

ORNAC Journal

Revue de L'AIISOC

The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada

Spring 2025 Volume 42, Issue 1

ISSN: 2561-4657
ISSN-L: 1927-6141

IN THIS ISSUE

Overcoming power distance and deferential speech syndrome in the operating room • Surmonter la distance hiérarchique et le syndrome de déférence en salle d'opération

Transforming from victim to survivor—Part 1: Strategies for clinicians to safeguard themselves, colleagues, and patients from disruptive intraoperative behaviour • De victime à survivant—Partie 1 : stratégies à l'intention des cliniciens pour se protéger et protéger collègues et patients des comportements perturbateurs en salle d'opération

ORNAC

AIISOC

www.ornac.ca

THE FOUNDATION OF SUCCESS

Advancing care through purposeful innovation



STERIS™ 7080 General Surgical Table

Addressing the constantly changing complexities of modern surgery and diverse patient needs, the **STERIS 7080 General Surgical Table** gives your team unmatched capability and versatility, both now and in the future.

- Advanced, all-electric operation for smooth, precise movements
- Single table adapts to virtually every surgical specialty
- Cut out table base, improved Hand Control and Dual Articulating Headrest
- 22" tabletop slide & up to 1200 lb. patient weight capacity
- Integrated x-ray cassette channel under the tabletop.

For more information or to discuss how we can partner in the Operating Room, scan the QR Code or contact your STERIS representative today.



ORNAC Journal

Revue de L'AISOC



Operating Room Nurses
Association of Canada

Association des infirmières et infirmiers
de salles d'opération du Canada

The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada

ORNAC President:

Tanya Vandale, president@ornac.ca

ORNAC Secretary:

Jennifer Sutton, secretary@ornac.ca

ORNAC Treasurer:

Alex Bogle, treasurer@ornac.ca

ORNAC Executive Director: Kara Gillies

Journal Editor:

Linda M. Verde, editor@ornac.ca

Journal Lead:

Angelina Lomoro, journal@ornac.ca

Managing Editor: Heather Coughlin,

Pappin Communications,
heather@pappin.com

Design and Layout: Sherri Keller,

Pappin Communications,
sherri@pappin.com

Editorial Board

Tanya Vandale, RN BScN CPN (C),
ORNAC President
Jennifer Sutton, MN BN RN, ORNAC,
Secretary
Linda M. Verde, BA(Hons), Journal Editor
Angelina Lomoro, MN, RN, CPN(C)
Marilyn Morson, MSN, BA, BNSc, RN
Sharon Hollett, RN, BN, CPN(C)
Audrey Cook, RN, BN, BSc, BA CPN(C)
Leah Lowe, RN, BN, MN, CPN(C)
Niki Deneault, RN, BScN, CPN(C)

Translation Services

Sylvie Beauregard, RN, BScN
Traductions Hermès, [https://
traductionshermes.com/](https://traductionshermes.com/)

Advertising Sales

Heather Coughlin
Pappin Communications
Tel: 613-633-1938
E-mail: heather@pappin.com
Rate card : www.pappin.com

The *ORNAC Journal* is the peer-reviewed journal of the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). It is an open access journal that is published twice a year and can be accessed at <https://ornacjournal.ca/index.php/ornac>

We welcome unsolicited manuscripts that contribute to the scholarship and knowledge bank of perioperative nursing. For more information, see **Write For Us** in this issue or visit **Author Guidelines** on our website. Please submit manuscripts online to journal@ornac.ca.

ISSN: 2561-4657

ISSN-L: 1927-6141

ORNAC Journal

PO Box 307
Bath, ON K0H 1G0
Canada

Copyright Notice and Disclaimer

© 2025 The Operating Room Nurses Association of Canada. This publication, including all content, text, images, graphics, trademarks, and other material within this publication, is the intellectual property of the Operating Room Nurses Association of Canada ("ORNAC"), unless otherwise stated and is protected under international intellectual property laws.

Unless otherwise stated, all articles in this publication are licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International Public License (CC BY-NC-ND 4.0) which allows anyone to copy and distribute the article for non-commercial purposes provided appropriate attribution is given and if you remix, transform, or build upon the material, you may not distribute the modified material. For more details regarding the terms of this license, please see: <https://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0/>

ORNAC, the editors, and authors have made every effort to ensure that the information contained in this publication is correct and up to date. However, as nursing, medicine, and available medications and technologies continue to change, none of ORNAC, the editors, authors, or publisher warrant that the presented information is in every respect accurate and current. This publication may contain inaccuracies and other errors and the content is provided on an "as is" basis. ORNAC, the editors, authors, and publisher disclaim any warranty as to accuracy, quality, completeness, or currency of this publication.

Without limiting the generality of the foregoing, ORNAC, the editors, authors, and publisher shall not be responsible for the accuracy or currency of this publication, for any errors or omissions contained in this publication, or for any injury, loss, or damages allegedly arising out of the use, implementation, or any other action taken on the basis of any information contained in this publication. ORNAC, the editors,

authors, and publisher disclaim all liability for any direct or indirect damages resulting from the use or misuse of the information contained in this publication.

This publication is intended for Canadian perioperative nurses, who retain full responsibility for the care and treatment of their patients and who should exercise their own clinical judgment and expertise when using this publication. This publication does not constitute an exclusive course of action or standard of care and does not exclude other methods of care.

This publication reflects the best available data at the time it was prepared, but the contents of this publication may be revised from time to time in future to reflect new information and data. Canadian perioperative nurses should refer to a variety of sources to confirm that the information contained in this publication is correct. Each Canadian perioperative nurse is responsible to make the ultimate judgment regarding the appropriate course of action or method of care for each patient in light of all the clinical circumstances presented by each case.

ORNAC accepts no responsibility for the success or failure of any treatment, method of care or course of action detailed in this publication. This publication is for informational and educational purposes only. It is not intended to provide nursing, medical, or healthcare advice, diagnosis, treatment, or a healthcare service of any kind, and does not substitute for professional healthcare advice, diagnosis, or treatment. No procedure, process, or guideline set out in this publication should be carried out except on the basis of the reader's own professional knowledge and experience, and should be independently verified by other reputable sources.

Présidente:

Tanya Vandale, president@ornac.ca

Secrétaire:

Jennifer Sutton, secretary@ornac.ca

Trésorière:

Alex Bogle, treasurer@ornac.ca

Directeur exécutif: Kara Gillies

Rédacteur en chef: Linda M. Verde,
editor@ornac.ca

Journal Lead : Angelina Lomoro,
journal@ornac.ca

Éditeur: Heather Coughlin, Pappin
Communications, heather@pappin.com

Conception et design: Sherri Keller,
Pappin Communications,
sherri@pappin.com

Comité de rédaction

Tanya Vandale, inf., B. Sc. inf., CSP(C)
Jennifer Sutton, Inf., M. Sc. inf.
Angelina Lomoro M. Sc. inf, Inf., CPN(C)
Marilyn Morson Inf., M. Sc. inf., B. A.,
B.Sc.
Sharon Hollett Inf., B. Sc. inf., CSP(C)
Audrey Cook Inf., B. Sc. inf., B. A., CSP(C)
Leah Lowe: Inf., B. Sc. inf., M. Sc. Inf.,
CSP(C)
Niki Deneault, inf., B. Sc.inf., CSP(C)

Services de traduction

Sylvie Beauregard inf., B. Sc. inf.
Traductions Hermès, <https://traductionshermes.com/>

Publicité

Heather Coughlin, Pappin
Communications,
T : 613-633-1938
Courriel : heather@pappin.com
Publicité : www.pappin.com

La Revue de l'AIISOC est la revue de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC). Il s'agit d'une revue en libre accès qui est publiée deux fois par an et qui peut être consultée à l'adresse <https://ornacjournal.ca/index.php/ornac>

Nous accueillons les textes non publiés qui contribuent à la banque de connaissances et de formations sur les soins infirmiers périopératoires. Pour plus d'informations, consultez **Write For Us** dans ce numéro ou consultez **les directives de l'auteur** sur notre site Web. Veuillez soumettre vos textes en ligne à journal@ornac.ca.

ISSN: 2561-4657
ISSN-L: 1927-6141

ORNAC Journal

PO Box 307
Bath, ON K0H 1G0
Canada

Avis de droit d'auteur et clause de non-responsabilité

© 2025 L'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada. Cette publication, y compris tout le contenu, le texte, les images, les graphiques, les marques de commerce et tout autre matériel qu'elle contient est la propriété intellectuelle de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (« AIISOC »), sauf indication contraire, et est protégée en vertu des lois internationales sur la propriété intellectuelle.

Sauf indication contraire, tous les articles de cette publication sont sous licence Creative Commons Attribution-Non-Commercial-NoDerivatives 4.0 International Public License (CC BY-NC-ND 4.0) qui permet à quiconque de copier et de distribuer l'article à des fins non commerciales à condition qu'une attribution appropriée soit donnée et si vous modifiez, transformez ou construisez sur le matériel, vous ne pouvez pas distribuer le matériel modifié. Pour plus de détails concernant les termes de cette licence, veuillez consulter : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

L'AIISOC, les rédacteurs et les auteurs ont tout mis en œuvre pour s'assurer que les informations contenues dans cette publication sont correctes et à jour. Cependant, à mesure que les soins infirmiers, la médecine et les médicaments et technologies disponibles continuent d'évoluer, ni l'AIISOC, ni les rédacteurs, ni les auteurs, ni l'éditeur ne garantissent que l'information présentée est à tous égards exacte et à jour. Cette publication peut contenir des inexactitudes et d'autres erreurs et le contenu est fourni « tel quel ». L'AIISOC, les rédacteurs, les auteurs et l'éditeur déclinent toute garantie quant à l'exactitude, la qualité, l'exhaustivité ou l'actualité de cette publication.

Sans limiter la généralité de ce qui précède, l'AIISOC, les rédacteurs, les auteurs et l'éditeur ne peuvent être tenus responsables de l'exactitude ou de l'actualité de cette publication, des erreurs ou des omissions contenues dans cette

publication, ou de tout préjudice, perte ou dommage découlant prétendument de l'utilisation, de la mise en œuvre ou de toute autre mesure prise sur la base de toute information contenue dans cette publication. AIISOC, les rédacteurs, les auteurs et l'éditeur déclinent toute responsabilité pour tout dommage direct ou indirect résultant de l'utilisation ou de la mauvaise utilisation des informations contenues dans cette publication.

Cette publication s'adresse aux infirmières en soins périopératoires canadiens, qui conservent l'entière responsabilité des soins et du traitement de leurs patients et qui devraient exercer leur propre jugement clinique et leur expertise lorsqu'ils utilisent cette publication. Cette publication ne constitue pas un plan d'action exclusif ou une norme de pratique et n'exclut pas d'autres méthodes de soins. Cette publication reflète les meilleures données disponibles au moment de sa préparation, mais le contenu de cette publication pourrait être révisé de temps à autre à l'avenir pour tenir compte de nouveaux renseignements et données. Les infirmières en soins périopératoires du Canada devraient se référer à diverses sources pour confirmer que l'information contenue dans cette publication est exacte. Chaque infirmière en soins périopératoires du Canada a la responsabilité de porter un jugement ultime sur le plan d'action ou la méthode de soins appropriée pour chaque patient, à la lumière de toutes les circonstances cliniques présentes par chaque cas.

L'AIISOC décline toute responsabilité quant au succès ou à l'échec d'un traitement, d'une méthode de soins ou d'un plan d'action détaillé dans cette publication. Cette publication est fournie à titre informatif et éducative seulement. Il n'est pas destiné à fournir des conseils infirmiers, médicaux ou de santé, des diagnostics, des traitements ou un service de soins de santé de quelque nature que ce soit, et ne remplace pas les conseils, diagnostics ou traitements professionnels en matière de soins de santé. Aucune procédure, aucun processus ou aucune directive énoncés dans cette publication ne doit être mis en œuvre si ce n'est sur la base des connaissances et de l'expérience professionnelles du lecteur, et doit être vérifié de manière indépendante par d'autres sources fiables.

ORNAC Journal

Revue de L'AIISOC



Operating Room Nurses
Association of Canada

Association des infirmières et infirmiers
de salles d'opération du Canada

The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada

Spring 2025 Volume 42, Issue 1

CONTENTS

- 10** Spotlight on Practice
Heather Martin
- 10** Pleins feux sur la pratique
Heather Martin
- 11** Perioperative Nursing Program
- 12** Le programme de soins infirmiers périopératoires
- 15** My journey into operating room nursing
Kristin Webb
- 18** Soins infirmiers en salle d'opération : mon parcours
Kristin Webb
- 21** Local anaesthetic systemic toxicity: A critical consideration for OR nurses
Sunti Barahi
- 23** Toxicité systémique des anesthésiques locaux : Une situation critique pour les infirmières au bloc opératoire
Sunti Barahi
- 25** Guest Editorial: Being a Registered Nurse First Assistant in Quebec
Hélène Tétreault
- 26** Éditorial invité : Être infirmière première assistante en chirurgie au Québec
Hélène Tétreault
- 29** Why attend a conference? Insights from the ORNAC 2025 Conference Lead
Bryana Hahn
- 30** Pourquoi assister à une conférence ? Perspectives de la responsable de la conférence de l'AIISOC 2025
Bryana Hahn
- 31** Enhancing experiences: The valuable role of exhibitors at national conferences
Chris Downey
- 32** Améliorer les expériences : le rôle précieux des exposants lors des conférences nationales
Chris Downey
- 33** Overcoming power distance and deferential speech syndrome in the operating room
Jennifer Dunn
- 44** Surmonter la distance hiérarchique et le syndrome de déférence en salle d'opération
Jennifer Dunn
- 56** Transforming from victim to survivor—Part 1: Strategies for clinicians to safeguard themselves, colleagues, and patients from disruptive intraoperative behaviour
Alexander Villafranca, Brett Adams, Owen Krestow, Alison Forest, and Lesia Yasinski
- 65** De victime à survivant—Partie 1 : stratégies à l'intention des cliniciens pour se protéger et protéger collègues et patients des comportements perturbateurs en salle d'opération
Alexander Villafranca, Brett Adams, Owen Krestow, Alison Forest et Lesia Yasinski

ORNAC Peer Reviewers

Brittany Clancey, RN, BScN
Audrey Cook, RN, BN, BSc, BA, CPN(C)
Niki Deneault, RN, BScN, CPN(C)
Sharon Hollett, RN, BN, CPN(C)
Angelina Lomoro, MN, RN, CPN(C)
Leah Lowe, RN, BN, MN, CPN(C)
Marilyn Morson, MSN, BA, BNSc, RN
Jennifer Sutton, MN, BN, RN
Tanya Vandale, RN, BScN, CPN(C)

Réviseurs de l'AIISOC

Brittany Clancey, Inf., B. Sc. inf., PDC
Audrey Cook, Inf., B. Sc. inf., B. A., CSP(C)
Niki Deneault, Inf., B. Sc. inf., CSP(C)
Sharon Hollett, Inf., B. Sc. inf., CSP(C)
Angelina Lomoro, Inf., M. Sc. inf, CSP(C)
Leah Lowe, Inf., B. Sc. inf., M. Sc. Inf., CSP(C)
Marilyn Morson, Inf., B.Sc. inf., M. Sc. inf., B. A.
Jennifer Sutton, Inf., M. Sc. inf.
Tanya Vandale, Inf., B. Sc. inf., CSP (C)

Editor's Message

With the final preparations for this issue, we are looking ahead to the ORNAC Conference in Calgary from May 21–May 25. If you are undecided about attending, this issue's Bryana Hahn's "Why attend a conference?" and Chris Downey's article about conference exhibitors, will leave you in no doubt about the importance of conference participation. This will be my first time attending and I hope to meet many of you in person.

This issue brings you two interesting original articles along with pieces from partnering organizations. For example, Kristin Webb, past chair of Perioperative Nurse Educators of Canada (PNEC), tells her story of becoming an OR nurse, Helene Tetrault talks about the role of a Registered Nurse First Assistant (RNFA), and Anaesthesiologist Sunti Bahari's recounts considerations about local anaesthetic systemic toxicity. Also, don't miss valuable information from ORNAC.

Both original articles address the OR working environment, looking at how an entrenched hierarchical culture results in communication barriers and conflict caused from disruptive behaviours. Jennifer Dunn, establishes the term deferential speech syndrome to describe why, because of the power distance maintained by those at the top, certain staff do not voice observations that could be important for surgery success and best patient care. Dunn asserts that every member of the OR team is valuable and has a significant role to play. This thought-provoking article shows the impact of power distance and offers solutions to how undoing that distance can promote better communication and patient safety.

Alex Villafranca and colleagues' study of disruptive behaviour in the OR shows it is, at least, inconvenient or annoying and, at most, possibly dangerous to staff and patients alike. This first of two parts uses a conflict resolution lens to help clinicians maintain their well-being and respond appropriately without escalating or reinforcing the disruptive behaviour—a good read for all who deal with conflict in the OR and beyond.

And now for a personal note to you all. A recent editorial by Sally Thorne, Editor in Chief of Nursing Inquiry, came out of her concern for the global reverberations from changes taking place, in the US and elsewhere, affecting such areas as research funding, DEI strategies, reproductive choice, and trends of public health policy-making without an evidence base. These are indeed serious concerns. Thorne, calls nurses to "remain grounded in our core nursing values around compassion, social justice, science, and equity," and goes further telling why she believes nurses are made for these times. With Thorne's permission, here is the link to one of the most articulate, encouraging, and inspiring pieces I have read in a long time. I encourage you all to gift yourself with this read.

Editorial: We Were Made for These Times

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nin.70010>



Your editor,
Linda M. Verde

Follow ORNAC on Socials

Did you know...

ORNAC hosts monthly webinars... Keep an eye on your emails, ORNAC social media, and the website for upcoming webinars.

Stay connected with ORNAC! We love your engagement!



Suivez l'AIISOC sur les réseaux sociaux

Saviez-vous ...

L'AIISOC organise des webinaires mensuels... Gardez un œil sur vos courriels, les réseaux sociaux de l'AIISOC et le site Web pour les prochains webinaires.

Restez branchés avec l'AIISOC ! Nous aimons votre engagement !

Message de l'éditrice

Alors que nous finalisons les préparatifs de ce numéro, jetons un œil vers la Conférence de l'AIISOC qui se tiendra à Calgary du 21 au 25 mai. Si vous hésitez encore à y participer, l'article de Bryana Hahn intitulé « Pourquoi assister à une conférence ? » et celui de Chris Downey sur les exposants de la conférence ne manquera pas de vous convaincre de l'importance d'y prendre part. Ce sera ma première participation et j'espère rencontrer bon nombre d'entre vous.

Ce numéro vous propose deux articles originaux captivants ainsi que des contributions de nos organisations partenaires. Par exemple, Kristin Webb, ancienne présidente du réseau des éducateurs en soins infirmiers périopératoires du Canada (PNEC), partage son parcours pour devenir infirmière en salle d'opération. Hélène Tétreault nous parle du rôle d'une infirmière première assistante en chirurgie (IPAC), et l'anesthésiologiste Sunti Bahari nous parle de la toxicité systémique des anesthésiques locaux. Ne manquez pas non plus les précieuses informations fournies par l'AIISOC.

Les deux articles originaux abordent l'environnement de travail en salle d'opération, en s'intéressant à la manière dont une culture hiérarchique ancrée peut entraîner des barrières de communication et des conflits liés à des comportements perturbateurs. Jennifer Dunn introduit le terme « syndrome de discours déférent » pour décrire pourquoi, en raison de hiérarchie imposée par ceux qui occupent des postes de pouvoir, certains membres du personnel n'expriment pas leurs observations, pourtant cruciales pour la réussite des interventions chirurgicales et la qualité des soins aux patients. Dunn souligne que chaque membre de l'équipe en salle d'opération a une valeur et un rôle essentiel à jouer. Cet article stimulant met en lumière l'impact de la hiérarchie et propose des solutions pour favoriser une meilleure communication et renforcer la sécurité des patients.

L'étude d'Alex Villafranca et de ses collègues sur les comportements perturbateurs en salle d'opération montre qu'ils peuvent, au mieux, être gênants ou agaçants, mais, au pire, mettre en danger le personnel et les patients. Cette première partie, analysée sous l'angle de la résolution des conflits, propose des stratégies aux cliniciens pour préserver leur bien-être et réagir de manière appropriée sans aggraver ou renforcer ces comportements perturbateurs. Une lecture essentielle pour tous ceux qui font face à des conflits en salle d'opération et au-delà.

Enfin, sur une note plus personnelle, je souhaite partager avec vous un éditorial récent de Sally Thorne, rédactrice en chef de *Nursing Inquiry*. Elle y exprime son inquiétude face aux répercussions mondiales des changements en cours aux États-Unis et ailleurs, touchant des domaines tels que le financement de la recherche, les stratégies de diversité, d'équité et d'inclusion,

le choix en reproduction, et l'élaboration de politiques de santé publique sans fondement scientifique. Ces préoccupations sont indéniablement sérieuses. Thorne appelle les infirmières à « rester ancrés dans leurs valeurs fondamentales de compassion, de justice sociale, de science et d'équité » et explique pourquoi elle croit que les infirmières sont particulièrement préparées pour affronter ces défis. Avec sa permission, voici le lien vers l'un des articles les plus éloquentes, encourageants et inspirants que j'aie lus depuis longtemps. Pourquoi ne pas s'offrir un moment de lecture !

Éditorial : We Were Made for These Times

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nin.70010>



Votre éditrice,
Linda M. Verde

CONMED

PlumeSafe[®]
X5[™]

Our most powerful
smoke evacuator yet

PlumeSafe[®] X5[™] eliminates surgical smoke plume through high flow evacuation, up to 33 CFM.¹

 **REQUEST A DEMO**

President's Message

Dear perioperative leaders,

As we step into an exciting time for perioperative nursing in Canada, I am thrilled to share some key highlights that showcase ORNAC's commitment to excellence in patient care, professional growth, and advancing our specialty.

This month, we come together for the 29th ORNAC National Conference—a long-awaited opportunity to learn, connect, and celebrate our profession. This conference is a time to engage with leading experts, explore the latest advancements in perioperative practice, and build meaningful relationships with colleagues from across the country. Whether attending for the first time or as a returning participant, I encourage you to fully immerse yourself in this experience and bring back valuable insights to your teams!

I am also excited to announce the release of the revised 17th edition of the Guidelines for Perioperative Practice in Canada! These updated guidelines, formerly known as the *ORNAC Standards, Guidelines, and Position Statements for Registered Nurses*, are a testament to the dedication of our experts and contributors who have worked tirelessly to ensure we continue

to provide evidence-based, best-practice recommendations. This resource is essential for guiding our practice, enhancing patient safety, and reinforcing our commitment to excellence.

The strength of our profession lies in our members, and I want to recognize the commitment of perioperative nurses across Canada who continue to support ORNAC and actively engage in professional development. Membership in ORNAC not only connects you to a national network of perioperative professionals, but also provides valuable benefits, including educational resources, networking opportunities, and participation in leadership initiatives.

One way to demonstrate leadership and contribute to the profession is by sharing your knowledge and expertise in this very journal. The ORNAC Journal team is actively seeking manuscripts for articles and columns, and I encourage each of you to consider submitting your work. Whether it's a research study, a case review, an innovative practice, or a personal reflection on perioperative nursing, your contributions are vital to the success of this publication. Engaging with the ORNAC Journal—whether through writing, peer review, or sharing insights—demonstrates a level of leadership and dedication that is recognized not only within your own facility but at the provincial and national levels.

Finally, I invite you to explore the many opportunities ORNAC has to offer, from professional development incentives to leadership pathways. Your participation strengthens the association and ensures that perioperative nursing in Canada continues to evolve and thrive.

Thank you for your dedication to perioperative nursing. I look forward to seeing many of you at the conference and reading your contributions in future editions of the journal!

Warm regards,
Tanya Vandale, RN, BScN, CPN(C)
ORNAC President

MILESTONE HELPING PATIENTS **FroggaBio**

ZERO FORMALIN EXPOSURE
MAXIMUM TISSUE PRESERVATION
SealSAFE

ZERO FORMALIN EXPOSURE

AUTOMATED FORMALIN DISPENSING
UltraSAFE

Advertise with the *ORNAC Journal*

For advertising rates, visit:

<https://pappin.com/wordpress/ornac-journal/>

Faire de la publicité avec le journal

Pour les tarifs publicitaires consultez :

<https://pappin.com/wordpress/ornac-journal/>

Message du Président

Chers leaders en soins périopératoires,

Alors que nous entrons dans une période passionnante pour les soins infirmiers périopératoires au Canada, je suis ravie de partager avec vous quelques points marquants qui illustrent l'engagement de l'AIISOC envers l'excellence des soins aux patients, le développement professionnel et l'avancement de notre spécialité.

Ce mois-ci, nous nous rassemblons pour la 29^e conférence nationale de l'AIISOC — une occasion tant attendue d'apprendre, d'échanger et de célébrer notre profession. Cette conférence est un moment privilégié pour interagir avec des experts, découvrir les dernières avancées en pratique périopératoire et tisser des liens précieux avec des collègues de partout au pays. Que vous y participiez pour la première fois où que vous soyez une habituée, je vous encourage à vous investir pleinement dans cette expérience et à rapporter des enseignements enrichissants à vos équipes!

Je suis également ravie d'annoncer la publication de la 17^e édition révisée des Lignes directrices pour la pratique des soins périopératoires au Canada! Ces lignes directrices, anciennement connues sous le nom de Normes, lignes directrices et énoncés de position de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires, témoignent du dévouement de nos experts et collaborateurs, qui ont travaillé sans relâche pour continuer à fournir des recommandations fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires. Cette ressource est essentielle pour orienter notre pratique, renforcer la sécurité des patients et réaffirmer notre engagement envers l'excellence.

La force de notre profession réside dans nos membres, et je tiens à souligner l'engagement des infirmières en soins périopératoires à travers le Canada, qui soutiennent activement l'AIISOC et participent à leur développement professionnel. Être membre de l'AIISOC vous connecte non seulement à un réseau national de professionnelles en soins périopératoires, mais vous donne aussi accès à des avantages précieux, tels que des ressources éducatives, des opportunités de réseautage et des initiatives de leadership.

L'une des meilleures façons de démontrer votre leadership et de contribuer à la profession est de partager votre savoir et votre expertise dans cette revue. L'équipe de la revue de l'AIISOC est activement à la recherche d'articles et de chroniques, et je vous encourage à en soumettre. Qu'il s'agisse d'une étude de recherche, d'un examen de cas, d'une pratique novatrice ou

d'une réflexion personnelle sur les soins périopératoires, vos contributions sont essentielles à la réussite de cette publication. S'engager dans la revue de l'AIISOC — que ce soit en écrivant, en réalisant une révision ou en partageant des perspectives — démontre un niveau de leadership et de dévouement reconnu, non seulement dans votre établissement, mais aussi aux niveaux provincial et national.

Enfin, je vous invite à explorer les nombreuses opportunités qu'offre l'AIISOC, qu'il s'agisse de programmes de développement professionnel ou de parcours en leadership. Votre engagement renforce l'association et garantit que les soins infirmiers périopératoires au Canada continuent d'évoluer et de prospérer.

Merci pour votre engagement envers les soins infirmiers périopératoires. J'ai hâte de vous retrouver nombreux lors de la conférence et de lire vos articles dans les prochaines éditions du journal!

Chaleureusement,
Tanya Vandale, Inf., B. Sc. Inf., CSP(C)
Présidente de l'AIISOC

RMAC Surgica
Keeping Safety in Check

Why are you paying SO MUCH for your sterile medication label kits?

PharmaTags: Sterile Medication Label Kits

Many kits come from the U.S.A.—PharmaTags™ are made here in Canada at our ISO13485 Registered facility. All other kits are imported from the USA by distributors.

Choose your own medication labels
Fast delivery direct from the manufacturer
Save money

Synthetic Waterproof Material Smudge proof markers
Residue free adhesive (on stainless steel bowls)

RMAC Surgical Inc.
Samples available upon request. Ask about our line of surgical skin markers
Toll Free: 1 888 299 2661 www.PharmaTags.com

Spotlight on Practice

Heather Martin

Did you know ...

Each new edition of the ORNAC Guidelines takes nearly two years to produce!

Almost immediately after the publication of one edition, we begin work on the next by recruiting volunteer ORNAC members to form a new committee. The first step is to define the scope of the new edition, identify the content to be revised and additional topics to consider, and editorial changes to be applied throughout the document.

Whether reviewing existing content or writing new sections, each committee member is responsible for a specific topic, conducting a literature review and preparing a first draft. These drafts are then reviewed by the entire committee. Our goal is to complete this first phase and be ready for peer review within the first 12 months.

All comments from reviewers and subject matter experts are carefully considered by the committee, then updated versions are finalized. Our editor then carefully revises the document,

adjusts the layout, and sends it for review and translation into French. The final document then undergoes a final review by the committee, is presented to the ORNAC Board of Directors for approval, and is finally ready for publication.

It is a long and demanding process, but extremely rewarding, as it allows us to support the mission, vision, and core values of ORNAC, by establishing and promoting best practices in perioperative nursing across Canada.

Interested in contributing to the next edition of the ORNAC Guidelines?

Whether as a committee member or reviewer, contact us at info@ORNAC.ca for more information.

Heather Martin, RN, BScN, CSP(C), is a perioperative nurse leader in Vancouver, BC. Passionate about maintaining the highest standards of perioperative nursing practice in Canada, she is currently serving her fourth term on the ORNAC Guidelines Committee.

Pleins feux sur la pratique

Heather Martin

Saviez-vous ...

Chaque nouvelle édition des Lignes directrices de l'AIISOC prend près de deux ans à produire !

Presque immédiatement après la publication d'une édition, nous entamons le travail sur la suivante en recrutant des membres bénévoles de l'AIISOC pour former un nouveau comité. La première étape consiste à définir la portée de la nouvelle édition, en identifiant le contenu à réviser, les sujets supplémentaires à considérer et les modifications éditoriales, à appliquer à l'ensemble du document.

Que ce soit pour la révision du contenu existant ou la rédaction de nouvelles sections, chaque membre du comité est responsable d'un sujet spécifique, effectuant une revue de littératures disponibles et préparant une première ébauche. Ces ébauches sont ensuite révisées par l'ensemble du comité. Notre objectif est de compléter cette première phase et d'être prêts pour la révision par les pairs dans les 12 premiers mois.

Tous les commentaires des réviseurs et experts en la matière sont soigneusement étudiés par le comité, puis des versions mises à jour sont finalisées. Notre rédactrice révise ensuite minutieusement le document, ajuste la mise en page et l'envoi

pour traduction et révision en français. Le document final est ensuite soumis à une dernière révision par le comité, présenté au Conseil d'administration de l'AIISOC pour approbation, puis enfin prêt à être publié.

C'est un processus long et exigeant, mais extrêmement gratifiant, car il nous permet de soutenir la mission, la vision et les valeurs fondamentales de l'AIISOC en établissant et en promouvant les meilleures pratiques en soins infirmiers périopératoires à travers le Canada.

Vous souhaitez contribuer à la prochaine édition des Lignes directrices de l'AIISOC ?

Que ce soit en tant que membre du comité ou réviseur, contactez-nous à info@ORNAC.ca pour plus d'informations.

Heather Martin, Inf., B. Sc. Inf., CSP (C), est une infirmière leader en soins périopératoires à Vancouver, C.-B. Passionnée par le maintien des plus hauts standards de pratique en soins infirmiers périopératoires au Canada, elle entame actuellement son quatrième mandat au sein du Comité des lignes directrices de l'AIISOC.

Perioperative Nursing Program

Growing Canadian Perioperative Nurses with an ORNAC Approved Program

Supporting local and Canadian-made products extends far beyond our farmers and manufacturers – it also means championing specialty nursing programs built on Canadian standards. By investing in these programs, we're ensuring the future of healthcare is shaped by homegrown expertise, rooted in the values and needs of our communities. The Perioperative Nursing Program (PONP) at the Learning Institute for Healthcare Providers, Nova Scotia, is shaping the next generation of perioperative nurses, making sure they are ready for the unique demands of the Canadian healthcare system. As an ORNAC-approved program, PONP aligns with the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) Standards, Guidelines, and Position Statements, safeguarding quality, consistency, and credibility in perioperative education.

Why ORNAC approval is important:

- **Standardized Education:** Ensure consistent, evidence-based content nationwide, preparing learners for the realities of operating room (OR) practice.
- **Professional Credibility:** Approval enhances program recognition, positioning graduates as competent professionals committed to excellence.
- **Pathway to Certification:** Opening doors for career advancement and specialization.
- **Patient Safety and Advocacy:** Improved patient outcomes from emphasis on surgical conscience, aseptic practices, and patient-centred care.
- **National Recognition:** Qualifications are recognized across provinces, supporting career flexibility for nurses.
- **Continuous Improvement:** Regular evaluations keep PONP ahead of evolving perioperative standards and best practices.
- **Fostering Professional Identity:** ORNAC reinforces perioperative nursing as a highly specialized, valued profession, instilling confidence and pride in nurses.

PONP's Innovative Approach

The PONP utilizes a competency-based, conceptual learning methodology, integrating theory with real-life surgical scenarios. Learners progress through concepts, applying and combining them to handle diverse perioperative situations. This active, learner-centred approach fosters critical thinking and deeper clinical understanding, equipping graduates to meet the dynamic needs of perioperative patients.

Performance-Based Certification

Graduates receive a certificate confirming they meet defined competencies validated through hands-on application. Nurses

then enter specialty practice as an advanced beginner with foundational skills, which allow them to perform in predictable situations with minimal guidance and with support in rapidly changing situations.

Now is the time! Choose Canadian-made perioperative nurses who are backed by an ORNAC approved program. With ORNAC approval and an innovative design, PONP ensures graduates are ready to deliver safe, effective, and patient-centred perioperative care.

By the Perioperative Nursing Program Faculty – Learning Institute for Health Care Providers, Halifax, Nova Scotia – Niki Deneault, RN, BScN, CPN(C), Brittany Clancey, RN, BScN, Chelsea Fraser, RN, BScN, and Allyson Burke, RN, BScN, CPN(C).

References

- Nova Scotia Health Authority. (n.d.). *Perioperative nursing program*. Brightspace. <https://nshealth.brightspace.com/d2l/le/content/15419/viewContent/135406/View>
- Operating Room Nurses Association of Canada. (2023). *The ORNAC standards, guidelines, and position statements for perioperative registered nurses* (16th ed.). <https://ornac.ca/standards.phtml>



Connect with a new nursing career in B.C.

We have exciting opportunities for perioperative nurses to work in diverse communities, from urban centres to small towns, the coast, and mountains.

Join a nursing team that cares about each other and patient care.



Scan the QR code
or visit vch.ca/careers

Vancouver
CoastalHealth

Le programme de soins infirmiers périopératoires

Formation des infirmières en soins périopératoires au Canada grâce à un programme accrédité par l'AIISOC

Soutenir les produits locaux et fabriqués au Canada va bien au-delà de nos agriculteurs et de nos compagnies! C'est aussi de soutenir des programmes de soins infirmiers spécialisés fondés sur les normes canadiennes. En investissant dans ces programmes, nous veillons à ce que l'avenir des soins de santé soit façonné par une expertise locale, ancrée dans les valeurs et les besoins de nos communautés. Le programme de soins infirmiers périopératoires du «Learning Institute for Healthcare Providers», en Nouvelle-Écosse, forme la prochaine génération d'infirmières en soins périopératoires, en s'assurant qu'elles sont prêtes à répondre aux exigences uniques du système de santé canadien. En tant que programme approuvé par l'AIISOC, le programme de soins infirmiers périopératoires s'aligne sur les lignes directrices de l'Association des infirmières de salles d'opération du Canada, préservant ainsi la qualité, l'uniformité et la crédibilité de la formation périopératoire.

Pourquoi l'approbation de l'AIISOC est-elle importante ?

- *Formation standardisée* : Contenu cohérent et fondé sur des données probantes à l'échelle nationale, en préparant les apprenants aux réalités de la pratique en salle d'opération.
- *Crédibilité professionnelle* : Reconnaissance du programme, positionnant les diplômés comme des professionnels compétents et engagés envers l'excellence.
- *Accès à la certification* : Ouverture à l'avancement professionnel et à la spécialisation.
- *Sécurité des patients et défense des droits* : Amélioration des résultats de soins aux patients grâce à l'accent mis sur la conscience chirurgicale, les pratiques aseptiques et les soins centrés sur le patient.
- *Reconnaissance nationale* : Qualifications reconnues dans toutes les provinces, ce qui favorise la souplesse de carrière des infirmières.
- *Amélioration continue* : Évaluations régulières permettent au Programme de rester à la pointe des normes et des meilleures pratiques périopératoires en constante évolution.
- *Renforcement de l'identité professionnelle* : Affirmation du rôle des soins infirmiers périopératoires en tant que profession hautement spécialisée et valorisée, instillant confiance et fierté chez les infirmières

L'approche innovante du programme de soins infirmiers périopératoires

Le programme de soins infirmiers périopératoires adopte une méthodologie d'apprentissage conceptuelle basée sur les compétences, intégrant la théorie à des simulations chirurgicales réelles. Les apprenantes progressent à travers différents concepts, les appliquent et les combinent pour gérer diverses situations périopératoires. Cette approche active et centrée sur l'apprenante favorise la pensée critique et une compréhension clinique approfondie, permettant aux diplômés de répondre aux besoins dynamiques des patients en période périopératoire.

Certification basée sur la performance

Les diplômées reçoivent un certificat attestant qu'elles ont acquis des compétences définies et validées par une application pratique. Les infirmières intègrent ensuite la pratique spécialisée en tant que débutantes avancées, avec des compétences fondamentales leur permettant d'intervenir dans des situations prévisibles avec un minimum de supervision et de bénéficier d'un soutien dans les environnements en évolution rapide.

C'est le moment! Choisir des infirmières en soins périopératoires formées au Canada et soutenues par un programme accrédité par l'AIISOC. Grâce à l'approbation de l'AIISOC et à une conception innovante, le programme de soins infirmiers périopératoires garantit que ses diplômées sont prêtes à offrir des soins périopératoires sécuritaires, efficaces et centrés sur le patient.

Rédigé par la faculté du programme de soins infirmiers périopératoires – Learning Institute for Health Care Providers, Halifax, Nouvelle-Écosse – Niki Deneault, Inf., B. Sc. Inf., CSP(C), Brittany Clancey, Inf., B. Sc. Inf., Chelsea Fraser, Inf., B. Sc. Inf., et Allyson Burke, Inf., B. Sc. Inf., CSP (C).

Références

- Nova Scotia Health Authority. (s.d.). *Programme de soins infirmiers périopératoires*. Brightspace. <https://nshealth.brightspace.com/d2l/le/content/15419/viewContent/135406/View>
- Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC). (2023). *Normes, lignes directrices et énoncé de position pour la pratique de soins infirmiers périopératoires* (16^e éd.). [Ajouter le lien vers les lignes directrices de l'ORNAC]

LES FONDEMENTS DE LA RÉUSSITE

Faire progresser les soins grâce à une innovation ciblée



STERIS™ 7080 Table de chirurgie générale

Répondant aux complexités en constante évolution de la chirurgie moderne et aux divers besoins des patients, la table de chirurgie générale STERIS 7080 offre à votre équipe des capacités et une polyvalence inégalées, dès aujourd'hui et dans le futur.

- Fonctionnement tout électrique avancé pour des mouvements souples et précis
- Une seule table qui s'adapte à pratiquement toutes les spécialités chirurgicales
- Base de table découpée, commande manuelle améliorée et double appui-tête articulé
- Glissière de table de 22 pouces et capacité de poids du patient jusqu'à 1200 livres
- Canal de cassette de radiographie intégré sous le plateau de la table.

Pour plus d'informations ou pour discuter de la façon dont nous pouvons collaborer dans la salle d'opération, scannez le code QR ou contactez votre représentant STERIS dès aujourd'hui.



Thank you for your nominations!

The ORNAC Awards Committee would like to extend a heartfelt thank you to everyone who took the time to nominate a colleague for a 2025 ORNAC Award. Your nominations recognize the dedication, leadership, and excellence of perioperative nurses across Canada and celebrate their contributions to our profession.

We are especially excited to present the inaugural Chris Downey Rising Star Award, created to honour a novice perioperative nurse with less than seven years of experience. This new award, along with the Isabelle Adams, Muriel Shewchuk, Gloria Stephens, Lorne Flower, RMAC Surgical Patient Safety, Drake Thompson Writing Awards, and the Education Bursary,

will be awarded to outstanding individuals who have made significant contributions to perioperative nursing.

Stay tuned for the winners!

The recipients of the 2025 ORNAC Awards will be announced at the 29th National Conference in Calgary. Be sure to follow ORNAC on social media and visit our website for official announcements and updates!

Thank you again for supporting your colleagues and helping us recognize the remarkable work being done in perioperative nursing across Canada!

Merci pour vos mises en candidature !

Le Comité des prix de l'AIISOC tient à exprimer sa sincère gratitude à tous ceux et celles qui ont pris le temps de proposer la candidature d'un collègue pour un Prix de l'AIISOC 2025. Vos mises en candidature soulignent le dévouement, le leadership et l'excellence des infirmières en soins infirmiers périopératoires à travers le Canada et célèbrent leurs précieuses contributions à notre profession.

Nous sommes particulièrement ravis de présenter le tout premier Prix Étoile montante Chris Downey, créé pour honorer une infirmière en soins périopératoires novice comptant moins de sept ans d'expérience. Ce nouveau prix, ainsi que les prix Isabelle Adams, Muriel Shewchuk, Gloria Stephens, Lorne Flower, prix de la sécurité des patients RMAC, Drake Thompson pour l'écriture et la bourse d'études en éducation, seront remis à des personnes exceptionnelles ayant apporté une contribution significative aux soins infirmiers périopératoires.

Restez à l'affût pour découvrir les lauréats !

Les récipiendaires des Prix de l'AIISOC 2025 seront annoncés lors de la 29^e conférence nationale à Calgary. Suivez l'AIISOC sur les réseaux sociaux et consultez notre site web pour les annonces officielles et les mises à jour !

Merci encore de soutenir vos collègues et de nous aider à reconnaître le travail remarquable accompli en soins infirmiers périopératoires à travers le Canada !

VOLUNTEER
on a hospital ship

PROVIDE LIFE-CHANGING SURGERIES IN AFRICA

SERVICE REQUIREMENTS

- 2 weeks commitment minimum
- 2 years experience in OR setting
- Basic Life Support certification
- Sensitivity to language and cultural diversity
- Be ready for a life-changing journey!

APPLY TODAY

www.mercyships.ca
1-866-900-7447

My journey into operating room nursing

Kristin Webb, past chair of Perioperative Nurse Educators of Canada

Although the Perioperative Nurse Educators of Canada (PNEC) have been around a lot longer than I have been a Clinical Educator in the Operating Room (OR), I can speak only to my memories and experience with PNEC and how I came to be its first co-chair.

In late 2013, I found myself working a night shift on an acute psychiatric unit at my local hospital. I was tired, becoming increasingly burnt out, and looking for something new. When I graduated from nursing school in 2007, I went right into mental health nursing and didn't have any experience in the acute care setting. I didn't know where to start and I lacked confidence in the skills I was taught in nursing school, as it had been quite a while since I used any of them.

That morning, after work, I thought about my mother. She was a nurse for 46 years and always took continuing education courses from local community colleges. Throughout her career, she earned certifications in nephrology and critical care, which helped her find her niche in the intensive care unit and later in the post-anaesthetic care unit.

Inspired by her, I sat down at my desktop computer and looked up post-graduate nursing courses at the local community college. Although I wasn't particularly interested in critical care or nephrology like my mother was, one course stood out to me: operating room nursing. I knew nothing about the operating room, except for a brief experience as a student when I was told to sit in the corner of an OR. I didn't even recall what procedures I saw.

The program was part-time and comprised four courses that would take a year to complete, not including a four-week placement. I decided to register for the first course, thinking I would give it a try and, if I liked it, would continue with the remaining courses and complete the program.

What I encountered was challenging. The skills were all new to me, and the terminology, especially the acronyms, was overwhelming. However, I persevered, completed the program, and began working in the operating room at a Level 1 trauma centre for adults and pediatrics. My first day was January 6, 2011, and I knew right away that I had found the right place for me. I loved it, even the paediatric side, which I had never considered when I initially went into nursing. My educator was incredible. From the very first time I met her, I was in awe. She was everything I wanted to be as a nurse. Knowledgeable, nice, and understanding are just a few words I can think of to describe her, but those aren't nearly enough. She was someone who had

worked in various organizations, in both the USA and Canada, and had held several positions in leadership, but returned to the educator position because that was where her passion lay. Throughout my time as a novice nurse, she was always there for me and I grew to admire her more and more every day.

Fast forward to 2015 when my operating room was implementing a new tracking board for our staff and patients; I was asked to help work on the project since our educator at the time was off on a long-term sick leave. I had fun teaching my peers and working with the leadership team to roll out the initiative. We had a new manager, actually the same manager who hired me in 2007 to work on the mental health unit. I mentioned to her that I enjoyed the teaching side of nursing and that becoming an educator might be a goal for me one day.

A few days later, she called me into her office and offered me the Clinical Educator position, temporarily. Obviously, I accepted it right away. It was May 25, 2015, and I remember my first day sitting in my office, looking at my colleague, wondering what I should be doing other than trying to figure out the massive amounts of emails I was starting to receive. With no one to orientate me, I was figuring things out on my own, which included learning about this 'e-mail group' my operating room's Council for Quality Improvement (CQI) kept asking me to message. This was the first time I had heard about PNEC and I knew I had to figure out how to get my name on the list.

Somehow, my name did get on the list, and I was able to connect with other educators across Canada. When you were looking for information about different procedures or practices, you could email the list and different educators would reply with their answers to your question. Once you received the answers, you placed them on a template and sent it back out to the group for other educators to see the answers to your initial question. I sent out a question right away, happy to oblige my CQI and also curious about what other operating rooms do. I received answers right away. I was thrilled. What a great way to learn about new or different ways of doing things, and what a great resource!

During my first two years of becoming an educator, I used this email list a lot. I learned that it was managed by one nurse educator in a hospital not too far from mine. I also remember going to the ORNAC conference in 2017 in Niagara Falls. This would be my first ORNAC conference and on the agenda was a meeting for PNEC. It was there that I had my first chance to connect in-person with other educators across Canada, and put a face to some names I had seen for the past couple of years. It was rewarding and gave me a sense of community

with the other educators. At the meeting, I learned that the nurse managing the list was going to retire very soon. At the time, I didn't think very much about the impact that would have.

Shortly after the Niagara conference, the nurse educator managing the PNEC list did retire and for a certain period the PNEC emails continued. However, without someone overseeing the list, outdated copies were circulating. Still PNEC was there as a resource.

ORNACs next conference was in 2019 in Halifax. That conference was a whirlwind of activity for me. I was presenting twice and I was sharing a room with my work bestie. I started out the conference by seeing some familiar faces from Niagara Falls. It was at this conference that I met Keegan Hillier, who would become the first co-chair with me. At the Niagara conference, a PNEC meeting was held. We discussed a lot of items, including management of the list. Somehow, I became involved with a smaller group to help manage the list.

The small group started to manage the list sometime after the conference in Halifax. Once it was cleaned up a little, we realized how challenging it was to keep the list current. I do remember some not-so-nice emails coming from former PNEC members expressing their frustration with receiving emails from PNEC members, which they no longer wished to receive. In turn, I became frustrated and our small list management group realized that something different needed to be done.

I should explain how the PNEC list worked back then and how it was managed. The list was maintained by a nurse who collected preferred email addresses from educators who requested to be on the list, and added them to an Excel spreadsheet. Occasionally, she would send the spreadsheet out to everyone on the list so they could view the current PNEC members.

Despite indicating you wanted to be a member of PNEC, keeping the list up to date was paramount, as people were always changing positions or new names were being added and others taken off the list. For some who moved on from an educator role, having the emails come in from other educators was frustrating, as they would take up inbox space and time to manage. Some found there were too many emails being circulated and wanted to be removed to decrease the volume of their incoming emails. Once we began to manage the list, we would add new people, but it was very hard to remove someone unless they emailed one of the members of the smaller group directly and asked to be removed.

Despite sending out current email lists frequently, we couldn't control what list an educator chose to use when they wanted to ask other educators questions. Sometimes an educator would use an old list to ask a question causing three kinds of problems: 1) a lot of undeliverable email notifications; 2) someone

who hadn't been a PNEC member for a number of years would receive the query and have to email the smaller group to ask again to be removed from the list; and 3) new educators would not receive the query at all.

We explored other options for how we could work PNEC outside of an email system. Our numbers at this point had grown to more than 180 members and some organizations wouldn't even allow emails to be sent to that number of recipients. With PNEC's large membership, and the number of outdated membership lists still being used for questions, the problem was growing, as was PNEC members' dissatisfaction.

We looked at options like a message forum app and even Facebook. Also, around this time, we were thinking about formalizing PNEC and creating an executive to help manage the membership list. A set of bylaws was created and then the pandemic hit. Everyone became busy and, for me, managing PNEC was pushed to the back of my mind. At the same time, the PNEC list became even more important, as we were all experiencing new and similar challenges that came with the pandemic.

Once the first wave settled down, I and the small group began talking again about how we could support PNEC better. Keegan, who had since become an educator and was passionate about networking and forming connections with other educators, joined our group.

A survey was sent to all members asking what they wanted from PNEC. The responses included such concerns as providing more structure to PNEC, maintaining our relationship with ORNAC as an interest group, ensuring that all PNEC members become ORNAC members (as some were not members at the time), and starting to collect an annual fee of \$10 intended for building a PNEC website. However, the cost was too great, so the funds are being held and we are discussing ways to use them to give back to the members.

We circled back to those bylaws and created roles for a PNEC executive, including a chair, past chair, a membership registrar, and a secretary. In May 2021, a meeting was held with all PNEC members and it was agreed that PNEC would become formalized and have an executive with Keegan and me as PNEC's first co-chairs. We also discussed options for other forums for questions besides an email list. Overwhelmingly, our members wanted to continue with the email list, as it provided the easiest way for members to see and respond to member questions. Another reason for this is that educators' leadership teams often ask educators to ask PNEC members a question, and having the emails allows us to copy and paste the answers into a template that can be sent, or printed for others to read.

The email list continued to be maintained by the newly formed executive with Jodie Patterson joining us as the membership registrar. Using Google for a central email address allowed

PNEC members to reach the executive to ask questions, and be added or removed from the list. While this improved communication among PNEC members, it still had challenges, such as when sending a question out to the PNEC group, the email addresses of each member still needed to be entered by the members asking the questions.

The email list continued to have its challenges and was often a source of frustration for our members. People who wanted to be removed from it still got emails if an older list was used for a question. Members sometimes would use reply all, sending their responses to every PNEC member instead of the one asking the question, a consequence of which was the PNEC executive occasionally receiving unfavourable emails suggesting they remind members not to do that.

Our goal of collecting a \$10 fee from our members was to have a website that PNEC members could use for past questions and news and updates about PNEC. It became clear that a website, and the maintenance of it, would be expensive and would likely happen in five to seven years instead of one year, like the executive initially wanted.

In 2022, Keegan conducted research and determined that we could purchase a domain name and use the Microsoft 365 software to create and manage a distribution list. The ability to use Microsoft 365 allowed the PNEC executive to manage the list more securely and also changed the entire way PNEC members could ask questions to the whole group. It works like this:

- When a PNEC member has a question, they send it to one central email address, queries@mypnec.ca, and every current PNEC member will receive it.
- If I want to answer that question, I click reply and the response will go directly to the member asking the question.
- That member will then compile the answers in the same template that was used 10 years ago and send it out to the group using the same email address they used to ask their initial question, i.e., queries@mypnec.ca.

The Microsoft account also allows members who want to belong to PNEC, but not be part of the queries list, to receive updates about PNEC through a separate distribution list.

This system was introduced to our members at the ORNAC Conference in Quebec City in 2023, and was implemented in July of the same year. In Quebec City, we also announced that starting in July 2024 every member of PNEC would need to also be a member of ORNAC. The PNEC receives a list every month of PNEC members and updates the list accordingly. When a new person is noted on the list an email is sent to them welcoming them to PNEC and asking for the correct contact information. Those who don't respond are not added to the query email list, but are added to the information email list so they don't miss out on any PNEC news and updates.

ORNAC also started collecting the \$10 fee for ORNAC members to be part of PNEC. Most importantly, Vanessa Ferdinand joined PNEC as the first secretary.

In the Fall of 2024, PNEC further solidified our relationship with ORNAC by signing a memo of understanding outlining the mutual commitments to each other.

Perioperative Nurse Educators of Canada currently has 202 members, and continues to grow. As I look back at the past 10 years in which I have been a PNEC member, I am proud of how PNEC has evolved and look forward to where PNEC will go in the future.



Medicom®
Pride in Protection™

Ensuring healthier lives and a safer world for all

For those on the front lines of patient care, our proven, high-quality, single-use infection control solutions are expertly designed for the protection and comfort you deserve, and compliance you can count on.

Lending peace of mind so you can focus on those you care for.

medicom.com

©2025 AMD Medicom Inc. All rights reserved.

Soins infirmiers en salle d'opération : mon parcours

Kristin Webb, ancienne présidente du réseau des éducatrices en soins infirmiers périopératoires du Canada

Le regroupement des éducatrices en soins périopératoires du Canada (ESPC) existait bien avant que je sois enseignante clinique en salle d'opération, mais je ne peux pour ma part parler que sur la base de mon expérience et de mes souvenirs avec le regroupement, et vous raconter comment j'en suis devenue la première co-présidente.

À la fin 2013, je travaillais de nuit dans l'unité de soins psychiatriques de courte durée de l'hôpital régional. Je cumulais de la fatigue, j'étais au bout du rouleau et je voulais voir autre chose. Dès 2007, fraîchement diplômée, j'ai tout de suite travaillé en santé mentale; c'était ma première expérience en soins de courte durée. J'ignorais comment m'y prendre et je manquais de confiance dans les compétences en sciences infirmières qu'on m'avait encouragée à développer pendant des études qui dataient d'un certain temps.

Ce matin-là, après le travail, j'ai pensé à ma mère. Elle a travaillé 46 ans en soins infirmiers et, toute sa carrière durant, elle n'a pas arrêté de suivre des cours de formation continue dans des collèges communautaires de la région. Elle a reçu des attestations en néphrologie et soins critiques, ce qui l'a menée à travailler à l'unité des soins intensifs, puis à celle des soins post-anesthésiques.

M'inspirant d'elle, je me suis mise à chercher des cours de cycle supérieur en sciences infirmières au collège communautaire de ma région. Contrairement à ma mère, je n'avais pas d'intérêt particulier pour les soins critiques ou la néphrologie, mais une formation a attiré mon attention : les soins infirmiers périopératoires. J'en connaissais peu sur cette spécialisation, hormis une très brève séance d'observation lorsque j'étais étudiante. Je ne me souvenais même pas des opérations auxquelles j'avais assisté.

Le programme de quatre cours se donnait à temps partiel sur une année et se terminait par un stage de quatre semaines. J'ai décidé de m'inscrire au premier cours pour voir, en me disant que s'il me plaisait je m'inscrirais aux autres.

La complexité du cours m'a surprise. Toutes les compétences sollicitées étaient nouvelles pour moi, et j'avais du mal à maîtriser la terminologie, surtout les sigles. J'ai persévéré et j'ai réussi le programme. J'ai commencé à travailler à la salle d'opération d'un centre de traumatologie de niveau 1 pour adultes et enfants. Je me souviens que j'ai su dès mon premier jour, le 6 janvier 2011, que j'étais à ma place. J'ai tout adoré, même la médecine pédiatrique, que je n'avais jamais considérée pendant mes études en sciences infirmières. Mon enseignante

était fantastique. J'étais en admiration devant ses compétences depuis le jour un. Elle avait toutes les qualités que j'appréciais chez les infirmières. Elle était bien renseignée, sympathique, compréhensive et j'en passe. Elle avait travaillé au sein de diverses organisations tant aux États-Unis qu'au Canada, et avait occupé plusieurs postes de direction avant de se remettre à l'enseignement, son premier amour. Elle m'avait suggéré de la consulter au besoin, ce que j'ai fait pendant quelque temps et qui a nourri l'admiration que je lui porte.

Un peu plus tard, en 2015, les responsables de ma salle d'opération ont mis sur pied un tableau de suivi pour le personnel et les patients. On m'a demandé de participer au projet, puisque l'éducateur de l'époque était en arrêt de travail prolongé. Je me suis amusée à enseigner à mes pairs et à collaborer avec l'équipe de direction pour déployer l'initiative. Nous avions une nouvelle directrice qui était en fait la même personne qui m'avait embauché en 2007 à l'unité de santé mentale. Je lui ai fait part de mon intérêt pour la dimension pédagogique des soins infirmiers, et que j'aimerais peut-être l'explorer davantage en devenant éducatrice.

Quelques jours plus tard, elle m'a fait venir à son bureau pour m'offrir un poste temporaire d'enseignante clinique. J'ai sauté sur l'occasion. C'était le 25 mai 2015, et je me souviens de mon premier jour de travail où, scrutant ma collègue, je me demandais comment j'allais réussir à faire autre chose que suivre le flot incessant de courriels entrants. N'ayant pas reçu de séance d'orientation, je découvrais moi-même les aspects de mon travail, comme l'envoi de courriels à ce groupe de destinataires à qui le conseil de l'amélioration de la qualité voulait tant que j'écrive. C'est là que j'ai entendu parler pour la première fois du regroupement des Éducatrices en soins périopératoires du Canada (ESPC); j'ai tout de suite cherché à trouver comment faire ajouter mon nom à la liste.

J'y suis finalement parvenue, ce qui m'a mise en relation avec des éducatrices et éducatrices de partout au Canada. La liste permettait d'envoyer un courriel pour poser des questions sur diverses opérations et pratiques. Il revenait à l'auteur de la question de consigner les réponses reçues sur un gabarit qu'il envoyait ensuite au groupe pour diffuser la réponse à la question initiale. J'ai tout de suite envoyé une première question de mon conseil de l'amélioration de la qualité, toute curieuse que j'étais de connaître les activités des autres salles d'opération. Les réponses n'ont pas tardé. J'étais emballée par ce groupe d'entraide, une merveilleuse façon de découvrir d'autres façons de faire.

Je me suis souvent servie de cette liste de courriels au cours de mes deux premières années d'enseignement. J'ai appris que c'était une enseignante infirmière rattachée à un hôpital proche

du mien qui la tenait à jour. Je me souviens aussi avoir assisté à au congrès de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) en 2017 à Niagara Falls – ma première fois à cet événement, et qu'on y avait organisé une réunion du regroupement des ESPC. J'y ai rencontré en personne des enseignants d'un peu partout au Canada et associé un visage à des internautes avec qui je conversais depuis quelques années. Cette rencontre fut enrichissante et a alimenté mon sentiment d'appartenance à ce groupe. Ce jour-là, j'ai appris que l'infirmière qui gérait la liste partirait bientôt à la retraite. Sur le coup, je n'ai pas pressenti toutes les conséquences potentielles.

Peu après le congrès, l'enseignante a bel et bien pris sa retraite, et le groupe a continué à échanger des courriels pendant un certain temps. Cependant, comme la liste n'était plus mise à jour, les questions ne parvenaient plus nécessairement dans les bonnes boîtes de réception. N'empêche que le regroupement des ESPC était encore utile.

Lors du congrès suivant de l'AIISOC qui s'est tenu à Halifax, j'ai été happée par un tourbillon d'activités. Je faisais deux présentations, j'occupais la même chambre que ma bonne collègue de travail et, dès mon arrivée, j'ai revu des personnes que j'avais rencontrées à Niagara Falls. C'est là que j'ai rencontré Keegan Hillier, qui allait plus tard coprésider le regroupement avec moi. Une réunion du regroupement des ESPC était de nouveau au programme. Nous avons abordé beaucoup d'éléments, y compris la gestion de la liste de courriels. De fil en aiguille, je me suis retrouvée associée à un petit groupe chargé de la gérer.

La gestion de la liste est passée sous la responsabilité de notre petit groupe quelque temps après le congrès. Une fois que nous l'avons réactualisée, nous avons vu à quel point la liste était difficile à tenir à jour. Je me souviens que nous avons reçu quelques courriels de plaintes provenant d'anciens membres du regroupement des ESPC qui exprimaient de l'insatisfaction d'être encore sur la liste d'envoi alors qu'ils voulaient en être retirés. Ça ne m'enchantait pas de recevoir ce genre de courriel, et notre petit groupe de gestion voyait bien qu'il fallait changer nos façons de faire.

Laissez-moi vous expliquer comment la liste fonctionnait à l'époque et comment elle était gérée. La liste était tenue à jour par une infirmière qui recueillait les adresses courriel des personnes intéressés et les ajoutait à une feuille de calcul Excel. De temps en temps, elle envoyait cet Excel à tous les membres de la liste pour qu'ils utilisent la dernière version.

La gestion de la liste de courriels ne se limitait pas à l'ajout de nouveaux noms; il fallait aussi modifier la liste en fonction des changements de postes et des personnes ayant quitté l'enseignement. Ces dernières étaient dérangées par les questions de leurs anciens collègues, qui prenaient inutilement de leur temps et de l'espace dans leur boîte de réception. Certains éducateurs, trouvant qu'ils recevaient trop de courriels, ont

demandé à être retirés de la liste. Lorsque nous avons pris la liste en charge, ajouter des membres ne nous posait pas de problème, mais il était plus ardu pour nous de savoir qui avait quitté le milieu à moins que la personne nous envoie un courriel pour demander son retrait.

Le seul moyen que nous avons pour limiter le nombre de courriels indésirables était de diffuser fréquemment la liste. Il arrivait qu'un éducateur utilise une vieille liste pour poser une question, ce qui causait trois types de problèmes : 1) beaucoup de notifications de courriels non délivrables; 2) la demande, par d'anciens membres, d'être retirés de la liste; et 3) le non-acheminement de la question aux enseignants actuels.

Nous avons songé à d'autres moyens de communication qui n'impliqueraient pas des courriels. Nous étions alors à 180 membres, soit plus que le nombre autorisé de destinataires dans certaines organisations. Étant donné le nombre important de membres et les listes obsolètes toujours en circulation, le problème s'est aggravé et l'agacement des membres s'est amplifié.

Nous nous sommes intéressés à des options comme une application de messagerie munie de forums et nous avons même examiné Facebook. À ce moment-là, nous pensions aussi à officialiser le regroupement et à créer un poste de direction pour mieux gérer la liste. Nous avons rédigé des règlements administratifs quand la pandémie a frappé. Nous avons tous été très occupés et, en ce qui me concerne, j'ai relégué la gestion du regroupement à l'arrière-plan. Pourtant, nous étions tous confrontés à de nouvelles difficultés, et la liste en devenait encore plus importante.

Lorsque la première vague s'est stabilisée, je me suis mise à discuter avec un petit groupe de la pérennité du PNEC. Keegan Hillier, à l'époque éducateur, avait un intérêt marqué pour le réseautage et les liens avec les collègues et s'est joint au groupe.

Nous avons envoyé un sondage à tous les membres pour connaître leurs attentes envers le regroupement. Les réponses allaient dans plusieurs directions : plus de structure, maintien de la relation avec le groupe d'intérêts qu'est l'AIISOC, adhésion de tous les membres du regroupement des ESPC à l'AIISOC (ce n'était pas le cas à l'époque), et collecte de frais annuels de dix dollars afin de monter un site Web. La facture d'un tel service étant très salée, les fonds ont été placés pendant que nous discutons d'une façon d'en faire profiter membres.

Nous avons revu les règlements administratifs et avons défini les rôles de l'exécutif des ESPC, à savoir un président, un président sortant, un responsable des adhésions et un secrétaire. En mai 2021, une réunion a été organisée avec tous les membres et il a été convenu que le regroupement des ESPC serait officialisé et doté d'un comité exécutif, dont M. Hillier et moi-même partageons la présidence. Nous avons aussi évoqué les autres moyens comme des forums pour poser des questions. Une grande majorité des membres voulait continuer avec la liste de

courriels puisque c'est un moyen de communication simple. De même, les questions des membres proviennent souvent de leur équipe de direction, et les échanges courriel permettent de diffuser l'information retenue par courriel ou de l'imprimer.

La liste de courriels a continué d'être mise à jour par le nouveau comité exécutif et Jodie Patterson a été recruté pour le poste de responsable de l'enregistrement des membres. Grâce à une adresse courriel centrale de Google, les membres pouvaient joindre l'exécutif pour poser des questions, et être ajoutés ou retirés de la liste. Cette méthode a permis d'améliorer la communication entre les membres, mais elle n'était pas parfaite. Par exemple, pour envoyer une question au groupe, il fallait saisir les courriels de chaque membre.

La liste de courriels a continué à poser des problèmes et a souvent été une source d'insatisfaction pour nos membres. Si quelqu'un adressait une question à une liste obsolète, d'anciens membres recevaient un courriel indésirable. Les membres utilisaient parfois la fonction « répondre à tous », envoyant leurs réponses à tous les membres du regroupement plutôt qu'à l'auteur de la question. Le comité exécutif recevait alors des commentaires lui suggérant de rappeler aux membres de ne pas agir de la sorte.

Notre objectif, en demandant une cotisation de dix dollars à nos membres, était de créer un site Internet que les membres

pourraient utiliser pour poser des questions, recevoir de l'information et des mises à jour sur le groupe. Il est apparu clairement qu'un site Web et son entretien seraient coûteux et qu'il faudrait probablement attendre de cinq à sept ans au lieu d'un an, comme le souhaitait le comité exécutif à l'origine.

En 2022, M. Hillier a effectué des recherches et a déterminé que nous pouvions acheter un nom de domaine et utiliser le logiciel Microsoft 365 pour créer et gérer une liste de distribution. La possibilité d'utiliser Microsoft 365 nous a permis de gérer la liste de manière plus sécurisée et a également changé la façon de poser des questions. Le fonctionnement est le suivant :

- Lorsqu'un membre du regroupement des ESPC a une question à poser, il l'envoie à une adresse électronique centrale, queries@mypnec.ca, et tous les membres actuels du regroupement la reçoivent.
- Pour répondre à la question, on clique sur « répondre » et la réponse est envoyée au membre qui a posé la question.
- Le membre compile ensuite les réponses dans le même modèle qu'on utilise depuis dix ans, puis l'envoie au groupe à la même adresse électronique que celle qu'il a utilisée pour poser sa question initiale, c'est-à-dire queries@mypnec.ca
- Le compte Microsoft permet également aux membres qui souhaitent appartenir au regroupement, mais qui ne font pas partie de la liste de requêtes, de recevoir des informations sur le regroupement par le biais d'une autre liste de distribution.

Cette formule a été présentée à nos membres lors de la conférence de l'AIISOC qui s'est tenue à Québec en 2023, et a été mise en œuvre en juillet la même année. À Québec, nous avons également annoncé qu'à partir de juillet 2024, chaque membre du regroupement des ESPC devrait également être membre de l'AIISOC. Nous recevons chaque mois une liste actualisée des membres du regroupement et la mettons à jour en conséquence. Lorsqu'une personne s'inscrit à la liste, elle reçoit un courriel de bienvenue, qui lui demande ses coordonnées. Les personnes qui ne répondent pas ne sont pas ajoutées à la liste d'envoi de questions, mais sont ajoutées à la liste d'envoi d'information afin de ne pas manquer les nouvelles et les mises à jour du regroupement des ESPC.

L'AIISOC s'est aussi mise à colliger des frais de dix dollars à ses membres pour qu'ils fassent partie du regroupement des ESPC. Qui plus est, Vanessa Ferdinand s'est jointe au regroupement à titre de première secrétaire.

À l'automne 2024, le regroupement des ESPC a consolidé ses liens avec l'AIISOC en signant un protocole d'entente en faveur d'un engagement mutuel.

Le regroupement des éducatrices en soins périopératoires du Canada compte actuellement 202 membres, et le nombre continue de croître. En rétrospective, je suis fière de l'évolution du regroupement au cours des dix années où j'ai été membre, et j'ai hâte de voir ce que l'avenir lui réserve.

IT'S TIME TO BUY CANADIAN!

Make the switch from your U.S.-made tourniquets to Delfi's premium Canadian-made solutions and support local innovation with every purchase.



For over 40 years, Delfi Medical Innovation's team has been dedicated to the development and evaluation of tourniquet solutions. Our surgical line of tourniquet instruments, along with both disposable and reusable cuffs, is engineered for safety, performance, and ease of use. Today, our patented, proven, and innovative technologies are trusted in over 20,000 surgical cases worldwide every day.

Delfi delfimedical.com

Local anaesthetic systemic toxicity: A critical consideration for OR nurses

Sunti Barahi^{1,2}

¹IWK Health Centre, Halifax, Nova Scotia

²Department of Anaesthesiology, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia

Introduction

Local anaesthetics (LAs) are medications administered by many types of healthcare workers, including anaesthesiologists, dentists, surgeons, emergency department physicians, and nurses. Local anaesthetic systemic toxicity (LAST) refers to a spectrum of clinical manifestations arising from excessive absorption of LAs. Although reported incidences of major LAST events is very low (0.04–1.8/1000 for nerve blocks), likely due to increased awareness and preventive protocols, their potential to cause life-threatening cardiovascular and neurological complications necessitates vigilance. Understanding the toxic thresholds of different LAs (Table 1) and recognizing early symptoms is crucial for timely intervention and effective management.

| Anaesthetic | Maximum dose (per lean body weight) |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 2% lidocaine without epinephrine | 4.5 mg/kg |
| 2% lidocaine with epinephrine | 7 mg/kg |
| 0.5% ropivacaine | 3 mg/kg |
| 0.5% Bupivacaine | 2.5 mg/kg |

Note. (Gadsden, 2013; Warren & Pak, n.d.).
LA = local anaesthetic.

It is important to recognize that LA doses are additive. For instance, administering 2.5 mg/kg of 2% plain lidocaine along with 1.5 mg/kg of ropivacaine can result in toxicity. The addition of epinephrine helps elevate the toxicity threshold by inducing vasoconstriction, thereby slowing systemic absorption. It also serves as an indicator of accidental intravascular injection, as it triggers tachycardia (15 mcg epinephrine results in an increase in heart rate [HR] >10 beats/min) and hypertension (a rise in blood pressure [BP] >15 mmHg).

Risk factors

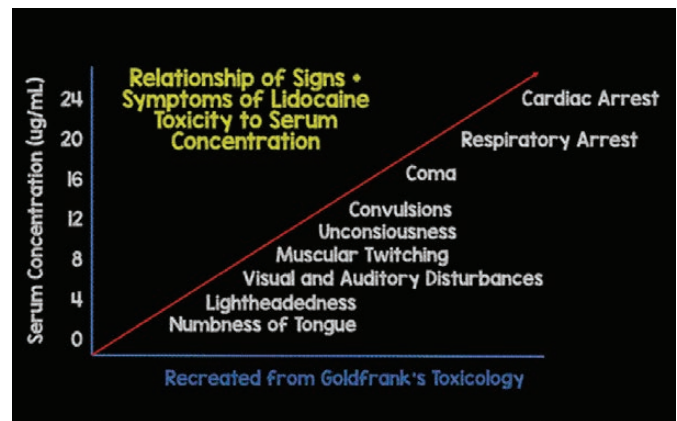
- Extremes of ages
- Underlying cardiac condition
- Hepatic disease
- Renal insufficiency
- Pregnancy
- Route of administration (Intravenous > Intercostal > Caudal > Epidural > Brachial plexus > Local)

Prevention

- Slow incremental injection
- Aspiration before injection
- Every dose is a test dose
- Monitoring in place for early detection

Figure 1

Signs and Symptoms



Note. (Warren & Pak, n.d.)

Management of LAST (Anesthesia Considerations, n.d.)

1. Stop injection/infusion.
2. Call for help!
 - get qualified assistance
 - get LAST kit
 - get checklist
3. Manage the airway
 - give 100% O₂, if necessary, control ventilation with face-mask, supraglottic device or endotracheal tube [ETT]
 - prevent hypoxia and acidosis, as both aggravate LAST).
4. Suppress seizure: Benzodiazepines preferred, avoid/minimize propofol if hemodynamically unstable; succinylcholine will terminate tonic-clonic muscle activity, but not central nervous system (CNS) electrical activity.
5. Alert nearest facility having cardiopulmonary bypass.

6. Manage arrhythmias and provide cardiovascular support
 - If pulseless, start cardiopulmonary resuscitation (CPR)
 - Administer amiodarone as first line antiarrhythmic (usual doses per advanced cardiac life support [ACLS]), avoid lidocaine, other sodium channel blockers, vasopressin, calcium channel blocker, and beta blockers.
 - Reduce bolus dose of epinephrine to ≤ 1 mcg/kg to avoid arrhythmogenic effects.
7. Lipid emulsion therapy:
 - Precise volumes and rates of lipid emulsion are not crucial. Rapidly administer 20% lipid emulsion at first signs of LAST, 1.5 ml/kg (70 kg = 105 ml) over 1 minute, then infusion at 0.25 ml/kg/min.
 - Repeat bolus once or twice and double infusion rate for persistent cardiovascular collapse
 - Continue infusion for at least 10 minutes after hemodynamic stability is achieved
 - Maximum dose ~ 10 ml/kg
 - Propofol is not a substitute for 20 % lipid emulsion.
8. Failure to respond to lipid emulsion and vasopressor requires prompt institution of extracorporeal membrane oxygenation (ECMO).
9. Transfer patient to monitored setting.

Author notes

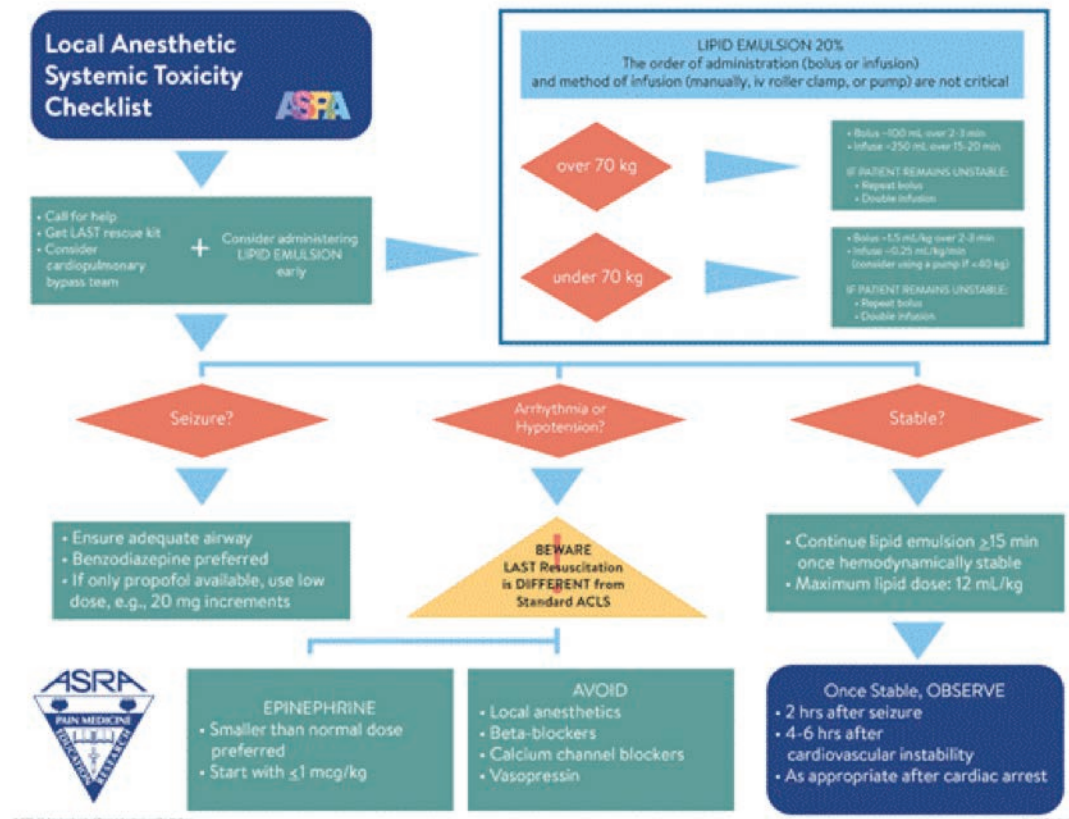
Sunti Barahi is an *Obstetric Anaesthesiologist at IWK Health Centre, Nova Scotia Health, and Assistant Professor, Department of Anaesthesia at Dalhousie University. Direct correspondence to sunti.barahi@iwk.nshealth.ca*

References

- Anesthesia Considerations. (n.d.) *Local anesthetic toxicity*. <https://www.anesthesiaconsiderations.com/local-anesthetic-toxicity>
- Braehler, M. (2020). *Local anesthetic systemic toxicity*. Pain Management Education at University of California at San Francisco. <https://pain.ucsf.edu/local-anesthetics/local-anesthetic-systemic-toxicity-last>
- Gadsden, J. (2012). Chapter 2. Local anesthetics: Clinical pharmacology and rational selection. In A. Hadzic (Ed.), *Hadzic's peripheral nerve blocks and anatomy for ultrasound-guided regional anesthesia* (2nd ed.). The McGraw-Hill Companies. <https://accessanesthesiology.mhmedical.com/content.aspx?bookid=518§ionid=41534288>
- Neal, J. M., Neal, E. J., & Weinberg, G. L. (2021). American Society of Regional Anesthesia and pain medicine local anesthetic systemic toxicity checklist: 2020 version. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 46(1), 81–82. <https://doi.org/10.1136/rapm-2020-101986>
- Warren, L., & Pak, A. (n.d.). *Local anesthetic systemic toxicity*. UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com/contents/local-anesthetic-systemic-toxicity>

Figure 2

American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine: A Local Anesthesia Society Checklist



Note. (Neal et al., 2021; Braehler, 2020). Copyright © 2020 by the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine.

Toxicité systémique des anesthésiques locaux : Une situation critique pour les infirmières au bloc opératoire

Sunti Barahi^{1,2}

¹ IWK Health Centre, Nova Scotia Health, Halifax, Nouvelle-Écosse

² Département d'anesthésiologie, l'Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse

Introduction

Les anesthésiques locaux (AL) sont des médicaments administrés par de nombreux professionnels de santé, notamment les anesthésiologistes, les dentistes, les chirurgiens, les urgentologues et les infirmières. La toxicité systémique des anesthésiques locaux (TSAL) désigne un ensemble de manifestations cliniques résultant d'une absorption excessive d'AL. Bien que l'incidence des événements graves de TSAL soit très faible (0,04 à 1,8/1000 pour les blocs nerveux), probablement grâce à une sensibilisation accrue et à des protocoles de prévention, son potentiel à provoquer des complications cardiovasculaires et neurologiques potentiellement mortelles exige une vigilance constante. Il est essentiel de connaître les seuils toxiques des différents anesthésiques locaux (Tableau 1) et de reconnaître rapidement les premiers symptômes pour permettre une intervention et une prise en charge efficaces.

| Anesthésique | Dose maximale (par poids corporel maigre) |
|--------------------------------|---|
| 2 % Lidocaïne sans épinéphrine | 4,5 mg/kg |
| 2 % Lidocaïne avec épinéphrine | 7 mg/kg |
| 0,5 % Ropivacaïne | 3 mg/kg |
| 0,5 % Bupivacaïne | 2,5 mg/kg |

Remarque. (Gadsden, 2013; Warren & Pak, n. d.)
AL = anesthésique local

Il est important de noter que les doses d'AL sont additives. Par exemple, administrer 2,5 mg/kg de lidocaïne à 2 % sans épinéphrine et 1,5 mg/kg de ropivacaïne peut provoquer une toxicité. L'ajout d'épinéphrine aide à élever le seuil de toxicité en induisant une vasoconstriction, ralentissant ainsi l'absorption

systémique. De plus, l'épinéphrine sert d'indicateur d'injection intravasculaire accidentelle, provoquant une tachycardie (15 mcg d'épinéphrine entraînant une augmentation du rythme cardiaque de plus de 10 battements/min) et une hypertension (hausse de la pression artérielle de plus de 15 mmHg).

Facteurs de Risque

- Âge (nourrissons et personnes âgées)
- Problèmes cardiaques sous-jacents
- Maladie hépatique
- Insuffisance rénale
- Grossesse
- Voie d'administration (Intraveineuse > Intercostale > Caudale > Épidurale > Plexus brachial > Locale)

Prévention

- Injection lente et progressive
- Aspiration avant injection
- Considérer chaque dose comme une dose test
- Surveillance appropriée pour une détection précoce

Figure 1

Signes et symptômes



Remarque. (Warren & Pak, n. d.)

Prise en charge de la charge de la toxicité systémique des anesthésiques locaux (Considérations anesthésiques, n. d.)

1. Arrêter l'injection ou la perfusion.
2. Appeler à l'aide!
 - Personnel qualifié
 - ensemble pour d'urgence TSAL
 - liste de vérification)

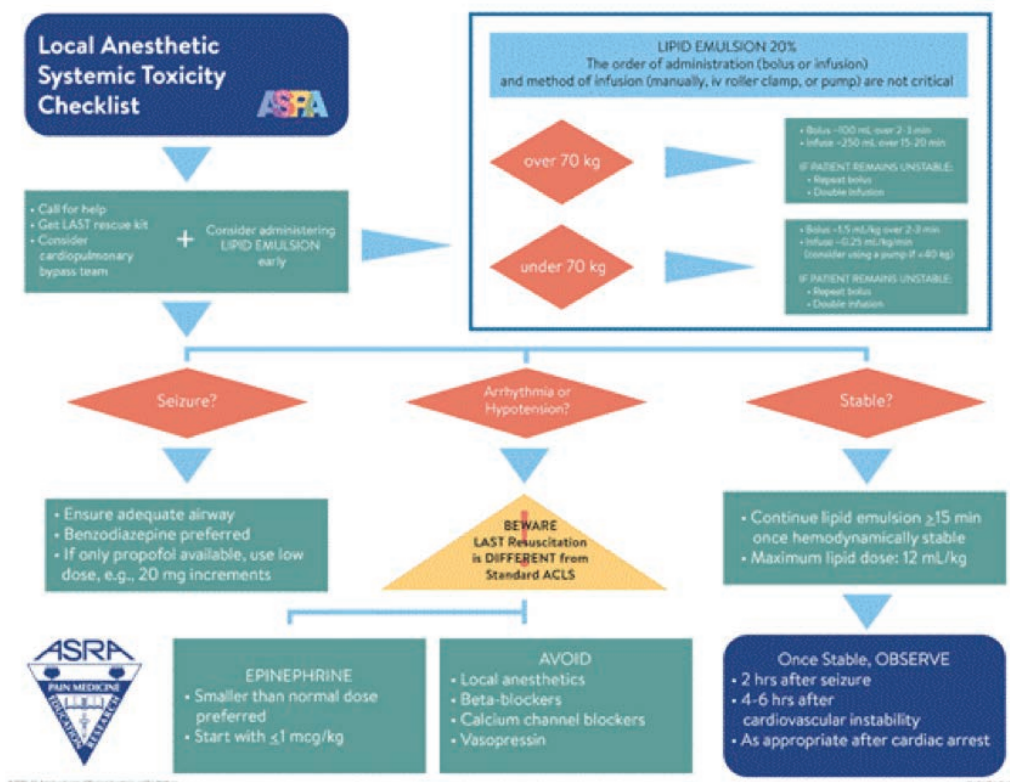
3. Gérer les voies respiratoires
 - administrer 100 % d'oxygène; Si nécessaire, assurer la ventilation avec un masque facial, un dispositif supraglottique ou une sonde endotrachéale [ETT])
 - Prévenir l'hypoxie et l'acidose, qui aggravent la TSAL.
4. Éliminer les convulsions.
 - Privilégier les benzodiazépines.
 - Éviter ou minimiser l'utilisation de propofol en cas d'instabilité hémodynamique.
 - La succinylcholine peut interrompre l'activité musculaire tonico-clonique, mais pas l'activité électrique du système nerveux central (SNC).
5. Alerter l'établissement de santé le plus proche disposant d'un système de circulation extracorporelle.
6. Gérer les arythmies et assurer le soutien cardiovasculaire.
 - Si l'absence de pouls est constatée, commencer la réanimation cardiorespiratoire (RCR).
 - Utiliser l'amiodarone comme antiarythmique de première intention (doses standards selon les protocoles ACLS).
 - Éviter la lidocaïne, les autres bloqueurs des canaux sodiques, la vasopressine, les bloqueurs des canaux calciques et les bêtabloquants.
 - Réduire la dose de bolus d'épinéphrine à ≤ 1 mcg/kg pour éviter les effets arythmogènes.
7. Thérapie par émulsion lipidique.
 - La précision des volumes et des débits n'est pas critique.
 - Administrer rapidement une émulsion lipidique à 20 % dès les premiers signes de TSAL : 1,5 ml/kg (70 kg = 105 ml) en 1 minute, suivi d'une perfusion à 0,25 ml/kg/min.
 - Répéter le bolus une ou deux fois et doubler le débit de perfusion en cas d'effondrement cardiovasculaire persistant.
 - Maintenir la perfusion pendant au moins 10 minutes après la stabilisation hémodynamique.
 - Dose maximale : ~ 10 ml/kg.
 - Le propofol ne remplace pas l'émulsion lipidique à 20 %.
8. En cas d'échec de la réponse à l'émulsion lipidique et aux vasopresseurs, envisager une oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO).
9. Transférer le patient dans un service de soins intensifs ou sous surveillance continue.

Notes d'auteur

Sunti Barahi est anesthésiologiste obstétricale au IWK Health Centre, Nova Scotia Health, et professeure adjointe en soins infirmiers à l'Université Dalhousie. Pour toute correspondance, veuillez écrire à : sunti.barahi@iwk.nshealth.ca

Figure 2

Liste de vérification de la toxicité des anesthésiques locaux de l'American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine



Remarque. (Neal et coll., 2021; Braehler, 2020). Copyright © 2020 par l'American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine.

Being a Registered Nurse First Assistant in Quebec

I was asked to share a bit about my reality in the role of a Registered Nurse First Assistant (RNFA). I have been practising since 1999, and was trained in the first group of RNFAs in Quebec. The medical regulations to be able to practise in the future had to be changed, but even with that uncertainty, I still decided to register for the course. I wanted a challenge. I had been a nurse since 1986 and I started in the operating room in 1987. My training lasted three years (anatomy courses, pathology, clinical skills, and internship) at Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). At that time, the training was part-time. Now, with the help of government scholarships, students have the option to do an accelerated 18-month program or the long 36-month training. Since then, I have worked at the Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). When I first arrived, I needed to be accepted by the residents who felt afraid of losing their jobs (fearing that I would take their place) and by my nursing colleagues, as well. It was not an easy task, but I persevered.

Mainly, I practise cardiac surgery, but I also practise other specialties, such as thoracic, vascular, orthopaedics, digestive, neurosurgery, plastic surgery, gynecology, urology, and, in many cases, use robotics (for example, urology, gynecology). As a teacher at UQTR, it is really important for me to share my knowledge and skills, gained over the years, with the next generation of young RNFAs starting out in this field. I have acquired a lot of experiences that give me more autonomy in my actions. For example, in cardiac surgeries, I collect saphenous veins and radial arteries myself. I assist the surgeons in all kinds of cases, even the most complicated and challenging ones (there are almost no cardiac residents at the CHUM). I was able to develop a bond with the surgeons and build an understanding between us. Most of the time, we don't even have to speak to one another. They do not even have to tell me what they need or what is coming next, because I know the surgical procedures and techniques. When there is a problem, I know what to do and what can help make the surgery run smoothly.

The role of RNFAs in Quebec has taken on more and more importance in both small and university centres, and even on the English-speaking side that had been closed from the get go. Since 2021, English-speaking hospitals have opened their doors to RNFAs. There are approximately 188 RNFAs who practise in approximately 30 hospitals and in private clinics, in different specialties depending on their centres. I am still here today after 26 years of practice, because I am still passionate about my job and this field. I do not regret my career choice. I love and cherish the chance to be able to keep learning today's new technologies and new operating techniques, and the opportunity to make a hands-on impact to the patients' cases.

Hélène Tétreault,
President of RNFA Quebec and Teacher at UQTR

Hélène Tétreault, Nurse at CHUM since 1986, Operating Room Nurse since 1987, a Member of CIISOQ - AIISOC since 1987, and a consultant and lecturer at UQTR.

I have been on the CIISOQ Board of Directors since 2016, and was a Founding member of RIPAC (Association of First Assistant Nurses in Surgery), of which I have been secretary, assistant president, and president since 2017.

RIPAC is part of CIISOQ (seat on the CIISOQ Board of Directors).

We also have our own board of directors. We are involved in various issues, including with UQTR, OIIQ, the Ministry of Education, and others. In 2017, I had to fight to prevent the closure of the program at UQTR. In 2021, I was also there when students were still having problems with UQTR. RIPAC is there for other IPACs.

Before the pandemic, we organized an IPAC day once a year, with training in the morning and the AGM in the afternoon. Our goal is to resume in-person meetings.

Être infirmière première assistante en chirurgie au Québec

On m'a demandé de partager un aperçu de la réalité du rôle d'IPAC. Je pratique depuis 1999. J'ai été formé dans le premier groupe d'IPAC du Québec. Le règlement médical devait changer afin de pouvoir être en mesure de pratiquer dans le futur, mais, malgré cette incertitude j'ai tout de même décidé de m'inscrire au cours. Je voulais un défi. Je suis infirmière depuis 1986 et j'ai commencé dans les salles d'opération en 1987. J'ai fait ma formation, qui a duré 3 ans (cours d'anatomie, pathologie, compétences en clinique et stage) à l'UQTR (Université du Québec à Trois-Rivières). À l'époque, la formation était à temps partiel. Maintenant, avec l'aide des bourses d'études du gouvernement, les étudiants ont l'option de faire un programme accéléré de 18 mois ou le long programme de 36 mois. Depuis, je travaille pour le CHUM (Centre hospitalier de l'Université de Montréal). Quand j'ai débuté, je devais me faire accepter par les résidents, qui avaient peur de perdre leur emploi (peur que je prenne leur place) et aussi mes collègues infirmier(ère)s. Ça n'a pas été une chose facile, mais j'ai persévéré.

Je fais principalement des chirurgies cardiaques, mais je touche aussi à d'autres spécialités, comme la thoracique, la vasculaire, l'orthopédie, la digestive, la neurochirurgie, la chirurgie plastique, la gynécologie, l'urologie et plusieurs cas de robotique (exemple : urologie, gynécologie, etc.). En tant que professeur à l'UQTR, c'est très important pour moi de pouvoir partager mes connaissances et mes compétences, que j'ai acquises à travers les années, à la nouvelle génération de jeunes IPAC qui débutent dans le milieu. J'ai acquis de nombreuses expériences qui me permettent d'avoir de l'autonomie dans mes actions. En chirurgie cardiaque, je prélevé moi-même les veines saphènes et les artères radiales. J'assiste les chirurgiens dans ces cas, même les plus compliqués et les plus exigeants (il n'y a presque qu'aucun résident en cardiaque CHUM). J'ai réussi à développer une complicité avec les chirurgiens et une compréhension entre nous. La plupart du temps, nous n'avons même plus besoin de nous parler. Ils n'ont même pas besoin de me dire ce dont ils ont besoin et ce qui suit. Je connais les procédures chirurgicales et les techniques. Quand il y a un problème, je sais quoi faire pour aider la chirurgie.

Le rôle d'IPAC au Québec commence à prendre de plus en plus d'importance dans les petits centres, mais aussi dans les centres

universitaires et même du côté anglophone, qui, depuis le départ, était fermé. Depuis 2021, les hôpitaux anglophones ont ouvert leurs portes aux IPAC. Il y a environ 188 IPAC qui pratiquent dans 30 hôpitaux et dans des cliniques privées. Ils pratiquent différentes spécialités dépendant de leur centre. Si je suis encore ici après 26 de services, c'est parce que je suis toujours passionnée par rapport à mon travail et par ce milieu. En aucun cas je ne regrette mon choix de carrière. J'aime et je chéris beaucoup la chance que j'ai de pouvoir apprendre les nouvelles technologies et les nouvelles techniques chirurgicales. Je suis également très heureuse de pouvoir avoir un impact positif direct auprès des patients.

Hélène Tétreault,
President of RNFA Quebec and Teacher at UQTR

Biographie

Infirmière au CHUM depuis 1986

Infirmière au bloc opératoire 1987

Membre de la CIISOQ – AIISOC depuis 1987

Consultante et chargé de cours à UQTR

Je fais partie du CA de la CIISOQ depuis 2016

Membre fondateur du RIPAC (regroupement des infirmières premières assistantes en chirurgie)

J'ai été secrétaire, présidente adjointe et présidente depuis 2017

Le RIPAC fait partie de la CIISOQ (siège sur le CA de la CIISOQ).

Nous avons aussi notre propre CA. Nous nous impliquons dans différents dossiers, soit avec UQTR, OIIQ, le ministère de l'éducation et autres. En 2017, j'ai dû me battre pour empêcher la fermeture du programme à UQTR. En 2021, j'étais là aussi quand les étudiants ont eu des problèmes encore avec UQTR.

Le RIPAC est là pour les autres IPAC.

Avant la pandémie, nous organisons, une fois par année, une journée IPAC : le matin, en formation et en après-midi c'était l'AGA.

Notre objectif est de recommencer en présentiel

Now available: ORNAC Guidelines for Perioperative Practice in Canada – 17th Edition!

ORNAC is proud to announce that the 17th edition of the *Guidelines for Perioperative Practice in Canada* (formerly the ORNAC Standards, Guidelines, and Position Statements for Registered Nurses) is now available for purchase!

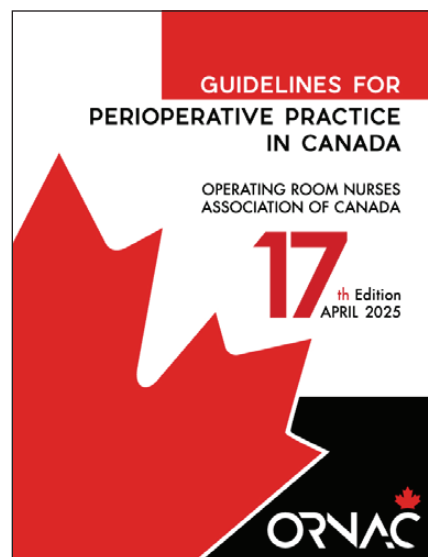
This comprehensive resource is an essential tool for perioperative nurses, providing evidence-based best practices to support safe, high-quality surgical care across Canada.

What's Inside?

- Updated guidelines reflecting current perioperative practices
- Best practices for patient safety and surgical excellence
- A valuable reference for perioperative teams, educators, and leaders

Ensure you have the latest ORNAC *Guidelines* to enhance your practice and uphold excellence in perioperative care!

Order your copy today at <https://ornac.ca/standards.phtml>



Maintenant disponible : Lignes directrices pour la pratique de soins périopératoires du Canada – 17^e édition !

L'AIISOC est fière d'annoncer que la 17^e édition des Lignes directrices pour la pratique de soins périopératoires du Canada (anciennement les Normes, lignes directrices et énoncés de position de la pratique en soins infirmiers) est désormais disponible à l'achat !

Cette ressource essentielle est un outil incontournable pour les infirmières en soins périopératoires, offrant des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour soutenir des soins périopératoires sûrs et de haute qualité à travers le Canada.

Que contient cette édition ?

Des lignes directrices mises à jour reflétant les pratiques périopératoires actuelles; Les meilleures pratiques en matière de sécurité des patients et d'excellence chirurgicale; Une référence précieuse pour les équipes périopératoires, les éducateurs et les leaders; Assurez-vous d'avoir la dernière édition des Lignes directrices de l'AIISOC pour améliorer votre pratique et maintenir l'excellence des soins périopératoires !

Commandez votre exemplaire dès aujourd'hui : <https://ornac.ca/standards.phtml>



EVOLVING THE PROFESSION



Ignited by Learning & Unlearning

CALGARY, ALBERTA

MAY 21-25TH 2025

ORNAC

AISOC

FAIRE ÉVOLUER LA PROFESSION



Allumée par Apprendre et Désapprendre

CALGARY, ALBERTA

21 ET LE 25 MAI 2025

ORNAC

AISOC

Why attend a conference? Insights from the ORNAC 2025 Conference Lead

Bryana Hahn, RN, BN

ORNAC 2025 Conference Lead, ORNAC President Elect, AB Director

If you've recently attended an in-person conference, you likely already know the value it brings. For those who haven't had the opportunity yet, or if it's been a while since your last experience, let me share what I believe are some of the most important takeaways from attending in-person conferences:

1. Learning & Education. Conferences are a great way to learn about innovative changes that other hospitals have made, how they did it, and how it has impacted patient care. You don't know what you don't know until someone tells you! Education sessions typically offer one of two outcomes: personal development or practice changes. Some speaker sessions may help you to grow as a leader or educator and offer some new perspectives. Some will offer practice changes that you can bring back to your own workplace and help make positive change. As a profession built on evidence-based practices, I think nurses seek new information all of the time to ensure we're doing what's best for our patients. Conferences are a way to get a lot of information and answers you're seeking.

2. Inspiration/Motivation. Immersing yourself in cutting-edge ideas, industry leaders, and success stories is very impactful. Keynote speakers capture their life challenges and how they overcame adversity with tangible strategies. You sit in a room with hundreds of other perioperative nurses and healthcare providers who care as much as you do. All of these things happen at the conference and will help reinvigorate your passion as a nurse.

3. Validation. At the end of an education session, you'll often hear someone you've never met before describing an ongoing scenario that you've lived through too many times yourself. Knowing that other teams at other hospitals have similar struggles or issues can be very validating. We aren't alone in our struggles, and we can learn from others who have tried to break the cycle or fix the root causes. Jot down solutions or ask that person for their contact information to follow up later, so that you can help make your workplace better.

4. Industry Exposure & Networking. Conference exhibit halls are a 'one-stop shop' to learn about evolving technologies, trends in the industry, job opportunities and a chance to find solutions to issues you've had at work for forever. It's also a chance to network with industry partners and colleagues from across the country (and a few internationally).

5. Fun and Entertainment. Social activities, networking dinners, the gala and membership appreciation events are the cherry on top! After a full day of education sessions and information gathering at the exhibit hall, having a chance to unwind and maybe share a laugh with other like-minded people is a must. This is where we build our community and make some of our most cherished memories.

Dermabond™ Prineo™

An alternative to skin staples and sutures

33% stronger skin-holding strength than staples and 40% stronger than 4-0 sutures^{AB12}



Images are for illustrative purposes only





Learn more about Dermabond™ Prineo™

Johnson & Johnson MedTech

Surgery

A. Study performed ex vivo with 22cm system.
 B. Based on average max load at or prior to 3*1mm gap (N). Mean (N) for DERMABOND™ PRINEO™ Skin Closure System (22cm) was 166.53 vs 112.40 for skin staples.
 1. Kumar A. Study to compare the tissue holding strengths of DERMABOND™ PRINEO™ 22 cm Skin Closure System (DP22) to conventional wound closure techniques. AST2014-0246, September 25, 2014, Ethicon, Inc.
 2. Kumar A. Completion Report: Study to compare the tissue holding strength of PRINEO™ skin closure system with conventional wound closure techniques. AST 2012-0290, October 11, 2012, Ethicon, Inc.

Please refer to the Instructions for Use for the indications, contraindications, warnings and precautions associated with the use of this product. All contents © Johnson & Johnson and its affiliates 2025. All Rights Reserved. CA_ETH.WOUN.394279

Pourquoi assister à une conférence ? Perspectives de la responsable de la conférence de l'AIISOC 2025

Bryana Hahn, inf., B. Sc. inf.

Responsable de la conférence de l'AIISOC 2025, présidente élue de l'AIISOC, directrice de l'Alberta

Si vous avez récemment assisté à une conférence en présentiel, vous connaissez probablement déjà la valeur qu'elle apporte. Pour ceux qui n'ont pas encore eu l'occasion d'y participer, ou pour ceux qui n'ont pas vécu une telle expérience depuis un certain temps, permettez-moi de partager ce que je crois être quelques-uns des points les plus importants à retenir de la participation à ce type de conférences.

1. Apprentissage et formation. Les conférences sont un excellent moyen d'en apprendre davantage sur les changements novateurs que d'autres hôpitaux ont apportés, comment ils l'ont fait et comment cela a eu un impact sur les soins aux patients. Vous ne savez pas ce que vous ne savez pas jusqu'à ce que quelqu'un vous le dise! Les séances de formation offrent généralement l'un des deux résultats suivants : le développement personnel ou les changements de pratique. Certaines formations peuvent vous aider à grandir en tant que leader ou éducatrice et offrir de nouvelles perspectives. Certains proposeront des changements de pratique que vous pourrez appliquer à votre propre milieu de travail et aider à apporter des changements positifs. En tant que profession fondée sur des pratiques fondées sur des données probantes, je pense que les infirmières cherchent constamment de nouvelles informations pour s'assurer que nous faisons ce qu'il y a de mieux pour nos patients. Les conférences sont un moyen d'obtenir beaucoup d'informations et de réponses que vous cherchez.

2. Inspiration et Motivation. S'immerger dans des idées avant-gardistes, des leaders de l'industrie et des histoires de réussite a un impact très important. Les conférenciers d'honneur capturent les défis de leur vie et la façon dont ils ont surmonté l'adversité avec des stratégies tangibles. Vous vous trouvez dans une salle remplie de centaines d'autres

infirmières en soins périopératoires et de professionnelles de la santé qui partagent la même préoccupation que vous. Toutes ces choses se produisent lors de la conférence et vous aideront à revigorer votre passion en tant qu'infirmière.

- 3. Validation.** À la fin d'une séance de formation, vous entendrez souvent quelqu'un que vous n'avez jamais rencontré auparavant décrire un scénario que vous avez vécu vous-même plusieurs fois. Savoir que d'autres équipes, d'autres hôpitaux rencontrent des difficultés ou des problèmes similaires peut être très valorisant. Nous ne sommes pas seuls dans nos luttes. Nous pouvons apprendre de ceux qui ont essayé de briser le cycle ou de corriger les causes profondes. Notez des solutions ou demandez à cette personne ses coordonnées pour y faire un suivi plus tard, afin que vous puissiez contribuer à améliorer votre lieu de travail.
- 4. Exposition à l'industrie médicale et réseautage.** Les salles d'exposants des représentants médicaux sont un « guichet unique » pour en savoir plus sur l'évolution des technologies, les tendances de l'industrie médicale, les opportunités d'emploi et une chance de trouver des solutions à des problèmes que vous avez au travail depuis toujours. C'est aussi l'occasion de réseauter avec des partenaires et des collègues de l'industrie de partout au pays (et même de quelques-uns à l'étranger).
- 5. Plaisir et divertissement.** Les activités sociales, les dîners de réseautage, le Gala et les événements de reconnaissance des membres sont la cerise sur le gâteau! Après une journée complète de séances de formation et de collecte d'informations dans la salle des exposants, il est indispensable d'avoir la chance de se détendre et peut-être de s'amuser avec d'autres personnes partageant les mêmes idées. C'est là que nous construisons notre communauté et que nous créons certains de nos souvenirs les plus précieux.

Enhancing experiences: The valuable role of exhibitors at national conferences

Chris Downey

Vendors at conferences are like the sprinkles on a cupcake—they add that extra bit of magic that makes the experience truly delightful!

Imagine walking into a bustling conference hall. The air is filled with excitement, and everywhere you look, there are colourful booths and friendly faces. These vendors play a crucial role in making conferences more than informative, they are also engaging and memorable.

First and foremost, vendors bring a wealth of knowledge and innovation to the table. They showcase the latest products, services, and technologies, giving attendees a firsthand look at what's new and exciting in their field. This is especially important in fast-paced industries, such as healthcare, where staying updated is key. By interacting with vendors, attendees can discover cutting-edge solutions that can help them in their work or, for that matter, personal projects.

Moreover, vendors provide valuable networking opportunities. Their booths become hubs of conversation where people can connect, share ideas, and build relationships. Whether it's a casual chat over a demo or a deep dive into a product's features, these interactions can lead to meaningful connections and collaborations. For many, these networking moments are the highlight of the conference.

Vendors also add a fun and interactive element to conferences. Many booths feature hands-on demonstrations, games, and giveaways that draw people in and keep the energy high. These activities not only make the conference more enjoyable, but also help attendees retain information better. After all, learning is always more effective when it's fun!

Additionally, vendors often sponsor various aspects of the conference, from coffee breaks to evening receptions. Their support helps make the event possible and enhances the overall experience for everyone. It's a win-win situation: vendors get to promote their brand and attendees enjoy a well-organized, vibrant conference.

In conclusion, vendors are an essential part of any conference. They bring innovation, foster connections, add fun, and support the event in numerous ways. So, next time you attend a conference, take a moment to appreciate the vendors—they're the sprinkles that make the cupcake of your conference experience truly special!

What do you think? Have you had any memorable experiences with vendors at conferences?

Author note

Chris Downey, RN, BScN, MScN, RNFA, is an alumnus of the University of Ottawa (Magna Cum Laude), Queen's University, Kingston, and the British Columbia Institute of Technology. Chris sat on the ORNAC Board as president-elect and president for Ontario (2003–2007). From 2009 to 2011, Chris sat on the ORNAC Board prior to incorporation, as the Chair of the Registered Nurse First Assistant Network of Canada (RNFANC). She was the ORNAC Research Pillar Chair from 2013 to 2017. Chris has been a long-standing member of and contributor to the ORNAC Standards Committee and co-chaired the 2017, 13th edition. Chris took on the role of the ORNAC Executive Director (Acting) from 2020 to 2023.

As a perioperative nurse, Chris has practised in the perioperative setting as a frontline practitioner, educator, manager, and an RNFA. Chris is currently practising as Facilitator and Instructor for the Perioperative Nursing Education program at St. Lawrence College, Kingston/Brockville campuses.



RAISE YOUR MASK STANDARDS

ASTM standards are changing and PRIMED has you covered

PRIMED Medical Face Masks: The Future of Protection

New ASTM F2100-23 standards take effect July 2025, updating Particle Filtration Efficiency (PFE) testing. While the industry adjusts, PRIMED masks continue to exceed ASTM F2100-21 and F2100-23 standards, delivering the trusted protection you rely on.

The standards may have changed, but PRIMED's quality hasn't and with ASTM F3502, we're aligning performance standards for a safer, healthier future and PRIMED is leading the way.



Protecting with Purpose.

Scan the QR code to learn more, or visit primed.com/astm



Améliorer les expériences : le rôle précieux des exposants lors des conférences nationales

Chris Downey

Les exposants lors des conférences sont comme les pépites d'un petit gâteau : ils ajoutent cette touche de magie qui rend l'expérience vraiment délicieuse!

Imaginez que vous entrez dans une salle d'exposition animée. L'air est rempli d'excitation, et partout où vous regardez, il y a des kiosques colorés et des visages amicaux. Ces exposants jouent un rôle crucial pour rendre les conférences plus qu'informatives, elles sont également attrayantes et mémorables.

Tout d'abord, les représentants médicaux apportent une mine de connaissances et d'innovation. Ils présentent les derniers produits, services et technologies, donnant aux participants un aperçu de ce qui est nouveau et passionnant dans leur domaine. Ceci est particulièrement important dans les secteurs en évolution rapide, tels que les soins de santé, où il est essentiel de rester à jour. En interagissant avec eux, les participants peuvent découvrir des solutions de pointe qui peuvent les aider dans leur travail ou, d'ailleurs, dans leurs projets personnels.

De plus, les représentants médicaux offrent de précieuses opportunités de réseautage. Leurs kiosques deviennent des centres de conversation où les gens peuvent se connecter, partager des idées et établir des relations. Qu'il s'agisse d'une discussion informelle autour d'une démonstration ou d'une plongée dans les fonctionnalités d'un produit, ces interactions peuvent conduire à des connexions et des collaborations significatives. Pour beaucoup, ces moments de réseautage sont le point culminant de la conférence.

Les représentants médicaux ajoutent également un élément amusant et interactif aux conférences. De nombreux kiosques proposent des démonstrations pratiques, des jeux et des cadeaux qui attirent les gens et maintiennent l'énergie élevée. Ces activités rendent non seulement la conférence plus agréable, mais aident également les participants à mieux retenir l'information. Après tout, apprendre est toujours plus efficace quand c'est amusant!

De plus, les représentants médicaux parrainent souvent divers aspects de la conférence, des pauses-café aux réceptions en soirée. Leur soutien contribue à rendre l'événement possible

et à améliorer l'expérience globale de tous. C'est une situation gagnant-gagnant : les représentants peuvent promouvoir leur marque et les participants bénéficient d'une conférence bien organisée et dynamique.

En conclusion, les représentants sont un élément essentiel de toute conférence. Ils apportent de l'innovation, favorisent les liens, ajoutent du plaisir et soutiennent l'événement de nombreuses façons. Alors, la prochaine fois que vous assisterez à une conférence, prenez un moment pour apprécier les représentants médicaux — ce sont les pépites qui rendent le petit gâteau de votre expérience de conférence vraiment spéciale!

Qu'en penses-tu? Avez-vous eu des expériences mémorables avec des représentants lors de conférences?

Notes d'auteur

Chris Downey inf., B.Sc.inf., M.Sc.inf., IPAC, est une ancienne élève de l'Université d'Ottawa (avec grande distinction), de l'Université Queens de Kingston et de l'Institut de technologie de la Colombie-Britannique. Chris a siégé au conseil d'administration de l'AIISOC à titre de présidente et de présidente de l'Ontario (2003–2007). De 2009 à 2011, Chris a siégé au conseil d'administration de l'AIISOC avant d'être présidente du Réseau des infirmières premières assistantes en chirurgie du Canada (RNFANC). Elle a été présidente du pôle recherche de l'AIISOC de 2013 à 2017. Chris est un membre et un contributeur de longue date du Comité des normes de l'AIISOC et a coprésidé la 13^e édition de 2017. Chris a assumé le rôle de directrice générale (par intérim) de l'AIISOC de 2020 à 2023.

En tant qu'infirmière en soins périopératoires, Chris a exercé dans ce domaine comme praticienne de première ligne, éducatrice, gestionnaire et IPAC. Chris exerce actuellement en tant qu'animateur et instructeur pour le programme de formation en soins infirmiers périopératoires au Collège St Lawrence, campus de Kingston/Brockville.

Overcoming power distance and deferential speech syndrome in the operating room

Jennifer Dunn^{1,2}

¹Alberta Children's Hospital

²University of Saskatchewan

Author Contact: Jennifer Dunn, zhm569@mail.usask.ca

Abstract

Power distance, mitigated speech, and top-down decision paradigms in perioperative care undermine collaboration and compromise patient safety (Kenawy & Schwartz, 2018). These challenges disproportionately affect perioperative nurses, fostering deferential speech syndrome (DSS)—a habitual use of softened language shaped by entrenched power dynamics. Deferential speech syndrome reduces assertiveness, weakens safety-sensitive communication, and amplifies risks associated with hierarchical decision-making, moral injury, and fatigue-induced errors (Applebaum et al., 2020). Understanding these dynamics necessitates exploring interventions to counteract DSS and its detrimental effects, while addressing the challenges that may arise in their implementation.

To address the pressing challenges posed by DSS, evidence from healthcare and analogous high-stakes industries highlights effective strategies for intervention. Actionable solutions include fostering psychological safety to empower all team members (Grailey et al., 2021) and adopting crew resource management (CRM) principles to disrupt power imbalances (Gross et al., 2019). Short-term interventions, such as structured communication tools (e.g., SBAR protocols and closed-loop communication), pre-operative planning sessions, leadership huddles, and bias-awareness training can provide immediate improvements in perioperative collaboration and patient safety. Additional measures, including anonymous feedback systems and post-operative debriefings, further reinforce an environment where critical concerns can be raised without fear of retribution. However, successfully implementing these interventions requires overcoming barriers, such as entrenched hierarchical norms, resistance to change, and resource constraints, all of which will be critically examined. These strategies lay the groundwork for long-term

reforms, including leadership development programs, decision-support technologies, and equitable operational policies (Tørring et al., 2019). By integrating these targeted interventions, healthcare institutions can mitigate DSS, reduce hierarchical barriers, and enhance safety-sensitive communication, fostering a culture of inclusivity and collaboration that ultimately improves patient outcomes and team well-being.

While these strategies represent critical first steps, a broader systemic approach is crucial to sustain long-term improvements in perioperative care. The urgency of addressing DSS extends beyond operational efficiency; it is a moral imperative essential to creating equitable, resilient perioperative environments that uphold ethical standards and optimize care delivery. By dismantling hierarchical barriers, prioritizing collaboration, and fostering inclusivity, healthcare systems can establish a model for high-performing surgical teams that enhance both patient outcomes and team well-being.

Keywords: deferential speech syndrome (DSS), power distance in healthcare, hierarchical communication barriers, patient safety and communication, crew resource management (CRM) in surgery, psychological safety in perioperative teams, interdisciplinary collaboration in healthcare

Institutional challenges, including power distance, mitigated speech systems, and inequities in team collaboration in the operating room (OR), undermine effective teamwork, jeopardize outcomes, and erode the ethical foundations of healthcare (Lee et al., 2023; Pattni et al., 2019). Failures in information exchange, which account for nearly 70% of sentinel events in healthcare, are exacerbated in the OR by rigid structures that suppress the critical insights of nurses (Guttman et al., 2021). These systemic issues underscore the need for a conceptual framework to understand and address the underlying barriers to communication and collaboration in the OR more effectively.

To provide a clearer perspective on these challenges, I have introduced the term deferential speech syndrome (DSS) to describe the habitual use of mitigated speech by perioperative nurses and other junior staff, shaped by entrenched power dynamics.

Suggested citation: Dunn, J. (2025). Overcoming power distance and deferential speech syndrome in the operating room. *ORNAC Journal*, 42(1), 33–43. <https://doi.org/10.5737/ornac14513>

Deferential speech syndrome diminishes assertiveness and credibility, perpetuating risks associated with hierarchical decision-making, moral injury, and burnout. These patterns weaken team cohesion and organizational resilience, amplifying errors, staff turnover, and operational inefficiencies (Yi et al., 2024). To address the risks posed by DSS, lessons from high-stakes industries, such as aviation, provide valuable insights into fostering balanced decision-making and equitable collaboration.

Structured frameworks, such as crew resource management (CRM), emphasize the importance of valuing all team members' input, creating a more balanced and effective decision-making process (Havinga et al., 2017). While CRM principles have proven effective in other industries, the OR's unique interdisciplinary and culturally diverse environment demands a tailored approach to fostering a supportive and inclusive atmosphere. Competing priorities, entrenched hierarchies, and varying norms around power dynamics, complicate efforts to create an equitable and psychologically safe space (Attri et al., 2015; Zander, 2020).

Recognizing these challenges, this paper introduces DSS as a framework for understanding how power distance impacts perioperative care and provides a roadmap for addressing these barriers. It begins by defining DSS and examining its impact on individuals and organizations. It then positions the OR as a microcosm of broader systemic challenges, focusing on the complexities of entrenched hierarchies and mitigated speech. The discussion explores the "power distance dilemma," evaluating the tension between leadership and equity in decision-making. Drawing insights from other high-stakes industries, the paper concludes with actionable recommendations for reform. By integrating CRM principles, advanced decision-support systems, and leadership development programs, it argues for a cultural shift that strengthens collaboration, improves outcomes, and reinforces ethical integrity in healthcare.

Conceptual Phenomenon: Deference Speech Syndrome

In the OR, imbalances of authority and hierarchical norms create communication barriers that undermine open dialogue and critical decision-making (Rosen et al., 2018). Such dynamics disproportionately affect perioperative nurses, whose input is essential for patient safety and team effectiveness (Pattni et al., 2019). Addressing such structural challenges requires a framework to understand how hierarchical norms shape communication and compromise team dynamics. To address this issue, I introduce the term *deferential speech syndrome* to describe the habitual use of mitigated speech by nurses, shaped by entrenched power dynamics. Deferential speech syndrome reflects how structural imbalances constrain direct

communication and devalue critical contributions, perpetuating risks to patient safety (Buljac-Samardžić et al., 2021).

Power distance, or the degree to which unequal relationships are accepted and reinforced within systems, plays a central role in DSS (Dai et al., 2022). Cultural, institutional, and organizational norms foster deference to authority, often discouraging dissent or critical feedback (Daniels & Greguras, 2014). This uneven flow of information leads to decision-making that disproportionately reflects the perspectives of those in leadership cadre while silencing the insights of nurses.

Deferential speech syndrome, a key mechanism through which power distance manifests in the OR, is reinforced further through *mitigated speech*, a communication style in which individuals soften their language to align with expectations of deference (Albelda & Arguedas, 2021). While politeness may be socially appropriate, it undermines clarity in critical settings like the OR. For instance, a nurse might say, "Could we double-check that?" instead of explicitly stating, "That instrument isn't sterile!" This tendency not only weakens the clarity of communication, it also perpetuates a systemic undervaluation of critical input, amplifying the risks of hierarchical decision-making. Such softened communication often results in critical concerns being dismissed or undervalued, reinforcing authority gradients and stifling effective teamwork (Canadian Patient Safety Institute, 2020).

The cumulative impact of DSS extends beyond communication, influencing how input is received and valued within teams (Shah et al., 2015). Even when nurses raise concerns, the combination of mitigated speech and rigid authority structures frequently diminishes their credibility, creating a feedback loop that further entrenches hierarchical norms. These patterns jeopardize team collaboration, weaken decision-making, and ultimately compromise patient outcomes (Hays et al., 2022).

To counteract the pervasive effects of DSS, a comprehensive approach is needed to foster inclusivity and empower all team members. By defining DSS, this paper highlights the profound impact of power distance on perioperative care. Strategies such as structured communication protocols, leadership training, and psychological safety initiatives are essential for dismantling these barriers, ensuring clearer exchanges, stronger collaboration, and improved outcomes (Etchegaray et al., 2017; Etherington et al., 2021).

Human and Organizational Costs

The pervasive effects of DSS ripple far beyond immediate communication breakdowns, shaping the broader landscape of perioperative care. By undermining collaboration, silencing critical voices, and reinforcing hierarchical inequities, DSS not only jeopardizes patient safety but also erodes team morale

and professional resilience (Lee et al., 2024). Understanding these systemic effects requires exploring how DSS manifests in day-to-day communication and decision-making practices within the OR.

Deferential speech syndrome manifests as indirect communication, where nurses temper their language to align with norms of deference. For example, framing critical observations tentatively, such as, “Should we double-check the dosage?” instead of explicitly stating, “This dosage is incorrect,” can dilute urgency and lead to the dismissal of vital input. Over time, such patterns reinforce hierarchical norms, impede teamwork, and create moral injury, a conflict that arises when individuals feel unable to act according to their ethical principles, further exacerbating burnout and disengagement (Anderson & Brown, 2010; Hays et al., 2022). Power distance and its effects are commonly reflected in the OR’s routine decision-making, underscoring its systemic nature. One particularly impactful example of DSS is the prioritization of non-emergent surgeries after midnight, reflecting authority-driven decisions that overlook safety and workload implications for nurses (Battié et al., 2017; Roche et al., 2024). In these scenarios, dissenting voices are often silenced, reinforcing inequities, and contributing to fatigue-related errors (Kawa et al., 2024).

The effects of DSS are especially pronounced for underrepresented groups in the perioperative workforce (Buljac-Samardžić et al., 2021). Biases tied to rank, gender, or role amplify these challenges, as illustrated by a junior nurse hesitating to raise concerns about a malfunctioning instrument. When her tentative observation is dismissed but later validated by a male colleague, the consequences extend beyond compromised patient safety to feelings of alienation and devaluation. This scenario underscores how the silencing of marginalized voices undermines both team cohesion and institutional morale (Applebaum et al., 2020).

Fatigue, compounded by DSS and power imbalances, further heightens the risk of preventable errors (Rodziewicz et al., 2024). Cognitive impairment caused by excessive workload not only jeopardizes patient safety but also strains institutional resources through inefficiencies, malpractice claims, and sentinel events. Communication breakdowns, central to authority-driven systems, account for a significant share of these financial and operational challenges (O’Daniel & Rosenstein, 2008). To mitigate these cascading effects, targeted interventions must address both the structural and cultural barriers underlying DSS (Buljac-Samardzic et al., 2020; Canadian Patient Safety Institute, 2020).

Expanding on this, bias awareness training and cultural sensitivity programs help mitigate unconscious biases, fostering inclusive environments where all voices are valued (De Brún et al., 2019). In addition, storytelling workshops can humanize the effects of DSS, inspiring cultural shifts and strengthening

collaboration. By reducing hierarchical barriers, healthcare organizations can improve operational efficiency, retain skilled professionals, and empower nurses to contribute critical insights on patient care and resource management (Olaleyé et al., 2022).

Moreover, these ethical, operational, and financial challenges underscore the systemic impact of DSS in healthcare (Krishnakumar et al., 2021). Overcoming these barriers requires prioritizing open communication, equitable workload distribution, and collaborative decision-making (Endalamaw et al., 2024). Leadership programs must emphasize reducing authority gradients to foster equity, mitigate moral injury, and strengthen team cohesion (Korkmaz et al., 2022). Through these reforms, healthcare institutions can break the cycle of DSS and safeguard patient well-being.

The systemic challenges posed by DSS, hierarchical norms, and communication breakdowns underscore the critical role of the OR in shaping healthcare outcomes. These patterns are not isolated; rather, they reflect broader institutional dynamics that impact both patient safety and team cohesion. Addressing these pervasive issues requires not only targeted interventions but also a reimagining of how the OR functions as a microcosm for systemic reform.

The Operating Room as a Microcosm for Systemic Reform

The OR epitomizes the systemic challenges and opportunities within healthcare, making it a pivotal environment for meaningful reform. In the OR, power distance, resource constraints, and complex team dynamics converge, intensifying structural inefficiencies and communication breakdowns. Yet, this complexity also positions the OR as an ideal setting for piloting interventions that address broader institutional challenges (Pasquer et al., 2024).

This complexity is compounded further by the OR’s interdisciplinary nature, which requires seamless collaboration among surgeons, anaesthesiologists, nurses, and technicians. Differences in training, cultural norms, and role expectations often hinder collaboration, highlighting the need for targeted solutions (Etherington et al., 2021). For example, cultural competency training and structured communication protocols can bridge gaps, fostering inclusivity and enabling diverse perspectives to enhance decision-making rather than create division (Zhang, 2023).

Drawing on the success of structured frameworks in high-stakes industries, such as aviation, can provide effective solutions for overcoming challenges in the OR. Frameworks like CRM demonstrate how reducing power distance can enhance safety, efficiency, and collaboration (Alavosius et al., 2017). Implementing these proven strategies and adapting them to

the OR's unique demands can create a model for inclusive and effective teamwork. Furthermore, it can establish a blueprint for addressing challenges on a broader scale. As a microcosm of healthcare, the OR offers a powerful platform for systemic change. Interventions tested and refined in this setting can inform broader organizational reforms, paving the way for more equitable, resilient, and collaborative healthcare environments (Moore et al., 2021).

The Power Distance Dilemma

Delving deeper, efforts to reduce power distance and DSS in surgical settings present a valuable opportunity to enhance team dynamics, improve patient outcomes, and foster equitable collaboration. However, these initiatives also provoke debate, particularly in high-pressure environments like the OR, where efficiency, clarity, and decisive leadership are paramount. Balancing these competing priorities requires a nuanced approach.

One major concern centres on the critical care nature of the OR, where leadership clarity during emergencies is often considered essential. Proponents of traditional hierarchies argue that a clear chain of command ensures swift decision-making and accountability in high-stakes situations (Anderson & Brown, 2010). They caution that inclusive practices, such as soliciting input from all team members, could lead to delays or bottlenecks that jeopardize patient outcomes (Alston et al., 2021).

Adding to this concern, critics from the insurance industry, particularly malpractice insurers in the private sector, emphasize the risks associated with reducing hierarchies in healthcare (Flores, 2022). Insurers warn that dismantling clear leadership structures may blur accountability, making it more difficult to identify responsibility in adverse outcomes (Dalton et al., 2008). This ambiguity could result in increased malpractice claims, higher premiums, or, in some cases, refusal to insure certain providers. Additionally, decentralized decision-making might introduce procedural ambiguities, which could heighten litigation risks or create perceptions of systemic disorganization (Rabinovich-Einy, 2011). Consequently, insurers advocate for balanced reforms that preserve clarity in leadership, while integrating inclusive practices to mitigate liability concerns (Hajek, 2013).

While these concerns are valid, advocates for reducing power distance contend that they overlook the long-term benefits of collective decision-making. Research shows that inclusive practices enhance communication, situational awareness, and risk identification, reducing the likelihood of medical errors (Hajek, 2013; Rabinovich-Einy, 2011). Tools such as SBAR (situation, background, assessment, recommendation) and closed-loop communication empower all team members to voice concerns and observations, enabling the team to identify and address potential risks before they escalate.

Institutions that implement these practices consistently report fewer adverse events, higher patient safety ratings, and reduced malpractice claims, which align with insurers' priorities (Buljac-Samardžić et al., 2021). By framing inclusivity as a strategy to enhance safety and mitigate risk, healthcare organizations can demonstrate that collaboration not only strengthens patient outcomes, but also serves as a sound financial and liability management strategy (Flores, 2022).

Reducing power distance does not require eliminating leadership and instead using an adaptive and inclusive approach. Structured communication frameworks, such as SBAR, maintain clarity while empowering team members to contribute meaningfully to decision-making (Etemadifar et al., 2021). Similarly, dynamic hierarchies, where decision-making authority shifts temporarily based on expertise, strike a balance between leadership and inclusivity. For instance, a nurse monitoring a patient's vitals can flag instability, prompting immediate action, while the surgeon retains control over broader procedural decisions (Garrick et al., 2024; Ghanmi et al., 2024). This model leverages the collective expertise of the team while ensuring accountability and responsiveness.

In addition to operational concerns, cultural and practical barriers complicate efforts to reduce power distance. In high power-distance cultures, where deference to authority is deeply ingrained, junior staff may hesitate to voice concerns, fearing they will be perceived as disrespectful (Fietz et al., 2021; Green et al., 2017). Critics worry that encouraging assertiveness or role reversals could clash with these norms or expose gaps in the expertise of junior staff (Ghanmi et al., 2024).

To overcome these challenges, tailored interventions can create a gradual shift toward inclusivity while respecting cultural norms. Pre-operative planning sessions, structured debriefings, and protected feedback platforms offer safe avenues for team input without disrupting hierarchies (Lin et al., 2022). Furthermore, cultural competency training equips teams to navigate diverse communication styles, fostering collaboration across cultural boundaries (Mundt et al., 2020).

Healthcare systems also must address financial and logistical barriers to implementing these reforms. Critics argue that training programs, cultural competency initiatives, and CRM adaptations require significant investments that may strain resources, especially in underfunded systems (Lazar et al., 2013; Parker et al., 2020). However, research demonstrates that inclusivity delivers long-term cost savings by reducing errors, lowering litigation risks, and improving staff retention (Garrick et al., 2024). Incremental implementation and evidence-based scaling can minimize upfront costs while ensuring practical feasibility (Buljac-Samardžić et al., 2021).

Despite these strategies, resistance from senior staff poses a significant obstacle to reducing power distance. Some view these

reforms as threats to their authority or expertise (Anderson & Brown, 2010; Gong et al., 2019). Engaging these stakeholders is critical to the success of any initiative. Reframing inclusivity-focused reforms as tools to enhance team performance rather than diminish leadership can help garner support. Moreover, pilot programs that demonstrate improved outcomes through inclusivity offer compelling evidence to encourage widespread adoption (Hill Weller et al., 2024).

Ultimately, reducing power distance in surgical settings is not about dismantling hierarchies but about creating adaptive systems that balance leadership with inclusivity. Structured communication frameworks, dynamic hierarchies, and cultural competency training strike this balance, fostering collaboration, resilience, and efficiency. By embedding these practices into their organizational structures, healthcare institutions can empower diverse perspectives, overcome hierarchical barriers, and deliver safer, more effective care (Okatta et al., 2024).

The Precedent of Success in Other Industries

Despite concerns, high-consequence industries like aviation and nuclear power provide compelling examples of how reducing power distance enhances safety and operational effectiveness. These fields, where precision and teamwork are critical, have successfully addressed challenges like those posed by DSS in healthcare. By empowering team members at all levels to contribute, these industries have demonstrated that minimizing hierarchical barriers fosters better decision-making and reduces errors (Alavosius et al., 2017).

One of the most influential frameworks is CRM, developed in aviation to mitigate communication failures caused by authority gradients. Crew resource management promotes open communication, shared accountability, and environments where concerns can be voiced without fear (Gross et al., 2019). Key tools such as standardized checklists, structured communication protocols, and simulation-based training have significantly improved safety by ensuring critical information flows freely across ranks (Guy et al., 2022). These strategies enhance both operational efficiency and ethical accountability.

Similarly, the nuclear power industry highlights the value of reducing power distance. Practices, such as layered decision protocols and redundancy systems, ensure that no single authority dominates critical decisions, creating a culture of shared accountability (Orikpete & Ewim, 2024). These systems demonstrate that flattening hierarchies does not diminish leadership but strengthens team collaboration under pressure; lessons that translate to healthcare.

Building on these insights from other industries, healthcare can benefit similarly from strategies that enhance team

collaboration and communication. Crew resource management principles, including structured communication and scenario-based training, can help surgical teams reduce errors and adapt more effectively to high-stress situations (Romano et al., 2022). Additionally, decision-support tools and real-time analytics can identify communication gaps and reinforce collaborative practices (Roosan et al., 2019).

Beyond practical applications, these frameworks align with healthcare's ethical commitments. Aviation's ethos of "every life is worth the effort" parallels healthcare's mission to prioritize safety and inclusivity (Stanford, 2020). By operationalizing this ethos through structured practices, healthcare systems can reduce the root causes of DSS, burnout, and disengagement, particularly among nurses (Albaqawi & Alshammari, 2024; Čartolovni, et al., 2021).

The successes of aviation and nuclear power demonstrate that reducing power distance and DSS is both achievable and transformative. High-reliability industries, such as aviation and nuclear power, have successfully implemented structured communication protocols, hierarchical flattening strategies, and team-based decision-making frameworks to enhance safety and operational efficiency (Alavosius et al., 2017; Orikpete & Ewim, 2024). These industries illustrate that by integrating CRM principles, fostering psychological safety, and adopting robust training and evaluation metrics, healthcare institutions can create safer, more equitable environments (Gross et al., 2019; Buljac-Samardžić et al., 2021).

Recommendations for Reform

Lessons from aviation and nuclear power demonstrate that sustained cultural and operational change requires a comprehensive, multi-faceted approach. These industries have successfully integrated leadership development, technological innovation, policy reform, and cultural initiatives to address systemic barriers to safety and collaboration (Havinga et al., 2017; Romano et al., 2022). Insights from these industries illustrate that healthcare systems must take a similarly holistic approach to mitigating DSS and fostering interdisciplinary collaboration. Central to this comprehensive approach is leadership development, which plays a pivotal role in fostering inclusivity and psychological safety within teams (DeBrun et al., 2019). Training programs should equip leaders with skills, such as active listening, empathy, and conflict resolution, enabling them to create environments where all voices are valued. Equipping leaders with these skills is only part of the solution; they must be applied through structured strategies like round-robin discussions and safe communication channels, to encourage team participation. Task-specific delegation highlights diverse expertise, while mentorship programs and rotational leadership roles further support professional development and shared accountability. These approaches

allow junior staff to develop leadership skills and foster mutual respect across hierarchical levels (Rainey & Monaghan, 2022; Robertson et al., 2024). Empathy-based exercises, where leaders experience the challenges faced by frontline workers, complement these strategies by deepening understanding and strengthening trust within teams (McNulty & Politis, 2023).

In addition to fostering inclusive leadership, equipping healthcare teams to perform under pressure is essential for addressing the challenges of high-stakes environments. Dynamic stress-testing protocols, like those used in aviation, prepare teams for such scenarios by enhancing adaptability and collective decision-making (Colman et al., 2019; Hibberson et al., 2021). For example, perioperative teams can use dynamic stress-testing protocols in simulation, to prepare for high-pressure scenarios. During a training session, the team can rehearse a complex surgery involving a simulated intraoperative crisis, such as sudden cardiac arrest due to an air embolism. Using a high-fidelity mannequin, the simulation evolves dynamically based on the team's actions, requiring rapid decision-making and seamless communication. The anaesthesiologist administers simulated medications, while the surgeon adjusts the procedure to manage the embolism. Meanwhile, the circulating nurse retrieves additional instruments, and the scrub nurse maintains the sterile field. Facilitators monitor the session with an artificial intelligence (AI)-driven system that tracks communication, response times, and task execution. Post-simulation, the team reviews performance metrics and identifies areas for improvement. This stress-testing approach enhances adaptability, communication, and collective decision-making, improving patient outcomes in perioperative emergencies (Komasawa & Berg, 2016).

While stress-testing protocols enhance team dynamics during critical moments, broader systemic improvements are needed to address inefficiencies and workload disparities on an organizational level. Addressing systemic inefficiencies and workload disparities requires policy and structural reforms (Yakusheva, & Boston-Leary, 2024). One such reform is implementing scheduling policies that limit non-emergent surgeries during high-risk hours, a strategy that reduces fatigue-related errors and preserves resources for emergencies (Kawa et al., 2024; Kluger et al., 2013; Rodziewicz et al., 2024). Fair workload distribution is another critical measure, as it promotes team cohesion and mitigates burnout by ensuring responsibilities are shared equitably. In addition, decision-making frameworks that require team consensus ensure that the perspectives of all staff, including nurses and junior team members, are acknowledged, and valued (Lin et al., 2022). To assess the effectiveness of these reforms, healthcare organizations should adopt clear metrics, such as reduced error rates, improved team satisfaction, and lower staff turnover. Public accountability dashboards tracking inclusivity and safety metrics further reinforce these efforts by enhancing transparency and trust across institutions (Fukami, 2024).

Building on these structural reforms, cultural initiatives play a crucial role in fostering inclusivity and addressing implicit biases (Onyeador et al., 2021). Programs that combine cultural competency and bias-awareness training help teams navigate diverse communication styles and overcome barriers tied to rank, gender, or role. Role-playing exercises and narrative workshops, where staff share experiences of hierarchical challenges, can humanize the impact of DSS and inspire collective action (Sabin, 2022). Recognition programs that reward inclusivity-focused practices further embed these values into organizational culture, while linking leadership incentives to metrics, such as team satisfaction and retention, ensures sustained commitment to equity and collaboration (Tian et al., 2020).

Adopting these strategies and integrating them across leadership, policies, and culture, enables healthcare to create transformative perioperative environments that serve as models for equity, safety, and collaboration. These changes not only enhance patient safety and staff well-being, but also align with broader ethical and institutional priorities, creating a more equitable and sustainable healthcare system.

Practicality and Impact

The proposed recommendations to address DSS and reduce power distance in healthcare hold significant potential for transforming perioperative care and beyond. However, the feasibility of these interventions depends on effectively addressing implementation barriers and leveraging insights from other high-stakes industries. By considering policy implications and interdisciplinary relevance, this section highlights the practical pathways for applying these reforms across diverse healthcare settings.

While these recommendations hold great promise, their successful implementation requires addressing significant feasibility challenges, including resource constraints and resistance to change (McGuier et al., 2024). One primary barrier is the financial and logistical burden of training programs, technology integration, and cultural initiatives, particularly in underfunded healthcare systems or low-resource settings (Buljac-Samardžić et al., 2020). Smaller institutions may struggle to allocate the necessary resources for comprehensive reform. To address this, reforms can be introduced incrementally, beginning with low-cost interventions, such as leadership training modules, anonymous feedback systems, and structured communication protocols like SBAR (Wang et al., 2023). These foundational changes can generate initial success and build momentum for more resource-intensive initiatives, such as simulation-based training or decision-support technology implementation.

In addition to resource constraints, resistance to change from staff accustomed to traditional hierarchical structures poses another significant obstacle to reform (French-Bravo & Crow,

2015; George & Massy, 2020). Engaging stakeholders early in the process and framing reforms as opportunities to enhance team performance and patient outcomes can help mitigate this resistance (Fernandez et al., 2022). Additionally, pilot programs in select departments can serve as proof of concept, demonstrating the tangible benefits of reforms and encouraging broader buy-in. Recognizing and rewarding inclusive practices through institutional recognition programs can promote further a culture of collaboration and accountability (Rogers et al., 2021).

Aviation's emphasis on structured communication tools, such as standardized checklists and pre-flight briefings, aligns closely with the needs of surgical teams. These tools also can be tailored for use in outpatient clinics to ensure consistent patient handoffs or in emergency departments to streamline triage and resource allocation. Similarly, the nuclear power industry's layered decision-making protocols and redundancy systems provide a model for reducing errors in high-risk healthcare scenarios, such as critical care or neonatal units.

Beyond operational practices, these industries demonstrate how fostering a culture of psychological safety and shared accountability can reinforce the success of structural reforms. By fostering environments where all team members feel empowered to voice concerns without fear of retribution, healthcare settings can enhance both patient safety and team cohesion. Interdisciplinary collaborations with experts from aviation and nuclear power can refine these adaptations further, ensuring they align with the unique demands of healthcare.

Critical Analysis and Limitations

This paper provides a robust foundation for addressing systemic barriers in perioperative care through the conceptualization of DSS and proposed reforms, yet several limitations merit consideration. Acknowledging these challenges enhances the credibility of the arguments and identifies opportunities for refinement and future research.

The DSS framework focuses primarily on the habitual use of mitigated speech and the influence of hierarchical norms on communication. Although this captures a critical dimension of communication barriers in the OR, it does not fully account for other contributing factors such as time pressures, resource constraints, and interprofessional conflicts that may operate independently of hierarchy. Additionally, the interdisciplinary insights drawn from high-stakes industries, such as aviation, offer valuable parallels but may not align entirely with the complexities and cultural nuances of healthcare environments. For example, the rigid standardization in aviation protocols may be difficult to replicate in the dynamic and diverse nature of medical teams. Expanding the framework to incorporate these contextual factors could enhance its applicability and depth.

Furthermore, demonstrating the effectiveness of these interventions is crucial to overcoming resistance and ensuring their sustained adoption, yet measuring their impact introduces further complexity. Metrics, such as error rates, patient outcomes, and team satisfaction, are valuable indicators, but isolating the specific impact of DSS-related reforms from other variables is inherently complex. Longitudinal studies with robust evaluation frameworks are essential to assess the sustained effects of these changes, but such efforts require considerable time, funding, and institutional commitment.

Cultural factors add another layer of complexity, influencing not only the feasibility of implementation, but also the likelihood of success across diverse healthcare settings. In high power-distance cultures, deeply ingrained hierarchical norms may not be easily shifted without generating discomfort or resistance (Anderson & Brown, 2010; Green et al., 2017). Additionally, empowering junior staff could inadvertently lead to role confusion or overconfidence, if not managed carefully. Tailoring interventions to align with the cultural and institutional contexts of diverse healthcare settings is critical to ensuring their success (Mullin et al., 2021).

This diversity underscores the risk of overgeneralizing the DSS framework and reforms, particularly when applying them beyond perioperative care. Outpatient clinics, emergency departments, and long-term care facilities may face unique communication dynamics that require distinct approaches. Universally applying the DSS framework without accounting for such difference's risks oversimplifying the issue and diluting the effectiveness of the interventions.

Addressing these limitations provides an opportunity for future research to refine the DSS framework, expand its applicability, and develop equitable solutions for diverse healthcare environments. Future studies should explore the integration of DSS with other frameworks, such as cognitive load theory or interprofessional education models, to provide a more comprehensive understanding of communication barriers. Comparative studies across diverse healthcare settings are needed to evaluate the generalizability and adaptability of DSS-related interventions. Additionally, scalable solutions for resource-constrained environments must be developed to ensure equitable access to the benefits of these reforms. Long-term studies combining quantitative metrics with qualitative insights from healthcare professionals can offer a deeper understanding of the sustained impact of these interventions.

By critically examining its own scope and limitations, this paper advocates for an iterative approach to systemic reform. Recognizing these challenges fosters a more nuanced discussion and strengthens the foundation for meaningful and sustainable change in perioperative care.

Conclusion

Tackling DSS is not just an operational necessity, it is a moral imperative to safeguard both patients' lives and professional integrity by addressing safety, equity, and collaboration in the OR. This paper has shown that unchecked hierarchies heighten preventable risks, erode team cohesion, and undermine the ethical foundations of perioperative care. Effective reform begins with acknowledging the profound impact of power distance and committing to evidence-based solutions.

Short-term interventions, such as structured communication tools and equitable workload distribution, must lay the foundation for long-term cultural transformation through leadership training and inclusive policies. Together, these measures address the root causes of moral injury, burnout, and inefficiencies, fostering a healthcare environment where equity, respect, and accountability are central to care delivery.

Failure to act will perpetuate preventable errors and workforce attrition, while implementing these reforms promises safer care and stronger team cohesion. As a microcosm of healthcare, the OR offers a unique platform to lead systemic change through inclusive decision-making and innovative care models. Achieving this transformation requires not only updated policies and targeted training, but also a fundamental cultural shift that values every voice, prioritizes collaboration, and places patient safety at the forefront.

Future research should focus on the quantitative impact of DSS interventions, comparative effectiveness of reforms across diverse contexts, and interdisciplinary innovations tailored to perioperative care. These efforts will ensure that solutions are both scalable and effective, bridging the gap between theory and practice.

An imperative now emerges for healthcare leaders, policymakers, and educators to act decisively. The transformation of perioperative care into a model of safety, equity, and collaboration is not just achievable, it is necessary. By prioritizing inclusive practices and dismantling systemic barriers, healthcare systems can pave the way for a more resilient, equitable, and effective future. The stakes demand urgency, and the future of healthcare depends on embracing this challenge.

Author Notes



Jennifer Dunn, MN, RN, is a doctoral student in Nursing at the University of Saskatchewan and has more than two decades of clinical experience. She holds a Bachelor of Nursing from the University of New Brunswick (2000) and a Master of Nursing from the University of Lethbridge (2024), supported by the Alberta Graduate Excellence Scholarship (2022). Her research examines the experiences of perioperative nurses, focusing on how larger systemic forces shape their personal career journeys and daily work realities.

Jennifer's clinical expertise spans neonatal and paediatric perioperative care, having begun her career in the Neonatal Intensive Care Unit at the Janeway Children's Hospital before specializing in paediatric perioperative nursing at the Alberta Children's Hospital. She has been recognized for her contributions to nursing scholarship, receiving the University of Saskatchewan's Doctoral Student Support Fund Award (2024–2025). She is also an active volunteer with Project Outreach, where she collaborates with multidisciplinary teams to support healthcare professionals in underserved regions, promoting sustainable, community-based health initiatives for children worldwide.

Conflicts of Interest

The author has no conflicts of interest to declare.

Funding

The author received no funding for the research or writing of this article.

REFERENCES

- Alavosius, M., Houmanfar, R., Anbro, S., Burleigh, K., & Hebein, C. (2017). Leadership and crew resource management in high-reliability organizations: A competency framework for measuring behaviors. *Journal of Organizational Behavior Management*, 37(1), 1–29. <https://doi.org/10.1080/01608061.2017.1325825>
- Albaqawi, H. M., & Alshammari, M. H. (2024). Resilience, compassion fatigue, moral distress, and moral injury of nurses. *Nursing Ethics*, 9697330241287862. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/09697330241287862>
- Albelda Marco, M., & Estellés Arguedas, M. (2021). Mitigation revisited: An operative and integrated definition of the pragmatic concept, its strategic values, and its linguistic expression. *Journal of Pragmatics*, 183, 71–86. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2021.07.002>
- Alston, E., Alston, L., & Mueller, B. (2021, July 15). Leadership within organizational hierarchies. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3549964>
- Anderson, C., & Brown, C. (2010). The functions and dysfunctions of hierarchy. *Research in Organizational Behavior*, 30, 55–89. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2010.08.002>
- Appelbaum, N. P., Lockeman, K. S., Orr, S., Huff, T. A., Hogan, C. J., Queen, B. A., & Dow, A. W. (2020). Perceived influence of power distance, psychological safety, and team cohesion on team effectiveness. *Journal of Interprofessional Care*, 34(1), 20–26. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1633290>
- Attri, J. P., Sandhu, G. K., Mohan, B., Bala, N., Sandhu, K. S., & Bansal, L. (2015). Conflicts in the operating room: Focus on causes and resolution. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 9(4), 457–463. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.159476>
- Battíe, R. N., Rall, H., Khorsand, L., & Hill, J. (2017). Addressing perioperative staff member fatigue. *AORN Journal*, 105(3), 285–291. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.01.003>
- Buljac-Samardžić, M., Dekker-van Doorn, C. M., & Maynard, M. T. (2021). What do we really know about crew resource management in healthcare? An umbrella review on crew resource management and its effectiveness. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e929–e958. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000816>

- Buljac-Samardžić, M., Doekhie, K. D., & van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: A systematic review of the past decade. *Human Resources for Health, 18*, Article 2. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Canadian Patient Safety Institute. (2020). *The safety competencies: Enhancing patient safety across the health professions* (2nd ed.). https://www.healthcareexcellence.ca/media/115mbc4z/cpsi-safetycompetencies_en_digital-final-ua.pdf
- Čartolovni, A., Stolt, M., Scott, P. A., & Suhonen, R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics, 28*(5), 590–602. <https://doi.org/10.1177/0969733020966776>
- Colman, N., Figueroa, J., McCracken, C., & Hebban, K. (2019). Simulation-based team training improves team performance among pediatric intensive care unit staff. *Journal of Pediatric Intensive Care, 8*(2), 83–91. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676469>
- Dai, Y., Li, H., Xie, W., & Deng, T. (2022). Power distance belief and workplace communication: The mediating role of fear of authority. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(5), 2932. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052932>
- Dalton, G. D., Samaropoulos, X. F., & Dalton, A. C. (2008). Improvements in the safety of patient care can help end the medical malpractice crisis in the United States. *Health Policy, 86*(2–3), 153–162. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.10.005>
- Daniels, M. A., & Greguras, G. J. (2014). Exploring the nature of power distance: Implications for micro- and macro-level theories, processes, and outcomes. *Journal of Management, 40*(5), 1202–1229. <https://doi.org/10.1177/0149206314527131>
- De Brún, A., O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2019). Interventions to develop collectivistic leadership in healthcare settings: A systematic review. *BMC Health Services Research, 19*(1), Article 72. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3883-x>
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in the healthcare system: Conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research, 24*(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- Etchegaray, J., Ottosen, M., Dancsak, T., & Thomas, E. (2017). Barriers to speaking up about patient safety concerns. *Journal of Patient Safety, 16*(1), 1. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000334>
- Etemadifar, S., Sedighi, Z., Sedehi, M., & Masoudi, R. (2021). The effect of situation, background, assessment, recommendation-based safety program on patient safety culture in intensive care unit nurses. *Journal of Education and Health Promotion, 10*, Article 422. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1273_20
- Etherington, C., Burns, J. K., Kitto, S., Brehaut, J. C., Britton, M., Singh, S., & Boet, S. (2021). Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the theoretical domains framework. *PLOS ONE, 16*(e0249576). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249576>
- Fernandez, M. E., Damschroder, L., & Balasubramanian, B. (2022). Understanding barriers and facilitators for implementation across settings. In B. J. Weiner, C. Lewis, & K. Sherr (Eds.), *Practical implementation science: Moving into action*. Springer Publishing.
- Fietz, B., Hillmann, J., & Guenther, E. (2021). Cultural effects on organizational resilience: Evidence from the NAFTA region. *Schmalenbach Journal of Business Research, 73*(1), 5–46. <https://doi.org/10.1007/s41471-021-00106-8>
- Flores, P. L. (2022). *When “First, Do No Harm” fails: A restorative justice approach to workgroup harms in healthcare* (Publication No. 944) [Doctoral dissertation, University of San Diego]. Digital USD. <https://digital.sandiego.edu/dissertations/944>
- French-Bravo, M., & Crow, G. (2015, March 19). Shared governance: The role of buy-in in bringing about change. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 20*(2), 8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No02PPT03>
- Fukami, T. (2024). Enhancing healthcare accountability for administrators: Fostering transparency for patient safety and quality enhancement. *Cureus, 16*(8), Article e66007. <https://doi.org/10.7759/cureus.66007>
- Garrick, A., Johnson, D., & Arendt, S. (2024). Breaking barriers: Strategies for fostering inclusivity in the workplace. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 14*(2). <https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v14-i2/20799>
- George, V., & Massey, L. (2020). Proactive strategy to improve staff engagement. *Nurse Leader, 18*(6), 532–535. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.08.008>
- Ghanmi, N., Bondok, M., Etherington, C., Saddiki, Y., Lefebvre, I., Berthelot, P., Dion, P. M., Raymond, B., Seguin, J., Sekhavati, P., Islam, S., & Boet, S. (2024). Optimizing teamwork in the operating room: A scoping review of actionable teamwork strategies. *Cureus, 16*(5), e60522. <https://doi.org/10.7759/cureus.60522>
- Gong, Z., Van Swol, L., Xu, Z., Yin, K., Zhang, N., Gul Gilal, F., & Li, X. (2019). High-power distance is not always bad: Ethical leadership results in feedback seeking. *Frontiers in Psychology, 10*, Article 2137. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02137>
- Grailey, K. E., Murray, E., Reader, T., & Brett, S. J. (2021). The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: An evidence synthesis. *BMC Health Services Research, 21*(1), Article 773. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>
- Green, B., Oeppen, R. S., Smith, D. W., & Brennan, P. A. (2017). Challenging hierarchy in healthcare teams: Ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 55*(5), 449–453. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.02.010>
- Gross, B., Rusin, L., Kiesewetter, J., Zottmann, J. M., Fischer, M. R., Prückner, S., & Zech, A. (2019). Crew resource management training in healthcare: A systematic review of intervention design, training conditions, and evaluation. *BMJ Open, 9*(1), e025247. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025247>
- Guttman, O. T., Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Webster, K. L. W., Gisick, L. M., & Baker, A. L. (2021). Dissecting communication barriers in healthcare: A path to enhancing communication resiliency, reliability, and patient safety. *Journal of Patient Safety, 17*(8), e1465–e1471. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000541>
- Guy, I. A., Kerstein, R. L., & Brennan, P. A. (2022). How to WHO: Lessons from aviation in checklists and debriefs. *Annals of the Royal College of Surgeons of England, 104*(7), 510–516. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2021.0234>
- Hajek, A. M. (2013). Breaking down clinical silos in healthcare. *Frontiers of Health Services Management, 29*(4), 45–50. https://journals.lww.com/frontiersonline/citation/2013/04000/breaking_down_clinical_silos_in_healthcare.6.aspx
- Havinga, J., De Boer, R. J., Rae, A., & Dekker, S. (2017). How did crew resource management take off outside of the cockpit? A systematic review of how crew resource management training is conceptualised and evaluated for non-pilots. *Safety, 3*(4), Article 26. <https://doi.org/10.3390/safety3040026>
- Hays, N. A., Li, J., Yang, X., Oh, J. K., Yu, A., Chen, Y.-R., Hollenbeck, J. R., & Jamieson, B. (2022). A tale of two hierarchies: Interactive effects of power differentiation and status differentiation on team performance. *Organization Science, 33*(6), 2085–2105. <https://doi.org/10.1287/orsc.2021.1540>

- Hibberson, M., Lawton, J., & Whitehead, D. (2021). Multidisciplinary simulation training for perioperative teams: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 34(2), Article 1. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1111>
- Hill Weller, L., Rubinsky, A. D., Shade, S. B., Liu, F., Cheng, I., Lopez, G., Robertson, A., Smith, J., Dang, K., Leiva, C., Rubin, S., Martinez, S. M., Bibbins-Domingo, K., & Morris, M. D. (2024). Lessons learned from implementing a diversity, equity, and inclusion curriculum for health research professionals at a large academic research institution. *Journal of Clinical and Translational Science*, 8(1), Article e22. <https://doi.org/10.1017/cts.2024.6>
- Kawa, N., Araj, T., Kaafarani, H., & Adra, S. W. (2024). A narrative review on intraoperative adverse events: Risks, prevention, and mitigation. *Journal of Surgical Research*, 295, 468–476. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.11.045>
- Kenawy, D., & Schwartz, D. (2018). An evaluation of perioperative communication in the operating room. *Journal of Perioperative Practice*, 28(10), 267–272. <https://doi.org/10.1177/1750458918780154>
- Kluger, Y., Ben-Ishay, O., Sartelli, M., Ansaloni, L., Abbas, A. E., Agresta, F., Biffl, W. L., Baiocchi, L., Bala, M., Catena, F., Coimbra, R., Cui, Y., Di Saverio, S., Das, K., El Zalabany, T., Fraga, G. P., Gomes, C. A., Gonsaga, R. A., Kenig, J., ... Moore, E. E. (2013). World Society of Emergency Surgery study group initiative on Timing of Acute Care Surgery classification (TACS). *World Journal of Emergency Surgery*, 8(1), Article 17. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-8-17>
- Komasawa, N., & Berg, B. (2016). Interprofessional simulation training for perioperative management team development and patient safety. *Journal of Perioperative Practice*, 26(11), 250–253. <https://doi.org/10.1177/175045891602601103>
- Korkmaz, A. V., van Engen, M. L., Knappert, L., & Schalk, R. (2022). About and beyond leading uniqueness and belongingness: A systematic review of inclusive leadership research. *Human Resource Management Review*, 32(4), Article 100894. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2022.100894>
- Krishnakumar, D., Caskey, R., & Hughes, A. M. (2021). Examining the influence of power distance on psychological safety within healthcare teams. *Proceedings of the International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care*, 10(1), 194–198.
- Lazar, H., Lavis, J. N., Forest, P.-G., & Church, J. (Eds.). (2013). *Paradigm freeze: Why it is so hard to reform health-care policy in Canada*. Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University.
- Lee, H., Woodward-Kron, R., Merry, A., Weller, J., 2023. Emotions and team communication in the operating room: A scoping review. *Medical Education Online*, 28(1), 2194508. <https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2194508>
- Lee, S. E., Seo, J. K., & Squires, A. (2024). Voice, silence, perceived impact, psychological safety, and burnout among nurses: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 151, Article 104669. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104669>
- Lin, S. P., Chang, C. W., Wu, C. Y., Chin, C. S., Lin, C. H., Shiu, S. I., Chen, Y. W., Yen, T. H., Chen, H. C., Lai, Y. H., Hou, S. C., Wu, M. J., & Chen, H. H. (2022). The effectiveness of multidisciplinary team huddles in a hospital-based healthcare setting. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 2241–2247. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S384554>
- McGuier, E. A., Kolko, D. J., Aarons, G. A., Schachter, A., Klem, M. L., Diabes, M. A., Weingart, L. R., Salas, E., & Wolk, C. B. (2024). Teamwork and implementation of innovations in healthcare and human service settings: A systematic review. *Implementation Science*, 19, Article 49. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01381-9>
- McNulty, J. P., & Politis, Y. (2023). Empathy, emotional intelligence, and interprofessional skills in healthcare education. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 54(2), 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2023.02.014>
- Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O’Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfuess, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallingberg, B., & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 374, n1679. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1679>
- Mullin, A. E., Coe, I. R., Gooden, E. A., Tunde-Byass, M., & Wiley, R. E. (2021). Inclusion, diversity, equity, and accessibility: From organizational responsibility to leadership competency. *Healthcare Management Forum*, 34(6), 311–315. <https://doi.org/10.1177/08404704211038232>
- Mundt, A. S., Gjeraa, K., Spanager, L., Petersen, S. S., Dieckmann, P., & Østergaard, D. (2020). Okay, let’s talk: Short debriefings in the operating room. *Heliyon*, 6(7), Article e04386. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04386>
- O’Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Chapter 33). Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>
- Okatta, C., Ajayi, F., & Olawale, O. (2024). Enhancing organizational performance through diversity and inclusion initiatives: A meta-analysis. *International Journal of Applied Research in Social Sciences*, 6(4), 734–758. <https://doi.org/10.51594/ijarss.v6i4.1065>
- Olaleye, T. T., Christianson, T. M., & Hoot, T. J. (2022). Nurse burnout and resiliency in critical care nurses: A scoping review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 17, Article 100461. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100461>
- Onyeador, I. N., Hudson, S. T. J., & Lewis, N. A. (2021). Moving beyond implicit bias training: Policy insights for increasing organizational diversity. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 8(1), 19–26. <https://doi.org/10.1177/2372732220983840>
- Orikpete, O. E., & Ewim, D. R. E. (2024). Interplay of human factors and safety culture in nuclear safety for enhanced organizational and individual performance: A comprehensive review. *Nuclear Engineering and Design*, 416, Article 112797. <https://doi.org/10.1016/j.nucengdes.2023.112797>
- Parker, M., Fang, X., & Bradlyn, A. (2020). Costs and effectiveness of a culturally tailored communication training program to increase cultural competence among multi-disciplinary care management teams. *BMC Health Services Research*, 20, Article 784. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05662-z>
- Pasquer, A., Ducarroz, S., Lifante, J. C., Skinner, S., Poncet, G., & Duclos, A. (2024). Operating room organization and surgical performance: A systematic review. *Patient Safety in Surgery*, 18(1), Article 5. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00388-3>
- Pattni, N., Arzola, C., Malavade, A., Varmani, S., Krimus, L., & Friedman, Z. (2019). Challenging authority and speaking up in the operating room environment: A narrative synthesis. *British Journal of Anaesthesia*, 122(2), 233–244. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.10.056>
- Rainey, D., & Monaghan, C. (2022). Supporting newly qualified nurses to develop their leadership skills. *Nursing Management (Harrow)*, 29(5), 34–41. <https://doi.org/10.7748/nm.2022.e2031>
- Rabinovich-Einy, O. (2011). Escaping the shadow of malpractice law. *Law and Contemporary Problems*, 74(3), 241–278. <http://www.jstor.org/stable/23062948>
- Robertson, S., Ryan, T., & Talpur, A. (2024). Factors influencing early career nurses to adopt leadership roles: A literature review. *Nursing Management (Harrow)*, 31(2), 20–26. <https://doi.org/10.7748/nm.2023.e2105>
- Roche, P., Shimmmin, C., Hickes, S., Khan, M., Sherzoi, O., Wicklund, E., Lavoie, J. G., Hardie, S., Wittmeier, K. D. M., & Sibley, K. M. (2020). Valuing all voices: Refining a trauma-informed, intersectional, and critical reflexive framework for patient engagement in health research

using a qualitative descriptive approach. *Research Involvement and Engagement*, 6, Article 42. <https://doi.org/10.1186/s40900-020-00217-2>

Rodziewicz, T. L., Houseman, B., Vaqar, S., & Hipskind, J. E. (2024). Medical error reduction and prevention. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>

Rogers, H. L., Pablo Hernando, S., Núñez-Fernández, S., Sanchez, A., Martos, C., Moreno, M., & Grandes, G. (2021). Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: A qualitative study. *Journal of Health Organization and Management*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2020-0512>

Romano, T., Pestana, J., & Moreira, V. (2022). Crew resource management (CRM) as a tool for patient safety in health. *International Journal of Health Science*, 2(1), 2–8. <https://doi.org/10.22533/at.ed.1592492219085>

Roosan, D., Law, A., Karim, M., & Roosan, M. (2019). Improving team-based decision-making using data analytics and informatics: Protocol for a collaborative decision support design. *JMIR Research Protocols*, 8(9), e14145. <https://doi.org/10.2196/14145>

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>

Sabin, J. A. (2022). Tackling implicit bias in health care. *New England Journal of Medicine*, 387(2), 105–107. <https://doi.org/10.1056/nejmp2201180>

Shah, R., Gao, Z., & Mittal, H. (2015). Social and cultural factors. In R. Shah, Z. Gao, & H. Mittal (Eds.), *Innovation, entrepreneurship, and the economy in the US, China, and India* (pp. 201–208). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801890-3.00012-5>

Tian, H., Iqbal, S., Akhtar, S., Qalati, S. A., Anwar, F., & Khan, M. A. S. (2020). The impact of transformational leadership on employee retention: Mediation and moderation through organizational citizenship behavior and communication. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 314. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00314>

Tørring, B., Gittell, J., Laursen, M., Rasmussen, B., & Sørensen, E. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19, Article 528. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>

Wang, T., Tan, J.-Y. B., Liu, X.-L., & Zhao, I. (2023). Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: An overview of systematic reviews. *BMJ Open*, 13, Article e062158. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062158>

Yakusheva, O., & Boston-Leary, K. (2024). Will hospitals finally listen to nurses? *JAMA Network Open*, 7(4), e244104. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.4104>

Yi, L., Chen, Z., Jiménez-Herrera, M. F., Gan, X., Ren, Y., & Tian, X. (2024). The impact of moral resilience on nurse turnover intentions: The mediating role of job burnout in a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, Article 4. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02357-2>

Zander, L. (2020). Interpersonal leadership across cultures: A historical exposé and a research agenda. *International Studies of Management & Organization*, 50(4), 357–380. <https://doi.org/10.1080/00208825.2020.1850980>

Zhang, C. (2023). Addressing cultural differences: Effective communication techniques in complex organizations. *Academic Journal of Management and Social Sciences*, 5(1), 30–33. <https://doi.org/10.54097/5txujkkg>



Perioperative Management

Surgical Pack Program





Pack Portfolio Overview



Clinical Evaluation and Recommendation



Implementation at Your Facility



Utilization Review for Ensured Efficiency

Learn more

Click for more information on our custom surgical packs or contact your Medline Representative at 1-800-268-2848

Medline Canada, Corporation | 5150 Spectrum Way, Suite 300, Mississauga, ON, L4W 5G2 | 1-800-268-2848 | medline.ca

© 2025 Medline Industries, LP. All rights reserved. Medline is a registered trademark of Medline Industries, LP.

Medline Industries, LP Three Lakes Drive, Northfield, IL 60093 USA MKT19W7001818 / eCA210 / 92

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

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

Jennifer Dunn^{1,2}

¹ Hôpital pour enfants de l'Alberta

² Université de la Saskatchewan

Pour communiquer avec l'auteure : Jennifer Dunn, zhm569@mail.usask.ca

Résumé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le syndrome de déférence, un phénomène conceptuel

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

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

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

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

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

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

Coûts humains et organisationnels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le dilemme de la distance hiérarchique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des exemples de succès dans d'autres secteurs

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

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

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

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

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

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

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

Recommandations de réforme

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

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

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

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

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

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

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

Aspects pratiques et répercussions

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

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

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

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

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

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

Analyse critique et limites de l'étude

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

À propos de l'auteure



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

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

Conflits d'intérêts

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

Financement

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

Références

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

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

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

Transforming from victim to survivor—Part 1: Strategies for clinicians to safeguard themselves, colleagues, and patients from disruptive intraoperative behaviour

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

¹University of the Fraser Valley, Chilliwack, British Columbia

²Northwestern Polytechnic, Grande Prairie, Alberta

³Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, Manitoba

* Corresponding author: Assistant professor, University of the Fraser Valley, Chilliwack, British Columbia. CEP A3422, 45201 Caen Ave, Chilliwack, BC, V2R 0N3, alexander.villafranca@ufv.ca

Abstract

Disruptive intraoperative behaviour is pervasive and harms clinicians, patients, and institutions. Clinicians exposed to disruptive behaviour inadvertently become parties to an interpersonal conflict. While previous reviews focused on antecedents and consequences of disruptive behaviour, we adopt a conflict resolution perspective to (1) equip clinicians to maintain their well-being when faced with disruptive behaviour; and (2) outline how clinicians can respond to prevent escalation while not reinforcing the behaviour.

Clinician responses start with cognitive appraisals, which determine the psychological impact of disruptive behaviour. Clinicians can improve their appraisals using situational awareness, cognitive reappraisal, and grounding techniques. Over the long term, clinicians can use adaptive coping mechanisms, characterized by a “survivor” mindset, and avoid maladaptive strategies, characterized by a psychologically harmful “victim” mindset. Clinicians must be mindful of the roles they assume in conflicts. Manipulative and malicious responses turn clinicians into accomplices or retaliatory offenders, while overusing passive responses risks relegating them to being enabling bystanders. Instead, clinicians should respond assertively, which transforms them into upstanders. Successful assertive efforts involve refocusing attention, avoiding flash escalation, using structured communication tools, setting clear boundaries, and practising these skills via simulation. By adopting these micro-level interventions, clinicians can help cultivate a respectful OR culture and safeguard their well-being.

Suggested citation: Villafranca, A., Adams, B., Krestow, O., Forest, A., & Yasinski, L. (2025). Transforming from victim to survivor—Part 1: 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>

Keywords: bullying, incivility, teamwork, cognitive appraisals, clinical communication

Introduction

Shouting, throwing objects, bullying – these are examples of disruptive behaviour occurring in the operating room (OR). Ranging from mild incivility to outright abuse (Villafranca, Hamlin, & Jacobson, 2017), disruptive behaviour is formally defined as any interpersonal behaviour that makes victims and witnesses feel threatened and violates the way a reasonable person would want to be treated (Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017). Regrettably, this behaviour still occurs in healthcare, and most clinicians will observe it during their careers (Colaprico et al., 2023; Goh et al., 2022; Gupta et al., 2024; Hicks & Stavropoulou, 2022; Pogue et al., 2022; Rosenstein & O’Daniel, 2006; Trépanier et al., 2016; Villafranca et al., 2024). Recently, we found that 98% of healthcare workers report exposure to disruptive intraoperative behaviours (Villafranca et al., 2019).

These behaviours are not just passing inconveniences; they negatively affect various individuals within the OR. They diminish the psychological and physical well-being of victims and witnesses. Psychologically, clinicians can experience decreased confidence and motivation (Goh et al., 2022), and increased depression (Goh et al., 2022; Hawkins et al., 2019; Hutchinson & Jackson, 2013; Lever et al., 2019; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017), anxiety (Goh et al., 2022; Hawkins et al., 2019; Hutchinson & Jackson, 2013; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017), and burnout (Hawkins et al., 2019; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017). Physically, clinicians may experience headaches, sleep disorders (Lever et al., 2019; Karatuna et al., 2020), fatigue, gastrointestinal issues, and increased risk of tachycardia

and hypertension (Goh, et al., 2022; Karatuna et al., 2020). Disruptive behaviour also can diminish clinicians' work quality, since it can undermine communication, teamwork, clinical decision making, and technical performance (Hicks & Stavropoulou, 2022; Johnson & Benham-Hutchins, 2020; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017). Decreased work quality affects patient safety and care (Cochran & Elder, 2015; Moreno-Leal et al., 2022; Pogue et al., 2022; Shafran et al., 2023). Specific safety concerns reported include patient falls, medication errors, patient dissatisfaction, and even mortality (Goh et al., 2022; Houck & Colbert, 2017). Ultimately, disruptive behaviour can affect institutions by decreasing clinician work satisfaction and increasing the risk of staff turnover, thereby increasing recruitment and retention costs (Goh et al., 2022; Hawkins et al., 2019; Trépanier et al., 2016; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017).

Previous literature often centred on the “disruptive clinician” (Dang et al., 2015; Walrath et al., 2013), sometimes specifically the “disruptive surgeon” (Cochran & Elder, 2014, 2015), and how to prevent and manage such individuals' poor behaviour (Hastie et al., 2020; Schaeffer, 1989). This perspective has merit, given that the disruptive clinicians are the minority (Hamlin et al., 2016; Panagioti et al., 2019), and some disruptive behaviours represent “never” events (e.g., sexual harassment, bigotry, etc.; Hicks & Stavropoulou, 2022).

Clinical conflict resolution models recognize clinicians inadvertently become part of a conflict when exposed to disruptive behaviour. Furthermore, interactions amongst clinicians can contribute to escalating conflict (Fiester, 2015; Hocker et al., 2017), partly due to clinicians shifting their role in the conflict from victim to retaliatory aggressor (Villafranca et al., 2024), or from bystander to accomplice (Dirican et al., 2022). Thus, clinicians must be made aware of their possible roles in the interaction and be equipped to respond to disruptive behaviour in a manner that both safeguards their psychological well-being and avoids the extremes of deferential passivity or reactive aggression.

Our review adopts a conflict resolution perspective and presents tools to deal with disruptive behaviour in real time. Our specific purposes were to 1) provide clinicians with strategies to maintain well-being when dealing with disruptive behaviour; and 2) outline responses to disruptive behaviour that avoid escalation without enabling the behaviour. By integrating these strategies, clinicians can reduce the incidence and impact of disruptive behaviour, making operating rooms safer for patients and staff.

Mind Over Mayhem: Cognitive appraisals and coping strategies to protect your wellbeing

When a clinician faces a stressful situation, such as a conflict, they make sense of it through the automatic process of cognitive appraisal, which determines how they respond to the

event—physiologically, emotionally, and behaviourally (Lavoie et al., 2021). Importantly, appraisals of the same situation vary among people, and can be modified to support mental health, since, over time, appraisals can affect an individual's health and well-being.

Cognitive appraisals are made in steps (Lavoie et al., 2021). Imagine a nurse overhears another clinician making an ambiguous comment about them. First, the overhearing clinician makes a primary appraisal to evaluate whether the event poses a threat to their well-being or goals (Spătaru & Maricuțoiu, 2024) and determines the size and immediacy of that threat. In this case, was the comment intentionally insulting? Could it threaten their reputation? Next, the clinician makes a secondary appraisal to assess what can be done (Lavoie et al., 2021), and whether they have the resources to deal with the present threat. In this case, the clinician considers which actions might resolve the problem and protect their psychological well-being. This informs their emotional response (Yeo & Ong, 2024), their level of stress (Fernandez De Henestrosa et al., 2023), and their behavioural response.

A cognitive appraisal of a stressful situation is positive when the clinician interprets the event as a manageable challenge or an opportunity for growth, thereby mitigating stress (Riepenhausen et al., 2022). A positive appraisal recognizes legitimate threats, while avoiding common cognitive biases, such as catastrophizing (i.e., exaggerating the probability or severity of negative outcomes) and filtering out the positive (i.e., focusing only on negative aspects of the situation). Such biases can cause ambiguous stimuli to be interpreted as threatening or make minor threats appear larger, contributing to burnout (Ayele & Barchard, 2024). Conversely, a negative appraisal is a biased interpretation of the situation, which amplifies stress and negative emotions (Krackow & Rudolph, 2008) and increases the risk of psychological sequelae after the event (Espejo et al., 2012; Nanney et al., 2015; Samuelson et al., 2021).

Improving cognitive appraisals

As a perioperative clinician, you can take practical, self-guided actions to improve your appraisals and safeguard your psychological wellbeing against such stressors as disruptive behaviour. You can improve your situational awareness, conduct in-the-moment cognitive reappraisals, and ground yourself when strong emotions arise. This involves three factors: perceiving key elements in the environment, recognizing their significance, and predicting future outcomes using that understanding. Most errors occur with the first factor (Jones & Endsley, 1996), due to inattention, failure to seek necessary information, ignoring useful information already available, or failing to update information when situations change. Flawed perceptions lead to flawed cognitive appraisals.

The simplest way for an OR clinician to improve their situational awareness is to regularly scan the OR, looking for environmental

stressors (e.g., time pressure, equipment issues, case complexity), changes in team communication, and other interpersonal dynamics. This helps clinicians promptly recognize disruptive behaviour and properly assess threats to patient care.

Cognitive reappraisal happens when a clinician intentionally reinterprets a distressing situation, such as exposure to disruptive behaviour, to try to improve its emotional impact (i.e., increasing positive emotion, while decreasing negative emotion). To do this, they reframe the event in a neutral or even positive light (National Health Service, n.d.). This does not require suppressing emotions, but rather changing the emotional reaction to the event before the full emotional response happens (Denson & Fabiansson, 2023; Gross & John, 2003).

There are numerous techniques to do this. One method involves challenging upsetting thoughts using cognitive behavioural therapy (CBT) techniques, such as the catch, check, change strategy: *catch*—identifying negative thoughts as they arise; *check*—reflecting on the thought's accuracy and usefulness; and *change*—changing to a more accurate and/or helpful one. Remember, thoughts are not facts and not all factual thoughts are useful; for example, cognitive distortions associated with poor appraisals are unhelpful thoughts.

Decentering, a related technique, is when you notice your thoughts, but don't identify with them immediately or uncritically (Pollard & Foreman, 2011) and adopt a more mindful and detached perspective, instead. A common mantra from this perspective is: "I am not my thoughts—I am observing them" (Pollard & Foreman, 2011). Such psychological distancing helps separate your thoughts from your identity, which decreases their emotional weight (Bennet et al., 2021).

If an overwhelming emotional reaction takes hold, grounding techniques can help shift your attention away from distressing thoughts and back to the present, typically by focusing on one or more of the five senses. For example, the 5-4-3-2-1 technique involves shifting your attention to the immediate environment, and identifying five things you can see, four things you can hear, three things you can touch, two things you can smell, and one thing you can taste. Such activities can reduce both anxiety and dissociation (Center for Substance Abuse Treatment, 2014).

Self-labeling and coping

While the above techniques help you manage appraisals and stress in the moment, repeated exposure to disruptive behaviour can lead to further issues, such as harmful self-labels and poor coping. Self-labels are identities individuals adopt after internalizing repeated events, such as ongoing personal exposure to disruptive behaviour. For example, a clinician might come to label themselves as a "victim" if they feel consistently powerless against disruptive behaviour, or as a "survivor" if they reframe the problem as an opportunity for growth.

While a clinician's perception of an event's magnitude can affect its impact on their health and wellbeing, their chosen self-label can affect these outcomes independently. Identifying as a victim or survivor shapes a clinician's resilience in both their professional and personal lives (Kets de Vries, 2012; Munroe et al., 2021). Identifying as a victim may be beneficial initially by motivating the clinician to seek help; however, it can become detrimental if adopted over the long term (Ben-David, 2020). For instance, if the "victim" label becomes part of the clinician's self concept, it can hinder recovery and prolong psychological distress (Ben-David, 2020). These individuals become what psychologist Sarah Ben-David calls "career victims", who experience persistent feelings of powerlessness and learned helplessness (Ben-David, 2020). Learned helplessness is feeling powerless to change negative situations (even if you can), which leads you to abandon efforts to change them (Ben-David, 2020). In addition, both negative cognitive appraisals (Bityutskaya & Korneev, 2021) and self-labelling as *victim*, can lead to poor coping strategies (Riepenhausen et al., 2022).

Coping is defined as thoughts and behaviours people adopt to manage stress (Folkman & Moskowitz, 2004). Adaptive coping strategies have positive physical, psychological, or social consequences (Algorani & Gupta, 2023; Holahan et al., 2021). This includes actions that successfully address the cause of the distress, such as problem-solving, information seeking (Algorani & Gupta, 2023; Holahan et al., 2021), and actions that successfully decrease the emotional distress associated with the situation, such as cognitive reframing, acceptance, and the use of humour (Algorani & Gupta, 2023). A survivor mindset is often associated with these adaptive coping strategies, especially those related to problem-solving (Munroe et al., 2021).

In contrast, maladaptive strategies can worsen mental health and increase the incidence of psychopathological symptoms (Algorani & Gupta, 2023; Stallman, 2020). Some strategies, including denial or wishful thinking, do not address the situation (Holahan et al., 2021). Others, including avoidance, escapism, and emotional suppression, do not reduce stress in a sustainably healthy way (Algorani & Gupta, 2023). A victim mindset is associated with these passive coping strategies (Kets de Vries, 2012). While occasional use of a maladaptive behaviour may be harmless, it becomes detrimental if established as a habit. Thus, clinicians should attempt to cope with disruptive behaviour adaptively and should adopt a survivor mindset to best recover from, and build resilience against future exposure to disruptive behaviour.

Improving coping

While acute techniques, such as cognitive reappraisal and grounding, are critical for managing immediate emotional responses to disruptive behaviour, long-term resilience depends on intentional use of adaptive coping strategies.

Clinicians can monitor and adjust their coping strategies, combining in-the-moment techniques with routines that promote good physical, emotional, and social well-being.

Consistent self-care is an essential component of long-term adaptive coping. This includes habits that promote health, well-being, and resilience (National Institute of Mental Health [NIMH], 2024), such as a nutritious diet, regular physical activity, adequate sleep, stress management, and keeping close connections with family and friends (International Self-Care Foundation [ISF], 2025). Also, clinicians can routinely reassess their coping strategies and seek professional support when needed. By combining these practices with the acute strategies discussed earlier, clinicians can encourage a survivor mindset that minimizes the impact of disruptive behaviour.

De-escalation without defeatism: Responding to disruptive behaviour in real time

Since clinicians exposed to disruptive behaviour inadvertently become part of the conflict, their reactions can make the situation worse or better. During conflicts in the OR, the key priorities should be safeguarding the patient, preventing harm to yourself and colleagues, and avoiding damaging relationships between team members. This involves de-escalating while not reinforcing the behaviour.

Response strategies and roles within a conflict

Looking at disruptive behaviour as a conflict, there are typical roles individuals adopt. The aggressor is the main clinician who is acting disruptively. The victim is the person to whom the disruptive behaviour is directed. Bystanders are clinicians who witness the behaviour but take no action. Accomplices are clinicians who see the event and elect to contribute to, or at least enable the behaviour. And finally, upstanders are people who witness the behaviour and “intervene on behalf of [the] person being attacked or bullied” (Oxford Languages Dictionary, n.d.), thereby standing up against injustice and mistreatment (Canadian Museum for Human Rights, 2019). Our previous research identified four common ways that clinicians respond to disruptive behaviour: assertively, passively, manipulatively, or maliciously (Villafranca et al., 2021). Each of these response strategies involves adopting a particular role and can be evaluated based on whether it would be a productive response to disruptive behaviour.

Passive responses involve acquiescing to the disruptive clinician's demands, ignoring and accepting the behaviour, or avoiding confrontation (Villafranca et al., 2021). This is the strategy of a bystander. Using this strategy is acceptable or even wise when the disruptive behaviour is inconsequential; the problem is that many clinicians use this strategy most of the time, or nearly exclusively (Villafranca et al., 2024). This normalizes and reinforces the disruptive behaviour (Canadian Medical Protective

Association [CMPA], 2023; Stone et al., 2023), thereby increasing both the number of disruptive events and the risk of cumulative psychological harm. It also could embolden the disruptive clinician, resulting in progressively more egregious behaviour. Passive responses pose an acute risk to patients, since common avoidant behaviours include decreased communication between team members, and acquiescent behaviours include unindicated alterations in care (representing undermined clinical decision-making; Villafranca et al., 2024). Individuals who adopt this strategy are more likely to never report disruptive behaviour (Fast et al., 2020), which jeopardizes management's ability to identify and address the issue promptly.

The opposite extreme is responding to the behaviour maliciously by adopting such destructive behaviours as victim blaming, threatening, or using physical force against the offender (Villafranca et al., 2021). When a clinician victim blames, or otherwise supports, enables, or justifies the disruptive behaviour, they become accomplices in the conflict. When they react threateningly or violently toward the aggressor, they become aggressors themselves through their retaliatory actions. Confrontations between two or more clinicians who are acting disruptively can lead to escalatory spirals, in which aggressive actions trigger increasingly hostile responses in a tit-for-tat exchange (Hocker & Wilmot, 2017). Only a minority of clinicians resort to these extreme actions, yet each incident risks the safety of everyone in the OR, and the integrity of professional relationships. This culminates in increased disciplinary risk to the responding clinician, as well as increased legal risk to the clinicians and healthcare organizations.

Similarly concerning are manipulative responses, involving mobbing (i.e., a clinician attempts to turn others against the aggressor), or attempting to either annoy or mislead the aggressor (Villafranca et al., 2021). A clinician adopting this response strategy may engage in covert actions that qualify as retaliatory disruptive behaviour, thereby turning themselves into offenders. If the manipulation is uncovered, it can escalate the conflict and severely undermine trust between clinicians (Bies, 2015). Furthermore, if the deception by the responding clinician poses a risk to the patient (e.g., misleading the offender about the clinical care provided), it could also pose an acute legal risk to the responding clinician and to their employing institution. Despite this, around 4% of clinicians report using this strategy recently (Villafranca et al., 2024).

The most desirable of the four response strategies is responding assertively by using a variety of actions to try to modify, replace, or prevent the disruptive behaviour (Villafranca et al., 2024). A clinician who adopts this response strategy is acting as an upstander, regardless of whether the behaviour is directed toward them or others, because in either instance they are intervening on behalf of the patient. When assertiveness techniques are chosen and implemented judiciously,

they can prevent escalation or even de-escalate the situation, set appropriate boundaries, and reduce the likelihood that the behaviour is repeated.

Techniques to respond more assertively

Specific strategies can be used to ensure responses are more consistently assertive, without becoming malicious or manipulative. These include using de-escalation techniques, setting clear boundaries, grading your response based on the magnitude of the issue, and practising all these techniques in pre-planned simulations.

It is critical to recognize that conflicts can become immediately and substantially worse, through what clinical conflict expert Autumn Fiester (2013, 2015) terms “flash escalation”. In such situations, tensions and emotions quickly increase (like adding dry tinder to a flame), making it more difficult to resolve the conflict (Fiester, 2013, 2015). This occurs as a result of a small action or off-hand statement, which could be made with neutral or even good intentions, yet includes statements that may dismiss or trivialize the concerns of the offender (e.g., “You need to calm down right now”), statements that offer either qualified or insincere acknowledgement (e.g., “I see what you mean, but...”, or “Ok, ok, we all understand that you need attention...”), statements that are insulting (e.g., “You are acting like a crazy person!”), and statements that amount to public finger-wagging toward an upset and potentially volatile person (e.g., “How dare you do that!”; Center for Bioethics, 2017, 2024). Such statements might help clinicians vent frustration, yet predictably they make the situation worse. Refocusing and using structured communication tools effectively avoids flash escalation and might even de-escalate, postpone, or stop the conflict.

Refocusing involves using different techniques to “disrupt the disruptive behaviour” by deliberately redirecting attention away from the conflict and back to the patient, thus supporting the primary goal—patient care and safety. This can be achieved by using direct verbal cues (e.g., “Keeping our focus on this task is critical, since it could really affect the patient”), non-verbal cues, such as a directing gesture toward the patient or passing an instrument, and even cautiously using humour to reduce tension (Hastie et al., 2020). To avoid appearing dismissive, these actions ideally should be preceded by an acknowledgement that a conflict is occurring and that the offending clinician is airing a grievance (Fiester, 2012, 2015). Fiester recommends including three components in this acknowledgement (Center for Bioethics, 2017):

1. A statement of assent: Validate the person’s perspective and emotions, even if the grievance itself isn’t valid. For example, “I understand what you are saying, and I see why you would be upset”.
2. A statement of consolation: Express sympathy and regret for the situation (especially its emotional impact), regardless of who is at fault. For example, “I am sorry that this situation has stressed you out and made you upset.”

3. A statement of culpability: Acknowledge how your actions/inactions (or those of others) could have contributed to the problem. For example, “I recognize that my speaking loudly probably added to your stress.”

This acknowledgement is meant to reduce tension and avoid escalation, so that the non-offending clinicians maintain control of the situation.

It is also useful to use structured communication tools, or at least preplanned phrases, to facilitate communicating during high stress situations (Healthcare Quality Council of Alberta, 2013; Tso et al., 2023). Such tools can standardize responses to disruptive behaviour, thereby reinforcing institutional expectations (The Joint Commission, 2019). They minimize the impact of personal biases and strong emotions, which can cause unwise and impulsive behaviour (The Joint Commission, 2019). They also allow the purposeful, advanced selection of words that are clear, precise, and non-judgemental, thereby reducing the risk of ill-chosen extemporaneous phrases (Healthcare Quality Council of Alberta, 2013). Further, using the team’s agreed upon phrases or gestures quickly flags the disruptive behaviour without making the conflict personal. Examples of structured communication tools meant to enhance clarity, assertiveness, and timeliness include CUS (Concerned, Uncomfortable, Safety; Agency for Healthcare Research and Quality, 2023), SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation; Agency for Healthcare Research and Quality, 2019), DESC (Describe, Express, Specify, Consequences; The Government of South Australia, n.d.) and PACE (Probe, Alert, Challenge, Emergency; Psych Safety, 2024). Resource kits, including tips and tools to develop your own preplanned phrases, are also available (Healthcare Quality Council of Alberta, 2013).

When selecting a response, ensure you set appropriate boundaries that do not reinforce the behaviour or undermine patient safety. These can be physical boundaries (touch, space, and physical interactions), intellectual boundaries (topics of conversation and how your intellectual input is respected), emotional boundaries (emotional disclosure, labour, and closeness), and time boundaries (how and when others can use your time, and how you choose to spend your time; Tawwab, 2021).

Critically, clinicians can set boundaries about how they want to be treated and what they expect to happen after experiencing disruptive behaviour. For instance, a time boundary may involve delaying discussions related to the behaviour until after the situation has calmed down (Royal College of Surgeons of England, 2021; Tso et al., 2023). To set boundaries effectively, start by identifying personal and professional limits based on priorities and values (Herbst et al., 2023). Next, define what these limits entail, (i.e., responsibilities you are willing to undertake, and actions you are willing to accept; Herbst et al., 2023; Tso et al., 2023). Clearly communicate

these expectations to others to avoid confusion (Herbst et al., 2023; Tso et al., 2023), and when communicating, speak assertively and respectfully, keeping the message direct without over-explaining (Herbst et al., 2023). It is critical that, once set, boundaries are enforced with any violations acknowledged and addressed, while remaining professional (Herbst et al., 2023). Finally, clinicians are encouraged to reassess regularly and adjust their boundaries as needed, seeking support from mentors or peers when necessary (Herbst et al., 2023).

A graded response to disruptive behaviour is appropriate, given differences in severity (Royal College of Surgeons of England, 2021). By matching the response to the seriousness and time-sensitivity of the behaviour, the team can avoid underreacting or overreacting and, as possible, preserve professional relationships, while ensuring harmful behaviours are stopped and subsequently reported through official channels. We recommend the following approach. For minor issues, consider brief, private conversations that occur immediately after the event. By following up, you demonstrate that you take the issue seriously. By having this conversation in private, you avoid publicly embarrassing the individual while graciously not escalating the incident through formal reporting channels. For serious disruptions, or repeated events, the behaviour must be documented and then reported through proper channels. For egregious behaviour, immediate intervention is likely needed, using clear “stop the line” language, if patient safety is at risk. It also may be necessary to call security if there is a risk of physical harm due to violence or aggression, since that can facilitate removal of the offender and others from the interaction (Royal College of Surgeons of England, 2021). Many other graded models of both individual responses and disciplinary actions by management have been proposed (Hastie et al., 2020; Hickson et al., 2007; Royal College of Surgeons of England, 2021).

Simulation is underused to help clinicians improve their responses to disruptive behaviour (Lynch, 2020). It presents a safe and controlled environment where clinicians can practise a range of skills in realistic scenarios and respond without putting patients at risk. Group simulation is especially useful for improving how teams communicate, thereby enhancing team coordination. An immediate debriefing session should be included so participants receive constructive feedback on their responses and can make inquiries about their cognitive appraisals. Programs including TeamSTEPPS® and Crisis Resource Management have provided solid evidence that simulation training can improve decision-making and leadership, in turn promoting patient safety.

Conclusion

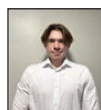
This review focuses on the often-overlooked importance of micro-level solutions to disruptive behaviour, and the value gained by adopting a conflict resolution perspective. By

managing their own cognitive appraisals, clinicians can actively protect their psychological wellbeing and build resilience against repeated exposure. This involves building situational awareness, reappraising stressful situations, grounding attention to the present moment, and using adaptive coping strategies that promote a survivor mindset. Moreover, by avoiding passive, malicious, and manipulative reactions and, instead, responding assertively, clinicians can de-escalate conflict, enforce boundaries, and act as upstanders. Simulation training and structured communication tools can help internalize these practices, making them accessible under pressure. With these actions, clinicians are better prepared to disrupt the cycle of disruption and, in doing so, protect both themselves and the patients they serve. Future research should refine these strategies and assess their long-term impact on clinical practice and OR culture.

Author Notes



Alexander Villafranca, PhD, is an Assistant Professor at the University of the Fraser Valley. He studies interpersonal dynamics and moral reasoning in high-stress healthcare contexts and holds a PhD in Empirical Bioethics. His work has been cited more than 1,200 times and has gained attention on social media, with articles reaching Altmetric scores in the 95th to 97th percentile of over 20 million ranked studies. His research has also been featured by media outlets, including the Canadian Broadcasting Corporation, CTV News, and the Winnipeg Free Press.



Brett Adams is a senior undergraduate student in the Psychology program at The University of Western Ontario. He has a strong interest in human behaviour and has worked on research projects related to disruptive behaviour in healthcare. Brett plans to pursue graduate studies in psychology following graduation.



Owen Krestow is a senior undergraduate student in the Bachelor of Kinesiology at the University of the Fraser Valley. He has a strong interest in the management and rehabilitation of neurological disorders. Owen plans to pursue further studies in physiotherapy or medicine following graduation, aiming for a career in healthcare.



Alison Forest, BScN, MN, RN, CCCI, is a nurse educator teaching in the Bachelor of Science in Nursing program at Northwestern Polytechnic in Grande Prairie, Alberta. She holds a Bachelor of Science in Nursing from the University of Alberta, a Master's in Nursing from Athabasca University, and is a Canadian Certified Clinical Instructor. Her clinical background is focused on obstetrics and women's health where she developed a passion for perinatal bereavement and healthcare and nursing culture. Her latest project assesses teaching ethical and virtuous behaviour in nursing curriculum.



Lesia Yasinski, RNB, MSA, has obtained a BN (U of Manitoba), a Nursing Administrative Certificate (U of Manitoba), and a Master of Science in Health Care Administration (Central Michigan University).

She has worked as a perioperative clinical nurse, clinical resource nurse, perioperative nurse educator, and nurse manager, and is currently the Nursing Professional Lead for the Winnipeg Health Region. Previously, Lesia acted as an executive member of the Manitoba Operating Room Nursing Association. Lesia is passionate about perioperative nursing and the role we play in providing excellent patient care.

Conflicts of interest

None declared.

Funding

This project was supported by internal funding from the Faculty of Health Sciences at the University of the Fraser Valley.

Contribution and CRediT Statement

Alexander Villafranca: Created the idea for the review, developed the literature search strategy, provided supervision, reviewed and organized some of the source material, drafted sections of the paper, critically edited the manuscript for intellectual content, coordinated the timeline, submission process, or responses to reviewers, and reviewed and approved the final manuscript.

Brett Adams: located relevant academic literature, reviewed and organized some of the source material, drafted sections of the paper, helped address reviewer comments, reviewed and approved the final manuscript.

Owen Krestow: located relevant academic literature, reviewed and organized some of the source material, drafted one section of the paper, reviewed and approved the final manuscript.

Alison Forest: helped plan the review article, critically edited the manuscript for important intellectual content, reviewed and approved the final manuscript.

Lesia Yasinski: helped plan the review article, critically edited the manuscript for important intellectual content, reviewed and approved the final manuscript.

References

Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *SBAR tool*. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/sbar.html>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). *Tool: CUS*. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/mutual/tools/cus.html>

Algorani, E., & Gupta, V. (Updated 2023) *Coping mechanisms*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>

Ayele, F. A., & Barchard, K. A. (2024). Positive reappraisal and catastrophizing mediate the relationship between mindfulness and job burnout. *Discover Psychology*, 4(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/S44202-024-00229-Z/TABLES/4>

Ben-David, S. (2020). From victim to survivor to overcomer. In J. Joseph & S. Jergensen (Eds.) *An international perspective on contemporary developments in victimology: A festschrift in honor of Marc Groenhuijsen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41622-5_2

Bennett, M. P., Knight, R., Patel, S., So, T., Dunning, D., Barnhofer, T., Smith, P., Kuyken, W., Ford, T., & Dalgleish, T. (2021). Decentering as a core component in the psychological treatment and prevention of youth anxiety and depression: A narrative review and insight report. *Translational psychiatry*, 11(1), 288. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01397-5>

Bityutskaya, E. V., & Korneev, A. A. (2021). Subjective appraisal and orientations in difficult life situations as predictors of coping strategies. *Psychology in Russia: State of the Art*, 14(3), 180–199. <https://doi.org/10.11621/pir.2021.0312>

Canadian Medical Protective Association. (2023). *Good practices: Dealing with conflict*. <https://www.cmpa-acpm.ca/en/education-events/good-practices/physician-team/dealing-with-conflict>

Center for Bioethics. (2017) *Intensive Clinical Bioethics Course*. Harvard Medical School.

Center for Substance Abuse Treatment (US). (2014). *Trauma-informed care in behavioural health services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57. Chapter 4, Screening and Assessment*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207188/>

Cochran, A., & Elder, W. B. (2014). A model of disruptive surgeon behaviour in the perioperative environment. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(3), 390–398. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.05.011>

Cochran, A., & Elder, W. B. (2015). Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *American Journal of Surgery*, 209(1), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.09.017>

Colaprico, C., Addari, S., & La Torre, G. (2023). The effects of bullying on healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Rivista di Psichiatria*, 58(2), 41–49. <https://doi.org/10.1708/4022.39973>

Dang, D., Nyberg, D., Walrath, J. M., & Kim, M. T. (2015). Development and validation of the Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 30(5), 470–476. <https://doi.org/10.1177/1062860614544193>

Denson, T., & Fabiansson, E. (2023). Anger, hostility, and anger management. In: H. Friedman, & C. Markey, (Eds.) *Encyclopedia of Mental Health* (3rd Edition). Academic; 2023. p. 77–83. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00200-7>

Dirican, O., Abacı Bozyel, Ö., & Öztaş, D. (2022) Mobbing in the case of primary health care providers. *Archives of Medical Case Reports and Case Study*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.5455/apd.35929>

Espejo, E. P., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2012). Elevated appraisals of the negative impact of naturally occurring life events: A risk factor for depressive and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 303–315. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9552-0>

Fast, I., Villafranca, A., Henrichs, B., Magid, K., Christodoulou, C., & Jacobsohn, E. (2020). Disruptive behaviour in the operating room is under-reported: An international survey. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 67(2), 177–185. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01540-3>

Fernandez De Henestrosa, M., Sischnka, P. E., & Steffgen, G. (2023). Challenge, threat, coping potential: How primary and secondary

- appraisals of job demands predict nurses' affective states during the COVID-19 pandemic. *Nursing Open*, 10(6), 3840. <https://doi.org/10.1002/NOP2.1642>
- Fiester, A. (2013). *The difficult patient reconceived* [Video]. March 2017 Bioethics Grand Rounds. https://www.youtube.com/watch?v=jeO_9jPTqdo
- Fiester, A. M. (2015). What mediators can teach physicians about managing 'difficult' patients. *The American Journal of Medicine*, 128(3), 215–216. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.09.017>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Goh, H. S., Hosier, S., & Zhang, H. (2022). Prevalence, antecedents, and consequences of workplace bullying among nurses—A summary of reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14) 8256. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148256>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gupta, A., Thompson, J. C., Ringel, N. E., Kim-Fine, S., Ferguson, L. A., Blank, S. V., Iglesia, C. B., Balk, E. M., Secord, A. A., Hines, J. F., Brown, J., & Grimes, C. L. (2024). Sexual harassment, abuse, and discrimination in obstetrics and gynecology: A systematic review. *JAMA Network Open*, 7(5), e2410706. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.10706>
- Hamlin, C., Villafranca, A., Enns, S., Parveen, D., & Jacobsohn, E. (2016). Perpetrators of bullying and incivility in the operating room: A multinational survey of 6142 clinicians. *Anesthesiology*, 3145. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000422892.06958.51>
- Hastie, M. J., Jalbout, T., Ott, Q., Hopf, H. W., Cevasco, M., & Hastie, J. (2020). Disruptive behavior in medicine: Sources, impact, and management. *Anesthesia and Analgesia*, 131(6), 1943–1949. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005218>
- Healthcare Quality Council of Alberta. (2013). *Resource toolkit: Managing disruptive behaviour in the healthcare workplace*. https://hqca.ca/wp-content/uploads/2021/10/Disruptive_Behaviour_Toolkit_042413.pdf
- Hawkins, N., Jeong, S., & Smith, T. (2019). New graduate registered nurses' exposure to negative workplace behaviour in the acute care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 41–54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.020>
- Herbst, R., Sump, C., & Riddle, S. (2023). Staying in bounds: A framework for setting workplace boundaries to promote physician wellness. *Journal of Hospital Medicine*, 18(12), 1139–1143. <https://doi.org/10.1002/jhm.13102>
- Hicks, S., & Stavropoulou, C. (2022). The effect of health care professional disruptive behavior on patient care: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 18(2), 138–143. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000805>
- Hickson, G. B., Pichert, J. W., Webb, L. E., & Gabbe, S. G. (2007). A complementary approach to promoting professionalism: Identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(11), 1040–1048. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815761ee>
- Hocker, L. J., & Wilmot, W. W. (2017). *Interpersonal conflict*, (10th ed.). McGraw-Hill Education.
- Holahan, C., Ragan, J., & Moos, R. (2017). *Reference module in neuroscience and biobehavioural psychology*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05724-2>
- Houck, N. M., & Colbert, A. M. (2017). Patient safety and workplace bullying: An integrative review. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 164–171. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000209>
- Hutchinson, M., & Jackson, D. (2013). Hostile clinician behaviours in the nursing work environment and implications for patient care: A mixed-methods systematic review. *BMC Nursing*, 12(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-25>
- International Self-Care Foundation. (2025). *Seven pillars of self-care*. <https://isfglobal.org/>
- Johnson, A. H., & Benham-Hutchins, M. (2020). The influence of bullying on nursing practice errors: A systematic review. *AORN Journal*, 111(2), 199–210. <https://doi.org/10.1002/aorn.12923>
- Jones, D. G., & Endsley, M. R. (1996). Sources of situation awareness errors in aviation. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 67(6), 507–512.
- Karatuna, I., Jönsson, S., & Muhonen, T. (2020). Workplace bullying in the nursing profession: A cross-cultural scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103628. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103628>
- Kets de Vries, M. F. R. (2012). Are you a victim of the victim syndrome? *Insead Working Paper No. 2012/70/EFE*. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2116238
- Krackow, E., & Rudolph, K. D. (2008). Life stress and the accuracy of cognitive appraisals in depressed youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 37(2), 376. <https://doi.org/10.1080/15374410801955797>
- Lavoie, C. É., Vallerand, R. J., & Verner-Filion, J. (2021). Passion and emotions: The mediating role of cognitive appraisals. *Psychology of Sport and Exercise*, 54, 101907. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.101907>
- Lever, I., Dyball, D., Greenberg, N., & Stevelink, S. A. M. (2019). Health consequences of bullying in the healthcare workplace: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3195–3209. <https://doi.org/10.1111/jan.13986>
- Lynch, A. (2020). Simulation-based acquisition of non-technical skills to improve patient safety. *Seminars in pediatric surgery*, 29(2), 150906. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2020.150906>
- Moreno-Leal, P., Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Jiménez-Ruiz, I., Ramos-Morcillo, A. J., Ruzafa-Martínez, M., & De Souza Oliveira, A. C. (2021). Disruptive behavior at hospitals and factors associated to safer care: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(1), 19. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010019>
- Munroe, M., Al-Refae, M., Chan, H. W., & Ferrari, M. (2022). Using self-compassion to grow in the face of trauma: The role of positive reframing and problem-focused coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 14(S1), S157–S164. <https://doi.org/10.1037/tra0001164>
- Nanney, J. T., Constans, J. I., Kimbrell, T. A., Kramer, T. L., & Pyne, J. M. (2015). Differentiating between appraisal process and product in cognitive theories of posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(4), 372–381. <https://doi.org/10.1037/tra0000011>
- National Health Service. (n.d.). Every mind matters: Reframing unhelpful thoughts. [Internet]. [cited 2025 Feb 14]. <https://www.nhs.uk/every-mind-matters/mental-wellbeing-tips/self-help-cbt-techniques/reframing-unhelpful-thoughts/>
- National Institute of Mental Health. (2024). *Caring for your mental health*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/caring-for-your-mental-health>
- Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., Bower, P., Campbell, S., Haneef, R., Avery, A. J., &

- Ashcroft, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 366, l4185. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4185>
- Pogue, C. A., Li, P., Swiger, P., Gillespie, G., Ivankova, N., & Patrician, P. A. (2022). Associations among the nursing work environment, nurse-reported workplace bullying, and patient outcomes. *Nursing Forum*, 57(6), 1059–1068. <https://doi.org/10.1111/nuf.12781>
- Pollard, C., & Foreman, E. (2011). *Introducing cognitive behavioural therapy (CBT): A Practical Guide* [Internet]. Icon Books. [cited 2025 Feb 13]. <https://www.amazon.ca/Introducing-Cognitive-Behavioural-Therapy-CBT/dp/1848312547>
- PsychSafety. (2024). *PACE: Graded assertiveness*. <https://psychsafety.com/pace-graded-assertiveness/>
- Riepenhausen, A., Wackerhagen, C., Reppmann, Z. C., Deter, H. C., Kalisch, R., Veer, I. M., & Walter, H. (2022). Positive cognitive reappraisal in stress resilience, mental health, and well-being: A comprehensive systematic review. *Emotion Review*, 14(4), 310–331. <https://doi.org/10.1177/17540739221114642>
- Rosenstein, A. H., & O'Daniel, M. (2006). Impact and implications of disruptive behaviour in the perioperative arena. *Journal of the American College of Surgeons*, 203(1), 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.03.027>
- Rosenstein, A. H., & O'Daniel, M. (2008). A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(8), 464–471. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34058-6](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34058-6)
- Royal College of Surgeons of England. (2021). Managing disruptive behaviours in surgery: A guide to good practice. <https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/standards-and-research/standards-and-policy/good-practice-guides/2021/rcs-england-managing-disruptive-behaviours-2021.pdf>
- Samuelson, K. W., Engle, K., Bartel, A., Jordan, J. T., Powers, T., Abadjian, L., & Benight, C. C. (2021). The power of appraisals in predicting PTSD symptom improvement following cognitive rehabilitation: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 282, 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.067>
- Schaeffer, M. H. (1989). Environmental stress and individual decision-making: Implications for the patient. *Patient Education and Counseling*, 13(3), 221–235. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(89\)90018-9](https://doi.org/10.1016/0738-3991(89)90018-9)
- Shafraan Tikva, S., Gabay, G., Asraf, L., Kluger, A. N., & Lerman, Y. (2023). Experiencing and witnessing disruptive behaviors toward nurses in COVID-19 teams, patient safety, and errors in care. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 55(1), 253–261. <https://doi.org/10.1111/jnu.12857>
- Spătaru, B., & Maricuțoiu, L. P. (2024). The relationships between personality traits and cognitive appraisal: A Scoping review. *Romanian Journal of Applied Psychology*, 26(1), 11–23. <https://doi.org/10.2478/rjap-2024-0002>
- Stallman, H. M. (2020). Health theory of coping. *Australian Psychologist*, 55(4), 295–306. <https://doi.org/10.1111/ap.12465>
- Stone, D., Patton, B., & Heen, S. (2023). *Difficult conversations: How to discuss what matters most* (10th anniversary ed.). Penguin Books.
- Trépanier, S. G., Fernet, C., Austin, S., & Boudrias, V. (2016). Work environment antecedents of bullying: A review and integrative model applied to registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.001>
- The Government of South Australia. (n.d.). *Describe, express, specify, consequences (DESC) script examples*. [cited 2025 Feb 15]. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/4f8796ce-ela2-4b98-ace5-bea3613bba8c/SA+MET+Responding+Harassment+Discrimination-Script-Examples.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORSPACE-4f8796ce-ela2-4b98-ace5-bea3613bba8c-o6TjwZp>
- The Joint Commission. (2019). *Quick safety issue 47: De-escalation in health care*. <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/quick-safety/quick-safety-47-deescalation-in-health-care/>
- Trépanier, S. G., Fernet, C., Austin, S., & Boudrias, V. (2016). Work environment antecedents of bullying: A review and integrative model applied to registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.001>
- Tso, H. H., White, C. Y., & Parikh, J. R. (2023). How breast radiologists can deal with the disruptive technologist. *Clinical Imaging*, 104, 109994. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2023.109994>
- Villafranca, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2018). Disruptive behavior in the operating room: Prevalence, consequences, prevention, and management. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 31(3), 366–374. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000592>
- Villafranca, A., Fast, I., Turick, M., & Jacobsohn, E. (2024). Clinician responses to disruptive intraoperative behaviour: Patterns and norms identified from a multinational survey. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 71(4), 490–502. <https://doi.org/10.1007/s12630-023-02670-5>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Enns, S., & Jacobsohn, E. (2017). Disruptive behaviour in the perioperative setting: A contemporary review. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 64(2), 128–140. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0784->
- Villafranca, A., Hamlin, C., & Jacobsohn, E. (2017). Physical and psychological abuse in Canadian operating rooms. *Canadian Journal of Anesthesia*, 64(2), 236–237. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0777-9>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Rodebaugh, T. L., Robinson, S., & Jacobsohn, E. (2021). Development of survey scales for measuring exposure and behavioral responses to disruptive intraoperative behavior. *Journal of Patient Safety*, 17(7), e607–e614. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000423>
- Villafranca, A., Hiebert, B., Hamlin, C., Young, A., Parveen, D., Arora, R. C., Avidan, M., & Jacobsohn, E. (2019). Prevalence and predictors of exposure to disruptive behaviour in the operating room. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 66(7), 781–794. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01333-8>
- Walrath, J. M., Dang, D., & Nyberg, D. (2013). An organizational assessment of disruptive clinician behavior: Findings and implications. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2), 110–121. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318270d2ba>
- Yeo, G. C., & Ong, D. C. (2024). Associations between cognitive appraisals and emotions: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 150(12), 1440–1471. <https://doi.org/10.1037/bul0000452>

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

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

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

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

² Northwestern Polytechnic, Grande Prairie, Alberta

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

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

Résumé

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Améliorer l'appréciation cognitive

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

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

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

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

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

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

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

Auto-étiquetage et mécanismes d'adaptation

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

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

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

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

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

Améliorer sa capacité d'adaptation

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

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

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

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

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

Stratégies de réponse et rôles en cas de conflit

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

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

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

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

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

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

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

Techniques pour réagir avec assurance

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

Notes des auteurs



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

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



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



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



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



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

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

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

Contribution et remerciements

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

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

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

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

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

Références

Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *SBAR tool*. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/sbar.html>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). *Tool: CUS*. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/mutual/tools/cus.html>

Algorani, E., & Gupta, V. (Updated 2023) *Coping mechanisms*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>

Ayle, F. A., & Barchard, K. A. (2024). Positive reappraisal and catastrophizing mediate the relationship between mindfulness and job burnout. *Discover Psychology*, 4(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/S44202-024-00229-Z/TABLES/4>

Ben-David, S. (2020). From victim to survivor to overcomer. In J. Joseph & S. Jergensen (Eds.) *An international perspective on contemporary developments in victimology: A festschrift in honor of Marc Groenhuijsen*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41622-5_2

Bennett, M. P., Knight, R., Patel, S., So, T., Dunning, D., Barnhofer, T., Smith, P., Kuyken, W., Ford, T., & Dalgleish, T. (2021). Decentering as a core component in the psychological treatment and prevention of youth anxiety and depression: A narrative review and insight report. *Translational psychiatry*, 11(1), 288. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01397-5>

Bityutskaya, E. V., & Korneev, A. A. (2021). Subjective appraisal and orientations in difficult life situations as predictors of coping strategies. *Psychology in Russia: State of the Art*, 14(3), 180–199. <https://doi.org/10.11621/pir.2021.0312>

Canadian Medical Protective Association. (2023). *Good practices: Dealing with conflict*. <https://www.cmpa-acpm.ca/en/education-events/good-practices/physician-team/dealing-with-conflict>

Center for Bioethics. (2017) *Intensive Clinical Bioethics Course*. Harvard Medical School.

Center for Substance Abuse Treatment (US). *Trauma-informed care in behavioural health services*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). (2014). *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57. Chapter 4, Screening and Assessment*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207188/>

Cochran, A., & Elder, W. B. (2014). A model of disruptive surgeon behaviour in the perioperative environment. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(3), 390–398. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.05.011>

Cochran, A., & Elder, W. B. (2015). Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *American Journal of Surgery*, 209(1), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.09.017>

Colaprico, C., Addari, S., & La Torre, G. (2023). The effects of bullying on healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Rivista di Psichiatria*, 58(2), 41–49. <https://doi.org/10.1708/4022.39973>

Dang, D., Nyberg, D., Walrath, J. M., & Kim, M. T. (2015). Development and validation of the Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 30(5), 470–476. <https://doi.org/10.1177/1062860614544193>

Denson, T., & Fabiansson, E. (2023). Anger, hostility, and anger management. In: H. Friedman, & C. Markey, (Eds.) *Encyclopedia of Mental Health* (3rd Edition). Academic; 2023. p. 77–83. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00200-7>

Dirican, O., Abacı Bozyel, Ö., & Öztaş, D. (2022) Mobbing in the case of primary health care providers. *Archives of Medical Case Reports and Case Study*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.5455/apd.35929>

Espejo, E. P., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2012). Elevated appraisals of the negative impact of naturally occurring life events: A risk factor for depressive and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 303–315. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9552-0>

Fast, I., Villafranca, A., Henrichs, B., Magid, K., Christodoulou, C., & Jacobsohn, E. (2020). Disruptive behaviour in the operating room is under-reported: An international survey. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 67(2), 177–185. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01540-3>

Fernandez De Henestrosa, M., Sischka, P. E., & Steffgen, G. (2023). Challenge, threat, coping potential: How primary and secondary appraisals of job demands predict nurses' affective stated during the COVID-19 pandemic. *Nursing Open*, 10(6), 3840. <https://doi.org/10.1002/NOP2.1642>

Fiester, A. (2013). *The difficult patient reconceived* [Video]. March 2017 Bioethics Grand Rounds. https://www.youtube.com/watch?v=jeO_9jPTqdo

Fiester, A. M. (2015). What mediators can teach physicians about managing 'difficult' patients. *The American journal of medicine*, 128(3), 215–216. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.09.017>

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>

Goh, H. S., Hosier, S., & Zhang, H. (2022). Prevalence, antecedents, and consequences of workplace bullying among nurses—A summary of reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14) 8256. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148256>

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

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

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

ANDAU MEDICAL

aspensurgical.

PrimePad® is back, better than ever.

PrimePadPlus
Trendelenburg Pads & Kits

BY PRIMEMEDICAL
www.andaumedical.com

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

CertiPUR-US

Editorial invite

Why Do You Love Being a Perioperative Nurse?

We want to hear from YOU! Share a few short sentences (*max 100 words*) on what makes perioperative nursing your passion, and your story could be featured in the *ORNAC Journal*.

Whether it's the patient care, the teamwork, or the dedication to safety and innovation, your insights will inspire others who work in the perioperative environment or are considering this nursing specialty!

How to participate:

- Submit a few sentences on why you love being a perioperative nurse
- Email your response to journal@ornac.ca
- Deadline: **June 15, 2025**

Let your voice be heard and celebrate the incredible work of perioperative nurses across Canada!

Soumettre un editorial

Pourquoi aimez-vous être une infirmière en soins périopératoires ?

Nous voulons avoir de vos nouvelles! Partagez quelques phrases courtes (maximum 100 mots) sur ce qui fait des soins périopératoires votre passion, et votre histoire pourrait être présentée dans le Journal de l'AIISOC.

Qu'il s'agisse des soins aux patients, du travail d'équipe ou du dévouement à la sécurité et à l'innovation, vos idées inspireront d'autres personnes qui travaillent dans le milieu périopératoire ou qui envisagent cette spécialité infirmière!

Comment participer :

- Soumettez quelques phrases sur les raisons pour lesquelles vous aimez être infirmière en soins périopératoires.
- Envoyez votre réponse par courriel à journal@ornac.ca
- Date limite : 15 juin 2025

Faites entendre votre voix et célébrez le travail incroyable des infirmières en soins périopératoires partout au Canada!



Safety & Efficiency in Healthcare

We offer innovative technologies for the OR, Hybrid Room, ER, CSSD, ICU, Labor & Delivery departments, exam rooms and much more. Each of our product lines work together to give you exactly what you need: efficiency, versatility, reliability, and cost savings.

- Surgical Tables, Lights, and Booms
- Table Accessories
- Lighting Accessories
- Clinical Essential Stainless
- Warming Cabinets



Putting Patient Outcomes First... In Everything We Do

email: skytron@tribemmedical.com

WRITE FOR US!

Submit an article today!

Join the movement to advance perioperative nursing! Submit your work for consideration and share your expertise!

We invite perioperative professionals to contribute to the *ORNAC Journal*, your source for leading-edge thought and developments in the field of perioperative nursing. In the spirit of ORNAC's core values of knowledge and collaboration, you are encouraged to share your experiences and expertise. We welcome unsolicited manuscripts about clinical research that uses quantitative or qualitative data, or a mixture of both (mixed methods), presented in such forms as original research, literature or systematic reviews, retrospectives, randomized control trial reports or protocols, data analyses, or survey results and analyses, to name a few.

Our journal is now open access, so it has a global reach. Publishing with us lets you contribute to and expand the global knowledge bank about perioperative nursing for the benefit of both professionals and patients. If you have any questions, or are a first-time author and don't know where to begin, please get in touch with our Editor, Linda Verde at editor@ornac.ca. She will be glad to help you with your next steps and through the publication process.

Send your manuscripts to journal@ornac.ca or editor@ornac.ca

Deadline for manuscript submission for our next issue is June 15, 2025

DEVENEZ UN AUTEUR !

Soumettez un article dès aujourd'hui !

Joignez-vous au mouvement pour faire progresser les soins infirmiers périopératoires ! Soumettez votre article dès maintenant et partagez votre expertise !

Nous invitons les chercheurs en soins périopératoires à contribuer à la Revue de l'AIISOC, votre source de réflexion et de développements dans le domaine des soins infirmiers périopératoires. Dans l'esprit des valeurs fondamentales de l'AIISOC que sont la connaissance et la collaboration, vous êtes encouragés à partager vos expériences et votre expertise. Nous acceptons les études cliniques de recherche qui utilisent des données quantitatives ou qualitatives, ou un mélange des deux (méthodes mixtes), présentées sous diverses formes, telles que des recherches originales, des revues documentaires ou systématiques, des retrospectives, des rapports ou des protocoles d'essais contrôlés randomisés, des analyses de données ou des résultats et des analyses d'enquêtes, pour n'en nommer que quelques-unes.

Notre revue est maintenant en libre accès, ce qui lui permet d'avoir une portée mondiale. Publier avec nous vous permet de contribuer et d'élargir la banque mondiale de connaissances sur les soins infirmiers périopératoires au profit des professionnels et des patients. Si vous avez des questions, ou si vous êtes un auteur débutant et que vous ne savez pas par où commencer, veuillez contacter notre rédactrice, Linda Verde, chez editor@ornac.ca, qui se fera un plaisir de vous aider dans vos prochaines étapes et tout au long du processus de publication.

Envoyez vos textes à journal@ornac.ca ou à editor@ornac.ca

La date limite de soumission des articles pour le prochain numéro le 15 juin 2025



CardinalHealth™

The next-generation
Kendall SCD™ SmartFlow™

Features clinically proven technology designed to apply intermittent pneumatic compression (IPC) to increase venous blood flow in at-risk patients.

See you at our Venous Thromboembolism (VTE) prevention symposium on May 22nd at Exhibit Hall D/E.

Learn more:
CardinalHealth.ca/Kendall-SCD

Explore the **ORNAC Journal Website**

- Access the current issue
- Browse past issues (archives)
- Announcements

Want to learn more about writing for the journal, head to <https://ornacjournal.ca/index.php/ornac/about/submissions> for authors' guidelines.

Explorez le site Web de la revue de l'**AIISOC**

- Accéder au numéro actuel
- Parcourir les anciens numéros (archives)
- Annonces

Si vous voulez en savoir plus sur l'écriture pour la revue, rendez-vous sur <https://ornacjournal.ca/index.php/ornac/about/submissions> pour les directives aux auteurs.



**Experience The World's
Finest Surgical Instruments
& Single-Use Products**

SCANLAN ★

X f in @ YouTube

SCANLAN INTERNATIONAL, Inc.
One Scanlan Plaza • Saint Paul, Minnesota 55107 • U.S.A.
800-328-9458 • 651-298-0997 • FAX 651-298-0018
www.scanlaninternational.com
©2025 Scanlan International, Inc.

All your Patient Temperature Management needs in one place...

ORNAC
ORNAC's 29th National Conference
May 21st – 29th in Calgary, AB



FLUIDO[®] COMPACT

Low-to-Moderate Rate Infuser

Warming the Patient from the Inside

The Future of Blood and Fluid Warming in Canada



FLUIDO[®] AIRGUARD SYSTEM

Rapid Infuser



MISTRAL-AIR[®]

Warming the Patient from the Outside

Preventing Perioperative Hypothermia

Complete Forced Air Warming System,
from Single-Use Blankets to Warming Unit



TSC LIFE

Join ORNAC – Elevate your perioperative nursing career!

Are you a perioperative nurse looking to enhance your professional development, expand your network, and make a lasting impact on the field? Become an ORNAC member today!

As a member of Canada's leading perioperative nursing association, you'll gain access to exclusive benefits, including

- **Education Opportunities** – Webinars, national conferences, and dedicated education days to keep you informed on best practices and innovations
- **Leadership & Engagement** – Join committees, contribute to key initiatives, and even serve on the Board of Directors to shape the future of perioperative nursing
- **Professional Growth** – Connect with a national network of colleagues, share expertise, and advance your career through ORNAC programs.

Explore our new membership categories!

ORNAC is excited to welcome LPNs/RPNs as full members, expanding our community and strengthening perioperative nursing across Canada!

Join today and be part of a thriving professional community dedicated to excellence in surgical care.

Explore membership benefits at <https://www.ornacmembers.ca/benefits.phtml>

Rejoignez l'AIISOC – Faites évoluer votre carrière en soins infirmiers périopératoires !

Êtes-vous une infirmière en soins périopératoires cherchant à enrichir votre développement professionnel, à élargir votre réseau et à avoir un impact durable dans ce domaine? Devenez membre de l'AIISOC dès aujourd'hui!

En tant que membre de la principale association canadienne des soins infirmiers périopératoires, vous bénéficierez d'avantages exclusifs, notamment :

- **Opportunités de formations** – Webinaires, conférences nationales et journées éducatives pour vous tenir à jour sur les meilleures pratiques et des innovations.
- **Leadership & Engagement** – Rejoignez des comités, contribuez à des initiatives clés et siégez au Conseil d'administration pour façonner l'avenir des soins infirmiers périopératoires.
- **Développement professionnel** – Rejoignez un réseau national de collègues, partagez votre expertise et faites progresser votre carrière grâce aux programmes de l'AIISOC.

Découvrez nos nouvelles catégories d'adhésion!

L'AIISOC est ravie d'accueillir les infirmières auxiliaires en tant que membres à part entière, élargissant ainsi notre communauté et renforçant la profession des soins infirmiers périopératoires à travers le Canada!

Rejoignez-nous dès aujourd'hui et faites partie d'une communauté professionnelle dynamique dédiée à l'excellence des soins chirurgicaux.

Découvrez tous les avantages de l'adhésion : <https://www.ornacmembers.ca/benefits.phtml>

TRUSTED SERVICE SUPPORT ACROSS THE ENTIRE PERIOPERATIVE LOOP



Positioning
Devices



Retractor
Systems



Treatment
Devices



Transportation
Equipment



To Learn More:

Call STERIS Canada Sales ULC at 800-661-3937
Or email us at service_rhrc@steris.com



UN SERVICE DE CONFIANCE SUR L'ENSEMBLE DE LA BOUCLE PÉRIOPÉRATOIRE



Dispositifs de
positionnement



Systèmes
d'écarteurs



Dispositifs de
traitement



Équipement de
transport



Pour en savoir plus :

Appeler STERIS Canada Sales ULC au 800-661-3937
Ou envoyer un courriel à service_rhrc@steris.com



Call for Peer Reviewers

ORNAC Journal is seeking individuals to join our Reviewer Panel. We are looking for professionals with a penchant for improving perioperative practice and research. These professionals will share their expertise and contribute to the excellence and quality of our journal through engaging in a double-blind peer review process. We welcome both Anglophone and Francophone reviewers, as well as experts from related disciplines, to provide a robust communication and knowledge pool that enriches our journal offerings.

Reviewers play a crucial role in ensuring *ORNAC Journal's* content remains current, relevant, and valuable

to operating room nurses. *ORNAC* members, and others in the perioperative field, look to the journal for information that is evidence-based, leading-edge, innovative, and contributes to improving perioperative best practice.

Refer them to the link to the website about the peer reviewer guidelines. The guidelines can have the google form link in them.

If you are interested in joining the *ORNAC Journal* Reviewer Panel, please fill out the reviewer application and send a current CV to editor@ornac.ca

Appel de candidatures pour la révision des articles

La Revue de l'AIISOC est à la recherche de gens intéressés à se joindre à notre panel d'évaluateurs. Nous sommes à la recherche de professionnelles ayant un penchant pour l'amélioration de la pratique et de la recherche en soins périopératoires. Ces professionnelles partageront leur expertise et contribueront à l'excellence et à la qualité de notre revue en s'engageant dans un processus d'évaluation par les pairs à l'aveugle. Nous accueillons des évaluatrices anglophones et francophones, ainsi que des experts de disciplines connexes, afin de fournir une communication solide et un bassin de connaissances pour enrichir notre offre de revues.

Les évaluatrices jouent un rôle crucial pour s'assurer que le contenu de la revue de l'AIISOC demeure actuel, pertinent et précieux pour les infirmières de salle d'opération. Les membres de l'AIISOC, ainsi que d'autres personnes dans le domaine de la recherche périopératoire, se tournent vers la revue pour obtenir des informations fondées sur des données probantes, à la fine pointe de la technologie, novatrices et qui contribuent à l'amélioration des meilleures pratiques en matière de soins périopératoires.

Si vous souhaitez vous joindre au panel d'évaluatrices, veuillez remplir le formulaire de candidature et un CV à jour à journal@ornac.ca

CNA Certification Promotion

Advance your career with CNA Perioperative Certification!

Did you know that over 760 perioperative nurses across Canada hold their CPN(C) certification! (as of February 2025)

Earning your Certification in Perioperative Nursing (C)anada- (CPN(C)) credential through the Canadian Nurses Association (CNA) is a valuable leadership milestone that demonstrates your expertise, commitment to excellence, and dedication to advancing perioperative nursing practice.

Join the growing community of certified perioperative nurses and take the next step in your professional journey!

For more details, visit [ORNAC – CNA certification](#)

Faire avancer votre carrière avec la certification périopératoire de l'AIIC !

Saviez-vous que plus de 760 infirmières en soins périopératoires à travers le Canada détiennent leur certification CSP(C) ? (En date de février 2025)

Devenir titulaire de la certification en soins infirmiers périopératoires au Canada (CSP [C]) auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est une étape cruciale dans votre parcours de leadership. Ce titre reconnaît votre expertise, votre engagement envers l'excellence et votre dévouement à l'avancement de la pratique en soins périopératoires.

Rejoignez la communauté croissante des infirmières certifiées et franchissez une nouvelle étape dans votre parcours professionnel!

Pour plus de détails, visitez [AIISOC – Certification AIIC](#)



3M Health Care is now Solventum Soins de santé 3M est désormais Solventum

The same products you know and trust, now under a new brand.


Les mêmes produits que vous connaissez et auxquels vous faites confiance, maintenant sous une nouvelle marque.

Visit [Solventum.com](#) to find out more.
Visitez [Solventum.com](#) pour en savoir plus.

© Solventum 2025. Tous droits réservés. All Rights Reserved. Solventum and the S logo are trademarks of Solventum or its affiliates.



Cardiac patients deserve more for heart surgery recovery.

A photograph of an elderly male patient lying in a hospital bed. He is wearing a white hospital gown and has a Mepilex Border Post-Op Dressing applied to his chest. The dressing is a white, rectangular pad with a perforated border and a central opening. The patient is looking off to the side with a slight smile. The background is a plain, light-colored wall.

Mepilex Border Post-Op Dressing has been clinically shown to optimize the patient healing journey. This highly absorbent pad with a shower proof backing can stay on for up to 14 days and helps support undisturbed wound healing.

Learn more at [Molnlycke.ca](https://www.Molnlycke.ca)

 Molnlycke®