

RECHERCHE

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

Panorama of the Nursing Models used by Chief Nursing Officers in bilingual and French speaking Belgian hospitals

Dan LECOQ

Infirmier, Ph.Dc santé publique, Maître de conférences, École de santé publique, Centre de recherche en économie de la santé, gestion des institutions de soins et sciences infirmières, Université libre de Bruxelles, Belgique

Hélène LEFEBVRE

Infirmière, Ph.D, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Canada

Lucie BACHELET

Infirmière, Étudiante M.Sc santé publique, Enseignante, École de santé publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique

Ouassinia BERRABAH

Infirmière, M.Sc santé publique, École de santé publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique

David DYIKPANU

Infirmier, M.Sc santé publique, Enseignant, École de santé publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique

Daniel MARTIN

Infirmier, Étudiant M.Sc santé publique, École de santé publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique

Damien SIDDU

Infirmier, M.Sc santé publique, Enseignant, École de santé publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique

Yves MENGAL

Infirmier, Ph.Dc santé publique, Maître de conférences, École de santé publique, Centre de recherche en économie de la santé, gestion des institutions de soins et sciences infirmières, Université libre de Bruxelles, Belgique

Magali PIRSON

Infirmière, Ph.D santé publique, Chargée de cours, École de santé publique, Centre de recherche en économie de la santé, gestion des institutions de soins et sciences infirmières, Université libre de Bruxelles, Belgique

Pour citer l'article :

Lecocq D, Lefebvre H, Bachelet L, Berrabah O, Dyikpanu D, Martin D, Siddu D, Mengal Y, Pirson M et al. Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues. Rech Soins Infirm. 2017 Jun;(129):27-51.

Adresse de correspondance :

Dan Lecocq : dan.lecocq@ulb.ac.be

RÉSUMÉ

La mobilisation d'une conception infirmière dans le champ de la gestion par les cadres infirmiers présente des bénéfices directs et indirects pour le patient comme pour les professionnels. Selon le modèle de soins infirmiers (MSI) retenu, les concepts de personne, de santé, de soins et d'environnement sont très variables et teintent la pratique différemment. Nous avons cherché à savoir si les chefs de département infirmier (CDI) hospitaliers des hôpitaux belges francophones et bilingues intègrent une conception infirmière dans la politique de leur département. Nous avons opté pour une recherche quantitative à visée descriptive et corrélationnelle à laquelle 97,5 % des CDI (78/80) ont participé. Il ressort qu'un modèle de soins infirmiers sous-tend l'action du département infirmier dans seulement 38 % des cas (30/78). Là où un MSI est utilisé, il est généralement communiqué explicitement au personnel (26/30). Parmi les modèles utilisés, celui de Virginia Henderson domine (26/30). L'ancienneté du CDI dans sa fonction ainsi que des variables liées au parcours d'enseignement et au milieu clinique semblent influencer les résultats. Les modèles relevant du paradigme de la transformation restent rares. Il convient à présent de poursuivre les recherches en vue de comprendre l'expérience des chefs de département infirmier par rapport aux modèles de soins infirmiers.

Mots clés : modèles de soins infirmiers, département infirmier hospitalier, administration des services infirmiers, théorie des/en soins infirmiers, Belgique.

ABSTRACT

The use of a Nursing Model (NM) for nursing administration offers direct and indirect benefits for patients as for nurses. Depending the chosen NM, the concepts of person, health, nursing and environment are very different. Each NM has its special vision of the practice of nursing. The study investigated whether the Chief Nursing Officers (CNO) of the bilingual and French speaking Belgian hospitals integrate Nursing Models in the politics of their department. A quantitative descriptive and correlational survey was conducted. 97.5 % of the concerned CNO (78/80) participated to the research. It appears that a Nursing Model underlies the action of the nursing department in only 38 % of the departments (30/78). Where a Nursing Model is used, it is explicitly communicated to staff (26/30). Among the Models used, that of Virginia Henderson dominates (26/30). The seniority of the CNO in its function as well as variables related to educational courses and clinical context appear to influence the results. The Nursing Models of the paradigm of transformation remain rarely used. A qualitative research would be relevant to deepen the understanding of the experience of CNO related to Nursing Models.

Key words : models, nursing, nursing service, hospital, nursing, supervisory, nursing theory, Belgium.

INTRODUCTION

Selon Allgood (1), la discipline infirmière est rentrée au XXI^{ème} siècle dans « l'ère de l'utilisation de la théorie [infirmière] » : la théorie en sciences infirmières guide à présent l'enseignement, la pratique, et la gestion des soins infirmiers.

Partant de ce postulat, l'interrogation suivante est née : peut-on être aussi affirmatif dans le contexte de la Belgique francophone ?

Que sait-on notamment de l'utilisation des modèles de soins infirmiers (MSI)¹ qui précisent « la façon de considérer le service spécifique que les infirmières offrent à la société et circonscrivent leur domaine de responsabilité » (2) et qui,

¹ Pepin et al (2) utilisent le terme de « conceptions » pour désigner les modèles conceptuels de soins infirmiers et les distinguent des « théories » qui ont trait à l'explication d'un phénomène d'intérêt particulier de la discipline. Dans la suite de cet article, la même terminologie a été adoptée, considérant comme synonymes et interchangeable les termes « modèles conceptuels de soins infirmiers » (MSI) et « conceptions infirmières », distincts des « théories ».

selon certains auteurs, contribuent à affirmer la singularité de la profession infirmière et son émancipation progressive tant dans les milieux cliniques que dans les milieux académiques (3, 4) ?

■ Modèles de soins infirmiers en Belgique francophone

Quels sont les modèles conceptuels de soins infirmiers mobilisés par les professionnels ? Dans quelles écoles s'inscrivent ces MSI ? De quel paradigme relèvent-ils ?

L'intégration des conceptions infirmières en Belgique francophone, tant dans le domaine de l'enseignement en soins infirmiers que dans ceux de la pratique clinique et de la gestion, est mal documentée.

■ Dans le domaine de l'enseignement

Dans la grille de programme de cours établie par les autorités publiques responsables du programme de formation des bacheliers en soins infirmiers, la question des modèles

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

conceptuels de soins infirmiers n'est pas abordée (5). Il n'est pas non plus fait référence aux conceptions infirmières dans le référentiel de compétences associé (6). Le terme « discipline infirmière » n'apparaît pas dans ces documents.

Au niveau du premier cycle de l'enseignement supérieur (bachelor/licence), tous les réseaux d'enseignement - officiel (public), libre non confessionnel (privé, neutre) et libre confessionnel (privé, religieux) - sont soumis aux mêmes obligations et bénéficient d'une liberté pédagogique pour tout ce qui n'est pas précisé par le législateur. Cela permet aux institutions qui le souhaitent d'introduire éventuellement ces notions dans le curriculum de formation.

Depuis l'impulsion donnée par le Conseil International des Infirmières (CII) en 1969 par la diffusion de l'ouvrage de Virginia Henderson « Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII » (7), son modèle conceptuel de soins infirmiers serait celui le plus fréquemment utilisé dans l'enseignement, mais l'équipe de recherche n'a pas trouvé trace d'études menées à ce sujet (8).

Il n'y a pas de master ni de doctorat en science infirmière organisés en Belgique francophone.

Les infirmiers qui souhaitent poursuivre leur formation dans le champ de la discipline sont donc contraints de s'expatrier ou de choisir une autre discipline académique, généralement celle de la santé publique, qui leur permet d'accéder à des fonctions d'encadrement.

Encore aujourd'hui, l'enseignement de la science infirmière n'est donc pas généralisé, ni dans le cadre des formations de base, ni dans les formations d'encadrement, contrairement aux recommandations des auteurs (9).

■ Dans la pratique clinique

Dans la pratique clinique, l'utilisation d'un modèle de soins infirmiers n'est pas explicitement recommandée par les autorités publiques.

Notons l'existence d'un code de déontologie qui a essentiellement une portée morale, compte tenu de l'absence d'ordre infirmier. Il est le fruit d'un consensus entre l'ensemble des associations professionnelles (10). Ce code mobilise les concepts centraux de la discipline sans faire référence aux conceptions infirmières.

■ Dans le domaine de la gestion

Aucun texte légal ne prévoit d'obligations explicites en matière de modèle de soins infirmiers.

On retrouve cependant indirectement des éléments issus des conceptions infirmières si on examine les textes légaux réglant l'usage et la structure du dossier infirmier. Relevons

que l'anamnèse du patient doit notamment contenir « les modifications actuelles et potentielles de ses besoins » et le plan de soins les « problèmes de soins infirmiers et/ou diagnostics infirmiers » (11). Ces éléments semblent faire plus facilement écho à des conceptions infirmières s'inscrivant dans l'école des besoins et par conséquent dans le paradigme de l'intégration.

Des obligations légales président au développement de logiciels de dossiers informatisés qui reprennent cette logique et la pérennisent.

Comme dans l'enseignement, tous les réseaux de soins - officiel (public), libre non confessionnel (privé, neutre) et libre confessionnel (privé, religieux) - sont soumis aux mêmes obligations légales en matière de soins infirmiers et bénéficient de latitudes organisationnelles pour tout ce qui n'est pas précisé par le législateur. L'intégration d'un modèle conceptuel de soins infirmiers est donc possible, mais aucune information n'est disponible à ce sujet.

■ Bénéfices de l'utilisation d'un modèle conceptuel de soins infirmiers dans le domaine de la gestion

Avant d'investiguer davantage quant à la mobilisation des modèles conceptuels de soins infirmiers dans le champ de la gestion en Belgique francophone, l'équipe de recherche a voulu vérifier si l'utilisation d'une conception infirmière présente des bénéfices dans le domaine de la gestion comme le suggèrent notamment Allgood et Pepin et al. (12, 1, 2).

Une revue de littérature à ce sujet a été réalisée en utilisant l'algorithme de recherche {(MH « Nursing Administration ») AND (MH « Nursing Models, Theoretical+ »)} dans CINHAL Complete, ce qui a permis de recenser 107 références disponibles sur la période 1982-2015. Treize publications disponibles en texte intégral et les résumés de 52 d'entre elles ont été jugés pertinents et ont fait l'objet d'un examen approfondi. Une consultation des ouvrages de référence a été réalisée. La technique « boule de neige » à partir des bibliographies des articles et des ouvrages de référence consultés a également été utilisée.

Cette recension des écrits laisse penser qu'effectivement, l'utilisation d'une conception infirmière dans le champ de la gestion est potentiellement bénéfique pour les patients comme pour les professionnels infirmiers.

■ Bénéfices directs pour les patients

Dans les années 1990, plusieurs auteurs se sont penchés sur la question de l'intégration d'un modèle de soins infirmiers au sein d'un département infirmier et sur son éventuelle plus-value pour les patients (13). Des chercheurs se sont intéressés plus spécifiquement à celui d'Orem (14, 15), de Roy (16), de

Rogers (17) et au *caring* (18). La littérature semble cependant relativement pauvre en ce qui concerne les bénéfices directs pour le patient résultant de l'utilisation d'un modèle conceptuel de soins infirmiers en général. Par contre, certains modèles spécifiques ont été évalués et leurs bénéfices clairement mis en évidence (3). Ainsi, une étude réalisée par l'Université du Colorado a démontré que l'utilisation d'un modèle conceptuel - adapté d'après la théorie de Watson - et d'une pratique de soins basée sur le partenariat permettait d'accroître la satisfaction des patients et de réduire les coûts hospitaliers. Les auteurs expliquent ces résultats par la reconfiguration de l'offre de services dans une optique de « *total care* » conforme à la philosophie du modèle. Cette reconfiguration en cohérence avec une conception explicitement infirmière se traduit par un nombre inférieur de visites médicales et de réadmissions, ainsi que par une diminution de la durée moyenne de séjour (19).

BÉNÉFICES INDIRECTS POUR LES PATIENTS

Par ailleurs, au travers d'un jeu d'inter-influences, les cadres qui utilisent les modèles de soins infirmiers interviennent de façon consciente et dirigée sur le rôle des infirmières qui proposent des soins orientés de façon différente au bénéfice des patients.

L'usage d'un modèle de soins infirmiers dans le domaine de la formation semble faciliter l'acquisition de la capacité de réaliser une démarche de soins professionnelle compte tenu du fait qu'un modèle de soins infirmiers définit le cadre et structure la pratique infirmière. Il imprime une ligne de conduite spécifique pour l'utilisation d'une démarche scientifique de soins (3) ou aboutit à la construction d'outils d'évaluation de la qualité adaptés à une conception infirmière, tels par exemple ceux de Laurin, développés en référence au modèle d'Orem (3).

Des chercheurs ont également montré que l'utilisation d'un modèle de soins permet de développer l'identité professionnelle des infirmiers (20).

Hewison insiste ainsi sur l'importance pour les responsables infirmiers de baser les politiques de soins sur les concepts centraux de la discipline pour définir les objectifs, les points d'attention particuliers et les conditions de travail (21). En revenant aux fondamentaux de la discipline et en les intégrant dans leur politique, les responsables infirmiers évitent selon lui de se retrouver en position de « suiveurs » et d'accepter les priorités formulées par d'autres (21).

Sielof abonde dans ce sens (22) et ajoute en des termes assez durs que ceux qui n'utilisent pas de théorie infirmière pour guider leur travail sont davantage des infirmiers qui exercent des fonctions de responsables plutôt que des responsables infirmiers. *A contrario*, ceux qui font appel aux théories infirmières méritent le qualificatif de leader infirmier (22).

Les conceptions infirmières constituent à la fois une grille d'analyse pour la pratique infirmière et un cadre de référence qui va permettre d'indiquer avec précision les fonctions que remplissent les infirmiers dans l'organisation comparativement à celles des autres professionnels de santé.

Pour réconcilier la politique institutionnelle avec la politique infirmière (23), le directeur du département infirmier - appelé « chef du département infirmier » (CDI) en Belgique - peut s'appuyer sur les conceptions infirmières (2, 13-18, 24) qui sont susceptibles de guider la pratique des soins comme la gestion des services infirmiers (2, 1) et de renforcer le responsable infirmier dans l'exercice de ses missions (21, 22) dans une perspective humaniste (25).

Cet élément permet à la fois d'affirmer la plus-value singulière de la discipline (20, 26, 27) et de co-crée un environnement propice à l'humanisation des soins, dans l'intérêt des personnes, bénéficiaires et prestataires de soins (25), en accord avec les attentes citoyennes (28). Dans ce processus transformationnel de réconciliation, les conceptions infirmières constituent une aide précieuse pour défendre les enjeux infirmiers auprès des autres acteurs de l'institution et aboutir à un compromis acceptable entre toutes les forces en présence dans l'intérêt des personnes (2).

Il s'agit notamment pour le CDI de prêter attention aux conditions de travail, ce qui crée un environnement favorable à la fois au *caring* et à la rétention de personnel.

L'autonomie professionnelle est susceptible d'en être renforcée, ce qui est bénéfique pour l'hôpital qui acquiert des « propriétés magnétiques » favorisant la rétention de personnel infirmier (21, 25-27) et par conséquent la sécurité des patients et la prévention de l'épuisement professionnel (29).

FACTEURS QUI INFLUENCENT L'USAGE D'UN MODÈLE DE SOINS INFIRMIERS À L'ÉCHELLE DU DÉPARTEMENT INFIRMIER

Pour achever le devis de recherche, il fallait également comprendre quels étaient les facteurs qui influençaient l'usage d'un modèle de soins infirmiers plutôt qu'un autre dans le domaine de la gestion. L'équipe de recherche n'a pas retrouvé dans la littérature d'articles spécifiques sur ce sujet. Par contre, les facteurs qui peuvent orienter le choix du professionnel infirmier en général vers un modèle plutôt qu'un autre ont été identifiés (28), (12, p.56-57).

En premier, on peut relever l'expérience personnelle : le modèle conceptuel de soins infirmiers correspond à la philosophie personnelle de l'infirmière et, compte tenu de son expérience en situation de formation et dans la pratique clinique, le modèle possède à ses yeux des qualités attractives de souplesse et de

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

créativité. En second, soulignons l'influence du milieu clinique : le modèle est en adéquation avec les valeurs professionnelles et les pratiques courantes de l'organisation dans laquelle l'infirmière travaille, il est utile sur le terrain et peut être utilisé de façon effective. En troisième, on trouve les politiques de santé : le modèle comprend des concepts essentiels au regard des préoccupations actuelles du monde soignant, il s'adapte à la représentation mentale que les « citoyens-patients » ont des soins.

Pour la suite de la recherche, l'équipe a considéré que, comme pour tout professionnel infirmier, le choix d'une conception infirmière par le CDI est probablement influencée par son expérience personnelle des modèles conceptuels de soins infirmiers, vécue notamment au travers de son parcours de formation et de son parcours professionnel (3, 28). Elle doit également être en accord avec sa philosophie personnelle (28, 12) et en accord avec le milieu clinique (28).

OBJECTIF, QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

Compte tenu du peu de renseignements disponibles quant à l'utilisation des modèles de soins infirmiers en Belgique francophone dans le domaine de la gestion, il a été décidé de questionner les chefs de département infirmier à ce sujet.

■ Objectifs et question de recherche

Cette recherche vise à d'une part déterminer si les chefs de département infirmier ont choisi une conception infirmière spécifique pour élaborer la politique infirmière au sein de leur institution ; d'autre part à appréhender si certains éléments liés à leur expérience personnelle ou à leur milieu clinique étaient associés à ce choix. L'équipe de recherche a également interrogé les CDI pour savoir si ce MSI est explicitement communiqué à leur personnel.

Déoulant de ces objectifs, la question de recherche est formulée dans les termes suivants : « les chefs de départements infirmiers fondent-ils explicitement leur politique sur un modèle de soins infirmiers ? ».

■ Hypothèses

Les hypothèses déoulant de cette question sont :

1. Un modèle de soins infirmiers sous-tend la politique du chef de département infirmier dans la majorité des hôpitaux.
2. Des facteurs individuels - liés au chef de département infirmier - influencent :
 - le fait qu'un modèle de soins infirmiers sous-tend la politique du chef de département infirmier.
 - le fait qu'un modèle spécifique de soins infirmiers sous-tend la politique du chef de département infirmier.
3. Des facteurs institutionnels - liés à l'hôpital - influencent :
 - le fait qu'un modèle de soins infirmiers sous-tend la politique

du chef de département infirmier.

- le fait qu'un modèle spécifique de soins infirmiers sous-tend la politique du chef de département infirmier.
4. Le modèle de soins infirmiers choisi est explicitement communiqué au personnel dans la majorité des hôpitaux.

MÉTHODOLOGIE

■ Devis de recherche

Pour explorer la question de l'intégration des conceptions infirmières dans la politique des chefs de départements infirmiers, une stratégie de recherche quantitative prenant la forme d'une enquête à visée descriptive et corrélationnelle a été retenue (30).

Le matériel collecté permettra de réaliser un panorama des modèles de soins infirmiers utilisés dans les hôpitaux belges francophones et bilingues qui pourra notamment servir de base à une recherche qualitative ultérieure visant à comprendre la situation en la matière (31, 32).

■ Population et échantillon

En Belgique, la direction du département infirmier est confiée par la loi sur les hôpitaux à un chef de département infirmier (CDI) qui doit, depuis 2006, être porteur d'un diplôme de bachelier infirmier et « aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique ou master en santé publique » (33). Les CDI en place avant le 13 juillet 2006 peuvent conserver leur poste même sans être détenteur du diplôme requis. Certains CDI encore en poste actuellement sont donc susceptibles de n'avoir suivi aucune formation d'encadrement ou des formations courtes de type bachelor de « spécialisation cadre de santé » (un an, 60 ECTS). Cette formation, ouverte à tous les professionnels de santé, ne comporte pas d'unité d'enseignement spécifiquement consacrée à la discipline infirmière.

Le CDI « représente le département pour l'ensemble des questions relatives aux soins infirmiers au sein de l'hôpital et est responsable de la politique générale des soins infirmiers au sein du département infirmier de l'hôpital ». Il « définit la vision stratégique du département infirmier en concordance avec la vision stratégique de l'hôpital, et veille à ce que l'activité infirmière soit en phase avec cette vision stratégique (...). » (23).

Partant de la liste officielle des institutions hospitalières agréées par le Service Public Fédéral santé publique au 30 juin 2014, a été inclus dans l'échantillon l'ensemble de la population, à savoir tous les chefs de département infirmier des hôpitaux universitaires, généraux, psychiatriques et spécialisés francophones et/ou bilingues de Bruxelles et de Wallonie. Quarante-deux répondants potentiels ont ainsi été identifiés.

■ Outil de recherche

L'outil retenu est un questionnaire à réponses ouvertes courtes.

Deux questions principales ont été adressées aux CDI :

- « Un modèle de soins infirmiers sous-tend-il l'action de votre département infirmier ? Si oui, lequel ? »
- « Le modèle de soins infirmiers qui sous-tend l'action de votre département infirmier est-il explicitement communiqué au personnel du département ? »

En sus des questions relatives à l'utilisation et à la communication d'un MSI au sein du département infirmier, des données supplémentaires ont été récoltées pour documenter l'expérience personnelle du répondant, en explorant son parcours de formation et professionnel (variables individuelles) et d'autre part le milieu clinique dans lequel il travaille (variables institutionnelles) (28) (figure 1).

Considérant les variables individuelles, l'équipe de recherche a souhaité vérifier si les éléments suivants influencent l'utilisation d'un MSI, sa communication au personnel ou le choix d'un MSI spécifique :

- le niveau de formation à l'encadrement : master versus bachelor de « spécialisation cadre de santé » ;
- l'institution de formation francophone à l'encadrement (IFE) :
 - entre institutions considérées isolément ;
 - selon le réseau d'enseignement de l'IFE : officiel (public, neutre) libre non-confessionnel (privé, neutre), libre confessionnel (privé religieux) ;
- la Haute École (HE) francophone de bachelier en soins infirmiers fréquentée :
 - entre institutions considérées isolément ;
 - selon le réseau d'enseignement auquel elle appartient (voir supra) ;
 - selon le bassin d'enseignement (facteur géographique et organisationnel) : Bruxelles-Brabant Wallon, Hainaut, Liège, Namur - Luxembourg ;
- l'ancienneté du CDI dans sa fonction :
 - regroupée en quartiles pour approcher l'influence de l'ancienneté dans l'absolu ;
 - regroupée en 2 classes en référence aux travaux de Benner (34) : une ancienneté inférieure ou supérieure à 5 ans.

Considérant les variables institutionnelles, les variables suivantes ont été récoltées :

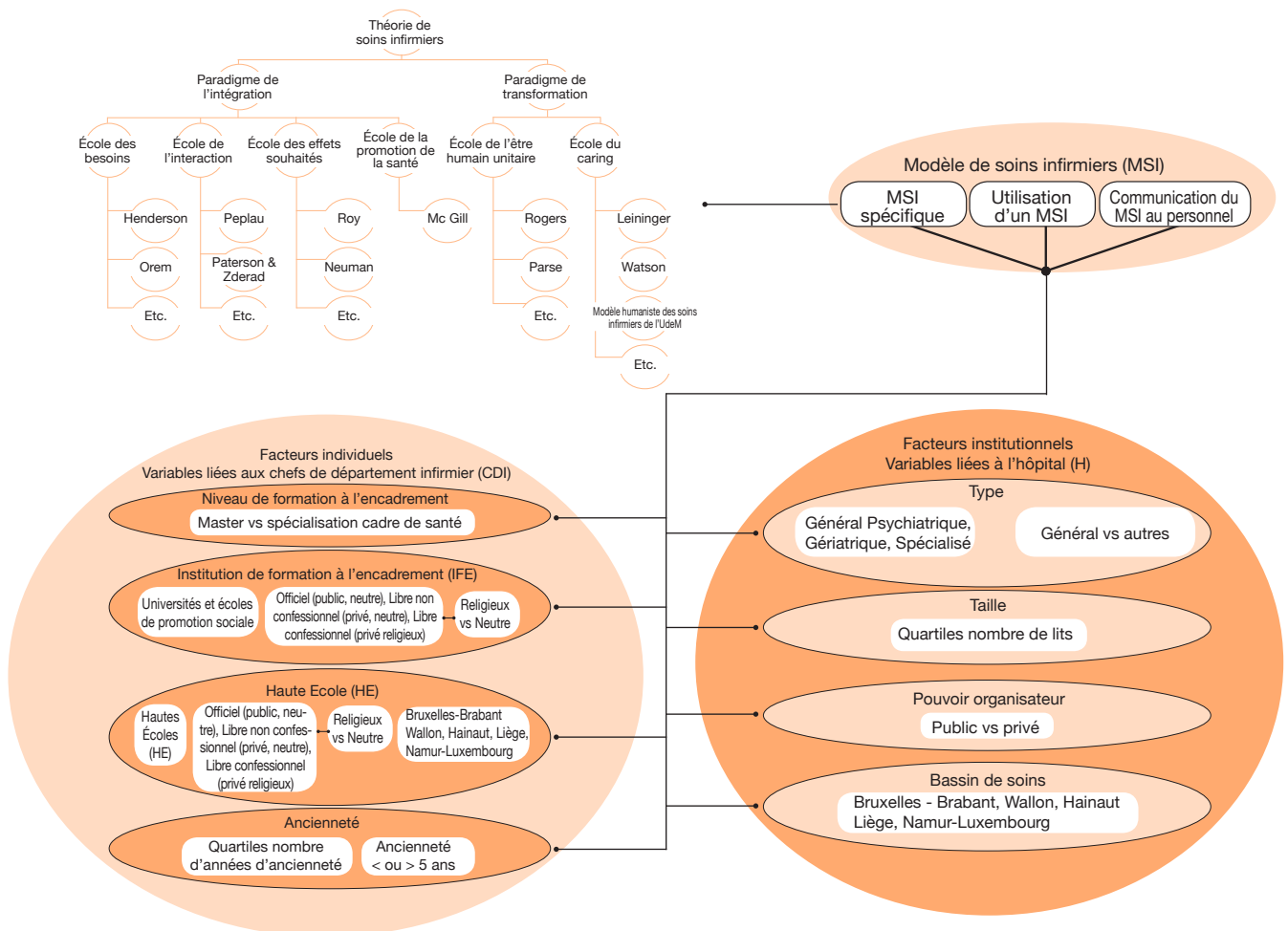


Figure 1 :
Cadre de référence et d'analyse - variables individuelles et institutionnelles

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

1. le type d'hôpital : universitaire, général, psychiatrique, gériatrique, spécialisé ; du fait du nombre très réduit d'hôpitaux universitaires² et de la présence de lits « universitaires » au sein de très nombreux hôpitaux généraux, les hôpitaux universitaires et généraux ont été d'emblée regroupés dans la catégorie des hôpitaux généraux ;
2. la taille de l'hôpital (regroupée en quartiles) ;
3. le pouvoir organisateur : le fait d'être un hôpital public ou privé ;
4. le bassin de soins (facteur géographique et organisationnel) : Bruxelles-Brabant Wallon, Hainaut, Liège, Namur-Luxembourg.

■ Pré-test de l'outil

Les questions ont été pré-testées auprès de 18 CDI volontaires pour s'assurer de leur compréhension. L'outil s'avérant satisfaisant sur ce plan, les réponses de ces 18 CDI ont été intégrées dans les résultats de l'enquête.

■ Déroulement de l'enquête

L'étude s'est déroulée d'octobre 2014 à décembre 2014.

Afin de personnaliser le contact entre les chercheurs et les répondants, et de favoriser l'implication de ces derniers, l'entretien téléphonique a été privilégié.

Son contenu est standardisé et suit un algorithme de questions prédéfinies.

Pour préparer l'entretien téléphonique, un courrier électronique

² Trois : un pour chaque Université francophone dite « complète »

indiquant la question de recherche, exposant l'objectif de l'étude et indiquant le délai dans lequel les chercheurs prendraient contact a été envoyé aux CDI. Étaient également reprises dans ce courriel les deux questions principales auxquelles les CDI devraient répondre en précisant en regard des questions la définition d'un MSI selon la terminologie MeSH (voir plus haut) (35). Des garanties quant à la confidentialité des réponses étaient également apportées. D'éventuelles clarifications pouvaient encore être fournies lors de l'entretien téléphonique.

■ Biais et limites

Le biais de réactivité a été envisagé (« effet Hawthorne »), biais qui pourrait amener les répondants, conscients de participer à une étude, à livrer des réponses favorables. La confidentialité garantie dans le cadre de l'enquête et le caractère privé de l'entretien téléphonique ont permis de l'atténuer.

Les résultats présentés se basent sur les déclarations des CDI. Dès lors, il serait intéressant de croiser leurs réponses avec des éléments factuels - attitudes et comportements - observés dans la pratique hospitalière, qu'il s'agisse de l'utilisation du MSI au quotidien, au chevet du patient comme dans le modèle de gestion du département.

ANALYSE ET RÉSULTATS

■ Statistiques descriptives

Quatre-vingt-deux répondants potentiels ont été identifiés. Deux CDI étaient à la tête d'institutions qui venaient de fusionner et n'avaient plus de départements infirmiers autonomes, ce qui ramenait la population à 80 départements

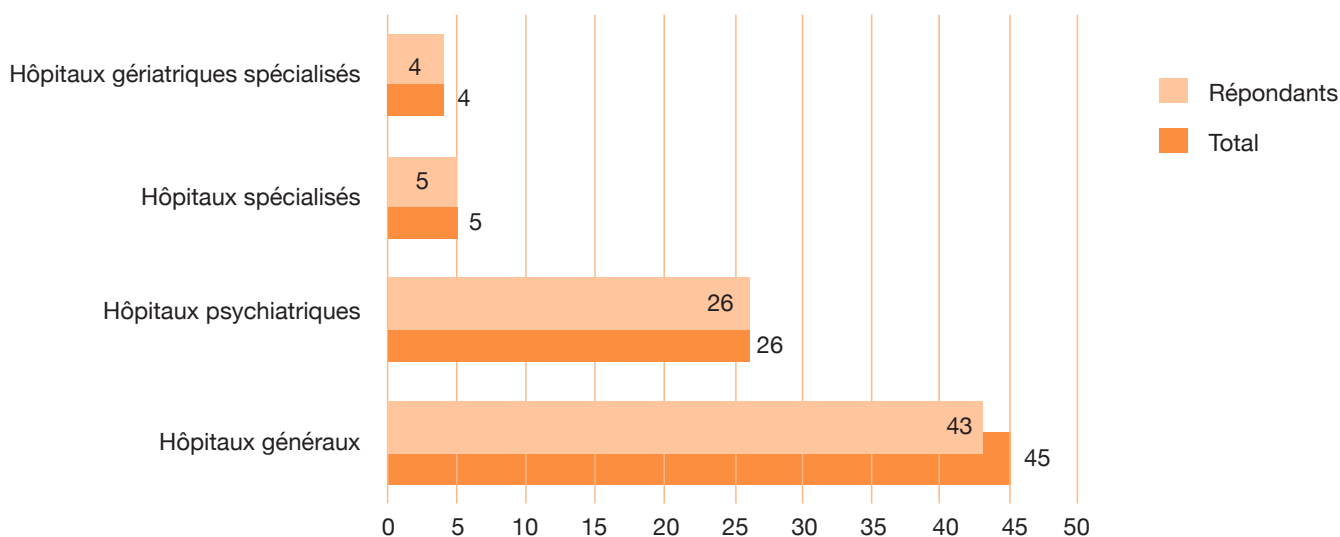


Figure 2 :
Départements infirmiers francophones ou bilingues en Fédération Wallonie-Bruxelles (n=80)

infirmiers. Parmi ceux-ci, 2 CDI n'ont pas souhaité répondre aux questions.

Septante huit réponses ont donc été enregistrées. Le taux de participation s'établit *in fine* à 97,5 % (78/80) (figure 2).

■ Présence ou absence d'un modèle de soins infirmiers

Parmi les 78 répondants, 34 CDI déclarent utiliser un MSI (43 %).

Cependant, en analysant leurs réponses, 27 d'entre elles seulement s'avèrent correspondre effectivement à un MSI. Trois autres peuvent y être assimilées car les CDI font référence à un modèle ou un paradigme de soins infirmiers. Ces 30 réponses ont été regroupées sous le vocable « modèles de soins infirmiers avérés ou assimilés » dans la suite du travail.

Quatre réponses fournies par les CDI déclarant utiliser un MSI font en fait référence à des modes d'organisation des soins (ex : « Nursing intégré ») ou à des éléments de la démarche de soins (ex : « Démarche tri-focale ») et pas à un MSI.

■ Utilisation d'un modèle de soins infirmiers spécifique

Parmi les 30 CDI utilisant un MSI avéré ou assimilé, 23 utilisent le modèle de Henderson exclusivement (29 %), 2 le modèle d'Orem (3 %) et 2 une combinaison des modèles d'Henderson et d'éléments inspirés du *caring* (3 %). Un CDI utilise une combinaison du modèle d'Henderson et des éléments inspirés de la théorie de Maslow et 2 CDI évoquent une « pensée humaniste » ou le « paradigme de transformation » (4 %) (figure 3).

■ Communication explicite du modèle de soins infirmiers au personnel ou non

Parmi les 30 CDI qui utilisent un MSI avéré ou assimilé, 26 affirment le communiquer explicitement au personnel infirmier des unités de soins, soit 87 % de ce sous-échantillon.

■ Statistiques inférentielles³

Les éventuelles associations entre les variables (tableau 1) ont été vérifiées en calculant le chi2 de Pearson pour exclure l'hypothèse nulle lorsque les conditions du test sont remplies. A défaut, le test exact de Fisher a été utilisé.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata version 13.1 et les graphiques avec Excel® pour Mac® 2011.

■ Présence ou absence d'un modèle de soins infirmiers avéré ou assimilé

Considérant les variables individuelles, inhérentes au chef de département infirmier, la présence ou l'absence d'un MSI avéré ou assimilé est associée de façon statistiquement significative avec l'ancienneté du CDI : les CDI ayant une ancienneté de 5 ans ou plus dans leur fonction, utilisent davantage un MSI que les autres CDI ($p^x = 0.016^*$; *Pearson chi2*) (tableau 2).

Considérant les variables institutionnelles, inhérentes à l'hôpital, le bassin de soins géographique ($p^x = 0.013^*$; *Pearson chi2*) dans lequel est situé l'hôpital est statistiquement associé à la présence ou l'absence d'un modèle de soins

³ Le lecteur peut consulter les tableaux complémentaires I à IV pour l'intégralité des résultats et des tests statistiques réalisés

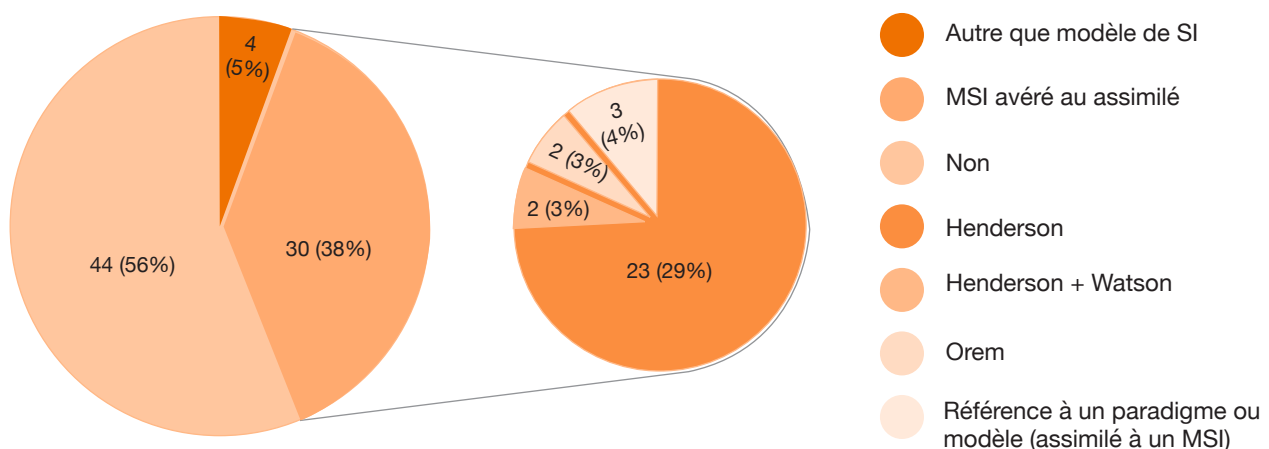


Figure 3 :
Modèle de soins infirmiers qui sous-tend l'action du département infirmier (n=78 répondants)

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

Variables individuelles (parcours personnel d'enseignement et professionnel)	Variables institutionnelles (milieu clinique)
niveau de formation à l'encadrement	type d'hôpital
niveau de formation à l'encadrement si IFE francophone	regroupement par type d'hôpital
IFE francophone	regroupement par quartiles de taille
réseau d'enseignement de l'IFE francophone	pouvoir organisateur de l'hôpital
regroupement réseaux d'enseignement de l'IFE francophone	bassin de soins dans lequel se situe l'hôpital
Haute École (HE) francophone de bachelier en soins infirmiers	
réseau d'enseignement auquel appartient la HE francophone	
regroupement des réseaux d'enseignement des HE francophones	
bassin d'enseignement dans lequel se situe la HE francophone	
anciennetés regroupées par quartiles	
ancienneté ≤ 5 ans ou > 5 ans	

Tableau 1 :
Variables individuelles et institutionnelles testées

Variable	Classes	MSI non utilisé n=48/78 (61,54 %)	MSI utilisé n=30/78 (38,46 %)	Test
anciennetés regroupées par quartiles (n=77)	1 ^{er} quartile (ancienneté ≤ 3 ans) n=21 (27,27 %)	n=17 (80,95 %)	n=4 (19,05 %)	p ^x = 0,084
	2 ^e quartile (3 ans < ancienneté ≤ 7 ans) n=20 (25,97 %)	n=13 (65 %)	n=7 (35 %)	
	3 ^e quartile (7 ans < ancienneté ≤ 17 ans) n=18 (23,38 %)	n=9 (50 %)	n=9 (50 %)	
	4 ^e quartile (ancienneté > 17 ans) n=18 (23,38 %)	n=8 (44,44 %)	n=10 (55,56 %)	
ancienneté ≤ 5 ans ou > 5 ans (n=77)	ancienneté ≤ 5 ans n=31 (40,26 %)	n=24 (77,42 %)	n=7 (22,58 %)	p ^x = 0,016*
	ancienneté > 5 ans n=46 (59,74 %)	n=23 (50 %)	n=23 (50 %)	

(1) p^x : Pearson chi2

(2) p^F : Fisher's exact

(3) O = officiel (public)

(4) L-NC = libre non confessionnel (privé, neutre)

(5) L-C = libre confessionnel (privé, religieux)

Tableau 2 :
Variables individuelles statistiquement associées à l'utilisation d'un modèle de soins infirmiers

infirmiers avéré ou assimilé. Ainsi, l'utilisation d'un MSI par les CDI est nettement plus fréquente dans les hôpitaux des sous-régions du Hainaut (12/21) et de Liège (10/21) (tableau 3).

■ Utilisation d'un modèle de soins infirmiers spécifique

Considérant les variables individuelles, le choix d'un modèle de soins infirmiers spécifique semble être associé à la Haute

École (HE) où le CDI a effectué ses études de bachelier en soins infirmiers (p=0,001 ; *Fisher's exact*). Les CDI issus d'une même Haute École utilisent le même modèle de soins infirmiers (tableau 4).

Le réseau d'enseignement auquel appartient la HE influence également l'adoption d'un modèle spécifique (p=0,001 ; *Fisher's exact*) : les CDI issus des Hautes Ecoles officielles (publiques) utilisent tous le modèle d'Henderson (tableau 4).

Variable	Classes	MSI non utilisé n=48/78 (61,54 %)	MSI utilisé n=30/78 (38,46 %)	Test
bassin de soins dans lequel se situe l'hôpital (n=78)	Bruxelles-Brabant n=26 (33,33 %)	n=20 (76,92 %)	n=6 (23,08 %)	p ^x = 0,013*
	Hainaut n=21 (26,92 %)	n=9 (42,86 %)	n=12 (57,14 %)	
	Liège n=18 (23,08 %)	n=8 (44,44 %)	n=10 (55,56 %)	
	Namur-Luxembourg n=13 (16,67 %)	n=11 (84,62 %)	n=2 (15,38 %)	

(1) p^x : Pearson chi2

(2) p^F : Fisher's exact

Tableau 3 :
Variables institutionnelles statistiquement associées à l'utilisation d'un modèle de soins infirmiers

Le bassin d'enseignement (zone géographique) dans lequel se situe la Haute École où le CDI a effectué ses études de bachelier en soins infirmiers (p=0,005 ; *Fisher's exact*) est également associé à l'utilisation d'un MSI spécifique. Ainsi, le modèle d'Henderson utilisé seul est majoritaire parmi les CDI issus des HE des sous-régions du Hainaut (9/10), de Liège (11/12) et de Namur-Luxembourg (1/1) (tableau 4).

Le caractère public ou privé de l'hôpital (p^F = 0,049 ; *Fisher's exact*) (tableau 5) semble également avoir une influence, les hôpitaux publics utilisant exclusivement le modèle de Henderson.

La taille réduite du sous-échantillon (n=30 voire 29 si ne sont prises en considération que les HE et IFE francophones) et le fait que les variables soient corrélées empêchent d'affirmer le caractère statistiquement significatif de ces associations, même si les tests exacts de Fisher sont positifs pour les 4 variables précitées (p < 0,05).

Communication explicite du modèle de soins infirmiers au personnel ou non

Le fait de communiquer ou non le modèle choisi au personnel ne semble être associé à aucune des variables récoltées (Tableaux complémentaires 6 et 7 en annexe).

DISCUSSION

Au moyen de l'enquête réalisée, l'équipe de recherche a approché la question de l'intégration d'une conception infirmière dans la politique du chef du département infirmier. Les chercheurs se sont intéressés à des facteurs relatifs à l'expérience personnelle des répondants - en particulier leur parcours d'enseignement et leur ancienneté - et à leur milieu clinique.

Considérant la présence ou l'absence d'un modèle de soins infirmiers avéré

Un résultat semble particulièrement intéressant : 62 % des répondants (48/78) déclarent ne pas fonder leur politique sur un modèle de soins infirmiers avéré ou assimilé. Ou du moins n'identifient pas de conception infirmière spécifique dans la philosophie d'action de leur département.

Bien que la théorie en sciences infirmières ne se résume pas aux modèles de soins infirmiers, ce résultat interpelle les chercheurs, considérant les propos d'Alligood qui suggère que la profession infirmière est maintenant entrée dans l'ère de l'utilisation de la théorie (1).

La présente étude ne relève qu'une seule variable individuelle associée de façon statistiquement significative à cet état de fait (tableau 2) : l'ancienneté du CDI. Les CDI qui ont une ancienneté supérieure à 5 ans semblent davantage utiliser un MSI. Au fil du temps, soumis à l'influence du contexte et des situations vécues, le CDI qui acquiert de l'expérience et intègre progressivement que sa responsabilité s'étend au collectif infirmier et à l'environnement prendrait-il conscience de l'importance d'un modèle conceptuel de soins infirmiers ?

D'autres interprétations pourraient également être avancées. Les études d'infirmier et/ou de cadre auraient-elles davantage insisté dans le passé sur l'importance d'un modèle de soins infirmiers qu'aujourd'hui ? Une tendance progressive à délaisser les MSI pourrait par conséquent être en train de s'installer au fur et à mesure de la prise de fonction de nouveaux cadres. Une autre hypothèse pourrait être que les cadres ne retrouvent pas de modèle de soins infirmiers qui leur semble pertinent dans leur contexte de pratique clinique parmi ceux qui leur sont connus ou proposés. Certains répondants évoquent des modèles « départementaux », qui font écho à des

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

Variable	Classes	Henderson n=23/30 (76,67 %)	Henderson + Watson n=2/30 (6,67 %)	Orem n=2/30 (6,67 %)	Assimilé à un MSI n=3/30 (10 %)	Test
Haute École (HE) de bachelier en soins infirmiers francophone (n=29)	O, Bru n=2 (6,90 %)	n=1 (50 %)	n=0	n=0	n=1 (50 %)	p ^F = 0,001*
	O, Ha n=6 (20,69 %)	n=6 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	O, Li n=7 (24,14 %)	n=7 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	O, Na n=1 (3,45 %)	n=1 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	O, Lu n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	
	L-NC, Bru n=3 (10,34 %)	n=0	n=0	n=2 (66,67 %)	n=1 (33,33 %)	
	L-C, Bru 1 n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	
	L-C, Bru 2 n=6 (8,82 %)	n=0	n=1 (100 %)	n=0	n=0	
	L-C, Ha n=4 (13,79 %)	n=3 (75 %)	n=1 (25 %)	n=0	n=0	
	L-C, Li n=5 (17,24 %)	n=4 (80 %)	n=0	n=0	n=1 (20 %)	
	L-C, Na n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	
réseau d'enseignement auquel appartient la HE francophone (n=29)	public (O) n=16 (55,17 %)	n=15 (93,75 %)	n=0	n=0	n=1 (6,25 %)	p ^F = 0,001*
	privé non- confessionnel (L-NC) n=3 (10,34 %)	n=0	n=0	n=2 (66,67 %)	n=1 (33,33 %)	
	privé confessionnel (LC) n=10 (34,48 %)	n=7 (70 %)	n=2 (20 %)	n=0	n=1 (10 %)	
bassin d'enseignement dans lequel se situe la HE francophone (n=29)	Bruxelles-Brabant n=6 (20,69 %)	n=1 (16,67 %)	n=1 (16,67 %)	n=2 (33,33 %)	n=2 (33,33 %)	p ^F = 0,005*
	Hainaut n=10 (34,48 %)	n=9 (90 %)	n=1 (10 %)	n=0	n=0	
	Liège n=12 (41,38 %)	n=11 (91,67 %)	n=0	n=0	n=1 (8,33 %)	
	Namur-Luxembourg n=1 (3,45 %)	n=1 (100 %)	n=0	n=0	n=0	

(1) p^X : Pearson chi2

(2) p^F : Fisher's exact

(3) O = officiel (public)

(4) L-NC = libre non confessionnel (privé, neutre)

(5) L-C = libre confessionnel (privé, religieux)

Tableau 4 :
Variables individuelles statistiquement associées à l'utilisation d'un modèle de soins infirmiers spécifique

Variable	Classes	Henderson n=23/30 (76,67 %)	Henderson + Watson n=2/30 (6,67 %)	Orem n=2/30 (6,67 %)	Assimilé à un MSI n=3/30 (10 %)	Test
pouvoir organisateur de l'hôpital (n=30)	Public n=13 (43,33 %)	n=13 (100 %)	n=0	n=0	n=0	p ^F = 0,049*
	Privé n=17 (56,67 %)	n=10 (58,82 %)	n=2 (11,76 %)	n=2 (11,76 %)	n=3 (17,65 %)	

(1) p^X : Pearson chi2

(2) p^F : Fisher's exact

Tableau 5 :
Variables institutionnelles statistiquement associées à l'utilisation d'un modèle de soins infirmiers spécifique

éléments des conceptions infirmières. Dans le cadre d'une future recherche, il paraît intéressant de se pencher sur la philosophie « départementale » de tous les répondants qui en auraient défini une pour tenter d'y retrouver les concepts centraux de la discipline et la définition qui leur est donnée. De la sorte, des liens qui ancreraient ces « philosophies départementales » dans la discipline infirmière pourraient peut-être être mis en évidence.

Mais manipuler les conceptions infirmières présuppose de la part des cadres infirmiers des connaissances en matière de discipline et de sciences infirmières. Aborder ces aspects régulièrement tout au long du cursus de formation - bachelor, master, doctorat - est indispensable selon les auteurs (36). Est-ce le cas aujourd'hui en Belgique ? Probablement pas. D'une part, l'opportunité et la façon d'aborder ces contenus sont laissées à la liberté pédagogique des écoles de formation de base et d'autre part, compte tenu du caractère interdisciplinaire des formations d'encadrement, bachelor de spécialisation et master en santé publique, ouverts à toutes les professions de santé, la place des sciences infirmières dans les programmes de cours est inexistante ou très limitée... Il est intéressant de constater que les CDI ayant suivi une formation de master ne fondent pas davantage leur politique sur une conception infirmière que les autres CDI. Cela apporte un argument supplémentaire aux partisans de la création d'un master en sciences infirmières.

D'autres résultats encore, cette fois liés aux variables institutionnelles, posent également question : la situation géographique de l'hôpital - le bassin de soins - est statistiquement associée à l'utilisation d'un MSI. Ainsi, les CDI qui déclarent utiliser un MSI sont nettement plus nombreux dans les bassins de soins du Hainaut et de Liège (tableau 3). Les CDI issus des Hautes Ecoles de ces deux sous-régions utilisent proportionnellement plus un MSI que les autres CDI sans que le seuil de signification statistique soit atteint. Cela renforce l'hypothèse d'une influence importante du contexte local (tableau complémentaire 6 en annexe).

Dans une recherche qualitative qui compléterait et amplifierait cette enquête, l'expérience des CDI en lien avec leur milieu clinique pourrait être explorée en profondeur.

■ Considérant l'utilisation d'un modèle de soins infirmiers spécifique

De tous les modèles de soins infirmiers, c'est celui de Virginia Henderson (37) qui est le plus utilisé. Il est présent dans 26 départements infirmiers sur les 30 qui utilisent un MSI, seul dans 23 d'entre eux et utilisé en combinaison avec un autre modèle dans 3 autres (figure 3).

Le premier modèle de soins infirmiers « contemporain », développé dans les années 1950 et mis en avant par le Conseil International des Infirmières dans les années 1960 (7), reste ainsi le modèle dominant.

Certaines tendances liées aux instituts de formation de base (Hautes Ecoles) se dégagent lors de l'analyse des résultats même si la taille réduite du sous-échantillon (n=30) invite à la prudence.

Ainsi, les CDI issus des HE des provinces du Hainaut et de Liège qui utilisent un MSI utilisent presque exclusivement celui de Henderson (respectivement 9/10 et 11/12).

Les hôpitaux publics semblent pour leur part n'utiliser que le MSI de Henderson (13 sur 13).

Il paraît également intéressant de relever que les deux hôpitaux qui utilisent le MSI de Watson sont des institutions psychiatriques et que celles-ci utilisent ce modèle en combinaison avec le MSI de Henderson (figure 3).

■ Considérant les paradigmes desquels relèvent les modèles

Ayant identifié les MSI utilisés, a également été considéré le paradigme desquels ils relèvent (figure 4).

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

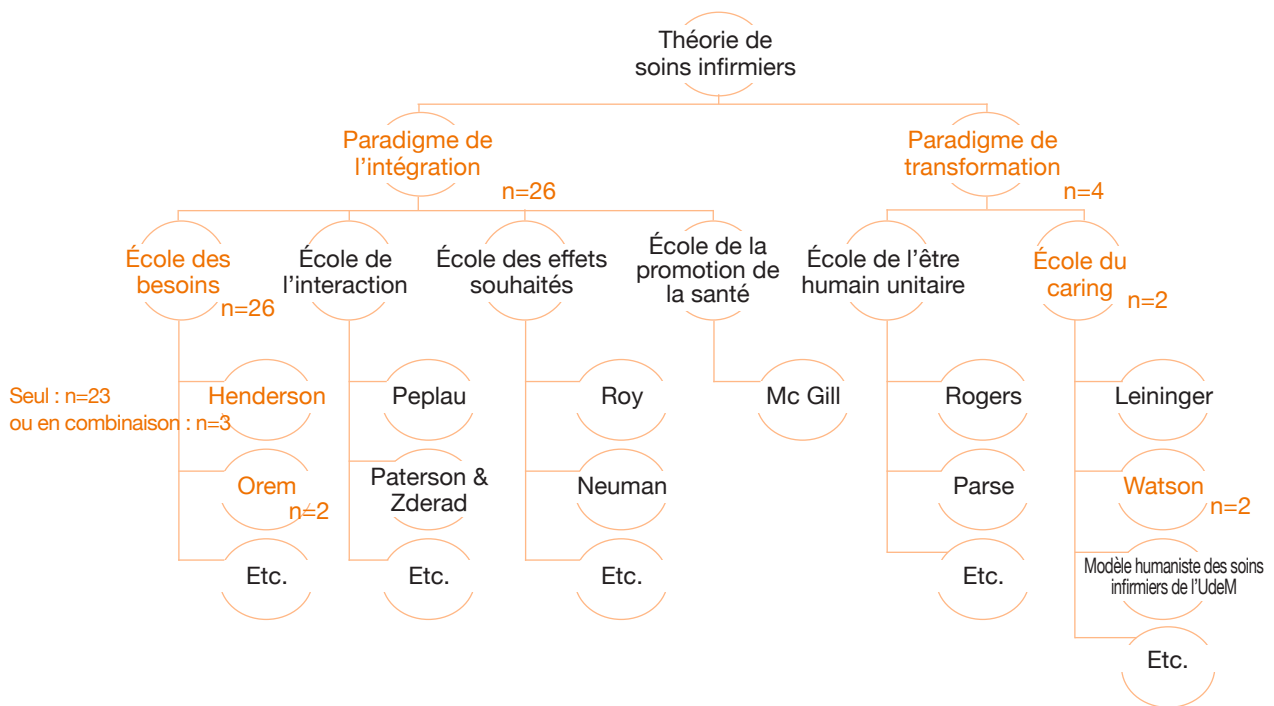


Figure 4 :
Paradigmes, écoles et modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones n=30

Vingt-huit MSI sur les 30 MSI avérés ou assimilés identifiés appartiennent à l'école des besoins et par conséquent au paradigme de l'intégration (2, 38) (figure 4).

Dans 2 hôpitaux psychiatriques, le modèle du *caring* de Watson, relevant du paradigme de la transformation, est utilisé en combinaison avec celui d'Henderson, relevant du paradigme de l'intégration.

Trois CDI sur 4 utilisant un MSI relevant du paradigme de la transformation travaillent dans des hôpitaux psychiatriques, contre un seul hôpital général.

Il ressort des éléments qualitatifs recueillis informellement dans le cadre des entretiens téléphoniques que ces participants trouvaient la combinaison des modèles d'Henderson et de Watson pertinente dans le contexte psychiatrique. Cette combinaison d'approches pourrait s'expliquer en secteur psychiatrique par une vision de la personne perçue comme un être entier, unique, complexe et indissociable de ses parties et de son univers. L'accompagnement infirmier serait résolument organisé dans la logique d'« être avec la personne » qui signe le passage au paradigme de la transformation, au-delà du « faire avec la personne » qui est caractéristique du paradigme de l'intégration (2).

Ce constat renvoie à la question de l'adéquation de la philosophie des soins dispensés par rapport aux attentes actuelles des professionnels infirmiers et des citoyens pour répondre aux défis de la santé publique au XXI^{ème} siècle.

■ Considérant le fait de communiquer ou non le modèle choisi au personnel

Le fait de communiquer ou non le modèle choisi au personnel ne semble être associé à aucune des variables récoltées.

Les 4 CDI faisant référence à un MSI relevant du paradigme de la transformation communiquent tous ce MSI au personnel. Cela cadre avec la philosophie de l'école du *caring* qui accorde une importance centrale à la compréhension de l'expérience vécue par la personne (2), qu'il s'agisse du « soigné » ou du « soignant ». Cet élément pourrait également être associé au style de *leadership* du répondant et à sa philosophie personnelle plutôt qu'à des facteurs contextuels.

Vingt-deux CDI sur 26 utilisant un MSI relevant du paradigme de l'intégration communiquent également ce modèle au personnel.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Au moyen de cette recherche quantitative à visée descriptive exploratoire, l'équipe a cherché à savoir si les chefs de départements infirmiers fondent explicitement leur politique sur un modèle conceptuel de soins infirmiers.

Considérant les résultats, la première hypothèse est invalidée : seuls 38 % des chefs de départements infirmiers des hôpitaux belges francophones et bilingues déclarent qu'un modèle de soins infirmiers sous-tend leur politique (n=30/78).

La seconde hypothèse semble par contre avérée : là où un modèle de soins infirmiers est utilisé, il est explicitement communiqué au personnel dans 87 % des cas (n=26/30).

In fine, un MSI semble donc fonder explicitement la politique du chef de département infirmier pour 26 CDI sur 78, soit 33 % de l'échantillon. Des variables liées à l'ancienneté du CDI, à l'enseignement qu'il a suivi lors de sa formation de base et au milieu clinique dans lequel il évolue semblent bel et bien influencer l'intégration d'une conception infirmière dans la politique du CDI.

Le panorama réalisé à l'issue de cette recherche reflète la réalité de la quasi-totalité des institutions hospitalières belges francophones et bilingues, 97,5 % des chefs de département infirmier qui constituent la population ayant participé à l'étude. Des recherches sur ce thème pourraient être menées pour approcher la réalité internationale en la matière.

Parmi les modèles utilisés, celui de Virginia Henderson domine. Il est utilisé dans 86 % des départements infirmiers qui utilisent un modèle de soins infirmiers.

Les MSI relevant du paradigme de la transformation restent rares. La psychiatrie semble être un terrain plus fertile pour l'implantation de ces conceptions infirmières. Les CDI du secteur psychiatrique considéreraient le modèle de Henderson adéquat pour aborder les aspects somatiques de la personne soignée, mais insatisfaisant pour considérer les aspects relationnels, d'où l'utilisation du *caring* de Watson.

La méthodologie quantitative retenue dans cette séquence de la recherche ne permet pas de comprendre pourquoi un MSI est utilisé ou non, ni pourquoi un MSI plutôt qu'un autre est choisi par le CDI.

Une recherche qualitative permettrait d'approfondir la compréhension de l'expérience des CDI par rapport aux MSI et s'intéresserait également à la philosophie des départements infirmiers qui, sans utiliser de MSI, pourraient intégrer une réflexion par rapport aux concepts centraux de la discipline.

Une autre recherche, auprès des institutions de formation de base et à l'encadrement, devrait également être conduite afin de connaître comment elles intègrent la discipline et les sciences infirmières dans leur programme d'enseignement.

Considérant les conceptions infirmières, il reste donc du chemin à parcourir avant de pouvoir conclure que la profession est entrée en Belgique dans « l'ère de l'utilisation de la théorie » infirmière.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Raile Alligood M. Introduction to Nursing Theory: Its History, Significance, and Analysis. Dans: Evolution of Nursing Theories. [En ligne]. 2014. [cité le 9 mars 2017]. Disponible: <https://pdfs.semanticscholar.org/ae0f/07d5243a2117f4f049ebb8c7b09f50bb531d.pdf>.
2. Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. 3e éd. Montréal: Chenelière Education; 2010.
3. Saulnier D. Un modèle conceptuel, pourquoi? [En ligne]. 2004. [cité le 9 mars 2017]. Disponible: http://www.aqcsi.org/pages/modele_conceptuel_pourquoi.pdf.
4. Debout C, Neves C, Malaquin-Pavan E, Pepin J, Cossette S, Holzemer WL et al. Les théories de soins infirmiers - Dossier 1/2. Soins. 2008 Apr;(724):27-55.
5. Ministère de la Communauté Française. Décret modifiant le décret du 2 juin 2006 établissant les grades académiques délivrés par les Hautes Ecoles organisées ou subventionnées par la Communauté française et fixant les grilles horaires minimales. [En ligne]. 2 juillet 2007. 2007029186. [cité le 9 mars 2017]. Disponible: <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/decret/2007/07/02/2007029186/moniteur>.
6. Conseil Supérieur Paramédical. Nouvelle description des formations - compétences. Type court : section soins infirmiers. Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique Direction générale de l'enseignement non obligatoire Conseil général des Hautes Écoles; 2011.
7. Henderson V. Les Principes fondamentaux des soins infirmiers du CII. Genève: Conseil International des Infirmières; 1969. 66 p.
8. Fillion N. Belgique Dans : L'enseignement des sciences infirmières. Rech Soins Infirm. 2014 Dec;(119):41-3. doi :10.3917/rsi.119.0041.
9. Jovic L, Lecordier D. Les mots clés à fort enjeux pour les sciences infirmières : identification, visibilité, action. Rech Soins Infirm. 2014 Dec;(119):7. doi: 10.3917/rsi.119.0007.
10. Union Générale des Infirmier(e)s de Belgique (UGIB). Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge. [En ligne]. 2004. [cité le 9 mars 2017]. Disponible : http://www.afiso.be/Code-de-deontologie-des-praticiens-de-l-Art-infirmier-Novembre-2004_a113.html.
11. Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Arrêté royal déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'art. 17quater de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre. [En ligne]. 28 décembre 2006. 2006022064. [cité le 9 mars 2017]. Disponible: http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm.
12. Alligood MR, directeur. Nursing theory: utilization & application. 5e éd. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2013.
13. Shea H, Rogers M, Ross E, Tucker D, Fitch M, Smith I, et al. Implementation of nursing conceptual models: observations of a multi-site research team. Can J Nurs Adm. 1989 Mar-Apr;2(1):15-20.
14. Allison SE, McLaughlin K, Walker D. Nursing theory: a tool to put nursing back into nursing administration. Nurs Adm Q. 1991 Spring;15(3):72-8.

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

15. Laurie-Shaw B, Ives SM. Implementing Orem's Self-Care Deficit Theory: selecting a framework and planning for implementation... part 1. *Can J Nurs Adm.* 1988 Mar;1(1):9-12.
16. Rogers M, Paul LJ, Clarke J, Mackay C, Potter M, Ward , et al. The use of the Roy Adaptation Model in nursing administration. *Can J Nurs Adm.* 1991 Jun;4(2):21-6.
17. Heggie JR, Schoenmehl PA, Chang MK, Grieco C. Selection and implementation of Dr. Martha Rogers' nursing conceptual model in an acute care setting. *Clin Nurse Spec.* ed 1989 Fall;3(3):143-7.
18. Boykin A, Schoenhofer S. The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nurs Adm Q.* 2001 Spring;25(3):1-7.
19. Leenerts MH, Koehler JA, Neil RM. Nursing care models increase care quality while reducing costs. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 1996 Jul-Aug;7(4):37-49.
20. Lee RC, Fawcett J. The influence of the metaparadigm of nursing on professional identity development among RN-BSN students. *Nurs Sci Q.* 2013 Jan;26(1):96-8. doi: 10.1177/0894318412466734.
21. Hewison A. Policy analysis: a framework for nurse managers. *J Nurs Manag.* 2007 Oct;15(7):693-9. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00731.x.
22. Sieloff CL, Raph SW. Nursing theory and management. *J Nurs Manag.* 2011 Nov;19(8):979-80. doi : 10.1111/j.1365-2834.2011.01334.x.
23. Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction de chef du département infirmier. [En ligne]. 14 décembre 2006. 2007022003. [cité le 9 mars 2017]. Disponible: <https://lc.cx/JmRf> .
24. Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nurs Adm Q.* 2006 Jan-Mar;30(1):48-55.
25. Cara CM, Nyberg JJ, Brousseau S. Fostering the Coexistence of Caring Philosophy and Economics in Today's Health Care System: *Nurs Adm Q.* 2011 Jan-Mar;35(1):6-14. doi: 10.1097/NAQ.0B013E3182048C10.
26. Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Prat Organ Soins.* 2009 Jan-Mar;40(1):39-48. doi: 10.3917/pos.401.0039.
27. Gottlieb LN, Gottlieb B. Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille. De Boeck; 2014.
28. Amar B, Guegen J-P. Concepts et théories, démarche de soins. 4e éd. Paris: Masson; 2007. (Nouveaux Cahiers de l'infirmière).
29. Lecocq D. L'hôpital magnétique : enthousiasme du personnel de santé et sécurité des patients. *En Question.* 2016 Jul-Sep;(118):15-21. [En ligne]. [cité le 9 mars 2017]. Disponible: <https://lc.cx/JmRZ>.
30. Fortin F, Côté J, Filion F. Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal: Chenelière éducation; 2005.
31. Bourgault P, Gallagher F, Michaud C, Saint-Cyr-Tribble D. Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Rech Soins Infirm.* 2010 Dec;(103):20-8. doi: 10.3917/rsi.103.0020.
32. Kaufmann J-C, De Singly F. L'entretien compréhensif : l'enquête et ses méthodes. 3e éd. Paris: Colin; 2011.
33. Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef. [En ligne]. 13 juillet 2006. 2006022730. [cité le 9 mars 2017]. Disponible: http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm.
34. Benner P. De novice à expert : excellence en soins infirmiers. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
35. Descripteur MeSH « Modèles de soins infirmiers » [En ligne]. 1991. [cité 19 déc 2014]. Disponible: <http://mesh.inserm.fr/mesh/view/loadSheet.jsp?sheetId=D016294>.
36. Jovic L, Lecordier D, Poisson M, Vigil-Ripoche MA, Delon B, Mottaz AM, et al. L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies. *Rech Soins Infirm.* 2014 Dec;(119):8-40. doi: 10.3917/rsi.119.0008.
37. Vonarx N. De Bronislaw Malinowski à Virginia Henderson: révélation sur l'origine anthropologique d'un modèle de soins infirmiers. *Aporia: the Nursing Journal.* 2010 Oct;2(4):19-28. [En ligne]. [cité le 9 mars 2017]. Disponible: http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/articles/2010_10/vonarx.pdf.
38. Cara C, Lefebvre H. Le modèle humaniste des soins infirmiers - Université de Montréal (UdeM) : Inspiration pour la gestion infirmière. [En ligne]. Université libre de Bruxelles: Sand; 2015. [cité le 9 mars 2017]. Disponible: http://podcast.ulb.ac.be/ezplayer/index.php?action=view_asset_details&album=MED-L-403-pub&asset=2015_02_04_12h59&asset_token=KZZMDUAM&anon=true.

Variable	Classes	MSI non utilisé n=48/78 (61,54 %)	MSI utilisé n=30/78 (38,46 %)	Test
niveau de formation à l'encadrement (n=77)	cadre de santé n=13 (16,88 %)	n=8 (61,54 %)	n=5 (38,46 %)	p ^(x1) = 0,968
	master n=64 (83,12 %)	n=39 (60,94 %)	n=25(39,06 %)	
niveau de formation à l'encadrement si IFE francophone (n=68)	cadre de santé n=12 (17,65 %)	n=7 (58,33 %)	n=5 (41,67 %)	p ^x = 0,940
	master n=56 (83,12 %)	n=32 (57,14 %)	n=24 (42,86 %)	

Variable	Classes	MSI non utilisé n=48/78 (61,54 %)	MSI utilisé n=30/78 (38,46 %)	Test
IFE francophone (n=68)	école de cadre 1 (O ⁽³⁾) n=3 (4,41 %)	n=3 (100 %)	n=0	p ^{F(2)} = 0,525
	école de cadre 2 (O) n=1 (1,47 %)	n=0	n=1 (100 %)	
	école de cadre 3 (L-NC ⁽⁴⁾) n=1 (1,47 %)	n=1 (100 %)	n=0	
	école de cadre 4 (L-NC) n=1 (1,47 %)	n=0	n=1 (100 %)	
	école de cadre 5 (L-NC) n=1 (1,47 %)	n=0	n=1 (100 %)	
	école de cadre 6 (L-C ⁽⁵⁾) n=5 (7,35 %)	n=3 (60 %)	n=2 (40 %)	
	université 1 (O) n=15 (22,06 %)	n=9 (60 %)	n=6 (40 %)	
	université 2 (O) n=1 (1,47 %)	n=0	n=1 (100 %)	
	université 3 (L-NC) n=19 (27,94 %)	n=10 (52,63 %)	n=9 (47,37 %)	
	université 4 (L-C) n=21 (30,88 %)	n=13 (61,9 %)	n=8 (38,1 %)	
réseau d'enseignement de l'IFE francophone (n=68)	public (O) n=20 (29,41 %)	n=12(60 %)	n=8(40 %)	p ^x = 0,694
	privé non-confessionnel (L-NC) n=22 (32,35 %)	n=11 (50 %)	n=11 (50 %)	
	privé confessionnel (LC) n=26 (38,24 %)	n=16 (61,54 %)	n=10 (38,46 %)	
regroupement réseaux d'enseignement de l'IFE francophone (n=68)	neutre (public & privé non-confessionnel) n=42 (61,76 %)	n=23 (54,76 %)	n=19 (45,24 %)	p ^x = 0,583
	confessionnel (privé confessionnel) n=26 (38,24 %)	n=16 (61,54 %)	n=10 (38,46 %)	
Haute École (HE) francophone de bachelier en soins infirmiers (n=68)	O, Bru n=3 (4,41 %)	n=1 (33,33 %)	n=2 (66,67 %)	p ^F = 0,183
	O, Ha n=11 (16,18 %)	n=5 (45,45 %)	n=6 (54,55 %)	
	O, Li n=14 (20,59 %)	n=7 (50 %)	n=7 (50 %)	
	O, Na n=2 (2,94 %)	n=1 (50 %)	n=1 (50 %)	
	O, Lu n=2 (2,94 %)	n=2 (100 %)	n=0	
	L-NC, Bru n=5 (7,35 %)	n=2 (40 %)	n=3 (60 %)	
	L-C, Bru 1 n=4 (5,88 %)	n=4 (100 %)	n=0	
	L-C, Bru 2 n=6 (8,82 %)	n=5 (83,33 %)	n=1 (16,67 %)	
	L-C, Ha n=10 (14,71 %)	n=6 (60 %)	n=4 (40 %)	
	L-C, Li n=7 (10,29 %)	n=2 (28,57 %)	n=5 (71,43 %)	
	L-C, Na n=4 (5,88 %)	n=4 (100 %)	n=0	

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

Variable	Classes	MSI non utilisé n=48/78 (61,54 %)	MSI utilisé n=30/78 (38,46 %)	Test
réseau d'enseignement auquel appartient la HE francophone (n=68)	public (O) n=32 (47,06 %)	n=16 (50 %)	n=16 (50 %)	p ^F = 0,301
	privé non-confessionnel (L-NC) n=5 (7,35 %)	n=2 (40 %)	n=3 (60 %)	
	privé confessionnel (LC) n=31 (45,59 %)	n=21 (67,74 %)	n=10 (32,26 %)	
regroupement des réseaux d'enseignement des HE francophones (n=68)	neutre (public & privé non-confessionnel) n=37 (54,41 %)	n=18 (48,65 %)	n=19 (51,35 %)	p ^X = 0,113
	Confessionnel (privé confessionnel) n=26 (45,59 %)	n=21 (67,74 %)	n=10 (32,26 %)	
bassin d'enseignement dans lequel se situe la HE francophone (n=68)	Bruxelles-Brabant n=18 (26,47 %)	n=12 (66,67 %)	n=6 (33,33 %)	p ^F = 0,133
	Hainaut n=21 (30,88 %)	n=11 (52,38 %)	n=10 (47,62 %)	
	Liège n=21 (30,88 %)	n=9 (42,86 %)	n=12 (57,14 %)	
	Namur-Luxembourg n=8 (%)	n=7 (87,5 %)	n=1 (12,5 %)	
anciennetés regroupées par quartiles (n=77)	1 ^{er} quartile (ancienneté ≤ 3 ans) n=21 (27,27 %)	n=17 (80,95 %)	n=4 (19,05 %)	p ^X = 0,084
	2 ^e quartile (3 ans < ancienneté ≤ 7 ans) n=20 (25,97 %)	n=13 (65 %)	n=7 (35 %)	
	3 ^e quartile (7 ans < ancienneté ≤ 17 ans) n=18 (23,38 %)	n=9 (50 %)	n=9 (50 %)	
	4 ^e quartile (ancienneté > 17 ans) n=18 (23,38 %)	n=8 (44,44 %)	n=10 (55,56 %)	
ancienneté ≤ 5 ans ou > 5 ans (n=77)	ancienneté ≤ 5 ans n=31 (40,26 %)	n=24 (77,42 %)	n=7 (22,58 %)	p ^X = 0,016*
	ancienneté > 5 ans n=46 (59,74 %)	n=23 (50 %)	n=23 (50 %)	

(1) p^X : *Pearson chi2*

(2) p^F : *Fisher's exact*

(3) O = officiel (public)

(4) L-NC = libre non confessionnel (privé, neutre)

(5) L-C = libre confessionnel (privé, religieux)

Annexe I - Tableau complémentaire 6 : Variables individuelles et utilisation d'un modèle de soins infirmiers

Variable	Classes	MSI non utilisé n=48/78 (61,54 %)	MSI utilisé n=30/78 (38,46 %)	Test
type d'hôpital (n=78)	général (Gén) n=43 (55,13 %)	n=25 (58,14 %)	n=18 (41,86 %)	$p^{F(2)} = 0,822$
	psychiatrique (Psy) n=26 (33,33 %)	n=16 (61,54 %)	n=10 (38,46 %)	
	gériatrique (G) n=4 (5,13 %)	n=3 (75 %)	n=1 (25 %)	
	spécialisé (Sp) (revalidation) n=5 (6,41 %)	n=4 (80 %)	n=1 (20 %)	
regroupement par type d'hôpital (n=78)	Gén n=43 (55,13 %)	n=25 (58,14 %)	n=18 (41,86 %)	$p^{X(1)} = 0,494$
	Autre (Psy, G et Sp) n= (44,87 %)	n=23 (65,71 %)	n=12 (34,29 %)	
regroupement par quartiles de taille (n=78)	1 ^{er} quartile (taille ≤ lits) n=20 (25,64 %)	n=15 (75 %)	n=5 (25 %)	$p^X = 0,081$
	2 ^e quartile (lits < taille ≤ lits) n=19 (24,36 %)	n=10 (52,63 %)	n=9 (47,37 %)	
	3 ^e quartile (lits < taille ≤ lits) n=20 (25,64 %)	n=15 (75 %)	n=5 (25 %)	
	4 ^e quartile (taille > lits) n=19 (24,36 %)	n=8 (42,11 %)	n=11 (57,89 %)	
pouvoir organisateur de l'hôpital (n=78)	Public n=29 (37,18 %)	n=16 (55,17 %)	n=13(44,83 %)	$p^X = 0,374$
	Privé n=49 (62,82 %)	n=32 (65,31 %)	n=17 (34,69 %)	
bassin de soins dans lequel se situe l'hôpital (n=78)	Bruxelles-Brabant n=26 (33,33 %)	n=20 (76,92 %)	n=6 (23,08 %)	$p^X = 0,013^*$
	Hainaut n=21 (26,92 %)	n=9 (42,86 %)	n=12 (57,14 %)	
	Liège n=18 (23,08 %)	n=8 (44,44 %)	n=10 (55,56 %)	
	Namur-Luxembourg n=13 (16,67 %)	n=11 (84,62 %)	n=2 (15,38 %)	

(1) p^X : Pearson chi2

(2) p^F : Fisher's exact

**Annexe II : Tableau 7 :
Variables institutionnelles et utilisation d'un modèle de soins infirmiers**

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

Variable	Classes	Henderson n=23/30 (76,67 %)	Henderson + Watson n=2/30 (6,67 %)	Orem n=2/30 (6,67 %)	Assimilé à un MSI n=3/30 (10 %)	Test
niveau de formation à l'encadrement (n=30)	cadre de santé n=5 (16,67 %)	n=3 (60 %)	n=1 (20 %)	n=1 (20 %)	n=0	p ^{F(2)} = 0,180
	master n=25 (83,33 %)	n=20 (80 %)	n=1 (4 %)	n=1 (4 %)	n=3 (12 %)	
niveau de formation à l'encadrement si IFE francophone (n=29)	cadre de santé n=5 (17,24 %)	n=3 (60 %)	n=1 (20 %)	n=1 (20 %)	n=0	p ^F = 0,191
	master n=24 (82,76 %)	n=19 (79,17 %)	n=1 (4,17 %)	n=1 (4,17 %)	n=3 (12,50 %)	
IFE francophone (n=29)	école de cadre 1 (O ⁽³⁾) n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	p ^F = 0,589
	école de cadre 2 (O) n=1 (3,45 %)	n=1 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	école de cadre 3 (L-NC ⁽⁴⁾) n=1 (3,45 %)	n=1 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	école de cadre 4 (L-NC) n=1 (3,45 %)	n=0	n=0	n=1 (100 %)	n=0	
	école de cadre 5 (L-NC) n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	
	école de cadre 6 (L-C ⁽⁵⁾) n=2 (6,90 %)	n=1 (50 %)	n=1 (50 %)	n=0	n=0	
	université 1 (O) n=6 (20,69 %)	n=5 (83,33 %)	n=0	n=0	n=1 (16,67 %)	
	université 2 (O) n=1 (3,45 %)	n=1 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	université 3 (L-NC) n=9 (31,03 %)	n=7 (77,78 %)	n=0	n=1 (11,11 %)	n=1 (11,11 %)	
	université 4 (L-C) n=8 (27,59 %)	n=6 (75 %)	n=1 (12,5 %)	n=0	n=1 (12,5 %)	
réseau d'enseignement de l'IFE francophone (n=29)	public (O) n=8 (27,59 %)	n=7 (87,5 %)	n=0	n=0	n=1 (12,5 %)	p ^F = 0,525
	privé non-confessionnel (L-NC) n=11 (37,93 %)	n=8 (72,73 %)	n=0	n=2 (18,18 %)	n=1 (9,09 %)	
	privé confessionnel (LC) n=10 (34,48 %)	n=7 (70 %)	n=2 (20 %)	n=0	n=1 (10 %)	
regroupement réseaux d'enseignement des IFE francophones (n=29)	neutre (public & privé non-confessionnel) n=19 (65,52 %)	n=15 (78,95 %)	n=0	n=2 (10,53 %)	n=2 (10,53 %)	p ^F = 0,242
	confessionnel (privé confessionnel) n=10 (34,48 %)	n=7 (70 %)	n=2 (20 %)	n=0	n=1 (10 %)	

Variable	Classes	Henderson n=23/30 (76,67 %)	Henderson + Watson n=2/30 (6,67 %)	Orem n=2/30 (6,67 %)	Assimilé à un MSI n=3/30 (10 %)	Test
Haute École (HE) de bachelier en soins infirmiers francophone (n=29)	O, Bru n=2 (6,90 %)	n=1 (50 %)	n=0	n=0	n=1 (50 %)	p ^F = 0,001*
	O, Ha n=6 (20,69 %)	n=6 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	O, Li n=7 (24,14 %)	n=7 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	O, Na n=1 (3,45 %)	n=1 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	O, Lu n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	
	L-NC, Bru n=3 (10,34 %)	n=0	n=0	n=2 (66,67 %)	n=1 (33,33 %)	
	L-C, Bru 1 n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	
	L-C, Bru 2 n=6 (8,82 %)	n=0	n=1 (100 %)	n=0	n=0	
	L-C, Ha n=4 (13,79 %)	n=3 (75 %)	n=1 (25 %)	n=0	n=0	
	L-C, Li n=5 (17,24 %)	n=4 (80 %)	n=0	n=0	n=1 (20 %)	
	L-C, Na n=0	n=0	n=0	n=0	n=0	
réseau d'enseignement auquel appartient la HE francophone (n=29)	public (O) n=16 (55,17 %)	n=15 (93,75 %)	n=0	n=0	n=1 (6,25 %)	p ^F = 0,001*
	privé non-confessionnel (L-NC) n=3 (10,34 %)	n=0	n=0	n=2 (66,67 %)	n=1 (33,33 %)	
	privé confessionnel (LC) n=10 (34,48 %)	n=7 (70 %)	n=2 (20 %)	n=0	n=1 (10 %)	
regroupement des réseaux d'enseignement des HE francophones (n=29)	neutre (public & privé non-confessionnel) n=19 (65,52 %)	n=15 (78,95 %)	0	2 (n=10,53 %)	2 (n=10,53 %)	p ^F = 0,242
	Confessionnel (privé confessionnel) n=10 (34,48 %)	n=7 (70 %)	n=2 (20 %)	n=0	n=1 (10 %)	
bassin d'enseignement dans lequel se situe la HE francophone (n=29)	Bruxelles-Brabant n=6 (20,69 %)	n=1 (16,67 %)	n=1 (16,67 %)	n=2 (33,33 %)	n=2 (33,33 %)	p ^F = 0,005*
	Hainaut n=10 (34,48 %)	n=9 (90 %)	n=1 (10 %)	n=0	n=0	
	Liège n=12 (41,38 %)	n=11 (91,67 %)	n=0	n=0	n=1 (8,33 %)	
	Namur-Luxembourg n=1 (3,45 %)	n=1 (100 %)	n=0	n=0	n=0	

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

Variable	Classes	Henderson n=23/30 (76,67 %)	Henderson + Watson n=2/30 (6,67 %)	Orem n=2/30 (6,67 %)	Assimilé à un MSI n=3/30 (10 %)	Test
anciennetés regroupées par quartiles (n=30)	1 ^{er} quartile (ancienneté ≤ 3 ans) n=4 (13,33 %)	n=4 (100 %)	n=0	n=0	n=0	P ^F = 0,622
	2 ^e quartile (3 ans < ancienneté ≤ 7 ans) n=7 (23,33 %)	n=7 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	3 ^e quartile (7 ans < ancienneté ≤ 17 ans) n=9 (30,00 %)	n=5 (55,56 %)	n=2 (22,22 %)	n=1 (11,11 %)	n=1 (11,11 %)	
	4 ^e quartile (ancienneté > 17 ans) n=10 (33,33 %)	n=7 (70 %)	n=0	n=1 (10 %)	n=2 (20 %)	
ancienneté ≤ 5 ans ou > 5 ans (n=30)	ancienneté ≤ 5 ans n=7 (23,33 %)	n=7 (100 %)	n=0	n=0	n=0	p ^F = 0,851
	ancienneté > 5 ans n=23 (76,67 %)	n=16 (69,57 %)	n=2 (8,7 %)	n=2 (8,7 %)	n=3 (13,04 %)	

(1) p^X : *Pearson chi2*

(2) p^F : *Fisher's exact*

(3) O = officiel (public)

(4) L-NC = libre non confessionnel (privé, neutre)

(5) L-C = libre confessionnel (privé, religieux)

Annexe III : Tableau complémentaire 8 : Variables individuelles et utilisation d'un modèle de soins infirmiers spécifique

Variable	Classes	Henderson n=23/30 (76,67 %)	Henderson + Watson n=2/30 (6,67 %)	Orem n=2/30 (6,67 %)	Assimilé à un MSI n=3/30 (10 %)	Test
type d'hôpital (n=30)	général (Gén) n=18 (60,00 %)	n=15 (83,33 %)	n=0	n=2 (11,11 %)	n=1 (5,56 %)	$p^{F(2)} = 0,377$
	psychiatrique (Psy) n=10 (33,33 %)	n=6 (60,00 %)	n=2 (20 %)	n=0	n=2 (20 %)	
	gériatrique (G) n=1 (3,33 %)	n=1 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	spécialisé (Sp) (revalidation) n=1 (3,33 %)	n=1 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
regroupement par type d'hôpital (n=30)	Gén n=18 (60,00 %)	n=15 (83,33 %)	n=0	n=2 (11,11 %)	n=1 (5,56 %)	$p^F = 0,182$
	Autre (Psy, G et Sp) n=12 (40,00 %)	n=8 (66,67 %)	n=2 (16,67 %)	n=0	n=2 (16,67 %)	
regroupement par quartiles de taille (n=30)	1 ^{er} quartile (taille ≤ lits) n=5 (16,67 %)	n=3 (60 %)	n=1 (20 %)	n=0	n=1 (20 %)	$p^F = 0,304$
	2 ^e quartile (lits < taille ≤ lits) n=9 (30,00 %)	n=6 (66,67 %)	n=1 (11,11 %)	n=0	n=2 (22,22 %)	
	3 ^e quartile (lits < taille ≤ lits) n=5 (16,67 %)	n=5 (100 %)	n=0	n=0	n=0	
	4 ^e quartile (taille > lits) n=11 (36,67 %)	n=9 (81,82 %)	n=0	n=2 (18,18 %)	n=0	
pouvoir organisateur de l'hôpital (n=30)	Public n=13 (43,33 %)	n=13 (100 %)	n=0	n=0	n=0	$p^F = 0,049^*$
	Privé n=17 (56,67 %)	n=10 (58,82 %)	n=2 (11,76 %)	n=2 (11,76 %)	n=3 (17,65 %)	
bassin de soins dans lequel se situe l'hôpital (n=30)	Bruxelles-Brabant n=6 (20,00 %)	n=3 (50 %)	n=1 (16,67 %)	n=2 (33,33 %)	n=0	$p^F = 0,292$
	Hainaut n=12 (40,00 %)	n=9 (75 %)	n=1 (8,33 %)	n=0	n=2 (16,67 %)	
	Liège n=10 (33,33 %)	n=9 (90,00 %)	n=0	n=0	n=1 (10 %)	
	Namur-Luxembourg n=2 (6,67 %)	n=2 (100 %)	n=0	n=0	n=0	

**Annexe IV - Tableau complémentaire 9 :
Variables institutionnelles statistiquement et utilisation d'un modèle de soins infirmiers spécifique**

(1) p^X : Pearson *chi*²

(2) p^F : Fisher's exact

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

Variable	Classes	MSI non communiqué n=4/30 (13,33 %)	MSI communiqué n=26/30 (86,67 %)	Test
niveau de formation à l'encadrement (n=30)	cadre de santé n=5 (16,67 %)	n=1 (20 %)	n=4 (80 %)	p ^{F(2)} = 0,538
	master n=25 (83,33 %)	n=3 (12 %)	n=22 (88 %)	
niveau de formation à l'encadrement si IFE francophone (n=29)	cadre de santé n=5 (17,24 %)	n=1 (20 %)	n=4 (80 %)	p ^F = 0,553
	master n=24 (82,76 %)	n= 3 (12,5 %)	n=21 (87,5 %)	
IFE francophone (n=29)	école de cadre 1 (O ⁽³⁾) n=0	n=0	n=0	p ^F = 0,463
	école de cadre 2 (O) n=1 (3,45 %)	n=0	n=1 (3,45 %)	
	école de cadre 3 (L-NC ⁽⁴⁾) n=1 (3,45 %)	n=1 (100 %)	n=0	
	école de cadre 4 (L-NC) n=1 (3,45 %)	n=0	n=1 (100 %)	
	école de cadre 5 (L-NC) n=0	n=0	n=0	
	école de cadre 6 (L-C ⁽⁵⁾) n=2 (6,90 %)	n=0	n=2 (100 %)	
	université 1 (O) n=6 (20,69 %)	n=0	n=6 (100 %)	
	université 2 (O) n=1 (3,45 %)	n=0	n=1 (100 %)	
	université 3 (L-NC) n=9 (31,03 %)	n=2 (22,22 %)	n=7 (77,78 %)	
	université 4 (L-C) n=8 (27,59 %)	n=1 (12,5 %)	n=7 (87,5 %)	
réseau d'enseignement de l'IFE francophone (n=29)	public (O) n=8 (27,59 %)	n=0	n=8 (100 %)	p ^F = 0,414
	privé non-confessionnel (L-NC) n=11 (37,93 %)	n=3 (27,27 %)	n=8 (72,73 %)	
	privé confessionnel (LC) n=10 (34,48 %)	n=1 (10 %)	n=9 (90 %)	
regroupement réseaux d'enseignement des IFE francophones (n=29)	neutre (public & privé non-confessionnel) n=19 (65,52 %)	n=3 (15,79 %)	n=16 (84,21 %)	p ^F = 1
	privé confessionnel (LC) n=10 (34,48 %)	n=1 (10 %)	n=9 (90 %)	
Haute École (HE) francophone de bachelier en soins infirmiers (n=29)	O, Bru n=2 (6,90 %)	n=0	n=2 (100 %)	p ^F =0,889
	O, Ha n=6 (20,69 %)	n=1 (16,67 %)	n=5 (83,33 %)	
	O, Li n=7 (24,14 %)	n=1 (14,29 %)	n=6 (85,71 %)	
	O, Na n=1 (3,45 %)	n=0	n=1 (100 %)	
	O, Lu n=0	n=0	n=0	
	L-NC, Bru n=3 (10,34 %)	n=1 (33,33 %)	n=2 (66,67 %)	
	L-C, Bru 1 n=0	n=0	n=0	
	L-C, Bru 2 n=6 (8,82 %)	n=0	n=1 (100 %)	
	L-C, Ha n=4 (13,79 %)	n=1 (25 %)	n=3 (75 %)	
	L-C, Li n=5 (17,24 %)	n=0	n=5 (100 %)	
	L-C, Na n=0	n=0	n=0	

Variable	Classes	MSI non communiqué n=4/30 (13,33 %)	MSI communiqué n=26/30 (86,67 %)	Test
réseau d'enseignement auquel appartient la HE francophone (n=29)	public (O) n=16 (55,17 %)	n=2 (12,50 %)	n=14 (87,50 %)	p ^F = 0,537
	privé non-confessionnel (L-NC) n=3 (10,34 %)	n=1 (33,33 %)	n=2 (66,67 %)	
	privé confessionnel (LC) n=10 (34,48 %)	n=1 (10 %)	n=9 (90 %)	
regroupement des réseaux d'enseignement des HE francophones (n=29)	neutre (public & privé non-confessionnel) n=19 (65,52 %)	n=3 (15,79 %)	n=16 (84,21 %)	p ^F = 1
	Confessionnel (privé confessionnel) n=10 (34,48 %)	n=1 (10 %)	n=9 (90 %)	
bassin d'enseignement dans lequel se situe la HE francophone (n=29)	Bruxelles-Brabant n=6 (20,69 %)	n=1 (16,67 %)	n=5 (83,33 %)	p ^F = 0,833
	Hainaut n=10 (34,48 %)	n=2 (20 %)	n=8 (80 %)	
	Liège n=12 (41,38 %)	n=1 (8,33 %)	n=11 (91,67 %)	
	Namur-Luxembourg n=1 (3,45 %)	n=0	n=1 (100 %)	
anciennetés regroupées par quartiles (n=30)	1 ^{er} quartile (ancienneté ≤ 3 ans) n=4 (13,33 %)	n=1 (25 %)	n=3 (75 %)	p ^F = 0,644
	2 ^e quartile (3 ans < ancienneté ≤ 7 ans) n=7 (23,33 %)	n=0	n=7 (100 %)	
	3 ^e quartile (7 ans < ancienneté ≤ 17 ans) n=9 (30,00 %)	n=1 (11,11 %)	n=8 (88,89 %)	
	4 ^e quartile (ancienneté > 17 ans) n=10 (33,33 %)	n=2 (20 %)	n=8 (80 %)	
ancienneté ≤ 5 ans ou > 5 ans (n=30)	ancienneté ≤ 5 ans n=7 (23,33 %)	n=1 (14,29 %)	n=6 (85,71 %)	p ^F = 1
	ancienneté > 5 ans n=23 (76,67 %)	n=3 (13,04 %)	n=20 (86,96 %)	

(1) p^X : Pearson chi2

(2) p^F : Fisher's exact

(3) O = officiel (public)

(4) L-NC = libre non confessionnel (privé, neutre)

(5) L-C = libre confessionnel (privé, religieux)

Annexe V - Tableau complémentaire 10 : Variables individuelles liées au chef de département infirmier et communication du modèle de soins infirmiers utilisé au personnel

Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues

Variable	Classes	MSI non communiqué n=4/30 (13,33 %)	MSI communiqué n=26/30 (86,67 %)	Test
type d'hôpital (n=30)	général (Gén) n=18 (60,00 %)	n=3 (16,67 %)	n=15 (83,33 %)	$p^{F(2)} = 1$
	psychiatrique (Psy) n=10 (33,33 %)	n=1 (10 %)	n=9 (90 %)	
	gériatrique (G) n=1 (3,33 %)	n=0	n=1 (100 %)	
	spécialisé (Sp) (revalidation) n=1 (3,33 %)	n=0	n=1 (100 %)	
regroupement par type d'hôpital (n=30)	Gén n=18 (60,00 %)	n=3 (16,67 %)	n=15 (83,33 %)	$p^F = 0,632$
	Autre (Psy, G et Sp) n=12 (40,00 %)	n=1 (8,33 %)	n=11 (91,67 %)	
regroupement par quartiles de taille (n=30)	1 ^{er} quartile (taille ≤ lits) n=5 (16,67 %)	n=1 (20 %)	n=4 (80 %)	$p^F = 0,729$
	2 ^e quartile (lits < taille ≤ lits) n=9 (30,00 %)	n=2 (22,22 %)	n=7 (77,78 %)	
	3 ^e quartile (lits < taille ≤ lits) n=5 (16,67 %)	n=0	n=5 (100 %)	
	4 ^e quartile (taille > lits) n=11 (36,67 %)	n=1 (9,09 %)	n=10 (90,91 %)	
pouvoir organisateur de l'hôpital (n=30)	Public n=13 (43,33 %)	n=3 (23,08 %)	n=10 (76,92 %)	$p^F = 0,290$
	Privé n=17 (56,67 %)	n=1 (5,88 %)	n=16 (94,12 %)	
bassin de soins dans lequel se situe l'hôpital (n=78)	Bruxelles-Brabant n=6 (20,00 %)	n=2 (33,33 %)	n=4 (66,67 %)	$p^F = 0,549$
	Hainaut n=12 (40,00 %)	n=1 (8,33 %)	n=11 (91,67 %)	
	Liège n=10 (33,33 %)	n=1 (10 %)	n=9 (90 %)	
	Namur-Luxembourg n=2 (6,67 %)	n=0	n=2 (100 %)	

(1) p^x : Pearson *chi*²

(2) p^F : Fisher's exact

Annexe VI - Tableau complémentaire 11 : Variables institutionnelles et communication du modèle de soins infirmiers utilisé au personnel