

Symposium

Les mutations des professions du système de la santé: points de vue externes et interne

17 juin 2009, Berne

Annie Oulevey Bachmann

MSc, MA, Etudiante au doctorat UNIL, Professeure HES-SO, HEdS La Source, Lausanne

De l'activité des gardes-malades au PhD en Nursing Science : de la (dé)-professionnalisation de la profession infirmière ?

Développer une réflexion pour répondre à cette question est problématique pour au moins deux raisons : d'une part, la notion même de « profession » peut représenter un obstacle à la réflexion lorsque l'on s'intéresse aux infirmières¹ et d'autre part, les connaissances sur l'histoire de la profession en Suisse sont en plein développement. Ces deux défis sont donc évoqués en préambule. Puis, un bref regard sur l'histoire de la profession infirmière au fil du 20^{ème} siècle permet d'examiner son processus de professionnalisation en esquisant à grands traits la transformation de la contribution infirmière au système de santé suisse. Cet éclairage historique est une des clés pour comprendre le double mouvement dans lequel est prise la profession infirmière aujourd'hui : aller à la fois vers le particularisme, dans le sens de sa professionnalisation et, dans le même temps, aller vers l'universalisme, à savoir risquer d'être bousculée par la vague de la déprofessionnalisation. Après avoir décrit ce double mouvement, la présence modeste dans l'agenda professionnel infirmier des problématiques liées à la déprofessionnalisation est interrogée. Enfin, l'évocation de certains écueils de la professionnalisation et de la déprofessionnalisation conduit à réfléchir aux risques encourus par cette profession, tout en notant que, paradoxalement, ces deux phénomènes recèlent aussi intrinsèquement des opportunités pour favoriser un développement humaniste du système de santé suisse.

Des défis inhérents à ce questionnement

Réfléchir à l'usage de la notion de professionnalisation et de son corollaire, celle de déprofessionnalisation dans le contexte suisse est, même si l'on peut le regretter, encore un défi : cela implique en effet de questionner la notion de « profession ». Selon la perspective adoptée, l'activité infirmière peut, ou non, être qualifiée comme telle.

Par exemple, un auteur relève que parmi les différentes manières de définir ce qu'est une profession, on peut entendre par ce terme « une activité qui a pour conditions nécessaires cinq dimensions » (Fragnière, 1984):

1. Un corps de connaissances : une syntaxe et une substance. C'est le cas pour la discipline infirmière (Provencher & Fawcett, 2002).

¹ Dans ce texte, le féminin sera préféré au masculin, puisque encore actuellement, environ 90% des personnes qui exercent cette profession en Suisse sont des femmes.

2. Une autorité professionnelle : disposer d'un monopole de jugement et d'une autonomie qui ne peut être interrogé que par des pairs. Ce n'est pas le cas en Suisse, alors que ça l'est dans d'autres pays, par exemple dans les pays d'Amérique du Nord.
3. Une sanction par la communauté : les autorités politiques délèguent dans un certain nombre de domaines, des pouvoirs et des privilèges (contrôles sur la formation et les titres, entrée dans la profession et exercice). Ce n'est pas le cas en Suisse alors que ça l'est dans d'autres pays, par exemple dans les pays d'Amérique du Nord.
4. Un code de déontologie : une organisation de l'ensemble des normes et règles qui doivent être respectées par celles et ceux qui veulent exercer. L'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) a, depuis longtemps, produit des documents allant dans ce sens et les révisé régulièrement (Association Suisse des Infirmières et Infirmiers, 1998, 2003, 2007).
5. Une culture professionnelle : des normes, des valeurs, des symboles, un langage, des organisations chargées de transmettre et de faire vivre cette culture (Nadot, 2008a). C'est le cas en Suisse : l'ASI nationale et ses sections cantonales qui rassemblent environ 26'000 membres, le journal Soins Infirmiers, les Hautes Écoles Spécialisées et les deux Instituts universitaires de Bâle et Lausanne sont des vecteurs, parmi d'autres, de cette culture professionnelle.

Fragnière note que cette façon de conceptualiser la notion de profession, bien que très prégnante dans notre pays, fait l'objet de fortes critiques de la part nombreux analystes des professions. Pour certains, les critères d'appréciations reposent sur la simple observation des attributs des professions libérales, d'autres dénoncent une absence de questionnement des fondements sociaux utilisés pour construire ces attributs. Il est vrai que si une telle définition était utilisée, cette réflexion se terminerai là : en Suisse, infirmière ne serait encore pas une profession puisqu'elle ne remplit pas ces cinq critères. Il serait donc impossible de parler de professionnalisation et encore moins de déprofessionnalisation !

Les critiques évoquées ci-dessus amènent à réfléchir différemment. En suivant Ruty, on peut postuler, sans plus s'attarder sur la question, qu'infirmière est une profession. Il devient ainsi possible de développer une réflexion à propos de la professionnalisation et de la déprofessionnalisation des soins infirmiers (Ruty, 1998).

Grâce à leur accès aux Hautes Écoles et aux Universités, le développement de connaissances scientifiques sur l'histoire de la profession dans une perspective disciplinaire est en pleine expansion. Pourtant, il s'agit d'un autre défi : disposer de suffisamment de matériel pour traiter d'un tel sujet. Cette caractéristique impose une certaine prudence à toute personne s'appuyant sur l'histoire pour traiter d'une thématique concernant la profession infirmière en Suisse.

De la construction professionnelle à la professionnalisation

Examiner le processus de professionnalisation et esquisser la transformation de la contribution infirmière au système de santé suisse nécessite de poser un bref regard sur l'histoire de la profession infirmière au fil du 20^{ème} siècle. Comme évoqué ci-dessus, les choses se compliquent d'emblée... En donner un aperçu supposerait de disposer de travaux historiques qui se soient intéressés aux pratiques professionnelles infirmières et à leur évolution. Plusieurs chercheur-e-s, dont Francillon pour la Suisse, notent qu'il est pratiquement impossible de faire ce genre de recherche : pour des raisons qui transparaîtront au fil de ce propos, les infirmières n'ont que très peu documenté leurs pratiques soignantes (Francillon, 2008).

Il serait probablement possible de faire des recherches sur centrées sur l'évolution des pratiques infirmières médico-déléguées, mais Nadot montre que ce serait tout à fait réducteur (Nadot, 2008a) : certes elles rendent service à la médecine en collectant des données (observation, évaluation, transmission) et en appliquant les prescriptions médicales. Cependant, ce chercheur a démontré que leur activité est beaucoup plus complexe. Certains mécanismes sociaux ont contribué à réduire la perception de cette dernière à cette seule dimension médico-déléguée, alors que son observation montre qu'elle en a encore deux autres : la dimension institutionnelle et la dimension du soin en tant que médiation de santé. La part institutionnelle de l'activité infirmière réclame des compétences pour garantir au quotidien le bon fonctionnement, la sécurité et l'efficacité des institutions de soins. Les infirmières rendent service à ces dernières en veillant à l'application précise et adéquate de procédures très variées : mesures d'hygiène institutionnelle, prévention d'accidents de travail, contrôle des mouvements de patients ou de visiteurs sont des exemples de leurs activités dans ce domaine (Nadot, 2008a). La dimension du soin en tant que médiation de santé est la part indépendante de leur activité. C'est le service que les infirmières rendent aux patient-e-s et à leur entourage : offrir du réconfort, la possibilité de donner du sens à leur expérience ; leur proposer à tous les âges un ensemble de moyens adaptés pour garantir leur bien-être et leur rétablissement ; entretenir aussi bien la vie (Collière, 1982), que la raison de vivre ou parfois offrir une fin de vie digne (Nadot, 2008a).

Vu la relative modestie des connaissances historiques à disposition, une recherche sur la dynamique de formation dans l'une des deux écoles de la Croix-Rouge suisse (Francillon, 2008) sera utilisée pour examiner le processus de professionnalisation et esquisser la transformation de la contribution infirmière au système de santé suisse. En effet, en s'intéressant, tout au long du 20^{ème} siècle, aux cours théoriques, à l'apprentissage pratique, aux valeurs professionnelles inculquées et à la pédagogie, cette recherche offre un regard indirect sur le processus de professionnalisation et sur une partie de leur contribution. De surcroît a périodisation proposée fait apparaître certaines particularités propres à la profession infirmière (Francillon, 2008).

1859 à 1891 – La formation pour les soins à domicile ou transformer les habitudes de vie des populations visitées.

Les cours théoriques sont de deux ordres : le fonctionnement du corps fonctionne et quelques maladies, et la préservation de la santé au sein de la famille. L'apprentissage pratique des soins de base se fait à l'école et à l'hôpital. Les valeurs véhiculées par la formation sont celles de la responsabilité individuelle et de l'obéissance aux ordres des médecins. Cependant, l'apport des gardes-malades est aussi important pour la guérison que celui des médecins. La pédagogie est celle du 19^{ème} siècle : apprendre par cœur en recopiant les textes. Les rapports de classe dominant et, de manière sous-jacente, ils sont modulés par les rapports de genre. En effet, le système de santé est en train de se mettre en place. La médecine n'a pas encore acquis le pouvoir qui sera le sien dès la fin du 19^{ème} siècle. Les féministes suisses tentent de s'arroger le droit de gérer cette formation puisqu'il s'agit, selon les valeurs de l'époque, d'une activité féminine. Cependant, la Croix Rouge Suisse (CRS) et le Département militaire fédéral (DMF) ne permettent pas le développement du modèle pensé par la doctoresse Anna Heer pour la Société d'Utilité Publique des Femmes Suisses (SUPFS).

1890 à 1922 – Crise et changement de paradigme dans la formation : passage à l'obéissance médico-déléguée et oscillation entre le modèle de l'infirmière à domicile et celui d'infirmière hospitalière.

Sur le plan des pratiques, dans plusieurs cantons, les diaconesses ou les sœurs sont à l'œuvre dans les hôpitaux. En effet, les gardes-malades laïques sont écartées de ces lieux de soins par choix politique et économique, car elles sont vues comme des soignantes moins dociles, moins stables et plus coûteuses que les personnes qui ont prononcé des vœux. En dépit de cet obstacle majeur au développement de la formation laïque, l'apprentissage pratique se fait d'abord à l'interne (clinique, dispensaire, infirmerie de l'Ecole), puis se poursuit durant deux ans de stages, dont un doit être effectué impérativement dans un service hospitalier. Les élèves les accomplissent donc souvent à l'étranger (par ex : France, Belgique). Ils sont contrôlés et évalués par des médecins. Sur le plan théorique, le médecin-chef directeur, Charles Krafft, oriente l'enseignement de la médecine domestique vers des cours d'hygiène. D'autres cours ont pour thème le fonctionnement du corps. L'idée est que les infirmières soient aptes à pratiquer les soins délégués et à s'intégrer dans un système hospitalier alors en plein développement (intégration du langage médical). Un cours « d'Ethique » normalise les valeurs d'obéissance et d'auxiliarat. La pédagogie reste celle de l'apprentissage par copie et par répétition. Les rapports de genre dominant. C'est la période de mise en place du pouvoir médical et militaire sur la formation professionnelle.

1923 à 1954 – La formation de l'infirmière hospitalière : une école, une formation, un hôpital, un travail.

Tout tourne autour de l'hôpital. Les hôpitaux s'ouvrent peu à peu aux infirmières laïques qu'on estime mieux formées aux besoins de la médecine que leurs consœurs religieuses. Cette ouverture leur permet aussi de faire face à la pénurie de vocations religieuses. Ces institutions vont même, petit à petit, ouvrir des écoles afin de disposer d'une main-d'œuvre ad hoc. C'est le début de la formation pratique dite « Source » dans certains services hospitaliers : un service est géré par une infirmière-chef et des Sourciennes diplômées chargées d'encadrer des élèves (transmission des techniques et des valeurs). On assiste à la disparition graduelle des anciens cours de pathologie et de thérapeutique et à la lente mise en place de cours de spécialités médicales qui abordent de manière « réduite »² la chirurgie et la médecine interne puis par la suite, la gynécologie, la pédiatrie, la pharmacologie. Le cours d'Ethique est remplacé par des cours de morale et de religion. Au début de la période, il y a une centration sur l'obéissance et les valeurs morales. Puis dès 1936, on assiste à un changement graduel. Cette année-là, encouragée par le Directeur pasteur Maurice Vuilleumier, l'Association des infirmières de La Source ainsi que celle de la Pflegerinnenschule à Zürich, fondent l'Association nationale des gardes-malades diplômées d'écoles reconnues (ANID). Comme ce sont des infirmières qui la dirigent, elle peut entrer au Conseil international des infirmières en 1937. Cette émancipation toute relative se traduit dans l'école par un nouveau règlement interne : l'élève, vue jusqu'ici comme une enfant à éduquer, devient petit à petit une adulte responsable de ses actes. Cependant elle doit toujours une obéissance incondi-

² Par « réduite », il faut entendre le fait de sélectionner des savoirs spécialisés qui n'abordent que de manière succincte la masse des connaissances médicales de l'époque.

tionnelle aux médecins. Sur le plan pédagogique, la copie de cours est abandonnée, mais la répétition des cours théoriques et pratiques persiste. Les rapports de genre dominant.

1955 à 1994 – La formation en Soins Généraux : pluralité des regards dans le champ infirmier, le soin dans les spécialités médicales, devenir autonome à long terme.

Vu la pénurie de soignant-e-s (attestée dès la fin des années trente, et criante à partir du contrat cadre de 1947), on commence à réfléchir ouvertement à la division du travail de soin. Durant cette période sont créés des cours d'aide-infirmière, puis d'infirmière-assistante. La division du travail s'opère sur la base du paradigme médical (ce qui distingue les infirmières de leurs auxiliaires, est, grosso modo, le droit d'accomplir des actes médico-délégués). Elle est également pensée à partir des résultats de la première recherche infirmière faite en Suisse et soutenue financièrement notamment par l'OMS, celle de Nicole Exjacquet. Une formation par alternance – théorie et pratique – est mise en place. Elle demeure, elle aussi, dans le paradigme médico-délégué. Cependant, les cours théoriques se diversifient. A côté de l'ouverture à d'autres spécialités médicales, on développe des cours de sciences humaines (psychologie dès 1949 ; gestion hospitalière dès 1960 ; sociologie dès 1967). Enfin, en 1968, le modèle de V. Henderson, qui conceptualise et organise les soins infirmiers à partir de 14 besoins fondamentaux propres à tout être humain, commence à être utilisé dans les cours par les infirmières-monitrices. L'apprentissage des pratiques se fait petit à petit aussi à partir de supports écrits. Les règlements d'école sont graduellement assouplis : par exemple, l'internat obligatoire disparaît. Même si les rapports de genre dominant toujours, dès 1965, on souhaite que le sens des responsabilités, l'autonomie et la liberté soient des valeurs intégrées par les élèves. On n'attend plus d'elles qu'elles obéissent sans mot dire aux médecins, elles ont plutôt à « exécuter les ordres médicaux avec conscience et intelligence ».

Francillon arrête son étude en 1977, car c'est à ce moment que se réunissent les trois associations d'infirmières existant en Suisse en une seule entité. C'est également à cette période que débutent des réflexions relatives à une redéfinition professionnelle et donc à un changement de paradigme dans la profession débouchant notamment sur une véritable prise en charge infirmière de la formation. Ce sera chose faite en 1994, début des formations de type Niveau I et II. L'étude de cette période charnière au niveau suisse reste à faire. C'est pourquoi, sans que cela ne soit attesté par un corpus de recherches scientifiques, essayons tout de même de broser rapidement un tableau des années 1977 à nos jours.

A partir des années 80, les infirmières suisses vont se mettre à penser la formation du point de vue de leur activité, de ses dimensions, et non plus exclusivement à partir de leur part médico-déléguée de leur activité. Cette réflexion difficile prendra du temps et se matérialisera en 1992 sous la forme de directives de formation qui, pour la première fois, disent non pas qui doit être l'infirmière, mais bien ce qu'elle peut offrir comme services à la communauté (cf les cinq fonctions de la CRS pour les infirmières Niveau I et II). Puis, dès l'adoption de la nouvelle Constitution fédérale et après presque un siècle de gestion de la formation, la CRS passe le témoin à la Confédération, plus précisément au département de l'Economie et à son Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie. Les cantons romands profitent de ce changement pour donner une vive impulsion au développement de la profession. La formation de base se fait désormais pour toutes les infirmières francophones en Hautes Écoles Spécialisées (HES). Les professeur-e-s doivent certes enseigner, mais encore faire de la recherche et des prestations de service dans la discipline infirmière. Toutefois, le défi est, qu'au début du 21^{ème} siècle, très peu d'entre elles ou d'entre eux sont formés dans cette discipline particulière. Leur curricula vitae contiennent des diplômes universitaires

en sciences de l'éducation, en sciences sociales, en psychologie, etc. Seuls quelques un-e-s, qui se sont expatriés pour le faire, ont un master ou un doctorat en science infirmière.

La division du travail de soin pensée jusqu'ici à partir du paradigme médico-délégué va désormais être petit à petit conceptualisée à partir du paradigme professionnel infirmier. En cours, les infirmières bachelières sont entraînées à réfléchir à leur activité en utilisant l'aide de leurs auxiliaires, les Assistantes en Soins et Santé Communautaire (ASSC). Dans la pratique, chez les anciennes diplômées, cet entraînement à penser du point de vue disciplinaire est également initié. Grâce à la diffusion et à l'accès aux bases de données électroniques, elles découvrent l'existence de données probantes infirmières permettant d'asseoir leurs pratiques sur des résultats scientifiques. En Suisse alémanique, pour des raisons que nous n'évoquerons pas ici, les écoles de niveau École Supérieure perdurent et dans certaines HES se développent des filières Soins Infirmiers, traduite par le terme « Pflege » en allemand.

En résumé, à l'aune des quelques travaux existants, ce survol des données concernant la formation professionnelle montre de manière indirecte que la contribution principale des infirmières au système de santé suisse a été, selon toutes probabilités, de rendre service au développement de la médecine. Les données à disposition ne sont malheureusement pas encore assez détaillées pour attester objectivement de leur contribution au fonctionnement des institutions au fil de l'histoire, bien que les travaux de Nadot montrent l'aspect déterminant de leurs actions à ce niveau (Nadot, 2008b). Il en va de même pour la part indépendante de leur activité, la médiation de santé, le soin aux personnes et à leur entourage. Les quelques données à disposition pour la Suisse sont récentes et gagneraient à être développées dans une perspective historique au moyen d'outils adaptés qui soient à même de saisir la complexité de cette part de leur activité.

Au vu de cette évolution historique, Francillon propose de parler, pour les deux premiers tiers du 20^{ème} siècle, de « construction professionnelle » élaborée par des personnes externes à la profession (médecins, administrateurs, militaires, politiciens) (Francillon, 2008). Pour cette spécialiste de l'histoire infirmière, la « professionnalisation » est au contraire un processus interne qui peine à s'affirmer dans les rapports de pouvoir très forts existant en Suisse entre le masculin et le féminin. D'ailleurs, un archétype de ce pouvoir n'est-il pas justement le type de rapports existant ou qui existait entre médecins et infirmières ? A ce titre, la mise en perspective de l'histoire des femmes en Suisse, de celle de la profession infirmière et de celle de cette école de formation est édifiante : on observe une homologie du développement historique vers l'égalisation des rapports entre hommes et femmes, dans la société, et entre médecins et infirmières, dans les organisations de soins (Oulevey Bachmann, 2006) C'est pourquoi, il paraît plus prudent d'utiliser le terme « professionnalisation », à partir du moment où l'on observe un virage vers le paradigme infirmier c'est-à-dire à partir des années 80.

Le double mouvement de la discipline infirmière en Suisse

La professionnalisation des soins infirmiers est donc récente dans ce pays. Une autre de ses caractéristiques est qu'elle se développe au moment où des auteurs comme Illitch, et d'autres à sa suite, commencent à questionner la pertinence de laisser à des groupes sociaux un pouvoir et une autonomie tels, qu'ils peuvent conduire à des dérives sur le plan humain, écologique, économique, politique (Illitch, 1975).

Dès lors, en Suisse aujourd'hui, la discipline infirmière est prise dans un double mouvement : aller de manière conjointe vers le particularisme et vers l'universalisme.

Aller vers le particularisme

Le premier mouvement, consiste à construire la profession à partir de ce qui la constitue sur le plan de la substance (savoirs) et de la syntaxe (méthodes) (Chinn & Kramer, 2008; Donaldson & Crowley, 1978; Rodgers, 2005). Sur le plan de la substance, il s'agit d'intégrer des savoirs propres à la science infirmière produite par des consœurs dans d'autres pays tout en contribuant désormais à leur développement. Il y a également lieu de les articuler aux savoirs empruntés, c'est-à-dire aux sciences bio-médicales et humaines. Sur le plan de la syntaxe, il s'agit d'aller au-delà du post-positivisme pour développer des méthodes permettant d'investiguer les différentes expériences de santé des personnes et les différents phénomènes auxquels les infirmières sont confrontées (Carper, 1978; Chinn & Kramer, 2008; Rodgers, 2005). Si elles veulent être à même d'apporter leur contribution particulière à la résolution des défis à venir dans le domaine de la santé, les infirmières doivent rapidement œuvrer dans le sens de la professionnalisation.

Aller vers l'universalisme

Le second mouvement, consiste à créer des partenariats avec d'autres professions et d'autres groupes sociaux pour penser le développement du système de santé. Pour ce faire, il s'agit d'éviter de tomber dans les travers de la professionnalisation ou, pour le dire autrement, d'éviter les pièges du particularisme comme l'exclusion d'alternatives thérapeutiques valables, la division rigide du travail sanitaire associée à un développement continu de professions complémentaires, le sur-traitement, la sur-spécialisation ou la dépendance des individus (Ferlie, 1997; Ruttly, 1998). Une attention toute particulière est de mise face aux écueils générés par le New Public Management tels la bureaucratisation de l'activité infirmière, la standardisation à outrance des pratiques dans des protocoles, l'impact des pressions financières exercées par les autorités ou les tiers payants sur leurs pratiques (Ferlie, 1997). Enfin, il est déterminant de prendre en compte le développement de l'expertise et du libre-arbitre de la population en général. Cela se manifeste entre autres par une plus grande assurance chez les usagers ou la tendance à faire appel à la justice pour régler des conflits (Ferlie, 1997).

À la fois structurant et déstructurant, ce double mouvement est riche de potentiels, mais il recèle aussi de nombreux dangers.

Dé-professionnalisation : des risques pour les soins infirmiers ?

A notre connaissance, la déprofessionnalisation est de prime abord une « affaire bizarre » pour la profession infirmière en Suisse. Cette thématique n'a pas encore été discutée de manière approfondie par les infirmières de ce pays ou alors en dénonçant certaines de ses dimensions sans forcément utiliser le concept dans sa totalité (cf. par exemple, les articles de politique professionnelle dans la revue Soins Infirmiers). Devraient-elles prendre du temps pour le faire, alors que, comme nous l'avons vu, elles ont d'immenses défis à relever pour achever leur professionnalisation ? Y sont-elles peu sensibles puisque ce processus n'est pas encore terminé ? On pourrait par exemple penser qu'elles n'ont que peu d'acquis à défendre... Il semble plutôt que les infirmières ont peu d'occasion de dénoncer publiquement

ce phénomène, ou quelques unes de ses composantes, et d'être entendues. Cela tient probablement à la situation relativement modeste de la profession dans le champ de la santé. Aujourd'hui encore, malgré les efforts intenses déployés par leur association professionnelle pour investir l'arène politico-administrative, elle peine à se faire reconnaître comme interlocutrice incontournable du système de santé suisse. Une partie des raisons qui expliquent cette place encore discrète sur l'échiquier politiques est à chercher du côté de relais encore modestes, d'un lobby peu puissant par rapport à ceux d'autres acteurs ou groupes sociaux dans ce champ et, très certainement aussi, par manque de prestige de la profession – on admire les infirmières à titre personnel, mais pas leur activité (Guinchard, Hirsch-Durrett, & Valarino, 2009).

Un autre facteur nourrit et est nourri de cette difficulté à être entendues : la présence très récente de la discipline infirmière dans les Hautes Ecoles Spécialisées (dès 2002) et dans les universités (dès 2000 à Bâle et dès fin 2007 à Lausanne). Jusqu'ici, les infirmières-chercheuses suisses ont eu peu d'occasion de vérifier l'existence de signes qui attesteraient scientifiquement de la déprofessionnalisation. Il est complexe pour une discipline nouvelle dans le paysage académique suisse de se faire une place parmi les autres. Il est de ce fait difficile d'obtenir des fonds pour certaines recherches, en particulier pour développer des programmes qui n'ont pas d'intérêt direct pour la santé de la population, comme, par exemple, ceux s'intéressant à la situation professionnelle et à son histoire. Dès lors, fournir un argumentaire, qui s'appuie sur un large corpus de faits avérés, est une gageure.

Ces quelques obstacles ne doivent pas empêcher de réfléchir au phénomène de la déprofessionnalisation. Des signes y relatifs existent qui sont soit régulièrement débattus à l'intérieur du groupe professionnel, soit dénoncés publiquement. Pour cette réflexion, il est intéressant de distinguer les facteurs de risque interne à la profession des facteurs de risque externe. Avant leur évocation, rappelons que ce propos n'a aucune prétention à l'exhaustivité, il vise simplement à susciter des questionnements et à initier des discussions.

Facteurs de risque interne

Le genre féminin de la profession (Oulevey Bachmann, 2001, 2006) lui fait courir un risque de déprofessionnalisation. Une des répercussions de cette caractéristique est le manque de visibilité, de poids politique des infirmières. Elles peinent à faire re-connaître leur apport déterminant au système de santé (Guinchard, et al., 2009). Elles peinent aussi à faire entendre par exemple à quel point leur activité rapporte, plutôt que coûter. Ce faisant, cette profession est exposée à des tentatives de fragmentation de son activité pour des motifs économiques.

La forte médicalisation de la profession infirmière en Suisse (Francillon, 1998) lui fait courir un risque de déprofessionnalisation précoce. L'acculturation continue des infirmières par cette discipline a eu et a encore pour conséquences que les infirmières peinent à trouver légitime le fait d'acquiescer et de revendiquer l'utilisation d'un savoir disciplinaire infirmier.

La profession peine à s'entendre sur un modèle de formation adéquat : même si l'Association des infirmières et infirmiers a clairement pris position à ce sujet en 2006 – le diplôme de base doit être un Bachelor, divers modèles coexistent. Cette scission nuit certainement au développement professionnel et à l'attractivité de la profession. Ces hésitations sont autant d'occasions laissées à d'autres acteurs du champ de la santé et au pouvoir politique d'affaiblir la profession infirmière en profitant de ses dissensions internes pour faire perdurer divers modèles de formation et pour légitimer certaines divisions du travail qui n'ont pourtant pas de sens du point de vue disciplinaire.

Un autre risque interne est d'ordre sémantique. Foucault a montré depuis longtemps comment les mots construisent la réalité. Pour les francophones, le sentiment est qu'en allemand, on se trouve dans une sorte d'impasse sémantique. Le terme « Pflege » désigne ce qu'en français on nomme « soin infirmier ». Mais il est, sauf erreur, aussi utilisé pour décrire d'autres sortes de soin. Il apparaît dès lors comme trop général pour contribuer à construire une véritable identité professionnelle. Bien qu'imparfait, le terme « soin infirmier », semble plus stratégique. En lui-même, il signe l'existence d'une discipline professionnelle spécifique par l'ajout d'un adjectif à un terme polysémique « soin ». Une autre source de réflexion d'ordre sémantique pourrait être la grande proximité qui existe entre les termes Pflegefachfrau-mann, l'infirmière-er en allemand, et Fachfrau-mann Gesundheit (FAGE), son auxiliaire. Le terme infirmier-ère en français contient en lui-même quelque chose qui le distingue des autres professions. Il en va d'ailleurs de même pour l'auxiliaire de l'infirmière, l'Assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC). Ce vocable comporte la notion d'assistantat dans son appellation, posant d'emblée les rapports de travail existants entre les deux. Les mots sont donc piégeant dans un pays où se côtoient diverses cultures. Ils rendent complexe la communication entre infirmières romandes et alémaniques : parlent-elles vraiment des mêmes choses ? Veulent-elles les mêmes choses ?

Il y a assurément d'autres facteurs de risques internes. Plutôt que de poursuivre leur évocation, penchons-nous sur quelques facteurs de risques externes à la profession.

Facteurs de risque externe

Une première source de déprofessionnalisation existe dans la manière qu'ont les autorités politiques et sanitaires de ce pays de traiter le problème récurrent de la pénurie de personnel infirmier. Depuis 50-60 ans, on reproduit la même erreur de manière quasi obsessionnelle. On croit tout d'abord qu'il suffit de diviser et répartir verticalement le travail des soins infirmiers (infirmières HES, ES, ASSC, Attestation fédérale...) pour faire face au manque de personnel. Ce faisant on prend le risque de confier à du personnel, moins ou peu qualifié, des tâches pour lesquelles toutes les recherches scientifiques montrent qu'il est important de disposer d'une formation solide : employer du personnel hautement qualifié est plus sûr, plus économique, plus efficace (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002). Ensuite, en taylorisant les prises en charge, on pense pouvoir disposer de plus de personnel. Or, rien ne permet de le vérifier. Par contre ce qui est avéré, c'est que lorsque les infirmières voient leur travail réduit en miettes – pour paraphraser Friedmann – elles quittent la profession très rapidement. On dispose de travaux qui attestent du lien entre perte de sens du travail infirmier et abandon de carrière (Conseil International des Infirmières, 2006). Finalement, en offrant des conditions de formation, d'emploi, de travail et des perspectives d'avenir professionnel peu attractives, on génère des plaintes récurrentes dans cette population. On sait que ces plaintes ont un effet répulsif sur des candidat-e-s potentielle-s (Chaves, 2005; Cohen, 2004).

Une autre source de déprofessionnalisation est inhérente au développement d'une vision néolibérale de la prise en charge des problèmes sanitaires : le virage ambulatoire entraîne un report de tâches, assurées auparavant par les services de santé, sur les familles. Les conséquences pour les patients et leur entourage, tout particulièrement les femmes, sont lourdes, même si par ailleurs les familles apprécient le fait d'avoir plus de pouvoir dans ce nouveau type de situation (Ducharme, 2006; Dufey, Bovey, & Beetschen, 2003). En faisant disparaître certains soins dans la sphère privée, à des fins d'économies, sans en mesurer les conséquences sur la santé à moyen et long terme, on invisibilise la valeur des soins professionnels et leurs résultats lorsqu'ils sont donnés par des personnes bien formées.

On pourrait aussi développer une réflexion sur la pertinence d'outils tels que les Swiss DRG et leur pouvoir sur les futures pratiques professionnelles : les infirmières sauront-elles / pourront-elles persister à pratiquer en fonction de la situation particulière de chaque personne ? Ou seuls les montants à disposition par diagnostic médical dicteront-ils des standards et des niveaux de soins infirmiers ? Le postulat sous-jacent à cette manière de faire est qu'il y a une homologie entre diagnostic médical et diagnostic infirmier. Or, ce n'est pas le cas puisque la perspective infirmière sur une problématique de santé diffère de celle posée par la médecine.

Des outils de mesure des activités de soins infirmiers ont des effets allant dans le sens d'une déprofessionnalisation. Prenons l'exemple d'un outil utilisé pour mesurer l'activité des infirmières à domicile dans le Canton de Vaud. Ces infirmières dénoncent en quoi et comment un tel système influe de manière pernicieuse sur leurs pratiques, en particulier leurs pratiques relationnelles. Alors que ces dernières sont au cœur même de leur activité, cet outil minimise leur importance.

L'évocation de ces quelques exemples suffit pour voir que les risques de déprofessionnalisation de la profession infirmière sont nombreux.

Ce ne serait peut-être pas trop grave s'il ne s'agissait que de son statut, voire, on pourrait être cynique, de sa disparition. Ce serait juste un aléa de l'histoire... Un simple output à moyen terme de tendances observées dans les politiques publiques... Ce serait triste, mais le regard historique enseigne une sorte de relativisme... Il montre souvent que, si les dénominations disparaissent, le travail d'entretien de la vie, lui, est un universel dans le temps et dans l'espace (Collière, 1982; Nadot, 2008a) ! Pourtant, il y a lieu de dénoncer ces risques de manière très vive, car les conséquences sont catastrophiques pour la santé de la population : les USA et le Canada ont quelques années « d'avance » sur la Suisse en la matière... Les enseignements à retirer de leurs expériences sont consignés dans des rapports, des études scientifiques sérieuses... Ne devraient-ils pas orienter les décisions politiques et professionnelles concernant la professionnalisation des soins infirmiers ? Alors, comment faire pour prendre en compte une partie des critiques faites par les tenants de la déprofessionnalisation pour favoriser une professionnalisation responsable ?

Pistes pour une professionnalisation infirmière responsable

Les quelques pistes de réflexion qui suivent ne sont en aucun cas exhaustives. Elles ont pour intention de montrer l'importance de poursuivre le mouvement de professionnalisation des soins infirmiers pour la santé de la population, tout en veillant à ne pas tomber dans les travers qu'elle peut générer si elle est mal maîtrisée.

Des formations comme les autres

Nous l'avons vu, les tergiversations internes en matière de formation sont une porte ouverte à la déprofessionnalisation. Tel qu'il est pensé aujourd'hui, le système de formation suisse permettrait de développer, pour les soins infirmiers, un modèle unique, logique et adapté aux besoins futurs. Il s'agit exclusivement d'une question de volonté politique : on aurait les moyens de promouvoir un tel système de formation et, si nécessaire, de prévoir des mesures transitoires d'accompagnement pour éviter toute pénurie de candidatures dans les filières soins infirmiers et ce, partout en Suisse.

Ce qui se passe actuellement en Romandie doit contribuer à soutenir cette volonté d'oser aller de l'avant. Depuis que la formation de base est dispensée en HES et que le corps infir-

miers a accès à un cursus complet de formation du Bachelor au Doctorat, les effectifs ont augmenté de 20% dans les écoles. Ayant de véritables perspectives d'avenir, cette formation professionnelle est attrayante et susceptible d'attirer par exemple une partie des cohortes de personnes qui s'orientent vers des filières surchargées telles que la psychologie. Les étudiant-e-s apprécient tout simplement de savoir qu'il leur sera possible de faire carrière en ayant les mêmes opportunités de développement professionnel que dans les autres professions. D'ailleurs, cette mesure pour lutter contre la pénurie est précisément l'une de celles préconisée par le CII, organe faîtière mondial des associations nationales infirmières, (Conseil International des Infirmières, 2006).

Un ordre professionnel

Pour se faire entendre et pour que qu'elles soient écoutées, il faudrait œuvrer à créer un ordre professionnel national, interlocuteur et répondant de la qualité des prestations infirmières. Les infirmières ne peuvent rester indéfiniment sous l'aile protectrice de leurs collègues médecins... Le temps est venu qu'elles aient les mêmes droits et surtout les mêmes devoirs, les mêmes comptes à rendre au public et aux décideurs que les autres professions de la santé. Nous avons vu que l'autonomie est une notion qui est apparue très tardivement dans les curricula des écoles, nous avons également vu qu'elle ne pouvait apparaître tant que les femmes suisses ne s'étaient pas vues accorder ce droit sur le plan civil et civique. Les choses changent et, à l'image des pays qui nous entourent, il est temps pour les membres de cette profession de se donner les moyens d'être pleinement responsables de leurs actes. C'est une manière de lutter contre la déprofessionnalisation. Ainsi, les infirmières seraient en mesure de s'associer avec d'autres, sur un pied d'égalité, pour réfléchir et articuler les mandats sociaux qui leur seraient confiés. Cela donnerait également la possibilité de créer une communauté de professionnels de la santé qui ait du poids face aux tiers payants et aux autorités.

Faire, enseigner et utiliser l'histoire pour construire l'avenir

Face aux nouveaux développements dans le domaine de la santé, rester enfermés dans les modèles du passé équivaldrait, pour la profession infirmière, à ne pas essayer de corriger la trajectoire mortifère observée dans les politiques publiques actuelles et dans les visions de certaines collègues. Pour s'en distancer, il est impératif de faire l'histoire des soins infirmiers en Suisse, de comprendre de quelle manière la profession a été travaillée par les mécanismes sociaux (relations de genre, de classe, phénomène de professionnalisation).

Ce travail a été fait de manière magistrale par des historiennes canadiennes (Cohen, 2004; MacPherson, 1996). En Suisse, Francillon et Brauschweig produisent des travaux qui vont dans ce sens. Faire l'histoire ne suffit cependant pas. Encore faut-il l'enseigner et que les infirmières-ers et leurs partenaires dans le domaine de la santé la connaissent et apprennent à en tirer des enseignements. Comment construire l'avenir si on ne sait pas comment le passé travaille le présent ?

L'histoire ne doit bien évidemment pas amener à une chasse aux sorcières, mais elle pourrait inspirer les groupes sociaux actifs dans le domaine de la santé pour créer de nouveaux rapports, de nouvelles manières de collaborer. Une approche socio-historique est donc indispensable pour se préserver de la déprofessionnalisation dans le sens où elle permet de procéder à une autocritique générale pour corriger ce qui doit l'être. C'est une des manières qui aiderait à penser des politiques de santé qui soient conjointes aux professions qui y oeuvrent. L'histoire est indispensable pour discuter ouvertement des intérêts cachés, des rapports de pouvoir, des conflits d'intérêts et pour construire un front apte à promouvoir ce que

ces professionnel-le-s ont en commun : le mieux-être et la santé de la population (Rutty, 1998).

De nouveaux modèles de professionnalisation infirmière

Une autre piste paraît féconde pour les soins infirmiers : cesser de se demander ce que font les infirmières pour réfléchir à ce qu'elles savent (Chinn & Kramer, 2008; Rodgers, 2005). Il est important qu'elles aient confiance en leurs ressources scientifiques : elles disposent d'études fiables qui indiquent des pistes à suivre pour innover. Ces recherches attestent de la justesse de certains modèles de professionnalisation infirmière déjà en vigueur dans d'autres pays (pays nordiques, pays anglo-saxons, en particulier l'Australie). D'autres font la preuve de l'excellence et de l'efficacité des prestations lorsqu'elles sont pensées en articulant les apports des professions médicale et infirmière (Rosenstein, 2002; Rosenstein & O'Daniel, 2005; Schmalenberg & Kramer, 2009; Thomson, 2007). Il est de la responsabilité des infirmières suisses de porter ce message, de faire confiance à ce qu'elles savent pour éclairer les politiques et les décideurs. Et il est de la responsabilité de ces derniers, de laisser du temps aux infirmières pour intégrer et appliquer ces connaissances dans les pratiques. N'oublions pas que la médecine se trouvait dans cette situation-là dans les années 1890... Par exemple, il serait possible de réfléchir entre professionnels de la santé au développement de solutions de prise en charge originales qui permettent à chaque profession de déployer ses compétences spécifiques au service du mieux-être de la population. On peut penser au développement de la pratique infirmière avancée et de son articulation avec la pratique médicale. Par pratique infirmière avancée, il faut entendre « l'application d'une gamme étendue de compétences pratiques, théoriques et de recherche en regard de phénomènes vécus par les patients dans un domaine spécialisé faisant partie de la discipline infirmière » (Hamric, Spross, & Hanson, 2009). Ces modèles de professionnalisation intéressent beaucoup les infirmières suisses. Elles sont toutefois attentives à ne pas tomber dans le piège de les adopter sans se déterminer à leur sujet de manière critique. Parmi les modèles³ de *nurse practitioner*, certains poursuivent et reproduisent simplement la division taylorienne verticale du travail entre médecins et infirmières : les infirmières, comme elles l'ont fait au fil du siècle dernier, ne feraient alors que reprendre à leur charge des tâches médico-déléguées délaissées par les médecins sans développer leur domaine spécialisé. Et, dans les modèles de *case-manager*, certains promulguent des approches centrées exclusivement sur la logique économique. Or, les infirmières recherchent l'efficacité – un rapport coût-qualité. Dans leur vision des choses, la qualité doit être définie par un processus politique transparent et cette définition doit être en phase avec leur déontologie professionnelle. A leurs yeux, les coûts, pour le dire autrement les économies, doivent être appréhendés sur le long terme. Il se trouve que les modèles décrits par Hamric et al. (2009) sont loin de ces potentielles dérives. Ils promulguent une pratique infirmière avancée au sens professionnalisant du terme. Ils encouragent le partenariat au service des usagers entre les professions du champ de la santé. Ils peuvent être une source d'inspiration pour penser la pratique infirmière de demain au plus proche des besoins de santé des personnes et des communautés.

Pour conclure

En somme, la déprofessionnalisation comporte d'énormes risques non pas pour la profession infirmière, mais pour la santé de la population à laquelle cette profession contribue de manière déterminante. Dans la littérature infirmière internationale, il y a un grand débat entre

³ Plusieurs modèles de *nurse practitioner*, respectivement, de *case-manager* sont décrits dans la littérature.

les tenants de la poursuite du processus de professionnalisation et ceux qui militent pour la déprofessionnalisation (Rutty, 1998). En lisant quelques unes de ces prises de position, l'on s'aperçoit que ce qui se cache derrière leurs controverses est de déterminer quel type de professionnalisation visent les infirmières (Coyler, 2004; Keogh, 1997; Parkin, 1995; Rutty, 1998). En effet, elles se rendent compte qu'il existe des risques de dérives à plusieurs niveaux (ethnocentrisme, atteinte à l'autonomie des bénéficiaires de soins, développement de savoirs ne couvrant pas tous les champs des soins). Ainsi, à leurs yeux, tant la professionnalisation que la déprofessionnalisation font courir certains risques à la santé de la population.

En Suisse, il est important que le corps infirmier ait à l'esprit que les risques liés à ces deux phénomènes ne viennent pas seulement de l'extérieur, mais également de l'intérieur de la profession. Sans cette double conscience, le danger serait de ne se poser qu'en victimes, passives (Chaves, 2005), et de rester un objet de l'histoire. Or, les discussions autour d'une possible déprofessionnalisation représentent également une occasion propice pour cette profession infirmière en plein processus de professionnalisation. Premièrement, cela attire son attention sur des dérives ou des extrémités dans lesquelles pourrait les entraîner un processus de professionnalisation qui aurait perdu de vue son objectif principal : rendre service à la population en entretenant la vie et la santé de ses membres. Secondement, cela incite à se penser comme membre d'une communauté composée d'autres groupes sociaux qui ont chacun leur apport spécifique pour œuvrer au bien-être de la population. En ce sens, le phénomène de déprofessionnalisation incite le corps infirmier à préciser clairement quel est son apport et quelle place il peut assumer en s'appuyant sur les nombreux travaux déjà produits à travers le monde et en Suisse. Il l'oblige à revisiter ses fondements, générant par là, on peut l'espérer, le sentiment d'une identité construite à la fois à partir de ce que les infirmières savent et à partir de leurs interactions avec les autres groupes sociaux. Car, avec eux, les infirmières forment la communauté des spécialistes de la santé et des maladies. Ensemble, il est de leur devoir, au sens déontologique du terme, de promouvoir l'adoption de politiques publiques qui répondent aux besoins de santé de manière efficiente, efficace et, surtout, en leur conservant une approche humaniste.

Si cette communauté de spécialistes ne se pose pas en un collectif d'acteurs et d'actrices du domaine de la santé pour œuvrer de toutes ses forces dans ce sens, qui va le faire à sa place ? Et comment ?

Références

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Association Suisse des Infirmières et Infirmiers. (1998) Les infirmières et la recherche: principes éthiques. Berne: Association Suisse des Infirmières et Infirmiers.
- Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (2003). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne: Association Suisse des Infirmières et Infirmiers.
- Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (2007). *Position éthique 2: responsabilité et qualité dans les soins infirmiers*.
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advanced in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Chaves, G. (2005). *Etude sur l'image que la profession « Infirmière » a d'elle-même*. Lausanne: Département de la santé et de l'action sociale, service de la santé publique de l'Etat de Vaud.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing* (6 ed.). St Louis: Mosby Elsevier.
- Cohen, Y. (2004). Rapport de genre, de classe et d'éthnicité: l'histoire des infirmières au Québec. *CBMH*, 21(2), 387-409.
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris: Masson & InterEdition.
- Conseil International des Infirmières (2006). *La pénurie de personnel infirmier: domaines d'action prioritaire*. Genève: Conseil International des Infirmières.
- Coyler, H. M. (2004). The construction and development of health professions: where will it end? *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 406-412.
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The Discipline of Nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.
- Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées. Enjeux, défis et stratégies*. Montréal: Beauchemin.
- Dufey, A.-F., Bovey, G., & Beetschen, P. (2003). Maintien à domicile des personnes âgées, quels soutien pour les proches ? Un reflet de la situation dans les cantons de Vaud et Genève. *Les Cahiers du Centre Leenaards pour la Personne Agée*, 1, 1-60.
- Ferlie, E. (1997). Large-scale organizational and managerial change in health care: a review of the literature. *J Health Serv Res Policy*, 2(3), 180-189.
- Fragnière, J.-P. (1984). *Maîtriser la division du travail dans les professions sociales et les professions de la santé*. Lausanne: Réalités sociales.
- Francillon, D. (1998). Quand l'histoire des femmes se noue avec celle des infirmières. *Perspective soignante*(2), 103-125.

- Francillon, D. (2008). *Enjeux et dynamique de la formation de gardes-malades à celle de soins infirmiers. Une école-hôpital: La Source 1859-1977*. Lausanne: Haute Ecole de la Santé La Source.
- Guinchard, B., Hirsch-Durrett, E., & Valarino, I. (2009). *Remboursement partiel des soins : quel statut politique pour les soins dans l'assurance-maladie ? Une analyse exploratoire du processus politique de définition des soins dans le cadre des débats sur la révision de l'assurance obligatoire des soins en Suisse (1998 - 2008)*
Lausanne: Haute Ecole de la Santé La Source.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing*. St Louis: Saunders Elsevier.
- Illitch, I. (1975). *Nemesis médicale, l'expropriation de la santé*. Paris: Seuil.
- Keogh, J. (1997). Professionalization of nursing: development, difficulties and solutions. *Journal of Advanced Nursing*(25), 302-308.
- MacPherson, K. (1996). *Bedsides Matters: the Transformation of Canadian Nursing: 1900-1990*. Toronto: Oxford University Press.
- Nadot, M. (2008a). La fin d'une mythologie, le modèle d'intermédiaire culturel. In C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier: au coeur de la discipline et de la profession* (pp. 359-382). Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Nadot, M. (2008b). Prendre soin: aux sources de l'activité professionnelle. In C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier: au coeur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin Editeur.
- Oulevey Bachmann, A. (2001). *Pénurie d'infirmières: une perspective genre pour éclairer l'invisible ?*, Université de Lausanne, Lausanne.
- Oulevey Bachmann, A. (2006). *Infirmières à La Source 1903-1980: une orientation professionnelle entre conformisme et émancipation*. UNIL et UNIGE, Lausanne.
- Parkin, P. A. (1995). Nursing the future: a re-examination of the professionalization thesis in the light of some recent development. *Journal of Advanced Nursing*(21), 561-567.
- Provencher, H., & Fawcett, J. (2002). Les sciences infirmières: une structure épistémologique. In O. Goulet & C. Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers: vers de nouvelles perspectives*. Beauchemin (Québec): G. Morin.
- Rodgers, B. L. (2005). *Developing nursing knowledge: Philosophical traditions and influences*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rosenstein, A. H. (2002). Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs*, 102(6), 26-34.
- Rosenstein, A. H., & O'Daniel, M. (2005). Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs*, 105(1), 54-64; quiz 64-55.
- Rutty, J. E. (1998). The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *J Adv Nurs*, 28(2), 243-250.
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2009). Nurse-physician Relationships in Hospitals: 20000 Nurses Tell Their Story. *Critical Care Nurses*, 29(1), 74-83.

Thomson, S. (2007). Nurse-Physician Collaboration: A Comparison of the Attitudes Of Nurses and Physicians in The Medical -Surgical Patient Care Setting. *Medsurg Nursing*, 16(2), 87-104.