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.