ORNAC Journal
Revue de l'AIISOC

The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada

Fall 2026 Volume 43, Issue 2

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

IN THIS ISSUE

Perioperative nursing and the politics of presence: Challenging hierarchy through relational knowledge • Soins infirmiers périopératoires et politiques de présence : remise en question de la hiérarchie par le savoir relationnel

Maintaining perioperative nursing competence in rural and low-volume surgical settings: A Canadian perspective • Maintien des compétences infirmières périopératoires dans les milieux ruraux et à faible volume d'interventions chirurgicales : une perspective canadienne

Beyond the checklist: Non-technical skills of the circulating nurse and their role in intraoperative patient safety • Au-delà de la liste de contrôle : les compétences non techniques de l'infirmière en service externe et leur rôle dans la sécurité des patients en période peropératoire

www.ornac.ca

3M™ Bair Hugger™ Temperature Management Solutions

solventum
Bair Hugger™



Go beyond the blanket

With a solution that brings the heat — and the insight

Discover a temperature management solution that goes beyond ordinary warming, combining consistent heat with real-time, continuous core temperature monitoring to support informed clinical decision-making. Bair Hugger Temperature Management Solutions help reduce the risk of unintended hypothermia, support guideline adherence and streamline workflow — helping drive better patient outcomes and lower complication-related costs.

BairHugger.com

© Solventum 2025. Solventum, the S logo, Bair Hugger and the Bair Hugger logo are trademarks of Solventum or its affiliates. Other trademarks are the property of their respective owners.

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

ORNAC President:
Bryana Hahn, president@ornac.ca

ORNAC Secretary:
Laura-Lynne Funnelle, secretary@ornac.ca

ORNAC Treasurer:
Alex Bogle, treasurer@ornac.ca

Journal Editor:
Linda M. Verde, editor@ornac.ca

Journal Lead:
journalteam@ornac.ca

Managing Editor and Design:
Sherri Keller, Meadowlight Media,
sherri@meadowlightmedia.ca

Editorial Board
Bryana Hahn, RN, BN, ORNAC President
Linda M. Verde, BA(Hons), Journal Editor
Audrey Cook, RN, BN, BSc, BA, CPN(C)
Niki Deneault, RN, BScN, CPN(C)
Leah Lowe, RN, BN, MN, CPN(C)
Tanya Vandale, RN, BScN, CPN(C)

Translation Services
Sylvie Beauregard, RN, BScN
periopconseil@gmail.com
Traductions Hermès, https://
traductionshermes.com/

Advertising Sales
Sherri Keller
Meadowlight Media
Email: sherri@meadowlightmedia.ca
Rate card : www.meadowlightmedia.ca

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 **editor@ornac.ca**.

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

ORNAC Journal
103-2727 Steeles Ave West,
Toronto, Ontario, M3J 3G9
Canada

Copyright Notice and Disclaimer
© 2026 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 :
Bryana Hahn, president@ornac.ca

Secrétaire :
Laura-Lynne Funnelle, secretary@ornac.ca

Trésorière :
Alex Bogle, treasurer@ornac.ca

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

Adresse de la Revue :
journalteam@ornac.ca

Éditeur / Conception et design :
Sherri Keller, Meadowlight Media, sherri@meadowlightmedia.ca

Comité de rédaction
Bryana Hahn, RN, BN, ORNAC Présidente
Linda M. Verde, B. A. (Hon), Rédactrice
Audrey Cook Inf., B. Sc. inf., B. A., CSP(C)
Niki Deneault, inf., B. Sc.inf., CSP (C)
Leah Lowe: Inf., B. Sc. inf., M. Sc. Inf., CSP(C)
Tanya Vandale, inf., B. Sc. inf., CSP(C)

Services de traduction
Sylvie Beauregard inf., B. Sc. inf.
periopconseil@gmail.com
Traductions Hermès,
https://traductionshermes.com/

Publicité
Sherri Keller
Meadowlight Media
Email: sherri@meadowlightmedia.ca
Rate card : www.meadowlightmedia.ca

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 **editor@ornac.ca**.

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

ORNAC Journal
103-2727 Steeles Ave West,
Toronto, Ontario, M3J 3G9
Canada

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

© 2026 L'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada. Tous droits réservés. 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 oeuvre 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 oeuvre 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 présentées 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 oeuvre 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

ORNAC
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

Fall 2026 Volume 43, Issue 2

ARTICLES

10 **Perioperative nursing and the politics of presence: Challenging hierarchy through relational knowledge**
Jennifer Dunn

16 **Soins infirmiers périopératoires et politiques de présence : remise en question de la hiérarchie par le savoir relationnel**
Jennifer Dunn

23 **Maintaining perioperative nursing competence in rural and low-volume surgical settings: A Canadian perspective**
Eunice K. Assem-Erhaze

28 **Maintien des compétences infirmières périopératoires dans les milieux ruraux et à faible volume d'interventions chirurgicales : une perspective canadienne**
Eunice K. Assem-Erhaze

34 **Beyond the checklist: Non-technical skills of the circulating nurse and their role in intraoperative patient safety**
Eunice K. Assem-Erhaze

40 **Au-delà de la liste de contrôle : les compétences non techniques de l'infirmière en service externe et leur rôle dans la sécurité des patients en période peropératoire**
Eunice K. Assem-Erhaze

49 **"Request denied"**
Chris Downey

51 **« Demande refusée »**
Chris Downey

54 **ORNAC National Conference April 21–24th, 2027 in Halifax**
Bryana Hahn

54 **Conférence nationale de l'AIISOC**
Bryana Hahn

55 **Johnson & Johnson Drake Thompson Writing Award**

55 **Prix D'Écriture Drake Thompson de Johnson & Johnson**

56 **ORNAC recognizes recent perioperative program approvals**

56 **L'AIISOC reconnaît les récentes approbations de programmes de formation en soins périopératoires**

ORNAC Peer Reviewers
Erin Bryant, MSN, RN
Jan Carlo Buragay, RN
Lena Chamberlain, RN, BScN
Brittany Clancey, RN, BScN
Audrey Cook, RN, BN, BSc, BA, CPN(C)
Niki Deneault, RN, BScN, CPN(C)
Sylvia Doran, BA, BScN, RNJennifer Dunn, MN, RN
Christine Emrich, CNS
Rachelle Lesy, MN, RN, CPN(C)
Angelina Lomoro, MN, RN, CPN(C)
Leah Lowe, RN, BN, MN, CPN(C)
B Sulochana, PhD, MScN, MBA, PCBScN
Tanya Vandale, RN, BScN, CPN(C)
Konstantin Voronchikhin, MN, CNOR, BScN
Sylvie Beauregard RN, BScN

Réviseurs de l'AIISOC
Erin Bryant, inf., M. Sc. inf.
Jan Carlo Buragay, inf.
Lena Chamberlain, inf., B. Sc. inf.
Britney Clancey, inf., B. Sc. inf
Audrey Cook, Inf., B. Sc. inf., B. A., CSP (C)
Niki Deneault, inf., B. Sc. inf., CSP (C)
Sylvia Doran, inf., B. A., B. Sc. inf
Jennifer Dunn, inf., M. Sc. inf.
Christine Emrich, Inf., ICS
Rachelle Lesy, Inf., M. Sc. Inf., CSP (C)
Angelina Lomoro M. Sc. inf, Inf., CSP(C)
Leah Lowe, Inf., B. Sc. inf., M. Sc. Inf., CSP (C)
B Sulochana, inf.,B. Sc. inf., M. Sc. inf. Ph. D.
Tanya Vandale, inf., B. Sc. inf., CSP (C)
Konstantin Voronchikhin, inf., M. Sc. inf., B. Sc. inf., CSP (C)
Sylvie Beauregard, inf., B. Sc. inf.

Editor's Message

As the weather turns colder, get somewhere warm with, perhaps, a favourite hot beverage, but watch the marshmallows, if your fingers are sticky, you might mess up your computer or device of choice as you scroll through the pages of this issue. We have three original peer reviewed articles for you, covering different aspects of perioperative nursing.

In our first article, Jennifer Dunn uses a feminist lens to look at the gender and power bias at the basis of what is acknowledged as legitimate knowledge in the operating room and how social and professional standing impacts who can have or share that knowledge. Dunn claims, 'ethical presence, vigilance, advocacy, and clinical judgment,' gained through experience and pattern recognition, are at the heart of perioperative nurses' expertise. This relational knowledge is often undervalued as 'intuition' instead of credited as the clinical reasoning it is. The author sees relational knowledge as a way to challenge the hierarchy that can inhibit sharing critical knowledge and improving patient care. This thought-provoking article makes a fascinating read.

Our second article, by Eunice Assem-Erhaze, looks at the many non-technical skills involved in the role of the circulating nurse. Such social and cognitive skills are necessary for safe practice, but are not part of perioperative nursing curricula. Eight specific skills are discussed and Assem-Erhaze suggests establishing non-technical skills as part of perioperative nursing education and research, and that these skills be regularly assessed and supported as they are integral to circulating nurses' safe practice. A good read for anyone on the perioperative team.

How long do you think you would retain your skills and knowledge if you got few chances to use them and when needed, care products, processes, and staff resources were limited? In our third article, Eunice Assem-Erhaze looks at the difficulties of maintaining perioperative competence in rural and low-volume surgical settings. Declining technical or cognitive skills due to infrequent practice impacts team effectiveness and ultimately patient care. According to Assem-Erhaze, there are ways to maintain perioperative nursing competence in low-volume settings. Have you considered inter-facility rotation?

If you have ever been turned down when wanting to attend a professional conference, you will want to read our guest editorial, *Request Denied*, by Chris Downey. She offers great tips on how to "strategize your ask" that may help you get that YES you want. The ORNAC Conference is coming up, April 21–24, 2027, in Halifax.

On a personal note, this spring I had a total knee arthroplasty and my patient experience was excellent. Thank all of you for your specialized knowledge and skills. You probably don't see your patients much after they leave the OR, but please know that your work is very important and appreciated. I will be celebrating you during Perioperative Nurses Week and look forward to seeing you at our conference in Halifax.



Your editor,
Linda M. Verde
Editor-in-Chief

ORNAC Membership – Join Today!

Are you a Registered Nurse (RN), Licensed Practical Nurse (LPN), Registered Practical Nurse (RPN), or Nurse Practitioner (NP) working in perioperative care?
Become part of a national group dedicated to advancing perioperative nursing practice!

Sign up for or renew your ORNAC Membership and enjoy exclusive benefits, including:

- discounts on conference fees
- discounts on the purchase of the **ORNAC Guidelines for Perioperative Nursing Practice in Canada**
- valuable networking opportunities across Canada
- access to monthly educational webinars and virtual education days
- educational Opportunities at the provincial level
- support for Canadian Nurses Association (CNA) perioperative nursing certification
- eligibility to nominate or be nominated for ORNAC awards
- opportunity to apply for committee involvement
- participation in member contests with chances to win prizes
- opportunities educators and OR leaders to join national groups like the Perioperative Nurse Educators (PNEC) of Canada & Canadian Operating Room Leaders (CORL)
- opportunities to apply for board director positions to advance perioperative nursing nationally

Take full advantage of the resources, connections, and opportunities ORNAC provides to support your professional growth.

Learn more and join today: **https://www.ornacmembers.ca/benefits.phtml**

Message de la rédactrice

Alors que le temps se rafraîchit, trouvez un endroit bien au chaud, accompagné peut-être de votre boisson chaude préférée. Mais attention aux guimauves! Si vous avez les doigts collants, vous pourriez endommager votre ordinateur ou l'appareil de votre choix en parcourant les pages de ce numéro. Nous vous présentons trois articles originaux évalués par des pairs, portant sur différents aspects des soins infirmiers périopératoires.

Dans notre premier article, Jennifer Dunn utilise une perspective féministe pour examiner les préjugés liés au genre et au pouvoir qui sous-tendent ce qui est reconnu comme un savoir légitime en salle d'opération, ainsi que la façon dont le statut social et professionnel influence les personnes qui peuvent détenir ou partager ces connaissances. Dunn affirme que la « présence éthique, la vigilance, la défense des intérêts et le jugement clinique », acquis grâce à l'expérience et à la reconnaissance de schémas, sont au cœur de l'expertise du personnel infirmier en soins périopératoires. Ce savoir relationnel est souvent sous-estimé et qualifié d'«intuition», plutôt que reconnu comme une forme de raisonnement clinique. L'auteure considère le savoir relationnel comme un moyen de remettre en question la hiérarchie qui peut empêcher le partage de connaissances essentielles et l'amélioration des soins aux patients. Cet article stimulant mérite certainement d'être lu.

Notre deuxième article, signé Eunice Assem-Erhaze, porte sur les nombreuses compétences non techniques nécessaires au rôle du personnel infirmier. Ces compétences sociales et cognitives sont essentielles à une pratique sécuritaire, mais elles ne font pas partie des programmes de formation en soins infirmiers périopératoires. Huit compétences précises sont présentées. Assem-Erhaze recommande d'intégrer les compétences non techniques à la formation et à la recherche en soins infirmiers périopératoires et de les évaluer et de les soutenir régulièrement, puisqu'elles sont essentielles à la pratique sécuritaire du personnel infirmier de salle. Une lecture intéressante pour tous les membres de l'équipe périopératoire.

Combien de temps pensez-vous pouvoir conserver vos compétences et vos connaissances si vous avez peu d'occasions de les utiliser et que les produits de soins, les processus et les ressources humaines disponibles sont limités? Dans notre troisième article, Eunice Assem-Erhaze examine les difficultés liées au maintien de la compétence périopératoire dans les milieux chirurgicaux ruraux où le volume d'activités est faible. La diminution des compétences techniques ou cognitives attribuable à une pratique peu fréquente a des répercussions sur l'efficacité de l'équipe et, ultimement, sur les soins aux patients. Selon Assem-Erhaze, il existe des moyens de maintenir les compétences périopératoires dans les milieux à faible volume. Avez-vous envisagé une rotation entre établissements de soins de santé?

Si vous avez déjà essuyé un refus lorsque vous souhaitiez participer à une conférence professionnelle, vous voudrez lire notre éditorial invité, « Demande refusée », de Chris Downey. Elle propose d'excellentes stratégies pour présenter votre demande de manière à augmenter vos chances d'obtenir le « oui » souhaité. La conférence de l'AIISOC approche : elle aura lieu du 21 au 24 avril 2027 à Halifax.

Sur une note personnelle, j'ai subi ce printemps une arthroplastie totale du genou et mon expérience en tant que patiente a été excellente. Merci à toutes et à tous pour vos connaissances et vos compétences spécialisées. Vous ne revoyez probablement pas beaucoup vos patients après leur sortie de la salle d'opération, mais sachez que votre travail est très important et grandement apprécié. Je vous célébrerai pendant la semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires et j'ai hâte de vous retrouver à notre congrès à Halifax.



Votre rédactrice en chef,
Linda M. Verde
Rédactrice en chef

Message from the President of ORNAC

As we celebrate Perioperative Nurses Week, November 8–14, 2026, I would like to take a moment to recognize and thank perioperative nurses across Canada for the exceptional care, expertise, and dedication you bring to patients every day.

This has been an exciting and productive year for ORNAC. Following our Strategic Planning Session in Spring 2026, the Board of Directors has already begun advancing many of the priorities identified during those discussions. We are energized by the opportunities ahead and committed to ensuring that ORNAC continues to evolve to meet the needs of our members and the profession.

I am also pleased to welcome our newest Board members. Their enthusiasm, fresh ideas, and diverse perspectives are already enriching our discussions and helping to shape the future direction of the organization. Strong leadership comes from a balance of experience and innovation, and I am confident that our Board is well-positioned to support ORNAC's continued growth.

This month also marks an important milestone for our association. It has been one year since Licensed Practical Nurses (LPNs) and Registered Practical Nurses (RPNs) became full ORNAC members rather than associate members. This change reflected our commitment to inclusivity and recognition of the valuable contributions all perioperative nursing professionals make to patient care. We are proud to have strengthened our membership community and to continue fostering an organization where all perioperative nurses feel welcomed, represented, and supported.

I am incredibly proud of the work your Board of Directors has accomplished on behalf of our members. Through advocacy, guideline promotion, professional development initiatives, partnerships, and member engagement efforts, we remain focused on advancing perioperative nursing practice and supporting excellence in patient care across Canada.

As we celebrate Perioperative Nurses Week, I encourage you to take pride in the impact you make every day. Thank you for your commitment to our patients, our profession, and each other. It is an honour to serve as your President and to work alongside such a dedicated community of perioperative professionals.

On behalf of the ORNAC Board of Directors, Happy Perioperative Nurses Week 2026!

Warm regards,
Bryana Hahn, RN, BN
President, ORNAC

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 la présidente de l'AIISOC

Alors que nous célébrons la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires, du 8 au 14 novembre 2026, je souhaite prendre un moment pour reconnaître et remercier le personnel infirmier en soins périopératoires de partout au Canada pour les soins exceptionnels, l'expertise et le dévouement que vous offrez chaque jour à vos patients.

Cette année a été à la fois stimulante et productive pour l'AIISOC. À la suite de notre séance de planification stratégique du printemps 2026, le conseil d'administration a déjà commencé à faire progresser plusieurs des priorités établies lors de ces discussions. Nous sommes enthousiastes face aux possibilités qui s'offrent à nous et déterminés à faire en sorte que l'AIISOC continue d'évoluer afin de répondre aux besoins de ses membres et de la profession.

Je suis également heureuse d'accueillir nos nouveaux membres du conseil d'administration. Leur enthousiasme, leurs idées nouvelles et la diversité de leurs points de vue enrichissent déjà nos discussions et contribuent à façonner l'orientation future de notre organisation. Un leadership solide repose sur un équilibre entre l'expérience et l'innovation, et je suis convaincue que notre conseil est bien positionné pour soutenir la croissance continue de l'AIISOC.

Ce mois-ci marque également une étape importante pour notre association. Il y a maintenant un an que les infirmières auxiliaires sont devenues des membres à part entière de l'AIISOC plutôt que des membres associés. Cette modification témoigne de notre engagement envers l'inclusion et de notre reconnaissance de la précieuse contribution de tous les professionnels des soins infirmiers périopératoires aux soins des patients. Nous sommes fiers d'avoir renforcé notre communauté de membres et de continuer à favoriser une organisation où tout le personnel infirmier se sent accueilli, représenté et soutenu.

Je suis extrêmement fière du travail accompli par votre conseil d'administration au nom de nos membres. Par nos activités de défense des intérêts, la promotion des lignes directrices, les initiatives de développement professionnel, les partenariats et les efforts visant à mobiliser nos membres, nous demeurons concentrés sur l'avancement de la pratique de soins périopératoires et sur le soutien à l'excellence des soins aux patients partout au Canada.

Alors que nous célébrons la Semaine des infirmières et infirmiers en soins périopératoires, je vous encourage à être fiers de l'impact que vous avez chaque jour. Merci pour votre engagement envers nos patients, notre profession et les uns envers les autres. C'est un honneur de vous servir à titre de présidente et de travailler aux côtés d'une communauté aussi dévouée de professionnels des soins périopératoires.

Au nom du conseil d'administration de l'AIISOC, je vous souhaite une excellente semaine 2026!

Avec gratitude et optimisme,
Bryana Hahn, inf., B. Sc. inf.,
Présidente, AIISOC

Adhésion à l'AIISOC – Joignez-vous dès aujourd'hui !

Êtes-vous une infirmière, une infirmière auxiliaire ou une infirmière praticienne travaillant en soins périopératoires ? Devenez membre d'un regroupement national dédié à l'avancement de la pratique de soins infirmiers périopératoires !

Inscrivez-vous ou renouvelez votre adhésion à l'AIISOC et profitez d'avantages exclusifs, notamment :

- rabais sur les frais d'inscription aux conférences
- rabais sur l'achat des **Lignes directrices de l'AIISOC**
- possibilités de réseautage précieux à travers le Canada
- accès aux webinaires éducatifs mensuels et aux journées de formation virtuelle
- occasions de perfectionnement offertes au niveau provincial
- soutien à la certification en soins infirmiers périopératoires de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)
- admissibilité à présenter une candidature ou à être mise en nomination pour les prix de l'AIISOC
- possibilité de poser votre candidature pour participer à des comités
- participation à des concours réservés aux membres avec des chances de gagner des prix
- opportunités pour les éducateurs et les leaders en soins périopératoires de joindre des groupes nationaux tels que le **Perioperative Nurse Educators of Canada (PNEC)** et les **Canadian Operating Room Leaders (CORL)**
- opportunités de poser votre candidature pour des postes de directrices au sein du conseil d'administration afin de contribuer à l'avancement national des soins infirmiers périopératoires

Profitez pleinement des ressources, des contacts et des opportunités que l'AIISOC met à votre disposition pour soutenir votre développement professionnel.

Pour en savoir plus et adhérer dès aujourd'hui :
https://www.ornacmembers.ca/benefits.phtml

This is an Open Journal Systems article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), which permits downloading and sharing for personal use only. Commercial use and changing the material in any way are prohibited and the original work must be cited properly.

Perioperative nursing and the politics of presence: Challenging hierarchy through relational knowledge

Jennifer Dunn

Mount Royal University, School of Nursing and Midwifery, Calgary, Alberta

Address correspondence to: Jennifer Dunn, **jdunn1@mtroyal.ca**

Abstract

This reflection offers a critical examination of perioperative nursing through the lens of feminist epistemology, which examines how gender and power shape what is recognized as legitimate knowledge, and standpoint theory, which understands knowledge as situated and shaped by one's social and professional position. Within highly technical and hierarchical surgical environments, perioperative nurses rely on relational, embodied, and anticipatory knowledge that remains undervalued in dominant biomedical discourse. Perioperative nursing expertise is expressed through ethical presence, vigilance, advocacy, and clinical judgment informed by experience and pattern recognition. Such judgment may be described as intuitive when its underlying knowledge is not readily articulated; however, intuition in expert practice can reflect accumulated experiential knowledge rather than an absence of clinical reasoning. Drawing on care ethics and nursing philosophy, this work traces how patriarchal systems devalue relational knowledge and uphold authority through standardization and control. Perioperative nurses navigate steep power gradients while anchoring continuity, moral accountability, and patient safety. From this perspective, such nursing labour constitutes a form of epistemic resistance; resistance to dominant assumptions about whose knowledge counts and what forms of knowing are considered authoritative. Reframing perioperative practice in this way invites broader recognition of relational competence as central to ethical, effective, and just healthcare delivery.

Keywords: perioperative nursing, feminist epistemology, standpoint theory, relational knowledge, epistemic resistance, nursing knowledge, care ethics

What if the heart of healthcare was found not in authority, but in attunement? Where outcomes are tracked and efficiencies celebrated, relational wisdom can escape notice; yet it is often the quiet presence that helps hold complexity together (Benner, 2024). This perspective illuminates perioperative nursing as a relational foundation of surgical care, where care itself becomes a way of knowing, responding, and leading.

Suggested citation: Dunn, J. (2026). Perioperative nursing and the politics of presence: Challenging hierarchy through relational knowledge. *ORNAC Journal, 43*(2), 10–15. https://doi.org/10.5737/ornac18210

Perioperative nursing brings together technical expertise with sustained attention to the patient and the evolving surgical situation. Nurses integrate knowledge of the patient, procedure, equipment, team, and clinical environment while coordinating care across professional roles and established lines of authority (Chellam Singh & Arulappan, 2023; Reato et al., 2025). Much of this expertise develops through proximity, experience, pattern recognition, and relational attunement, allowing nurses to interpret what is occurring within the broader context of the patient's care (Benner et al., 2011; Tanner, 2006).

However, because perioperative nursing knowledge is deeply embedded in practice, its intellectual foundations can be difficult to see. Clinical judgments develop through experience and sustained engagement with patients and clinical situations. With increasing expertise, nurses may recognize meaningful patterns and grasp the significance of changing situations without relying exclusively on explicit, rule-based analysis (Benner, 1984; Benner et al., 2011; Tanner, 2006). Intuition, understood in this sense, is a dimension of expert clinical judgment grounded in experiential knowledge and pattern recognition, rather than an alternative to clinical reasoning. Within highly technical and hierarchical clinical environments, this raises an important epistemic question: which forms of knowledge are recognized as expertise, and which remain less visible because they are relational, embodied, experiential, or difficult to formalize?

Drawing on feminist epistemology, standpoint theory, care ethics, and matriarchal ethics, this reflection examines how perioperative nursing knowledge is produced, recognized, and valued within professional and knowledge hierarchies. Feminist epistemology considers how knowledge and claims to expertise are shaped by social position, gender, power, and the conditions under which knowing occurs (Haraway, 1988; Harding, 1991). Standpoint theory extends this concern by proposing that what people are able to know and perceive is influenced by their social and professional location, and that those

positioned differently within systems of power may have access to forms of knowledge that remain less visible from dominant positions (Collins, 2000; Harding, 2004). Care ethics direct attention to relationship, interdependence, responsiveness, attentiveness, and responsibility as morally significant dimensions of practice (Gilligan, 1982; Tronto, 1993). Matriarchal ethics, as used here, emphasize relationality, reciprocity, care, interdependence, and life-sustaining forms of social organization rather than authority grounded primarily in hierarchy or domination (Goettner-Abendroth, 2012). Together, these perspectives provide a way of examining epistemic hierarchies, i.e., the often-implicit ranking of some forms of knowledge, ways of knowing, and knowledge holders as more credible, legitimate, or authoritative than others (Antuna-Casal & Rios, 2026; Bhakuni & Abimbola, 2021; Fricker, 2007).

Guided by these perspectives, the reflection considers how relational and embodied ways of knowing contribute to clinical judgment and patient safety, how professional structures shape the authority afforded to nursing knowledge, and how relational approaches to power offer an alternative understanding of leadership within surgical care. In doing so, it asks what becomes possible when perioperative nursing knowledge is recognized as credible, given appropriate weight, and relational competence is understood as integral to safe, ethical, and collaborative care.

Hierarchies of Knowledge and Relational Ways of Knowing

To understand how perioperative nursing operates within, and at times resists, established structures of authority, it is necessary to consider how patriarchy shapes professional hierarchies and the ways in which different forms of knowledge are valued. Patriarchy is more than a system of men ruling over women; it is sustained through social and institutional arrangements that have historically privileged hierarchy, control, abstraction, and detachment while assigning less authority to relationality, embodiment, interdependence, and care (Connell, 2005; Federici, 2004; Gilligan, 1982; Merchant, 1980). Within healthcare, these values are embedded in professional norms and institutional practices that influence whose knowledge is regarded as authoritative and which forms of knowing are recognized as legitimate (Davies, 1995; Freidson, 1970; Foucault, 1963/1973).

Feminist scholarship challenges the assumption that knowledge is produced from a completely neutral standpoint. Instead, it understands knowledge as situated: what people notice, understand, and can contribute is shaped in part by their experiences and their position within social and professional relationships (Haraway, 1988; Harding, 1991). This perspective does not reject scientific or objective knowledge. Rather, it draws attention to the social and institutional conditions through which knowledge is produced, interpreted, and granted authority. Within healthcare, this shifts attention to how professional position and the recognition of different forms of knowledge can influence whose expertise is trusted and which forms of clinical judgment are heard and acted upon (Freidson, 1988; Veeger-Nuijens et al., 2026).

Relational approaches to knowledge extend this argument by questioning the assumption that legitimate knowing must be detached, abstract, or independent of human relationships. Feminist scholarship has demonstrated that knowledge may also develop through experience, dialogue, attentiveness, and relationship (Belenky et al., 1986; Haraway, 1988). Relational knowledge, as used here, refers to knowledge that develops through sustained attention to persons, interactions, and context, allowing clinical situations to be understood through both available information and the relationships and circumstances that give that information meaning. Care ethics, an ethical approach that understands care, relationships, and responsiveness to the needs of others as central to responsible action, builds on this relational understanding. It emphasizes attentiveness to the needs of others, responsibility for responding to those needs, and responsiveness to how care is experienced and received (Gilligan, 1982; Tronto, 1993).

These perspectives do not suggest that relational ways of knowing are inherently feminine or position relational knowledge against technical or scientific knowledge. They challenge hierarchies that grant greater authority to abstraction and detachment than to knowledge developed through embodiment, experience, and relationship. Relationality, from this perspective, forms part of the process through which situations are perceived, interpreted, and understood and is therefore integral to clinical expertise.

Collectively, feminist epistemology and care-based approaches provide a framework for examining how knowledge and authority intersect in healthcare. They draw attention to forms of knowing that may be clinically consequential while remaining less visible because they are experiential, embodied, relational, or difficult to codify. They also invite consideration of how different forms of knowledge contribute to understanding and responding to complex clinical situations. These tensions are not unique to perioperative practice. Across healthcare, standardized and task-oriented approaches can shape nursing practice and constrain opportunities for critical engagement (Dunn, 2025). At the same time, clinical expertise develops through the integration of knowledge, experience, reflection, and repeated engagement with clinical situations (Benner, 1984; Tanner, 2006). This intersection of knowledge and authority provides the foundation for examining perioperative nursing knowledge and the expertise it represents.

Professional Power, Voice, and Epistemic Resistance

Recognizing perioperative nursing knowledge does not necessarily mean that this knowledge carries equal authority within clinical practice. Healthcare hierarchies have developed within historical and professional structures that have positioned medicine and nursing differently in relation to authority, expertise, and care (Davies, 1995; Freidson, 1970). These differences are particularly visible in the perioperative environment, where highly technical practice and close interdisciplinary collaboration coexist with distinct professional roles and established lines of authority. From a feminist perspective, power operates through formal positions and decision-making authority as well as through the recognition of knowledge: whose observations are considered credible, whose concerns receive attention, and whose judgment can influence what happens next (Harding, 1991; Haraway, 1988).

Possessing clinically important knowledge and having that knowledge recognized are therefore distinct. Forms of knowledge that are difficult to formalize or separate from the circumstances in which they arise may receive less recognition within systems that privilege standardization, technical expertise, and positional authority (Antuna-Casal & Rios, 2026; Essex et al., 2026). What is at stake is whether nurses' knowledge is recognized as credible and given appropriate weight within clinical environments.

The consequences become particularly important when nurses must give voice to what they know. Speaking up in perioperative care may involve questioning a plan, identifying a discrepancy, drawing attention to a subtle change, advocating for an anaesthetized patient, or interrupting the progression of care when safety is at risk (Hartmann et al., 2025; Mulugeta et al., 2025). In these moments, clinical knowledge encounters professional authority directly. A nurse must recognize when something requires attention and communicate that concern in a way that can influence the actions of others. Yet hierarchical relationships can influence who feels able to speak, whose concerns are taken seriously, and how readily established authority can be questioned (Hague et al., 2025; Mulugeta et al., 2025). Contributing nursing knowledge to patient care, therefore, depends on both the capacity to speak and the conditions that enable that knowledge to influence practice.

Feminist standpoint theory helps illuminate this relationship between position, knowledge, and voice. Perioperative nurses occupy a distinctive position within the surgical environment, attending simultaneously to the patient, procedure, equipment, team, and emerging risks. This position may make aspects of the clinical situation visible that are less apparent from other professional positions (Harding, 1991; Hartmann et al., 2025). When hierarchy limits the credibility or influence afforded to these observations, potentially important knowledge may remain unheard until a concern has escalated (Hague et al., 2025; Mulugeta et al., 2025). For example, a perioperative nurse who identifies a discrepancy in the surgical count may recognize a potential safety risk and the need for the discrepancy to be resolved before the procedure progresses. The safety value of this knowledge, however, depends on the nurse both recognizing the concern and being able to voice it so that it is taken seriously and acted upon by the team.

This is where the concept of epistemic resistance becomes useful. Epistemic resistance can be understood as challenging assumptions about whose knowledge counts, and which forms of knowing deserve authority. In perioperative nursing, such resistance may occur through everyday practices: naming a concern, questioning what has been taken for granted, persisting when an observation is initially dismissed, advocating for the patient, or bringing relational and experiential knowledge into clinical decision-making. Nursing resistance has similarly been described as potentially ethical action when nurses challenge practices or conditions that conflict with their responsibility to patients (Peter et al., 2004). For example, when a nurse continues to raise a concern after an initial dismissal because their assessment suggests that the patient may be at risk, persistence becomes more than speaking up; it challenges the assumption that another professional's judgment should automatically carry greater authority. From this perspective, speaking up can become an enactment of professional responsibility through which nurses assert the clinical relevance of what they know.

Relational knowledge can also function as resistance when nurses preserve attentiveness, human connection, and responsibility within environments increasingly shaped by efficiency, standardization, and technological demands (Robinson, 2020; Tronto, 1993). Such resistance preserves space for relational and experiential knowledge alongside technical expertise and other forms of clinical knowledge. Often, the relational dimension of this work begins before the patient enters the operating room. Surgery can be accompanied by anxiety, uncertainty, and a diminished sense of control, making communication, reassurance, and person-centred care important dimensions of the perioperative experience (Gamst-Jensen et al., 2026; Seguro et al., 2026). Through preoperative encounters, nurses attend to patients' concerns, preferences, relationships, and understandings of what is about to occur. In doing so, they develop knowledge of the person that can be carried forward into the intraoperative period, when the anaesthetized patient can no longer speak for themselves. Maintaining attention to the patient as a person while responding to the technical demands of surgery ensures that relational responsibility remains part of what is considered relevant to safe and ethical care. Advocacy, vigilance, and relational accountability can therefore challenge hierarchies of knowledge by asserting the relevance of nursing knowledge within clinical

decision-making (Aqtam, 2026; Essex et al., 2026). Seen in this way, power in perioperative practice extends beyond formal positions of authority to include the capacity to bring knowledge into clinical decision-making, interrupt a course of action, and influence what happens next.

Relational Leadership and the Ethics of Interdependence

Although professional authority is commonly associated with hierarchy, position, and the ability to direct the actions of others, relational approaches offer another way of understanding leadership. From this perspective, leadership can emerge through responsibility, attentiveness, collaboration, and the capacity to sustain relationships around a shared purpose. Care ethics support this understanding by emphasizing human interdependence and the responsibilities that arise through relationships with others (Gilligan, 1982; Tronto, 1993, 2013). Leadership, viewed in this way, is expressed through how people exercise responsibility within relationships and how they contribute to the conditions necessary for collective action.

Matriarchal ethics offer a related perspective on power and social organization. As used here, matriarchy refers to an egalitarian orientation grounded in reciprocity, mutual responsibility, and interdependence; it differs from a reversal of patriarchal authority in which women simply occupy the dominant position. Matriarchal thought, instead, offers an alternative to social arrangements organized primarily through domination and hierarchy (Goettner-Abendroth, 2012). It emphasizes relationships sustained through reciprocity, responsibility, and care. This perspective is particularly relevant to perioperative practice, where safe care depends on multiple professions whose knowledge and responsibilities differ but remain deeply interconnected (Shi et al., 2026; Wei et al., 2026). Men belong in perioperative nursing. Medicine belongs in relationship. Care belongs to everyone. These principles preserve professional roles and clinical authority while supporting a relational conception of leadership in which authority is exercised within relationships of mutual dependence and shared responsibility.

Perioperative nursing provides a practical expression of this form of leadership. Nurses coordinate people, information, equipment, patient needs, and changing clinical circumstances across the surgical experience. Much of this work occurs without formal command and is enacted through communication, coordination, advocacy, continuity, and responsiveness to changing conditions. Care provides an ethical orientation for this work by connecting authority with responsibility: to notice what a situation requires, communicate concerns, coordinate action, advocate for the patient, and intervene when necessary. Through these practices, perioperative nurses help create coherence within the surgical environment and contribute to the conditions in which people can work together safely and effectively (Fletcher, 2004; McCormack & McCance, 2010).

This form of leadership reflects the interdependent nature of surgical care. Surgeons, anaesthesia providers, nurses, and other members of the perioperative team bring different forms of knowledge, responsibility, and expertise to a shared clinical situation (Shi et al., 2026; Wei et al., 2026). Recognizing this interdependence shifts attention toward how these contributions are brought together in the interests of the patient. Nursing and medicine contribute distinct but interdependent forms of expertise to the collective work of surgical care.

Relational leadership also reframes power. Alongside formal authority, power can arise through relationships that enable knowledge to circulate, concerns to be heard, responsibilities to be coordinated, and collective action to occur (Essex et al., 2026; Fletcher, 2004). Power, from this perspective, lies in the capacity to influence what becomes possible within the team, while sustaining responsibility to the patient and to one another. Perioperative nurses exercise this form of leadership from within the surgical team, contributing their knowledge, influence, and professional responsibility to the relationships through which safe, interdependent care becomes possible.

Conclusion

Perioperative nursing makes visible a form of clinical expertise that is technical, relational, embodied, and responsive to context. Through sustained presence, nurses develop knowledge grounded in experience, proximity, vigilance, relationship, and responsibility for the patient across the surgical experience. Recognizing relational competence as clinical expertise, therefore, expands what is understood to constitute knowledge in perioperative practice. How such knowledge might best be made visible, recognized, and transmitted within perioperative practice and education warrants further exploration.

This recognition matters for patient safety, professional authority, and epistemic justice. Nursing knowledge can influence care when it is communicated, regarded as credible, and given appropriate weight in clinical decision-making. Professional hierarchies that limit whose knowledge carries authority may constrain the contribution of clinically important observations and judgments, particularly when relational, embodied, and experiential knowledge does not resemble dominant forms of expertise. Supporting the full contribution of perioperative nursing expertise, therefore requires clinical environments in which nurses can give voice to what they know, have their knowledge taken seriously, and exercise the professional authority necessary to act on that knowledge.

The politics of presence is ultimately a politics of recognition: whose knowledge is heard, whose judgment carries weight, and whose expertise is permitted to shape care. Perioperative

nurses practise at the intersection of technology and relationship, individual expertise and collective responsibility. Their presence carries knowledge of the patient, the procedure, the team, and the subtle changes through which risk can emerge. Recognizing this contribution means affirming nursing knowledge as knowledge, advocacy as leadership, and relational competence as expertise. This does not require diminishing other forms of expertise; rather, it recognizes that technical knowledge and relational responsibility belong together in the collective work of surgical care. Perioperative nurses have always embodied the connective tissue of surgical care. Recognition is not a gift; it is an overdue act of justice.

About the author



Jennifer Dunn, MN, RN, PhD(c), is an Assistant Professor in the School of Nursing and Midwifery at Mount Royal University in Calgary and a doctoral candidate in Nursing at the University of Saskatchewan. She brings more than two decades of clinical nursing experience to her teaching and scholarship. She holds a Bachelor of Nursing from the University of New Brunswick (2000) and a Master of Nursing from the University of Lethbridge (2024), where she was supported by the Alberta Graduate Excellence Scholarship. Her doctoral work is supported by a Canada Graduate Research Scholarship from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC). Her research examines nursing through historical and relational lenses, with particular attention to how nursing culture, traditions, power, and experiences of silence shape professional identity, voice, and moral agency. Her work is grounded in perioperative nursing and explores how broader systemic and relational forces influence nurses' everyday practice, leadership, and professional lives.

Conflict of interest

None declared.

Funding

None declared.

Article submitted: February 12, 2026

Accepted for publication: August 17, 2026

References

Antuna-Casal, M., & Rios, M. (2026). When care does not count: Epistemic injustice and the organisational recognition of nursing knowledge. *Nursing Inquiry, 33*, e70151. https://doi.org/10.1111/nin.70151

Aqtam, I. (2026). Epistemic injustice in nursing knowledge production: A three-pillar framework for recognition, redistribution, and representation. *Nursing Philosophy, 27*, e70101. https://doi.org/10.1111/nup.70101

Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger, N. R., & Tarule, J. M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. Basic Books.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Benner, P. (2024). Studying expert ethical comportment and preserving the ethics of care and responsibility embedded in expert nursing practice. In M. D. M. Fowler, *Nursing ethics, 1880s to the present: An archaeology of lost wisdom and identity*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003262107-

Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Bhakuni, H., & Abimbola, S. (2021). Epistemic injustice in academic global health. *The Lancet Global Health, 9*(10), e1465–e1470. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00301-6

Chellam Singh, B., & Arulappan, J. (2023). Operating room nurses' understanding of their roles and responsibilities for patient care and safety measures in intraoperative practice. *SAGE Open Nursing, 9*, 1–9. https://doi.org/10.1177/23779608231186247

Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). Routledge.

Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). University of California Press.

Davies, C. (1995). *Gender and the professional predicament in nursing*. Open University Press.

Dunn, J. (2025). Diminishment by design: The role of class, gender and architecture in shaping the nursing profession. *Nursing Philosophy, 26*, e70042. https://doi.org/10.1111/nup.70042

Essex, R., Mainey, L., & Hui, A. (2026). Negotiating authority and hierarchy amongst UK and Australian nurses. *Nursing Ethics*. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/09697330261476268

Fletcher, J. K. (2004). The paradox of postheroic leadership: An essay on gender, power, and transformational change. *The Leadership Quarterly*, 15(5), 647–661. https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2004.07.004

Federici, S. (2004). *Caliban and the witch: Women, the body and primitive accumulation*. Autonomedia.

Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (A. M. Sheridan Smith, Trans.). Tavistock Publications. (Original work published 1963)

Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The social structure of medical care*. Atherton Press.

Freidson, E. (1988). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. University of Chicago Press.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001

Gamst-Jensen, H., Villumsen, B. R., Buch, B., Stæhr, J. B., Olsen, S. W., Egelund, A., Brix, L. D., Viftrup, A., Nielsen, A. H., Andersen, C. V., Sperling, P. K., Körner, L. K., Normann, G., Nørgaard, K. S., Petersen, F. F., Krog, K. S., Lamberg, D. N., Rosenkilde, C., Christiansen, A. W., … Krogh, B. (2026). What matters to patients on the day of surgery—A qualitative study. *Perioperative Care and Operating Room Management, 42*, 100633. https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2026.100633

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Goettner-Abendroth, H. (2012). *Matriarchal societies: Studies on indigenous cultures across the globe*. Peter Lang.

Hague, L., Barry, M., Mowbray, P. K., Wilkinson, A., & Avgar, A. (2025). Employee voice in healthcare: A systematic review. *Journal of Health Organization and Management, 39*(4), 518–530. https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2023-0353

Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies, 14*(3), 575–599. https://doi.org/10.2307/3178066

Harding, S. (Ed.). (2004). *The feminist standpoint theory reader: Intellectual and political controversies*. Routledge.

Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Cornell University Press.

Hartmann, J. S., Missel, M., & Martinsen, B. (2025). Being present in an impersonal environment: A qualitative study of the experiences of OR nurses in patient encounters. *AORN Journal, 122*, 393–405. https://doi.org/10.1002/aorn.14440

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell.

Merchant, C. (1980). *The death of nature: Women, ecology, and the scientific revolution*. Harper & Row.

Mulugeta, H., Zemedkun, A., Mergia, G., Abate, S. M., Gebremariam, M., Nenko, G., Gebremichael, G., Besha, A., & Aregu, M. B. (2025). Voices from the frontline: A reflexive thematic analysis illuminating perioperative practice realities in Southern Ethiopian teaching hospitals. *Qualitative Health Research, 35*(9), 1053–1067. https://doi.org/10.1177/10497323241293035

Peter, E., Lunardi, V. L., & Macfarlane, A. (2004). Nursing resistance as ethical action: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 46*(4), 403–416. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03008.x

Reato, F., Ivziku, D., Lommi, M., Bresil, A., Andreotti, A., D'Angelo, C., Gorli, M., Picozzi, M., & Carcano, G. (2025). Transversal competencies in operating room nurses: A hierarchical task analysis. *Nursing Reports, 15*(6), 200. https://www.mdpi.com/2039-4403/15/6/200

Robinson, F. (2020). Resisting hierarchies through relationality in the ethics of care. *International Journal of Care and Caring, 4*(1), 11–23. https://doi.org/10.1332/239788219X15659215344772

Seguro, J. M., Matos, F., Esteves, I. M., & Pestana-Santos, M. (2026). Surgery as a life transition: A qualitative study of patient experiences of person-centred care. *Journal of Perioperative Practice*. https://doi.org/10.1177/17504589261451117

Shi, T., Ma, H., Yao, X., Zhang, S., & Luo, Y. (2026). Team situation awareness within the medical field context: A scoping review. *Nursing in Critical Care, 31*(5), e70650. https://doi.org/10.1111/nicc.70650

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, *45*(6), 204–211. https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04 (Original work published June 1, 2006)

Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Veeger-Nuijens, B. W., Stoffels, M., Kusurkar, R. A., Bakker, M. S. M., Akkerman, M., Schreurs, W. H., & Peerdeman, S. M. (2026). How nurses contribute to medical treatment decision-making with physicians: A scoping review. *BMJ Open, 16*, e112842. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-112842

Wei, H. S., Wu, F., Berry, R. E., Jr., Merrell, S. B., Clair, J. A., Davis, F. G., Goldhaber-Fiebert, S. N., Kaafarani, H. M., Khan, H., Dunkailo, R. L., Benavides Zora, D., Pian-Smith, M. C., & Cooper, J. B. (2026). Toolkit to promote collaboration between surgeons and anesthesiologists: Addressing common barriers to perioperative teamwork. *Journal of the American College of Surgeons, 243*(3), 592–608. https://doi.org/10.1097/XCS.0000000000001988

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** who will be glad to help you with your next steps and through the publication process.

Send your manuscripts to **journalteam@ornac.ca** or **editor@ornac.ca**

DEADLINE FOR MANUSCRIPT SUBMISSION FOR OUR SPRING 2027 ISSUE IS DECEMBER 31st, 2026

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. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

Soins infirmiers périopératoires et politiques de présence : remise en question de la hiérarchie par le savoir relationnel

Jennifer Dunn

Université Mount Royal, École de sciences infirmières et pratique sage-femme, Calgary, Alberta

Auteure-ressource : Jennifer Dunn, **jdunn1@mtroyal.ca**

Résumé

Cette réflexion propose une analyse critique des soins infirmiers périopératoires à travers le prisme de l'épistémologie féministe, dans le but d'étudier comment le genre et le pouvoir déterminent ce qui est reconnu en tant que savoir légitime, ainsi que la théorie du point de vue, selon laquelle le savoir est situé et façonné par la position sociale et professionnelle de chacun. Dans des environnements chirurgicaux hautement techniques et hiérarchisés, le personnel de soins périopératoires utilise un savoir relationnel, humain et anticipatif, qui reste sous-estimé dans le discours biomédical dominant. L'expertise infirmière périopératoire s'exprime à travers une présence éthique, une vigilance, des actions revendicatives et un jugement clinique fondé sur l'expérience et la capacité à reconnaître des schémas récurrents. Un tel jugement peut être qualifié d'intuitif lorsque les connaissances qui le sous-tendent ne se prêtent pas facilement à une formulation explicite. En fait, dans une pratique experte, l'intuition repose sur un savoir empirique accumulé et n'est pas du tout une absence de raisonnement clinique. S'appuyant sur l'éthique de la bienveillance et la philosophie infirmière, cet article retrace la manière dont les systèmes patriarcaux dévalorisent le savoir relationnel et renforcent l'autorité par le biais de la normalisation et du contrôle. Les infirmières périopératoires doivent composer avec des rapports de pouvoir très marqués tout en s'efforçant de maintenir la continuité des soins, la responsabilité éthique et la sécurité des patients. Dans cette optique, le travail infirmier constitue une forme de résistance épistémique, une résistance aux idées reçues dominantes concernant la valeur du savoir et les formes de savoir considérées comme faisant autorité. Un recadrage des soins périopératoires dans cette optique invite à reconnaître pleinement la compétence relationnelle comme un élément central d'un système de santé éthique, efficace et équitable.

Mots-clés : soins infirmiers périopératoires, épistémologie féministe, théorie du point de vue, savoir relationnel, résistance épistémique, savoir infirmier, éthique de la bienveillance

Manière suggérée de citer l'article : Dunn, J. (2026). Soins infirmiers périopératoires et politiques de présence : remise en question de la hiérarchie par le savoir relationnel, *Revue de l'AIISOC, 43*(2), 16–22. https://doi.org/10.5737/ornac18216

Et si l'essence même des soins de santé ne résidait pas dans l'autorité, mais dans l'harmonie? Dans un système où les résultats sont suivis de près et que les gains d'efficacité sont célébrés, la sagesse relationnelle peut passer inaperçue, alors que c'est souvent cette présence discrète qui permet de gérer la complexité (Benner, 2024). Cette perspective met en lumière l'importance des soins infirmiers périopératoires en tant qu'assise relationnelle des soins chirurgicaux, où les soins eux-mêmes deviennent une manière de connaître, de réagir et de guider.

Les soins infirmiers périopératoires font appel à une expertise technique et demandent une attention constante envers le patient et l'évolution de la situation chirurgicale. Les infirmières utilisent leur connaissance du patient, des procédures, du matériel, de l'équipe et de l'environnement clinique pour coordonner les soins des différentes fonctions professionnelles dans le respect des hiérarchies établies (Chellam Singh & Arulappan, 2023; Reato et al., 2025). Une grande partie de cette expertise s'acquiert grâce à la proximité, à l'expérience, à la capacité à reconnaître des schémas récurrents et à l'écoute relationnelle, ce qui permet aux infirmières d'interpréter ce qui se passe dans le contexte global des soins prodigués au patient (Benner et al., 2011; Tanner, 2006).

Cependant, puisque le savoir dans le domaine des soins infirmiers périopératoires est profondément ancré dans la pratique, ses fondements théoriques peuvent être difficiles à discerner. Le jugement clinique s'acquiert grâce à l'expérience et à une présence continue auprès des patients et dans des environnements cliniques. À mesure que leur expertise s'accroît, les

infirmières apprennent à reconnaître les tendances importantes et à saisir le sens des situations changeantes sans se fier exclusivement à une analyse explicite, reposant sur des règles (Benner, 1984; Benner et al., 2011; Tanner, 2006). L'intuition, vue dans ce sens, constitue une dimension du jugement clinique expert qui repose sur un savoir empirique et la capacité à reconnaître des schémas, plutôt qu'un substitut au raisonnement clinique. Au sein d'environnements cliniques hautement techniques et hiérarchisés, cette réalité soulève une question épistémique importante : quelles formes de savoir sont reconnues comme de l'expertise, et lesquelles sont moins visibles parce qu'elles sont relationnelles, humaines, empiriques ou difficiles à appréhender?

S'appuyant sur l'épistémologie féministe, sur la théorie du point de vue, sur l'éthique de la bienveillance et sur l'éthique matriarcale, cette réflexion étudie comment le savoir infirmier périopératoire est produit, reconnu et valorisé au sein des hiérarchies professionnelles et du savoir. L'épistémologie féministe étudie comment le savoir et les prétentions à l'expertise dépendent de la position sociale, du genre, du pouvoir et des conditions dans lesquelles le savoir se construit (Haraway, 1988; Harding, 1991). La théorie du point de vue élargit cette réflexion en avançant que le savoir et la perception des personnes dépendent de leur position sociale et professionnelle, et que celles qui occupent une place moins prestigieuse au sein des systèmes de pouvoir ont accès à des formes de savoir qui restent moins visibles aux yeux des personnes occupant des positions dominantes (Collins, 2000; Harding, 2004). L'éthique de la bienveillance met l'accent sur la relation, l'interdépendance, la réactivité, l'attention et la responsabilité en tant que dimensions moralement significatives de la pratique (Gilligan, 1982; Tronto, 1993). L'éthique matriarcale, telle qu'elle est entendue ici, met l'accent sur la relationnalité, la réciprocité, les soins, l'interdépendance et les formes d'organisation sociale essentielles à la vie, plutôt que sur une autorité fondée principalement sur la hiérarchie ou la domination (Goettner-Abendroth, 2012). Ensemble, ces perspectives constituent un prisme sous lequel examiner les hiérarchies épistémiques, c'est-à-dire la classification, souvent implicite, de certaines formes de savoir, de certains modes de connaissance et de certains détenteurs de savoir comme étant plus crédibles, légitimes ou faisant davantage autorité que d'autres (Antuna-Casal & Rios, 2026; Bhakuni & Abimbola, 2021; Fricker, 2007).

À la lumière de ces perspectives, cette réflexion étudie comment les modes de connaissance relationnels et humains contribuent au jugement clinique et à la sécurité des patients, comment les structures professionnelles façonnent le prestige du savoir infirmier, et comment les approches relationnelles du pouvoir apportent une vision nouvelle du leadership dans le domaine des soins chirurgicaux. Ce faisant, nous nous interrogeons sur ce qui devient possible lorsque le savoir infirmier périopératoire est reconnu comme crédible, qu'on lui accorde l'importance qu'il mérite et que la compétence relationnelle est considérée comme indissociable de soins sûrs, éthiques et collaboratifs.

Hiérarchies du savoir et modes de connaissance relationnels

Pour percevoir comment les soins infirmiers périopératoires s'inscrivent dans des structures d'autorité établies, et parfois s'y opposent, il faut prendre en compte la manière dont le patriarcat façonne les hiérarchies professionnelles et la façon dont les différentes formes de savoir sont valorisées. Le patriarcat n'est pas simplement un système de domination masculine sur les femmes. Il est important de souligner qu'il repose sur des dispositifs sociaux et institutionnels qui, au fil de l'histoire, ont privilégié la hiérarchie, le contrôle, l'abstraction et la distanciation au détriment de la relationnalité, du vécu, de l'interdépendance et de la bienveillance (Connell, 2005; Federici, 2004; Gilligan, 1982; Merchant, 1980). Dans le domaine de la santé, ces valeurs sont ancrées dans les normes professionnelles et les procédures institutionnelles qui déterminent quels savoirs sont considérés comme faisant autorité et quelles formes de savoir sont reconnues comme légitimes (Davies, 1995; Freidson, 1970; Foucault, 1963/1973).

La recherche féministe remet en cause l'idée selon laquelle le savoir serait issu d'un point de vue totalement neutre. Au contraire, elle considère que le savoir est situationnel, que ce que les personnes remarquent, comprennent et veulent enrichir de leur vécu dépend en partie de leur expérience et de leur place au sein du tissu social et professionnel (Haraway, 1988; Harding, 1991). Cette perspective ne rejette pas la connaissance scientifique ou objective. Elle attire plutôt l'attention sur les conditions sociales et institutionnelles dans lesquelles le savoir est produit, interprété et légitimé. Dans le domaine de la santé, cette approche attire l'attention sur la manière dont le statut professionnel et la reconnaissance des différentes formes de savoir peuvent influencer le choix des expertises dignes de confiance, ainsi que les formes de jugement clinique qui sont prises en compte (Freidson, 1988; Veeger-Nuijens et al., 2026).

Les approches relationnelles du savoir renforcent cet argument en remettant en question l'hypothèse selon laquelle le savoir légitime doit nécessairement être détaché, abstrait ou indépendant des relations humaines. Des recherches féministes ont démontré que le savoir peut également se développer à travers l'expérience, le dialogue, l'écoute et les relations (Belenky et al., 1986; Haraway, 1988). Dans les présentes, le terme « savoir relationnel » fait référence à un savoir qui se construit grâce à une attention constante portée aux personnes, aux interactions et au contexte, permettant ainsi de mieux appréhender les situations cliniques à partir des informations disponibles, mais aussi des relations et des circonstances qui donnent un sens à

ces informations. L'éthique de la bienveillance (une approche éthique qui considère la bienveillance, les relations et la réactivité face aux besoins d'autrui comme des éléments essentiels à une action responsable) s'appuie sur cette connaissance relationnelle et met l'accent sur l'attention portée aux besoins d'autrui, sur la responsabilité de répondre à ces besoins et sur la capacité à s'adapter à la manière dont les soins sont vécus et reçus (Gilligan, 1982; Tronto, 1993).

Ces points de vue ne laissent pas entendre que les modes de connaissance relationnels soient intrinsèquement féminins ni n'opposent le savoir relationnel au savoir technique ou scientifique. Ils remettent en cause les hiérarchies qui accordent davantage d'importance à l'abstraction et à la distance qu'au savoir acquis par le vécu, l'expérience et les relations. Dans cette perspective, la relationnalité fait partie intégrante du processus par lequel les situations sont perçues, interprétées et comprises, et elle est donc indissociable de l'expertise clinique.

Ensemble, l'épistémologie féministe et les approches axées sur les soins créent un cadre d'étude des croisements entre savoir et autorité dans le domaine médical. Elles attirent l'attention sur des formes de savoir qui ont une importance clinique, mais qui restent moins visibles, car elles sont expérientielles, humaines, relationnelles ou difficiles à codifier. Elles invitent également à réfléchir à la manière dont les différentes formes de savoir sont utiles pour comprendre et gérer des situations cliniques complexes. Ces tensions ne sont pas exclusives à la pratique périopératoire. Dans l'ensemble du secteur de la santé, les approches standardisées et axées sur les tâches ont tendance à façonner la pratique infirmière et à limiter les possibilités de questionnement critique (Dunn, 2025). Parallèlement, l'expertise clinique se développe grâce à l'intégration du savoir, de l'expérience, de la réflexion et par une confrontation répétée à des situations cliniques (Benner, 1984; Tanner, 2006). Cette convergence entre savoir et autorité constitue le fondement de l'analyse du savoir infirmier périopératoire et de l'expertise qu'il représente.

Pouvoir professionnel, parole et résistance épistémique

La reconnaissance du savoir infirmier périopératoire ne signifie pas nécessairement que ce savoir bénéficie d'une autorité équivalente au sein de la pratique clinique. Les hiérarchies du secteur de la santé se sont développées au sein de structures historiques et professionnelles qui ont placé la médecine et les soins infirmiers à des niveaux différents concernant l'autorité, l'expertise et les soins (Davies, 1995; Freidson, 1970). Ces différences sont particulièrement visibles dans le milieu périopératoire, où une pratique hautement technique et une collaboration interdisciplinaire étroite coexistent avec des fonctions professionnelles distinctes et des hiérarchies établies. D'un point de vue féministe, le pouvoir s'exerce tant par le biais du statut officiel et des prérogatives décisionnelles que par la reconnaissance du savoir (quelles observations sont jugées crédibles, quelles préoccupations retiennent l'attention et quel jugement peut influencer la suite des événements) (Harding, 1991; Haraway, 1988).

La possession d'un savoir cliniquement pertinent et la reconnaissance de ce savoir sont donc deux choses distinctes. Les formes de savoir difficiles à structurer ou à dissocier du contexte dans lequel elles s'inscrivent ont tendance à être moins valorisées au sein de systèmes qui privilégient la normalisation, l'expertise technique et l'autorité hiérarchique (Antuna-Casal & Rios, 2026; Essex et al., 2026). La question est de savoir si le savoir des infirmières est reconnu comme crédible et s'il se voit accorder l'importance qu'il mérite en milieu clinique.

Les conséquences prennent une importance particulière lorsque les infirmières doivent exprimer ce qu'elles savent. La prise de parole dans un contexte de soins périopératoires peut consister à remettre en question un plan de soins, à signaler une anomalie, à attirer l'attention sur un changement subtil, à défendre les intérêts d'un patient sous anesthésie ou à interrompre le déroulement des soins en cas de danger (Hartmann et al., 2025; Mulugeta et al., 2025). Dans ces circonstances, le savoir clinique se heurte directement à l'autorité professionnelle. Une infirmière doit savoir reconnaître les situations qui nécessitent une attention sur un point particulier et savoir communiquer ses préoccupations de manière à influencer les actions des autres. Pourtant, les relations hiérarchiques peuvent déterminer qui se sent autorisé à s'exprimer, quelles préoccupations sont prises au sérieux et dans quelle mesure l'autorité établie peut être remise en cause (Hague et al., 2025; Mulugeta et al., 2025). La mise à profit du savoir infirmier dans les soins prodigués aux patients dépend donc à la fois de la capacité à s'exprimer et des conditions qui permettent à ce savoir d'influencer la pratique.

La théorie du point de vue féministe permet de mieux comprendre cette relation entre la position, le savoir et la parole. Les infirmières périopératoires occupent une place à part au sein de l'environnement chirurgical, puisqu'elles doivent s'occuper simultanément du patient, de l'intervention, du matériel, de l'équipe et des risques émergents. Cette position permet parfois de voir des aspects du contexte clinique qui sont moins évidents pour d'autres professionnels (Harding, 1991; Hartmann et al., 2025) et lorsque la hiérarchie limite la crédibilité ou l'importance accordée à ces observations, des informations potentiellement importantes risquent d'être ignorées jusqu'à ce que le problème prenne de l'ampleur (Hague et al., 2025; Mulugeta et al., 2025). Par exemple, une infirmière périopératoire qui constate une anomalie dans le comptage chirurgical peut y voir un risque de sécurité et juger que cette anomalie doit être corrigée avant que l'intervention ne se poursuive. L'utilité de ce savoir en matière de sécurité dépend

toutefois de la capacité de l'infirmière à détecter le problème et à l'exprimer de manière à ce qu'elle soit prise au sérieux et que l'équipe y donne suite.

C'est là que la notion de résistance épistémique prend tout son sens. La résistance épistémique peut être vue comme une remise en question des idées reçues concernant la valeur du savoir de chaque personne et les formes de savoir qui méritent d'être considérées comme faisant autorité. Dans le domaine des soins infirmiers périopératoires, cette résistance peut se manifester à travers des pratiques quotidiennes : exprimer une préoccupation, remettre en question ce qui est considéré comme acquis, persévérer lorsqu'une observation est initialement écartée, défendre les intérêts du patient ou intégrer un savoir relationnel et expérientiel dans un processus de décision clinique. La résistance infirmière a également été décrite comme une action potentiellement éthique lorsque les infirmières remettent en cause des pratiques ou des situations qui vont à l'encontre de leur responsabilité envers les patients (Peter et al., 2004). Par exemple, lorsqu'une infirmière persiste à soulever une préoccupation après avoir été ignorée parce qu'elle juge que le patient pourrait être en danger, cette persévérance va au-delà du simple fait de s'exprimer; elle remet en cause l'idée selon laquelle le jugement d'un autre professionnel devrait automatiquement prévaloir. Dans cette optique, s'exprimer peut devenir une manière de faire valoir sa responsabilité professionnelle, à travers laquelle les infirmières affirment la pertinence clinique de leurs connaissances.

Le savoir relationnel peut également constituer un levier de résistance lorsque les infirmières s'efforcent de préserver l'attention, le lien humain et la responsabilité dans des environnements de plus en plus marqués par l'efficacité, la standardisation et les exigences technologiques (Robinson, 2020; Tronto, 1993). Cette résistance conserve un espace pour le savoir relationnel et le savoir expérientiel, parallèlement à l'expertise technique et à d'autres formes de savoir clinique. Souvent, la dimension relationnelle de ce travail commence avant même que le patient n'entre au bloc opératoire. Une intervention chirurgicale peut susciter de l'anxiété, de l'incertitude et un sentiment de perte de contrôle, ce qui conforte l'importance de la communication, du réconfort et des soins centrés sur la personne dans l'expérience périopératoire (Gamst-Jensen et al., 2026; Seguro et al., 2026). Lors des entretiens préopératoires, les infirmières écoutent les préoccupations, les préférences et les relations des patients, et s'efforcent de comprendre leur perception de ce qui va se passer. Ce faisant, elles acquièrent une connaissance de la personne qui leur sera utile pendant la phase périopératoire, lorsque le patient sous anesthésie ne pourra plus s'exprimer. L'attention constante portée au patient en tant que personne, tout en respectant les exigences techniques de l'intervention chirurgicale, maintient la responsabilité relationnelle au cœur des éléments nécessaires à des soins sûrs et éthiques. La nécessité de défendre les intérêts du patient, le devoir de vigilance et la responsabilité relationnelle constituent autant de motifs de remettre en question les hiérarchies du savoir pour affirmer la pertinence du savoir infirmier dans les décisions cliniques (Aqtam, 2026; Essex et al., 2026). Vu sous cet angle, le pouvoir dans la pratique périopératoire va au-delà des postes d'autorité officiels pour englober la capacité à intégrer un savoir dans les décisions cliniques, à interrompre un processus et à influencer la suite des événements.

Leadership relationnel et éthique de l'interdépendance

Bien que l'autorité professionnelle soit généralement associée à la hiérarchie, au poste occupé et à la capacité de diriger des personnes, les approches relationnelles proposent une autre manière d'appréhender le leadership. Dans cette optique, le leadership peut se manifester à travers la responsabilité, l'écoute, la collaboration et la capacité à entretenir des relations dans un but commun. L'éthique de la bienveillance vient étayer cette démarche en mettant l'accent sur l'interdépendance humaine et les responsabilités qui découlent des relations humaines (Gilligan, 1982; Tronto, 1993, 2013). Le leadership, considéré sous cet angle, peut se manifester à travers la manière dont les personnes assument leurs responsabilités au sein de leurs relations et contribuent à créer les conditions nécessaires à l'action collective.

L'éthique matriarcale propose une perspective similaire sur le pouvoir et l'organisation sociale. Dans le présent texte, le terme « matriarcat » désigne une orientation égalitaire fondée sur la réciprocité, la responsabilité mutuelle et l'interdépendance. Ce n'est donc pas un renversement de l'autorité patriarcale, dans lequel les femmes occuperaient simplement la position dominante. La pensée matriarcale apporte une autre vision de l'organisation sociale, ne reposant pas sur la domination et la hiérarchie (Goettner-Abendroth, 2012). Elle privilégie les relations fondées sur la réciprocité, la responsabilité et la bienveillance. Cette perspective revêt une importance particulière dans le domaine des soins périopératoires, où la sécurité des soins repose sur plusieurs professions dont les connaissances et les responsabilités diffèrent, tout en étant étroitement liées (Shi et al., 2026; Wei et al., 2026). Les hommes ont leur place dans les soins infirmiers périopératoires. La médecine doit faire une place aux relations humaines. Les soins sont l'affaire de tous. Ces principes préservent les fonctions professionnelles et l'autorité clinique, tout en préconisant une conception relationnelle du leadership, dans laquelle l'autorité s'exerce au sein de relations de dépendance mutuelle et de responsabilité partagée.

Les soins infirmiers périopératoires constituent un contexte propice à cette forme de leadership. Les infirmières coordonnent des personnes, des informations, du matériel, les

besoins des patients et l'évolution des conditions cliniques tout au long du processus chirurgical. Une grande partie de ce travail s'effectue sans instructions structurées et s'appuie sur la communication, la coordination, la défense des intérêts du patient, la continuité et la capacité à s'adapter à l'évolution de la situation. La bienveillance apporte une dimension éthique à ce travail en associant l'autorité à la responsabilité; savoir reconnaître ce qu'exige une situation, faire part de ses préoccupations, coordonner les actions, défendre les intérêts du patient et intervenir lorsque nécessaire. Grâce à ces pratiques, les infirmières périopératoires contribuent à instaurer une cohérence au sein de l'environnement chirurgical et à créer les conditions permettant à toute l'équipe de collaborer efficacement et en toute sécurité (Fletcher, 2004; McCormack & McCance, 2010).

Cette forme de leadership est conforme à la nature interdépendante des soins chirurgicaux. Les chirurgiens, les anesthésistes, les infirmières et les autres membres de l'équipe périopératoire apportent chacun leur savoir, leur responsabilité et leur expertise dans un contexte clinique commun (Shi et al., 2026; Wei et al., 2026). La reconnaissance de cette interdépendance amène à s'intéresser à la manière dont ces contributions sont mises en synergie dans l'intérêt du patient. Les soins infirmiers et la médecine apportent des formes d'expertise distinctes mais interdépendantes à l'effort collectif que constitue l'intervention chirurgicale.

Le leadership relationnel redéfinit également la notion de pouvoir. Parallèlement à l'autorité structurée, le pouvoir peut découler de relations qui permettent aux savoirs de circuler, aux préoccupations d'être entendues, aux responsabilités d'être coordonnées et à l'action collective de se concrétiser (Essex et al., 2026; Fletcher, 2004). Le pouvoir, dans cette optique, réside dans la capacité à influencer ce qui devient possible au sein de l'équipe, sans pour autant négliger la responsabilité envers le patient et les uns envers les autres. Les infirmières périopératoires exercent cette forme de leadership au sein même de l'équipe chirurgicale, en apportant leur savoir, leur influence et leur responsabilité professionnelle aux relations grâce auxquelles des soins sûrs et interdépendants deviennent possibles.

Conclusion

Les soins infirmiers périopératoires font ressortir l'importance d'une forme d'expertise clinique à la fois technique, relationnelle, humaine et adaptée au contexte. Grâce à leur présence constante, les infirmières développent un savoir reposant sur l'expérience, la proximité, la vigilance, la relation et la responsabilité envers le patient, qui a sa place tout au long du processus chirurgical. La reconnaissance de la compétence relationnelle en tant qu'expertise clinique élargit donc ce qui constitue la notion de savoir dans la pratique périopératoire. Il serait intéressant d'étudier plus en détail comment ce savoir pourrait être mieux mis en valeur, reconnu et transmis dans la pratique périopératoire et dans l'enseignement.

Cette reconnaissance revêt une importance capitale pour la sécurité des patients, l'autorité professionnelle et la justice épistémique. Le savoir infirmier peut influencer les soins lorsqu'il est transmis, considéré comme crédible et pris en compte de manière appropriée dans les décisions cliniques. Les hiérarchies professionnelles qui déterminent quels savoirs font autorité peuvent restreindre la prise en compte d'observations et de jugements importants sur le plan clinique, en particulier lorsque les savoirs relationnels, humains et empiriques ne correspondent pas aux formes dominantes d'expertise. Pour permettre aux infirmières de mettre pleinement à profit leur expertise en soins périopératoires, il faut donc des environnements cliniques dans lesquels elles puissent exprimer leur voix, voir leur savoir pris au sérieux et exercer l'autorité professionnelle nécessaire pour agir en fonction de ce savoir.

La politique de la présence est, en fin de compte, une politique de reconnaissance, qui détermine quels savoirs sont pris en compte, quels jugements ont du poids et quelle expertise est autorisée à façonner les soins. Les infirmières périopératoires exercent à la croisée de la technologie et des relations humaines, de l'expertise individuelle et de la responsabilité collective. Leur présence leur permet de développer une connaissance approfondie du patient, de l'intervention, de l'équipe et des changements subtils susceptibles d'entraîner un risque. La reconnaissance de cette contribution revient à considérer les connaissances infirmières comme un savoir à part entière, la défense des intérêts des patients comme une forme de leadership et les compétences relationnelles comme une expertise, ce qui ne dévalorise pas pour autant les autres formes d'expertise. Il faut en fait reconnaître que les connaissances techniques et la responsabilité relationnelle vont de pair dans le travail collectif que constituent les soins chirurgicaux. Les infirmières périopératoires ont toujours incarné le tissu conjonctif des soins chirurgicaux. Cette reconnaissance n'est pas un cadeau, mais un acte de justice qui n'a que trop tardé.

À propos de l'auteure



Jennifer Dunn, M.Sc.inf., inf. aut., doctorante, est professeure adjointe à l'École de sciences infirmières et de sages-femmes de l'Université Mount Royal à Calgary et doctorante en sciences infirmières à l'Université de la Saskatchewan. Elle apporte à son enseignement et à ses travaux de recherche plus de deux décennies d'expérience en soins infirmiers cliniques. 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), où elle a bénéficié de la bourse d'excellence de l'Alberta pour les études

supérieures. Ses travaux de doctorat bénéficient d'une bourse d'études supérieures du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Ses recherches portent sur les soins infirmiers sous un angle historique et relationnel. Elle s'intéresse tout particulièrement à la manière dont la culture, les traditions, le pouvoir et les expériences de silence propres à la profession infirmière façonnent l'identité professionnelle, la capacité à s'exprimer et l'agence morale. Son travail est axé sur les soins infirmiers périopératoires et explore la manière dont des forces systémiques et relationnelles globales influencent la pratique quotidienne, le leadership et la vie professionnelle des infirmières.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

Aucun financement à déclarer.

Date de soumission de l'article : 12 février 2026

Date d'acceptation du manuscrit aux fins de publication : 17 août 2026

Références

Antuna-Casal, M., & Rios, M. (2026). When care does not count: Epistemic injustice and the organisational recognition of nursing knowledge. *Nursing Inquiry, 33*, e70151. https://doi.org/10.1111/nin.70151

Aqtam, I. (2026). Epistemic injustice in nursing knowledge production: A three-pillar framework for recognition, redistribution, and representation. *Nursing Philosophy, 27*, e70101. https://doi.org/10.1111/nup.70101

Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger, N. R., & Tarule, J. M. (1986). *Women's ways of knowing: The development of self, voice, and mind*. Basic Books.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Benner, P. (2024). Studying expert ethical comportment and preserving the ethics of care and responsibility embedded in expert nursing practice. In M. D. M. Fowler, *Nursing ethics, 1880s to the present: An archaeology of lost wisdom and identity*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003262107-

Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Bhakuni, H., & Abimbola, S. (2021). Epistemic injustice in academic global health. *The Lancet Global Health, 9*(10), e1465–e1470. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00301-6

Chellam Singh, B., & Arulappan, J. (2023). Operating room nurses' understanding of their roles and responsibilities for patient care and safety measures in intraoperative practice. *SAGE Open Nursing, 9*, 1–9. https://doi.org/10.1177/23779608231186247

Collins, P. H. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). Routledge.

Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). University of California Press.

Davies, C. (1995). *Gender and the professional predicament in nursing*. Open University Press.

Dunn, J. (2025). Diminishment by design: The role of class, gender and architecture in shaping the nursing profession. *Nursing Philosophy, 26*, e70042. https://doi.org/10.1111/nup.70042

Essex, R., Mainey, L., & Hui, A. (2026). Negotiating authority and hierarchy amongst UK and Australian nurses. *Nursing Ethics*. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/09697330261476268

Fletcher, J. K. (2004). The paradox of postheroic leadership: An essay on gender, power, and transformational change. *The Leadership Quarterly*, 15(5), 647–661. https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2004.07.004

Federici, S. (2004). *Caliban and the witch: Women, the body and primitive accumulation*. Autonomedia.

Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception* (A. M. Sheridan Smith, Trans.). Tavistock Publications. (Œuvre originale publiée en 1963)

Freidson, E. (1970). *Professional dominance: The social structure of medical care*. Atherton Press.

Freidson, E. (1988). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. University of Chicago Press.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001

Gamst-Jensen, H., Villumsen, B. R., Buch, B., Stæhr, J. B., Olsen, S. W., Egelund, A., Brix, L. D., Viftrup, A., Nielsen, A. H., Andersen, C. V., Sperling, P. K., Körner, L. K., Normann, G., Nørgaard, K. S., Petersen, F. F., Krog, K. S., Lamberg, D. N., Rosenkilde, C., Christiansen, A. W., … Krogh, B. (2026). What matters to patients on the day of surgery—A qualitative study. *Perioperative Care and Operating Room Management, 42*, 100633. https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2026.100633

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Goettner-Abendroth, H. (2012). *Matriarchal societies: Studies on indigenous cultures across the globe*. Peter Lang.

Hague, L., Barry, M., Mowbray, P. K., Wilkinson, A., & Avgar, A. (2025). Employee voice in healthcare: A systematic review. *Journal of Health Organization and Management, 39*(4), 518–530. https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2023-0353

Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies, 14*(3), 575–599. https://doi.org/10.2307/3178066

Harding, S. (Ed.). (2004). *The feminist standpoint theory reader: Intellectual and political controversies*. Routledge.

Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Cornell University Press.

Hartmann, J. S., Missel, M., & Martinsen, B. (2025). Being present in an impersonal environment: A qualitative study of the experiences of OR nurses in patient encounters. *AORN Journal, 122*, 393–405. https://doi.org/10.1002/aorn.14440

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell.

Merchant, C. (1980). *The death of nature: Women, ecology, and the scientific revolution*. Harper & Row.

Mulugeta, H., Zemedkun, A., Mergia, G., Abate, S. M., Gebremariam, M., Nenko, G., Gebremichael, G., Besha, A., & Aregu, M. B. (2025). Voices from the frontline: A reflexive thematic analysis illuminating perioperative practice realities in Southern Ethiopian teaching

hospitals. *Qualitative Health Research, 35*(9), 1053–1067. https://doi.org/10.1177/10497323241293035

Peter, E., Lunardi, V. L., & Macfarlane, A. (2004). Nursing resistance as ethical action: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 46*(4), 403–416. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03008.x

Reato, F., Ivziku, D., Lommi, M., Bresil, A., Andreotti, A., D'Angelo, C., Gorli, M., Picozzi, M., & Carcano, G. (2025). Transversal competencies in operating room nurses: A hierarchical task analysis. *Nursing Reports, 15*(6), 200. https://www.mdpi.com/2039-4403/15/6/200

Robinson, F. (2020). Resisting hierarchies through relationality in the ethics of care. *International Journal of Care and Caring, 4*(1), 11–23. https://doi.org/10.1332/239788219X15659215344772

Seguro, J. M., Matos, F., Esteves, I. M., & Pestana-Santos, M. (2026). Surgery as a life transition: A qualitative study of patient experiences of person-centred care. *Journal of Perioperative Practice*. https://doi.org/10.1177/17504589261451117

Shi, T., Ma, H., Yao, X., Zhang, S., & Luo, Y. (2026). Team situation awareness within the medical field context: A scoping review. *Nursing in Critical Care, 31*(5), e70650. https://doi.org/10.1111/nicc.70650

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, *45*(6), 204–211. https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04 (Œuvre originale publiée en le 1er juin 2006)

Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Veeger-Nuijens, B. W., Stoffels, M., Kusurkar, R. A., Bakker, M. S. M., Akkerman, M., Schreurs, W. H., & Peerdeman, S. M. (2026). How nurses contribute to medical treatment decision-making with physicians: A scoping review. *BMJ Open, 16*, e112842. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-112842

Wei, H. S., Wu, F., Berry, R. E., Jr., Merrell, S. B., Clair, J. A., Davis, F. G., Goldhaber-Fiebert, S. N., Kaafarani, H. M., Khan, H., Dunkailo, R. L., Benavides Zora, D., Pian-Smith, M. C., & Cooper, J. B. (2026). Toolkit to promote collaboration between surgeons and anesthesiologists: Addressing common barriers to perioperative teamwork. *Journal of the American College of Surgeons, 243*(3), 592–608. https://doi.org/10.1097/XCS.0000000000001988

DEVENEZ UN AUTEUR!

Soumettez un article dès aujourd'hui!

Joignez-vous au mouvement pour faire progresser les soins infirmiers périopératoires! Soumettez vos articles et partagez votre expertise!

Nous invitons les professionnelles et professionnels en soins périopératoires à contribuer à la *Revue de l'AIISOC*, votre source de réflexion de pointe et d'avancées dans le domaine des soins infirmiers périopératoires. Dans l'esprit des valeurs fondamentales de l'AIISOC — savoir et collaboration — nous vous encourageons à partager vos expériences et votre expertise. Nous acceptons des articles portant sur la recherche clinique utilisant des données quantitatives, qualitatives ou mixtes, présentés sous forme de recherches originales, de revues de la littérature ou revues systématiques, d'études rétrospectives, de rapports ou protocoles d'essais randomisés contrôlés, d'analyses de données, ainsi que de résultats et analyses d'enquêtes, entre autres.

Notre revue est désormais en libre accès, ce qui lui confère une portée mondiale. Publier chez nous vous permet de contribuer à enrichir le capital mondial de connaissances sur les soins infirmiers périopératoires, au bénéfice des professionnelles et des patients. Si vous avez des questions, ou si vous êtes une auteure pour la première fois et ne savez pas par où commencer, veuillez communiquer avec notre rédactrice en chef, Linda Verde à **editor@ornac.ca**; elle se fera un plaisir de vous guider dans vos prochaines étapes et tout au long du processus de publication.

Envoyez vos articles à **journalteam@ornac.ca** ou **editor@ornac.ca**.

DATE LIMITE DE SOUMISSION POUR NOTRE PROCHAIN NUMÉRO : le 31 décembre 2026.

This is an Open Journal Systems article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), which permits downloading and sharing for personal use only. Commercial use and changing the material in any way are prohibited and the original work must be cited properly.

Maintaining perioperative nursing competence in rural and low-volume surgical settings: A Canadian perspective

Eunice K. Assem-Erhaze

Yorkton Regional Hospital, Saskatchewan Health Authority, University of Manitoba

Address correspondence to: Eunice K. Assem-Erhaze, **erhazee@myumanitoba.ca**

Abstract

Background: *Perioperative nurses in rural and low-volume Canadian surgical facilities face a persistent risk that infrequently practised skills may decline over time. This decline can affect technical, cognitive, and team-based performance. Infrequent procedural volumes, professional isolation, and limited access to specialist support, create conditions in which competence may be difficult to sustain. Drawing on Benner's (1984) Novice-to-Expert framework, this paper examines competence maintenance across the perioperative nursing competence continuum.*

Methods: *A narrative review of published literature was conducted across CINAHL, MEDLINE, and SCOPUS (2000–2025), integrating evidence from perioperative nursing, rural health, simulation education, and Canadian health policy. Searches returned approximately 480 records; after screening titles, abstracts, and full texts against predetermined inclusion criteria, 14 sources were included in the final synthesis.*

Results: *Competence maintenance challenges affect preoperative assessment and preparation, scrub, circulating, post-anaesthetic care unit (PACU), and crisis-response nursing roles. Evidence supports simulation-based training, tele-mentoring, structured inter-facility rotation, cognitive aids, and contextualized continuing education, as core maintenance strategies. Sustainable competence requires coordinated investment across the individual nurse, the facility, the regional network, and the provincial or territorial health system.*

Discussion: *A multi-level framework is proposed, with specific actions for individual nurses, facilities, regional networks, and provincial and territorial authorities. Indigenous health equity and cultural safety are identified as integral competency domains.*

Conclusion: *Rural perioperative nursing competence is achievable with deliberate, multi-level investment. Provincial and territorial nursing regulators, health authorities and facilities, individual nurses, and professional associations have distinct and complementary roles. ORNAC contributes through evidence-informed guidelines, educational opportunities, and professional knowledge exchange.*

Keywords: rural perioperative nursing, competence maintenance, low-volume surgery, simulation, Canadian nursing workforce

Suggested citation: Assem-Erhaze, E. (2026). Maintaining perioperative nursing competence in rural and low-volume surgical settings: A Canadian perspective. *ORNAC Journal – The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada, 43*(2), 23–27. https://doi.org/10.5737/ornac18223

Background

Approximately one in six Canadians lives in a rural or remote community, yet access to perioperative nursing services in these regions is persistently inequitable (Statistics Canada, 2022). Rural hospitals frequently serve as the sole source of surgical care across vast geographic catchment areas, relying on a small nursing workforce to provide preoperative assessment and preparation, scrub, circulating, and post-anaesthetic care unit (PACU) functions, and, in some jurisdictions, anaesthetic assist functions. These nurses must maintain competence across the full perioperative spectrum from elective minor surgery to emergency trauma and obstetric care, often with minimal specialist backup and sharply limited opportunity for peer learning.

Drawing on Benner's (1984) Novice-to-Expert model, skilled perioperative nursing practice depends on the accumulation of clinical experience sufficient to move practitioners from competent performance toward proficiency and expertise. Infrequent procedural exposure in rural settings disrupts this trajectory: practitioners may be unable to progress or, critically, to maintain their position along the proficiency continuum in key domains. This is not a failure of individual motivation but

a structural consequence of the environments in which rural perioperative nurses practise. Benner's framework is particularly instructive here because it situates expertise as an ongoing, context-dependent achievement and not as a fixed attribute of the practitioner. Rural practice conditions that interrupt regular procedural engagement effectively reverse the experiential gains that underpin expert performance, independent of years of service or formal qualifications.

The central challenge is a structural incompatibility: communities that depend on local surgical capacity may generate too little procedural volume to provide frequent reinforcement of every perioperative skill. In this paper, skill decay refers to a decline in learned performance after a period without practice (Issenberg et al., 2005). Low procedural volume, documented across rural surgical services (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2020), can limit repeated exposure to technical skills, team coordination, and uncommon adverse events. Although this problem is well described in simulation and nursing education literature, it has received limited direct examination in the Canadian perioperative nursing context.

The Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) *Guidelines for Perioperative Practice in Canada*, 17th Edition (2025), provide recommended practices that support evidence-informed clinical decision-making across perioperative settings. ORNAC is not a regulatory body, and the Guidelines do not determine site-specific scope of practice or prescribe a single method for maintaining competence in low-volume settings. Competency requirements and maintenance plans must be aligned with provincial or territorial regulatory requirements, organizational policies, local case mix, and the nurse's professional responsibility to maintain competence. Nurses in geographically isolated settings also may have limited access to continuing education and simulation because of travel, staffing, and cost. This paper examines these challenges and proposes a multi-level framework for competence maintenance grounded in the Canadian context.

Methods

A narrative review of the published literature was conducted to synthesize evidence relevant to perioperative nursing competence in rural and low-volume Canadian surgical settings. Databases searched included CINAHL, MEDLINE, and SCOPUS, with a search window of January 2000 to March 2025. Search terms included combinations of perioperative nursing, operating room nursing, PACU nursing, rural surgery, low-volume surgical centre, competence maintenance, skill decay, simulation training, tele-mentoring, and Canadian nursing. Reference lists of retrieved articles were hand-searched to identify additional relevant sources.

Inclusion criteria were (a) published in English or French; (b) directly relevant to perioperative nursing practice, education, or workforce; and (c) applicable to rural, remote, or low-volume surgical contexts. Initial searches returned approximately 480 records. Following title and abstract screening, 68 full-text articles were reviewed; 14 sources met the inclusion criteria and were incorporated into the final synthesis. A narrative approach was adopted, given the breadth of disciplinary synthesis required, spanning perioperative nursing, rural health, simulation science, and health policy and the absence of a prior scoping review addressing perioperative nursing competence specifically in the Canadian rural context.

The narrative synthesis was organized thematically around two primary questions: first, which domains of perioperative nursing competence are most vulnerable when practice opportunities are infrequent; and second, what interventions have demonstrated feasibility, acceptability, or effectiveness in supporting competence maintenance in comparable contexts. Evidence quality varied across the included sources, ranging from systematic reviews and randomized simulation-based trials to qualitative workforce studies and descriptive policy analyses. Findings were interpreted through Benner's (1984) Novice-to-Expert framework, which served as the overarching theoretical lens.

Results

Domains of Perioperative Nursing Competence at Risk

Low-volume environments can challenge competence across the perioperative pathway, including preoperative, intraoperative, and immediate postoperative care. Preoperative competence includes patient assessment and preparation, verification processes, anticipation of clinical risks, and clear communication with the perioperative team. In low-volume settings, structured checklists, case review, and continuing education can reinforce these processes between procedures (ORNAC, 2025). Four intraoperative and postoperative nursing roles are particularly relevant

1. **Scrub nursing:** Instrument anticipation, sterile field maintenance, laparoscopic equipment handling, and accurate counts all require regular procedural exposure to remain automated. Rural scrub nurses who perform a given procedure only a handful of times each year experience progressive skill degradation, with documented patient safety consequences, including retained surgical items and contamination events (Mitchell et al., 2011). Benner's (1984) framework is instructive here. Without repeated exposure, the cognitive shortcuts that allow an expert scrub nurse to anticipate the surgeon's needs cannot consolidate, and the practitioner is functionally returned to a lower proficiency level regardless of years of service. This regression is particularly significant for laparoscopic and minimally invasive

procedures, where instrument handling demands are high, and the haptic feedback that guides expert performance is both subtle and technique-dependent.

2. **Circulating nursing:** In low-volume facilities, the circulating nurse routinely absorbs functions typically distributed across multiple staff. Medication management in the operative field is a nursing-sensitive risk domain that deteriorates without regular reinforcement, as the cognitive demands of simultaneous role responsibilities in resource-constrained environments elevate the risk of error (Riley & Manias, 2006). The circulating nurse in a rural facility may simultaneously manage patient documentation, coordinate instrument counts, communicate with the surgical team, and liaise with PACU—a scope of responsibilities that, in urban facilities, would be shared across a larger team. Maintaining the cognitive performance standards required across these overlapping functions depends on a regular practice regimen that low procedural volume cannot sustain.
3. **PACU nursing:** Rural PACU nurses regularly receive higher-acuity postoperative patients than elective volume statistics suggest, because emergency cases cannot always be transferred to regional centres in time (Kornelsen et al., 2025). Competence in airway management, hemodynamic monitoring, and recognition of post-anaesthetic complications, including hemorrhage, emergence agitation, and respiratory compromise, depends on a regularity of clinical exposure that low-volume settings cannot consistently provide. The consequences of PACU competence gaps are particularly serious because the immediate postoperative period is among the highest-risk intervals in the surgical episode. Rural PACU nurses may also function without in-hospital anaesthesia physician support, placing the burden of early recognition and response to post-anaesthetic deterioration more squarely on nursing judgment.
4. **Intraoperative crisis response:** The management of rare but life-threatening intraoperative events, such as major hemorrhage, anaphylaxis, malignant hyperthermia, and failed airway, demands an immediate, coordinated team response in which nursing roles are specific and interdependent. Human factors research demonstrates that team performance in crises depends on prior shared rehearsal; teams using structured cognitive aids and rehearsed protocols significantly outperform those without them (Arriaga et al., 2013). Rural perioperative nurses who have not recently rehearsed crisis protocols are at heightened risk of delayed recognition and fragmented communication under stress. This vulnerability is compounded by the typically small team size in rural facilities, where staff absences may leave the team with limited backup, and where the infrequency of genuine crises means that real-world rehearsal opportunities are rare.

Evidence-Informed Strategies for Competence Maintenance

Simulation-based Training

Simulation is the most extensively evaluated modality for perioperative competence maintenance outside direct clinical practice (Cook et al., 2013). Full-team crisis resource management (CRM) simulation addresses both individual skill and collective team process simultaneously. Mobile or in-situ simulation units, in which perioperative education teams bring manikins and task-trainer equipment to rural facilities, can reduce geographic barriers to training. Recurring, spaced practice produces more durable learning than a single intensive session (Issenberg et al., 2005). Simulation is most useful when scenarios reflect the rural facility's actual case mix and the situations nurses are realistically likely to encounter.

Tele-mentoring and Remote Clinical Support

The Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) model provides a validated template for structured case-based peer learning via videoconference, enabling rural perioperative nurses to access specialist knowledge and reduce professional isolation. Tele-mentoring for perioperative nursing may encompass both asynchronous case review and, where permitted and appropriately governed, real-time consultation during complex or unfamiliar situations. Evidence for this modality continues to develop. Implementation should be consistent with provincial or territorial regulatory requirements, organizational policies, privacy obligations, and clear lines of clinical accountability.

Inter-facility Rotation

Regular rotation of rural perioperative nurses to higher-volume urban facilities maintains exposure to technical skills that cannot realistically be sustained locally, builds professional networks, and reduces isolation. Experience from British Columbia's Rural Surgical and Obstetrical Networks demonstrates the value of formally supported network arrangements rather than relying only on voluntary individual participation (Kornelsen et al., 2025; Parajulee et al., 2024). Provincial health authorities should support inter-facility rotation with relief staffing and financial assistance where feasible. The optimal duration and frequency for perioperative nurses remain to be established through prospective evaluation.

Cognitive Aids and Standardized Protocols

Laminated crisis algorithms and electronic decision-support tools can partially compensate for gaps in automated emergency responses by externalizing procedural memory. Teams that rehearse cognitive aids during simulation consistently outperform those who do not (Arriaga et al., 2013). Familiarization with crisis aids should be incorporated into perioperative orientation and recurring competency activities, consistent with local policy and evidence-informed guidance. The design of cognitive aids for rural perioperative settings should account for the multiple responsibilities that a small team may need to perform simultaneously.

Continuing Nursing Education

Continuing nursing education provides structured opportunities to maintain knowledge between clinical exposures. Relevant options may include perioperative specialty education, refresher learning, and advanced life-support courses, such as the Trauma Nursing Core Course (TNCC), Emergency Nursing Paediatric Course (ENPC), and Advanced Cardiac Life Support (ACLS). Digital learning platforms can improve access for rural practitioners who face barriers to attending metropolitan programs. Blended models that combine online foundational content with periodic simulation and clinical exposure may be particularly useful when adapted to local case mix, shift-work patterns, and staffing constraints (Gillespie et al., 2009).

Discussion

The strategies reviewed above are individually evidence-informed, but insufficient on their own. Sustainable perioperative nursing competence in rural Canada requires a coherent, multi-level response distributed across four interdependent levels: the individual nurse, the local health service, the regional network, and the provincial health system. No single intervention can fully address the low procedural volume that contributes significantly to competence risk in rural perioperative nursing. Rather, the strategies described above function as a coordinated portfolio, each addressing a dimension of the problem that the others cannot reach alone.

At the individual level, perioperative nurses remain professionally responsible for maintaining competence within their scope. Practical actions include participating in relevant refresher education, regularly reviewing locally held crisis-management cognitive aids, and using ORNAC educational offerings, such as recorded webinars and national conference content. Nurses should also discuss rotation, simulation, and mentoring needs with managers. These individual efforts require organizational support when geography, staffing, and cost limit access to professional development. Professional isolation remains relevant because nurses who feel unsupported may be less likely to seek education or advocate for structural investment in their practice setting (Stoll et al., 2025).

At the facility level, health services must invest in simulation equipment and protected team training time, implement structured handover and checklist protocols, and foster safety cultures in which perioperative nurses can raise competence concerns without professional stigma. Nurse managers in rural facilities, who frequently hold simultaneous responsibilities across multiple clinical portfolios, require dedicated support from regional clinical leaders and specialist mentors to sustain perioperative nursing quality standards. Facility-level investment should also include dedicated clinical educator time, even on a part-time or shared basis across a regional network, because the lack of internal educational capacity is a structural barrier to maintaining competence that training budgets alone cannot address.

At the regional level, provincial health authorities should develop formal inter-facility rotation agreements, mobile simulation programmes with predictable rural scheduling, and tele-mentoring infrastructure with perioperative nursing expertise. The architecture of existing provincial rural health networks provides a structural platform for coordinating perioperative nursing competence programmes across multiple sites. Regionally coordinated approaches also allow resource pooling that no single rural facility could sustain independently, including access to simulation educators, specialist tele-mentors, and relief staffing for rotation coverage.

Equity considerations are integral, not supplementary, to this framework. Indigenous and remote communities in Canada experience compounding layers of health disadvantage that can be worsened when local surgical services are fragile. Cultural safety, as defined by the Truth and Reconciliation Commission of Canada (2015) and articulated in provincial anti-racism health frameworks, must be recognized as a core perioperative nursing competency domain, rather than an add-on to technical skill maintenance. Simulation scenarios should include culturally responsive communication and care practices, and continuing education programs should integrate Indigenous health content as a structural component rather than an elective module.

At the national professional-association level, ORNAC can support competence maintenance by continuing to develop evidence-informed Guidelines, provide educational opportunities, and facilitate knowledge exchange among perioperative nurses. ORNAC does not regulate nursing practice or determine scope of practice. Site-specific competency expectations and maintenance plans should remain aligned with provincial or territorial regulatory requirements and organizational policies. Future ORNAC guidance could acknowledge the distinctive challenges of low-volume practice and identify evidence-informed options without prescribing local simulation intervals, rotation requirements, or scope-of-practice boundaries.

Limitations

The narrative approach, while suited to the breadth of synthesis required, introduces potential selection bias in the sources included. Published literature addressing perioperative nursing competence, specifically in the Canadian rural context, remains sparse; much of the evidence base is drawn from analogous international contexts or from anaesthesia and surgery literature that may not translate directly to nursing practice. Rapidly evolving telehealth and simulation technologies mean that some of the evidence reviewed may already be superseded. The review did not include grey literature, conference proceedings, or unpublished programme evaluations, some of which may contain directly relevant Canadian evidence. Future research priorities include prospective studies

examining changes in competence over time among rural Canadian perioperative nurses, co-designed simulation curricula adapted to rural nursing case mixes, formal evaluation of ECHO-model tele-mentoring for perioperative nursing, and economic analyses of the costs and benefits of investing in rural perioperative nursing competence. Developing and psychometrically validating a Canadian rural perioperative nursing competence assessment tool would provide a rigorous foundation for both program evaluation and workforce planning.

Conclusion

Perioperative nurses in rural Canada provide essential surgical care amid chronic workforce constraints and intermittent procedural exposure. Maintaining competence across perioperative scrub, circulating, PACU, and crisis-response roles requires both individual engagement and structural support. Evidence supports a multi-level portfolio of strategies, including simulation, tele-mentoring, inter-facility rotation, cognitive aids, and contextualized continuing education, when these approaches are matched to local needs and sustained over time. Provincial and territorial regulators establish professional requirements, health authorities and facilities create the conditions for competence maintenance, and individual nurses have a duty to maintain competence within their scope. ORNAC supports this work through evidence-informed Guidelines, education, and national professional knowledge exchange. A coordinated approach can strengthen patient safety and equitable access to perioperative care in rural communities.

About the Author



Eunice K. Assem-Erhaze is a perioperative nurse at Yorkton Regional Hospital with the Saskatchewan Health Authority and a PhD student in the College of Nursing at the University of Manitoba. Her clinical and scholarly interests centre on perioperative nursing, disability inclusion, and equity in nursing education and practice.

Conflicts of Interest

None declared.

Funding

None declared.

Acknowledgements

I'd like to acknowledge Dr. Nicole Harder and Dr. Wanda Chernomas of the College of Nursing, University of Manitoba.

References

Arriaga, A. F., Bader, A. M., Wong, J. M., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., Ziewacz, J. E., Hepner, D. L., Boorman, D. J., Pozner, C. N., Smink, D. S., & Gawande, A. A. (2013). Simulation-based trial of surgical-crisis checklists. *The New England Journal of Medicine, 368*(3), 246–253. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1204720

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Canadian Institute for Health Information. (2020). *CIHI portal: Hospital standardised mortality ratio and surgical volume data*. https://www.cihi.ca/en/indicators/hospital-standardized-mortality-ratio

Cook, D. A., Brydges, R., Zendejas, B., Hamstra, S. J., & Hatala, R. (2013). Technology-enhanced simulation to assess health professionals: A systematic review of validity evidence, research methods, and reporting quality. *Academic Medicine, 88*(6), 872–883. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828ffdcf

Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. Y., & Werder, H. (2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: A focus group study. *Journal of Advanced Nursing, 65*(5), 1019–1028. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x

Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Teacher, 27*(1), 10–28. https://doi.org/10.1080/01421590500046924

Kornelsen, J., Av-Gay, G., Parajulee, A., Humber, N., Ebert, S., Skinner, T., & Stoll, K. (2025). Rural surgical and obstetric facility-level outcomes for index procedures: A retrospective cohort study (2016–2021). *Canadian Journal of Surgery, 68*(3), E221–E234. https://doi.org/10.1503/cjs.003423

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies, 48*(7), 818–828. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005

Operating Room Nurses Association of Canada. (2025). *ORNAC guidelines for perioperative practice in Canada* (17th ed.). https://ornac.ca/standards.phtml

Parajulee, A., Stoll, K., Humber, N., Ebert, S., Williams, K., & Kornelsen, J. (2024). The motivations and experiences of specialists who provide outreach services in rural operating rooms: A survey study from British Columbia. *PloS One, 19*(3), e0298757. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298757

Riley, R., & Manias, E. (2006). Governing time in operating rooms. *Journal of Clinical Nursing, 15*(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01362.x

Statistics Canada. (2022). *Population and dwelling counts: Canada, provinces and territories* [Table 98-10-0002-01]. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=9810000101

Stoll, K., Treissman, J., Av-Gay, G., & Kornelsen, J. (2025). Examining changes in compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress and work-related quality-of-life of rural surgical and obstetrical nurses in British Columbia during the COVID-19 pandemic. *The Canadian Journal of Nursing Research, 57*(2), 314–323. https://doi-org/10.1177/08445621241305194

Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf

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. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

Maintien des compétences infirmières périopératoires dans les milieux ruraux et à faible volume d'interventions chirurgicales : une perspective canadienne

Eunice K. Assem-Erhaze

Hôpital régional de Yorkton, Régie de la santé de la Saskatchewan, Université du Manitoba

Auteure-ressource : Eunice K. Assem-Erhaze, **erhazee@myumanitoba.ca**

Résumé

Contexte : *En l'absence de pratique régulière, les infirmières en soins périopératoires exerçant au Canada dans les milieux ruraux et les cliniques chirurgicales à faible volume d'interventions sont continuellement confrontées au risque de subir une régression de leurs compétences. Ce déclin peut affecter leurs performances techniques, cognitives et collaboratives. Le faible volume de procédures chirurgicales, l'isolement professionnel et l'accès restreint au soutien spécialisé compromettent le maintien de compétences. Cet article, qui s'appuie sur le modèle « De novice à expert » de Patricia Benner (1984), étudie la question du maintien des compétences au fil du continuum de soins infirmiers périopératoires.*

Méthodologie : *Une revue narrative de la littérature parue entre 2000 et 2025 a été effectuée à partir des bases de données CINAHL, MEDLINE et SCOPUS pour relever les données probantes concernant les soins infirmiers périopératoires, la santé en milieux ruraux, l'apprentissage par simulation et les politiques canadiennes en matière de santé. Le premier tour de recherche a permis de relever 480 sources potentielles. Après analyse des titres, des résumés et des textes complets en regard des critères d'inclusion déterminés, 14 sources ont été retenues pour la synthèse finale.*

Résultats : *Les difficultés liées au maintien des compétences en soins périopératoires concernent la préparation et l'évaluation préopératoires, les services internes et externes, l'unité de soins post-anesthésiques (USPA) et le rôle des infirmières en situation d'urgence. Selon les données probantes, certaines stratégies fondamentales au maintien des compétences ont été relevées : l'apprentissage par la simulation, le mentorat à distance, la rotation interétablissement planifiée, les aides cognitives et la formation continue contextualisée. Les compétences durables requièrent un engagement concerté de l'infirmière, de l'établissement, du réseau régional et du système de santé provincial ou territorial.*

Discussion : *Nous proposons un cadre à plusieurs niveaux qui prévoit des mesures ciblées à la fois pour les infirmières, les établissements, les réseaux régionaux et les instances provinciales ou territoriales. L'équité en santé autochtone et la sécurité culturelle sont aussi considérées comme des domaines de compétences propres.*

Conclusion : *Il est possible de maintenir les compétences infirmières périopératoires dans les milieux ruraux, à condition de s'investir de manière consciente, à tous les niveaux. Les organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation en soins infirmiers, les autorités sanitaires, les établissements, les infirmières et les associations professionnelles ont des rôles distincts, mais complémentaires. L'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC), quant à elle, contribue en fournissant des lignes directrices fondées sur des données probantes, en offrant de la formation et en favorisant l'échange de connaissances professionnelles.*

Mots-clés : soins infirmiers périopératoires en milieux ruraux, maintien de compétences, faible volume d'interventions chirurgicales, simulation, personnel infirmier canadien

Manière suggérée de citer l'article :
Assem-Erhaze, E. (2026). Maintien des compétences infirmières périopératoires dans les milieux ruraux et à bas volume d'interventions chirurgicales : une perspective canadienne. *Revue de l'AIISOC, 43*(2), 28–33. https://doi.org/10.5737/ornac18228

Contexte

Bien qu'environ un Canadien sur six habite en communauté rurale ou isolée, l'accès aux services de soins infirmiers périopératoires demeure inéquitable (Statistique Canada, 2022). Les hôpitaux régionaux sont souvent les seuls fournisseurs de soins chirurgicaux et doivent desservir de vastes circonscriptions. Ils comptent sur un effectif infirmier réduit pour remplir

les fonctions liées à la préparation et à l'évaluation préopératoires, aux services internes et externes et à l'unité de soins post-anesthésiques. Dans certaines régions, on demande même aux infirmières de seconder l'anesthésiste. Pour rester polyvalentes, les infirmières en soins périopératoires sont tenues de maintenir à jour un large éventail de compétences, aussi bien pour les interventions chirurgicales mineures que pour les urgences traumatologiques ou les soins obstétricaux. Bien souvent, elles composent avec un soutien minimal de spécialistes et des possibilités restreintes d'apprentissage par les pairs.

Selon le modèle « De novice à expert » de Patricia Benner de 1984, le perfectionnement de la pratique en soins infirmiers périopératoires dépend d'une accumulation suffisante d'expériences cliniques, car c'est ainsi que les praticiens passent du niveau « compétent » au niveau « expert ». Une exposition occasionnelle aux procédures chirurgicales dans les milieux ruraux déstabilise ce cheminement; cela peut nuire à la progression, voir éroder les compétences dans des domaines essentiels au fil du temps. Cette réalité ne découle pas d'une absence de motivation personnelle, mais plutôt des conséquences liées au milieu de pratique des infirmières en soins périopératoires. Dans le cas présent, le modèle de Patricia Benner s'avère particulièrement utile, puisqu'il décrit l'expertise comme un accomplissement continu et tributaire du contexte, et non comme une caractéristique figée du praticien. Les conditions en milieux ruraux qui freinent la pratique régulière de procédures chirurgicales entraînent une régression des acquis expérientiels inhérents à l'expertise, sans égard aux diplômes obtenus ou au nombre d'années de service.

Le principal défi découle d'une contradiction structurelle : les communautés, qui comptent sur les services de chirurgie locaux, ne présentent pas un volume d'intervention suffisant pour permettre la consolidation de chaque compétence périopératoire. Dans le présent article, le terme « régression des compétences » désigne un déclin des acquis après une période sans pratiquer (Issenberg et al., 2005). Le faible volume d'interventions, documenté dans les services de chirurgie en milieux ruraux (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2020), peut limiter l'exposition répétée à des expériences qui enrichissent les compétences techniques, la coordination d'équipe et l'adaptabilité aux difficultés peu courantes. Pourtant reconnu dans les simulations et les manuels de sciences infirmières, ce problème demeure peu étudié en contexte de soins périopératoires canadien.

La 17e édition des Lignes directrices pour la pratique en soins périopératoires du Canada (2025) de l'AIISOC présente des recommandations visant à encadrer la prise de décisions cliniques fondées sur des données probantes en contexte périopératoire. Comme l'AIISOC n'est pas un organisme de réglementation, ces lignes directrices ne déterminent pas le champ de pratique propre aux établissements et ne dictent pas de méthode unique pour maintenir le niveau de compétences dans les milieux à faible volume d'interventions. Les exigences relatives aux compétences et les plans de maintien doivent s'arrimer aux obligations réglementaires provinciales ou territoriales, aux politiques organisationnelles, à la composition de la clientèle locale et aux responsabilités professionnelles des infirmières quant au maintien des compétences. Il faut également tenir compte du fait que le personnel infirmier en régions éloignées connaît des contraintes d'accès à la formation continue et à la simulation en raison du transport, du coût et du manque d'effectif. Le présent article étudie ces défis et propose un cadre de maintien des compétences à plusieurs niveaux, adapté aux réalités canadiennes.

Méthodologie

Une revue narrative de la littérature parue a été effectuée afin de synthétiser les données en lien avec les compétences infirmières en soins périopératoires dans les milieux ruraux et à faible volume d'interventions chirurgicales au Canada. Les recherches ont été faites dans les bases CINAHL, MEDLINE et SCOPUS pour la plage temporelle allant de janvier 2000 à mars 2025 et combinaient les termes suivants : « soins infirmiers périopératoires » (*perioperative nursing*), « soins infirmiers en salle d'opération » (*operating room nursing*), « soins infirmiers en unité de soins post-anesthésiques » (*PACU nursing*), « intervention chirurgicale en milieu rural » (*rural surgery*), « clinique chirurgicale à faible volume » (*low-volume surgical centre*), « maintien de compétences » (*competence maintenance*), « régression des compétences » (*skill decay*), « formation par simulation » (*simulation training*), « mentorat à distance » (*tele-mentoring*) et « soins infirmiers au Canada » (*Canadian nursing*). Les bibliographies contenues dans les études retenues ont été soigneusement scrutées afin d'en extraire toute source pertinente supplémentaire.

Les critères d'inclusion étaient : a) publication en anglais ou en français; b) rapport direct à la pratique, à la formation ou à l'effectif en soins infirmiers périopératoires; c) application aux milieux ruraux, isolés ou à faible volume d'interventions chirurgicales. Le premier tour de recherche a fait ressortir 480 sources potentielles. Après une analyse poussée des titres et des résumés, 68 articles ont été retenus pour lecture complète. Sur ceux-ci, 14 répondaient à tous les critères d'inclusion et ont donc fait l'objet de la synthèse. Étant donné l'absence de revues exploratoires antérieures sur les compétences en soins périopératoires en milieu rural canadien et l'ampleur de la synthèse disciplinaire requise – qui couvrait les soins infirmiers périopératoires, la santé en milieu rural, la pratique de la simulation et les politiques en matière de santé – nous avons opté pour une approche narrative.

La synthèse narrative a été structurée par thème, selon deux questions de base. La première : quels domaines de compétences périopératoires s'avèrent les plus vulnérables à la régression en cas de pratique occasionnelle? La deuxième : quelles démarches de maintien des compétences se distinguent par leur faisabilité,

leur acceptabilité et leur efficacité en contextes similaires? La qualité des données variait dans les sources incluses, qui se répartissaient entre revues systématiques, essais aléatoires basés sur la simulation, études qualitatives sur la main-d'œuvre et analyses descriptives des politiques. Les résultats ont été interprétés avec le modèle « De novice à expert » de Patricia Benner (1984), qui a fourni la perspective théorique générale.

Résultats

Les domaines vulnérables de compétences périopératoires

Les milieux à faible volume peuvent nuire aux compétences dans le parcours périopératoire, qu'il s'agisse des soins préopératoires, peropératoires ou postopératoires immédiats. Les compétences périopératoires englobent l'évaluation et la préparation des patients, les processus de vérification, l'anticipation des risques cliniques et la bonne communication avec l'équipe. Dans un contexte à faible volume d'interventions, les listes de contrôle claires, l'examen de cas et la formation continue peuvent aider à consolider les processus entre les expériences procédurales (AIISOC, 2025). À ce titre, quatre catégories de soins infirmiers peropératoire et postopératoire sont particulièrement concernées.

1. **Soins infirmiers en service interne :** Pour automatiquement prévoir le bon instrument à proposer, maintenir le milieu aseptisé, manipuler l'appareil de laparoscopie et tenir un décompte précis, il est indispensable d'être régulièrement exposé aux procédures chirurgicales. Chez les infirmières en service interne qui exercent en milieux ruraux et qui n'exécutent une procédure donnée que quelques fois par année, on observe une régression graduelle des compétences qui a des répercussions documentées sur la sécurité des patients, comme l'oubli d'un corps étranger ou la contamination (Mitchell et al., 2011). Le modèle de Benner est très éloquent à ce sujet. Sans exposition répétée, il devient difficile de consolider les raccourcis cognitifs qui permettent à une infirmière en service interne chevronnée d'anticiper les besoins du chirurgien. On voit donc le niveau de compétence régresser en dépit des années d'expérience. Cette régression est d'autant plus importante dans le cas des interventions laparoscopiques ou à effraction minimale, qui demandent une manipulation précise des instruments, et pour lesquelles le retour haptique qui guide l'expert est à la fois subtil et tributaire de sa technique.

2. **Soins infirmiers en service externe :** Dans les établissements à faible volume, l'infirmière en service externe doit, de façon routinière, s'acquitter de tâches habituellement réparties à divers membres du personnel. La gestion des médicaments en milieu opératoire est un domaine risqué qui tend à se détériorer sans consolidation régulière, puisque la charge cognitive associée à la prise en charge de rôles simultanés dans les environnements à ressources limitées exacerbe les risques d'erreurs (Riley & Manias, 2006). L'infirmière en service externe qui exerce dans un établissement rural doit souvent gérer les dossiers des patients, coordonner le compte des instruments, communiquer avec l'équipe chirurgicale et assurer la liaison avec l'unité de soins post-anesthésiques – des responsabilités multiples qui, en milieu urbain, seraient réparties au sein d'une plus grande équipe. Le maintien des normes de performance cognitive nécessaires pour occuper ces rôles qui se chevauchent impose une cadence de pratique régulière, impossible à atteindre avec un faible volume d'interventions.

3. **Soins infirmiers en unité de soins post-anesthésiques (USPA) :** Les infirmières de l'USPA en milieux ruraux reçoivent plus régulièrement des patients postopératoires ayant des besoins plus complexes que l'indiquent les statistiques relatives aux interventions non urgentes, parce que les cas urgents ne peuvent pas toujours être transférés à temps dans les centres régionaux (Kornelsen et al., 2025). Les compétences de prise en charge des voies respiratoires, la surveillance hémodynamique et la détection des complications post-anesthésiques (hémorragie, agitation à l'émergence, difficultés respiratoires, etc.) dépendent de la régularité des expositions cliniques, une constance que les milieux à faible volume d'interventions n'arrivent pas à fournir. Les lacunes de compétences dans l'USPA sont particulièrement lourdes de conséquences, parce que la période qui suit immédiatement l'intervention présente un niveau de risques parmi les plus élevés de tout le processus chirurgical. Les infirmières de l'USPA en milieux ruraux doivent parfois même exercer sans le soutien d'un anesthésiste en interne, ce qui fait reposer plus directement sur leur seul jugement la détection précoce des complications et la réaction à une détérioration de l'état post-anesthésique.

4. **Soins infirmiers peropératoires d'urgence :** La gestion d'épisodes rares, mais qui posent une menace pour la vie (hémorragie grave, anaphylaxie, hyperthermie maligne, intubation difficile, etc.), exige une réaction immédiate et concertée de la part de l'équipe dans laquelle les infirmières jouent des rôles précis et interdépendants. L'étude des facteurs humains révèle que les performances d'une équipe en situation d'urgence dépendent de leurs entraînements conjoints préalables; les équipes qui utilisent des aides cognitives structurées et des protocoles répétés sont nettement plus compétentes que celles qui n'y ont pas recours (Arriaga et al., 2013). Les infirmières peropératoires en milieux ruraux qui n'ont pas répété les protocoles d'urgence dernièrement risquent davantage une détection tardive des complications et une communication fragmentaire en présence de stress. Cette vulnérabilité est exacerbée par les équipes généralement réduites des établissements ruraux, où les absences d'employés limitent le personnel de remplacement et où les situations d'urgence réelles – et avec elles, les occasions concrètes de s'exercer – se font plutôt rares.

Quelques stratégies de maintien des compétences fondées sur des données probantes

Formation par simulation

Mis à part la pratique clinique directe, la simulation est la modalité de maintien des compétences périopératoire la plus largement étudiée (Cook et al., 2013). La simulation de gestion des ressources en situation de crise en équipe complète aborde à la fois les compétences individuelles et les processus collectifs. Les unités de simulation mobiles ou in situ, dans lesquelles les équipes de formation en soins périopératoires apportent des mannequins et des simulateurs procéduraux dans les établissements ruraux, aident à surmonter les barrières géographiques à la formation. Les pratiques récurrentes espacées favorisent un meilleur ancrage des apprentissages qu'une séance intensive unique (Issenberg et al., 2005). La simulation se montre d'autant plus efficace lorsque les scénarios correspondent à la composition de la clientèle actuelle de l'établissement et aux situations réellement rencontrées par le corps infirmier.

Mentorat et soutien clinique à distance

Le modèle ECHO® (*Extension for Community Healthcare Outcomes*) fournit un cadre approuvé pour l'étude de cas structurée axée sur l'apprentissage par les pairs au moyen de la visioconférence, ce qui permet aux infirmières en soins périopératoires de milieux ruraux d'accéder aux connaissances de spécialistes et de surmonter l'isolement professionnel. Le mentorat à distance dans le domaine des soins périopératoires peut inclure des examens de cas asynchrones et, lorsqu'autorisés et correctement encadré, des consultations en temps réels pour les situations complexes ou inhabituelles. Les données probantes concernant cette modalité sont toujours à l'étude. Sa mise en œuvre doit s'arrimer aux exigences réglementaires provinciales ou territoriales, aux politiques organisationnelles, aux obligations en matière de vie privée et à des directives claires relatives à la responsabilité clinique.

Rotation interétablissement

La rotation régulière des infirmières en milieux ruraux vers des établissements urbains à fort volume d'interventions favorise la fréquence d'exposition aux compétences techniques qui, autrement, reste impossible à soutenir localement de manière réaliste. Cette pratique permet également de bâtir un réseau professionnel et de briser l'isolement. L'expérience des réseaux de chirurgie et d'obstétrique en milieu rural de la Colombie-Britannique montre que les mesures officiellement soutenues par un réseau sont plus efficaces que celles qui reposent uniquement sur la participation individuelle volontaire (Kornelsen et al., 2025; Parajulee et al., 2024). Les autorités sanitaires provinciales gagneraient à encourager la rotation interétablissement en déployant du personnel suppléant et de l'aide financière, dans la mesure du possible. Les durées et fréquences optimales de rotation restent toutefois à déterminer au moyen d'une évaluation prospective.

Aides cognitives et protocoles normalisés

En externalisant la mémoire procédurale, les affiches plastifiées des processus de crise et les outils numériques d'aide à la décision peuvent en partie compenser les lacunes d'automatisme face aux situations d'urgence. Les équipes qui s'exercent avec des aides cognitives lors des simulations affichent un avantage systématique par rapport aux autres (Arriaga et al., 2013). La familiarisation avec les aides cognitives en situation d'urgence devrait être intégrée à la formation en soins périopératoires et aux activités récurrentes de maintien des compétences (dans le respect des politiques locales et des données probantes). La conception des aides cognitives doit tenir compte des responsabilités multiples et simultanées que doivent assumer les petites équipes.

Formation continue en soins infirmiers

La formation continue en soins infirmiers offre des moyens structurés de préserver les connaissances entre les expositions cliniques. Parmi les options pertinentes, on compte l'éducation spécialisée en soins périopératoires, la mise à niveau des apprentissages et les cours de perfectionnement en soins vitaux, comme le Cours de base en soins infirmiers traumatologiques (TNCC), le Cours de soins infirmiers d'urgence pédiatriques (ENPC) et le cours de Soins avancés en réanimation cardiovasculaire (ACLS). Pour les praticiens qui ne peuvent voyager sur place, les plateformes numériques en ligne donnent accès aux programmes de formation offerts en communauté urbaine. Les modèles hybrides – qui combinent à la fois contenu théorique en ligne, simulations périodiques et exposition clinique – peuvent se montrer particulièrement utiles lorsqu'adaptés à la composition de la clientèle locale, aux horaires de travail et aux contraintes de personnel (Gillespie et al., 2009).

Discussion

Bien qu'individuellement appuyées sur des données probantes, les stratégies précédentes restent insuffisantes si elles sont mises en œuvre de manière indépendante. Dans les milieux ruraux, le maintien durable des compétences périopératoires exige une réponse cohérente des quatre niveaux interdépendants suivants : l'infirmière, le service de santé local, le réseau régional et le système de santé provincial ou territorial. Il n'existe pas de solution unique pouvant, à elle seule, résoudre le faible volume d'interventions qui engendre la régression des compétences périopératoires en milieu rural. Les stratégies énoncées plus haut fonctionnent plutôt comme un ensemble coordonné d'outils, où chacune vise une facette du problème que les autres ne peuvent régler seules.

Au niveau individuel, les infirmières en soins périopératoires conservent la responsabilité de maintenir à jour leurs compétences dans leur champ de pratique. Pour ce faire, elles disposent de moyens concrets, comme la mise à niveau de leurs connaissances, la révision régulière des aides cognitives en gestion des situations d'urgence de leur milieu et le

recours aux offres de formation de l'AIISOC (webinaires asynchrones, contenu de la conférence annuelle, etc.). Les infirmières devraient également faire part à leurs gestionnaires des besoins en matière de rotation, de simulation et de mentorat. Ces efforts individuels demandent le soutien de l'organisation lorsque l'accès au perfectionnement professionnel est limité par l'emplacement géographique, la dotation de personnel et les contraintes financières. L'isolement professionnel reste aussi un facteur important, puisque les infirmières qui ressentent un manque de soutien sont moins portées à se former ou à plaider en faveur de l'investissement structurel dans leur milieu de pratique (Stoll et al., 2025).

Au niveau de l'établissement, les services de santé doivent investir en équipements de simulation et en temps réservé à la formation en équipe; appliquer un transfert de soins structuré et des protocoles incluant des listes de contrôle; promouvoir une culture sécuritaire où les infirmières peuvent exprimer leur insécurité par rapport à leurs compétences sans craindre la dévalorisation professionnelle. Les infirmières gestionnaires d'établissements ruraux, qui assument souvent plusieurs responsabilités simultanées dans divers domaines cliniques, ont besoin du soutien direct des dirigeants des cliniques régionales et de mentors spécialistes pour maintenir des normes de qualité élevée en matière de soins infirmiers périopératoires. L'engagement à l'échelle de l'établissement devrait également comprendre l'embauche d'un formateur clinique, à temps partiel ou à temps partagé avec le reste du réseau régional. En effet, une capacité insuffisante de formation en interne est un obstacle structurel au maintien des compétences que les budgets alloués ne peuvent résoudre à eux seuls.

Au niveau régional, les autorités sanitaires provinciales devraient mettre en place des ententes de rotation interétablissement, des programmes mobiles de simulation selon des horaires prévisibles adaptés au contexte rural et une infrastructure de mentorat à distance offrant une expertise en soins périopératoires. La structure des réseaux de santé en milieux ruraux déjà en place fournit une plateforme pour coordonner les programmes de compétences entre établissements multiples. Les démarches régionales concertées permettent d'accéder à un large éventail de ressources qu'un établissement seul ne serait pas en mesure de proposer, comme la formation par simulation, le mentorat spécialisé à distance et la suppléance professionnelle permettant la rotation.

Il est à noter que les considérations relatives à l'équité font partie intégrante du présent cadre. Les communautés autochtones et isolées du Canada sont déjà désavantagées en matière de santé, une situation qui serait d'autant plus exacerbée par des services de chirurgie précaires. La sécurité culturelle, telle que définie par la Commission de vérité et de réconciliation du Canada (2015) et formulée dans les cadres provinciaux contre le racisme, doit être reconnue comme un domaine de compétences fondamentales des soins infirmiers périopératoires, et non comme un simple ajout au maintien des compétences techniques. De plus, il faut inclure des pratiques de soins et des moyens de communication culturellement adaptés dans les scénarios de simulation et intégrer du contenu sur la santé autochtone dans les programmes de formation continue, en tant qu'élément structurel plutôt que d'en faire un module optionnel.

Au niveau de l'association professionnelle nationale, l'AIISOC contribue au maintien des compétences en fournissant des lignes directrices fondées sur des données probantes, en proposant de la formation et en facilitant l'échange de connaissances entre les infirmières en soins périopératoires. L'AIISOC n'est pas mandatée pour réglementer la profession infirmière ou déterminer son champ de pratique. Les attentes relatives aux compétences propres aux établissements et les plans de maintien doivent s'arrimer aux exigences réglementaires provinciales ou territoriales et aux politiques organisationnelles. La trajectoire future de l'AIISOC pourrait tenir compte des défis distincts de la pratique en cas de faibles volumes d'interventions et cibler des options fondées sur des données probantes sans toutefois prescrire des intervalles de simulation locaux, des exigences de rotation ou des limites liées au champ de pratique.

Limites

L'approche narrative, quoiqu'adaptée à l'ampleur de la synthèse requise, peut introduire des biais de sélection dans les sources incluses. La littérature parue traitant des compétences infirmières périopératoires, en milieu rural canadien de surcroît, demeure rare; une grande partie des données probantes provient de contextes analogues hors du pays ou de documents sur l'anesthésie et la chirurgie pas forcément transférables à la pratique infirmière. Par ailleurs, l'évolution rapide de la télésanté et des technologies de simulation peut également faire en sorte que certaines des données soient, à ce jour, déjà dépassées. La littérature grise, les comptes rendus de conférences et les évaluations de programme non publiées n'ont pas été considérés dans cette revue, bien que certains de ces documents puissent contenir des données directement liées au contexte canadien. Les futures recherches devraient couvrir les champs prioritaires suivants : études prospectives des changements sur la durée des compétences des infirmières en soins périopératoires dans les milieux ruraux canadiens; programme de simulation conjoint adapté à la composition de la clientèle en soins infirmiers ruraux; évaluation officielle du modèle de mentorat à distance ECHO pour les soins infirmiers périopératoire, et analyses financières coûts/bénéfices d'investir dans les compétences infirmières périopératoires en milieu rural. L'élaboration et la validation psychométrique d'un outil d'évaluation des compétences fourniraient une base rigoureuse sur laquelle appuyer l'évaluation du programme et la planification de l'effectif.

Conclusion

Les infirmières en soins périopératoires qui exercent en milieu rural canadien fournissent des services chirurgicaux essentiels malgré les contraintes de personnel chroniques et l'exposition procédurale occasionnelle. Le maintien des compétences dans les services périopératoires internes et externes, l'unité de soins post-anesthésiques et en situation d'urgence exige à la fois un engagement individuel et un soutien organisationnel. Les données probantes soutiennent un ensemble de stratégies déployées à divers niveaux, comme la simulation, le mentorat à distance, la rotation interétablissement, les aides cognitives et la formation continue contextualisée, lorsque ces démarches perdurent et correspondent aux besoins locaux. Les organismes de réglementation provinciaux ou territoriaux édictent les exigences professionnelles; les autorités sanitaires et les établissements créent les conditions nécessaires au maintien des compétences; les infirmières ont le devoir de rester compétentes dans leur champ de pratique. L'AIISOC, quant à elle, appuie ces efforts au moyen de lignes directrices fondées sur des données probantes, de formations et d'échange de connaissances professionnelles à l'échelle nationale. Une approche concertée renforcera la sécurité des patients et l'accès équitable aux soins périopératoires pour les communautés rurales.

À propos de l'auteure



Eunice K. Assem-Erhaze est infirmière en soins périopératoires à l'Hôpital régional de Yorkton, sous l'égide de la Régie de la santé de la Saskatchewan, et doctorante à l'École des sciences infirmières de l'Université du Manitoba. Ses intérêts cliniques et de recherche portent sur les soins infirmiers périopératoires, l'inclusion des personnes en situation de handicap et l'équité dans la formation et la pratique infirmière.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Financement

Aucun financement à déclarer.

Remerciements

Nicole Harder, Ph.D., et Wanda Chernomas, Ph.D.

Références

Arriaga, A. F., Bader, A. M., Wong, J. M., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., Ziewacz, J. E., Hepner, D. L., Boorman, D. J., Pozner, C. N., Smink, D. S., & Gawande, A. A. (2013). Simulation-based trial of surgical-crisis checklists. *The New England Journal of Medicine, 368*(3), 246–253. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1204720

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Canadian Institute for Health Information. (2020). *CIHI portal: Hospital standardised mortality ratio and surgical volume data*. https://www.cihi.ca/en/indicators/hospital-standardized-mortality-ratio

Cook, D. A., Brydges, R., Zendejas, B., Hamstra, S. J., & Hatala, R. (2013). Technology-enhanced simulation to assess health professionals: A systematic review of validity evidence, research methods, and reporting quality. *Academic Medicine, 88*(6), 872–883. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828ffdcf

Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. Y., & Werder, H. (2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: A focus group study. *Journal of Advanced Nursing, 65*(5), 1019–1028. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x

Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. *Medical Teacher, 27*(1), 10–28. https://doi.org/10.1080/01421590500046924

Kornelsen, J., Av-Gay, G., Parajulee, A., Humber, N., Ebert, S., Skinner, T., & Stoll, K. (2025). Rural surgical and obstetric facility-level outcomes for index procedures: A retrospective cohort study (2016–2021). *Canadian Journal of Surgery, 68*(3), E221–E234. https://doi.org/10.1503/cjs.003423

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies, 48*(7), 818–828. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005

Operating Room Nurses Association of Canada. (2025). *ORNAC guidelines for perioperative practice in Canada* (17th ed.). https://ornac.ca/standards.phtml

Parajulee, A., Stoll, K., Humber, N., Ebert, S., Williams, K., & Kornelsen, J. (2024). The motivations and experiences of specialists who provide outreach services in rural operating rooms: A survey study from British Columbia. *PloS One, 19*(3), e0298757. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298757

Riley, R., & Manias, E. (2006). Governing time in operating rooms. *Journal of Clinical Nursing, 15*(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01362.x

Statistics Canada. (2022). *Population and dwelling counts: Canada, provinces and territories* [Table 98-10-0002-01]. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=9810000101

Stoll, K., Treissman, J., Av-Gay, G., & Kornelsen, J. (2025). Examining changes in compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress and work-related quality-of-life of rural surgical and obstetrical nurses in British Columbia during the COVID-19 pandemic. *The Canadian Journal of Nursing Research, 57*(2), 314–323. https://doi-org/10.1177/08445621241305194

Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action*. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf

This is an Open Journal Systems article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License BY-NC-ND/4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), which permits downloading and sharing for personal use only. Commercial use and changing the material in any way are prohibited and the original work must be cited properly.

Beyond the checklist: Non-technical skills of the circulating nurse and their role in intraoperative patient safety

Eunice K. Assem-Erhaze

College of Nursing, University of Manitoba, Winnipeg, MB, Canada

Address correspondence to: Eunice Assem-Erhaze, **erhazee@myumanitoba.ca**

Abstract

Background: *The circulating nurse is the perioperative team's primary coordinator, patient advocate, and environmental safety manager during intraoperative care. However, the cognitive and social skills, collectively termed non-technical skills, that underpin safe circulating nursing practice have received substantially less scholarly and professional attention.*

Purpose: *This critical discussion paper examines the non-technical skills specific to the circulating nurse role, critically appraises the current evidence base, and advances implications for perioperative nursing education, practice, and quality improvement in Canadian operating rooms.*

Discussion: *Eight non-technical skills, namely communication, teamwork, situational awareness, leadership, task management, decision-making, escalation, and coping with stress and fatigue, have been identified across the available empirical literature. A recent scoping review confirmed these skills, but found the evidence base geographically narrow, dominated by studies from Europe and Asia, and the direct link to patient safety outcomes under-demonstrated. This paper argues that these skills are not supplementary to the circulating nurse's role but integral to it, and that limited explicit attention to these skills in education and assessment may represent a missed opportunity to strengthen perioperative patient safety.*

Conclusion: *Canadian perioperative nurses, managers, and educators should give greater explicit attention to teaching, assessing, and supporting the non-technical skills of circulating nurses. ORNAC's guidelines and perioperative nursing education programs provide the platform for this shift, and greater attention to these skills is warranted within Canadian perioperative education, practice, and research.*

Keywords: circulating nurse, non-technical skills, perioperative nursing, situational awareness, operating room safety, patient safety, nursing education

Suggested citation: Assem-Erhaze, E. (2026). Beyond the checklist: Non-technical skills of the circulating nurse and their role in intraoperative patient safety. *ORNAC Journal – The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada, 43*(2), 34–39. https://doi.org/10.5737/ornac18234

Background

The circulating nurse works across the operating room (OR), coordinating the surgical team, managing the physical and informational environment, communicating with personnel outside the room, and monitoring the patient and team. Unlike the scrub nurse within the sterile field, this mobile "scout" or "outside" role positions the circulating nurse as a primary environmental monitor and patient advocate during intraoperative care (Redaelli, 2018).

Non-technical skills (NTS) are cognitive, social, and personal resources that complement technical proficiency in high-risk environments (Flin et al., 2008). In perioperative care, many surgical adverse events are preventable, and most are attributable to human factors rather than technical error (Sirevåg et al., 2023). Breakdowns in communication, teamwork, and other NTS have been consistently identified as major contributors to these events (Flin et al., 2008). During the past two decades, validated behavioural marker systems have been developed for surgeons, anaesthetists, and scrub practitioners: Non-technical Skills for Surgeons (NOTSS), Anaesthetists Non-Technical Skills (ANTS), and Scrub Practitioners' List of Intraoperative and Non-Technical Skills (SPLINTS). The circulating nurse has, until recently, been conspicuously absent from this scholarship.

A recent scoping review focused on the NTS of circulating nurses and identified eight skills from 12 studies across six countries: communication, teamwork, situational awareness, leadership, task management, decision-making, escalation, and coping with stress and fatigue (Maguire et al., 2025). The review confirmed that circulating nurse NTS are

increasingly well characterized, but found that the direct link between these skills and patient safety outcomes remains empirically under-demonstrated. Escalation is treated as both a behavioural component of communication and, as Sirevåg et al. (2024) argue, a discrete skill domain warranting separate recognition. This paper treats escalation as functionally distinct from communication while acknowledging their overlap.

In parallel, Sirevåg et al. (2024) developed the Non-Technical Skills for Operating Room Nurses (NOTSORN) behavioural marker system, validated through a two-round Delphi process involving 25 Norwegian and international OR nursing educators, researchers, and stakeholders. The NOTSORN tool is notable for including professionalism and ethics as a discrete NTS domain, one absent from conventional crew resource management frameworks and previously unrecognized in OR nursing research. It also explicitly recognizes escalation and assertiveness as behaviours requiring direct teaching and assessment (Sirevåg et al., 2023).

Despite this growing evidence base, Canadian perioperative nursing education and practice have been slow to integrate NTS frameworks specific to the circulating role. The *Operating Room Nurses Association of Canada's (ORNAC's) Guidelines* (2025) address team communication through surgical safety checklists and interprofessional collaboration, but do not identify distinct circulating nurse NTS categories, reference behavioural marker systems, or guide systematic NTS education for the circulating role. This gap has implications for perioperative education and practice. In Canadian operating rooms, including rural and low-volume settings where one nurse may hold multiple perioperative responsibilities, circulating nurses rely on having NTS as an important component of safe and coordinated intraoperative care, particularly as technical complexity, environmental pressures, and volume constraints converge. This critical discussion examines the current evidence concerning non-technical skills of circulating nurses, considers how these skills contribute to the circulating nurse's intraoperative role, identifies limitations in the existing evidence base, and proposes implications for Canadian perioperative education, practice, and research.

Discussion

The Non-Technical Skills of the Circulating Nurse: What the Evidence Shows

Empirical literature on circulating nurse NTS has developed in three phases. Early team-level observational instruments assessed circulating nurse NTS only as sub-elements of broader tools, such as the Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS). Redaelli's (2018) ethnographic study then characterized five circulating nurse NTS: leadership, situational awareness, task management, communication, and teamwork. A more recent interview, observational, Delphi, and synthesis work (Kalantari et al., 2022, 2023; Sirevåg et al., 2023, 2024; Maguire et al., 2025) has consolidated eight NTS across multiple designs and settings. A critical limitation identified by Maguire et al. (2025) is that four of the 12 studies came from one Iranian research group, raising questions about data independence and cultural generalizability. The evidence base is also geographically narrow, spanning Norway, Iran, Iceland, Italy, and Sweden, with no published North American empirical work. Because surgical team communication, hierarchy, and nurse assertiveness vary across health systems, findings from Norwegian or Iranian ORs cannot be assumed to apply directly to Canada. Canadian perioperative nurses, educators, and ORNAC, therefore, lack locally validated evidence reflecting their clinical context.

The available literature nonetheless portrays an exceptionally complex cognitive and social role. The circulating nurse must sustain a shared mental model while managing the physical environment, supplies, communication across sterile and non-sterile zones, documentation, and escalation. Bayramzadeh et al. (2018) demonstrated this complexity in 25 surgical procedures: the circulating nurse was the most ambulatory team member and experienced more coordination disruptions and interruptions than other team members. These activities are central to safe and coordinated intraoperative care and rely substantially on NTS.

Situational Awareness: The Enabling Non-Technical Skills

Of all eight identified NTS, situational awareness (SA) warrants particular clinical attention because it may be considered an enabling condition for many of the other NTS. Endsley's (1995) three-level model of SA maps precisely onto the cognitive work of circulating nurses during intraoperative procedures: Level 1 involves perceiving environmental cues; Level 2 involves comprehending their meaning in context; Level 3 involves projecting future states. A circulating nurse who perceives that the surgical field is becoming increasingly complex (Level 1), comprehends that this signals an elevated risk of hemorrhage (Level 2), and projects that a blood product request is likely (Level 3), can pre-emptively alert the blood bank, notify the anaesthetic team, and position the room environment for rapid response before the emergency is declared. This anticipatory competence is precisely what the Sirevåg et al. (2023) expert panel described as the capacity to anticipate and stay ahead of the evolving operative situation and what Redaelli (2018) characterized as system thinking: a holistic awareness of the interactive activity streams within the OR that allows experienced circulating nurses to dynamically sequence and deprioritize tasks without losing the thread of the overall operative picture.

The threat to SA in the modern OR is well-documented. Cohen and Boquet (2021) analyzed flow-disruption events observed across cardiac surgery procedures and found that interruptions

were the most prevalent type of disruption, followed by coordination failures and communication breakdowns. As the most ambulatory team member and primary conduit for information from outside the sterile field, the circulating nurse bears disproportionate exposure to these disruptions. Research on SA in high-acuity nursing contexts demonstrates that interruption burden degrades engagement with primary tasks, elevates cognitive load, and impairs detection of early warning cues (Sitterding et al., 2012). In the circulating role, where sustained environmental surveillance is the primary safety function, these effects may have implications for patient safety.

This evidence has concrete implications for Canadian perioperative nursing practice. Operating rooms that implement structured no-interruption periods during critical phases, such as patient positioning, induction, instrument counts, and wound closure, may help protect the circulating nurse's SA by reducing the exogenous cognitive load imposed at highest-risk moments. ORNAC-endorsed use of the World Health Organization (WHO) Surgical Safety Checklist, when the circulating nurse actively leads rather than passively records the timeout, can be viewed as a structured SA synchronization exercise that requires the team to explicitly share and verify their mental models at three designated junctures. The effectiveness of both interventions, however, depends on circulating nurses possessing the SA-specific skills to use them optimally. These skills may often be acquired implicitly through clinical experience rather than through explicit NTS education.

The Role of Communication and Escalation in Intraoperative Safety

Communication is consistently the non-technical skill most frequently identified in nursing literature, appearing in all 12 studies included in the Maguire et al. (2025) synthesis. Escalation, understood as the capacity and willingness to raise a safety concern to a team member in a position of authority, is treated in the NTS literature as both a behavioural component of communication and, in the NOTSORN framework developed by Sirevåg et al. (2024), as a discrete domain within professionalism and ethics. This paper treats escalation as a functionally distinct skill in the context of the circulating nurse, while acknowledging that its behavioural expression is inseparable from the quality of the team's broader communication culture. Communication failures carry well-characterized consequences: Halverson et al. (2011) conducted a direct observational study of intraoperative communication across multiple surgical procedures and found that communication failures were common, with failures to discuss equipment status and procedure progress resulting in documented delays, inefficiencies, and workarounds.

The circulating nurse's position as a communication hub, receiving and filtering information from the laboratory, radiology, and family, then translating it into actionable intelligence and distributing it to team members across the sterile field divide, is not a passive relay function. It demands active interpretation, prioritization under time pressure, and precise timing judgment about when to interrupt and when to wait. Closed-loop communication, in which the sender explicitly confirms that the receiver has understood and acknowledged a message, is a core behavioural marker in every major perioperative NTS system. For the circulating nurse, its significance extends beyond team coordination: closed-loop communication supports surgical count integrity, medication safety, and specimen-handling accuracy. A failure to confirm that a sponge count discrepancy has been heard and acted upon, or that a medication label has been read back correctly, creates conditions for retained surgical items and medication errors, harm categories with direct nursing accountability.

Escalation sits at the intersection of communication, leadership, and the professionalism and ethics domain that Sirevåg et al. (2023) identified as not captured by the conventional crisis resource management (CRM) framework. The circulating nurse's environmental surveillance role means they are frequently the first team member to recognize that the operative situation is deviating from expected parameters. Whether that recognition becomes a timely and effective challenge to the surgeon or anesthetist depends on the nurse's assertiveness, the psychological safety of the team, and the cultural norms governing interprofessional communication in that particular OR. Sirevåg et al.'s (2021) Delphi work found that experienced OR nurses identified speaking up as a critical, frequently exercised skill. However, one thing they struggled to verbalize, tacit knowledge, was transmitted through professional socialization rather than explicit education. This is characteristic of tacit knowledge: knowledge demonstrated in practice but difficult to fully articulate or teach through conventional instruction.

For less-experienced circulating nurses, limited accumulated experience combined with hierarchical barriers to assertiveness may make speaking up and escalation particularly challenging during critical situations. In this context, hierarchical team norms may impede the circulating nurse's ability to fulfil this protective function. The *ORNAC Guidelines* (2025), which articulate an explicit commitment to collaborative and respectful perioperative teamwork, provide the professional mandate for addressing this cultural barrier; translating that mandate into team environments where nurses can speak up and escalate safely is the implementation challenge that requires active organizational effort, not simply individual courage.

Task Management, Workload, and the Limits of Simultaneity

The circulating nurse's workload differs from that of any other OR team member. Surgeons and scrub nurses perform intensive, largely sequential tasks within the confined domain of the sterile field. The circulating nurse manages documentation,

supply logistics, instrument counts, team communication, environmental safety, OR access and traffic control, and response to requests from multiple team members, often while physically traversing an environment whose layout may actively impede efficient movement (Bayramzadeh et al., 2018). Task management as a non-technical skill in this context is not merely the ability to complete multiple tasks; it is the capacity to dynamically reprioritize a heterogeneous workload in real time as clinical needs shift, without losing track of time-critical obligations.

The cognitive demands of this role are compounded when unfamiliar surgical procedures, complex patients, or understaffed teams increase the volume and urgency of concurrent demands. Research using observational work-sampling methods confirms circulating nurses are engaged in simultaneous tasks for significant proportions of each procedure, and that the frequency of multi-tasking increases with surgical complexity (Bayramzadeh et al., 2018; Neyens et al., 2019). The point at which multi-tasking transitions from effective workload management to cognitive overload, degrading the quality of SA, communication, and decision-making, is not defined in the current NTS literature. This represents a critical research and clinical governance question for Canadian perioperative nursing.

Coping with fatigue is explicitly included as a non-technical skill in both the Maguire et al. (2025) synthesis and the NOTSORN tool (Sirevåg et al., 2024), recognizing that the circulating nurse's error-interception function depends on sustained attentional capacity that degrades predictably under fatigue. Extended shift durations and high-acuity caseloads create fatigue conditions relevant to circulating nurse NTS performance. Stoll et al. (2025) documented significant increases in burnout and secondary traumatic stress among rural surgical nurses in British Columbia over a 2-year pandemic period, with implications extending beyond individual well-being to the NTS on which patient safety depends. Across these domains, the available evidence links circulating-nurse NTS with safety-relevant processes, including communication, interruption management, surgical counts, specimen handling, SA, and escalation. However, much of this evidence is observational and process-oriented. It therefore supports a plausible contribution of NTS to intraoperative patient safety rather than demonstrating direct causal effects on patient outcomes. This distinction is important when translating the emerging evidence into recommendations for Canadian perioperative education and practice.

Gaps in the Evidence Base and Implications for Canadian Practice

Three evidence gaps require honest acknowledgement before implications for Canadian practice can be drawn responsibly. First, as noted, all available empirical studies originate from Europe and Asia; the generalizability of findings to Canadian contexts is undemonstrated. Second, the causal link between specific circulating nurse NTS and patient safety outcomes has not been established at the level required for evidence-based clinical guidance. Maguire et al. (2025) explicitly identified this as the primary gap: NTS have been identified, taxonomized, and assessed, but the outcome studies needed to determine which skills confer the greatest patient safety benefit, and at what level of proficiency, have not been conducted. Third, no validated, Canadian-adapted NTS assessment tool exists for the circulating nurse role. The NOTSORN tool is content-validated and bilingual (Norwegian and English), representing the most developed available instrument. However, its psychometric testing with Canadian OR nursing populations and its cultural adaptation to Canadian health system contexts remain priorities for future research (Sirevåg et al., 2024).

The NOTSORN tool should also be considered one potential approach to NTS development and assessment rather than the only framework available to perioperative nursing. Behavioural marker systems can make NTS more visible for teaching, observation, and feedback, but they may not fully capture the relational, contextual, and adaptive dimensions of nursing judgment in the operating room. Non-technical skills should, therefore, be understood within the wider interprofessional and organizational system in which circulating nurses practice, rather than solely as attributes of individual nurses.

Despite these gaps, available evidence suggests several implications for Canadian perioperative nursing education and practice. Perioperative nursing specialty programs, including ORNAC-approved programs, should explicitly name and teach the NTS of the circulating role rather than relying on tacit transmission through clinical exposure. The NOTSORN tool, adapted as needed for Canadian contexts, provides a structured vocabulary through which preceptors and students can assess and deliberately develop NTS alongside technical skills. Simulation offers a particularly promising pedagogical approach because it provides structured opportunities for circulating nurses to practise managing competing task demands, escalation under hierarchical pressure, SA during interruptions, and leadership of the surgical safety checklist. Evidence from simulation research identifies debriefing as an important component of NTS learning (Fanning & Gaba, 2007; Garden et al., 2015). Debriefs that explicitly address circulating-nurse NTS may therefore help make these skills visible for reflection, feedback, and deliberate development. In clinical education, NTS could also be incorporated into orientation objectives, preceptor observation, structured formative feedback, and reflective debriefing, with behavioural markers used to support, rather than replace, contextual professional judgment.

At the systems level, ORNAC has two potential opportunities. One important next step is to support a Canadian validation study of the NOTSORN tool in Canadian perioperative nursing populations. ORNAC does not currently operate a dedicated research grants program; however, its Perioperative Nurse Educators Committee holds an explicit mandate to support evidence-based perioperative nursing research, its national conference provides a platform for dissemination, and its network of educators and clinicians across Canadian OR settings constitutes a recruitment infrastructure that academic researchers cannot easily replicate. ORNAC's contribution could include facilitating connections with perioperative nursing networks, supporting dissemination, and identifying the need for Canadian validation. Such research could help address the geographic gap in the evidence base and determine whether the NOTSORN framework requires cultural or contextual adaptation before broader use in Canadian perioperative settings.

A second step could see ORNAC also using its guidelines, educational activities, and professional forums to draw attention to systems-level threats to NTS performance, including interruption-heavy OR environments, workload and staffing pressures, and team cultures that may inhibit nurse escalation. These are not solely individual competence issues amenable to education; they are organizational conditions that also require local health-system responses. Framing these conditions as potential threats to NTS performance could support dialogue among perioperative nurses, educators, leaders, and healthcare organizations.

Conclusion

The circulating nurse is an important contributor to intraoperative patient safety, and the eight non-technical skills identified in the literature are integral components of clinical competence. Although direct causal relationships between specific circulating-nurse NTS and patient outcomes remain unestablished, failing to recognize and develop these skills may be a missed opportunity to strengthen perioperative patient safety. An emerging evidence base supports greater recognition and further investigation of circulating-nurse NTS, including research examining how these skills are best taught, assessed, and supported and how they relate to patient safety outcomes.

About the Author



Eunice K. Assem-Erhaze, RN, BSN, PhD (c), FFNMRCSI, MN, MEd, CPN(C), CCSNE, CCNE, CCCI, is a perioperative nurse at Yorkton Regional Hospital with the Saskatchewan Health Authority and a PhD student in the College of Nursing at the University of Manitoba. Her clinical and scholarly interests centre on perioperative nursing, disability inclusion, and equity in nursing education and practice.

Conflict of Interest Statement

The author declares no financial, personal, or academic conflicts of interest that could have influenced the development or presentation of this manuscript.

Funding Statement

No specific funding was received for this component of the work.

Data Availability Statement

No primary data were generated or analyzed in this study. All materials supporting the findings are available within the article and its referenced sources.

Ethics Statement

This paper is a critical discussion of publicly available literature and does not involve human participants, personal data, or identifiable information. Accordingly, institutional research ethics board approval was not required under relevant institutional and national guidelines.

AI Use Disclosure

Grammarly, an AI-assisted grammar and style checking tool, was used during the preparation of this manuscript to review grammar, punctuation, and surface-level clarity. All intellectual content, including the theoretical argument, conceptual framing, interpretation of sources, and scholarly conclusions, was developed solely by the author. Grammarly was not used to generate, draft, or substantively revise any portion of the manuscript.

Acknowledgements

I'd like to acknowledge Dr. Nicole Harder and Dr. Wanda Chernomas of the College of Nursing, University of Manitoba.

References

Bayramzadeh, S., Joseph, A., San, D., Khoshkenar, A., Taaffe, K., Jafarifiroozabadi, R., Neyens, D. M., & RIPCHD.OR Study Group. (2018). The impact of operating room layout on circulating nurse's work patterns and flow disruptions: A behavioral mapping study. *HERD: Health Environments Research and Design Journal*, *11*(3), 124–138. https://doi.org/10.1177/1937586717751124

Cohen, T. N., & Boquet, A. J. (2021). The effects of flow disruptions on RN circulators. *AORN Journal*, *113*(4), 351–358. https://doi.org/10.1002/aorn.13344

Endsley, M. R. (1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human Factors, 37*(1), 32–64. https://doi.org/10.1518/001872095779049543

Fanning, R. M., & Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, *2*(2), 115–125. https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180315539

Flin, R., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills*. Ashgate Publishing Company.

Garden, A. L., Le Fevre, D. M., Waddington, H. L., & Weller, J. M. (2015). Debriefing after simulation-based non-technical skill training in healthcare: A systematic review of effective practice. *Anaesthesia and Intensive Care*, *43*(3), 300–308. https://doi.org/10.1177/0310057X1504300303

Halverson, A. L., Casey, J. T., Andersson, J., Anderson, K., Park, C., Rademaker, A. W., & Moorman, D. (2011). Communication failure in the operating room. *Surgery*, *149*(3), 305–310. https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.07.051

Kalantari, R., Zamanian, Z., Hasanshahi, M., Faghihi, S. A. A., Niakan, M. H., Jamali, J., & Gheysari, S. (2022). An interview study to identify circulating nurses' nontechnical skills. *Surgical Practice*, *26*(3), 171–180. https://doi.org/10.1111/1744-1633.12540

Kalantari, R., Zamanian, Z., Hasanshahi, M., Jamali, J., Faghihi, A., Niakan, M. H., & Gheysari, S. (2023). An observational study to assess circulating nurses' non-technical skills. *Journal of Perioperative Practice*, *33*(10), 296–301. https://doi.org/10.1177/17504589221117673

Maguire, M., Kourouche, S., & Jackson, D. (2025). Identifying non-technical skills of circulating nurses and their impact on patient safety: A scoping review. *Contemporary Nurse*, 1–18. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/10376178.2025.2570411

Neyens, D. M., Bayramzadeh, S., Catchpole, K., Joseph, A., Taaffe, K., Jurewicz, K., Khoshkenar, A., San, D., & RIPCHD.OR Study Group (2019). Using a systems approach to evaluate a circulating nurse's work patterns and workflow disruptions. *Applied Ergonomics*, *78*, 293–300. https://doi.org/10.1016/j.apergo.2018.03.017

Operating Room Nurses Association of Canada. (2025). *ORNAC guidelines for perioperative practice in Canada* (17th ed.). CSA Group.

Redaelli, I. (2018). Nontechnical skills of the operating theatre circulating nurse: An ethnographic study. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(12), 2851–2859. https://doi.org/10.1111/jan.13800

Sirevåg, I., Tjoflåt, I., & Hansen, B. S. (2021). A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(12), 4935–4949. https://doi.org/10.1111/jan.15064

Sirevåg, I., Tjoflåt, I., & Hansen, B. S. (2023). Expanding the non-technical skills vocabulary of operating room nurses: A qualitative study. *BMC Nursing*, *22*(1), 323. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01500-9

Sirevåg, I., Hansen, B. S., Tjoflåt, I., & Gillespie, B. M. (2024). Bi-lingual content validation of the Non-Technical Skills for Operating Room Nurses (NOTSORN) tool: A Delphi study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, *7*, 100218. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100218

Sitterding, M. C., Broome, M. E., Everett, L. Q., & Ebright, P. (2012). Understanding situation awareness in nursing work: A hybrid concept analysis. *ANS. Advances in Nursing Science*, *35*(1), 77–92. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182450158

Stoll, K., Treissman, J., Av-Gay, G., & Kornelsen, J. (2025). Examining changes in compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress and work-related quality-of-life of rural surgical and obstetrical nurses in British Columbia during the COVID-19 pandemic. *The Canadian Journal of Nursing Research*, *57*(2), 314–323. https://doi.org/10.1177/08445621241305194

RMAC Surgica
Keeping Safety in Check

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



MADE IN CANADA

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 avaiable upon request. Ask about our line of surgical skin markers
Toll Free: 1 888 299 2661 www.PharmaTags.com

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. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

Au-delà de la liste de contrôle : les compétences non techniques de l'infirmière en service externe et leur rôle dans la sécurité des patients en période peropératoire

Eunice K. Assem-Erhaze

École de sciences infirmières, Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada

Auteure-ressource : Eunice Assem-Erhaze, **erhazee@myumanitoba.ca**

Résumé

Contexte : *L'infirmière en service externe est la coordonnatrice principale de l'équipe périopératoire, la défenseure des droits des patients, et la responsable de la sécurité environnementale en période peropératoire. Cependant, les compétences cognitives et sociales, collectivement appelées compétences non techniques, qui sont à la base d'une pratique sécuritaire des soins infirmiers en service externe, ont fait l'objet de beaucoup moins d'attention de la part des milieux scientifiques et professionnels.*

Objectif : *Cet article de discussion critique examine les compétences non techniques spécifiques au rôle de l'infirmière en service externe, évalue de manière critique les données probantes actuelles et met en évidence les implications pour la formation en soins infirmiers périopératoires, la pratique et l'amélioration de la qualité dans les blocs opératoires canadiens.*

Discussion : *Huit compétences non techniques, à savoir la communication, le travail d'équipe, la conscience situationnelle, le leadership, la gestion des tâches, la prise de décision, l'escalade et la gestion du stress et de la fatigue, ont été identifiées dans l'ensemble de la littérature empirique disponible. Une récente revue de la portée a confirmé ces compétences, mais a révélé que les données probantes étaient géographiquement limitées, dominées par des études menées en Europe et en Asie, et que le lien direct avec les résultats en matière de sécurité des patients demeurait insuffisamment démontré. Le présent article soutient que ces compétences ne sont pas complémentaires au rôle de l'infirmière en service externe, mais qu'elles en font partie intégrante, et que le fait de leur accorder une attention explicite limitée dans la formation et l'évaluation pourrait constituer une occasion manquée de renforcer la sécurité périopératoire des patients.*

Conclusion : *Au Canada, les infirmières périopératoires, les gestionnaires et les enseignants devraient accorder une plus grande attention explicite à l'enseignement, à l'évaluation et au soutien des compétences non techniques des infirmières en service externe. Les lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC) et les programmes de formation en soins infirmiers périopératoires constituent le cadre nécessaire à cette évolution, et une plus grande attention accordée à ces compétences est justifiée dans les domaines de la formation, de la pratique et de la recherche en soins infirmiers périopératoires au Canada.*

Mots-clés : infirmière en service externe, compétences non techniques, soins infirmiers périopératoires, conscience situationnelle, sécurité en bloc opératoire, sécurité du patient, formation en soins infirmiers.

Manière suggérée de citer l'article : Assem-Erhaze, E. (2026). Au-delà de la liste de contrôle : les compétences non techniques de l'infirmière en service externe et leur rôle dans la sécurité des patients en période peropératoire. *Revue de l'AIISOC, 43*(2), 40–46. https://doi.org/10.5737/ornac18240

Contexte

L'infirmière en service externe travaille dans l'ensemble du bloc opératoire (BO), où elle coordonne l'équipe chirurgicale, gère l'environnement physique et informationnel, communique avec le personnel à l'extérieur de la salle et assure la surveillance du patient et de l'équipe. Contrairement à l'infirmière en service interne, qui travaille dans le champ stérile, ce rôle mobile de « scout », ou « externe », fait de l'infirmière en service externe une responsable principale de la surveillance de l'environnement et une défenseure des intérêts des patients pendant les soins peropératoires (Redaelli, 2018).

Les compétences non techniques (CNT) sont des ressources cognitives, sociales et personnelles qui viennent compléter

les compétences techniques dans les environnements à haut risque (Flin et al., 2008). De nombreux effets indésirables chirurgicaux survenant en contexte de soins périopératoires pourraient être évités, et la plupart sont attribuables à des facteurs humains plutôt qu'à des erreurs techniques (Sirevåg et al., 2023). Des ruptures dans la communication, le travail d'équipe et les autres CNT ont été identifiés de façon systématique comme comme des facteurs majeurs contribuant à ces événements (Flin et al., 2008). Durant les deux dernières décennies, des systèmes validés de marqueurs comportementaux ont été mis au point pour les chirurgiens, les anesthésistes et les infirmières en service interne : compétences non techniques pour les chirurgiens (NOTSS; de l'anglais Non-Technical Skills for Surgeons), compétences non techniques des anesthésistes (ANTS; de l'anglais Anaesthetists' Non-Technical Skills) et liste des compétences peropératoires et non techniques pour les praticiens en service interne (SPLINTS; de l'anglais Scrub Practitioners' List of Intraoperative and Non-Technical Skills). Jusqu'à récemment, l'infirmière en service externe était remarquablement absente de ces travaux de recherche.

Une récente revue de la portée sur les CNT des infirmières en service externe a identifié huit compétences tirées de 12 études menées dans six pays : la communication, le travail d'équipe, la conscience situationnelle, le leadership, la gestion des tâches, la prise de décision, l'escalade et la gestion du stress et de la fatigue (Maguire et al., 2025). La revue a confirmé que les CNT de l'infirmière en service externe sont de mieux en mieux caractérisées; toutefois le lien direct entre ces compétences et les résultats en matière de sécurité des patients demeure insuffisamment démontré sur le plan empirique. L'escalade est considérée à la fois comme une composante comportementale de la communication et, selon Sirevåg et collaborateurs (2024), comme un domaine de compétence distinct, nécessitant une reconnaissance à part entière. Cet article reconnaît l'escalade comme une compétence fonctionnellement distincte de la communication, tout en tenant compte de leur chevauchement.

En parallèle, Sirevåg et collaborateurs (2024) ont mis au point le système de marqueurs comportementaux des compétences non techniques des infirmières de bloc opératoire (NOTSORN), validé par un processus Delphi en deux rondes auquel ont participé 25 enseignants en soins infirmiers du BO, chercheurs et parties prenantes norvégiens et internationaux. L'outil NOTSORN est connu pour inclure le professionnalisme et l'éthique comme un domaine distinct des CNT, que l'on ne retrouve pas dans les cadres conventionnels de gestion des ressources en équipes et qui n'avait encore jamais été reconnu dans la recherche en soins infirmiers au BO. Cet outil reconnaît explicitement l'escalade et l'affirmation de soi comme des comportements nécessitant un enseignement et une évaluation directs (Sirevåg et al., 2023).

Malgré cette accumulation de données probantes, la formation et la pratique en soins infirmiers périopératoires au Canada ont tardé à intégrer des cadres de CNT propres au rôle de l'infirmière en service externe. Les Lignes directrices de 2025 de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) abordent la communication au sein de l'équipe en utilisant des listes de contrôle sur la sécurité chirurgicale et la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, elles ne définissent pas des catégories distinctes de CNT propres à l'infirmière en service externe, ne font pas référence aux systèmes de marqueurs comportementaux, et n'encadrent pas la formation systématique aux CNT pour le rôle en service externe. Cette lacune a des répercussions sur la formation et la pratique périopératoires. Dans les blocs opératoires du pays, y compris en milieu rural et dans les établissements à faible volume d'activité où une même infirmière peut assumer plusieurs responsabilités périopératoires, les infirmières en service externe comptent sur les CNT comme composante importante de soins peropératoires sécuritaires et coordonnés, particulièrement à mesure que la complexité technique, les pressions environnementales et les contraintes de volume convergent. Cette discussion critique examine les données probantes actuelles concernant les compétences non techniques des infirmières en service externe, examine comment ces compétences contribuent à son rôle peropératoire, identifie les limites des données probantes existantes et propose des implications pour la formation, la pratique et la recherche périopératoires au Canada.

Discussion

Les compétences non techniques de l'infirmière en service externe : ce que montrent les données probantes

La littérature empirique sur les CNT de l'infirmière en service externe s'est développée en trois phases. Les premiers outils d'observation à l'échelle de l'équipe évaluaient les CNT de l'infirmière en service externe uniquement comme des sous-éléments d'outils plus généraux, tels que l'Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS). L'étude ethnographique de Redaelli (2018) a ensuite caractérisé cinq CNT de l'infirmière en service externe : le leadership, la conscience situationnelle, la gestion des tâches, la communication et le travail d'équipe. Des travaux plus récents fondés sur des entrevues, des études observationnelles, la méthode Delphi et des travaux de synthèse (Kalantari et al., 2022, 2023; Sirevåg et al., 2023, 2024; Maguire et al., 2025) ont permis de réunir huit CNT à partir de différents devis et contextes. Maguire et collaborateurs (2025) soulignent une limite importante : quatre des 12 études provenaient d'un même groupe de recherche iranien. Cela soulève des questions quant à l'indépendance des données et à leur généralisabilité sur le plan culturel. La base de données probantes est également limitée sur le plan géographique : elle couvre la Norvège, l'Iran, l'Islande, l'Italie et la

Suède, sans aucune étude empirique nord-américaine publiée. Comme la communication au sein de l'équipe chirurgicale, la hiérarchie et l'affirmation de soi des infirmières varient selon les systèmes de santé, on ne peut pas supposer que les résultats obtenus dans les BO norvégiens ou iraniens s'appliquent directement au Canada. Les infirmières périopératoires, les enseignantes et l'AIISOC au Canada ne disposent donc pas de données probantes validées localement qui reflètent leur contexte clinique.

La littérature disponible décrit néanmoins un rôle cognitif et social d'une complexité exceptionnelle. L'infirmière en service externe doit maintenir un modèle mental partagé tout en gérant l'environnement physique, les fournitures, la communication entre les zones stériles et non stériles, la documentation et l'escalade. Bayramzadeh et collaborateurs (2018) ont démontré cette complexité dans 25 interventions chirurgicales : l'infirmière en service externe était la membre de l'équipe la plus mobile et subissait davantage de perturbations de la coordination et d'interruptions que les autres membres de l'équipe. Ces activités sont essentielles à la prestation de soins peropératoires sécuritaires et coordonnés et reposent en grande partie sur les CNT.

Conscience situationnelle : les compétences non techniques qui la sous-tendent

Parmi les huit CNT identifiées, la conscience situationnelle (CS) mérite une attention clinique particulière, car elle peut être considérée comme une condition facilitante pour bon nombre des autres CNT. Le modèle de la CS en trois niveaux d'Endsley (1995) correspond exactement au travail cognitif des infirmières en service externe pendant les interventions peropératoires. Le niveau 1 consiste à percevoir les indices environnementaux, le niveau 2, à en comprendre la signification dans leur contexte, et le niveau 3 à anticiper les états futurs. Une infirmière en service externe qui perçoit que le champ opératoire devient de plus en plus complexe (niveau 1), comprend que cela signale un risque accru d'hémorragie (niveau 2) et anticipe qu'une demande de produits sanguins est probable (niveau 3) peut, de manière préventive, alerter la banque de sang, aviser l'équipe d'anesthésie et préparer l'environnement de la salle en vue d'une intervention rapide avant que l'urgence ne soit déclarée. Cette compétence d'anticipation correspond précisément à ce que le groupe d'experts de Sirevåg et collaborateurs (2023) a décrit comme la capacité à anticiper l'évolution de la situation opératoire et à garder une longueur d'avance sur celle-ci, et à ce que Redaelli (2018) a caractérisé comme une pensée systémique : une conscience globale des flux d'activités interactifs au sein du BO, qui permet aux infirmières en service externe expérimentées d'organiser dynamiquement les tâches selon leur ordre de priorité et d'en modifier les priorités sans perdre de vue la situation opératoire dans son ensemble.

La menace qui pèse sur la conscience situationnelle dans le BO moderne est bien documentée. Cohen et Boquet (2021) ont analysé les événements perturbant le déroulement des interventions au cours d'interventions de chirurgie cardiaque et ont constaté que les interruptions constituaient le type de perturbation le plus fréquent, suivies des défaillances de la coordination et des ruptures de communication. En tant que membre de l'équipe la plus mobile et principal relais de l'information provenant de l'extérieur du champ stérile, l'infirmière en service externe est exposée de façon disproportionnée à ces perturbations. Les recherches sur la CS dans des contextes de soins infirmiers à haute acuité montrent que la charge liée aux interruptions réduit l'engagement envers les tâches principales, augmente la charge cognitive et nuit à la détection des premiers signaux d'alerte (Sitterding et al., 2012). Dans le cadre du rôle en service externe, où la surveillance continue de l'environnement constitue la principale fonction de sécurité, ces effets pourraient avoir des répercussions sur la sécurité des patients.

Ces données probantes ont des répercussions concrètes sur les soins infirmiers périopératoires au Canada. Les blocs opératoires qui mettent en place des périodes structurées sans interruption pendant les phases critiques, telles que le positionnement du patient, l'induction, le décompte des instruments et la fermeture de la plaie, peuvent contribuer à protéger la CS de l'infirmière en service externe en réduisant la charge cognitive exogène imposée aux moments où les risques sont les plus élevés. L'utilisation de la Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), préconisée par l'AIISOC, lorsque l'infirmière en service externe dirige activement le temps d'arrêt plutôt que de se contenter de le consigner, peut être considérée comme un exercice structuré de synchronisation de la CS, qui exige de l'équipe qu'elle partage et vérifie explicitement ses modèles mentaux à trois moments désignés. Toutefois, l'efficacité de ces deux interventions dépend de la capacité des infirmières en service externe à posséder les compétences propres à la CS nécessaire pour les utiliser de manière optimale. Ces compétences peuvent souvent être acquises implicitement par l'expérience clinique plutôt que dans le cadre d'une formation explicite aux CNT.

Le rôle de la communication et de l'escalade dans la sécurité peropératoire

La communication est systématiquement la CNT la plus fréquemment relevée dans la littérature sur les soins infirmiers, puisqu'elle est présente dans les 12 études incluses dans la synthèse de Maguire et collaborateurs (2025). L'escalade, entendue comme la capacité et la volonté de signaler une préoccupation en matière de sécurité à un membre de l'équipe qui occupe une position d'autorité, est considérée dans la littérature sur les CNT à la fois comme une composante comportementale de la communication et, dans le cadre NOTSORN élaboré

par Sirevåg et collaborateurs (2024), comme un domaine distinct relevant du professionnalisme et de l'éthique. Le présent article considère l'escalade comme une compétence fonctionnellement distincte dans le contexte de l'infirmière en service externe, tout en reconnaissant que sa manifestation comportementale est indissociable de la qualité de la culture de communication globale de l'équipe. Les défaillances de communication ont des conséquences bien documentées : Halverson et collaborateurs (2011) ont réalisé une étude observationnelle directe de la communication peropératoire au cours de plusieurs interventions chirurgicales et ont constaté que les défaillances de communication étaient fréquentes et s'accompagnaient d'une absence de discussion sur l'état du matériel et l'avancement de l'intervention, ce qui entraînait des retards documentés, des inefficacités et le recours à des solutions alternatives.

L'infirmière en service externe est la pierre angulaire de la communication. Elle reçoit et filtre l'information provenant du laboratoire, de la radiologie et de la famille, puis la convertit en renseignements pertinents et la transmet aux membres de l'équipe de part et d'autre du champ stérile. Il ne s'agit pas d'une simple fonction passive de relais. Cela exige plutôt une interprétation active de l'information, l'établissement des priorités sous contrainte de temps et une évaluation minutieuse du temps où il faut interrompre et celui où il faut attendre. La communication en boucle fermée, dans laquelle l'émetteur confirme explicitement que le destinataire a compris et reconnu un message, constitue un marqueur comportemental fondamental dans tous les principaux systèmes de CNT périopératoires. Pour l'infirmière en service externe, son importance va au-delà de la coordination de l'équipe : la communication en boucle fermée contribue à l'intégrité du décompte chirurgical, à la sécurité médicamenteuse et à l'exactitude lors de la manipulation des spécimens. Ne pas confirmer qu'une divergence dans le décompte des compresses a été entendue et qu'une mesure a été prise à cet égard, ou que l'étiquette d'un médicament a été correctement relue crée des conditions favorisant la rétention d'articles chirurgicaux et les erreurs de médicament. Ces deux catégories de préjudices relèvent de la responsabilité directe des infirmières.

L'escalade se situe à l'intersection de la communication, du leadership et du domaine du professionnalisme et de l'éthique. Selon Sirevåg et collaborateurs (2023), ce dernier domaine n'est pas pris en compte dans le cadre conventionnel de la gestion des ressources en situation de crise. Le rôle de surveillance de l'environnement de l'infirmière en service externe fait en sorte qu'elle est souvent la première membre de l'équipe à reconnaître que la situation opératoire s'écarte des paramètres attendus. La question de savoir si cette reconnaissance se traduit par une intervention opportune et efficace auprès du chirurgien ou de l'anesthésiste dépend de l'affirmation de soi de l'infirmière, de la sécurité psychologique au sein de l'équipe et des normes culturelles qui régissent la communication interprofessionnelle dans ce BO particulier. Les travaux fondés sur la méthode Delphi de Sirevåg et collaborateurs (2021) ont révélé que les infirmières de BO expérimentées considéraient le fait de prendre la parole comme une compétence essentielle qu'elles exerçaient fréquemment. Cependant, une chose qu'elles avaient de la difficulté à verbaliser, à savoir les connaissances tacites, était transmise par la socialisation professionnelle plutôt que par une formation explicite. Cette caractéristique est propre aux connaissances tacites : il s'agit de connaissances démontrées dans la pratique, mais difficiles à expliciter ou à enseigner pleinement dans le cadre d'un enseignement conventionnel.

Chez les infirmières en service externe moins expérimentées, le peu d'expérience accumulée, combiné aux obstacles hiérarchiques à l'affirmation de soi, peut rendre particulièrement difficiles la prise de parole et l'escalade dans les situations critiques. Dans ce contexte, les normes hiérarchiques au sein de l'équipe peuvent entraver la capacité de l'infirmière en service externe à exercer cette fonction de protection. Les Lignes directrices de l'AIISOC de 2025, qui énoncent un engagement explicite en faveur d'un travail d'équipe périopératoire fondé sur la collaboration et le respect, fournissent le mandat professionnel nécessaire pour s'attaquer à cet obstacle culturel; la transposition de ce mandat dans des environnements d'équipe où les infirmières peuvent prendre la parole et faire appel à l'escalade en toute sécurité constitue un défi de mise en œuvre qui exige des efforts organisationnels actifs, et non pas simplement du courage individuel.

Gestion des tâches, charge de travail et limites de la simultanéité

La charge de travail de l'infirmière en service externe diffère de celle de tout autre membre de l'équipe du BO. Les chirurgiens et les infirmières en service interne exécutent des tâches intensives, principalement séquentielles, dans le domaine délimité du champ stérile. L'infirmière en service externe gère la documentation, la logistique des fournitures, le décompte des instruments, la communication au sein de l'équipe, la sécurité environnementale, l'accès au BO et la gestion de la circulation, ainsi que des demandes de plusieurs membres de l'équipe, souvent tout en se déplaçant physiquement dans un environnement dont l'aménagement peut activement entraver l'efficacité de ses déplacements (Bayramzadeh et al., 2018). Dans ce contexte, la gestion des tâches en tant que compétence non technique ne se résume pas à la capacité d'accomplir plusieurs tâches; elle consiste à pouvoir réévaluer dynamiquement l'ordre de priorité d'une charge de travail hétérogène en temps réel, à mesure que les besoins cliniques évoluent, sans perdre de vue les obligations à respecter dans les délais impartis.

Les exigences cognitives liées à ce rôle sont accrues lorsque des interventions chirurgicales inhabituelles, des patients complexes ou des équipes en sous-effectif augmentent le volume et l'urgence des demandes concomitantes. Les recherches fondées sur des méthodes d'échantillonnage du travail par observation confirment que les infirmières en service externe effectuent des tâches simultanées pendant une part importante de chaque intervention et que la fréquence du travail multitâche augmente avec la complexité chirurgicale (Bayramzadeh et al., 2018; Neyens et al., 2019). Le seuil où le travail multitâche passe d'une gestion efficace de la charge de travail à une surcharge cognitive qui dégrade la qualité de la CS, la communication et la prise de décision, n'est pas défini dans la littérature actuelle sur les CNT. Il s'agit d'une question cruciale pour la recherche et la gouvernance clinique en soins infirmiers périopératoires au Canada.

La gestion de la fatigue est explicitement incluse comme compétence non technique dans la synthèse de Maguire et collaborateurs (2025) ainsi que dans l'outil NOTSORN (Sirevåg et al., 2024), reconnaissant que la fonction d'interception des erreurs de l'infirmière en service externe repose sur une capacité attentionnelle soutenue qui se dégrade de manière prévisible sous l'effet de la fatigue. La durée prolongée des quarts de travail et les charges de travail à haute acuité créent des conditions de fatigue susceptibles d'influer sur l'exercice des CNT de l'infirmière en service externe. Stoll et collaborateurs (2025) ont documenté une augmentation significative du syndrome de l'épuisement professionnel et du stress traumatique secondaire chez les infirmières en chirurgie en milieu rural en Colombie-Britannique au cours des deux années de la pandémie. Ces phénomènes ont des répercussions qui vont au-delà du bien-être individuel et s'étendent aux CNT dont dépend la sécurité des patients. Dans l'ensemble de ces domaines, les données probantes disponibles établissent un lien entre les CNT de l'infirmière en service externe et des processus liés à la sécurité, notamment la communication, la gestion des interruptions, les décomptes chirurgicaux, la manipulation des spécimens, la CS et l'escalade. Cependant, une grande partie de ces données probantes sont de nature observationnelle et axée sur les processus. Ces données probantes soutiennent donc une contribution plausible des CNT à la sécurité des patients en contexte peropératoire, plutôt que de démontrer des effets causals directs sur les résultats pour les patients. Cette distinction est importante lorsqu'il s'agit de traduire les données probantes émergentes en recommandations pour la formation et la pratique périopératoires au Canada.

Lacunes dans les données probantes et implications pour la pratique au Canada

Trois lacunes dans les données probantes doivent être reconnues avant de pouvoir tirer des conclusions responsables quant aux implications pour la pratique au Canada. Premièrement, comme nous l'avons mentionné, toutes les études empiriques disponibles proviennent d'Europe et d'Asie; la généralisabilité des résultats aux contextes canadiens n'est pas démontrée. Deuxièmement, le lien de causalité entre les CNT propres à l'infirmière en service externe et les résultats en matière de sécurité des patients n'a pas été établi au niveau requis pour formuler des recommandations cliniques fondées sur les données probantes. Maguire et collaborateurs (2025) ont explicitement relevé cette lacune comme étant la principale : les CNT ont été identifiées, classées selon une taxonomie et évaluées. Toutefois, les études sur les résultats nécessaires pour déterminer quelles compétences procurent le plus grand bénéfice en matière de sécurité du patient et à quel niveau de maîtrise n'ont pas été réalisées. Troisièmement, les besoins d'apprentissage liés aux CNT pour le rôle de l'infirmière en service externe n'ont pas été validés ni adaptés au contexte canadien. L'outil NOTSORN est validé sur le plan du contenu et bilingue (norvégien et anglais), ce qui en fait l'instrument disponible le plus développé. Cependant, son évaluation psychométrique auprès de populations infirmières du BO au Canada et son adaptation culturelle aux contextes du système de santé canadien demeurent des priorités pour les recherches futures. (Sirevåg et al., 2024).

L'outil NOTSORN devrait également être considéré comme une approche potentielle du développement et de l'évaluation des CNT, plutôt que comme le seul cadre disponible pour les soins infirmiers périopératoires. Les systèmes de marqueurs comportementaux peuvent rendre les CNT plus visibles aux fins de l'enseignement, de l'observation et de la rétroaction, mais ils peuvent ne pas rendre pleinement compte des dimensions relationnelles, contextuelles et adaptatives du jugement infirmier au bloc opératoire. Les compétences non techniques doivent donc être considérées dans le contexte plus large du système interprofessionnel et organisationnel au sein duquel les infirmières en service externe exercent leur pratique, plutôt que comme de simples attributs individuels.

Malgré ces lacunes, les données probantes disponibles font ressortir plusieurs implications pour la formation et la pratique des soins infirmiers périopératoires au Canada. Les programmes de spécialisation en soins infirmiers périopératoires, y compris les programmes approuvés par l'AIISOC, devraient nommer et enseigner explicitement les CNT associées au rôle en service externe, plutôt que de compter sur leur transmission tacite par l'exposition clinique. L'outil NOTSORN, adapté au besoin aux contextes canadiens, fournit une terminologie structurée grâce à laquelle les superviseures de stage et les étudiantes peuvent évaluer et développer délibérément les CNT parallèlement aux compétences techniques. La simulation offre une approche pédagogique particulièrement prometteuse, car elle fournit aux infirmières en service externe des occasions structurées de s'exercer à gérer des demandes concurrentes, à faire appel à l'escalade sous pression hiérarchique, à maintenir

leur CS malgré les interruptions et à diriger la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale. Les données probantes issues de la recherche sur la simulation montrent que le débriefing constitue une composante importante de l'apprentissage des CNT (Fanning & Gaba, 2007; Garden et al., 2015). Les débriefings qui abordent explicitement les CNT de l'infirmière en service externe peuvent donc contribuer à rendre ces compétences visibles aux fins de la réflexion, de la rétroaction et de leur développement délibéré. Dans le cadre de la formation clinique, les CNT pourraient également être intégrées aux objectifs d'orientation, à l'observation dans le cadre du préceptorat, à la rétroaction structurée et au débriefing réflexif, les marqueurs comportementaux servant à appuyer le jugement professionnel contextuel, et non à le remplacer.

À l'échelle du système, l'AIISOC dispose de deux possibilités d'action. Une prochaine étape importante consisterait à soutenir une étude de validation canadienne de l'outil NOTSORN auprès de populations infirmières périopératoires au Canada. L'AIISOC ne dispose actuellement d'aucun programme de subventions de recherche qui lui soit propre; toutefois, son Comité des infirmières-enseignantes périopératoires a pour mandat explicite de soutenir la recherche en soins infirmiers périopératoires fondée sur les données probantes, son congrès national constitue une plateforme de diffusion, et son réseau d'enseignantes et de cliniciennes dans les BO du Canada constitue une infrastructure de recrutement que les chercheurs universitaires ne peuvent pas facilement reproduire. La contribution de l'AIISOC pourrait notamment consister à faciliter les liens avec les réseaux de soins infirmiers périopératoires, à soutenir la diffusion et à identifier le besoin d'une validation canadienne. De telles recherches pourraient contribuer à combler la lacune géographique dans les données probantes et à déterminer si le cadre NOTSORN nécessite une adaptation culturelle ou contextuelle avant d'être utilisé plus largement dans les milieux périopératoires au Canada.

Une deuxième étape pour l'AIISOC pourrait être d'utiliser ses lignes directrices, ses activités de formation et ses forums professionnels pour attirer l'attention sur les menaces systémiques qui entravent l'exercice des CNT. Ces menaces incluent les environnements de BO caractérisés par de nombreuses interruptions, les pressions liées à la charge de travail et aux effectifs, ainsi que les cultures d'équipe susceptibles d'entraver l'escalade par les infirmières. Il ne s'agit pas uniquement de problèmes de compétences individuelles auxquelles une formation peut remédier; ce sont aussi des conditions organisationnelles qui nécessitent des interventions à l'échelle du système de santé local. Présenter ces conditions comme des menaces à l'exercice des CNT pourrait favoriser le dialogue entre les infirmières périopératoires, les enseignantes, les gestionnaires et les organisations de soins de santé.

Conclusion

L'infirmière en service externe contribue de manière importante à la sécurité peropératoire des patients, et les huit compétences non techniques identifiées dans la littérature font partie intégrante de la compétence clinique. Bien que les liens de causalité directs entre certaines CNT de l'infirmière en service externe et les résultats pour les patients ne soient pas encore établis, ne pas reconnaître et développer ces compétences pourrait constituer une occasion manquée de renforcer la sécurité périopératoire des patients. Les données probantes émergentes appuient une plus grande reconnaissance des CNT de l'infirmière en service externe ainsi qu'une investigation plus poussée de ces compétences, notamment des recherches visant à examiner comment ces compétences peuvent être enseignées, évaluées et soutenues de manière optimale, et comment elles sont liées aux résultats en matière de sécurité des patients.

À propos de l'auteure



Eunice K. Assem-Erhaze,inf. aut., B.Sc.inf., Ph.D.(c), FFNMRCSI, M.Sc.inf., M.Éd., CSP(C), CCSNE, CCNE, CCCI, est infirmière en soins périopératoires à l'hôpital régional de Yorkton, sous l'égide de la Régie de la santé de la Saskatchewan, et doctorante à l'École des sciences infirmières de l'Université du Manitoba. Ses intérêts cliniques et de recherche portent sur les soins infirmiers périopératoires, l'inclusion des personnes en situation de handicap et l'équité dans la formation et la pratique infirmière.

Conflits d'intérêts

L'auteure déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts d'ordre financier, personnel ou universitaire qui aurait pu influencer l'élaboration ou la présentation du présent manuscrit.

Financement

Cette partie du travail n'a fait l'objet d'aucun financement particulier.

Disponibilité des données

Aucune donnée primaire n'a été produite ni analysée dans le cadre de cette étude. Toutes les informations à l'appui des résultats sont disponibles dans l'article et dans les sources qui y sont citées.

Éthique

Le présent article constitue une discussion critique de la littérature accessible au public et n'implique aucun participant humain, aucune donnée personnelle, ni aucune information identifiable. Par conséquent, l'approbation du comité institutionnel d'éthique de la recherche n'était pas requise en vertu des lignes directrices institutionnelles et nationales pertinentes.

Utilisation de l'IA

Lors de la préparation du présent manuscrit, Grammarly, un outil de vérification de la grammaire et du style assisté par l'IA a été utilisé à des fins de révision de la grammaire, de la ponctuation et de la clarté de la formulation du texte original anglais. Tout le contenu intellectuel, notamment l'argumentation théorique, le cadre conceptuel, l'interprétation des sources et les conclusions scientifiques, a été élaboré exclusivement par l'auteure. Grammarly n'a pas été utilisé pour générer, rédiger, ou réviser de façon substantielle quelque partie que ce soit du manuscrit.

Remerciements

Nicole Harder, Ph.D., et Wanda Chernomas, Ph.D.

Références

Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (2025). *Lignes directrices pour la pratique en soins périopératoires du Canada de l'AIISOC* (17e éd.). Groupe CSA.

Bayramzadeh, S., Joseph, A., San, D., Khoshkenar, A., Taaffe, K., Jafarifiroozabadi, R., Neyens, D. M., & RIPCHD.OR Study Group (2018). The impact of operating room layout on circulating nurse's work patterns and flow disruptions: A behavioral mapping study. *HERD: Health Environments Research and Design Journal*, *11*(3), 124–138. https://doi.org/10.1177/1937586717751124

Cohen, T. N., & Boquet, A. J. (2021). The effects of flow disruptions on RN circulators. *AORN Journal*, *113*(4), 351–358. https://doi.org/10.1002/aorn.13344

Endsley, M. R. (1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human Factors, 37*(1), 32–64. https://doi.org/10.1518/001872095779049543

Fanning, R. M., & Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, *2*(2), 115–125. https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180315539

Flin, R., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills*. Ashgate Publishing Company.

Garden, A. L., Le Fevre, D. M., Waddington, H. L., & Weller, J. M. (2015). Debriefing after simulation-based non-technical skill training in healthcare: A systematic review of effective practice. *Anaesthesia and Intensive Care*, *43*(3), 300–308. https://doi.org/10.1177/0310057X1504300303

Halverson, A. L., Casey, J. T., Andersson, J., Anderson, K., Park, C., Rademaker, A. W., & Moorman, D. (2011). Communication failure in the operating room. *Surgery*, *149*(3), 305–310. https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.07.051

Kalantari, R., Zamanian, Z., Hasanshahi, M., Faghihi, S. A. A., Niakan, M. H., Jamali, J., & Gheysari, S. (2022). An interview study to identify circulating nurses' nontechnical skills. *Surgical Practice*, *26*(3), 171–180. https://doi.org/10.1111/1744-1633.12540

Kalantari, R., Zamanian, Z., Hasanshahi, M., Jamali, J., Faghihi, A., Niakan, M. H., & Gheysari, S. (2023). An observational study to assess circulating nurses' non-technical skills. *Journal of Perioperative Practice*, *33*(10), 296–301. https://doi.org/10.1177/17504589221117673

Maguire, M., Kourouche, S., & Jackson, D. (2025). Identifying non-technical skills of circulating nurses and their impact on patient safety: A scoping review. *Contemporary Nurse*, 1–18. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/10376178.2025.2570411

Neyens, D. M., Bayramzadeh, S., Catchpole, K., Joseph, A., Taaffe, K., Jurewicz, K., Khoshkenar, A., San, D., & RIPCHD.OR Study Group (2019). Using a systems approach to evaluate a circulating nurse's work patterns and workflow disruptions. *Applied Ergonomics*, *78*, 293–300. https://doi.org/10.1016/j.apergo.2018.03.017

Redaelli, I. (2018). Nontechnical skills of the operating theatre circulating nurse: An ethnographic study. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(12), 2851–2859. https://doi.org/10.1111/jan.13800

Sirevåg, I., Tjoflåt, I., & Hansen, B. S. (2021). A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(12), 4935–4949. https://doi.org/10.1111/jan.15064

Sirevåg, I., Tjoflåt, I., & Hansen, B. S. (2023). Expanding the non-technical skills vocabulary of operating room nurses: A qualitative study. *BMC Nursing*, *22*(1), 323. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01500-9

Sirevåg, I., Hansen, B. S., Tjoflåt, I., & Gillespie, B. M. (2024). Bi-lingual content validation of the Non-Technical Skills for Operating Room Nurses (NOTSORN) tool: A Delphi study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, *7*, 100218. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100218

Sitterding, M. C., Broome, M. E., Everett, L. Q., & Ebright, P. (2012). Understanding situation awareness in nursing work: A hybrid concept analysis. *ANS. Advances in Nursing Science*, *35*(1), 77–92. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182450158

Stoll, K., Treissman, J., Av-Gay, G., & Kornelsen, J. (2025). Examining changes in compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress and work-related quality-of-life of rural surgical and obstetrical nurses in British Columbia during the COVID-19 pandemic. *The Canadian Journal of Nursing Research*, *57*(2), 314–323. https://doi.org/10.1177/08445621241305194

OPTIMAL SUPPORT. PRECISE POSITIONING. CONFIDENT PERFORMANCE.

STERIS PATIENT POSITIONING ACCESSORIES help reduce staff strain, stabilize patients, and improve OR workflow—across imaging-intense, bariatric, and long-duration procedures.



Imaging Efficiency

Achieve **360° X-ray and fluoroscopic access** with up to **55" of radiolucent coverage** using the 36" Imaging Extension, Digital X-Ray Top Set, and Radial AV Fistula Board. Provides consistent access for imaging, supports streamlined positioning workflows, and helps reduce adjacent handling during radiographic procedures.

Bariatric Positioning and Patient Handling

Width extenders, added table length, and transfer boards rated to 500 lbs improve **patient stability** and **reduce manual lifting** – enhancing ergonomic safety for staff and inclusive care for patients.





Lateral and Airway Support

Gel lateral positioners help stabilize patients and redistribute pressure during lateral procedures. A ±90° articulating headrest allows **clear airway access,** while Toboggan Arm and Leg Guards help organize extremities – **reducing OR clutter** and supporting perioperative safety.

Partner with STERIS for safe and efficient OR care
Contact your STERIS representative today.

STERIS

©2026 STERIS. All Rights Reserved. M14290EN.2026-04, Rev.A

SUPPORT OPTIMAL. POSITIONNEMENT PRÉCIS. PERFORMANCES ASSURÉES.

LES ACCESSOIRES DE POSITIONNEMENT DU PATIENT DE STERIS contribuent à diminuer la fatigue du personnel soignant, à maintenir la stabilité des patients et à optimiser le flux de travail du bloc opératoire, notamment pour les procédures d'imagerie intensive, bariatrique et de longue durée.

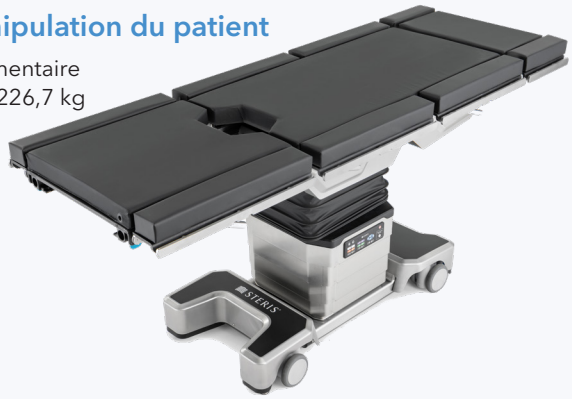


Efficacité de l'imagerie

Bénéficiez **d'un accès radiologique et fluoroscopique à 360°** avec **une couverture radiotransparente jusqu'à 139,7 mm (55 po)** à l'aide de la rallonge pour l'imagerie 91 mm (36 po), de l'ensemble des plateaux pour rayon-x ainsi que du support pour fistule AV radiale. Ces accessoires offrent un accès uniforme à l'imagerie, prend en charge des flux de travail de positionnement optimisés et contribue à réduire la manipulation adjacente pendant les procédures radiographiques.

Positionnement bariatrique et manipulation du patient

Les rallonges, la longueur de la table supplémentaire et les plaques de transfert d'une capacité de 226,7 kg (500 lb) améliorent **la stabilité du patient** et **réduisent les manipulations additionnelles**, améliorant ainsi la sécurité ergonomique du personnel, tout en offrant des soins inclusifs aux patients.





Support latéral et support des voies respiratoires

Les positionneurs latéraux en gel aident à maintenir la stabilité des patients et à redistribuer la pression pendant les procédures latérales. Un appuie-tête articulé de ±90° permet **un accès dégagé aux voies respiratoires,** tandis que des protections toboggan des-bras et des jambes aident à organiser les extrémités, **réduisant ainsi l'encombrement** de la salle d'opération et favorisant la sécurité périopératoire.

Travaillez avec STERIS pour des soins en salle d'opération sûrs et efficaces
Contactez votre représentant STERIS dès aujourd'hui.

STERIS

©2026 STERIS. Tous droits réservés. M14290FR.2026-04, Rév. A

GUEST EDITORIAL

"Request denied"

The frustration and disappointment of not being given time to go to a conference, particularly of your nursing specialty, is real. There are many reasons why time away is denied, but there may be ways to strategize your ask of management, which enhance your position and increase your chances of a positive answer.

This article looks at ways to approach your management team that may help you achieve your goal of attending our conference.

Join ORNAC. ORNAC, the Operating Room Nurses Association of Canada, offers member rates with significant dollar savings. Early bird rates make those savings even greater. The very minimal member rate to join ORNAC also allows you to attend webinars, join committees, and network with other perioperative nurses. You can "pick each other's brains," so to speak, to see what has worked for funding and getting time away.

Plant Seeds. Once the conference theme is determined by ORNAC, you can identify the seeds to be sown. ORNAC sends out information that can be shared and their website is regularly updated. Nurture these seeds; give them chance to grow in the mind of your management team. Send all the conference information to your managers as soon as it becomes available along with your reasons why this is important to your organization, not just you.

Know Your Audience. When addressing a request to the various institutions, the most important thing to know is what drives them, what their public mission, vision, and values statements are. Mission, vision, and values statements are derived from the expectations of the public, via the institution's board of directors, about what is considered as the institution's mandate for providing care. These statements may be useful to your cause.

Types of organizations vary with the services offered. For example, throughout the country you may find anything from full-serve acute care trauma or academic centres to standalone surgicentres. Again, know your audience.

Academic teaching centres, usually associated with a college or university, often have continuing education written into their mission, vision, and value statements. They encourage continuous professional development (CPD), and often they provide inhouse educational sessions, and a learning management system online for mandatory learnings (i.e., safety courses) and general courses required for employees. Use these to your advantage. While they offer courses in general, they may not be offering anything in specific to your specialty. If they offer education in your specialty during working hours, look at who is providing this material? Are they industry reps informing you of new products being brought into your operating room (OR), or are they nurses bringing that aspect of nursing, the perioperative part, to you? Chances are they are heavy on one and light on the other. These settings also have a variety of nursing roles, such as educators, enhanced practice nurses, advanced practice nurses, researchers, or teachers from the college or university. Here is a good article to read and share with your colleagues and management: **10 Reasons Why Attending Conferences Benefits Students - Omics tutorials**.

Community hospitals are usually not associated with a post-secondary institution; however, again you should be aware of the mission, vision, and values they represent. Do they value patient safety, fiscal responsibility, etc.? What are they currently offering in terms of CPD? Leverage their statements just as you would for an academic teaching centre.

Stand alone Surgicentres and Private Clinics also have requirements to maintain services and provide best practices. They pay overhead and insurance and it is vital for their continuation to know that the professionals they employ are competent and up to date.

Highlight Accreditation and Certification Ties. What does your regulatory body require of you annually to maintain competence and grant license renewal? Most regulatory bodies require some form of quality assurance program to monitor continued competence in practice. How can you leverage this requirement into achieving continued professional development, and therefore the competence that attending a nursing conference in your specialty can provide? Essentially, your licence is what keeps you in the position, and it keeps management in a position to run their ORs. If the conference offers continuing education credits or aligns with professional certification requirements, emphasize how attendance keeps the team compliant with best practices.

Staff retention also plays a part here. Failure to be able to retain your competence through lack of CPD may not keep you in the organization, albeit if your organization is "the only game in town" there may not be a choice, but this will impact management's ability to keep ORs running. Patient needs in the form of surgical waitlists continue to grow, so organizations depend on competent, *available* professionals to provide the needed specialty services. Be prepared to answer why closing an OR for staff to attend is a significant recruitment and retention strategy. It is always a positive for perioperative nurses new to a town or city to know that CPD is valued, and once you are practising to know that the organization continues this commitment to retain staff.

Risk Management. Does your organization have a risk management team, and who is on it? What do they expect from you regarding CPD? Ask them. If you have a Professional Practice leader, they are part of risk management; get to know them and how they can help you achieve your goal of continuing professional development. Who is your hospital's insurer? The Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), is a hospital insurance program. Their website includes risk management resources with specific tools related to OR safety. **Risk Management | Healthcare Insurance Reciprocal of Canada**. As they state under Risk Management, if your organization is insured with HIROC, the OR management must complete a survey annually to ensure compliance with the expectations of the "policy". These expectations may be leveraged to your advantage, as a "competent" workforce is essential for patient care, patient and staff safety, and your organization's insurance premiums!

Build a Business Case. Use the tools of the business environment to facilitate and enhance your submissions. I have a motto of, "the business of perioperative nursing is every perioperative nurse's business". Perioperative nurses are driven by a holistic care model and are usually not informed on the business side of healthcare. Senior leadership may not hold backgrounds in nursing, but they understand business. Human resources, budgets, client satisfaction, are all aspects of the business that impact their work and yours. While I am not suggesting that you become cognizant in all aspects of healthcare business, it does help to understand what drives those in management positions and may enhance your chances of approval when they recognize business tools and understand what they mean. **Build a Business Case for Your Nursing Professional Development Initiative [E-Book] | Relias**. You and management need to work together to meet the expectations of the organization. Gather evidence that shows how attending the conference directly benefits patient care, improves efficiency, and even saves costs. Use specific examples, new techniques or best practices that are proven to reduce surgical complications or improve workflow. **Tips on making the business case**. Internet searches provide many examples of business case templates that you can use to present your evidence.

Explore Alternative Funding Sources. If cost is a concern, and you will know this if you are aware of the business side, look into professional organizations, grants, or other hospital budgets. Does your organization have a separate educational budget that might cover attendance costs?

Leverage Testimonials. If other hospitals or healthcare organizations send their perioperative staff to conferences, compile testimonials or success stories that highlight the impact of attending. Peer validation can be powerful.

Engage Other Stakeholders. If surgeons, anaesthesiologists, and other department leaders support staff attending, their advocacy might help your cause.

Propose a Compromise. If full attendance isn't an option, perhaps it might be possible to send one or two nurses, or have individuals pick topics that enhance your specialty's body of knowledge and attend those sessions on a per diem basis, if the conference is in your town or city. If the conference requires travel and accommodation, offer to bring back key insights to share with the team through inhouse training or workshops.

Each of these strategies may be used individually or combined to put a package together. If you are a group looking to attend, each member of the group should be participating in creating the package so answers to questions from management can be consistent. These strategies are by no means comprehensive on the topic of conference attendance, but at least, I believe, they may give you a start on your way of thinking about your approach for the next opportunity!

Chris Downey, MScN, BScN, RNFA

ÉDITORIAL INVITÉ

« Demande refusée »

Se voir refuser une demande de congé pour assister à un congrès ou à une conférence, en particulier dans son domaine de spécialité infirmière, ce n'est rien de moins que frustrant et décevant. Les motifs de refus ne manquent pas, mais si vous présentez votre demande de manière stratégique en faisant valoir les bons arguments, vous augmenterez vos chances de recevoir une réponse positive.

Cet article propose différentes façons d'aborder la question avec votre équipe de direction pour vous aider à atteindre votre objectif, comme assister à notre conférence annuelle.

Adhérez à l'AIISOC. L'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) propose à ses membres des tarifs extrêmement avantageux sur ses événements. Si vous profitez par-dessus du tarif lève-tôt, vous économisez encore plus. Le coût d'adhésion plus que raisonnable vous permet en outre d'assister à des webinaires, de vous joindre à des comités et de rencontrer d'autres infirmières et infirmiers en soins périopératoires. Et même d'échanger des tuyaux pour trouver des sources de financement et des arguments solides pour obtenir un congé pour formation!

Semez l'idée. Lorsque l'AIISOC aura annoncé le thème de sa conférence annuelle, vous aurez du matériel plus concret pour faire valoir votre point. Les renseignements envoyés par l'Association, tout comme ceux trouvés sur le site Web (régulièrement mis à jour), vous fourniront des idées que vous pourrez semer dans l'esprit de vos gestionnaires, puis laissez germer. Transmettez à votre équipe de direction le thème de la conférence annuelle dès que vous le recevez en expliquant l'importance de cet événement non seulement pour vous, mais pour toute votre organisation.

Connaissez votre public. Lorsqu'on adresse une demande à une organisation, il est très utile de savoir ce qui l'anime, alors prenez connaissance de ses énoncés de mission, vision et valeurs. Ces énoncés, qui sont formulés par le conseil d'administration en tenant compte des attentes du public, décrivent le mandat que se donne l'organisation en matière de soins. Ils pourraient bien servir votre cause.

Les organisations, à l'instar des services offerts, ne sont pas toutes identiques. Que vous travailliez dans un grand centre de traumatologie ou un petit service de chirurgie d'un jour, l'important est de connaître votre public.

La formation continue figure souvent assez haut dans les énoncés des centres hospitaliers affiliés à un établissement d'enseignement collégial ou universitaire, qui encouragent le perfectionnement professionnel et offrent souvent de la formation interne ainsi qu'un système de gestion des formations obligatoires (sur la sécurité, par exemple) et générales requises. Tirez-en parti. Au-delà des formations générales, il est possible que votre organisation n'offre rien dans votre domaine de spécialité, mais si elle propose de la formation spécialisée pendant les heures de travail, vérifiez qui la donne. S'agit-il de représentants pharmaceutiques qui vous parleront de nouveaux produits utilisés dans votre milieu de travail? Ou d'infirmières qui vous entretiendront d'aspects particuliers de la pratique périopératoire? Parions que les premiers seront nombreux et les secondes, plus rares! Dans les centres affiliés à un établissement d'enseignement, les profils du personnel infirmier sont également variés : formation, pratique élargie, pratique avancée, recherche, enseignement au niveau collégial ou universitaire. Voici un bon article que vous pourrez lire, mais également transmettre à vos collègues et à votre hiérarchie : **10 raisons pour lesquelles la participation à des conférences est bénéfique aux étudiants**.

Les hôpitaux communautaires sont rarement affiliés à un établissement postsecondaire, mais cela ne veut pas dire pour autant que leur mission, leur vision et leurs valeurs ne valent pas la peine d'être lues. Mettent-ils en avant la sécurité de la patientèle, la responsabilité financière, autre chose? Quel genre de formation continue proposent-ils? Servez-vous de leurs énoncés de principes comme vous le feriez pour un centre hospitalier axé sur la recherche.

Les cliniques privées et les services de chirurgie d'un jour doivent eux aussi respecter certaines exigences en matière de services et de bonnes pratiques. Non seulement ils ont des frais généraux et des assurances à payer, mais il leur faut impérativement démontrer que leur personnel est compétent et formé aux méthodes récentes.

Évoquez la question de l'agrément et de la certification. Quelles sont les exigences de votre ordre professionnel en matière de maintien des compétences et de renouvellement du permis d'exercice? La plupart des organismes exigent qu'un programme d'assurance qualité soit en place afin de confirmer le maintien des compétences professionnelles. Vous pourriez ainsi faire valoir qu'en assistant à un congrès dans votre domaine de spécialité infirmière, vous répondrez à cette exigence. Dans le fond, c'est grâce à votre permis d'exercice que vous pouvez remplir vos fonctions et que la direction peut, elle, faire rouler ses salles d'opération. Si le congrès auquel vous souhaitez assister accorde des crédits de formation continue ou répond à certains critères de reconnaissance professionnelle, faites valoir le fait que vous contribuerez ainsi à la conformité de l'équipe.

La question du maintien en poste du personnel mérite également réflexion. Quand on ne peut pas entretenir ses compétences faute de formation continue dans son poste, on peut être tenté d'aller voir ailleurs (à moins, évidemment, qu'il n'y ait aucun autre établissement de santé aux alentours). Quoi qu'il en soit, il est clair que votre expertise contribue au bon fonctionnement des salles d'opération. Les listes d'attente en chirurgie en témoignent, et les besoins ne cessent de croître. Les organisations ont donc besoin de professionnels compétents et *disponibles* pour offrir ces services spécialisés. Si on vous demande en quoi la fermeture d'une salle d'opération pour envoyer le personnel à un congrès pourrait constituer une bonne stratégie de recrutement et de maintien en poste, soulignez combien les employeurs qui valorisent la formation continue sont attrayants pour embaucher des recrues et motiver le personnel à rester.

Appelez la gestion des risques à la rescousse. Y a-t-il une équipe de gestion des risques dans votre organisation? Si oui, qui en sont les membres? Quelles sont leurs attentes quant à votre formation continue? Posez-leur la question. La personne responsable de la pratique professionnelle, s'il y en a une, fait logiquement partie de cette équipe. Apprenez à la connaître et renseignez-vous sur le soutien qu'elle peut vous apporter dans la réalisation de votre objectif de formation continue. Auprès de qui votre hôpital est-il assuré? Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), une compagnie spécialisée en assurance responsabilité civile hospitalière, publie sur son site Web des **ressources en gestion des risques** ainsi que des outils en sécurité des salles d'opération. Comme indiqué sur cette page, si votre organisation est assurée auprès de HIROC, les responsables des salles d'opération doivent remplir un questionnaire annuel afin d'en confirmer la conformité aux exigences de la « politique ». De telles exigences peuvent jouer en votre faveur, car des effectifs « compétents » sont essentiels pour prodiguer les soins, assurer la sécurité de la patientèle et du personnel et, par conséquent, éviter de faire grimper les primes d'assurance de votre employeur.

Préparez votre argumentaire. Servez-vous des outils de gestion pour mettre en valeur votre demande. J'ai pour mon dire que la gestion des soins périopératoires, ça concerne chaque infirmière et infirmier en soins périopératoires. Pourtant, même si cette branche de la profession infirmière fonctionne selon un modèle holistique, elle est rarement au fait des aspects de la gestion des soins de santé. À l'inverse, la haute direction ne connaît peut-être rien à la pratique infirmière, mais elle s'y connaît en gestion. Ressources humaines, budgets, satisfaction de la clientèle : chacune de ces facettes touche son travail, et le vôtre. Je ne dis pas qu'il faut tout savoir de la gestion des soins de santé, mais en acquérant quelques lumières à ce sujet, vous serez mieux à même de comprendre les motivations de vos gestionnaires et de faire approuver votre demande en leur présentant des outils qui leur sont familiers. Lisez le livre numérique de Relias **Build a Business Case for Your Nursing Professional Development Initiative**. La direction et vous, vous faites équipe pour répondre aux attentes de l'organisation. Alors, rassemblez des éléments pour montrer que votre participation à l'événement contribue directement à la qualité des soins, à l'amélioration de l'efficacité et même à la réduction des coûts. Citez des exemples concrets, de nouvelles techniques ou des pratiques exemplaires qui ont démontré leur efficacité pour réduire les complications chirurgicales ou améliorer la marche du travail. Vous trouverez quelques conseils ici (en anglais). Internet regorge de modèles d'argumentaire; inspirez-vous-en pour plaider votre cause.

Cherchez d'autres sources de financement. Si le coût représente un problème – et vous le saurez si vous avez quelques bases en gestion –, furetez du côté des associations professionnelles, des programmes de bourse ou des budgets d'autres hôpitaux. Le vôtre dispose peut-être même d'un budget à part pour la formation qui pourrait couvrir vos frais de participation.

Rassemblez des témoignages. Si d'autres hôpitaux ou centres de soins encouragent la participation de leur personnel en soins périopératoires à des congrès, rassemblez des témoignages ou des exemples de réussite qui mettent en avant les avantages de cette pratique. La validation par les pairs peut soulever des montagnes.

Mobilisez d'autres parties prenantes. Si des chirurgiens, des anesthésistes ou des responsables de service participent à l'événement, un bon mot de leur part pourrait grandement aider votre cause.

Proposez un compromis. Si la demande est inacceptable en bloc, il y aurait peut-être moyen d'envoyer seulement une ou deux personnes ou, si le congrès se tient dans votre ville, de n'assister qu'à des séances choisies qui enrichiront le corpus de connaissances de votre domaine de spécialité. Si le congrès implique des déplacements et un hébergement, offrez de rapporter des connaissances clés qui pourront être transmises à l'équipe sous forme d'ateliers ou de formations internes.

Toutes ces stratégies peuvent être utilisées individuellement ou en combinaison. Si vous êtes plusieurs à vouloir participer à un événement, chaque personne devrait participer à la création de l'argumentaire afin que les réponses aux questions de la direction soient cohérentes. Il existe bien d'autres stratégies, mais j'espère que celles-ci vous offriront au moins un point de départ pour aborder la question avec votre équipe de direction la prochaine fois que vous voudrez assister à une conférence ou un congrès.

Chris Downey, M. Sc. inf., B. Sc. inf., IPAC

GET INVOLVED

Get involved with ORNAC: Make a difference in our profession

ORNAC is more than an organization—it is a **collective of perioperative nurses** working together to strengthen and advance our profession across Canada.

Have you considered becoming more involved with ORNAC?
Each year, opportunities to serve on the **ORNAC Board of Directors** are promoted, providing members with the opportunity to contribute their knowledge, experience, and passion to the leadership of our national organization.

Serving with ORNAC is an opportunity to be part of an amazing group of perioperative nurses who are dedicated to advancing ORNAC's mission, vision, and values, while helping to build and strengthen the profession of Canadian perioperative nursing.

Your experience matters. Your perspective matters. And your voice can help shape the future of perioperative nursing in Canada.
Whether you are an experienced ORNAC member or someone who has been looking for a way to become more involved, **consider putting your name forward when Board opportunities are announced.**

Together, we can continue to advocate for our profession, support perioperative nurses across Canada, and advance the future of perioperative practice.

Be part of something bigger. Get involved. Make a difference.

Learn more about ORNAC and our mission, vision, and values by visiting ORNAC.ca.

PARTICIPEZ

Participez à l'AIISOC : faites une différence dans notre profession

L'AIISOC est bien plus qu'une organisation : c'est une communauté d'infirmières et d'infirmiers de soins périopératoires qui travaillent ensemble pour renforcer et faire progresser notre profession partout au Canada. **Avez-vous déjà envisagé de vous impliquer davantage au sein de l'AIISOC?**

Chaque année, des possibilités de siéger au **conseil d'administration de l'AIISOC** sont annoncées, offrant aux membres l'occasion de mettre à contribution leurs connaissances, leur expérience et leur passion au service du leadership de notre organisation nationale.

Faire partie de l'AIISOC, c'est avoir la possibilité de se joindre à un groupe exceptionnel qui se consacre à faire progresser la mission, la vision et les valeurs de l'AIISOC, tout en contribuant à bâtir et à renforcer la pratique de soins périopératoires au Canada.

Votre expérience compte. Votre point de vue compte. Et votre voix peut contribuer à façonner l'avenir des soins périopératoires au Canada.
Que vous soyez membre de l'AIISOC depuis longtemps ou que vous cherchiez simplement une façon de vous impliquer davantage, envisagez de proposer votre candidature lorsque les possibilités de siéger au conseil seront annoncées.

Ensemble, nous pouvons continuer à défendre notre profession, à soutenir le personnel infirmier de soins périopératoires partout au Canada et à faire progresser l'avenir de la pratique périopératoire.

Faites partie de quelque chose de plus grand. Impliquez-vous. Faites une différence.

Pour en savoir davantage sur l'AIISOC ainsi que sur sa mission, sa vision et ses valeurs, visitez ORNAC.ca.

HIGHLIGHT

ORNAC National Conference April 21–24th, 2027 in Halifax

Bryana Hahn

The **ORNAC National Conference** is heading to Halifax, Nova Scotia, from **April 21–24, 2027**. Set against the backdrop of Canada's beautiful Atlantic coast, this premier gathering of perioperative nurses and healthcare leaders is your opportunity to connect, learn, and grow.

Whether you are looking to showcase your solutions, share your expertise, or advance your practice, here is how you can participate:

- **Exhibitors & Vendors:** Vendor Registration is now open! Our Exhibit Hall is consistently a conference highlight, providing an unbeatable space to engage directly with key decision-makers and perioperative professionals from across the country.
- **Call for Abstracts:** Do you have research findings, practice innovations, or leadership insights to share? Submit your abstract by **November 30, 2026**, for a chance to present your work and inspire your peers.
- **Attendees:** Mark your calendars! Early Bird Registration opens on **January 4, 2027**. Take advantage of exceptional educational sessions, invaluable networking opportunities, and dedicated professional development.

Don't miss this chance to celebrate excellence in perioperative nursing while experiencing the famous hospitality of Halifax.

Visit **ORNAC.ca** today to register as a vendor, submit an abstract, or learn more about the upcoming 2027 conference!

Conférence nationale de l'AIISOC

Bryana Hahn

La conférence nationale de l'AIISOC aura lieu à Halifax du 21 au 24 avril 2027. Dans le décor magnifique de la côte atlantique canadienne, ce rassemblement incontournable du personnel infirmier en soins périopératoires et des professionnels de la santé sera l'occasion de **tisser des liens, d'apprendre et de progresser**.

Que vous souhaitiez présenter vos solutions, partager votre expertise ou faire progresser votre pratique, voici comment vous pouvez participer :

- **Exposants:** Les inscriptions sont maintenant ouvertes! Notre salle des exposants constitue toujours l'un des moments forts de la conférence et offre une occasion exceptionnelle d'échanger directement avec les décideurs et les professionnels en soins périopératoires de partout au pays.
- **Appel de résumés :** Vous avez des résultats de recherche, des innovations dans votre pratique ou des expériences en leadership à partager? Soumettez votre résumé **d'ici le 30 novembre 2026** pour avoir la possibilité de présenter votre travail et d'inspirer vos collègues.
- **Participants :** Inscrivez la date à votre agenda! Les inscriptions au tarif préférentiel ouvriront le **4 janvier 2027**. Profitez de séances de formation éducatives exceptionnelles, de précieuses occasions de réseautage et d'activités consacrées au développement professionnel.

Ne manquez pas cette occasion de célébrer l'excellence en soins infirmiers périopératoires tout en découvrant la célèbre hospitalité d'Halifax.

Visitez **ORNAC.ca** dès aujourd'hui pour vous inscrire comme exposant, soumettre un résumé ou obtenir plus d'information sur le congrès de 2027.

JOHNSON & JOHNSON DRAKE THOMPSON WRITING AWARD

ORNAC wishes to congratulate two authors selected for the Johnson and Johnson Drake Thompson Writing Award! We recognize and appreciate your contribution to the growing body of knowledge in the Canadian Perioperative landscape. Congratulations!

Jennifer Dunn, MN, RN
Overcoming power distance and deferential speech syndrome in the operating room

ORNAC Journal, Volume 42, Issue 1, Spring 2025

Rachelle Lesy, MN, RN, CPN(C)
Using game-based learning to teach orthopaedics to perioperative nurses: A real game changer

ORNAC Journal, Volume 42, Issue 2, Fall 2025

PRIX D'ÉCRITURE DRAKE THOMPSON DE JOHNSON & JOHNSON

L'AIISOC tient à féliciter les deux auteurs sélectionnés pour recevoir le Prix d'écriture Drake Thompson de Johnson & Johnson! Nous reconnaissons et apprécions votre contribution à l'enrichissement des connaissances dans le domaine des soins périopératoires au Canada. Félicitations!

Jennifer Dunn, inf., M.Sc.inf.
Overcoming power distance and deferential speech syndrome in the operating room

Revue de l'AIISOC, volume 42, numéro 1, printemps 2025

Rachelle Lesy, inf., M.Sc.inf., CSP(C)
Using game-based learning to teach orthopaedics to perioperative nurses: A real game changer

Revue de l'AIISOC, volume 42, numéro 2, automne 2025

ORNAC recognizes recent perioperative program approvals

The Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) is pleased to recognize several programs that have recently achieved ORNAC Perioperative Nurse Program approval or renewal, demonstrating their ongoing dedication to high-quality perioperative education and its commitment to supporting the development of skilled, knowledgeable, and competent perioperative healthcare professionals.

This approval acknowledges the institutes ORNAC recognizes, institutions that have recently achieved Program Approval.

ORNAC congratulates the following programs:

- Saskatchewan Polytechnic (renewed approval for its Perioperative RN Program and achieved initial approval for its LPN Program),
- British Columbia Institute of Technology (renewed approval for its Perioperative RN Program), and,
- Nova Scotia Health Learning Institute for Healthcare Providers (renewed approval for its Perioperative RN Program and achieved initial approval for its LPN Program).

ORNAC's voluntary Perioperative Nurse Program approval process applies to post-basic education programs for Registered Nurses (RNs), Licensed Practical Nurses (LPNs), and Registered Practical Nurses (RPNs). As part of this rigorous review process, programs submit curriculum materials for assessment against the *ORNAC Guidelines for Perioperative Practice in Canada*. Programs that achieve approval demonstrate alignment with evidence-informed, nationally recognized standards and play an important role in preparing high-quality perioperative practitioners nationwide.

Visit ORNAC.ca website to learn more about the Program Approval process and to explore the growing list of perioperative education programs across Canada that have achieved ORNAC approval.

https://www.ornac.ca/perioperative_programs.phtml

L'AIISOC reconnaît les récentes approbations de programmes de formation en soins périopératoires

L'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC) est heureuse de reconnaître plusieurs programmes ayant récemment obtenu l'approbation ou le renouvellement de l'approbation du programme de formation en soins infirmiers périopératoires de l'AIISOC. Ces reconnaissances témoignent de leur engagement continu envers une formation périopératoire de haute qualité et de leur contribution au développement de professionnels de la santé compétents, qualifiés et bien informés dans ce domaine.

Cette approbation souligne les établissements reconnus par l'AIISOC, soit les institutions ayant récemment obtenu l'approbation de leur programme.

L'AIISOC félicite les programmes suivants :

- Saskatchewan Polytechnic (renouvellement de l'approbation de son programme d'infirmières en soins périopératoires et obtention de l'approbation initiale de son programme d'infirmières auxiliaires en soins périopératoires)
- British Columbia Institute of Technology (renouvellement de l'approbation de son programme d'infirmières en soins périopératoires)
- Nova Scotia Health Learning Institute for Healthcare Providers (renouvellement de l'approbation de son programme d'infirmières en soins périopératoires et obtention de l'approbation initiale de son programme d'infirmières auxiliaires en soins périopératoires).

Le processus volontaire d'approbation des programmes de formation en soins infirmiers périopératoires de l'AIISOC s'applique aux programmes de formation post-base destinés aux infirmières et aux infirmières auxiliaires. Dans le cadre de ce processus d'évaluation rigoureux, les programmes soumettent leur matériel pédagogique afin d'être évalués selon les lignes directrices de l'AIISOC. Les programmes approuvés démontrent leur conformité à des normes reconnues à l'échelle nationale et fondées sur des données probantes, et jouent un rôle essentiel dans la formation de professionnels de la santé périopératoires de haute qualité partout au pays.

Visitez le site Web ORNAC.ca pour en savoir plus sur le processus d'approbation des programmes et pour découvrir la liste croissante des programmes de formation périopératoire au Canada ayant obtenu l'approbation de l'AIISOC.

https://www.ornac.ca/perioperative_programs.phtml

EDUCATION HUB

Continuing education at your fingertips

ORNAC is committed to supporting ongoing learning and professional development for perioperative nurses across Canada.

Did you know that ORNAC members and associates have access to an online collection of **educational videos**? The Educational hub located in the ORNAC Members & Associates section provides a convenient way to access educational content and continue learning at your own pace.

Whether you are looking to build on your current knowledge, revisit an important topic, or support your professional development, the video library is a valuable resource available as part of your ORNAC membership.

Members and associates can access the Educational Videos section by signing in to the ORNAC Members & Associates area.

Make the most of your ORNAC membership and take advantage of the educational resources available to support your practice and continued learning.

Log in today and explore the ORNAC Education Hub

PROMOTION DU CARREFOUR DE LA FORMATION

La formation continue au bout des doigts

L'AIISOC s'engage à soutenir l'apprentissage continu et le développement professionnel du personnel infirmier en soins périopératoires partout au Canada.

Saviez-vous que les membres et les membres associés de l'AIISOC ont accès à une **collection de vidéos éducatives en ligne**? Le Carrefour de la formation, situé dans la section **membre et membre associé de l'AIISOC**, offre un moyen pratique d'accéder à du contenu éducatif et de poursuivre votre apprentissage à votre propre rythme.

Que vous souhaitiez approfondir vos connaissances actuelles, revoir un sujet important ou soutenir votre développement professionnel, cette vidéothèque constitue une ressource précieuse offerte dans le cadre de votre adhésion à l'AIISOC.

Les membres et les membres associés peuvent accéder à la section **vidéo éducative** en ouvrant une session dans leur espace **Membres.**

Profitez pleinement de votre adhésion à l'AIISOC et tirez parti des ressources éducatives disponibles pour soutenir votre pratique et votre apprentissage continu.

Ouvrez une session dès aujourd'hui et explorez le Carrefour de la formation de l'AIISOC.

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

L'AIISOC est fière de vous offrir la 17e édition des *Lignes directrices pour la pratique de soins périopératoires au Canada* (anciennement les *Normes, lignes directrices et énoncés de position de la pratique en soins infirmiers*) 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 : **ORNAC – Lignes directrices**

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

ORNAC is proud to offer the 17th edition of the *Guidelines for Perioperative Practice in Canada* (formerly the *ORNAC Standards, Guidelines, and Position Statements for Registered Nurses*) 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/guidelines.phtml**

Call for *ORNAC Journal* Peer Reviewers

The *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.

If you are interested in joining the *ORNAC Journal* Reviewer Panel, please find the Peer Reviewer Guidelines and Application at **https://ornacjournal.ca/index.php/ornac/peerreviewers**

Fill out the reviewer application form 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 professionnels ayant un penchant pour l'amélioration de la pratique et de la recherche en soins périopératoires. Ces professionnels 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 évaluateurs 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 évaluateurs 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 rejoindre le comité des lecteurs de la Revue de l'AIISOC, veuillez consulter les *Directives pour les pairs évaluateurs* ainsi que le formulaire de demande à l'adresse suivante : **https://ornacjournal.ca/index.php/ornac/peerreviewers**

Veuillez remplir le formulaire de demande d'évaluatrice, puis envoyer votre CV à jour à **editor@ornac.ca**