

LA RECHERCHE INFIRMIÈRE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'APPROCHE QUALITÉ TOTALE EN SOINS INFIRMIERS

Kan Koffi, Philippe Delmas, Yao N'Goran et Joseph Andoh

Association de recherche en soins infirmiers | « [Recherche en soins infirmiers](#) »

2010/1 N° 100 | pages 115 à 123

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-1-page-115.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers.

© Association de recherche en soins infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LA RECHERCHE INFIRMIÈRE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'APPROCHE QUALITÉ TOTALE EN SOINS INFIRMIERS

Kan KOFFI,

infirmier, M. Sc.: Docteur en soins infirmiers, Infirmier enseignant, Ex-Sous Directeur de la Formation des Infirmiers et Sages-femmes, Spécialistes et des Ingénieurs des Techniques Sanitaires, Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) Abidjan, Côte d'Ivoire

Philippe DELMAS,

Infirmier, Docteur en Sciences Infirmières, Professeur associé d'université, Cadre expert mission recherche et développement CHU Hôtel Dieu (AP-HP), Paris

Dr Yao N'GORAN,

Maître-Assistant Directeur du Laboratoire de Physique de la Matière Condensée et de Technologie (LPMCT) UFR des Sciences des Structures de la Matière et de Technologie Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Pr Joseph ANDOH,

Médecin, Professeur Titulaire de Pédiatrie, UFR des Sciences Médicales, Chef du service de Pédiatrie, CHU de Treichville, Inspecteur Général Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Côte d'Ivoire

Au Québec, dans le Canada francophone comme dans toute l'Amérique du Nord, à l'Université de Beyrouth au Liban, en Asie, à l'Université de Natal en Afrique du Sud et à l'Université du Caire en Egypte sur le continent africain, les activités de recherche scientifique en soins infirmiers font partie du quotidien des infirmières et des sages-femmes, comme c'est le cas dans nombre de pays de culture anglo-saxonne. Cependant, dans l'Europe et l'Afrique francophones comme en Côte d'Ivoire, l'absence des infirmier(e)s et des sages-femmes dans les structures officielles de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ampute aux systèmes nationaux de santé, la contribution spécifique et complémentaire que le personnel infirmier et sage-femme pourrait apporter à la réalisation des objectifs nationaux de santé.

Tout comme les progrès scientifiques réalisés dans les différentes disciplines ont résulté d'abord de la découverte de nouvelles connaissances, dans la discipline infirmière en Europe et en Afrique francophone, seul le développement de la recherche infirmière permettra de produire une base de connaissances scientifiques pour guider la pratique et assurer la qualité de la prestation des soins. Ce développement de la recherche en soins infirmiers requiert l'ouverture des carrières de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique aux infir-

mier(e)s et aux sages-femmes ayant les qualifications requises (Koffi, 2005) dans les pays francophones d'Afrique et d'Europe.

QUAND LES RÉSISTANCES AU CHANGEMENT HANDICAPENT LE DÉVELOPPEMENT DES SOINS INFIRMIERS

En effet, dans les pays de culture latino française d'Europe et d'Afrique, des stéréotypes culturels freinent le développement de la pratique infirmière en tant que science et profession. La collaboration interdisciplinaire que devrait développer les infirmier(e)s/sages-femmes et les médecins pour la délivrance de meilleurs réponses aux besoins de santé, est généralement perçue par ces derniers sous l'angle d'une relation verticale de pouvoir. Cependant, il ne s'agit en fait que d'une relation professionnelle horizontale de complémentarité dans laquelle chaque professionnel assume un rôle précis qui est épistémologiquement distinct de celui de l'autre.

Dans ces pays francophones d'Afrique et d'Europe, le renforcement des soins infirmiers (OMS, 1996) qui nécessite la professionnalisation de la pratique

infirmière (Koffi, 2006) ne bénéficie pas souvent de l'attention nécessaire de la part des décideurs. Comme le dénonce Delmas (2008, p. 9), en France, « la question de la formation universitaire des infirmières reste une préoccupation secondaire pour les Ministères concernés ». Ainsi, par exemple en Côte d'Ivoire, l'institution de la carrière universitaire à l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) qui a pour mission principale la formation et la recherche en soins infirmiers et en biotechnologie (Ministère de la santé, 1991), s'est toujours heurtée à l'hostilité des sommités médicales, principaux décideurs du système de santé. Au lieu d'une analyse rigoureuse et scientifique du problème, l'on a toujours assisté à des réactions affectives et stéréotypées qui ont toujours mené à des propositions et à des décisions intuitives n'ayant abouti qu'à des solutions éphémères. Ces réactions sont le reflet d'une certaine hégémonie handicapante du paradigme médical fortement enraciné dans les systèmes sanitaires francophones d'Europe et d'Afrique. Ces réactions renferment soit le déni inavoué, soit l'ignorance des différentes compétences universitaires et scientifiques que doivent développer les infirmier(e)s et les sages-femmes tout le long de leur carrière (figure n° 1 Annexe I).

On peut donc remarquer que dans les pays francophones d'Europe et d'Afrique, ces freins sont nombreux et tiennent souvent à l'histoire de la France qui joue encore un rôle d'influence culturelle dans ces pays. En effet, Delmas (2006) souligne que le développement des savoirs était aussi sous l'influence des systèmes de formation. Pour comprendre ce phénomène, Ben David (1960, 1970, 1971, 1997) propose une approche sociologique et historique du développement de la connaissance scientifique en se penchant plus particulièrement sur l'organisation des institutions scientifiques, ce qui fait d'ailleurs son originalité. De plus, il a élaboré une théorie de la connaissance scientifique qui permet de revisiter la façon dont la science se différencie en plusieurs branches en permettant ainsi l'émergence de nouvelles disciplines. En effet, selon l'auteur, les idées nécessaires à la création d'une nouvelle discipline sont habituellement disponibles pendant une période relativement longue et surtout dans plusieurs lieux géographiques. Par contre, son émergence et son développement résultent de la synergie de plusieurs facteurs qui sont : l'autonomie de la communauté scientifique, la compétition entre les institutions et les personnes, la décentralisation institutionnelle et l'avènement des spécialités (Ben David, 1997). Si les pays anglo-saxons et Européens adoptaient ce système de concurrence, la France renforcerait son dispositif centralisé de formation universitaire par l'avènement des Grandes Ecoles au service de l'Etat (Polytechnique, le Collège De France, ...), avec pour effet, d'une part, de diminuer la

capacité de concurrence des autres universités et, d'autre part, de diriger le développement des savoirs selon les orientations des différentes disciplines.

Aussi, Ben David (1960) souligne-t-il que la recherche était l'apanage du sexe masculin dans la race blanche qui laissait ainsi peu de place à la femme, et donc à l'émergence d'une discipline dont les principaux acteurs sont essentiellement de genre féminin. Il est donc aisé dans ce contexte de comprendre que l'organisation des institutions universitaires n'ait pas permis le développement de la discipline infirmière comme telle, quand bien même les écrits soulignent que les stigmates de la pratique des soins infirmiers trouvent trace en France.

Cependant, l'histoire de la recherche infirmière nous enseigne que le charisme et la rigueur au travail de Florence Nightingale, une infirmière britannique, une femme européenne donc, ont eu raison de ces considérations en Angleterre, grâce à ses activités de recherche. Après avoir mis en évidence une réduction drastique de la mortalité des soldats britanniques de 42,7% à 2,3% à partir de l'application des soins infirmiers aux blessés de la guerre de Crimée (1854-1856), Nightingale est arrivée à faire admettre que le travail des infirmières de son époque, qui était considéré par les médecins militaires comme des tâches ménagères, reposait sur des connaissances scientifiques. C'est ainsi que la profession infirmière fut reconnue pour offrir la base de la constitution de la discipline infirmière, avec la création de « l'école autonome d'infirmières Nightingale » à l'hôpital saint Thomas de Londres (Donahue, 1985; 1996).

C'est pourquoi, il appartient aux pays africains francophones qui ont hérité des pratiques administratives de l'Europe francophone, et dont les systèmes d'enseignement supérieur et de recherche sont encore en construction, de savoir éviter ces pièges historiques, puisque l'histoire n'est pas à répétition. Comme le souligne la théoricienne américaine de « la science infirmière », Martha Rogers (1970), chaque phénomène de la vie est unique et non répétitif, et évolue pour son propre compte. Par exemple, l'on observe que l'histoire de l'implantation de la pratique des soins infirmiers modernes en Afrique noire a fondamentalement modifié l'image sexuelle des professionnels qui sont majoritairement du sexe masculin, quand en occident et dans le Maghreb les femmes sont majoritaires.

Du point de vue de la déontologie, l'hégémonie médicale qui selon Foucault correspond à la présence d'un biopouvoir dans les sphères politiques et sociales, est une conséquence du phénomène de *la médicalisation* inféré par la révolution industrielle au 18^{ème} siècle (Koffi, 2008). Elle limite les efforts du développement sanitaire dans le seul paradigme médical, et pose ainsi un problème d'éthique. En effet, en Côte d'Ivoire par exemple, les dis-

¹ Recherche publiée dans la revue p?

positions du code de déontologie médicale contenues dans les articles premier, 72, 73 et 79 de la Loi n°62-248 du 31 juillet 1962, prescrivent aux médecins le devoir de se montrer courtois et bienveillants envers les sages-femmes, les infirmier(e)s, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, de respecter l'indépendance de ceux-ci et d'éviter dans leurs rapports professionnels avec ces professionnels tout agissement injustifié tendant à leur nuire. Au demeurant, il apparaît évident que le développement des compétences universitaires et scientifiques en soins infirmiers n'entame guère le statut, ni les privilèges des professionnels de la médecine, puisque l'épistémologie distingue ces deux disciplines. Les différentes compétences infirmières en recherche scientifique qui dressent le profil de carrière des infirmier(e)s et des sages-femmes, constituent plutôt des outils d'amélioration de la qualité des soins infirmiers. Il est donc essentiel pour les infirmiers et les sages-femmes francophones d'Afrique et d'Europe de pouvoir surmonter leurs difficultés d'accès à la connaissance qui est généralement disponible en anglais. C'est en effet l'accès à cette connaissance déjà disponible qui permettra à la profession d'argumenter les prises de décisions et ainsi, de se positionner comme acteur autonome de santé, travaillant en équipe multidisciplinaire.

L'ÉPISTÉMOLOGIE POUR LA DISTINCTION DES DISCIPLINES SCIENTIFIQUES

L'épistémologie est la partie de la philosophie qui étudie l'histoire, les méthodes et les principes des sciences. Elle établit ainsi que chaque science se distingue des autres par son histoire, ses méthodes et ses principes scientifiques. De ce fait, contrairement à l'imagination populaire dans l'Afrique et l'Europe francophones, le travail des infirmier(e)s et des sages-femmes ne consiste pas à aider le médecin dans la pratique de la médecine. Cette idée qui fait partie de la représentation sociale de ces professions dans ces espaces francophones, est un biais et une persistance du phénomène de la médicalisation (Koffi, 2008).

Au sein de l'équipe de santé, le service infirmier consiste plutôt à aider la personne (l'individu, la famille et la communauté) à domicile, à l'école, à la maternité, au centre de santé, à l'hôpital, à la clinique médicale, au cabinet de soins infirmiers, à conserver ou à recouvrer la santé à partir de la satisfaction de ses 14 besoins fondamentaux (Henderson, 1966; Adam, 1993). Ce service inclut en toute évidence l'aide que l'infirmier(e) ou la sage-femme apporte à une personne souffrant d'une maladie, dans l'observance d'une ordonnance médicale. Malheureusement, c'est seulement ce dernier aspect de la pratique infirmière liée au traitement

de la maladie qui est connu du public et qui est valorisé par les médecins de culture latino française. C'est pourquoi, pour sauver le fondement et la qualité des soins infirmiers, habituellement réduits à la simple exécution de prescriptions médicales, il convient de développer la recherche en soins infirmiers qui légitimera la discipline infirmière en établissant sa distinction d'avec la médecine. Le but de cette distinction n'est pas d'être dichotomique comme le fait la médecine avec les autres professions de santé (les professions non médicales), ce qui signe les positions secondaires des professions non médicales. Il s'agit de laisser apparaître la plus value que chaque profession apporte à la santé, pour souligner l'enjeu majeur que représente le développement de la discipline et de la recherche infirmières aujourd'hui. La complexité des situations vécues par les clients sont telles qu'un regard multidisciplinaire est nécessaire pour optimiser les réponses à leurs besoins de santé, exprimés ou non exprimés.

COMMENT MOTIVER LES INFIRMIER(E)S ET LES SAGES-FEMMES AU TRAVAIL ?

Comme le souligne Frédéric Herzberg (1968), un employé n'est satisfait de son travail que si celui-ci contribue à son développement psychologique. Dans la discipline infirmière donc, la structure de la promotion professionnelle constitue le cadre théorique et rationnel pour l'épanouissement intellectuel et psychologique des infirmier(e)s et des sages-femmes. Ce cadre qu'offre la structure scientifique du développement professionnel, est l'élément central de la motivation en soins infirmiers. L'érudition universitaire en soins infirmiers, comme illustrée par Koffi et Leboeuf (2007, p. 47) dans leur article intitulé « les compétences infirmières en recherche scientifique, un standard universel » constitue donc la voie de ce développement intellectuel et psychologique. C'est cette structure scientifique de la promotion professionnelle en soins infirmiers qui comporte les facteurs intrinsèques de la motivation tels que décrits par Herzberg (1968). Il s'agit de la reconnaissance par autrui des résultats obtenus, le travail lui-même, l'accomplissement, la responsabilité, la progression ou l'avancement (Herzberg, 1968, p. 5). C'est par l'institution et la promotion de ce cadre d'émancipation professionnelle que l'on parviendra à préserver les infirmier(e)s et les sages-femmes francophones d'Afrique et d'Europe du phénomène inquiétant de la fuite des cerveaux (Koffi, 2006b; 2006c). Il offre la charpente du profil de carrière en soins infirmiers (figure No°1 Annexe 1) qui est un aspect important à souligner. En effet, dans la période actuelle de pénurie des professionnels de la santé, il est fortement nécessaire que les professions soient

attractives. Comme semble le prétendre la structure des hôpitaux magnétiques, la rémunération n'est pas la seule source d'attractivité. En soins infirmiers, l'évolution dans les fonctions clinique, de recherche et d'enseignement supérieur, font partie des éléments à prendre en compte dans la motivation des infirmier(e)s et sages-femmes. Ainsi de nouveaux rôles infirmiers verront le jour, comme des infirmières spécialistes cliniciennes ou praticiennes (les chercheurs praticiens) ou des responsables du développement de la recherche infirmière au sein des institutions de formation et/ou de recherche (les enseignants chercheurs).

LE PROFIL DE CARRIÈRE EN SOINS INFIRMIERS

Le curriculum universel de la formation professionnelle en soins infirmiers comporte cinq niveaux hiérarchiques (Buns & Grove, 1997; Koffi, 2006a). Chacun des cinq niveaux qualifie à des compétences infirmières en recherche scientifique (voir figure 1). Chaque niveau de compétences donne droit à un emploi dans la hiérarchie infirmière. Ces emplois en soins infirmiers épousent la nomenclature des emplois scientifiques et techniques tout comme des emplois de l'enseignement supérieur et de la recherche en vigueur au Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur (Aggrey, 1994; CAMES, 2005; Koffi, 2005) tout comme dans l'Europe francophone. Dans ces pays de la francophonie, ces emplois offrent deux perspectives de carrière: la carrière d'*Enseignant chercheur* et la carrière de *Chercheur praticien* (voir figure N° 1 Annexe 1).

A partir d'une carrière de *Chercheur praticien*, les praticiens que sont les infirmier(e)s et les sages-femmes clinicien(ne)s et gestionnaires, peuvent évoluer à travers les emplois de la recherche scientifique. Il s'agit des emplois de Technicien supérieur de recherche pour le premier niveau (Diplôme d'Etat ou DUT ou Licence professionnelle): infirmier(e)s et sages-femmes diplômés d'Etat, d'Attaché de recherche au deuxième niveau (DESS ou Master avec recherche), de Chargé de recherche au troisième niveau (Doctorat type 3^{ème} Cycle), de Maître de recherche au quatrième niveau (Doctorat d'Etat ou Ph. D.), et de Directeur de recherche en soins infirmiers au sommet de la hiérarchie (Thèse post doctorale) (voir schémas N° 1 Annexe 2). Quant aux *Enseignants chercheurs*, ils évolueront parallèlement aux *Chercheurs praticiens* à partir du deuxième niveau de leur formation. Il s'agit du DESS ou Master professionnel avec recherche qui est l'équivalent du Diplôme d'ingénieur de conception. Avec les mêmes qualifications académiques que les chercheurs praticiens, ils évolueront à travers les emplois de l'enseignement supérieur professionnel. Ce sont les emplois

d'Assistant, de Maître assistant, de Maître de conférences et de Professeur titulaire, toujours en soins infirmiers. L'évolution dans ces deux types de carrière, tout en respectant les mêmes critères nationaux prescrits par les instances compétentes, ne s'assimile guère à celle d'une quelconque autre discipline. Elle est obligatoirement soumise aux normes spécifiques de l'éducation universitaire en soins infirmiers tels que décrites dans la figure 1 Annexe 2.

Grâce à la charpente de la formation à la recherche scientifique, les cinq niveaux des compétences infirmières pourront se développer dans les institutions de formation et de recherche en soins infirmiers. Par exemple, à l'Institut d'Enseignement Supérieur en soins infirmiers de l'Université du Caire en Egypte, en 1995, sur un total de 105 enseignants, l'on comptait cinq infirmières Professeurs titulaires, 24 infirmières Maîtres de conférences, 18 infirmières Maîtres assistantes, 14 infirmières Assistantes et 44 encadreurs cliniques comme collaborateurs extérieurs (Mourad, 1995).

Les pays d'Afrique et d'Europe de culture latino française et lusophone qui accusent des retards considérables dans le développement des ressources humaines en soins infirmiers, doivent pouvoir s'imposer cette nécessaire ouverture culturelle et scientifique, comme l'a si bien réussi le Québec qui est francophone en Amérique du Nord, en permettant aux infirmier(e)s et aux sages-femmes d'accéder aux carrières de l'enseignement supérieur et de la recherche en soins infirmiers. En se défaisant de leur orgueil francophile, ces pays devront jeter le nécessaire pont pour rejoindre les pays de culture anglo-saxonne sur l'autoroute de la mondialisation des savoirs infirmiers. Comme le souligne la Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Desrosiers, 2006, p. 60), *Internet a changé le monde: toutes les connaissances deviennent disponibles. L'accès aux résultats de recherche est quasi immédiat. Sont aussi mis à notre disposition des savoirs susceptibles d'alimenter [nos] choix locaux. Encore faut-il qu'il y ait un leadership professionnel [assez] fort! [...] Voilà un défi pour l'espace francophone. Saurons-nous tisser des liens [professionnels] assez forts pour partager le savoir infirmier?*

POUR UNE APPROCHE QUALITÉ TOTALE EN SOINS INFIRMIERS

Selon Joseph Kélada Professeur titulaire à l'Ecole des Hautes Etudes Commerciale (HEC) de Montréal au Canada, assurer la *qualité totale en management*, consiste à répondre à trois impératifs de l'environnement d'une organisation. Il s'agit de la *satisfaction du client*, la *satisfaction de l'actionnaire* et la *satisfaction de l'employé*.

LA RECHERCHE INFIRMIÈRE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'APPROCHE QUALITÉ TOTALE EN SOINS INFIRMIERS

A partir de cette perspective du management, *l'approche qualité totale en soins infirmiers* est une trilogie de développement de la pratique infirmière qui réalise une harmonie entre les attentes des populations, la politique nationale de santé et la motivation du personnel infirmier et sage-femme. Elle permet d'obtenir l'amélioration de la qualité de la prestation des soins infirmiers en investissant dans le développement des ressources humaines qui motive le personnel infirmier et sage-femme pour réaliser les objectifs de la politique nationale de santé.

Ainsi donc, la recherche scientifique en soins infirmiers permettra d'assurer la qualité de la prestation des soins infirmiers. A partir de la congruence des réponses infirmières aux besoins de santé des individus, des familles et des communautés, grâce à la recherche, le personnel infirmier et sage-femme assure la satisfaction des clients. Cette congruence des réponses infirmières aux besoins de santé des populations permet de réaliser les objectifs de la politique nationale de santé en matière de soins infirmiers ; ce qui garantit la satisfaction de l'employeur qu'est le Ministère de la Santé. Enfin pour obéir au troisième impératif, les différents emplois de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique qui permettent de réguler le développement des ressources humaines en soins infirmiers, garantissent une motivation permanente du personnel infirmier et sage-femme. La progression graduelle, promotionnelle et épanouissante qu'offrent les carrières d'enseignant chercheur et de chercheur praticien en soins infirmiers (Koffi, 2007) assure la satisfaction (intellectuelle, psychologique, sociale et matérielle) conséquente du personnel infirmier et sage-femme.

Le développement d'une telle perspective requiert la mise en place de cadres institutionnels appropriés dans les différents pays pour assurer la tutelle académique des carrières d'Enseignant chercheur et de Chercheur praticien. Par exemple, en Côte d'Ivoire c'est l'INFAS qui est un Etablissement Public National (EPN) à caractère administratif, qui offre ce cadre institutionnel. Pour le fonctionnement d'une telle structure de formation et de recherche, la loi n° 98-388 du 2 juillet 1998 relative à l'organisation des EPN, prescrit en ses articles 4, 6 et 7 que la tutelle technique des activités de formation et de recherche en soins infirmiers et en biotechnologie relève du Ministère chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique. En Côte d'Ivoire comme dans la plupart des pays francophones d'Afrique et d'Europe où les structures de formation des infirmier(s), et des sages-femmes relèvent des Ministères de la santé, leur réorganisation académique sur la base de conventions avec des universités publiques, permettra de créer les cadres institutionnels appropriés

pour le développement des carrières d'Enseignant chercheur et de Chercheur praticien.

CONCLUSION

Dans les pays de la culture latino française, pour une gestion efficace des services hospitalo-universitaires, tout comme des services de santé communautaire, l'institution de la carrière universitaire en soins infirmiers est un atout majeur à capitaliser. Elle réalise la liaison fonctionnelle et opérationnelle entre les institutions de formation et de recherche en soins infirmiers et les établissements de prestation des soins de santé pour garantir la qualité des services. Les deux types de carrières d'Enseignant chercheur et de Chercheur praticien à développer en soins infirmiers, intéressent tout autant les professionnels de la biotechnologie. Ils permettront l'émergence des professions sanitaires non médicales en contribuant considérablement à l'atteinte des objectifs nationaux de santé comme le souligne l'OMS depuis 1986 ; 1992 ; 1994 ; 1996 ; 2000 ; 2002 ainsi que Kamanzi en 2004.

Par exemple en Côte d'Ivoire, conformément au troisième objectif spécifique du PNDS, l'institution de la carrière d'Enseignant chercheur à l'INFAS se présente comme une stratégie salutaire. Elle permettra d'améliorer la qualité de la formation des agents de santé qui constituent environ 85 % des professionnels sur laquelle repose le système de santé. Quant à la carrière de Chercheur praticien en soins infirmiers et en biotechnologie, elle réhabilite les infirmiers et les sages-femmes cliniciens ou gestionnaires ainsi que les biotechnologues dans leur *identité professionnelle* en les débarrassant de la représentation péjorative et rétrograde de « paramédicaux » ; concept non scientifique et inexistant dans la culture anglo-saxonne. Comme le souligne Maury Koné (1997, p. 10) dans INFAS-ECHOS,

« La valorisation des ressources humaines passe aussi par l'adoption de comportements et d'un vocabulaire plus appropriés et plus motivants. La recherche du prestige social est [un droit et] un devoir pour toutes les professions et aucune ne doit contrarier l'autre dans cette quête, sous quelque prétexte que ce soit. C'est seulement dans la culture [latino] française qu'est utilisé le concept [vide de sens et donc] inutile de « paramédical » [qui n'est pas traduit en anglais par exemple, et dont la signification est contraire à toute éthique professionnelle] ».

A travers l'affirmation des identités professionnelles des personnels infirmiers et sages-femmes, ainsi que des professionnels de la biotechnologie que sont les techniciens supérieurs et ingénieurs du génie sanitaire,

ces deux types de carrières restituent ainsi à ces professionnels de la santé leurs droits à l'épanouissement pour obéir aux impératifs du *management de la qualité totale* (Kélada, 1995)

Dans les pays de culture latino française d'Afrique et d'Europe, les carrières d'Enseignant chercheur et de Chercheur praticien en soins infirmiers et en biotechnologie, procureront aux professions non médicales qui dispensent l'essentiel des soins de santé à la majorité de la population (Koffi, 2001), les compétences nécessaires pour améliorer la qualité de leurs services. A partir des résultats de leurs activités de recherche, cette stratégie permettra une contribution significative et additionnelle des personnels infirmiers et sages-femmes ainsi que des biotechnologues à la recherche opérationnelle pour une mise en œuvre efficiente des différents programmes de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Aggrey, A. (1994). *Guide du Fonctionnaire: Les emplois de la Fonction Publique*. Côte d'Ivoire: Juris-Editons.

Association Ivoirienne pour le Développement du Droit. (1996). Loi n°62-248 du 31 juillet 1962 instituant un Code de déontologie médicale. *Droit et santé. Revue africaine de droit et santé*. (1) Juillet - Août - Septembre. p. 27-33.

Augusta Susa, M. (2006). L'Ordre des infirmiers au Portugal. *Soins* (709) 53-54.

Ben David, J. (1960), « Roles and innovations in Medicine », *American Journal of Sociology*, 65 (6), p. 557-568.

Ben David, J. (1970), « The rise and decline of France as scientific center », *Minerva*, 8 (2), p. 160-179.

Ben David, J. (1971), *The scientist 's role in Society: a comparative study*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Ben David, J. (1997), *Éléments d'une sociologie historique des sciences*, PUF.

Burns, N. & Grove, S.K. (1997). *The practice of nursing research: conduct. critique & utilisation* (Third edition), Philadelphia: Saunders company.

CAMES (2005) *CAMES info: édition d'avril 2005*. Travel and Trade: Ouagadougou.

Delmas, P., Sylvain, H., Lazure, G., Boudier C., & Shinn, T (2006). Le développement des savoirs disciplinaires: une histoire d'institution: approche de Joseph Ben David. *Perspective soignante*, 26_103-120

Delmas, P. (2008). Savoirs infirmiers: critiquer pour s'affranchir. *Santé mentale*. (Hors série, août 2008) 9-12.

Desrosiers, G. (2006). Les Ordres infirmiers et la mondialisation. *Soins*. (709) 57-60.

Donahue, M. P. (1985). *Nursing, the finest art: an illustrated history*. St.Louis: the C. V. Mosby Company.

Donahue, M. P. (1996). *Nursing, the finest art: an illustrated history. Second edition*. St Louis: Mosby-Year book, Inc.

Gourène, G. (2006). « Le LMD, une occasion exceptionnelle pour les universités africaines ». *Savoir & Développement* (2), 12-17.

Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire et Gouvernement du Québec (1994). *Entente en matière de droit de scolarité*. Ottawa.

Gouvernement du Québec et Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire (2002). *Entente de coopération dans les domaines de l'éducation et de la formation entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire*. Ottawa

Herzberg, F. (1968). Une fois de plus: comment motiver vos employés? Version française tirée de la *Harvard Business Review* (janvier-février 1968), 1-11.

Kélada, J. (1995). *Comprendre et réaliser la qualité totale*. Québec: Editions Quafec.

Koffi, K. (2001). Les soins de santé primaires. Premier Congrès international des infirmiers et infirmières de la Francophonie. *Soins*, hors série, (janvier 2001), 22.

Koffi, K. (2005). La carrière universitaire dans la formation professionnelle en soins infirmiers en Côte d'Ivoire. 1^{er} Journées scientifiques du CHU de Yopougon, 1^{er}, 2 et 3 mars 2005. Abidjan: CHU de Yopougon.

LA RECHERCHE INFIRMIÈRE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'APPROCHE QUALITÉ TOTALE EN SOINS INFIRMIERS

Koffi, K. (2006a). Le curriculum universel de la formation professionnelle en soins infirmiers: pour une carrière universitaire d'Enseignant chercheur et une carrière de Chercheur praticien. *ASP Magazine/Afrique Santé Publique*, (3), 9-10.

Koffi, K. (2006b). Plaidoyer pour le développement des soins infirmiers dans le contexte de la mondialisation. *Perspectives infirmières*, 4 (1), 23-24.

Koffi, K. (2006c). La professionnalisation des soins infirmiers dans l'espace francophone. *Soins*, (709) 55-56.

Koffi, K. et Leboeuf, D. (2007). Les compétences infirmières en recherche scientifique, un standard universel. *Soins*, (717) 47-50.

Koffi, K. (2007). Les standards universels de la formation et de la pratique professionnelles en soins infirmiers. Sixième Semaine de l'Infirmière Francophone du Congo (SIFRAC). *S@voirinf.* 6, (3) 10-11.

Koffi, K. (2008). Côte d'Ivoire: les infirmier(e) s et les sages-femmes réaffirment l'unicité de la discipline infirmière. *S@voirinf.* VII (1), 8-9.

Koné, M. (1997). Paramédical: concept flou et inutile. *INFAS-ECHOS*, (2) 10.

Ministère de la santé et de la protection sociale (1991). *Décret n° 91-655 du 09 octobre 1991 portant création et organisation d'un établissement public à caractère administratif dénommé Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS)*. République de Côte d'Ivoire.

Ministère de l'Emploi, de la Fonction Publique et de la Prévoyance Sociale (1998). *Décret n° 98-679 du 25 novembre 1998 portant modification du décret n° 96-275 du 29 mars 1996 portant création de l'emploi d'Assistant de l'enseignement supérieur et d'Attaché de recherche*. République de Côte d'Ivoire.

Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation technologique (1996). *La réforme de l'enseignement supé-*

rieur: innover pour réussir. République de Côte d'Ivoire.

Organisation Mondiale de la Santé (1978). *Les soins de santé primaires: rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé Alma-Ata (U.R.S.S.), 6-12 septembre 1978*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé (1986). Réglementer la formation et l'activité du personnel infirmier pour répondre aux besoins des soins de santé primaires. *Série de rapports techniques*, (738). Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé (1992). Les soins infirmiers. Editorial: Plus que jamais, nous avons besoin d'infirmières. *Santé du Monde*, (septembre/octobre, 1992), 3.

Organisation Mondiale de la Santé (1994). Les soins infirmiers au-delà de l'horizon 2000. *Série de rapports techniques*, (842). Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation Mondiale de la Santé (1996). La pratique infirmière. *Série de rapports technique*, (860). Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

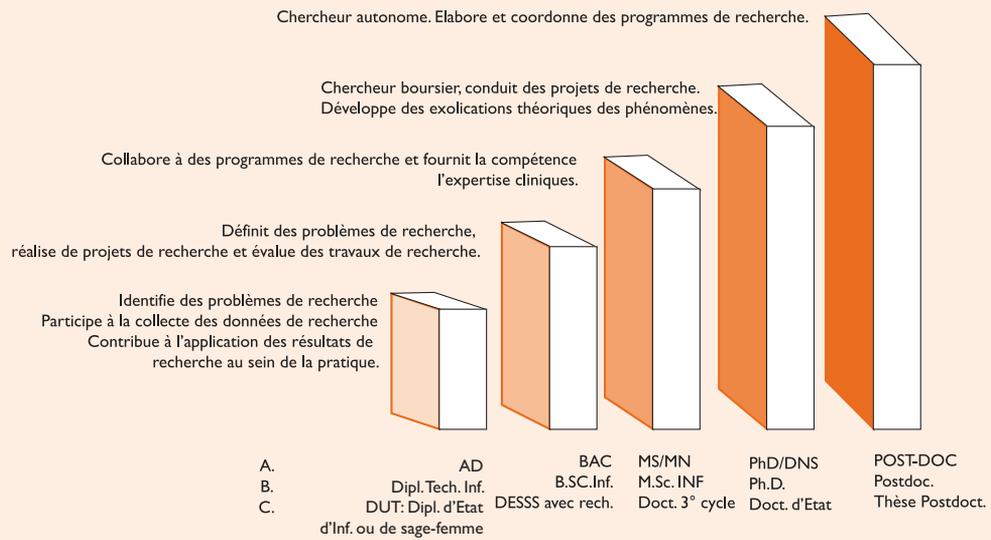
Organisation Mondiale de la Santé (2002). *Services Infirmiers et Obstétricaux: Orientations stratégiques 2002-2008* Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

République de Côte d'Ivoire (1998). Loi n° 98-388 du 2 juillet 1998 fixant les règles générales aux Etablissements publics nationaux et portant création de catégories d'Etablissements publics et abrogeant la loi n° 80-1070 du 13 septembre 1980. *Journal officiel de la république de Côte d'Ivoire*. (23 juillet 1998) 707-708.

Rogers, M. E. (1994). Nursing science: research and researchers. In V. M. Malinski & E. A. M. Barret (Ed.) *Martha E. Rogers: her life and her work* (p. 107-113). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: J.A. Davis Co.

Figure 1 Annexe 1
les standards universels de la formation professionnelle en soins infirmiers



Les compétences infirmières en recherche scientifique, selon la qualification.
Adapté de Fortin M-F (1996, p.30) et de Burns & Grove (1997, p.24).

Légende :

- A.** Les grades universitaires en soins infirmiers dans le système éducatif anglophone nord américain, d'après Burns & Grove (1997).
- B.** Les grades universitaires en soins infirmiers dans le système éducatif francophone nord américain, d'après Fortin (1996).
- C.** Les grades universitaires en soins infirmiers selon le système éducatif froancophone d'Europe et d'Afrique, d'après Koffi (2006a).

FILIERES PROFESSIONNALISANTES COURTES A VOCATION SCIENTIFIQUE

Exemple du Québec CEGEP / Université	Programmes de formation en • Soins infirmiers	Conditions d'accès aux débouchés	DEBOUCHES • Emplois de l'Education et de la Formation • Emplois Scientifiques et techniques
DEC professionnel	• LICENCE (ou DUT) en soins infirmiers	• DUT: licence en SI opt. IDE • DUT: licence en SI option Sage-femme DE	• Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) • Sage-femme Diplômée d'Etat (S-FDE)
Baccalauréat : B. Sc. (Bachelor's Degree) en sciences appliquées : biotech., science infirmière	• MASTER avec recherche (ou DESS avec recherche) en soins infirmiers	Master (DESS) avec recherche en soins infirmiers + concours interne + Com. Nationale de recrutement	• Assistant en soins infirmiers (Enseignant chercheur) • Attaché de recherche en soins infirmiers (Chercheur praticien)
Maîtrise : M. Sc. (Master's Degree)	• DOCTORAT (de 3^{ème} cycle) en soins infirmiers	Doctorat (de 3 ^{ème} Cycle) + conditions requises + inscription sur liste d'aptitude	• Maître assistant en soins infirmiers (Enseignant chercheur) • Chargé de recherche en soins infirmiers (Chercheur praticien)
Doctorat : Ph. D. (Philosophiae Doctor)	• Ph D (ou Doctorat d'Etat) en soins infirmiers	Doctorat d'Etat + conditions requis + inscription sur liste d'aptitude	• Maître de conférences en soins infirmiers (Enseignant chercheur) • Maître de recherche en Soins infirmiers (Chercheur praticien)
Postdoctorat (Post-Doct)	• Thèse Post doctorale en soins infirmiers	Thèse post doctorale + condi- tions requises + inscription sur liste d'aptitude	• Professeur Titulaire de Chaire en soins infirmiers (Enseignant chercheur) • Directeur de recherche en soins infirmiers (Chercheur praticien)