295–296. <https://doi.org/10.1080/01421590701291485>
- Diaz-Navarro, C., Armstrong, R., Charnetski, M., Freeman, K. J., Koh, S., Reedy, G., Smitten, J., Ingrassia, P. L., Matos, F. M., & Issenberg, B. (2024). Global consensus statement on simulation-based practice in healthcare. *Advances in Simulation (London, England)*, 9(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s41077-024-00288-1>
- Dirks, J. L. (2021). Alternative approaches to mentoring. *Critical Care Nurse*, 41(1), e9–e16. <https://doi.org/10.4037/ccn2021789>
- Doherty, A., Urwin, R., McMullan, R. D., Tou, Y. Y., Westbrook, J. L., & Curruca, K. (2025). The hidden curriculum in which medical students learn to understand and manage unprofessional behaviour: A qualitative interview study. *Medical Science Educator*, 35(1), 415–423. <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02208-4>
- Elendu, C., Amaechi, D. C., Okatta, A. U., Amaechi, E. C., Elendu, T. C., Ezeh, C. P., & Elendu I. D. (2024). The impact of simulation-based training in medical education: A review. *Medicine*, 103(27), e38813. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038813>
- Experiential Learning Hub. (2021). *Simulation-based experiential learning: Faculty toolkit*. Queen's University. https://www.queensu.ca/experientiallearninghub/sites/qelhwww/files/uploaded_files/Simulation%20Toolkit/Simulation%20EL%20Faculty%20Toolkit%20Final%20Final%20April%202024.pdf
- Farina, C. L., Moreno, J., & Schneidereith, T. (2024). Using simulation to improve communication skills. *The Nursing Clinics of North America*, 59(3), 427–448. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2024.02.007>
- 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 Anesthesia*, 67(2), 177–185. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01540-3>
- Gofton, W., & Regehr, G. (2006). What we don't know we are teaching: Unveiling the hidden curriculum. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 449, 20–27. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000224024.96034.b2>
- 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>
- Gularte-Rinaldo, J., Baumgardner, R., Tilton, T., & Brailoff, V. (2023). Mentorship ReSPeCT study: A nurse mentorship program's impact on transition to practice and decision to remain in nursing for newly graduated nurses. *Nurse Leader*, 21(2), 262–267. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.07.003>
- Harolds, J. A. (2021). Quality and safety in healthcare, Part LXXIII: Introduction to disruptive behavior in physicians and other healthcare workers. *Clinical Nuclear Medicine*, 46(12), 989–990. <https://doi.org/10.1097/RLU.00000000000003079>
- Harrington, D. W., & Simon L. V. (2022). Designing a simulation scenario. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547670/>
- 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.00000000000005218>
- Healthcare Quality Council of Alberta. (2013). *Managing disruptive behaviour in the healthcare workplace: Resource toolkit*. https://hqca.ca/wp-content/uploads/2021/10/Disruptive_Behaviour_Toolkit_042413.pdf
- Hedsköld, M., Sachs, M. A., Rosander, T., von Knorring, M., & Pukk Härenstam, K. (2021). Acting between guidelines and reality – An interview study exploring strategies of first line managers in patient safety work. *BMC Health Services Research*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06042-3>
- 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>
- Higgins, J., Kuthy, J. E., Sadler, F., Gonzalez, R., & Biddle, D. A. (2013). Hiring right, every time. *Nursing Management*, 44(9), 51–53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000431427.16206.3c>
- Hookmani, A. A., Lalani, N., Sultan, N., Zubairi, A., Hussain, A., Hasan, B. S., & Rasheed, M. A. (2021). Development of an on-job mentorship programme to improve nursing experience for enhanced patient experience of compassionate care. *BMC Nursing*, 20(175). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00682-4>
- 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>
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning. (2021). *Healthcare simulation standards of best practice*. <https://www.inacsl.org/healthcare-simulation-standards>
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, Decker, S., Sapp, A., Bibin, L., Chidume, T., Crawford, S. B., Fayyaz, J., Johnson, B. K., & Szydowski, J. (2025). Healthcare simulation standards of best practice: The debriefing process. *Clinical Simulation in Nursing*, 105, 101775. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101775>
- Jibreal, S. (2021). A theoretical difference between leadership and management. *Journal of Social Sciences and Education*, 4(2), 278–286. <https://doi.org/10.53047/josse.959155>
- Kester, K. M., Engel, J., Fuchs, M. A., Alston, S., & Granger, B. B. (2022). A qualitative descriptive study of nurse manager decision-making associated with RN hiring. *The Journal of Nursing Administration*, 52(7–8), 406–412. <https://doi.org/10.1097/NNA.00000000000001173>
- Keller, S., Yule, S., Zagarese, V., & Henrickson Parker, S. (2020). Predictors and triggers of incivility within healthcare teams: A systematic review of the literature. *BMJ Open*, 10(6), e035471. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035471>
- Lame, G., & Dixon-Woods, M. (2020). Using clinical simulation to study how to improve quality and safety in healthcare. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 6(2), 87–94. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2018-000370>
- Lateef, F. (2010). Simulation-based learning: Just like the real thing. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4), 348–352. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70743>

- Ludwig, B., Turk, B., Seitz, T., Klaus, I., & Löffler-Stastka, H. (2018). The search for attitude—A hidden curriculum assessment from a central European perspective. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *130*(3–4), 134–140. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1312-5>
- 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>
- Malau-Aduli, B. S., Roche, P., Adu, M., Jones, K., Adele, F., & Drovandi, A. (2020). Perceptions and processes influencing the transition of medical students from pre-clinical to clinical training. *BMC Medical Education*, *20*(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02186-2>
- Melnyk, B. M., Tan, A., Hsieh, A. P., & Gallagher-Ford, L. (2021). Evidence-based practice culture and mentorship predict EBP implementation, nurse job satisfaction, and intent to stay: Support for the ARCC model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *18*(4), 272–281. <https://doi.org/10.1111/wvn.12524>
- Moreira, F. T. L. D. S., Callou, R. C. M., Albuquerque, G. A., & Oliveira, R. M. (2019). Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Revista gaúcha de enfermagem*, *40*(spe), e20180308. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>
- 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 behaviour at hospitals and factors associated to safer care: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(1), 19. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010019>
- Murry, A. T., Barnabe, C., Foster, S., Taylor, A. S., Atay, E. J., Henderson, R., & Crowshoe L. L. (2022). Indigenous mentorship in the health sciences: Action and approaches of mentors. *Teaching and Learning in Medicine*, *34*(3), 266–276. <https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1912610>
- Nes, E., White, B. A. A., Malek, A. J., Mata, J., Wieters, J. S., & Little, D. (2022). Building communication and conflict management awareness in surgical education. *Journal of Surgical Education*, *79*(3) 745–752. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.11.01>
- Oh, Y. J., Kang, H. Y., Song, Y., & Lindquist, R. (2021). Effects of a transformative learning theory-based debriefing in simulation: A randomized trial. *Nurse Education in Practice*, *50*, 102962. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102962>
- Okuda, Y., Bryson, E. O., DeMaria, S., Jr., Jacobson, L., Quinones, J., Shen, B., & Levine, A. I. (2009). The utility of simulation in medical education: What is the evidence? *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, *76*(4), 330–343. <https://doi.org/10.1002/msj.20127>
- Ontario Health. (2025). *Ontario health careers*. <https://www.ontariohealth.ca/careers>
- Peisah, C., Williams, B., Hockey, P., Lees, P., Wright, D., & Rosenstein, A. (2023). Pragmatic systemic solutions to the wicked and persistent problem of the unprofessional disruptive physician in the health system. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(17), 2455. <https://doi.org/10.3390/healthcare11172455>
- Pfifferling, J. H. (1997). Managing the unmanageable: The disruptive physician. *Family Practice Management*, *4*(10), 76–92.
- Pfifferling, J. H. (1999). The disruptive physician. A quality of professional life factor. *Physician Executive*, *25*(2), 56–61.
- Piccuito, C. M., & De Santis Santiago, R. R. (2023). New graduate respiratory therapists' perceptions of their transition to practice. *Respiratory Care*, *68*(10), 1365–1376. <https://doi.org/10.4187/respcare.11004>
- Piper, L. E. (2003). Addressing the phenomenon of disruptive physician behavior. *The Health Care Manager*, *22*(4), 335–339. <https://doi.org/10.1097/00126450-200310000-00007>
- 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>
- Potts, J., Brouder, P., Helms, S., & Leach, K. (2020). Predictive hiring to maintain excellence in patient care. *The Journal of Nursing Administration*, *50*(4), 232–236. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000873>
- Reese, S. M., Gilmartin, H., & Smathers, S. (2021). Challenges and opportunities in recruiting, hiring and training infection preventionists across facility settings. *American Journal of Infection Control*, *49*(8), 973–977. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.05.001>
- Rehder, K. J., Adair, K. C., Hadley, A., McKittrick, K., Frankel, A., Leonard, M., Frankel, T. C., & Sexton, J. B. (2020). Associations between a new disruptive behaviours scale and teamwork, patient safety, work-life balance, burnout, and depression. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *46*(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.09.004>
- Rogers, D. A., Lingard, L., Boehler, M. L., Espin, S., Schindler, N., Klingensmith, M., & Mellinger, J. D. (2013). Foundations for teaching surgeons to address the contributions of systems to operations room team conflict. *American Journal of Surgery*, *206*(3), 428–432. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.03.002>
- Rosenstein, A. H. (2011). Managing disruptive behaviors in the health care setting: Focus on obstetrics services. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *204*(3), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.10.899>
- Rosenstein, A. H. (2015). Taking a new approach to reduce the incidence of physician disruptive behaviors. *Hospital Practice (1995)*, *43*(4), 221–225. <https://doi.org/10.1080/21548331.2015.1083838>
- 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>
- Saleem, M., & Khan, Z. (2023). Healthcare simulation: An effective way of learning in healthcare. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *39*(4), 1185–1190. <https://doi.org/10.12669/pjms.39.4.7145>
- Schwartz, R. H., & Sullivan, D. B. (1993). Managing diversity in hospitals. *Health Care Management Review*, *18*(2), 51–56.
- Shandiz, M., Gholamreza, M., & Fahimeh, B. S. (2021). Benefits of simulation-based education in hospital emergency departments. *Journal of Education and Health Promotion*, *11*, Article 40. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_558_21
- Shubeck, S. P., Newman, E. A., Virous, C. A., Antunez, A. G., & Dossett, L. A. (2020). Hiring practices of US academic surgery departments – Challenges and opportunities for more inclusive hiring. *Journal of Surgical Research*, *254*, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.03.054>
- Somerville, S. G., Harrison, N. M., & Lewis, S. A. (2023). Twelve tips for the pre-brief to promote psychological safety in simulation-based education. *Medical Teacher*, *45*(12), 1349–1356. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2214305>
- Swiggart, W. H., Dewey, C. M., Hickson, G. B., Finlayson, A. J., & Spickard, W. A., Jr. (2009). A plan for identification, treatment, and remediation of disruptive behaviors in physicians. *Frontiers of Health Services Management*, *25*(4), 3–11.
- Tapia, V., & Waseem, M. (2023). Setup and execution of in situ simulation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551657/>
- 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>
- Turner, S., Harder, N., Martin, D., & Gillman L. (2023). Psychological safety in simulation: Perspectives of nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, *122*, 105712. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105712>

- Vaughn, J., Ford, S. H., Killam, L., Sims, S., Arms, T., Roberto, A., & Dawkins, M. W. (2024). STEPS: A simulation tool to enhance psychological safety. *Clinical Simulation in Nursing*, 90, Article 101532. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101532>
- Vázquez-Calatayud, M., & Eserverri-Ascoiti, M. C. (2023). Retention of newly graduated nurses in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20) 6849–6862. <https://doi.org/10.1111/jocn.16778>
- Venkatesa Perumal, R., & Singh, M. D. (2022). Mentorship in nursing in Canada – A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 65, 103461. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103461>
- Verkuyl, M., Violato, E., Harder, N., Southam, T., Lavoie-Tremblay, M., Goldsworthy, S., Ellis, W., Campbell, S. H., & Attack, L. (2024). Virtual simulation in healthcare education: A multi-professional, pan-Canadian evaluation. *Advances in Simulation (London, England)*, 9(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s41077-023-00276-x>
- Villafranca, A., Adams, B., Krestow, O., Forest, A., & Yasinski, L. (2025). Transforming from victim to survivor—Part I: Strategies for clinicians to safeguard themselves, colleagues, and patients from disruptive intraoperative behaviour. *ORNAC Journal*, 42(1), 56–64. <https://doi.org/10.5737/ornac14515>
- 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 Anesthesia*, 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-x>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Jacobsohn, E., & Intraoperative Behaviors Research Group (2017). Physical and psychological abuse in Canadian operating rooms. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 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., Magid, K., Young, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2019). Abusive behaviour in Canadian and US operating rooms. Comportements abusifs dans les salles d'opération canadiennes et américaines. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 66(7), 795–802. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01334-7>
- Ward, S. (2002). What you as a manager can do to overcome verbal abuse of staff. *OR Manager*, 18(12), 1–15.
- Watts, P. I., Rossler, K., Bowler, F., Miller, C., Charnetski, M., Decker, S., Malloy, M. A., Persico, L., McMahon, E., McDermott, D., & Hallmark, B. (2021). Onward and upward: Introducing the healthcare simulation standards of best practice™. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.006>
- Wright, C. (2021). The disruptive physician and impact on the culture of safety. *Current Opinion in Anesthesiology*, 34(3), 387–391. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000968>

Baxter

Elevate the Way You Operate with Integrated Table Motion

Flexibility and control for robot-assisted procedures



Exclusively designed to interface with the **da Vinci Xi Surgical Robot**, Baxter's **TS7000dV Surgical Table** uses **Integrated Table Motion (ITM)** to allow patients to be dynamically repositioned intraoperatively – without disrupting the procedure.

In a study involving surgical teams, **ITM** was credited with greater workflow efficiency and time-savings: By eliminating undocking and redocking of the surgical robot, surgical teams reported saving **10 to 35 minutes per procedure**¹.

Discover how the TS7000dV with ITM can help take your OR to the next level.

1. SUAZIO Consulting. "Workflow and Clinical Benefits of Using Gravity in Robot Assisted Surgery", 4 May. 2021, <https://suazio.com/workflow-and-clinical-benefits-of-using-gravity-in-robot-assisted-surgery/>.

hillrom.ca

da Vinci and da Vinci Xi are trademarks or registered trademarks of Intuitive Surgical, Inc. Baxter is a trademark of Baxter International Inc. or its subsidiaries. CA-CS84-250005 (v1.0) 10/2025

