

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'aux 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.

# Cultiver le mentorat mutuel : repenser le leadership relationnel en soins infirmiers périopératoires

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

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

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

Coordonnées de l'auteur : [jennifer.dunn@mail.usask.ca](mailto:jennifer.dunn@mail.usask.ca)

## Résumé

Dans le domaine de la santé, l'environnement périopératoire est l'un des plus complexes. Il exige une précision technique, une coordination interdisciplinaire et une capacité de leadership adaptatif. Les modèles de mentorat habituels, souvent épisodiques et hiérarchiques, ne répondent plus aux besoins en constante évolution des équipes chirurgicales diversifiées d'aujourd'hui. Le présent article se veut une discussion conceptuelle sur un modèle de mentorat mutuel expressément conçu pour les soins infirmiers périopératoires. Ce modèle s'appuie sur la théorie de l'apprentissage des adultes, le leadership transformationnel et le cadre « De novice à expert » de Patricia Benner; il met l'accent sur la réciprocité, la sécurité psychologique et la responsabilité partagée grâce au co-mentorat, où les deux participants s'engagent à la fois comme apprenant et comme contributeur.

Cette approche prévoit des stratégies comme le jumelage des rôles, le dialogue introspectif et les cycles de mentorat, stratégies qui s'appuient sur un ensemble de ressources modulaires en cours d'élaboration. Le présent article décrit comment elles pourraient à terme s'intégrer aux systèmes de perfectionnement professionnel en place. Le modèle aborde le développement des compétences et les difficultés structurelles, émotionnelles et culturelles du travail périopératoire.

De plus, l'article propose un plan d'évaluation pour explorer les résultats éventuels de l'approche, comme l'augmentation de la confiance clinique, l'amélioration du maintien des effectifs et le renforcement de l'identité professionnelle. En faisant passer le mentorat d'un processus transactionnel à une démarche axée plutôt sur les relations et le perfectionnement partagé, ce modèle offre un cadre propice au développement des liens, du leadership et de la capacité d'adaptation à long terme des soins infirmiers périopératoires.

**Suggestion de citation :** Dunn, J. (2025). Cultiver le mentorat mutuel : repenser le leadership relationnel en soins infirmiers périopératoires, *Revue de l'AIISOC*, 42(2), 57–65. <https://doi.org/10.5737/ornac16385>

*Mots-clés :* mentorat mutuel, soins infirmiers périopératoires, leadership relationnel, théorie de l'apprentissage des adultes, sécurité psychologique, leadership transformationnel, perfectionnement du personnel infirmier

## Introduction

Le contexte périopératoire exige de la vigilance, une coordination sans faille et la capacité de s'adapter à des circonstances qui évoluent rapidement. Si la précision technique est essentielle, la qualité des relations interpersonnelles joue souvent un rôle tout aussi important dans les résultats cliniques et la résilience de l'équipe (Rosen et al., 2018). Les infirmières qui travaillent dans ce milieu doivent gérer des procédures complexes tout en ayant à composer avec des situations intenses sur le plan émotionnel, une dynamique d'équipe fluctuante et la nécessité de communiquer efficacement sous pression (Cooper et al., 2021; Frick et al., 2024). De plus en plus, on reconnaît que ces dynamiques relationnelles sont essentielles au bien-être du personnel, à la cohésion de l'équipe et au maintien des effectifs (Turcotte et al., 2023). Des efforts délibérés doivent être déployés afin de favoriser les liens, le perfectionnement partagé et la responsabilité mutuelle.

C'est la raison pour laquelle le présent article propose un modèle de mentorat mutuel spécialement conçu pour les soins infirmiers périopératoires. S'inspirant de la théorie de l'apprentissage des adultes (Knowles et al., 2015), du leadership transformationnel (Bass, 1985) et du cadre « De novice à expert » de Benner (1984), ce modèle fait du mentorat un processus réciproque et évolutif. Contrairement aux approches hiérarchiques conventionnelles, il favorise la sécurité psychologique, l'établissement conjoint d'objectifs d'apprentissage et la responsabilité relationnelle. Les infirmières sont encouragées à agir à la fois en tant qu'apprenantes et contributrices, en s'engageant dans des partenariats de réflexion et de collaboration qui se développent au fil du temps.

S'il repose sur des fondements théoriques, le modèle est conçu dans une optique de mise en œuvre pratique. La présentation

générale qui suit est conceptuelle, mais elle s'appuie sur des besoins cliniques réels et contient l'information de base à connaître avant le lancement officiel du programme. Les ressources de mentorat mentionnées dans l'article sont en cours d'élaboration et seront présentées dans de futures publications. L'objectif de cette première exploration est d'établir un cadre flexible pouvant être adapté et affiné en fonction des réalités variées des équipes périopératoires.

La discussion cernera d'abord les besoins actuels des équipes de soins périopératoires, en particulier celles qui vivent de l'épuisement professionnel, une certaine marginalisation ou une période de transition. Elle présente ensuite les éléments clés du modèle et ses applications possibles dans la pratique clinique. Enfin, elle propose des stratégies d'évaluation et réfléchit à la manière dont une approche relationnelle du mentorat peut faire évoluer la culture professionnelle vers la confiance, la qualité des relations et le leadership partagé.

### **Importance du mentorat mutuel dans l'environnement périopératoire**

Pour situer ce modèle dans la pratique actuelle, il est d'abord nécessaire d'examiner comment le mentorat est habituellement structuré dans l'environnement périopératoire et pourquoi l'approche en place ne répond pas aux besoins. Le mentorat en soins infirmiers périopératoires est souvent envisagé comme une transmission de connaissances « du haut vers le bas », dans laquelle les infirmières chevronnées enseignent aux nouvelles recrues les tâches et le travail courant, sans encourager la pensée critique ou les capacités de leadership (Farlow & Ahmadmehrabi, 2021). Ce modèle unidirectionnel prépare les infirmières à fonctionner dans les systèmes actuels, mais décourage souvent la remise en question, l'adaptation ou l'amélioration. Il renforce les hiérarchies déjà fixées qui positionnent les infirmières comme du personnel de soutien plutôt que comme des professionnelles autonomes, ce qui limite à la fois leur développement et leur voix (Hall, 2021; Salazar Maya, 2022). Pour une main-d'œuvre multigénérationnelle confrontée à l'épuisement professionnel, aux inégalités et aux transitions de rôles, ce genre d'approche statique n'est plus adapté (Proba, 2024). Ce qu'il faut, ce n'est pas donner plus d'instructions, mais approfondir les liens.

Une refonte est nécessaire, et c'est là qu'intervient le mentorat mutuel. Au lieu de s'appuyer sur des contrôles ponctuels ou des structures hiérarchiques rigides, cette approche redéfinit le mentorat comme un échange continu dans lequel chaque participant apporte ses propres idées façonnées par son parcours, son expérience et sa perspective générationnelle. Une infirmière en service externe chevronnée, par exemple, peut offrir son expertise en gestion du stress lié aux procédures, tandis qu'une infirmière nouvellement arrivée peut apporter un regard neuf sur la communication inclusive ou les outils de documentation. La croissance devient alors collaborative, réfléchie et multidirectionnelle.

Pour rendre possible l'application de cette approche, le modèle intègre des stratégies pratiques, comme la définition conjointe d'objectifs d'apprentissage en fonction des difficultés cliniques, la tenue d'un journal pour réfléchir aux cas ayant provoqué des émotions complexes, et de brèves séances de suivi pour aborder les dynamiques interpersonnelles. Ces outils soutiennent le mentorat en tant que pratique relationnelle active qui évolue parallèlement au travail clinique (Quayson, 2022).

Au-delà des avantages individuels de ces stratégies, le passage au mentorat mutuel est nécessaire et arrive à point nommé. Les infirmières forment plus de la moitié du personnel de santé dans le monde, mais elles restent sous-représentées dans les décisions concernant les structures de soins et les modèles de prestation (Kim et al., 2022). Lorsque les infirmières ne participent pas à l'élaboration des politiques ou à la direction que prendront les changements, il se perd alors de l'information essentielle. Le fait de recadrer le mentorat comme un processus d'échange partagé permet de restaurer à la fois l'autonomie et la voix des infirmières, contribuant ainsi à leur développement professionnel et à la transformation culturelle du milieu (O'Connor et al., 2025).

De plus, à mesure que le personnel expérimenté prend sa retraite, le risque de perdre les connaissances acquises dans l'établissement augmente. Le mentorat mutuel, fondé sur le dialogue et le récit, devient une méthode qui préserve la sagesse clinique implicite et permet de transmettre des valeurs qui ne sont pas écrites dans les manuels, mais qui se vivent dans les relations (Ronaldson et al., 2017). Cette approche permet de garantir que les connaissances et la confiance sont transmises dans le cadre de conversations empreintes de sens, plutôt que par supposition ou omission. Sans cette évolution, les soins infirmiers périopératoires risquent de perdre leur expertise technique ainsi que la culture relationnelle qui soutient les équipes. Pour sauvegarder ces deux aspects, le mentorat doit aller au-delà des programmes officiels formels et devenir une pratique quotidienne qui favorise l'apprentissage par les relations et qui reconnaît l'expertise, la qualité de collaboration et le rôle de leaders informels des infirmières.

### **Discussion**

La discussion qui suit se fonde justement sur ces principes, qui repensent le mentorat dans le cadre de la dynamique de culture et de fonctionnement de la salle d'opération. Pour être efficace, le mentorat doit tenir compte des réalités de la pratique clinique, où le succès dépend non seulement des connaissances procédurales, mais aussi du travail d'équipe, de la prise de décision en temps réel et de l'intelligence émotionnelle pour faire face à des situations imprévisibles (Tørring et al., 2019). Les structures d'apprentissage habituelles, souvent hiérarchiques ou limitées à une brève période d'orientation, offrent rarement un soutien adéquat dans les contextes cliniques très exigeants

(Kays et al., 2023). Ce qu'il faut plutôt, c'est un système réactif qui intègre l'apprentissage aux modes d'organisation quotidienne du travail, renforce la confiance interpersonnelle et favorise une croissance bilatérale et fondée sur le travail d'équipe (Leclerc et al., 2022).

Pour répondre à ces besoins dans la pratique, le modèle de mentorat mutuel intègre l'apprentissage réflexif aux routines cliniques quotidiennes. Cette approche repose sur la réciprocité, l'apprentissage partagé et la sécurité psychologique, principes qui façonnent l'évolution, la collaboration et la création de liens chez les infirmières (Hardie et al., 2022). Plutôt que de considérer le mentorat comme un échange à sens unique, il invite les infirmières à co-crée des objectifs d'apprentissage en lien avec la réalité clinique et à exprimer leur point de vue, indépendamment de leur ancienneté ou de leur titre. Ces idées fondamentales, qui s'appuient sur les principes de durabilité du mentorat et d'apprentissage centré sur les relations décrits dans la littérature (Mukhalalati & Taylor, 2019), sont ici appliquées au contexte périopératoire.

Comme le développement professionnel n'est pas linéaire, le cadre tient également compte de la manière dont le jugement professionnel des infirmières se bâtit grâce à l'expérience, à la rétroaction et à la réflexion (Melin-Johansson et al., 2017). L'apprentissage est organisé en étapes flexibles qui permettent de définir les objectifs, d'obtenir de la rétroaction et de transmettre les réflexions, chacune étant conçue pour s'adapter à l'évolution des besoins et des contextes (He et al., 2024). Cette structure met de l'avant la collaboration plutôt que l'enseignement fondé uniquement sur les rôles.

Le cadre met également l'accent sur les types de leadership informel et relationnel qui émergent dans le cadre des activités cliniques quotidiennes. Par exemple, une infirmière peut faire preuve de leadership en apaisant les tensions lors d'un cas à haut risque ou en offrant du soutien affectif à un ou une collègue après un quart de travail difficile. Ces actes ne dépendent pas d'une autorité formelle, mais reflètent justement ce que le mentorat cherche à modifier puis entretenir dans la culture de travail (Briciu et al., 2024; Lawson & Fleshman, 2020). Comme il en a été question précédemment, le mentorat mutuel renforce ce genre de comportements en créant un espace propice à la confiance, au dialogue et au partage des responsabilités.

En plus de favoriser la croissance individuelle, cette stratégie contribue à la réalisation d'objectifs organisationnels plus vastes, notamment le développement inclusif, l'engagement du personnel et la planification de la relève (Morrison et al., 2021; Sullens et Gonzalez, 2025). Elle s'attaque aux inégalités systémiques en créant un espace délibéré permettant aux voix sous-représentées d'influencer la culture ainsi que la dynamique d'équipe (Davis, 2024; Iheduru-Anderson & Shingles, 2023).

Cette approche joue également un rôle essentiel dans la préservation des connaissances empiriques. Une grande partie du savoir clinique des infirmières, notamment la manière de gérer la dynamique d'équipe, d'interpréter les signaux interpersonnels ou de réagir à des tensions implicites, est souvent transmise de manière informelle, voire pas du tout, et fait rarement l'objet d'une réflexion ou d'un dialogue structuré (Cioffi, 2025). Ces connaissances tacites peuvent disparaître lorsque le personnel expérimenté quitte le marché du travail (Chyzyy et al., 2025; Pullen, 2025). Le mentorat mutuel contribue à sauvegarder ces connaissances en les intégrant à la pratique relationnelle quotidienne.

Pour mettre en œuvre ces principes, le modèle de mentorat intègre des ressources simples et adaptables, conçues pour une utilisation clinique en temps réel, par exemple des suggestions de sujets de conversation ou encore de rédaction dans un journal, ainsi que de modèles de rétroaction qui favorisent une réflexion constructive sans alourdir la charge de travail. Ces ressources tiennent compte des possibles traumatismes ainsi que des contraintes émotionnelles et temporelles du travail périopératoire (Purkey et al., 2018).

Il est important de noter que le modèle ne repose pas sur des infrastructures coûteuses ou le recours à des experts-conseils externes. Il s'appuie plutôt sur un engagement relationnel : celui des dirigeants qui donnent l'exemple d'un apprentissage où les deux personnes se reflètent l'une et l'autre, celui des formateurs et enseignants qui font de la place au mentorat, et celui des équipes qui s'engagent dans la démarche avec ouverture et détermination. Comme il en a été question précédemment, tous ces outils et ses processus sont intentionnellement flexibles et continuent d'évoluer grâce à la rétroaction des intervenants de première ligne et à une approche itérative fondée sur la pratique (Brown-DeVeaux et al., 2025; Burgess et al., 2018).

À la base, le mentorat mutuel vise à rétablir les liens humains dans les milieux cliniques. Lorsque le mentorat fait partie intégrante des soins, les infirmières se sentent ancrées, soutenues et outillées pour s'épanouir dans un environnement complexe (Watson et al., 2025). Sa force réside dans ses fondements théoriques, mais plus important encore, dans sa capacité à traduire les valeurs communes dans la pratique quotidienne, où la croissance professionnelle est soutenue par la confiance, la réflexion et le respect mutuel.

### **Cadre conceptuel**

Pour guider l'approche de mentorat, le cadre conceptuel a été construit sur ces fondements; il met l'accent sur le côté pratique, la pertinence et l'apprentissage axé sur les relations. Le modèle ne se confine pas à la théorie : il s'inspire de l'expérience clinique vécue et de la réalité quotidienne des soins infirmiers périopératoires. Il repose sur la conviction que le perfectionnement professionnel dépend de la réflexion, du dialogue et de l'apprentissage relationnel intégrés à la pratique en temps réel (Tørring et al., 2019).

Le mentorat mutuel s'articule autour de trois principes interdépendants : la réciprocité, où l'apprentissage se fait dans les deux sens, indépendamment de l'ancienneté; la sécurité psychologique, qui permet aux infirmières de s'exprimer ouvertement sans crainte d'être jugées; et le co-mentorat, qui considère tous les participants à la fois comme des contributeurs et des apprenants. Ces notions primordiales façonnent l'expérience du mentorat sur le terrain et son intégration dans la dynamique de l'équipe.

Le premier principe souligne l'importance de traiter les infirmières comme des apprenantes compétentes et expérimentées. L'engagement tend à être plus profond lorsque l'apprentissage est pertinent, autodirigé et ancré dans des défis réels (Dion et al., 2025). Dans le contexte très exigeant du bloc opératoire, la transmission habituelle des connaissances « du haut vers le bas » ne parvient souvent pas à trouver écho chez le personnel (Frasier et al., 2019). La stratégie de mentorat proposée invite les infirmières à se fixer des objectifs d'apprentissage, à réfléchir à des moments où elles ont vécu des émotions complexes et à affiner leurs compétences en utilisant leur propre expérience. Ce processus favorise une meilleure rétention des connaissances, tout en renforçant le sentiment d'autonomie et la confiance professionnelle (Rinfret et al., 2023).

Le deuxième principe tient compte du fait que l'expertise clinique évolue avec le temps. Le jugement s'acquiert progressivement par l'exposition répétée, la rétroaction bien intentionnée et l'accumulation de connaissances (Dewitt et al., 2021). En encourageant les partenariats entre les générations, les rôles et les niveaux d'expérience, le cadre conceptuel crée un espace propice à l'apprentissage mutuel, où l'infirmière débutante apporte de nouveaux points de vue ou sa maîtrise des technologies numériques, tandis qu'une autre, plus expérimentée, met à profit son intuition concernant les procédures et sa connaissance du contexte. Ces échanges réciproques enrichissent le parcours d'apprentissage, qui gagne alors en adaptabilité (Hofler & Thomas, 2016).

Le troisième principe met l'accent sur la valeur de l'influence relationnelle au sein des équipes. Par exemple, lorsqu'une infirmière désamorce un conflit, apporte un soutien discret après un quart de travail difficile ou prend les rênes calmement dans une situation tendue, elle fait preuve d'un leadership quotidien qui renforce la cohésion de l'équipe (Lenssen et al., 2025). Comme il en a été question précédemment, le leadership ne se limite pas au titre officiel ou au poste occupé; en effet, la stratégie proposée insiste plutôt sur les pratiques qui favorisent la confiance et la sécurité psychologique (Gottlieb et al., 2021). Ensemble, ces principes forment une approche de mentorat qui s'intègre dans les habitudes cliniques quotidiennes et qui va bien au-delà de la seule période d'orientation ou du fait de dépendre d'une unique personne responsable de la formation (Moss et al., 2023).

Le cadre prévoit également les obstacles courants qui nuisent à la durabilité du mentorat. Le jumelage intentionnel, qui met par exemple en relation un enseignant clinique avec un nouveau chef d'équipe, contribue à élargir l'accès aux possibilités de perfectionnement, quel que soit le rôle occupé (Burgess et al., 2018). La flexibilité des ressources permet aux équipes d'adapter le modèle à leurs propres capacités et au flux d'organisation du travail (Lenssen et al., 2025). Ainsi, cet exercice de réciprocité s'imbrique naturellement dans la culture des soins, plutôt que d'être vu comme une tâche facultative ou fastidieuse.

En fin de compte, le mentorat mutuel est un engagement commun envers le perfectionnement, les relations et la confiance. Il n'est pas qu'une affaire de programmes formels, mais se vit plutôt à travers les moments du quotidien, lorsque deux collègues prennent le temps de discuter d'un cas, de demander de la rétroaction ou de réfléchir ensemble à un nouveau processus. C'est dans ces interactions que la croissance et les changements les plus importants prennent racine.

### **Stratégie de mise en œuvre**

Pour garantir que le mentorat soit intentionnel et durable, le cadre est intégré aux structures existantes (ex. programmes d'orientation, évaluations du rendement et parcours de développement du leadership). Des recherches montrent que les initiatives introduites dans l'organisation habituelle du travail sont plus efficaces que celles qui sont considérées comme des « à-côtés » (Burgess et al., 2018). L'objectif est d'enrichir les compétences individuelles tout en favorisant les relations et une ambiance de perfectionnement partagé.

La mise en œuvre commence par l'acquisition et le développement d'un sentiment commun de confiance professionnelle. Les infirmières enseignantes, les responsables cliniques, le personnel de première ligne et les équipes de gouvernance doivent participer au processus dès le début, en prenant part à des séances d'écoute informelles, à de brefs sondages ou à de groupes de discussion (Bergstedt & Wei, 2020; Brown-DeVeaux et al., 2025). Cela permet de vérifier que la structure tient bel et bien compte des pressions réelles, de la dynamique d'équipe et des possibilités propres à chaque unité périopératoire.

Une fois les commentaires recueillis, le mentorat mutuel est introduit à l'aide de stratégies pratiques et peu contraignantes, comme de courtes sessions d'apprentissage, des activités menées par les pairs et l'apprentissage par scénario, le tout intégré aux tâches quotidiennes. On peut, par exemple, organiser des moments d'apprentissage en groupe lors des transitions entre les quarts de travail ou des moments d'observation et de réflexion pendant les temps morts pour aider à contextualiser le mentorat dans le cadre de l'organisation du travail déjà en place (Nelson, 2022; Ward et al., 2024).

Le modèle s'arrime de près à la pratique périopératoire, où les compétences essentielles sont souvent transmises de manière

informelle. Le mentorat mutuel rend ces compétences intentionnelles en les intégrant dans des outils structurés, mais flexibles. Par exemple, un guide de rétroaction peut inciter une infirmière à réfléchir à la manière dont elle a pris l'initiative d'un temps d'arrêt préopératoire ou géré un malentendu, tandis qu'un modèle de planification aide les collègues à fixer des objectifs propres au bloc opératoire, comme pratiquer la communication en boucle fermée ou faire le bilan des incidents graves. Cette approche de réciprocité suscite d'autres discussions sur la gestion des conflits et la capacité d'adaptation de l'équipe après des événements indésirables. Ainsi, les ressources proposées ne constituent pas que de simples documents génériques, mais des outils qui mettent en évidence et renforcent le jugement situationnel et la communication nécessaires au quotidien en salle d'opération.

Les stratégies d'appariement sont flexibles, et vont de l'autosélection et du jumelage guidé à des groupements aléatoires qui favorisent l'équité et réduisent les préjugés (Ali & Patel, 2022). Le processus se déroule ensuite en trois étapes : mise en place, développement et clôture, chacune marquée par des moments de réflexion, de rétroaction ou de co-apprentissage intégrés à la prestation des soins. Pour maintenir l'intérêt envers le programme, certains établissements peuvent nommer un responsable du mentorat chargé de coordonner les rencontres de groupe, d'adapter les ressources et de surveiller le niveau d'engagement sans que cette responsabilité s'accompagne d'une charge administrative supplémentaire. En intégrant le mentorat en continu à la dynamique des soins périopératoires, le modèle favorise le leadership relationnel, la responsabilité partagée et la cohésion durable au sein de l'équipe (Aurilio, 2017; Watson et al., 2025). L'atteinte de ces objectifs est soutenue par un ensemble d'outils et de ressources pratiques qui traduisent les principes du modèle en actions quotidiennes.

### **Outils et ressources**

Les ressources sur lesquelles s'appuie le mentorat mutuel sont délibérément conçues pour être flexibles, peu contraignantes et adaptées à la réalité en constante évolution des soins périopératoires. Afin d'éviter toute redondance, elles sont résumées ici par étape et par objectif. Un manuel de mise en œuvre complet (en cours d'élaboration) fournira des modèles personnalisables, des guides d'accompagnement et une assistance numérique, ce qui permettra une application plus vaste du modèle.

### **Étape de mise en place – fixer les attentes et instaurer la confiance**

- *Entente de mentorat entre partenaires* – clarifier les rôles, les objectifs et la confidentialité.
- *Cartographie des forces* – déterminer les contributions individuelles et les domaines de perfectionnement.
- *Modèle de définition des objectifs* – arrimer les objectifs aux réalités cliniques.

### **Étape de développement – favoriser la réflexion, l'évolution relationnelle et l'apprentissage partagé**

- *Suggestions de dialogues entre pairs* – discuter de cas chargés sur le plan émotionnel ou éthique.
- *Journaux de réflexion mensuels* – consigner les réflexions et les questions au fur et à mesure qu'elles évoluent.
- *Cartes du cadre de rétroaction* – rendre la rétroaction constructive et réciproque.
- *Réflexions sous forme de notes vocales* – proposer une solution de rechange aux cliniciens très occupés.
- *Modèle d'observation rapprochée en milieu de travail suivie d'une discussion* – faire suivre la séance d'observation d'un compte rendu.
- *Cartes de micro-scénarios pour faire le bilan* – encourager la réflexion sur des situations tendues ou des dilemmes courants.

### **Étape de clôture – réfléchir aux progrès accomplis et célébrer l'apprentissage**

- *Carte du parcours de mentorat* – visualiser la progression et les contributions partagées.
- *Suivi de la réciprocité* – noter le soutien mutuel offert et les moments relationnels clés.
- *Évaluation de la sécurité psychologique* – évaluer le climat de confiance et de communication.
- *Fiche récapitulative de l'enseignement conjoint* – décrire l'enseignement conjoint et l'échange de connaissances.

### **Utilisation continue – renforcer les habitudes dans le cadre de la pratique quotidienne**

- *Jeu de cartes pour amorcer le dialogue* – discuter de sujets importants, mais souvent non abordés.
- *Liste d'harmonisation des valeurs* – explorer la correspondance entre les valeurs individuelles et collectives.
- *Bouchées de mentorat (audio/vidéo)* – transmettre des micro-compétences dans des formats accessibles.
- *Sujets de discussion pour les changements de quart* – encourager la réflexion lors des moments de transition.
- *Cartes d'échanges d'expériences* – normaliser l'apprentissage à l'aide de brefs récits.

### **Améliorations facultatives – élargir la portée et la durabilité**

- *Modèles de séances de compte rendu pour l'enseignement conjoint* – favoriser l'apprentissage partagé en temps réel.
- *Tableaux de bord numériques* – suivre facilement l'engagement et les progrès.
- *Modules de micro-apprentissage asynchrones* – accéder à des sujets que l'apprenant peut maîtriser à son propre rythme.
- *Ressources de reconnaissance* – souligner les initiatives de mentorat et leurs résultats.
- *Boîtes à outils pour l'apprentissage entre pairs* – favoriser la réflexion de groupe et l'échange de pratiques.

Les ressources sont toutes modulaires et adaptables à une utilisation numérique ou en personne. Conçues selon des principes tenant compte des traumatismes et centrés sur l'utilisateur, elles tiennent compte de la réalité affective et des contraintes de temps propres au travail périopératoire (Purkey et al., 2018; Sauro & Lewis, 2016). La participation reste volontaire, et les équipes sont encouragées à adapter les outils à leurs besoins et capacités spécifiques (Rico et al., 2020). En mettant l'accent sur la réflexion, la réciprocité et l'équité, la boîte à outils fait passer le mentorat d'une activité occasionnelle à une pratique durable où le leadership est relationnel, l'apprentissage, mutuel et la résilience, collective (Choudhary et al., 2024; Zajac et al., 2025).

### **Stratégie d'évaluation (orientée vers l'avenir)**

Pour que le modèle passe de l'aspiration à un effet mesurable, l'étape suivante consiste à en évaluer l'utilité dans la pratique. À mesure que le cadre évolue, une stratégie d'évaluation prospective, faisant appel à des méthodes mixtes, servira à juger de sa faisabilité, de son efficacité et de sa durabilité dans les milieux cliniques. Fondé sur la science de la mise en œuvre et la pensée par modèles logiques, le plan d'évaluation décrit comment certaines activités et ressources particulières améliorent les résultats au niveau individuel, mais au niveau de l'équipe et de l'organisation. L'objectif est de suivre les progrès à l'aide d'indicateurs tangibles, tout en rendant compte des expériences vécues par les participants et en veillant à ce que le modèle reste adaptable et ancré dans le quotidien (Dahlberg & Byars-Winston, 2019). Les évaluations de faisabilité examineront également les obstacles, comme les contraintes de personnel et de temps, afin de garantir que les stratégies d'intégration restent pratiques et adaptées aux exigences opérationnelles des soins périopératoires (Pearson et al., 2020).

L'évaluation combinera des évaluations formatives (pendant le programme) et sommatives (après le programme), une approche recommandée pour garantir que les initiatives de mentorat restent bien adaptées et efficaces tout au long de leur cycle d'utilisation (Dahlberg & Byars-Winston, 2019). Les données quantitatives seront recueillies au moyen de sondages menés avant et après le programme à l'aide d'instruments validés, notamment l'échelle de sécurité psychologique (Psychological Safety Scale), qui mesure de manière fiable la confiance au sein de l'équipe et les comportements d'apprentissage dans des environnements où les enjeux sont élevés (Plouffe et al., 2023), et l'échelle de satisfaction du mentorat de la NLN (NLN Mentorship Satisfaction Scale), une mesure bien établie dans le domaine de la formation et du perfectionnement professionnel en soins infirmiers (Alharbi & Alharbi, 2022).

Parallèlement à ces instruments, des indicateurs seront adaptés au contexte périopératoire afin d'évaluer trois domaines clés : le perfectionnement individuel (ex. confiance clinique

et préparation au leadership); la dynamique relationnelle (ex. communication, cohésion de l'équipe et lien de confiance); et les retombées organisationnelles (ex. maintien des effectifs, promotion et participation aux parcours de leadership). Ces résultats dénotent invariablement le succès du mentorat (Salim, 2021). Dans la mesure du possible, et avec le consentement des participants, les données seront ventilées par rôle, stade de carrière et groupe démographique pour comprendre les tendances en matière d'équité et garantir que l'initiative reste inclusive et accessible aux infirmières provenant de milieux divers. Cette attention portée à l'équité est essentielle pour favoriser l'excellence dans la pratique infirmière contemporaine (Liang et al., 2023).

En complément aux mesures quantitatives, des données qualitatives seront recueillies à l'aide de journaux de réflexion, de questions ouvertes et de témoignages narratifs facultatifs. Ces outils permettent aux infirmières de raconter, dans leurs propres mots, les expériences d'apprentissage qui les ont marquées, leurs difficultés relationnelles et leurs moments de croissance (Grant et al., 2023). Les données narratives ajoutent profondeur et contexte aux résultats du sondage, orientent les mesures visant à améliorer le programme et fournissent des exemples concrets pour soutenir l'engagement institutionnel (Lima & Ristum, 2025).

Pour pouvoir continuer d'ajuster le programme, les responsables doivent faire des suivis en temps réels, par exemple en fixant des moments de réflexion à mi-parcours et après le cycle de mentorat, pour surveiller le niveau d'engagement, détecter les besoins émergents et s'adapter en conséquence (Viswanath et al., 2019). En outre, les formateurs peuvent utiliser des tableaux de bord numériques ou choisir les méthodes d'évaluation en fonction des systèmes d'amélioration de la qualité existants afin de simplifier la collecte de données et de réduire la charge de travail du personnel.

Les outils utilisés dans le processus de mentorat feront également l'objet d'une évaluation structurée. Chaque ressource (des suggestions de réflexions à consigner dans un journal aux modèles de rétroaction) sera testée et affinée au cours de cycles successifs auxquels participeront les mentors, les mentorés et les responsables de la mise en œuvre. Les évaluations porteront sur la simplicité d'utilisation, la clarté et l'adéquation avec les objectifs du mentorat pour garantir que les outils demeurent à la fois pratiques et pertinents pour la réalité des soins périopératoires (Khan et al., 2025).

À long terme, des indicateurs institutionnels plus généraux, comme le taux de maintien des effectifs, la promotion à l'interne et le développement informel du leadership, seront pris en compte en collaboration avec les services de dotation en personnel et d'enseignement clinique. Ces mesures, combinées à de la rétroaction régulière et à des révisions trimestrielles

par les parties prenantes, guideront la mise à jour des outils de mentorat, du contenu de la formation et des stratégies de mise en œuvre (Chen et al., 2016).

Dans l'ensemble, ce plan d'évaluation exprime la volonté de créer un modèle de mentorat qui soit non seulement riche sur le plan relationnel, mais aussi viable sur le plan opérationnel. En combinant résultats quantitatifs et observations narratives, et en arrimant la conception des outils aux besoins des gens qui travaillent en première ligne, le cadre de mentorat mutuel vise à demeurer adaptable, pertinent et résilient au fil du temps. En fin de compte, cette adaptabilité permet au modèle de répondre correctement aux défis pressants des soins infirmiers périopératoires d'aujourd'hui.

## Conclusion

Les problèmes auxquels sont confrontés les soins infirmiers périopératoires vont de l'épuisement professionnel généralisé et de l'érosion des effectifs aux hiérarchies rigides et au fossé générationnel, une situation qui exige plus que des interventions superficielles. Il faut repenser la manière dont les relations professionnelles sont établies, entretenues et utilisées pour favoriser la capacité d'adaptation dans les milieux où la pression est forte. Le mentorat mutuel permet une telle réinvention. Il ne s'agit pas simplement d'une stratégie de développement des compétences, mais d'un cadre qui rétablit la confiance, la collaboration et le leadership partagé au cœur de la pratique périopératoire.

En rejetant les limites du mentorat conventionnel, où les connaissances se transmettent du haut vers le bas, le modèle préconisé met l'accent sur la réciprocité, la sécurité psychologique et la réflexion collective. Il honore la contribution de toutes les infirmières, qu'elles proviennent de leur sagesse clinique, de leur perspective culturelle ou de leur maîtrise des technologies, et canalise ces atouts vers des partenariats dans lesquels le perfectionnement et le leadership sont mutuels. Ce faisant, il traduit en expériences vécues les valeurs organisationnelles comme l'équité, l'inclusion et l'autonomie.

Ce n'est pas la théorie, mais la pratique quotidienne qui donne vie à ces valeurs. La force du modèle réside dans sa capacité à intégrer le mentorat au rythme naturel du travail chirurgical. Plutôt que de fonctionner comme un programme complémentaire ou distinct, le mentorat mutuel fait partie intégrante de la manière dont les équipes communiquent, apprennent et dirigent ensemble. Il fait passer le mentorat d'une tâche à une culture, d'un enseignement fondé sur les rôles à un engagement relationnel.

Le moment est venu d'investir dans ce changement. On ne peut pas attendre des infirmières périopératoires qu'elles s'épanouissent dans des systèmes qui ne les soutiennent pas. Le mentorat mutuel offre une voie différente, qui permet

non seulement d'acquérir des compétences professionnelles, mais aussi de renforcer la cohésion du groupe. Il ne s'agit pas seulement d'un projet. C'est un engagement à long terme en faveur du changement. Et comme toute transformation culturelle, elle commence dans la pratique, dans les relations et dans la volonté d'imaginer ensemble quelque chose de mieux.

## À propos de l'auteure



*Jennifer Dunn, inf. aut., M.Sc.inf., est doctorante en sciences infirmières à l'Université de Saskatchewan et possède plus de vingt ans d'expérience clinique. Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick (2000)*

*et d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Lethbridge (2024); elle a reçu une bourse d'excellence de l'Université de l'Alberta pour les étudiants inscrits aux études supérieures (2022). Ses recherches portent sur le vécu des infirmières en soins périopératoires; elle s'intéresse à l'influence de certaines forces systémiques sur leurs parcours individuels et leurs réalités professionnelles quotidiennes.*

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

## Conflits d'intérêts

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

## Financement

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

## Références

- Alharbi, K., & Alharbi, M. F. (2022). Nursing students' satisfaction and self-confidence levels after their simulation experience. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221139080. <https://doi.org/10.1177/23779608221139080>
- Ali, N. A. M. A. C., & Patel, R. (2022). Diversity, equity, and inclusion in nursing education: Strategies and processes to support inclusive teaching. *Journal of Professional Nursing*, 42, 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.05.013>

- Aurilio, L. A. (2017). Creating an inclusive culture for the next generation of nurses. *Nurse Leader*, 15(5), 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.05.013>
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Bergstedt, K., & Wei, H. (2020). Leadership strategies to promote frontline nursing staff engagement. *Nursing Management (Springhouse)*, 51(2), 48–53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000651204.39553.79>
- Briciu, B., Michel, S., & Chavez, R. (2024). Safe space for dialogue—A practice for connected consciousness and compassion. *Challenges*, 15(3), Article 36. <https://doi.org/10.3390/challe15030036>
- Brown-DeVeaux, D., Nolasco, Z., Rodney, P., & Agatep, J. (2025). Leading the way: Nurse leaders cultivating a culture of community through engagement and mentorship. *Nurse Leader*, 23(4), 102443. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2025.102443>
- 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>
- Chen, Y., Watson, R., & Hilton, A. (2016). A review of mentorship measurement tools. *Nurse Education Today*, 40, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.020>
- Choudhary, P., Ali, I., Rehman, K., Sharma, K., Sharma, K., Borasi, M., & Bhargava, P. (2024). Enhancing mentorship through technology: A comprehensive review of current practices and future directions. *International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation*, 5, 634–645.
- Chyzzy, B., Bookey-Bassett, S., Ziegler, E., Ronquillo, C., & Schwind, J. (2025). Supporting professional development for early career pre-tenure nursing faculty using Narrative Reflective Process. *Journal of Nursing Education and Practice*, 15(2), 73–81. <https://doi.org/10.5430/jnep.v15n2p73>
- Cioffi, J. (2025). Learning from experts: Capturing the tacit knowledge of nursing practice. *Nursing Times*, 121(2), 36–39.
- Cooper, A. L., Brown, J. A., & Leslie, G. D. (2021). Nurse resilience for clinical practice: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2629–2646. <https://doi.org/10.1111/jan.14763>
- Dahlberg, M. L., & Byars-Winston, A. (2019). *The science of effective mentorship in STEMM*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552763/>
- Davis, S. (2024). Making nursing excellence inclusive. *American Journal of Nursing*, 124(10), 22–23. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0001069512.01673.38>
- Dewitt, B., Persson, J., Wahlberg, L., & Wallin, A. (2021). The epistemic roles of clinical expertise: An empirical study of how Swedish healthcare professionals understand proven experience. *PLOS ONE*, 16(6), e0252160. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252160>
- Dion, P. M., Pan, A., Beckett, A., Singh, K., Greene, A., & Rizoli, S. (2025). Prehospital transfusion training in Canada: A national survey of critical care transport organizations. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 33, 114. <https://doi.org/10.1186/s13049-025-01435-x>
- Farlow, J. L., & Ahmadmehrabi, S. (2021). New age mentoring and disruptive innovation—Navigating the uncharted with vision, purpose, and equity. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 147(4), 389–390. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2021.0001>
- Frasier, L. L., Pavuluri Quamme, S. R., Ma, Y., Wiegmann, D., Levenson, G., DuGoff, E. H., & Greenberg, C. C. (2019). Familiarity and communication in the operating room. *Journal of Surgical Research*, 235, 395–403. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.09.079>
- Frick, S. L., Casey, V. F., Shore, B. J., & Waters, P. M. (2024). Building high-performance teams in pediatric orthopaedic surgery: The importance of psychological safety and creating a trusting environment. *Journal of the Pediatric Orthopaedic Society of North America*, 9, 100132. <https://doi.org/10.1016/j.jposna.2024.100132> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2768276524009581>
- Gottlieb, L. N., Gottlieb, B., & Bitzas, V. (2021). Creating empowering conditions for nurses with workplace autonomy and agency: How healthcare leaders could be guided by strengths-based nursing and healthcare leadership (SBNH-L). *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 169–181. <https://doi.org/10.2147/JHL.S221141>
- Grant, N., Meyer, J. L., & Strambler, M. J. (2023). Measuring social and emotional learning implementation in a research-practice partnership. *Frontiers in Psychology*, 14, 1052877. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1052877>
- Hall, M. L. (2021). *Relationship between perioperative nurses' perception of empowerment, job satisfaction, and intent to stay* (Publication No. 2553797456) [Doctoral dissertation, University of Phoenix]. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/relationship-between-perioperative-nurses/docview/2553797456/se-2>
- Hardie, P., O'Donovan, R., Jarvis, S., & Redmond, C. (2022). Key tips to providing a psychologically safe learning environment in the clinical setting. *BMC Medical Education*, 22(1), 816. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03892-9>
- He, X., Mao, Y., Cao, H., Li, L., Wu, Y., & Yang, H. (2024). Factors influencing the development of nursing professionalism: A descriptive qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), Article 283. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01945-6>
- Hofler, L., & Thomas, K. (2016). Transition of new graduate nurses to the workforce: Challenges and solutions in the changing health care environment. *North Carolina Medical Journal*, 77(2), 133–136. <https://doi.org/10.18043/ncm.77.2.133>
- Iheduru-Anderson, K. C., & Shingles, R. R. (2023). Mentoring experience for career advancement: The perspectives of Black women academic nurse leaders. *Global Qualitative Nursing Research*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.1177/23333936231155051>
- Kays, M. N., Rupert, D. D., Negris, O., Thompson, B., Clayman, M. L., Mordell, L., Pendergrast, T., Bloomgarden, E., Bhayani, R. K., & Jain, S. (2023). Flattening hierarchical structures to empower women trainee leaders on social media teams. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e47800. <https://doi.org/10.2196/47800>
- Khan, H. F., Qayyum, S., Beenish, H., Khan, R. A., Iltaf, S., & Faysal, L. R. (2025). Determining the alignment of assessment items with curriculum goals through document analysis by addressing identified item flaws. *BMC Medical Education*, 25(1), Article 200. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06736-4>
- Kim, M. J., McKenna, H., Davidson, P., Leino-Kilpi, H., Baumann, A., Klopper, H., Al-Gasseer, N., Kunaviktikul, W., Sharma, S. K., Ventura, C., & Lee, T. (2022). Doctoral education, advanced practice and research: An analysis by nurse leaders from countries within the six WHO regions. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100094. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100094>
- Knowles, M. S., Holton, E. F., III, & Swanson, R. A. (2015). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (8th ed.). Routledge.
- Lawson, D., & Fleshman, J. W. (2020). Informal leadership in health care. *Clinical Colon and Rectal Surgery*, 33(4), 225–227. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709439>
- Leclerc, L., Strenge-McNabb, K. K., Thibodeaux, T., Campis, S., & Kennedy, K. (2022). Relational leadership: A contemporary and

- evidence-based approach to improve nursing work environments. *Nursing Management*, 53(7), 24–34. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000834580.84896.55>
- Lenssen, E., Nagtegaal, I., van Oostveen, C., Vreke, A., Miedema, H., & Bakker, A. (2025). Exploring nurses' leadership and resilience in a complex daily work environment: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24, 173. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02761-2>
- Liang, P. S., Kwon, S. C., Cho, I., Trinh-Shevrin, C., & Yi, S. (2023). Disaggregating racial and ethnic data: A step toward diversity, equity, and inclusion. *Gastroenterology*, 164(3), 320–324. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.01.008>
- Lima, L. S., & Ristum, M. (2025, February). Narrative analysis: Methodological contributions to qualitative research in developmental psychology. *Trends in Psychology – A Journal of the Brazilian Society of Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-025-00442-2>
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making: A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3936–3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.13814>
- Morrison, V., Hauch, R. R., Perez, E., Bates, M., Sepe, P., & Dans, M. (2021). Diversity, equity, and inclusion in nursing: The Pathway to Excellence framework alignment. *Nursing Administration Quarterly*, 45(4), 311–323. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000494>
- Moss, P., Nixon, P., & Baggio, S. (2023). Turning strategy into action – Using the ECHO model to empower the Australian workforce to integrate care. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 7. <https://doi.org/10.5334/ijic.7036>
- Mukhalalati, B. A., & Taylor, A. (2019). Adult learning theories in context: A quick guide for healthcare professional educators. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 6, 2382120519840332. <https://doi.org/10.1177/2382120519840332>
- Nelson, A. (2022). Mentorship: A powerful tool for IPG success. *The Dissertation in Practice at Western University*, 289. <https://ir.lib.uwo.ca/oip/289>
- O'Connor, R., Barraclough, L., Gleadall, S., & Walker, L. (2025). Institutional reverse mentoring: Bridging the student/leadership gap. *British Educational Research Journal*, 51, 344–368. <https://doi.org/10.1002/berj.4078>
- Pearson, N., Naylor, P. J., Ashe, M. C., Fernandez, M., Yoong, S. L., & Wolfenden, L. (2020). Guidance for conducting feasibility and pilot studies for implementation trials. *Pilot and Feasibility Studies*, 6, 167. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00634-w>
- Plouffe, R. A., Ein, N., Liu, J. J. W., St. Cyr, K., Baker, C., Nazarov, A., & Richardson, J. D. (2023). Feeling safe at work: Development and validation of the Psychological Safety Inventory. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(8), 1994–2006. <https://doi.org/10.1111/ijpsa.12434>
- Proba, J. (2024). *No longer eating their young but eating their own: Developing capacity to decrease lateral aggression among nurses and leaders* (Publication No. 416) [Doctoral dissertation, Western University]. The Dissertation in Practice at Western University. <https://ir.lib.uwo.ca/oip/416>
- Pullen, R. L., Jr. (2025). Developing nurse leaders through mentorship. *Nursing Management (Springhouse)*, 56(3), 58–62. <https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000230>
- Purkey, E., Patel, R., & Phillips, S. P. (2018). Trauma-informed care: Better care for everyone. *Canadian Family Physician*, 64(3), 170–172. <https://www.cfp.ca/content/64/3/170>
- Quayson, F. (2022). *Reflective practice, mentoring, and self-renewal in professional development for adult learners. The Interdisciplinary Journal of Advances in Research in Education*, 4, 1–8. <https://doi.org/10.55138/ma104284fxo>
- Rico, R., Gibson, C., Sanchez-Manzanares, M., & Clark, M. A. (2020). Team adaptation and the changing nature of work: Lessons from practice, evidence from research, and challenges for the road ahead. *Australian Journal of Management*, 45(3), 507–526. <https://doi.org/10.1177/0312896220918908>
- Rinfret, S. R., Young, S. L., & McDonald, B. D., III. (2023). The importance of mentorship in higher education: An introduction to the symposium. *Journal of Public Affairs Education*, 29(4), 398–403. <https://doi.org/10.1080/15236803.2023.2260947>
- Ronaldson, S., Macfarlane, K., & Thomas, D. (2017). Peer mentorship for the internationally educated nurse: An appreciative inquiry. *Athens Journal of Health*, 4(3), 211–226. <https://doi.org/10.30958/ajh.4-3-1>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Salazar Maya, Á. M. (2022). Nursing care during the perioperative within the surgical context. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(2), e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>
- Salim, S. (2021). Effective mentoring: A guide for mentors and mentees. In C. Y. Weng & A. M. Berrocal (Eds.), *Women in ophthalmology* (pp. 377–383). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-59335-3\\_43](https://doi.org/10.1007/978-3-030-59335-3_43)
- Sauro, J., & Lewis, J. R. (2016). *Quantifying the user experience: Practical statistics for user research* (2nd ed.). Morgan Kaufmann.
- Sullens, S., & Gonzalez, K. (2025). Building the next generation of leaders through shared governance. *Nursing Management*, 56(1), 51–53. <https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000209>
- Tørring, B., Gittell, J. H., Laursen, M., & Rasmussen, B. S. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19, 528. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>
- Turcotte, M., Etherington, C., Rowe, J., Duong, A., Kaur, M., Talbot, Z., Mansour, F., Mohamed, J., Zahrai, A., Fournier, K., & Boet, S. (2023). Effectiveness of interprofessional teamwork interventions for improving occupational well-being among perioperative healthcare providers: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 37(6), 904–921. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2137116>
- Viswanath, K., Synowiec, C., & Agha, S. (2019). Responsive feedback: Towards a new paradigm to enhance intervention effectiveness. *Gates Open Research*, 3, 781. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12937.2>
- Ward, L., Gordon, A., & Kirkman, A. (2024). Innovative and effective education strategies for adult learners in the perioperative setting. *AORN Journal*, 119(4), 291–303. <https://doi.org/10.1002/aorn.14079>
- Watson, A. L., Young, C., Whitham, A., Prescott, S., & Flynn, E. J. (2025). Enhancing nursing practice through peer support: Strategies for engagement in the nursing workforce. *Journal of Radiology Nursing*, 44(1), 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2024.06.003>
- Zajac, S. A., Williams, K. N., Patel, S. M., Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Clemens, M. W., & Holladay, C. L. (2025). Understanding psychological safety in health care: A qualitative investigation and practical guidance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2025.04.009>