

2m11.2728.3

Université de Montréal

Efficacité d'un programme d'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires  
en Côte d'Ivoire

par

Kan Koffi

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.)  
Sciences infirmières

Juillet 1999

© Kan Koffi, 1999



2011.07.28

WY  
5  
U58  
1999  
V.022

Université de Montréal

Efforts d'un programme de recherche dans les soins de santé

en Côte d'Ivoire

par  
Jean-Louis

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de maître en sciences (M.Sc.)

Sciences infirmières

Juillet 1999



© Jean-Louis 1999

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Efficacité d'un programme d'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires  
en Côte d'Ivoire

présenté par

Kan Koffi

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Lauzon..... présidente du jury

Bilkis Vissandjée..... directrice de recherche et membre

Danielle D'Amour..... membre

Mémoire accepté le 29 juillet 1999

## Sommaire

En Côte d'Ivoire, à l'instar des dispensaires et autres structures de soins préventifs ou curatifs, à la Formation Sanitaire Urbaine (FSU) de Koko, il sévit une fréquence méconnue des occasions de vaccination manquées, et ce, malgré l'existence d'une section de vaccination. Dans l'application du Programme élargi de vaccination (PEV), les occasions de vaccination sont dites manquées lorsque des enfants ou des femmes susceptibles d'être vaccinés, viennent au centre de santé ou dans un poste avancé de vaccination, et ne reçoivent pas, le même jour, le ou les doses de vaccins qu'ils devraient recevoir (OMS, 1991). Une étude visant à cerner les causes de la fréquence des occasions de vaccination manquées menée en 1991 a révélé une non intégration de la pratique de vaccination dans la prestation des soins offerts dans les centres de santé (Koffi, 1997). Cette constatation ainsi que les recommandations de l'étude ont amené l'auteur de l'investigation à développer un programme d'intégration de la vaccination dans les soins. Basé sur le système conceptuel des soins infirmiers, ce programme s'articule sur une *approche théorique du changement innovateur* qui a guidé son implantation à la Formation Sanitaire Urbaine (FSU) de Koko, en Côte d'Ivoire. Il comprend : (a) la formation du personnel soignant à l'intégration de la vaccination dans les soins, (b) la réorganisation du service, (c) l'application des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.

Le but de la présente étude était donc d'évaluer l'efficacité de ce programme quant à la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées Formation Sanitaire Urbaine de Koko. Trois hypothèses ont été formulées : une principale se rapporte à la réduction de la fréquence des occasions de vaccination et deux spécifiques sont relatives à l'augmentation des connaissances et des pratiques du personnel soignant. Un devis quasi-

expérimental avec groupe unique et témoin rétrospectif a été utilisé. L'étude s'est déroulée à la FSU de Koko, district sanitaire de Bouaké, en Côte d'Ivoire. Un échantillon accidentel formé de 274 sujets (femmes et enfants) au pré-test et 274 sujets (femmes et enfants) au post-test a été sélectionné. La collecte de données a porté sur l'évaluation des occasions de vaccination manquées, l'observation des pratiques et l'évaluation des connaissances du personnel soignant, avant et après l'implantation du programme.

Suite à la formation du personnel soignant à l'intégration de la vaccination dans la prestation des soins, le score moyen des connaissances a significativement augmenté de 14,75 à 20,10. Quatre semaines après l'implantation du programme, le score moyen des pratiques d'intégration de la vaccination dans les soins est passé de 6,5% au prétest à 13,9%. La fréquence des occasions de vaccination manquées a significativement baissé de 73,3% à 14,9%. La démarche de recherche suivie a permis de décrire un modèle pour la gestion de la vaccination en vue de son intégration dans la prestation des soins de santé, en pratique interdisciplinaire : *le modèle de prévention des occasions de vaccination manquées dans les services de soins*.

Au regard des résultats de l'étude, des recommandations pour un investissement qualitatif du rôle des personnels infirmiers et des sages-femmes en Côte d'Ivoire ont été formulées. Il s'agit notamment de développer la fonction de supervision des soins de santé primaire dans le rôle des personnels infirmiers et des sages-femmes pour une gestion efficiente du PEV, à partir de la formation continue à la recherche scientifique en soins infirmiers.

## Table des matières

Sommaire.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	x
Liste des abréviations et sigles.....	xii
Dédicaces.....	xiii
Remerciements.....	xiv
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Chapitre I La problématique</b> .....	<b>4</b>
Le but de l'étude.....	7
<b>Chapitre II La recension des écrits</b> .....	<b>10</b>
La vaccination et les soins de santé primaires.....	11
Les occasions de vaccination manquées .....	13
Les facteurs liés aux clients.....	13
Les facteurs liés personnel soignant.....	15
Les facteurs liés à l'organisation du service.....	16
La prévention des occasions de vaccination manquées.....	17
L'intégration de la prestation des soins de santé.....	23
La pratique infirmière et la gestion de la prestation des soins de santé .....	25
La gestion systémique.....	26
Le cadre conceptuel : <i>l'être humain unitaire</i> .....	31
Le cadre théorique : <i>l'approche théorie du changement innovateur</i> .....	32
Les hypothèses de recherche.....	36

<b>Chapitre III La méthode</b> .....	38
Le devis de l'étude.....	39
Le milieu d'étude.....	39
La population et l'échantillon.....	45
Le déroulement de l'étude.....	51
La définition opérationnelle des termes.....	58
Les instruments de mesure.....	59
Les considérations éthiques.....	60
Les limites méthodologiques.....	61
<b>Chapitre IV La présentation des résultats</b> .....	63
L'hypothèse principale : la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées.....	65
L'hypothèse 1.1 : l'augmentation du score des connaissances au post-test.....	67
L'hypothèse 1.2 : l'augmentation du score des pratiques du personnel soignant au post-test.....	69
<b>Chapitre V La discussion des résultats</b> .....	72
L'hypothèse principale : la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées au pré-test.....	74
L'hypothèse 1.1 : l'augmentation du score des connaissances au post-test.....	76
L'hypothèse 1.2 : l'augmentation du score des pratiques du personnel soignant au post-test.....	77
Les limites et les forces de l'étude.....	79
Les implications pour la gestion de la vaccination en pratique interdisciplinaire....	80
L'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires.....	82

Le modèle de prévention des occasions de vaccination manquées	
dans les services de soins.....	83
Les recommandations pour la recherche en soins infirmiers.....	86
Les recommandations pour la formation à la recherche en soins infirmiers.....	88
<b>Les références</b> .....	92
<b>Les appendices</b> .....	108
Appendice A : Le système conceptuel des soins infirmiers.....	xiii
Appendice B : L'approche théorique du changement innovateur.....	xiv
Appendice C : Le modèle de prévention des occasions de vaccination manquée	
dans les services de soins .....	xv
Appendice D : Le devis de l'étude .....	xvi
Appendice E : La fiche de renseignements généraux.....	xvii
Appendice F : Le questionnaire concernant les enfants.....	xviii
Appendice G : Le questionnaire concernant les femmes .....	xix
Appendice H : La grille d'observation des pratiques du personnel soignant.....	xx
Appendice I : Le questionnaire d'évaluation des connaissances du personnel soignant...	xxi
Appendice J : Le programme de formation du personnel soignant à l'intégration	
de la vaccination dans les soins.....	xxii
Appendice K : La demande d'autorisation.....	xxiii
Appendice L : La lettre d'autorisation de l'étude.....	xxiv
Appendice M : La topographie de la ville de Bouaké.....	xxv
Appendice N : Le modèle des stades de l'innovation décision de	
E. Mitchell Rogers .....	xxvi
Appendice O : La liste des définitions de la sémantique infirmière.....	xxvii

## Liste des tableaux

<b>Tableau I</b> : Fréquence hebdomadaire de l'organisation des séances de vaccination à la FSU de Koko.....	42
<b>Tableau II</b> : Disponibilité des vaccins à la FSU de Koko pendant l'étude.....	43
<b>Tableau III</b> : Répartition du personnel soignant de la FSU selon le service.....	44
<b>Tableau IV</b> : Fréquence des réponses du personnel soignant quant à leurs expériences en vaccination.....	45
<b>Tableau V</b> : Répartition des sujets selon la période.....	48
<b>Tableau VI</b> : Répartition des enfants selon l'âge et la période.....	49
<b>Tableau VII</b> : Répartition des femmes selon l'âge et la période .....	50
<b>Tableau VIII</b> : Dispositions prises pour l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins.....	57
<b>Tableau IX</b> : Fréquence des occasions de vaccination manquées selon les sujets et la période.....	66
<b>Tableau X</b> : Test de comparaison des fréquences des occasions de vaccination manquées entre le prétest et le post-test, selon les sujets .....	67
<b>Tableau XI</b> : Résultats comparatifs du score des connaissances du personnel soignant entre le prétest et le post-test.....	68
<b>Tableau XII</b> : Différence de moyennes sur le score des connaissances du personnel soignant entre la prétest et le post-test.....	68
<b>Tableau XIII</b> : Score moyen et écart type des pratiques du personnel soignant au prétest et au post-test.....	70
<b>Tableau XIV</b> : Différence de moyennes sur le score des pratiques du personnel soignant entre le prétest et le post-test.....	71

## Liste des abréviations et sigles

**BCG** : Bacille Calmette et Guérin

**DTC** : Diphtérie tétanos coqueluche

**Polio** : Poliomyélite

**FJ** : Fièvre jaune

**VAT** : vaccin antitétanique

**FSU** : Formation Sanitaire Urbaine

**IB** : Initiative de Bamako

**INFAS** : Institut National de Formation des Agents de Santé

**OMS** : Organisation mondiale de la Santé

**OVM** : Occasion de vaccination manquée

**PEV** : Programme élargi de vaccination

**PIVS** : Programme d'intégration de la vaccination dans les soins

**PMA** : Paquet minimum d'activités

**SSP/IB** : Soins de santé primaires / Initiative de Bamako

**UFR** : Unité de Formation et de Recherche

**UNICEF** : Fond des Nations Unies pour l'enfance

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (**D**iplôme **U**niversitaire de **T**echnologie en soins infirmiers)

**S-FDE** : Sage-femme Diplômée d'état (DUT en soins infirmiers obstétricaux)

**B. Sc. inf.**) : Baccalauréat ès sciences infirmières (Bachelor's Degree).

**M. Sc. inf.** : Maîtrise ès sciences, sciences infirmières (Master's Degree)

**Ph. D.** : Philosophiae Doctor (Doctorat nord-américain)

**Postdoc.** : Études postdoctorales

## **In Memoriam**

*Florence Nightingale (1820-1910)*, grâce au travaux de recherche de qui s'est établie

l'identité professionnelle des soins infirmiers.

*Martha Everett Rogers (1914-1994)*, pour sa vision scientifique des soins infirmiers

et sa contribution à l'émergence de la science infirmière.

*Ma mère, feu Ahi Adjoua*, l'une de toutes les pionnières du ``soin traditionnel``.

Tes derniers conseils nous aideront tout au long de notre vie.

*Mes frères, Feus Kra Kouakou Joseph et Kra Komenan Antoine.*

Trouvez ici la continuation de vos œuvres.

### **Ce mémoire est particulièrement dédié à**

Mon père KRA Koffi, toi qui nous a toujours inspiré la persévérance.

Ma nièce Komenan Akissi Léontine, toi qui réincarne notre mère.

Traoré Madi, mon frère de tous les temps.

Ma fille Marilyne Koffi et Josiane Koudou, espoirs d'une vie familiale.

Mes frères et sœurs de mon séjour canadien : Monique Lefebvre; Kouadio Elie-Robert;

M'Foula Mireille et Boka née Abéto Constance.

Puisse ce travail très humblement vous traduire ma reconnaissance pour tous vos sacrifices consentis pour me soutenir durant ces années d'études au Canada.

À tous mes confrères infirmiers,

à toutes mes consœurs infirmières et sages-femmes de Côte d'Ivoire.

Puisse ce travail qui est le votre, être une promesse de demain qui sera la réponse des soins infirmiers à l'interpellation des horizons 2000.

## Remerciements

Au terme de la réalisation de la présente recherche qui couronne la fin de notre formation au grade de Maître ès sciences en sciences infirmières, nous tenons à remercier sincèrement :

Madame Bilkis Vissandjée, Ph.D., directrice de ce mémoire, pour avoir su très patiemment nous guider et nous encourager tout le long de cet apprentissage. Puisse ce travail mériter toute la confiance que vous avez su placer en nous.

Madame Marie-France Thibaudeau, Professeur émérite, pour avoir consenti de nous consacrer une partie de son temps pour l'avancement de ce projet.

Le Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire et la Coopération ivoiro-canadienne pour nous avoir accordé une bourse d'étude ayant permis la réalisation de ce projet.

Toute l'équipe du Programme canadien de Bourses de la Francophonie pour le suivi et l'organisation de notre programme d'études.

Madame Pierrette Boucher, M.Sc., Responsable de programme pour le précieux encadrement et toute l'attention humaniste avec lesquels elle a su guider mes premiers pas à l'Université de Montréal.

Le Ministre de la Santé Publique de Côte d'Ivoire pour le financement des besoins de la réalisation de l'étude à Bouaké.

Le Directeur et toute l'équipe de la Direction exécutive du PEV auprès de qui nous avons bénéficié du soutien et de l'encadrement nécessaires à la réalisation de cette étude.

Le Directeur départemental du District sanitaire de Bouaké et toute son équipe, notamment l'équipe de coordination du PEV, pour sa collaboration à la collecte des données.

Le Médecin-chef de la Formation Sanitaire Urbaine de Koko pour sa collaboration à la sensibilisation et à la mobilisation du personnel pour la réalisation de l'étude.

L'ensemble du personnel de santé de la Formation Sanitaire Urbaine de Koko pour sa participation active dans le déroulement de l'étude.

Toute l'équipe enseignante de la Faculté des sciences infirmières auprès de qui j'ai gracieusement découvert les fondements de la discipline infirmière. Des mots particuliers vont à Sylvie Lauzon, Ph.D.; Madeleine Clément, M.Sc. et à Cécile Michaud, Candidate Ph. D.

Tous mes camarades et ami(e)s étudiant(e)s, en particulier Karnékar Lim ; Violette Jeune et Sophie Dupéré pour la collaboration et la solidarité que nous avons su partager.

Monsieur N'Zué Kouadio Antoine, ingénieur statisticien, M. Sc. Démographie, Candidat Ph. D. santé publique, pour sa collaboration à la saisie et à l'analyse statistique des données.

Monsieur Koffi Kouakou Patrice, surveillant générale à l'INFAS Antenne de Bouaké et toute sa famille, pour l'assistance et le soutien inappréciables que vous m'avez accordé durant toute mon entreprise d'études au Canada.

Messieurs Gboko Yao Kossonou, Coordonnateur des études à l'INFAS de Bouaké ; Boa N'daman, Surveillant Général INFAS Abidjan et famille; Aka Koutoua, Secrétaire des examens et concours à l'INFAS, pour toute l'amitié et le soutien que vous avez bien voulu m'accorder à tout instant.

## **Introduction**

En Côte d'Ivoire, la mortalité infantile se chiffre à 89 pour mille naissances, la mortalité maternelle à 400 pour 100 000 naissances (Ministère de la Santé publique, 1996). Ces taux de mortalité sont essentiellement attribuables aux maladies infectieuses et parasitaires. Pour lutter contre ce fléau, le Plan national de développement sanitaire 1996-2005, par sa stratégie de développement des soins de santé primaires/initiative de Bamako, s'est fixé comme objectifs pour la fin de cette période, de réduire la mortalité infantile de 89 à 50 pour mille naissances vivantes, et la mortalité maternelle de 400 à 200 pour 100 000 naissances. La stratégie prévue pour atteindre cet objectif est le PEV. Il consiste en l'utilisation d'un calendrier de vaccinations associées qui visent une couverture vaccinale complète de 90% des enfants, et l'immunisation de 80% des femmes en âge de procréer contre le tétanos, ainsi que leurs enfants à naître, à partir de 0 à 11 mois, contre la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la fièvre jaune (Ouattara, 1991).

Face à ces objectifs visés par le Plan national de développement sanitaire, les occasions de vaccinations manquées constituent l'un des obstacles à éliminer. Dans la poursuite des efforts pour l'atteinte des objectifs assignés au PEV, l'on assiste souvent à une baisse de la couverture vaccinale, du fait d'un manque de coordination entre les services de vaccination et les autres composantes des soins de santé primaires. Cette baisse se constate dans l'analyse chronologique de différents rapports d'évaluation de la couverture vaccinale. Ainsi, dans le district sanitaire de Bouaké, au centre du pays, à l'issue de la grande campagne de 1987, la couverture vaccinale s'établissait respectivement à 63 % pour les vaccins DTCP, 82 % pour l'anti-rougeole et 77 % pour l'anti-amaril. À la fin de la campagne, les services de soins n'ayant pu assurer la pérennité de l'acte vaccinal, en 1991 les taux descendaient respectivement à 60 %, 62 % et 44 %, puis en 1994, à 43 %, 43 %, et

33 % (Ministère de la Santé, 1987, 1991; 1994). Pourtant, les taux de couverture vaccinale obtenue après la campagne pourraient se maintenir, voire augmenter si le personnel de santé vaccinait systématiquement les femmes et les enfants à l'occasion de la prestation des soins qu'ils reçoivent dans les structures de santé.

Dans la perspective d'une gestion rationnelle des soins de santé primaires, deux fonctions essentielles du personnel infirmier sont (a) la supervision et la gestion (b) la recherche sur les services de santé et l'évaluation des soins de santé (OMS, 1986; 1996a). Malheureusement, dans les réflexions sur les politiques et les procédures du système de santé, du fait du stéréotype d'infériorité et de subordination par lequel le *pouvoir médical* perçoit le personnel infirmier, celui-ci est rarement associé aux discussions (OMS, 1994); ce qui lui enlève l'occasion d'apporter la contribution fondamentale des soins infirmiers à la conception de la prestation des soins de santé. À partir de la conception infirmière de *l'être humain unitaire* (Rogers, 1970) pour la gestion des soins de santé primaires à la FSU de Koko, le modèle de prévention des occasions de vaccination manquées va guider l'intégration de la vaccination dans les prestations offertes par l'ensemble du personnel soignant. Cette étude illustre un aspect de la recherche opérationnelle sur le PEV, dans la fonction de supervision de l'infirmier ou de la sage-femme dans la gestion de la prestation des soins de santé primaires à la FSU de Koko.

Le premier chapitre présente l'énoncé du problème de recherche. Le second expose la recension des écrits suivie des hypothèses de recherche. Le troisième chapitre décrit la méthode de l'étude. Le quatrième chapitre fait état des résultats de la recherche tandis que le dernier propose une discussion des résultats obtenus et les recommandations qui en découlent.

**Chapitre I**  
**La problématique**

Dans la première analyse mondiale de l'OMS (1993) présentant les statistiques sur le problème, des occasions de vaccination manquées ont été relevées dans 69 sur 70 enquêtes analysées. Un total de 79 études ont été effectuées dans 45 pays. «Parmis les enfants et les femmes qui auraient pu être vaccinés, lors de la visite au centre de santé, en moyenne 67 % ne l'avaient pas été » (OMS, 1993, p. 10). Dix-huit de ces études menées dans des pays industrialisés révèlent une médiane de 15 % d'occasions de vaccinations manquées avec un intervalle de variation de 3 à 55 %. Pour les 53 enquêtes effectuées dans les pays en développement, la fréquence des occasions de vaccination manquées était de 41 % avec un intervalle de variation allant de 0 % à 99 %. Sur les 79 études, 52 (66 %) étaient des enquêtes centrées sur des services de santé, auprès de sujets entrés en contact avec les services. Quarante de ces études menées sur les services de santé ont été effectuées dans 35 pays en développement contre 12 études dans trois pays industrialisés.

Qu'il s'agisse de pays en développement ou de pays industrialisés (OMS, 1993), les causes des occasions de vaccination manquées se rangent en cinq catégories : (a) la non administration simultanée des vaccins, (b) les contre-indications erronées, (c) les attitudes négatives des agents de santé, (d) les problèmes de logistique, et (e) le refus des parents de faire vacciner leurs enfants. Outre cette dernière qui ne joue qu'un rôle secondaire (Razum, 1993), toutes les autres causes relèvent de la prestation et de la gestion des services.

Lors de sa 12<sup>ème</sup> réunion à Tokyo (Japon), le Groupe consultatif mondial de la santé réitérait la nécessité de l'étude des occasions de vaccination manquées dans les programmes nationaux de vaccination afin de s'assurer le soutien des agents de santé et des décideurs pour qu'ils prennent les mesures qui s'imposent (OMS, 1989).

En vue d'élucider les facteurs à l'origine des occasions de vaccination manquées dans les services de soins, une étude a été menée en 1991 à la Base de secteur de santé rurale de Bouaké (Koffi, 1997). Au terme de l'étude, des facteurs liés aux clients, au personnel soignant et à l'organisation du service ont été mis en évidence. Chez les clients qui sont pour la plupart (70%) des ménagères ou des commerçantes, le manque de temps et le manque d'information sur les occasions de vaccination manquées ont été mis en cause. D'ailleurs, soixante-seize pour cent de ces clients venaient pour des raisons autres que la vaccination. La totalité du personnel soignant a évoqué lui-même son manque d'information sur les occasions manquées et 71% de l'effectif ont rapporté des lacunes dans leurs connaissances sur l'application du PEV. Lors des consultations, des prestations de soins et des examens de laboratoire, le personnel soignant ne demande pas le carnet de santé du client, ne vérifie pas les dates de vaccination, n'oriente pas le client à la vaccination si celui-ci n'est pas à jour, n'indique pas au client la date de la prochaine vaccination, s'il est à jour.

La conjugaison des facteurs liés aux clients, la ségrégation du service de vaccination par rapport aux autres services qui reçoivent la majorité des clients, ainsi qu'une gestion verticale des soins définie par une division des tâches, traduisent une non intégration de la vaccination dans les activités de soins. Ces facteurs concouraient ainsi à créer un environnement de soins qui favorise la fréquence des occasions de vaccination manquées. Grâce à l'intégration de la vaccination dans les soins, le Zimbabwe s'est doté d'un moyen efficace pour réduire à zéro le nombre des occasions de vaccination manquées dans les dispensaires de pédiatrie (OMS, 1993). Dans la stratégie adoptée par le Zimbabwe, « une

infirmière\* détermine le statut vaccinal de tout enfant malade et, s'il doit l'être, le vaccine avant même la consultation du médecin » (OMS, 1993, p.19). En tenant compte des résultats des deux études menées en Côte d'Ivoire et de l'expérience du Zimbabwe (OMS,1993), Koffi (1997) recommandait la formation du personnel soignant à l'application du PEV et la réorganisation du service. L'application de ces recommandations dans une perspective de prévention des occasions de vaccination manquées nécessite un programme d'intégration de la vaccination dans les soins. L'implantation d'un tel programme relève de la gestion des soins qui est une exigence du "soin de la personne" au cœur du service infirmier (Meleis & Jennings, 1989).

### **But de l'étude**

Le but de l'étude est d'évaluer l'efficacité d'un programme d'intégration de la vaccination dans les soins (PIVS), quant à la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées à la Formation Sanitaire Urbaine de Koko, district sanitaire de Bouaké.

### **Justification infirmière**

Comme souligné par l'OMS (1986), la contribution des soins infirmiers dans la mise en œuvre des soins de santé primaires occupe une place essentielle. Selon le Rapport *Réglementer la formation et l'activité du personnel infirmier pour répondre aux besoins des soins de santé primaires*, le Groupe d'étude de l'OMS réuni à Genève en décembre 1985 indiquait que «le rôle de l'infirmier comprend, [...], quatre grands types de tâches : (a) la prestation directe de soins; (b) l'enseignement et l'éducation du personnel de santé et du public; (c) la supervision et la gestion des soins de santé primaires; (d) la recherche et

---

\* Les termes infirmier et infirmière seront utilisés de façon interchangeable pour désigner les deux sexes

l'évaluation des soins de santé » (OMS, 1986, p.17). L'une de ces fonctions du personnel infirmier étant la gestion des soins, Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette et Major (1994) stipulent que sa spécificité réside dans le centre d'intérêt de la discipline. La gestion en soins infirmiers consiste à créer des milieux favorables au soin de la personne. Par exemple si l'infirmière gestionnaire considère les résultats de soins infirmiers comme devant être la promotion de la santé et du bien-être de la personne/client par le truchement de soins intégraux et holistiques, l'organisation des soins sera discutée en conformité (Meleis & Jennings, 1989).

En Côte d'Ivoire, du fait de leur position et de leurs activités de soins au niveau primaire, secondaire et tertiaire (Comité National de Réflexion sur les Soins Infirmiers et Obstétricaux, 1995a; 1995b; 1995c; 1995d; 1995e), le personnel infirmier et les sages-femmes constituent le maillon essentiel de la mise en œuvre du PEV (Koffi, 1992). L'application du PEV se déroulant dans un contexte de pratique interdisciplinaire, sa gestion opérationnelle incombe au personnel infirmier et sage-femme comme le souligne l'OMS (1986). Conformément à la description des postes de l'infirmier et de la sage-femme au niveau primaire (Comité National de Réflexion sur les Soins Infirmiers et Obstétricaux, 1995b), l'une des activités du personnel infirmier consiste à entreprendre la recherche opérationnelle pour la mise en œuvre des programmes de soins de santé primaires qui incluent le PEV. Cette activité requiert le développement d'aptitudes à la recherche pour les besoins de la fonction de supervision des soins de santé primaires. À cet effet, à partir d'une conception infirmière de la gestion des soins, la présente étude va explorer le développement d'un outil de gestion de la vaccination en vue de son intégration dans les soins de santé, en pratique interdisciplinaire.

Selon la conception de *l'être humain unitaire*, Martha E. Rogers (1970) précise que «la pratique professionnelle en soins infirmiers cherche à promouvoir une interaction harmonieuse entre la personne et son environnement, à renforcer la cohérence et l'intégrité du champ personne, et à diriger et réorienter la cohésion des champs personne et environnement pour la réalisation maximale du potentiel de santé » (Rogers, 1970, p. 122). Rogers (1988) précise que l'être humain, que la discipline infirmière s'efforce de servir, constitue un tout intégral en changement continu avec son environnement, et que le but des soins infirmiers est de promouvoir la santé et le bien-être de la personne. L'organisation intégrale des soins permettrait d'inclure la vaccination dans les soins que requiert la personne, selon la nature de *l'être humain unitaire* formant un tout avec son environnement. Rogers (1988, p.101) précise que l'objectif de l'infirmière (gestionnaire) est de «participer au processus du changement de sorte que la personne puisse en bénéficier». La synthèse adaptée de la théorie de la connaissance en temps que pouvoir de changement (Barrett, 1986) et des quatre premiers stades du processus du changement de E. Mitchell Rogers (1995) définit une *approche théorique du changement innovateur* dans l'environnement de soins pour une pratique intégrant les activités de vaccination dans les soins. Ce processus du changement sur lequel est basé le programme d'intégration de la vaccination dans les soins comporte : (a) la communication de connaissances sur l'intégration de la vaccination dans les soins, (b) la redéfinition des tâches, (c) la réorganisation du service pour la pratique quotidienne de la vaccination, (d) l'application des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.

## **Chapitre II**

### **La recension des écrits**

### **La vaccination et les soins de santé primaires**

En 1974, les taux d'immunisation contre les maladies évitables par la vaccination étaient estimés à moins de 5% dans les pays en développement (Association canadienne de santé publique [ACSP], 1997). La même année, dans une perspective de protection et de promotion de la santé des populations (Kuss, Proulx-Girouard, Lovitt, Cindy & Patty, 1997), l'Organisation mondiale de la Santé (O.M.S) mettait en place le PEV. Les objectifs assignés au PEV étaient la couverture vaccinale de 80% des enfants de moins d'un an avant 1990. Trois années plus tard, soit en 1977, l'Assemblée mondiale de la santé adoptait l'objectif de la *Santé pour tous d'ici l'an 2000* qui a vu naître divers mouvements mondiaux de santé publique (Bryant, 1988). Les soins de santé primaires furent alors désignés comme la condition sine qua non de l'atteinte de l'objectif social de la santé pour tous. La déclaration de la conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata en septembre 1978, contenait la description initiale des soins de santé primaires dans laquelle la vaccination contre les grandes maladies infectieuses comptait parmi les huit composantes essentielles. Ainsi, à la suite d'une collaboration entre l'OMS, l'UNICEF, les organisations de santé publique comme l'ACSP avec le Programme canadien d'immunisation internationale et les gouvernements, la campagne mondiale du PEV a permis d'éviter en 1987 plus de 700 000 décès par rougeole et un nombre plus important de décès par tétanos néonatal dans les pays en développement. Les taux de couverture vaccinale qui se situaient en dessous de 5% en 1974 dépassaient largement les 50% en 1988 (OMS, 1988). À la fin des années 80 (Grant, 1994, p.1 et 2), «près de la moitié des pays en développement avaient atteint l'objectif de la vaccination de 80% des enfants [...], et la quasi-totalité avait réalisé une couverture vaccinale de 70% ou davantage»; ce qui permit de sauver quelques trois millions de vie chaque année (Programme canadien d'immunisation internationale, 1995). À

la suite des progrès réalisés partout dans le monde dans le cadre de la «santé pour tous d'ici l'an 2000 », les Nations Unies et les pays signataires du P.E.V. ont décidé d'éliminer trois des grandes maladies de l'enfance, après avoir globalement atteint les objectifs pour 1990 (Guérin, Kaddar, & Dechampeau, 1993). Ainsi en 1990, lors du sommet mondial pour les enfants, l'assentiment de presque tous les pays du monde, fut obtenu, pour les objectifs de la vaccination d'ici l'an 2000 (ACSP, 1997), à savoir :

1. l'immunisation de 90% des enfants de moins d'un an
2. l'éradication de la poliomyélite
3. l'élimination du tétanos néonatal
4. la réduction de 90% des cas de rougeole
5. la réduction de 90% des décès attribuables à la rougeole

Cependant, Guérin et al. (1993) faisaient remarquer des difficultés qui pourraient se poser en Afrique subsaharienne, en raison des taux de couverture vaccinale qui n'avaient atteint que 55% pour la 3<sup>ème</sup> dose de la vaccination contre la polio et la rougeole, et 40% pour la 2<sup>ème</sup> dose de la vaccination antitétanique. L'OMS (1998) en prônant l'équité mondiale en matière de couverture vaccinale, souligne que les progrès réalisés cachent d'énormes inégalités. « Dans certains pays et certaines régions, la couverture vaccinale n'atteint pas 50% » (OMS, 1998, p. 3). Ces taux reflètent les difficultés du terrain, l'indisponibilité des ressources de tous ordres, les situations de crise économique, etc. (Guérin et al., 1993). Dans une enquête menée dans l'est du Zimbabwe en 1991, Razum (1993) a montré que les faibles taux de couverture vaccinale étaient attribuables à la médiocrité des services de vaccination, en particulier les occasions de vaccination manquées, et que les difficultés tenant aux clients ne jouaient qu'un rôle secondaire.

### **Les occasions de vaccination manquées**

Selon l'OMS (1989, 1991), l'on manque une occasion de vacciner dans le cadre du PEV dans les cas suivants : (a) lorsque la vaccination n'est pas proposée à chaque contact d'une femme ou d'un enfant avec un établissement de soin tel qu'un service de consultation externe, un hôpital ou une maternité lors d'une visite prénatale; (b) lorsque l'on refuse la vaccination à une femme ou à un enfant en raison d'une fausse contre - indication (fièvre, toux, diarrhée, perte de poids modérée) ou du non-respect du calendrier des vaccinations; (c) lorsque l'on administre un seul vaccin alors que l'enfant devrait en recevoir plusieurs le même jour; (d) lorsque les mères ne sont pas vaccinées au moment de la vaccination de leurs enfants.

À partir des écrits sur le sujet, les causes des occasions de vaccination manquées s'expliquent par des facteurs liés aux clients, des facteurs liés au personnel soignant et des facteurs liés à l'organisation du service (Koffi, 1992, 1997).

### **Les facteurs liés aux clients**

A l'instar de Grant (1985, 1986, 1991) qui attribue les occasions de vaccination manquées au manque d'information, de temps, de moyens financiers, de confiance et au manque de motivation de la part des clients, l'UNICEF (1986) dans "Un Sénégalais sur deux", l'ORANA (1988) et Guessend (1990) abondent dans le même sens. Mandl (1985) quant à lui, affirmait que de nombreuses femmes ne font pas vacciner leurs enfants à cause de l'insuffisance de leur compréhension du concept de la vaccination et, en particulier, du carnet de vaccination. Dans leur ouvrage intitulé "Santé de la mère et de l'enfant", Manciaux et collaborateurs (1984) évoquent la négligence des parents pour les vaccinations du fait de la baisse de l'incidence des maladies cibles du PEV. Ils ajoutent en outre que certaines

personnes s'opposent à la vaccination par libéralisme ou du fait d'une conception du respect de la nature prônée par les sectes ou lignes auxquelles ils adhèrent. Dans sa thèse de doctorat en santé communautaire, Touré (1995) s'est préoccupé des facteurs familiaux qui influencent la décision de l'utilisation des services de vaccination au Mali. À cet effet, il a souligné l'influence du rôle du père très déterminante dans la décision de présenter un enfant au service de vaccination.

Les experts du Groupe consultatif mondial du PEV en 1989, tout comme Payet et Sankale (1962), parlent quant à eux de la crainte de quelques effets indésirables de la vaccination. Ces auteurs précisent que l'adénite suppurée consécutive à la vaccination au BCG chez certains enfants, constitue une des raisons pour lesquelles des mères refusent les vaccinations ultérieures. Selon les mêmes auteurs, ce refus est en outre suscité par la présence d'une maladie bénigne chez l'enfant. Ouattara (1991) fait remarquer que, par crainte du Sida, les sujets à vacciner refusent la vaccination pratiquée à l'aide de seringues et aiguilles réutilisables. Tapsoba (1988) soutient la thèse sur la « BCGite » (p. 10), puis souligne la faible accessibilité des populations aux services de vaccination et la réticence de certaines mères qui doutent de la protection que le vaccin peut offrir. Cette dernière idée rencontre l'assentiment de l'ORANA (1988) qui évoque en plus, les conceptions traditionnelles des mères sur ce qui assure la protection de l'enfant. Talbot (1988) écrit qu'en Afrique occidentale et centrale l'idéologie de sélection naturelle continue d'imprégner le comportement de certaines mères à qui on apprend à ne pas s'attacher à leurs enfants tant qu'ils n'auront pas eu toutes les maladies tueuses d'enfants. Tapsoba (1988) comme l'UNICEF-Côte d'Ivoire (1988) évoquent aussi les effets saisonniers des

périodes de culture et de moisson qui limitent la disponibilité et les possibilités des parents pour faire vacciner leurs enfants.

### **Les facteurs liés au personnel soignant**

La problématique des occasions de vaccination manquées se pose après le processus familial de la décision du recours au service de santé. Les occasions de vaccination manquées interviennent lors de l'interrelation personnel soignant-client. Identifiées donc en aval du processus décisionnel de l'utilisation des services de santé, les occasions de vaccination manquées relèvent de facteurs liés à l'offre de services (Fournier et Haddad, 1992) et affectent notamment l'efficacité du PEV et l'efficience des prestations des personnels de santé.

Ainsi, Razum (1993) relève que les causes des occasions manquées incombent d'abord au personnel soignant. Tonglet, Soron'gane, Lembo, Mukalay, Dramex et Hennart (1993), dans leur rapport de l'évaluation de la couverture vaccinale dans trois districts du Zaïre, indiquent que les professionnels de la santé « méconnaissent souvent les deux principaux problèmes qui empêchent la vaccination de tous les enfants : les abandons et les occasions manquées » (p. 301). Le PEV/LMTE/Zaïre (non daté) dans "Sauvons nos enfants n° 11", souligne la méconnaissance des indications et contre-indications de la vaccination par les professionnels de la santé : « ces occasions manquées s'expliquent par l'excès de contre-indications pour la vaccination évoquées par le personnel de santé » (p. 3). Macauley, Olivola, Cutts, Taylor, Harvey et Steinglass (1994) ajoutent que certains responsables des centres de santé ignorent la possibilité ou la nécessité d'administrer plusieurs vaccins à un même sujet ou lors d'une même séance de vaccination. Tapsoba

(1988) dénonce quant à lui la réticence du personnel dans l'administration du BCG et l'absence de formation de ce personnel au PEV. Il rejoint ensuite Ouattara (1991) qui, en présentant une analyse du PEV ivoirien dans le Plan d'action 1991, souligne: (a) l'insuffisance de la formation en PEV des professionnels de la santé; (b) la non-exécution de l'information, éducation, communication (IEC) lors des séances de vaccination et ce, par manque de temps; (c) la mauvaise qualité de l'accueil réservé aux clients; (d) la négligence et le manque de motivation chez le personnel soignant en raison d'un manque de supervision; (e) le sentiment de dévalorisation du personnel soignant pour la vaccination qu'il confie souvent à un personnel non qualifié.

#### **Les facteurs liés à l'organisation du service**

Pour Razum (1993), certaines causes de la fréquence des occasions manquées sont imputables au service de santé lui-même. Ainsi, selon Henderson et collaborateurs (1988), on ne vaccine pas dans un centre de santé parce que le centre n'est pas équipé pour cela. Il ajoute aussi que certains enfants malades ne sont pas vaccinés à l'occasion des soins curatifs parce que la réglementation du dispensaire ne l'autorise pas. Ekunwe (1984) place cette dernière cause en deuxième position et affirme que la principale cause est la longue durée d'attente infligée aux clients. Dans la vision globale de la santé, dans le paradigme de la transformation, Kérouac et coll. (1994) tout comme les experts du Groupe consultatif mondial du PEV (1989), dénonçaient l'actuelle structure d'organisation de la plupart des établissements de santé, qui contraste avec une gestion des soins orientés vers la personne. Les experts du Groupe expliquent cette situation en disant : « dans de nombreux pays, les services curatifs et préventifs sont distincts de sorte que les vaccinations sont réalisées seulement pendant des heures bien précises, [à certains jours fixes, voire dans] des

établissements séparés des autres structures de soins » (p.32). Ils attirent aussi l'attention sur la non application par les centres de santé, des politiques nationales de vaccination en matière de calendrier et de contre-indication. De même que l'UNICEF (1988), pour Ouattara (1991) dans le plan d'action 1991 du PEV ivoirien, Guessend (1990) dans sa note de synthèse sur les activités de la Direction de la santé publique et Tapsoba (1988) dans son rapport de mission sur l'évaluation du PEV en Côte d'Ivoire, les causes liées aux services de santé sont d'ordre organisationnel et se rapportent aux quatre fonctions du management comme suit :

(a) Facteurs liés à la planification des ressources, des séances de vaccination et de la vocation uniquement curative des hôpitaux.

(b) Facteurs liés à l'organisation : le fonctionnement défectueux de la chaîne de froid, les ruptures de stock de vaccins, l'inexistence de description de postes et de tâches relatives au PEV au niveau des services et des hôpitaux.

(c) Facteurs liés à la direction : l'absence de leadership

(d) Facteurs liés au contrôle : l'absence d'activités de supervision des agents d'exécution du PEV, l'insuffisance de la surveillance épidémiologique du PEV, l'absence de notification des maladies cibles en milieu hospitalier.

L'analyse de ces différents facteurs au regard de la perception des causes de la fréquence des occasions de vaccination manquées à la Base de santé rurale de Bouaké oriente le développement du programme dont l'efficacité qui va être évaluée dans la présente étude.

### **La prévention des occasions de vaccination manquées**

Compte tenu de l'originalité du sujet, la première étude des occasions de vaccination manquées a été réalisée en 1982 au Cameroun (OMS, 1993). Dans une

première analyse mondiale publiée par l'OMS (1993) sur l'étude du phénomène, il ressort que la prévention de la fréquence des occasions de vaccination manquées réside dans l'amélioration de la qualité des prestations de service. Elle consiste à assurer une surveillance périodique systématique de la formation du personnel soignant, la gestion des établissements de santé et la sensibilisation du public.

Dans les perspectives de lutte contre le phénomène, Grant (1991) affirmait que la plupart des pays seraient en mesure de prévenir la fréquence des occasions manquées :

si à l'occasion de leur passage dans un centre de santé, pour quelque raison que ce soit, on vaccinait sur place ou on orientait vers un service de vaccination les enfants justiciables de la vaccination, et si l'on s'assurait par la même occasion que les mères aient reçu les [cinq] doses d'anatoxine antitétanique (p. 14).

Les experts du Groupe consultatif mondial du PEV, dans une perspective mondiale de la prévention des occasions de vaccination manquées, abondent dans le même sens dans leur rapport 1989. Ils recommandaient, tout comme Beauséjour et Lonergan (1998), que tout service de santé qui reçoit des femmes et des enfants offre des services de vaccination en utilisant les associations vaccinales comme le suggère Robert Yang (non daté). Partageant le même ordre d'idées, Grant (1985, 1986) et Nyi (1985) stipulent qu'il faut créer chez les mères la demande de vaccination par la sensibilisation, en utilisant tous les canaux de communication possibles. Mandl (1985) ajoute que pour que cette demande de vaccination soit durable, il est nécessaire que les mères comprennent dans leur propre schéma cognitif, la relation de cause à effet entre la vaccination et l'absence de la maladie correspondante. Cependant, Razum (1993) ainsi que Tonglet et coll. (1993) font remarquer qu'en raison du fait que les causes liées aux mères ne jouent qu'un rôle secondaire dans la

détermination des occasions de vaccination manquées, il faille mettre l'accent sur les facteurs liés au personnel soignant et aux services de santé eux-mêmes. Pour parvenir aux résultats escomptés dans la prévention de la fréquence des occasions manquées, différentes stratégies ou procédures ont été adoptées dans divers pays et dans diverses études.

Dans la première analyse publiée par l'OMS en 1993, seulement neuf études quasi-expérimentales figurant parmi les 79 études rapportées, visaient la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées. Les neuf essais d'intervention ont été conduits dans huit pays ; six dans des pays en développement et trois dans des pays industrialisés. Les études portaient sur l'effet de l'intervention en mesurant les changements intervenus dans la prévalence des occasions de vaccination manquées ou dans la couverture vaccinale, après l'intervention. Huit ont utilisé des devis avant-après avec témoin rétrospectif. Une seule étude comportait un groupe témoin.

Après une ou plusieurs interventions, chacun des neuf essais a montré une diminution du nombre des occasions manquées allant de 8 à 69% ou une augmentation de la couverture vaccinale allant de 10 à 145%. L'une a eu recours à un devis avant-après avec groupe témoin, et les autres avec groupe unique et témoin rétrospectif. Seulement trois de ces études ont révélé des changements statistiquement significatifs. Les écarts de succès observés dans les résultats de ces études qui ont mesuré le changement en matière d'occasions de vaccination manquées ou de couverture vaccinale, s'expliquent par le fait que les interventions étaient basées sur des stratégies différentes. Les six études où les changements n'ont pas été significatifs se sont déroulées dans différents pays dont la Colombie, le Djibouti, le Nigeria, le Soudan et deux au Royaume uni (OMS, 1993). Au

cours de ces études, les interventions se sont essentiellement focalisées sur les prestataires du service de vaccination et sur la population cible. Elles n'ont pas porté sur une organisation systématique des activités de vaccination en vue de leur intégration dans la prestation de l'ensemble des services. Par ailleurs, des biais de contamination ont dû intervenir dans certains milieux où des stratégies de prévention ont été mises en œuvre avant les interventions. Concernant les limites de ces études, selon l'OMS (1993),

il est difficile de comparer les résultats obtenus [...] car 14 (82 %) des 17 études effectués dans les pays industrialisés ont été conduites dans un seul pays (États-Unis d'Amérique) alors que trois études au maximum ont été conduites dans un même pays en développement. De plus, la liste de contre-indications tend à être plus longue dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Comme la formule utilisée pour calculer les occasions de vaccination manquées excluait les [sujets] présentant des contre-indications (d'après la politique du pays en la matière) il se peut que le taux obtenu dans les pays industrialisés ait été aussi faible pour cette raison (p. 10).

Quant aux trois études ayant démontré une diminution significative des occasions de vaccination manquées, l'une a été conduite au Venezuela en 1989. Un devis quasi-expérimental avant-après avec groupe unique a été utilisé. Dans neuf dispensaires, les contre-indications de la vaccination ont été distribuées dans six de ces dispensaires et, dans les trois autres, les dossiers des enfants devant être vaccinés portaient une enseigne spéciale. Dans trois dispensaires témoins, aucune intervention n'a eu lieu. Des enquêtes conduites auprès de 225 enfants avant les interventions, puis auprès de 333 enfants un mois après, ont montré une diminution statistiquement significative de la prévalence des occasions de vaccination manquées dans les neuf dispensaires retenus pour l'enquête. Une autre étude menée au Salvador en 1988-1989 a permis de constater une diminution

importante du nombre des occasions de vaccination manquées (69%) auprès des enfants, 14% auprès des femmes en âge de procréer et (44%) auprès des femmes enceintes. Les interventions consistaient à communiquer les résultats d'enquêtes préliminaires aux agents de santé, à insister sur les contre-indications erronées, à souligner le rôle des agents de santé et à les avertir de l'éventualité d'une nouvelle enquête. Parallèlement à ces deux études menées dans des pays en développement, la troisième étude ayant montré des résultats statistiquement significatifs a été conduite en Géorgie aux Etats-Unis d'Amérique (pays industrialisé) en 1987-1990. Les interventions consistaient en des bilans annuels des occasions manquées et de la couverture vaccinale, des récompenses destinées à motiver les agents de santé et des services de vaccination intégrés à des programmes de nutrition offerts dans des dispensaires publics. À l'issue de ces interventions, la couverture vaccinale a augmenté de 85% tandis que la fréquence des occasions manquées diminuait de 80%. Le rapport précise que l'intervention idéale est l'étude avant-après avec groupe témoin, tout en soulignant que ce genre d'étude est difficile à réaliser (OMS, 1993).

Des conclusions et recommandations de cette analyse d'études effectuées dans des pays en développement et des pays industrialisés, il ressort que «les directeurs des programmes de vaccination devraient cerner les raisons spécifiques des occasions de vaccination manquées dans leurs programmes, sélectionner la stratégie la mieux appropriée et suivre les résultats [...]» (OMS, 1993, p. 20). Ces recommandations inspirées de l'«étude mondiale des occasions [de vaccination] manquées sont valables dans tous les pays » (OMS, 1993, p. 20). Elles sont regroupées en six chapitres dont deux sont formulées en direction de la fonction de supervision. Ces recommandations guideront le développement du programme

d'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires à la FSU de Koko. Il s'agit de :

1. «L'évaluation des occasions de vaccination manquées qui constitue un instrument gestionnaire, ainsi qu'une méthode appropriée de recherche sur les services de santé » (OMS, 1993, p. 20). Le PEV de l'OMS a élaboré un module de formation des superviseurs de soins de santé primaires qui leur permet d'identifier les facteurs qui favorisent la fréquence des occasions de vaccination manquées, afin d'arrêter des stratégies pour les éliminer (OMS, 1993; 1991a).
2. L'actualisation des connaissances en matière de vaccination, grâce à la formation en cours d'emploi, est indispensable à l'ensemble du personnel soignant qui doit en bénéficier au moins une fois par an (OMS, 1993). Par ailleurs, en incorporant les moyens didactiques du PEV dans les programmes des écoles de formation des professionnels de la santé, l'on s'assure de pouvoir influencer les attitudes des futurs agents de santé en faveur de la prévention des occasions de vaccination manquées (OMS, 1993).

Quant aux quatre autres recommandations, elles concernent les règles que doivent observer les personnels soignants dans l'application du PEV. Il est question de :

1. déterminer le statut vaccinal de la personne (population cible) à l'occasion de son interaction avec l'environnement de soins et la vacciner au besoin.
2. administrer simultanément les vaccins et ce, grâce aux associations vaccinales. Tous les vaccins du PEV peuvent être administrés simultanément, sans danger, et avec une réponse immunitaire satisfaisante (OMS, 1993).
3. ne s'abstenir de vacciner seulement qu'en cas de contre-indication véritable.

4. réduire le gaspillage de vaccins en choisissant la bonne taille de flacon de vaccin. Cependant, le PEV de l'OMS «préconise actuellement d'ouvrir un flacon multidoses, même pour vacciner un seul enfant ou une seule femme » (OMS, 1993, p. 23).

Comme le préconisait Grant (1986), l'intégration de la vaccination dans les soins requiert «la mise en place de services de soins de santé primaires complets et permanents » (p. 24). Dans le rapport de leur réunion tenue en 1986 à M'Babané, les directeurs du PEV suggéraient la distribution de la liste des occasions de vaccination manquées aux agents de santé et la planification de l'intégration du PEV par le personnel concerné à tous les niveaux. Cette intégration exige quelquefois une réorganisation des infrastructures existantes avec des redéfinitions des tâches. Selon Ekunwe (1993), la réorganisation d'un dispensaire consiste à créer un poste de vaccination où sont directement orientés les clients venus pour la vaccination, sans avoir à attendre sur les bancs de consultation. Un agent de santé familiale reçoit les autres clients après la consultation générale, pour prescrire la vaccination à ceux chez qui elle est justifiée et les oriente vers le poste de vaccination. Enfin, un investigateur vérifie chaque carnet de vaccination à la sortie du dispensaire pour s'assurer que les instructions ont été suivies.

### **L'intégration de la prestation des soins de santé**

L'intégration de la prestation de soins de santé est un « processus visant à rapprocher les fonctions communes au sein d'une seule ou plusieurs organisations en vue de la solution des problèmes communs, à susciter l'adhésion à une même vision d'ensemble et aux mêmes objectifs et à faire en sorte que des technologies et ressources soient mises au service de la réalisation de ces objectifs» (OMS, 1996b, p. 5). Toujours selon l'OMS (1996b), l'intégration

n'implique pas la disparition des disciplines, programmes, personnels et services spécialisés. Elle n'implique pas non plus que tous les services soient dispensés par des agents polyvalents. Il s'agit plutôt de l'organisation d'un système rationnel d'orientation-recours par une gestion horizontale des programmes de santé au sein d'une même structure et aux trois niveaux primaire, secondaire et tertiaire du système de santé. À la FSU de Koko, la gestion horizontale de la vaccination consistera à attribuer des tâches de vaccination au personnel affecté dans chacune des différentes sections de la structure.

Dans sa série de rapports techniques n° 861, un groupe d'experts de l'OMS (1996b) sur l'intégration de la prestation des soins de santé a souligné que la pénurie aiguë de ressources, observée partout dans le monde contraint désormais les pays à de nouvelles solutions et à de nouveaux modes de pensées.

L'occasion s'offre ainsi d'innover et de remettre en question les [anciennes] conceptions [verticales] qui inspiraient la gestion et l'organisation des systèmes de santé. Le problème ardu qui se pose aux pays est d'arriver à mettre en place une infrastructure sanitaire viable capable d'assurer la prestation des soins de façon intégrée (OMS, 1996b, p. 1).

Des suites de leur analyse, les experts ont noté qu'une évolution dans le sens de l'intégration se fait dans tous les pays. Dans une perspective d'orientation des efforts futurs en vue de cette intégration, le groupe d'experts s'est penché sur les points essentiels du huitième rapport sur la situation sanitaire dans le monde publié en 1993 par l'OMS et le rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde publié en 1993. Parmi les recommandations que comportent ces points essentiels, deux d'entre elles s'inscrivent

particulièrement dans la perspective de la prévention des occasions de vaccination manquées.

Il s'agit de :

1. l'amélioration de la gestion des services de santé;
2. le développement de l'information sur l'efficacité des prestations du personnel soignant.

### **La pratique infirmière et la gestion de la prestation des soins de santé**

Le personnel infirmier gère de longue date la planification et la prestation des soins de santé. Dans le monde entier, à tous les échelons du système de soins de santé, il a fait preuve de son efficacité gestionnaire, quand bien même il n'avait [parfois] pas été formé dans ce sens. [...Cependant], il arrive que le personnel infirmier, malgré ses responsabilités gestionnaires, n'ait nullement mot à dire dans la planification et la prise de décision. Dans certaines cultures, les infirmières[...]ont parfois de la difficulté à s'imposer suffisamment pour être partie aux débats, la tradition leur imposant d'être subordonnées et passives (OMS, 1996a, p. 16).

Meleis et Jennings (1989), tout en soulignant la place de la gestion dans les champs d'application de la discipline infirmière, relèvent qu'il appartient aux infirmier(e)s gestionnaires, à partir de leur position stratégique dans l'administration des services de santé, d'élaborer les politiques pour influencer les prises de décision, faire avancer la pratique clinique et influencer la destinée de la discipline infirmière. Alligood (1989) expliquait que le manque de théories infirmières à la base de la gestion des soins était dû au fait que les premières infirmières gestionnaires aient été formées dans des programmes en dehors de la discipline. Meleis et Jennings (1989), tout comme Alligood (1989), ajoutent que leur contribution s'est limitée à l'application des perspectives administratives dans la gestion des soins. À partir des écrits sur le sujet, il apparaît que les infirmières gestionnaires utilisent et appliquent les théories de l'organisation, du rôle, du changement, les théories sociales, la

théorie de la motivation et la théorie générale des systèmes (Meleis et Jennings, 1989). Selon Kérouac et coll. (1994), l'articulation de ces perspectives avec les conceptions infirmières en tant qu'assises dans le pratique administrative infirmière clarifie cet autre spécialité de la discipline infirmière qu'est la gestion des soins. Rogers (1970) révélait que la gestion des soins sur la base du système conceptuel des soins infirmiers apporte une dimension essentielle qui faisait défaut au champ global des pratiques soignantes pour une collaboration interdisciplinaire centrée sur *la personne*.

### **La gestion systémique**

Les occasions de vaccination manquées résultent généralement du système d'organisation des soins dans les formations sanitaires. Une analogie de la problématique des occasions de vaccination manquées à partir de la gestion systémique permettrait d'envisager l'organisation de la vaccination dans la prestation des soins à la FSU de Koko, selon la conception infirmière de *l'être humain unitaire* (Rogers, 1970).

Selon une description des techniques administratives par Kérouac et coll. (1994), la gestion des soins à la FSU de Bouaké est organisée en fonction de la mécanique administrative qui gravite autour des principes de la bureaucratie comme l'impersonnalité, la spécialisation, la division des tâches et l'élaboration de règles. Le personnel soignant est assigné à des tâches différentes et réparti dans des sections différentes : consultation de médecine générale, vaccination, consultation prénatale, service de nutrition, consultation de gynécologie et accouchement. La section vaccination offre seulement trois séances hebdomadaires l'avant-midi, les lundi, mercredi, vendredi. Ce type de gestion crée un environnement qui contraste avec l'intégration des soins que requiert la nature unitaire de

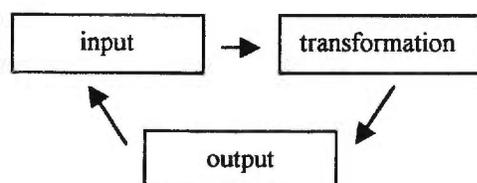
l'être humain (Rogers, 1970). C'est ce que Kérouac et coll. (1994, p. 118) soulignent en disant que «l'actuelle structure d'organisation de la plupart des établissements de santé contraste avec une gestion des soins orientés vers la personne dans le paradigme de la transformation ». À cet effet, Kérouac et coll. (1994) suggèrent que l'infirmière se tienne à l'affût des plus récentes connaissances de nombreux domaines afin d'innover dans le service qu'elle offre à la population. En appliquant la définition du *management* aux quatre concepts du métaparadigme infirmier, elles proposent que «la gestion des soins infirmiers est un processus heuristique visant à mobiliser les ressources humaines et les ressources de l'environnement en vue de soutenir et favoriser le soin de la personne qui, en interaction continue avec l'environnement, vit [une] expérience de santé » (Kérouac et coll., 1994, p. 117). Le défi actuel que doivent relever les infirmières gestionnaires est d'introduire les perspectives infirmières dans la gestion des soins pour répondre aux besoins de la pratique infirmière de plus en plus guidée par des conceptions infirmières. Ces perspectives infirmières doivent pouvoir s'articuler de façon congruente avec les philosophies et les théories du management.

À partir de la gestion systémique inspirée de la théorie générale des systèmes de Bertalanffy (1968), Clark et Shea (1979) définissaient la gestion des soins infirmiers comme étant le processus de liaison qui permet aux infirmier(e)s de prodiguer des soins de qualité dans une unité organisée en interagissant avec les sous-systèmes de l'organisation. L'organisation est considérée comme un tout formant un système qui ne fonctionne pas comme une addition de ses parties, mais selon une dynamique globale qui lui confère une entité inséparable, ce qui postule que «le tout est plus grand que la somme des parties » (Clark et Shea, 1979, p.3). Chacun des sous-systèmes peut inférer un changement dynamique

dans les autres sous-systèmes ainsi que dans tout le suprasystème. Le changement peut être aussi envisagé à partir de l'environnement externe du système du fait de son ouverture. Toujours selon Clark et Shea (1979), les sous-systèmes sont séparés les uns des autres et de la totalité du système par des barrières. Ces barrières sont rigides dans le cas d'un système fermé et permettent seulement un minimum d'échange avec l'extérieur. Les systèmes fermés n'ont pas de caractéristiques humaines et sont des entités mécaniques. Par contre, un système ouvert a des barrières flexibles et perméables qui permettent une interrelation dynamique avec l'environnement externe ou avec la totalité du système. Les systèmes ouverts ont des caractéristiques biologiques et sociales ; ils sont en état de continuel changement.

Selon cette conception, le client, le personnel soignant, le gestionnaire et l'organisation des soins représentent chaque partie ou un sous-système du suprasystème qu'est la FSU de Bouaké. À partir de cette approche systémique des organisations sociales, le processus de la gestion des soins se fonde sur des inputs humains, financiers, logistiques, énergétiques et d'information qui sont transformés pour réaliser les objectifs de l'organisation en produisant des outputs sous forme de services rendus (Clark et Shea, 1979). Dans une certaine mesure, l'information relative aux outputs est un signal du mode de fonctionnement du système. Cette information peut être utilisée pour orienter le changement du fonctionnement de l'organisation en direction des objectifs poursuivis. De ce point de vue, l'organisation peut être conceptualisée dans un cycle de gestion comportant l'input, la transformation (l'activité de l'organisation) et l'output (Clark et Shea, 1979).

Figure 1 : *le cycle de la gestion systémique*



L'interface ou interaction est le point de contact et d'échange d'énergie entre les différents sous-systèmes de l'organisation. C'est ce transfert d'énergie, de matériel et d'information qui assure l'équilibre et l'adaptation du système à son environnement externe. «L'équilibre est l'état dynamique dans lequel les énergies sont utilisées pour réparer et maintenir le [fonctionnement du] système, comme pour [en] changer la structure» (Clark et Shea, 1979, p. 4 et 5). Ce processus de gestion qui permet d'établir une harmonie entre l'organisation et son environnement possède quatre principales fonctions (Clark et Shea, 1979; Mariner, 1982) : la planification, l'organisation, la direction et le contrôle. Traditionnellement, l'application en soins infirmiers de ces quatre fonctions issues des théories administratives, identifie le rôle de l'infirmière gestionnaire qui « consiste à planifier, organiser, diriger et contrôler les ressources financières, humaines et matérielles en vue d'atteindre avec le plus d'efficacité possible, les objectifs de l'organisation » (Kérouac et coll., 1994, p. 116).

Dans leur approche systémique de la gestion des organisations ayant des caractéristiques sociales (systèmes ouverts), Clark et Shea (1979) n'ont pas fait référence à une conception infirmière. Cependant, elles ont présenté un prélude intéressant à travers les concepts de la théorie des systèmes, concepts utilisés pour expliquer le processus de la gestion. Ces concepts se retrouvent dans la conception infirmière de *l'être humain unitaire* de Martha Rogers (1970). Pour promouvoir l'articulation entre la conception infirmière et la gestion des soins infirmiers, ce qui doit tout autant s'appliquer à la recherche, à la pratique et à la formation infirmière, Meleis et Jennings (1989, p. 11) proposent quatre stratégies générales.

1. Le développement d'une culture infirmière qui valorise l'utilisation des perspectives infirmières dans des interventions fondées sur la théorie et la recherche infirmière. Les infirmiers gestionnaires sont dans une position pour définir et défendre cette culture qui doit envelopper aussi bien l'infirmière clinicienne, la personne/client et l'infirmière gestionnaire.
2. L'habilitation des infirmiers à utiliser la théorie infirmière dans leur pratique quotidienne.
3. La valorisation du développement de la théorie pour promouvoir l'utilisation des perspectives infirmières dans la pratique.
4. L'unification de la pratique et de la gestion à travers la théorie. À ce sujet, Meleis et Jennings (1989) font remarquer que les études destinées au développement de connaissances pour la gestion des soins sont particulièrement indiquées pour organiser l'environnement dans lequel se déroule la pratique infirmière. Cette responsabilité incombe aux infirmiers gestionnaires, surtout ceux qui ont reçu une formation universitaire poussée en science infirmière, qui sont les penseurs de la profession par définition.

Ainsi, Haber et Taddeo (1994), à partir de la conception de *l'être humain unitaire* de Rogers (1970), ont illustré le développement des valeurs professionnelles des infirmières autour des quatre concepts personne, santé, environnement et soins du métaparadigme infirmier. Ces concepts sont au cœur du processus de soins et inhérents à toute expérience pratique. La perspective des valeurs professionnelles des infirmières dans la conception de *l'être humain unitaire* suggère pour la gestion des soins infirmiers, que la structure et le fonctionnement de toute organisation manifeste les propriétés d'un système ouvert, comme expliqué précédemment, à partir de l'approche de Clark et Shea (1979). De ce fait, dans la

gestion des soins infirmiers, le leadership et le style de gestion, l'organigramme et les canaux de communication doivent avoir aussi les propriétés des systèmes ouverts (Haber et Taddeo, 1994). Les modèles de gestion doivent mettre l'accent sur des modes de communication latérale plutôt que verticale, et des *patterns* de relations de collaboration plutôt que hiérarchiques. Ces caractéristiques de la gestion horizontale doivent créer un climat dans lequel les activités et les objectifs des professionnels sont complémentaires à ceux du gestionnaire et à la mission de l'organisation. Cette chaîne de complémentarité, qui établit le processus de liaison qu'est la gestion (Clark et Shea 1979), s'articule autour de l'interaction continue entre les professionnels et la gestion dans le champ d'énergie personne - environnement que constitue l'organisation de soins à la FSU de Bouaké.

#### **Le cadre conceptuel : l'être humain unitaire (Rogers, 1970)**

À l'image des travaux de Nightingale fondés sur l'importance d'un environnement sain pour la promotion d'un bien être physique et mental, Rogers (1994b) souligne que la recherche en soins infirmiers consiste en l'étude de *l'être humain unitaire* dans son environnement. «Les méthodes courantes de recherche ne saisissent pas complètement la totalité de l'expérience de la personne dans son environnement» (Phillips, 1993, p. 166); (Phillips, 1997).

Les bases théoriques des soins infirmiers selon Rogers (1970) prennent leur origine dans une vision humaniste de la personne. Kérouac et coll. (1994) soulignent que pour élaborer le système conceptuel des soins infirmiers comme bases théoriques de la discipline infirmière, Rogers (1970) s'est inspirée de travaux en philosophie, de théories de la physique, de la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy (1968), et de connaissances en

psychologie, sociologie, astronomie, histoire, et en biologie. Ainsi la discipline infirmière, en ayant ses propres connaissances (Parse, 1993), se situe-t-elle au carrefour des sciences humaines, sociales et biomédicales (Kadja, 1997). Rogers (1970, p. vii) écrit que «La préparation de [son] volume, a été motivée par une profonde conviction du besoin critique pour la pratique des soins infirmiers d'être soutenue par des connaissances substantielles afin que les êtres humains puissent en bénéficier ». Cette vision humaniste du soin de la personne est à l'origine de la formulation du système conceptuel des soins infirmiers qui est la représentation structurale de la discipline infirmière (voir Appendice A).

### **Le cadre théorique : l'approche théorique du changement innovateur**

*L'approche théorique du changement innovateur* se base sur la théorie de la connaissance en temps que pouvoir de changement (Barrett, 1986; Caroselli et Barrett, 1998). L'adaptation des quatre premiers stades du processus de l'innovation - décision de E. Mitchell Rogers (1995) à la théorie de la connaissance permet d'élucider la nature et les différents stades du changement organisationnel (innovateur) devant permettre l'intégration de la vaccination dans la prestation des soins à la FSU de Koko.

Tout comme Hancock et Minkler (1997) qui suggèrent en habilitation communautaire que «savoir c'est pouvoir », Alligood (1989) en soulignant la conception de Barrett (1986), mentionnait l'une des pistes pour la recherche en soins infirmiers. Barrett (1986) a procédé à une extension du «système conceptuel de Martha Rogers (1970) pour décrire le phénomène du pouvoir comme étant une interrelation des concepts conscience, choix, liberté d'agir intentionnellement, évolution dans la création du changement, qui représentent la manifestation du pouvoir» (p. 173). Diverses études ont confirmé la validité de cette théorie

en démontrant l'existence de relations entre la connaissance et les attributs de la personne en tant qu'unité de changement (Barrett, 1986; Barrett et Caroselli, 1998; Caroselli & Barrett, 1998). Dans une revue des études basées sur cette théorie, Barrett et Caroselli ainsi que Caroselli et Barrett soulignent que la majorité des études étaient des recherches de base. Elles recommandent par le biais de la recherche appliquée, la clarification du phénomène relatif au pouvoir et la clarification de la liaison à faire entre la conception de *l'être humain unitaire*, la théorie et les indicateurs opérationnels.

Selon la conception de Barrett, le pouvoir est «la capacité de participer, grâce à la connaissance, dans la nature du changement caractérisant le renouvellement des *patterns* des champs personne et environnement» (Barrett, 1986, p. 174). Cette nature du changement caractérisant le renouvellement des *patterns* innovateurs des champs personne et environnement trouve une explication dans la théorie de la diffusion de l'innovation de E. Mitchell Rogers (1995), comme le décrit le modèle du processus de l'innovation-décision (voir Appendice N).

Depuis 1962, la théorie de la diffusion de l'innovation de E. Mitchell Rogers (1995) a fait l'objet de près de 4000 publications d'études réalisées dans le domaine du développement de programmes en agriculture, planification familiale, santé publique, nutrition, aux États - Unis, en Amérique latine, en Europe et en Afrique (E. Mitchell Rogers, 1995).

Selon le modèle des stades de l'innovation - décision de la théorie de la diffusion de l'innovation de E. Mitchell Rogers (1995, p. 162), «le processus de l'innovation - décision est le processus par lequel un individu ou une unité de décision, (1) passe de la première information sur une innovation [(connaissance)] et, (2) forme une attitude envers

l'innovation [(persuasion)], (3) décide de l'adoption ou du rejet [(décision)], (4) applique la nouvelle idée [(application)], (5) confirme la décision [(confirmation)]» (Appendice N). La confirmation intervient quand l'individu cherche à renforcer la décision antérieurement prise, mais l'individu peut changer de décision s'il est exposé à des messages contredisant l'innovation (E. Mitchell Rogers (1995). Cette incertitude de la décision du rejet ou de l'adoption au stade III rejoint la conception de *l'être humain unitaire* selon laquelle le **changement** est inévitable, continu, et de **nature probabiliste** (Rogers, 1970). Cette notion probabiliste de la nature du changement contredit donc la stabilité (Rogers, 1970); ce qui s'explique dans la décision de **l'adoption ou du rejet au stade IV de l'application** dans le processus de l'innovation-décision de E. Mitchell Rogers (1995) (voir Appendice N). Ainsi, la synthèse adaptée de la théorie de la connaissance en tant que pouvoir, et des quatre premiers stades du processus de l'innovation-décision décrit *les stades du changement innovateur* (Appendice B). Ce sont : (1) la communication de connaissances (2) la persuasion, (3) la décision, (4) l'application.

L'application de cette *approche théorique du changement innovateur* à travers les quatre stades du changement innovateur décrit le programme de l'intégration de la vaccination dans les soins. Son implantation pour l'intégration de la vaccination dans les soins à la FSU de Koko identifie les variables à l'étude. Il décrit un processus qui comporte quatre étapes.

- I.) La communication des connaissances sur l'intégration de la vaccination dans les soins. L'infirmière gestionnaire participe au processus du changement (innovateur) dans les connaissances du personnel grâce à la communication des connaissances au cours d'un séminaire de formation.

- II.) La persuasion. Le personnel soignant par le biais de l'acquisition des connaissances se persuade de la nécessité du changement organisationnel pour l'intégration de la vaccination dans les soins et redéfinit ses tâches en y intégrant des activités de vaccination au cours du séminaire de formation.
- III.) La décision de réorganiser le service. Le personnel soignant (incluant le Médecin-chef) persuadé de la nécessité d'intégrer les activités de vaccination dans la prestation des soins, décide de la réorganisation du service en instaurant une permanence à la section vaccination.
- IV.) Application des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins. Les conditions étant ainsi réunies pour la pratique quotidienne de la vaccination à la FSU, sous la supervision du gestionnaire, l'ensemble du personnel soignant applique de façon systématique les règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.

Les variables à mesurer pour suivre l'évolution du changement organisationnel pour l'intégration de la vaccination dans les soins sont les connaissances et pratiques du personnel soignant. Afin de s'assurer de l'efficacité du programme d'intégration de la vaccination dans les soins sur la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées, l'infirmière gestionnaire ou le superviseur des soins de santé primaires procède à l'évaluation des occasions de vaccination manquées comme le suggère l'OMS (1993 ; 1991). Ainsi l'information sur les occasions de vaccination manquées permet de planifier à nouveau le changement innovateur et le cycle recommence. Ce processus cyclique de gestion de la vaccination décrit ainsi un modèle de prévention des occasions de vaccination manquées, en suivant les trois phases du cycle de la gestion systémique comme suit (voir Appendice C) :

(1) *l'évaluation des occasions de vaccination manquées* qui renseigne sur les *output*

(extrants) du système de la prestation des soins, (2) *la planification du changement innovateur* qui définit les *input* (intrants) nécessaires au fonctionnement du système et (3) *l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins* qui est le processus de transformation des intrants pour l'intégration de la vaccination dans les soins.

En résumé, l'intégration de la vaccination dans la prestation des soins de santé primaires au sein d'un établissement de santé relève d'un processus de gestion qui doit assurer une harmonie entre l'environnement de soins et les besoins de vaccination des femmes et des enfants. Cette responsabilité incombe aux personnels des soins infirmiers, dans leurs fonctions de supervision et de gestion des soins de santé primaires, comme le souligne l'OMS (1986, 1996a). A partir du système conceptuel des soins infirmiers, *l'approche théorique du changement innovateur* permet d'organiser le service de vaccination en vue de son intégration dans la prestation des soins à la FSU de Koko. En s'appuyant sur le cycle de la gestion systémique, l'étude décrit un modèle pour la prévention des occasions de vaccination manquées. Ce modèle se présente comme un outil de gestion de la vaccination en vue de son intégration dans la prestation des soins en pratique interdisciplinaire.

### **Les hypothèses de recherche**

Une hypothèse principale permettra d'évaluer l'efficacité du programme quant à la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées. Deux hypothèses spécifiques vont permettre de suivre l'évolution du changement organisationnel pour l'intégration de la vaccination dans les soins.

**1. L'hypothèse principale :** *Il y aura une réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées à la suite de l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins à la FSU de Koko.*

1.1. *À la fin de la formation du personnel soignant à l'intégration de la vaccination dans les soins, le score des connaissances aura augmenté.*

1.2. *Après l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins à la FSU de Koko, le score d'application des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins aura augmenté.*

## **Chapitre III**

### **La méthode**

Ce chapitre présente dans sa première partie le devis de l'étude. Il décrit ensuite les caractéristiques du contexte où s'est déroulée l'étude, la population et l'échantillonnage, le déroulement de l'étude, la définition opérationnelle des termes, les instruments de mesure, les considérations éthiques, et les limites méthodologiques de l'étude.

### **Le devis de l'étude**

Il s'agit d'un devis quasi-expérimental avant-après avec groupe unique. Il se présente comme suit : **O1 X O2** (Fortin, 1996) (voir Appendice D).

### **Le milieu d'étude**

L'étude s'est déroulée à la Formation Sanitaire Urbaine (FSU) de Koko. Située dans la ville de Bouaké (Appendice M) Chef-lieu de Département et Chef-lieu de la Région Centre-Nord de la Côte d'Ivoire, la Formation Sanitaire Urbaine (FSU) de Koko est une structure de santé publique du niveau primaire. Desservant un quartier populaire en plein centre de la ville de Bouaké, la FSU de Koko assure des soins préventifs et curatifs à la population dans un contexte de pratique interdisciplinaire. Sur le plan administratif, la FSU de Koko relève du District sanitaire de Bouaké qui couvrait, au moment de l'étude, les départements de Bouaké, Béoumi et Sakassou dans la Région du Centre-Nord de la Côte d'Ivoire.

### **L'organisation des services de la FSU de Koko**

La FSU de Koko est composée d'un service de protection maternelle et infantile (PMI) et d'une maternité.

### **Les sections de la PMI**

Les services de la PMI sont logés dans deux bâtiments dont un principal qui abrite un hall d'attente pour les séances de vaccination, la salle de la pesée et de la prise de température, les salles de la consultation prénatale, la consultation infirmière, le bureau de l'infirmier major, le bureau du médecin-chef. Quant au bâtiment annexe, il abrite le service social et de nutrition.

### **Les services de la PMI**

Les services de la PMI offrent des prestations de soins curatifs et préventifs en clinique externe. Les soins curatifs sont constitués de consultations générales (11380 en 1997) et de consultations prénatales (2570 pour la même année). Quant aux soins préventifs, ils sont constitués essentiellement de vaccinations, de séances démonstrations et de conseils diététiques qui ont concerné 7200 personnes en 1997. Dans la même année, 2713 enfants ont été vaccinés au DTCoq Polio, 660 contre la rougeole, 698 contre la fièvre jaune et 549 au BCG.

### **L'organisation de la vaccination à la FSU**

L'analyse de la fréquence hebdomadaire de l'organisation des séances de vaccination à la FSU (tableau I) laisse entrevoir qu'avant l'implantation du programme, seulement trois séances étaient offertes sur 10 possibilités hebdomadaires (30%). Les trois séances hebdomadaires offertes au prétest étaient organisées au rythme d'une matinée sur deux. Aucune séance n'était offerte sur les cinq possibilités qu'offraient les après-midis de la semaine.

En considérant la capacité organisationnelle de la FSU, il existe 10 possibilités d'organiser des séances de vaccination dans une semaine ouvrable. Après l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins, grâce à la permanence du poste de vaccination, la FSU a fonctionné au maximum de ses capacités pour offrir des séances de vaccination (100%) contre (30%) au pré-test. Cette procédure répond aux recommandations de l'amélioration de la gestion des services de santé pour la prévention des occasions de vaccination manquées (OMS, 1991); ce que préconise la Direction exécutive du PEV (1997) en suggérant que l'organisation du travail dans les centres de soins permette «d'administrer les vaccins quelque soit le nombre des demandeurs présents » (p. 25). Cette initiative relève de la gestion des soins qui doit créer une harmonie entre l'environnement organisationnel de la FSU et les besoins de vaccination des demandeurs de soins. C'est ce que suggère la conception de *l'être humain unitaire* (Rogers, 1970) selon laquelle la gestion des soins infirmiers doit créer une harmonie et une symphonie entre les sous-systèmes gestionnaire, personnel soignant, client et organisation (Kérouac et coll., 1994). Quant à la faisabilité de la permanence de la vaccination à la FSU, selon Pineault et Daveluy (1995), elle doit tenir compte des contextes socio-politique, institutionnel et environnemental. La mise en œuvre des soins de santé primaires / IB, requérant l'intégration de la prestation des services dans le PMA (Ministère de Santé publique, 1996), l'organisation de la permanence de la vaccination à la FSU pour une intégration de la vaccination dans les soins, rencontre les nouvelles orientations du système de santé en Côte d'Ivoire.

Tableau I

**Fréquence hebdomadaire de l'organisation des séances de vaccination à la FSU**

Séances de vaccination		Pré-implantation	Post-implantation
		Oui =1 ; Non = 0	
Lundi	Matinée	1	1
	Après-midi	0	1
Mardi	Matinée	0	1
	Après-midi	0	1
Mercredi	Matinée	1	1
	Après-midi	0	1
Jeudi	Matinée	0	1
	Après-midi	0	1
Vendredi	Matinée	1	1
	Après-midi	0	1
Total (%)		3 (30%)	10 (100%)

**La disponibilité des vaccins à la FSU**

De façon générale, tous les vaccins du PEV étaient disponibles à la section vaccination. Cependant, aussi bien au pré-test qu'au post-test, ils n'étaient pas accessibles à tout le personnel soignant de la FSU. La gestion des vaccins n'a donc nécessité aucun changement pour les besoins de l'implantation du PIVS, pendant l'étude (Tableau II). Le stockage des vaccins à la section vaccination, explique le fait qu'ils ne soient pas accessibles à tout le personnel soignant. Comme le stipule l'OMS (1996b), ici, l'intégration de la vaccination dans les soins à la FSU de Koko n'implique pas que tout le personnel soignant ait accès aux vaccins. Il s'agit d'un système d'orientation qui permet à chaque personnel soignant de référer la personne qui doit être vaccinée à la permanence de la section vaccination où sont stockés les vaccins pour les besoins de toute la formation sanitaire.

Tableau II

**Disponibilité des vaccins à la FSU**

Vaccins		<b>Pré-implantation</b>				<b>Post-implantation</b>			
		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4
Les vaccins sont accessibles à tous le personnel soignant		Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Les vaccins suivants sont disponibles à la section vaccination	BCG	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Polio oral	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	DTCoq	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	VAR	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	VAT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Fièvre jaune	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

**La maternité**

Les services de la maternité occupent un bâtiment abritant le bureau de la major, la salle de garde, deux salles offrant 16 lits de suites de couches et une grande salle libre. Une petite salle annexée au service social et de nutrition sert de magasin.

**Les activités de la maternité**

Les prestations de service offertes à la maternité se résument en deux groupes d'activités. Les soins curatifs constitués essentiellement par les accouchements, au nombre de 3673 en 1997 et les consultations de gynécologie. Concernant les activités préventives, il s'agit de l'information, de l'éducation et de communication sur le planning familial et l'allaitement maternel qui sont assurés tous les jours à l'admission et après l'accouchement.

### Les ressources humaines de la FSU de Koko

Pour mener à bien ses différentes activités de soins, la FSU de Koko dispose d'un personnel soignant constitué d'intervenants de diverses disciplines de la santé et réparti dans les différentes sections de la PMI et de la maternité (Tableau III). La forte proportion de garçons et de filles (46,4%) de salles joue le rôle d'aides-soignants dans le processus de soin. Dans le contexte d'interdisciplinarité, ce personnel exécute des activités de soins infirmiers pour palier à l'insuffisance du nombre des infirmiers et des sages-femmes. Quant aux sages-femmes dont la mission sociale est de prodiguer des soins infirmiers en gynéco obstétrique (Donahue, 1985), leur effectif (10) s'explique du fait qu'elle constitue deux équipes dont l'une assure les soins prénataux à la PMI et l'autre, les soins périnataux à la maternité.

**Tableau III**

#### Répartition du personnel soignant de la FSU selon le service

	Médecin	Infirmiers infirmières	Sages-femmes	Assistant social	Éducatrice préscolaire	Filles et Garçons de salle	TOTAL
PMI	1	2	5	1	1	7	17
Maternité			5			6	11
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>28</b>
<b>%</b>	<b>3,5%</b>	<b>7,1%</b>	<b>35,7%</b>	<b>3,5%</b>	<b>3,5%</b>	<b>46,4%</b>	<b>100,0%</b>

### **Les dispositions générales du personnel soignant avant l'étude**

Avant l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins à la FSU, la plupart du personnel soignant (75%) n'avait jamais suivi une formation sur le PEV. Quant au concept d'occasion de vaccination manquée, également 75% du personnel soignant affirme n'en avoir jamais entendu parler. Seulement trois personnes sur 20 (15%) avait entendu parler du concept auparavant (tableau IV).

**Tableau IV**

#### **Fréquence des réponses du personnel soignant quant à leurs expériences en vaccination (N=20)**

<b>Questions</b>	<b>Oui (%)</b>		<b>Non (%)</b>
Avez-vous suivi une formation sur le PEV avant ce séminaire ?	5 (25%)		15 (75%)
Avez-vous entendu parler du concept d'occasion de vaccination manquée avant ce séminaire ?	Oui (%)	Non (%)	Indécis (%)
	3 (15%)	15 (75%)	2 (10%)

### **La population et l'échantillon**

La population à l'étude était constituée des femmes en âge de procréer (14 à 49 ans) et des enfants de 0 à 7 ans. Un échantillon accidentel de 274 sujets avant et 274 sujets après a été sélectionné. Les personnes sélectionnées avant l'implantation du programme n'ont pas forcément été les mêmes que celles choisies après l'implantation.

Pour mesurer la fréquence des occasions de vaccination manquées, la population à l'étude était constituée des femmes en âge de procréer (14 à 49 ans) et des enfants de 0 à 7 ans. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- 1) être une femme âgée de 14 à 49 ans ou un enfant de 0 à 7ans ;
- 2) être entré en contact avec les prestataires de soins de la FSU de Koko ;
- 3) être éligible pour une vaccination le jour de l'enquête ;
- 4) Accepter de participer à l'étude.

Au terme d'une période de quatre jours, au prétest comme au post test, un échantillon accidentel de 274 sujets avant l'intervention et de 274 sujets après a été sélectionné. Les sujets ont été admis dans l'ordre chronologique de leur sortie de la FSU, après avoir reçu le soin ayant motivé leur présence. Les personnes sélectionnées avant l'implantation du programme n'ont pas forcément été les mêmes que celles choisies après l'implantation. Le carnet de santé ou tout autre document d'enregistrement de la vaccination ou à défaut la déclaration de la date approximative de la vaccination, faisaient foi du statut vaccinal de la personne. Les femmes et les enfants dont les vaccinations étaient à jour avant l'enquête ou qui présentent une contre-indication temporaire à la vaccination selon le protocole en vigueur en Côte d'ivoire (avoir une fièvre supérieure à 39° C), ont été exclus de l'échantillon. La technique a consisté en une enquête qui a permis d'inclure sur une période de quatre jours, tous les sujets selon un ordre chronologique, au fur et à mesure qu'ils sortaient de la FSU, après avoir reçu un soin. Ainsi, 274 sujets (prétest) dont 109 enfants et 165 femmes ont été sélectionnés. Après l'implantation du programme, un autre échantillon accidentel de clients 274 sujets (post test) dont 128 enfants et 146 femmes a été sélectionné grâce à la même technique qu'au prétest.

### **Les caractéristiques socio-démographiques des sujets**

Les femmes en âge de procréer constituent la majorité de la population cible du PEV qui fréquente la FSU de Koko (Tableau V). Elles représentent 60,2% de l'effectif au pré-test et 53,3% au post-test, contre respectivement 39,8% et 46,7% chez les enfants. Cette prédominance des femmes en âge de procréer dans l'échantillon contraste avec la répartition de la population générale de Côte d'Ivoire où les enfants sont majoritaires (Secrétariat général du recensement, 1991). Elle pourrait s'expliquer du fait que la FSU qui est un centre de protection maternelle et infantile, offre plus de services aux femmes en âge de procréer qu'aux enfants. Dans les services de consultation prénatale, les femmes se présentent généralement sans enfants. Par contre, la garde et les soins des enfants étant généralement confiés à la mère en Afrique (UNICEF-Côte d'Ivoire, 1996), les enfants reçus à la FSU pour une quelconque raison sont généralement accompagnés d'une femme en âge de procréer qui est admise dans l'échantillon lorsque sa vaccination n'est pas à jour.

Par ailleurs, le PEV en Côte d'Ivoire a étendu sa cible aux femmes en âge de procréer (14 à 49 ans), au lieu des femmes enceintes, seulement depuis juillet 1990. Selon une étude des occasions de vaccination manquées dans les établissements urbains à Lagos au Nigeria, un tiers des agents de santé interrogés n'était pas au courant que le VAT était recommandé pour toutes les femmes en âge de procréer (Gindler, Adewusi, Fagbule, Aderinto, Mosanya, & Ayodele, 1994). Une méconnaissance éventuelle de cette innovation dans le PEV ivoirien par le personnel soignant de la FSU, dont 75% n'avait jamais suivi de formation sur le PEV, pourrait expliquer en partie cette forte proportion des femmes en âge de procréer dans les échantillons respectifs du prétest et du post-test.

**Tableau V****Réparation des sujets selon la période**

Sujets	Pré-implantation (N=274)		Post-implantation (N=274)	
	n	%	n	%
Enfants	109	39,78	128	46,72
Femmes	165	60,22	146	53,28
Total	274	100	274	100

n= effectif dans la catégorie

N= effectif total

**L'âge des sujets**

La majorité des enfants sont un âgés de 0 à 11mois : 89% au prétest et 82% au post test (Tableau VI). Cependant, une part non négligeable (9,2% au pré-test et 18% au post-test) se situe entre 12 mois et sept ans. Dans l'ensemble du prétest et du post-test, la plupart de enfants se situent dans la tranche d'âge de 0 à 11mois (85,2%). Suivent en deuxième position les enfants de 2 ans à 7 ans (8,9%) et en troisième position les enfants de 12 à 23 mois (5,1%).

Malgré que le PEV admette le rattrapage des enfants d'âge préscolaire, la surveillance de la couverture vaccinale se limite en général chez les enfants de 12 à 23 mois (Direction exécutive du PEV, 1996). C'est dans le souci de faire ressortir cet aspect des occasions de vaccination que la population cible a été étendu jusqu'aux enfants âgés de 7 ans dans la présente étude comme l'ont fait Gindler et coll. (1994). L'échantillon démontre qu'une proportion non négligeable d'enfants de 2 à 7 ans (6,4% au prétest et 11% au post-test) étaient éligibles pour la vaccination. Cette constatation impose donc la considération de cette tranche d'âge dans l'étude des occasions de vaccination manquées comme l'ont fait Gindler et coll. (1994).

Tableau VI

**Réparation des enfants selon l'âge et la période**

Enfants	Pré-implantation (N=109)		Post-implantation (N=128)		Total (N=237)	
	n	%	n	%	n	%
0 à 11 mois	97	89	105	82	202	85,2
12 à 23 mois	3	2,8	9	7	12	5,1
24 mois à 7 ans	7	6,4	14	11	21	8,9
Age non précisé	2	1,8	0	0	2	0,8
Total	109	100	128	100	237	100

n= effectif dans la catégorie

N= effectif total

**La répartition des femmes selon l'âge**

Au total du prétest et du post-test, 43,4% des femmes en âge de procréer se situent dans la tranche d'âge de 21 à 30 ans, 37% dans celle de 14 à 20 ans et 18 % dans la tranche de 31 à 49 ans (Tableau VII). La forte proportion de femmes se situe dans la période de la vie de procréation . Cette forte proportion de femmes *adultes jeunes*, en pleine activité génitale, se justifie par le fait que la FSU offre essentiellement des services liés à la procréation : les consultations prénatales, les accouchements, la consultation infantile (Augou, 1998).

Tableau VII

**Réparation des femmes selon l'âge et la période**

Femmes	Pré-implantation (N=165)		Post-implantation(N=146)		Total (N=311)	
	n	%	n	%	n	%
14 à 20 ans	61	37	54	37	115	37
21 à 30 ans	72	43,6	63	43,2	135	43,4
31 mois à 49 ans	32	19,4	26	17,8	58	18
Age non précisé	0	0	3	2,1	3	1
Total	165	100	146	100	311	100

n= effectif dans la catégorie

N= effectif total

Quant à l'observation des pratiques du personnel soignant, un échantillon accidentel de 193 séances de prestation de soins a été formé avant, et 197 après l'implantation du programme. L'observation se faisait systématiquement lorsqu'une femme en âge de procréer (15 à 49 ans) ou un enfant de 0 à 7 ans se présentait à un poste pour solliciter une prestation de soins. Les personnes accompagnatrices présentes au moment de la prestation de soins ont été également admises dans l'échantillon du fait que le personnel soignant doit profiter de l'occasion pour vérifier si la femme ou l'enfant (accompagnateur) nécessite une vaccination et la lui administrer au besoin (OMS, 1993).

D'autre part, un échantillonnage par choix raisonné (Fortin, 1996) a permis d'admettre la totalité du personnel soignant intervenant dans le processus de soin à la FSU de Koko au programme de formation à l'intégration de la vaccination dans les soins. Ils ont répondu au questionnaire d'évaluation des connaissances sur l'intégration de la vaccination dans les soins en pré et post formation.

### **Le déroulement de l'étude**

Pour les besoins de la collecte des données sept enquêteurs dont six infirmiers et infirmières diplômés et une étudiante en médecine ont été recrutés et formés par le chercheur. Au cours de leur formation qui s'est déroulée le 23 octobre 1998, les enquêteurs ont été entraînés à l'utilisation des instruments de collecte de données. Tout le contenu des instruments a été passé en revue et toutes les questions sur leur utilisation ont été débattues. Des scènes de simulation ont permis aux enquêteurs de s'entraîner et de se familiariser à l'utilisation de la grille d'observation et au questionnaire d'évaluation des occasions de vaccination manquées, comme le recommande l'OMS (1991).

L'étude proprement dite s'est déroulée du 26 octobre 1998 au 17 Décembre 1998 à la FSU de Koko, dans la ville de Bouaké. La collecte des données a comporté trois aspects.

- 1) La mesure de la fréquence des occasions de vaccination manquées avant et après l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins.
- 2) L'observation des pratiques d'intégration de la vaccination dans les soins auprès du personnel soignant lors des prestations de soins, avant et après l'implantation du programme.
- 3) L'évaluation des connaissances chez le personnel sur l'application du PEV, avant et après la formation à l'intégration de la vaccination dans les soins.

### **La collecte des données au temps 1**

Le prétest s'est déroulé du 26 au 29 octobre 1998. Il a consisté en l'évaluation des occasions de vaccination manquées et l'observation des pratiques du personnel soignant. Il s'est étendu sur quatre jours dont deux jours avec séances de vaccination et deux jours sans

séances de vaccination. Pendant qu'une équipe d'enquêteurs observait les pratiques du personnel à chaque poste de soins, une deuxième équipe postée à la sortie de la FSU procédait à l'évaluation des occasions de vaccination manquées auprès des femmes et des enfants. La semaine suivante, au début du séminaire de formation, un questionnaire prétest a permis d'évaluer les connaissances du personnel sur l'intégration du PEV dans les soins.

### **L'implantation du PIVS**

Le programme d'intégration de la vaccination dans les soins a été développé par le chercheur pendant la conception du projet. Il a été approuvé par un comité de la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal. Son implantation a nécessité : (a) la formation du personnel soignant à l'intégration de la vaccination dans les soins, (b) la redéfinition des tâches (c) la réorganisation du service (d) l'application des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins. Ce processus s'est étendu sur une période de cinq semaines allant du lundi 02 novembre 1998 au vendredi 4 décembre 1998. L'application du PEV se déroulant dans un contexte de pratique interdisciplinaire, la réussite de ce programme était subordonnée à l'implication de l'ensemble du personnel soignant intervenant dans le processus de soin à la FSU de Koko. Dans un rôle de superviseur des soins de santé primaires, le chercheur a conduit lui-même toutes les étapes de l'implantation du programme.

### **La formation du personnel soignant à l'intégration de vaccination dans les soins de santé primaires**

L'implantation du programme a commencé par un séminaire de formation du personnel soignant à l'intégration de vaccination dans les soins de santé primaires. Ce

séminaire, animé par le chercheur, a réuni l'ensemble du personnel soignant composé d'infirmiers, de sages femmes, d'assistants sociaux, d'une éducatrice préscolaire, de garçons et de filles de salle remplissant des fonctions d'aides soignantes. Afin d'éviter de paralyser le service, la formation s'est déroulée les après-midis où les services reçoivent peu d'affluence. Elle a duré une semaine ouvrable, du lundi 2 au vendredi 6 novembre 1998.

Le but de la formation était de développer chez le personnel soignant de la FSU de Koko les connaissances requises pour une pratique intégrant la vaccination dans les prestations de soins. Son contenu portait sur trois modules : (a) les généralités sur le PEV en Côte d'Ivoire, (b) les occasions de vaccination manquées dans les services de soins, (c) la prévention des occasions de vaccination manquées dans les services de soins. Les objectifs, le contenu et la structure du programme de formation à l'intégration de la vaccination dans les soins sont décrits dans l'appendice J. Ce programme conçu à partir du protocole du PEV ivoirien est consigné dans un document (Koffi, 1998) : *Le Cahier du participant* qui était l'outil didactique principal de la formation. Au cours du séminaire, les facteurs qui favorisent les occasions de vaccination manquées furent discutés autour de l'organisation des séances de vaccination à la FSU de Koko, des fonctions et des tâches dans les différentes sections du service. Cette analyse des prestations de service à la FSU de Koko a permis aux participants de s'accorder avec le chercheur sur les innovations à apporter pour l'intégration de la vaccination dans les soins, comme le recommande l'OMS (1991). Il a été question de la redéfinition des tâches, la réorganisation du service et l'application des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.

### **La redéfinition des tâches comportant les règles de l'intégration de la vaccination dans les soins**

L'adoption de nouvelles pratiques pour l'intégration de la vaccination dans la prestation des soins a nécessité une nouvelle description des tâches du personnel soignant. Cette redéfinition des tâches a consisté à inclure dans la description antérieure de chaque poste, l'énoncé des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins. Ces quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins consistent à

- 1) demander au client son carnet de santé ou tout autre document d'enregistrement des vaccinations ou à défaut demander la date approximative des vaccinations ;
- 2) vérifier les dates des vaccinations ;
- 3) indiquer au client la date de sa prochaine vaccination. Si celui-ci est à jour, le féliciter ;
- 4) si le client n'est pas, ou en cas de doute, l'orienter au poste permanent de vaccination.

### **La réorganisation du service**

L'application des nouvelles tâches de vaccination dans le sens de la prévention des occasions de vaccination manquées requerrait une réorganisation du service. À la fin du séminaire de formation, après une analyse critique des trois séances hebdomadaires de vaccination qu'offrait la FSU, sur proposition du chercheur qui animait le séminaire, les participants ont décidé à l'unanimité d'assurer une accessibilité quotidienne du service de vaccination. Ils ont convenu d'instaurer une permanence au poste de vaccination, de sorte que toute personne susceptible d'être vaccinée. Deux équipes tournantes de deux personnes ont été constituées et ont permis le démarrage de la vaccination au quotidien dans la semaine du 9 au 13 novembre 1998 qui suivait la formation. Cette permanence n'a nécessité aucun investissement de ressources supplémentaires dans le service.

### **L'application des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins**

Sous la supervision du chercheur, la semaine du 16 au 20 novembre 1998 a donné lieu au début de la mise en pratique des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins dans chaque section de la FSU. Les personnes vaccinables sont directement référées au poste de vaccination où elles sont vaccinées sans avoir à attendre un rendez-vous. Ainsi le changement organisationnel qui a commencé par une nouvelle description des tâches (redéfinition des tâches) au cours du séminaire, s'est poursuivi par la réorganisation du service pour permettre la pratique quotidienne de la vaccination à la FSU à partir de l'application des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins. Les semaines du 23 au 27 novembre 1998 et du 30 novembre au 4 décembre 1998 ont donné lieu à une pratique libre de l'application des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins par le personnel soignant dans un esprit d'autoresponsabilité.

L'implication de l'ensemble du personnel soignant a nécessité l'observance d'un certain nombre de mesures devant assurer l'efficacité du programme :

1. S'assurer de la collaboration du médecin de la FSU qui devrait encourager l'ensemble du personnel soignant à œuvrer pour le succès du programme. À cet effet, une note de service a été rédigée par le Médecin-chef pour inviter l'ensemble du personnel soignant à s'impliquer dans la réalisation de l'étude.
2. Il a été communiqué au personnel soignant l'intérêt de participer à cette étude qui constituait une première en Côte d'Ivoire et qui pourrait servir d'exemple en cas de succès.

3. Un climat de collaboration et d'entraide a été instauré afin que le personnel soignant s'encourage mutuellement dans l'application de règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.
4. Un calendrier a été élaboré pour le roulement de deux équipes à la section vaccination. Cette instauration de la vaccination au quotidien a permis d'assurer la fluidité dans l'accueil des clients au poste permanent.

La stratégie de l'implantation du programme qui était axée sur la solution de problèmes organisationnels se résume dans le tableau VIII.

**Tableau VIII****Dispositions prises pour l'implantation du PIVS**

Problèmes organisationnels	Solutions par le programme d'intégration
1. Lacunes dans les connaissances et manque d'information sur les occasions de vaccination manquées.	1. Séminaire de formation à l'intégration de la vaccination dans les soins.
2. Division des tâches.	2. Redéfinition des tâches incluant les quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.
3. Pratique de non intégration de la vaccination dans les soins.	3. Entente entre le médecin-chef et le personnel soignant pour l'application des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.
4. Insuffisance des trois séances de vaccination ; les files d'attente découragent certaines personnes qui pourraient renoncer à la vaccination.	4. Vaccination au quotidien pour assurer la fluidité dans l'accueil des clients grâce à un calendrier de roulement du personnel affecté à la section vaccination.
5. Manque d'information des clients sur la prévention des occasions de vaccination manquées.	5. Le personnel soignant informe le client sur la pertinence de se faire vacciner à l'occasion des visites et lui propose la vaccination lorsque nécessaire.
6. Absence de supervision et de coordination de la prestation des soins de santé primaires.	6. Le chercheur assure la fonction de supervision et de coordination de la prestation des soins.

## **La collecte des données au temps 2**

Le post-test a débuté la cinquième semaine de l'intégration de la vaccination dans les soins. Il a commencé par l'enquête d'évaluation des occasions de vaccination manquées à la sortie de la FSU, auprès des femmes et des enfants. Ces sujets n'ont pas forcément été ceux du prétest. L'enquête a duré quatre jours du 7 au 11 décembre 1998. La semaine suivante du 14 au 18 décembre a été réservée aux observations des pratiques du personnel soignant.

### **La définition opérationnelle des termes**

- **Efficacité** : capacité de réduire la fréquence des occasions de vaccination manquées.
- **Programme d'intégration de la vaccination dans les soins (PIVS)** : il s'agit d'un programme en quatre séquences qui identifient les indicateurs empiriques du changement innovateur pour l'intégration de la vaccination dans les soins comme suit.
  1. La communication de connaissances sur l'intégration de la vaccination dans les soins au cours d'un séminaire de formation.
  2. La redéfinition des tâches comportant l'énoncé des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins au cours du séminaire.
  3. La réorganisation du service consistant à assurer un poste permanent à la section vaccination.
  4. L'application des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins par l'ensemble du personnel soignant.
- **Fréquence** : prévalence des occasions de vaccination manquées.

- **Occasions de vaccination manquées** : une occasion de vaccination est manquée quand un enfant de 0 à 7 ans ou une femme en âge de procréer (14 à 49 ans), ne faisant pas l'objet d'une contre-indication, se rend à la FSU de Koko et ne reçoit pas toutes les vaccinations requises.
- **Connaissances** : réponses du personnel soignant relatives aux habiletés cognitives psychomotrices et relationnelles qui se rapportent à l'intégration du PEV dans les soins.
- **Règles de l'intégration de la vaccination dans les soins** : Lors des consultations et des prestations de soins dans les différentes sections de la FSU, le personnel soignant
  1. demande au client son carnet de santé ou tout autre document d'enregistrement des vaccinations, ou à défaut, demande la date approximative des vaccinations ;
  2. vérifier les dates des vaccinations ;
  3. indique au client la date de sa prochaine vaccination. S'il est à jour et il le félicite;
  4. oriente le client au poste permanent de vaccination au besoin ou en cas de doute.

### **Les instruments de mesure**

Cinq types d'instruments ont été utilisés pour l'étude. D'abord, une série de trois instruments dont une grille d'observation et deux questionnaires conçus et validés par l'OMS (OMS, 1991, 1993) à partir d'un protocole établi en 1984 et 1986 et révisé en 1991 pour l'étude des occasions de vaccination manquées a été utilisée. Une grille d'observation est destinée à recueillir les renseignements généraux sur l'organisation de la vaccination au sein d'un établissement de soins. Deux questionnaires d'évaluation des occasions de vaccination manquées sont destinés aux enfants et aux femmes. Pour les besoins de la présente étude, ces trois instruments, standardisés pour l'étude des occasions de vaccination

manquées au niveau mondial (OMS, 1993), ont été adaptés au contenu spécifique du protocole du PEV en Côte d'Ivoire (voir Appendices E, F et G).

Une grille d'observation des pratiques du personnel soignant fut construite pour vérifier l'application des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins par le personnel soignant, lors des prestations de soins (Appendice H). La grille a été construite à partir de l'adaptation de celle qui a servi à l'identification des comportements négatifs du personnel soignant en 1991 par Koffi (1992; 1997). Dans la grille, ces comportements ont été énoncés en comportements positifs. La grille comporte quatre items affectés chacun d'un score de cinq (5) pour la réponse oui et zéro (0) pour la réponse non. Le score totale est de 20/20 pour l'observance des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins. Un questionnaire d'évaluation des connaissances du personnel soignant a été construit pour les besoins de l'étude. Il contient des questions portant sur les renseignements généraux, les expériences du personnel soignant en matière de vaccination et 26 questions à choix multiples. Ces 26 questions portent sur des items objectifs relatifs aux généralités sur le PEV et la prévention des occasions de vaccination manquées (Appendice I).

### **Les considérations éthiques**

Après l'approbation du projet par la Faculté des sciences infirmières, une autorisation officielle pour effectuer l'étude (Appendice L) a été accordée par le Ministre de la Santé Publique en Côte d'Ivoire. Par la suite, une rencontre explicative avec le Médecin-chef de la FSU et l'ensemble du personnel soignant a permis d'obtenir le consentement de ces derniers pour participer librement à l'étude. Une note de service qui

tenait lieu du consentement du personnel a précisé la liste des participants. Quant aux personnes qui ont constitué l'échantillon pour l'évaluation des occasions de vaccination manquées et ceux qui ont été observés lors des prestations de soins, elles ont participé librement à l'étude après avoir reçu les informations nécessaires. Les entretiens se sont déroulés dans l'une ou l'autre des trois principales langues d'usage à Bouaké qui sont le français, le baoulé et le malinké, selon la préférence culturelle du répondant. Pour assurer l'anonymat du personnel soignant et des répondants, les instruments ne demandaient aucun renseignement nominatif. Le traitement des données s'est effectué dans la plus grande confidentialité.

### **Les limites méthodologiques**

Concernant les faiblesses du devis, Burns & Grove (1997) soulignent que dans les études quasi-expérimentales, le devis avant-après avec témoin rétrospectif est très fréquemment utilisé à titre de devis pré-expérimental du fait de l'absence de groupe de contrôle. Elles suggèrent que l'ajout d'un groupe de contrôle non équivalent à la phase expérimentale (étude quasi-expérimentale) renforce la validité de l'étude. Compte tenu de l'originalité du sujet, cette étude quasi-expérimentale sur la réduction de la fréquence de occasions de vaccination manquées est une première initiative en son genre en Côte d'Ivoire. Son but était d'évaluer l'efficacité d'un programme d'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires, sur la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées à la FSU de Koko. Les résultats de cette étude permettront d'envisager un futur projet sur plusieurs services avec un devis conséquent, dans le cadre du développement de la recherche opérationnelle sur les services de santé.

Quant à l'effet de Hawthorne qui pouvait entraîner une modification des pratiques du personnel lors des observations (Burns & Grove, 1997), la comparaison avant-après des scores de comportements annule le biais de la présence de l'observateur. Toujours concernant l'effet de Hawthorne (Burns & Grove, 1997) sur la fréquence des occasions de vaccination manquées que pourrait introduire le fait que la FSU fasse l'objet d'attention pendant trois mois, on évoque plutôt implicitement la finalité du PIVS qui est de sensibiliser le personnel soignant à l'intégration de la vaccination dans les soins. Il en est de même si l'on considère qu'avant la formation le personnel de santé ne sait pas ce qui est observé, et que suite à la formation il en demeure conscient. C'est pourquoi l'évaluation des occasions de vaccination manquées au prétest s'est effectuée avant le séminaire de formation du personnel soignant à l'intégration de la vaccination dans les soins.

**Chapitre IV**  
**La présentation des résultats**

Ce chapitre présente les résultats de l'étude. Il porte sur les données qui permettent de tester les trois hypothèses de recherche. Dans un premier temps, seront présentés les résultats du pré-test et du post-test qui vont permettre de tester l'hypothèse principale portant sur la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées. Afin de faire ressortir l'impact du processus de l'implantation du PIVS, un tableau comparatif présentera les scores des connaissances du personnel soignant au prétest et au post-test, puis suivra le tableau présentant le résultat du test de l'hypothèse 1.1. Ensuite seront présentés les scores des pratiques du personnel soignant au prétest et au post-test. Le dernier tableau présentera le résultat du test de l'hypothèse 1.2. relative à l'augmentation des pratiques du personnel soignant au post-test.

Des statistiques descriptives ont permis de présenter les tendances centrales des différentes variables étudiées. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS 7.5. La comparaison (avant et après) des moyennes des connaissances du personnel soignant a eu recours à un test de t pour échantillons appariés. Un test de t de Student pour échantillons indépendants a permis de déterminer s'il y a eu un changement significatif dans les prestations de soins observées, entre le pré-test et le post-test. Quant à l'hypothèse principale, le résultat du changement innovateur devant être la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées, un test du Khi-2 de Pearson pour échantillons indépendants a permis de comparer les fréquences des occasions de vaccination manquées avant (prétest) et après (post-test) l'implantation du PIVS. le choix du test du Khi-2 se justifie par la nature probabiliste du changement (Rogers, 1970). La variable *fréquence des occasions de vaccination manquées* étant une variable discrète, la comparaison des fréquences entre le prétest et le post-test requerrait ce test de probabilité (test du Khi-2)

comme le préconisent Daniel (1995) et Harel (1996). Le seuil de signification des tests était fixé à 0,05.

L'analyse de la fréquence des occasions de vaccination manquées s'est effectuée selon les femmes et les enfants, du fait qu'à chaque groupe correspond un calendrier spécifique des vaccinations. De plus, les données ont été recueillies avec deux instruments dont les contenus diffèrent selon le calendrier des vaccinations de chaque groupe (OMS, 1991).

**L'hypothèse principale : la réduction de la fréquence  
des occasions de vaccination manquées**

**La fréquence des occasions de vaccination manquées au prétest et au post-test**

Avant l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins à la FSU, la fréquence des occasions de vaccination manquées se situait à 56,9% chez les enfants de 0 à 7 ans et à 84,2% chez les femmes en âge de procréer (Tableau IX). Aussi bien chez les enfants que chez les femmes en âge de procréer, la plupart des sujets (73,3%) ont fait l'objet d'occasions de vaccination manquées avant l'implantation du programme. Après l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins, l'on remarque dans le tableau que seulement 3,9% des enfants ont fait l'objet d'occasions de vaccination manquées. Il en est de même chez 24,7% des femmes en âge de procréer ayant utilisé les services de la FSU. Au total, 14,9% de l'échantillon a fait l'objet d'occasions de vaccination manquées au post-test contre 73,9% au prétest ; soit une réduction de

Tableau IX

**Fréquence des occasions de vaccination manquées selon les sujets et la période**

Sujets	Pré-implantation			Post-implantation		
	N	n	%	N	n	%
Enfants	109	62	56,9	128	5	3,9
Femmes	165	139	84,2	146	36	24,7
Total (%)	274 (100)	201 (73,3)		274 (100%)	41 (14,9%)	

N= effectif des sujets dans la catégorie

n = effectif des occasions de vaccination manquées

**Le test d'hypothèse sur la fréquence des occasions de vaccination manquées**

À partir du test du khi-2, il apparaît dans le tableau X une réduction statistiquement significative de la fréquence des occasions de vaccination manquées à la FSU, à la suite de l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins. Chez les enfants, la fréquence est passée de 56,9% au pré-test à 3,9% au post-test ( $p < 0,01$ ). Chez les femmes, elle est passée de 84,2% au prétest à 24,7% au post-test ( $p < 0,01$ ).

Tableau X

**Test de comparaison des fréquences des occasions de vaccination manquées entre le pré-test et le post-test, selon les sujets**

Sujets	Pré-implantation			Post-implantation			Khi-2	p
	N	n	(%)	N	n	(%)		
Enfants	109	62	56,9	128	5	3,9	81,469	0,000
Femmes	165	139	84,2	146	36	24,7	111,762	0,000

N = effectif des sujets dans la catégorie

n = effectif des occasions de vaccination manquées

(%) = fréquence des occasions de vaccination manquées

p = puissance du test (significatif si  $p < 0,05$ )

**L'hypothèse 1.1 : l'augmentation du score des connaissances sur l'intégration  
de la vaccination dans les soins au post-test**

**La comparaison du score des connaissances du personnel soignant entre le pré-test et le post-test**

Sur un maximum de 26 points, au prétest effectué au début du séminaire de formation à l'intégration de la vaccination dans les soins, le personnel soignant a réalisé un score moyen de 14,75 avec une médiane située à 14 ; un écart type de 5,1797 et un intervalle de variation situé entre 4 et 26 (Tableau XI). À la fin du séminaire, l'on remarque une augmentation des différentes mesures des connaissances du personnel soignant à travers le score minimum qui est passé de 4 sur 26 à 8 sur 26 ; le score moyen est passé de 14,75 à 20,10 avec un écart type qui s'est rétréci en passant de 5,1797 à 4,7672 ; la médiane se déplaçant de 14 à 22.

**Tableau XI****Résultats comparatifs du score des connaissances du personnel soignant entre le pré-test (N=20) et le post-test (N=20)**

Période	$\bar{X}$	S	Médiane	Maximum	Minium
Pré-implantation	14,75	5,1797	14,00	26,00	4,00
Post-implantation	20,10	4,7672	22,00	26,00	8,00

**Le test d'hypothèse sur le score des connaissances du personnel soignant**

Le test du t a permis d'établir une différence entre les scores moyens de la mesure des connaissances du personnel soignant sur l'intégration de la vaccination dans les soins. Ce test indique une augmentation statistiquement significative du score obtenu au post-test, comparativement à celui du prétest. Les scores sont respectivement de 14,75 et 20,10 ( $p = 0,002 < 0,05$ ) (Tableau XII).

**Tableau XII****Différence de moyennes sur le score des connaissances du personnel soignant entre le prétest et le post-test**

Score	N	$\bar{X}$	S	t	p
Prétest	20	14,75	5,1797	-3,399	0,002
Post-test	20	20,10	4,7672		

N = effectif total

$\bar{X}$  = moyenne

S = écart type

p = puissance du test (significatif si  $p < 0,05$ )

**L'hypothèse 1.2 : L'augmentation du score des pratiques d'intégration  
de la vaccination dans les soins au post-test**

**La comparaison du score des pratiques du personnel soignant entre le prétest et le post-test**

Au pré-test le score moyen sur les variables (pratiques) de l'intégration de la vaccination dans les soins à la FSU se situait à 6,53 avec un écart type de 4,6626 (Tableau XIII). La plus forte moyenne a été observée sur la variable Demande le carnet de santé (4,43 sur cinq avec un écart type de 1,5931).

Après l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins, le tableau X indique un score moyen des pratiques d'intégration de la vaccination dans les soins qui se situe à 13,9086 sur 20, avec un écart type de 3,0223. La moyenne sur la variable Demande le carnet de santé a atteint le maximum de 5 sur 5 et celle sur la variable Vérifie les dates de vaccination se situe à 4,7716 sur 5. Les deux variables *Indique au client la date de la prochaine vaccination. Si celui-ci est à jour, il le félicite* (score moyen = 2,9442) et *Orienté le client s'il n'est pas à jour* (score moyen = 1,1929), ayant un fort caractère mutuellement exclusif, la somme de leurs moyennes donne 4,1371 sur cinq. Ce caractère mutuellement exclusif de ces deux critères établissant le score minimal de performance autour de 15 sur 20, l'on remarque que le score le score moyen (13,9086) des pratiques du personnel soignant se situe très proche de la performance nécessaire pour une pratique intégrant la vaccination dans les soins.

Tableau XIII

**Score moyen et écart type des pratiques du personnel soignant au prétest et au post-test**

Critères d'observation des pratiques du personnel soignant lors de la prestation de soin	Pré-implantation (N=193)		Post-implantation (N=197)	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
Demande le carnet de santé	4,43	1,5931	5	0,0000
Vérifie les dates de vaccination	1,22	2,1516	4,77	1,0467
Indique au client la date de la prochaine vaccination . Si celui-ci est à jour il le félicite	0,36	1,3003	2,9442	2,4665
Orienté le client au poste vaccination si celui-ci n'est pas à jour, ou en cas de doute	0,52	1,5278	1,1929	2,1365
Score total	6,53	4,6626	13,9086	3,0223

N= effectif total

 $\bar{X}$ = moyenne

S= écart-type

**Le test d'hypothèse sur le changement des pratiques du personnel soignant**

Dans le tableau suivant (XIV), le test du t de Student confirme un changement statistiquement significatif dans les pratiques du personnel soignant de la FSU. Le test d'hypothèse sur une différence de moyennes des pratiques d'intégration de la vaccination dans les soins a mis en évidence une augmentation du score moyen des pratiques du personnel. Ce score est passé de 6,5285 (S = 4,6626) au pré-test à 13,9086 (S = 3,0223) au post-test ( $p < 0,01$ ).

Tableau XIV

**Différence de moyennes sur le score des pratiques du personnel soignant**

Score	N	$\bar{X}$	S	t	p
Pré-implantation	193	6,5285	4,6626	-18,508	0,000
Post-implantation	197	13,9086	3,0223		

N = effectif total

$\bar{X}$  = moyenne

S = écart-type

p = puissance du test (significatif si  $p < 0.05$ )

**Chapitre V**  
**La discussion des résultats**  
**et les recommandations**

A la lumière de *l'approche théorique du changement innovateur* qui dérive du système conceptuel des soins infirmiers (Rogers, 1970), la validation de l'hypothèse principale et des deux hypothèses spécifiques de l'étude témoigne de l'harmonie entre les connaissances et les pratiques du personnel soignant, la gestion de la vaccination en réponse aux besoins de la population cible du PEV, dans l'organisation générale de la prestation des soins à la FSU de Koko. La création de cette harmonie relève de la supervision des soins de santé primaires qui est l'une des fonctions essentielles de la pratique infirmière comme le souligne (l'OMS, 1996a). Les résultats de la présente étude illustre la dimension critique que la science infirmière apporte au champ global des pratiques orientées vers la santé et le bien être des personnes (Rogers, 1970). Fondée sur le système conceptuel des soins infirmiers, *l'approche théorique du changement innovateur* a guidé la gestion de la vaccination en vue de son intégration dans la prestation des soins de santé primaires. Cette approche suggère une voie à explorer pour l'intégration de la prestation des soins de santé comme le recommande l'OMS (1996b). Cette préoccupation rejoint également les objectifs de la recherche opérationnelle sur les programmes du PMA, tels que décrits dans le Plan ivoirien de développement sanitaire 1996-2005 (Ministère de la Santé publique, 1996).

Le présent chapitre présente ainsi la discussion des résultats de l'étude. Selon le même ordre de présentation des résultats, dans un premier temps le chapitre mettra l'accent sur l'efficacité (capacité) du programme (PIVS) quant à la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées (hypothèse principale). Ensuite suivra la discussion des résultats relatifs aux connaissances et aux pratiques du personnel soignant. Enfin, pour faire

ressortir les intérêts de l'étude, des recommandations pour la gestion du PEV, la recherche et la formation professionnelle en soins infirmiers seront formulées.

**Hypothèse principale: la réduction de la fréquence  
des occasions de vaccination manquées**

L'importance de la fréquence des occasions de vaccination manquées (73,3%) à la FSU avant l'implantation du PIVS reflète les statistiques de l'OMS (1993) des pays en développement (médiane de 41% avec intervalle de variation de 0 à 99%). Tout en se situant dans l'intervalle des pays en développement, la fréquence constatée chez les enfants de 0 à 7 ans (56,9%) à la FSU est beaucoup plus proche des résultats de l'étude réalisée par Macauley et coll. (1994) auprès d'enfants de 0 à 5 ans (62%) dans les établissements urbains de Lagos, au Nigeria. À Bangui, en république Centrafricaine, cette fréquence des occasions de vaccination manquées contre la rougeole se situait à 75% dans les zones urbaines contre 68% dans les zones rurales. Selon l'analyse mondiale du phénomène présentée par l'OMS (1993), la répartition de la fréquence constatée chez les femmes restent toujours plus élevée que chez les enfants, comme constatée à la FSU de Koko (84,2% chez les femmes contre 56,9% chez les enfants). Dans l'ensemble des pays en développement, l'analyse présente une fréquence des occasions de vaccination manquées plus élevée dans les services curatifs que dans les services préventifs. La FSU de Koko étant un service urbain et mixte de soins préventifs et curatifs, il n'a pas été possible de se prononcer sur les aspects particuliers des occasions de vaccination manquées dans un contexte de soins curatifs ou préventifs. Ce besoin ouvre donc une piste pour les prochaines études des occasions de vaccination manquées en Côte d'ivoire.

L'implantation du PIVS ayant mis en œuvre le processus du changement organisationnel pour l'intégration de la vaccination dans les soins, la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées (output) renseigne sur l'efficacité du programme. Le test du khi-2 a confirmé une réduction statistiquement significative de la fréquence des occasions de vaccination manquées. Elle est passée de 56,9% à 3,9% ; soit -93% chez les enfants ( $p < 0,01$ ) et de 84,2% à 24,7%; soit -71% chez les femmes ( $p < 0,01$ ). Cette validation de l'hypothèse principale permet d'attester de la capacité du PIVS de réduire les occasions de vaccination manquées. Ces résultats concordent avec ceux obtenus sur la réduction des occasions de vaccination manquées par Vellozi, Averhoff, Salazar et Araoz au Venezuela tout comme par Hernandez au Salvador (OMS, 1993). Aussi, l'implantation du PIVS à la FSU a-t-elle permis de systématiser l'intégration de la stratégie fixe de vaccination dans la filière des soins offert dans le PMA en pratique interdisciplinaire, comme l'ont recommandé Ouattara, Dagnan, Ekra et Tangliante-Saracino (1994). C'est ce que préconisait Ekunwe (1984) pour le fonctionnement des dispensaires en vue d'une extension de la couverture vaccinale.

Par ailleurs, la réduction significative de la fréquence des occasions de vaccination manquées atteste de la fiabilité de *l'approche théorique du changement innovateur* à la base de l'implantation du PIVS. Cette *approche théorique du changement innovateur* témoigne de la crédibilité de la conception de *l'être humain unitaire* dont elle dérive et selon laquelle la gestion de soins infirmiers doit créer une harmonie entre les besoins de la personne (des clients), le gestionnaire, l'organisation des soins et les pratiques du personnel soignant. Pour ce faire, l'infirmière gestionnaire participe au processus du changement organisationnel pour créer un environnement de soin qui soit congruent avec les besoins

des clients. C'est ce que Rogers (1970, p. 121) soulignait en disant que «les fins sociales des soins infirmiers ne peuvent s'accomplir qu'à travers la jonction de la théorie et de la pratique». Comme le recommande Barrett et Caroselli (1998) et Caroselli et Barrett (1998), la présente recherche appliquée a permis de faire le lien entre la conception de *l'être humain unitaire, la théorie du changement innovateur et le programme d'intégration de la vaccination dans les soins*. Cette démarche a ainsi permis de réduire significativement de 73,3% à 14,9% (différence = -79,67%) la fréquence générale des occasions de vaccination manquées à la FSU de Koko, quatre semaines après l'implantation du PIVS.

**Hypothèse 1.1 : l'augmentation du score des connaissances du personnel soignant au post-test, suite à la formation à l'intégration de la vaccination dans les soins**

Le test du *t de Student*, a confirmé la première hypothèse spécifique à partir de l'augmentation statistiquement significative du score des scores des connaissances au post-test. Cette augmentation du score moyen des connaissances de 14,75 à 20,10 suite à la formation du personnel soignant à l'intégration de la vaccination dans ses soins, présume de l'efficacité du programme de formation sur l'acquisition de nouvelles connaissances utiles au changement des pratiques en faveur de l'intégration. Cependant, Pooda (1998) souligne que la seule acquisition de connaissances n'implique pas forcément l'application de celles-ci. Ainsi apparaît l'importance du PIVS qui a permis d'agir à la fois sur les connaissances, l'organisation de l'environnement des soins, pour favoriser les changements de comportements nécessaires pour l'application des connaissances sur l'intégration de la vaccination dans les soins.

Selon *l'approche théorique du changement innovateur*, acquérir des connaissances suppose pouvoir participer à un processus de changement. Dans le contexte de l'étude, cela signifie être conscient de la pertinence de l'intégration de la vaccination dans les soins, participer activement au processus du changement organisationnel pour l'intégration de la vaccination dans les soins (se sentir libre de le faire, et le faire intentionnellement). Ce processus du changement se déroule selon les quatre stades du changement innovateur inspirés du processus de l'innovation-décision de E. Mitchell Rogers (1995). Dans le processus du changement organisationnel à la FSU, l'acquisition des connaissances sur l'intégration de la vaccination dans les soins par le personnel soignant (unité de décision) suppose la compréhension de cette innovation. La persuasion est intervenue quand le personnel a formé une attitude favorable pour redéfinir ses tâches au cours du séminaire de formation en y incluant l'énoncé des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins. La décision de la réorganisation du service en assurant une permanence à la section vaccination a permis à la FSU de fonctionner au maximum de ses capacités d'offrir des séances de vaccination. Cette réorganisation du service comme le recommande Ekunwe (1984), a permis de créer un environnement propice à l'application des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.

**Hypothèse 1.2 : l'augmentation du score d'application  
des règles de l'intégration de la vaccination dans les soins,  
suite à l'implantation du PIVS**

Le faible score moyen d'application des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins (6,53) observé avant l'implantation du PIVS s'expliquerait par le fait que la plupart du personnel soignant (75%) n'avait jamais suivi de formation sur le

PEV et ne connaissait de même pas la problématique des occasions de vaccination manquées dans les service de soins. Aussi, le personnel de chaque section de la FSU étant assigné à des tâches bien précises, il n'a jamais été question pour celui-ci d'observer des règles spécifiques, quant à l'intégration de la vaccination dans les soins. Comme le soulignent Gindler & coll. (1994), tout comme Macauley & coll. (1994), même si la politique des ministères de la santé «indique que les agents de santé doivent saisir les moindres occasions pour sélectionner et vacciner les femmes et les enfants vaccinables, aucune directive claire n'a été développée pour assister les agents sur le terrain pour la réalisation de cette politique» (P. 77). En Côte d'Ivoire, le PMA recommande l'intégration de la prestation des soins de santé primaires dont le PEV. Cependant, il reste à définir une méthode pour la mise en œuvre de cette stratégie. Ce besoin situe la pertinence du développement du PIVS dont l'efficacité fait l'objet d'évaluation dans la présente étude.

Suite à l'implantation du PIVS à la FSU de Koko, le score d'application des règles de l'intégration de la vaccination dans les pratiques de soins a augmenté significativement, comme l'a démontré le test de la deuxième hypothèse spécifique. L'augmentation du score des pratiques du personnel soignant de 6,5285 au pré-test à 13,9086 après l'implantation du PIVS a traduit le changement intervenu dans les pratiques du personnel soignant pour l'intégration de la vaccination dans les soins. Cette pratique de l'observance des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins souligne les préoccupations de Kahn, Mokdad, Deming, ROUNGOU, BOBY, EXCLER et WALDMAN (1994) pour l'élimination des occasions de vaccination manquées en République Centrafricaine. Kahn et coll. (1994) tout en relevant l'absence de scénarios spécifiquement définis pour la prévention des occasions de vaccination manqués dans les services de soins, suggèrent que des directives soient

également définies quant à la conduite à tenir vis-à-vis des personnes accompagnant l'enfant ou la mère au centre de santé. À ce sujet, l'implantation du PIVS dans une structure de soins forme le personnel soignant pour répondre à ce besoin. Dans le cadre de l'intégration des prestations de soins, en considérant le PEV comme un exemple et une figure de proue pour le développement d'autres programmes de soins de santé primaires, Birmingham, Mbonikankuye et Deming (1994), préconisent l'intégration du "Planning Familial" au PEV au Burundi; ce qui ouvre d'autres pistes pour la recherche opérationnelle sur l'intégration de la prestation des soins de santé primaires.

En conclusion de la discussion des résultats, il importe de souligner l'apport de *l'approche théorie du changement innovateur* qui dérive du système conceptuel des soins infirmiers, dans une gestion horizontale du PEV pour son intégration dans la prestation des soins de santé primaires, en pratique interdisciplinaire. Dans cette perspective, l'implantation du PIVS au cours du processus cyclique de la gestion de la vaccination à la FSU de Koko, processus inspiré de la gestion systémique, a abouti à la description d'un *modèle* pour la prévention des occasions de vaccination manquées.

### **Les limites et les forces de l'étude**

Du point de vue de la validité externe, du fait de l'absence de références de comparaison des résultats au niveau national, une généralisation des résultats n'est pas envisageable. Par ailleurs, compte tenu de nos moyens très limités, le devis n'a pu couvrir plusieurs structures de soins. La présente étude revêt donc la forme d'une étude pilote comme le soulignent Burns & Grove (1997) en utilisant le terme de devis pré-expérimental.

Cependant, dans le cadre de l'amélioration de «la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services préventifs et curatifs dans les centres de santé » (UNICEF-Côte d'Ivoire, 1996, p. 147), cette étude présente un avantage majeur. La validité interne, les congruences conceptuelle, théorique et empirique de la méthode de l'étude (Ryan-Wenger, 1992) se reflètent dans la validation des trois hypothèses. La taille des échantillons a permis de valider les résultats statistiques. Ainsi, l'efficacité du PIVS en expérimentation pour la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées a-t-elle été attestée. Selon Razum et Coll. (1997), les résultats d'une telle étude (recherche opérationnelle) «permettent aux directeurs de programme de tenter de régler des problèmes concernant tel ou tel programme ou service de santé puis, ultérieurement, d'évaluer les progrès réalisés » (p. 58).

### **Les implications pour la gestion de la vaccination en pratique interdisciplinaire**

La gestion horizontale du PEV permet de sensibiliser les praticiens de diverses disciplines œuvrant dans divers programmes au sein d'une structure, d'effectuer des tâches permettant l'intégration de la vaccination dans les soins. «Un problème spécial auquel se heurte la recherche pluridisciplinaire sur les services de santé tient à l'absence d'un langage accepté par tous pour décrire la prestation des soins au regard des résultats pour le client » (OMS, 1994, p. 19). À la FSU de Koko, en organisation le service de vaccination à partir du système conceptuel des soins infirmiers, les occasions de vaccination manquées ont chuté significativement de 73,3% à 14,9%. Ces résultats, issus de la présente étude en soins infirmiers, font apparaître tout l'intérêt de développer le rôle du personnel infirmier et des sages-femmes dans la gestion des soins de santé primaires, dont le PEV. En vue d'un investissement qualitatif du rôle des infirmiers et des sages-femmes dans l'équipe

multidisciplinaire, Nakajima (1992) souligne le besoin de clarifier le ``qui`` le ``quoi``, le ``pourquoi`` et le ``comment`` des soins infirmiers dans les soins de santé primaires. Depuis les travaux de Florence Nightingale en 1854 - 1856 sur l'organisation des soins des soldats britanniques, qui lui permirent de réduire la mortalité des blessés de guerre de 42,7 % à 2,2%, la gestion des soins demeure la racine originelle de la pratique infirmière. Ces travaux de Nightingale s'inscrivent à l'origine de l'organisation moderne de la gestion des soins de santé dans le monde entier (Donahue, 1985). Kérouac et coll. (1994), Meleis et Jennings (1989) tout comme Rogers (1970) soulignent que les conceptions infirmières servent d'assise à la gestion des soins de santé pour créer des milieux propices à l'engagement du personnel soignant et des communautés dans le processus interactif et thérapeutique centré sur les expériences de santé des personnes.

Rogers (1970, p. 132) révélait que «le système conceptuel des soins infirmiers apporte une dimension critique qui faisait défaut au champ global des pratiques orientées vers la santé et le bien être». Selon la conception le *l'être humain unitaire*, l'objectif de l'infirmière (soignante, gestionnaire et enseignante) dans la gestion du PEV est de participer au processus du changement organisationnel pour l'intégration de la vaccination dans la prestation des soins. Ainsi, l'implantation du PIVS à la FSU de Koko, à partir de l'articulation de *la théorie du changement innovateur* sur le cycle de la gestion systémique nous a permis de réduire de 73,3% à 14,9% la fréquence générale des occasions de vaccination manquées. Cette réduction qui est de -79,67% représente un gain sur la couverture vaccinale des femmes et enfants qui ont fréquenté la FSU pendant l'étude.

Pour Meleis et Jennings (1989), le développement de cette culture infirmière qui enveloppe aussi bien l'infirmière clinicienne, la personne/client et l'infirmière gestionnaire, habilite les infirmiers à utiliser la théorie infirmière dans la démarche quotidienne de soins comme l'a décrit Bizier (1992). Cette approche infirmière de la gestion des soins permet d'unifier la pratique et la gestion des structures de santé. Elle permet ainsi d'organiser l'environnement dans lequel se déroule la pratique infirmière et interdisciplinaire, en fonction des besoins de santé des individus et des communautés comme le recommandent Kamel, Elliott, et Zaki (1994).

### **L'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires**

Dans le cadre de l'association des divers composantes des soins de santé primaires dans le PMA, l'intégration de la vaccination dans les soins doit être organisé de sorte que :

la mère et l'enfant bénéficient de tous les services nécessaires au cours d'une visite au centre de santé, sans qu'il y ait de séparation entre soins curatifs et soins préventifs. Les personnes qui travaillent dans les divers ``programmes verticaux`` pourront mettre au point le processus d'intégration, avec le [chef de service], grâce à des ateliers et programmes de formation conjoints (Unité de gestion de l'initiative de Bamako, 1989, p. 10).

Dans ce sens, les résultats obtenus après l'implantation du PIVS à la FSU de Koko ont abouti à la conception d'un outil de gestion du PEV en pratique interdisciplinaire intégrée: *le modèle de prévention des occasions de vaccination manquées dans les services de soins* (voir Appendice C). Cet instrument qui permet l'intégration du PEV dans le PMA, dans le cadre de «l'affinement de l'Initiative de Bamako (IB)» (UNICEF-Côte d'Ivoire, 1996, p. 147). Il est l'aboutissement de l'application de *l'approche théorique du changement innovateur*. Cette

approche infirmière de la gestion de la vaccination, a permis la jonction entre la conception infirmière de *l'être humain unitaire* (Rogers, 1970) et la gestion des soins pour organiser la FSU de Koko en vue de l'intégration de la vaccination dans les soins. Ainsi, l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans la prestation des soins a-t-elle permis de réduire significativement la fréquence des occasions de vaccination manquées à la FSU de Koko.

### **Le modèle de prévention des occasions de vaccination manquées dans les services de soins**

En vue de la prévention des occasions de vaccination manquées, le modèle procède de la logique du cycle de la gestion systémique selon les étapes suivantes (Appendice C) : (1) *l'évaluation des occasions de vaccination manquées* qui renseigne sur les *output* (extrants) du système de la prestation des soins, (2) *la planification du changement innovateur* qui définit les *input* (intrants) nécessaires au changement dans le fonctionnement du système de soins et (3) *l'implantation du programme d'intégration de la vaccination dans les soins* qui est le processus de transformation des intrants pour l'intégration de la vaccination dans les soins.

#### **L'évaluation des occasions de vaccination manquées**

Selon l'OMS (1991; 1993), dans leurs activités de supervision des soins de santé primaires, les infirmiers gestionnaires peuvent déterminer la fréquence des occasions de vaccination manquées soit en vérifiant les données de couverture dont ils disposent, soit en examinant les dossiers des patients ou en procédant à des entretiens avec les consultants à leur sortie de la structure de soins, à l'aide d'un questionnaire/guide élaboré et validé par l'OMS (OMS, 1991 ; 1993) (voir Appendices E, F, G ).

Le superviseur des soins de santé primaires «peut [...] procéder à l'évaluation des occasions de vaccination manquées pour [vérifier] à tout moment si les agents de santé appliquent bien les pratiques assurant la qualité des services de vaccination» (OMS, 1991, p. 4). Toujours selon l'OMS (1991), généralement, un superviseur de district décidera de procéder à une évaluation des occasions de vaccination manquées lorsque: (a) il y a un problème de couverture au centre de santé ou dans le district; (b) des agents de santé ont suivi une formation pour mettre en œuvre une nouvelle politique de vaccination et que le superviseur de district veut savoir s'ils appliquent bien ce qu'ils ont appris; (c) il veut déterminer si les occasions de vaccination manquées constituent un problème dans un centre de santé donné; (d) il veut déterminer s'il y a moins d'occasions de vaccination manquées qu'auparavant lors du suivi de l'application de mesures préventives.

Des suites de l'évaluation, «le superviseur et les agents de santé prévoient des moyens d'empêcher la résurgence d'occasions de vaccination manquées à l'avenir» (OMS, 1991, p.1).

### **La planification du changement innovateur**

Pour prévoir les moyens d'empêcher la résurgence d'occasions de vaccination manquées à l'avenir, le superviseur et le personnel soignant procéderont à :

- 1) l'analyse des résultats de l'évaluation des occasions de vaccination manquées pour identifier l'ensemble des facteurs qui favorisent leur fréquence;
- 2) l'évaluation du statu quo qui permet de déterminer la fréquence des occasions de vaccination manquées, les pratiques antérieures du personnel soignant dans l'application du PEV, les règles de l'organisation des soins et la nature de l'innovation : l'intégration de la vaccination dans les soins;

- 3) l'élaboration du PIVS qui permet de définir les indicateurs empiriques du changement organisationnel devant permettre l'intégration de la vaccination dans les soins.

### **L'implantation du PIVS**

Elle consiste en un processus qui s'appuie sur les quatre stades du changement innovateur pour expérimenter le PIVS. L'application du PEV se déroulant dans un contexte de pratique interdisciplinaire, la population à impliquer dans le processus du changement innovateur qui commencera par le séminaire de formation à l'intégration de la vaccination dans les soins est l'ensemble du personnel soignant intervenant dans le processus de soin. Le PIVS comportera les quatre séquences suivantes :

1. La communication de connaissances sur l'intégration du PEV dans les soins de santé *primaires* au cours d'un séminaire de formation.
2. La redéfinition des tâches comportant l'énoncé des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.
3. La réorganisation du service consistant à assurer une permanence à la section vaccination.
4. L'application des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins pratiques par l'ensemble du personnel soignant lors de la prestation des soins, soit :
  - 1) demander au client son carnet de santé ou tout autre document d'enregistrement des soins de santé ou à défaut demander la date approximative des vaccinations.
  - 2) vérifier les dates des vaccinations.
  - 3) indiquer au client la date de sa prochaine vaccination. Si celui-ci est à jour, le féliciter
  - 4) orienter le client au poste de vaccination s'il n'est pas à jour ou en cas de doute.

Afin de s'assurer de l'efficacité du PIVS sur la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées, le superviseur des soins de santé primaires procède à l'évaluation des occasions de vaccination manquées et le cycle de gestion recommence.

### **Les recommandations pour la recherche en soins infirmiers**

Dans le domaine des soins infirmiers, la recherche implique l'étude de tous les aspects de la pratique infirmière dans tous ses contextes : les problèmes de santé des individus, des familles et de communautés, les effets des systèmes de santé sur [la prestation des soins de santé] et sur les soins infirmiers, [...]. La gestion et la politique de santé sont pour la recherche infirmière autant de domaines d'investigation pertinents (OMS, 1996a, p. 22).

Comme à la FSU de Koko où le personnel des soins infirmiers constitue la majorité du personnel soignant, l'OMS (1994) souligne que la recherche en soins infirmiers permet de trouver des solutions aux problèmes qui se posent dans des situations où les infirmiers et les sages-femmes sont les principaux dispensateurs de soins ou bien y apportent une contribution majeure. Afin de permettre au personnel infirmier et aux sages-femmes de développer des aptitudes à la recherche en soins infirmiers pour les besoins de l'application des différents programmes de soins de santé primaires dont PEV, nous recommandons **le développement de programmes de formation continue par le biais de la recherche en soins infirmiers**. «Il faudra permettre à un nombre non négligeable d'infirmiers et de sages-femmes de se former à la recherche afin de participer au même titre que les autres aux travaux dans les équipes de recherche pluridisciplinaire qui s'attaquent aux problèmes de santé » (OMS, 1996a, p. 18).

Fondées sur les principes des soins de santé primaires (Stewart, 1995), les interventions infirmières sont orientées vers la satisfaction des besoins de santé des individus, des familles et des communautés pour la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé. «Les services de santé [dans lesquelles travaillent les infirmier(e)s] fonctionnent dans la plus part des cas sur trois niveaux, périphérique, intermédiaire et central » (OMS, 1984, p. 13). Dans cette perspective, l'organisation des soins infirmiers communautaires (Rothman, 1990), en s'articulant sur les trois niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire des soins de santé primaires qui constituent le fondement du système national de santé (Clark, 1995; OMS, 1984; Méjia, 1987; Monékosso, 1989), décrit la pratique infirmière en modules d'interventions. Selon les différents programmes de santé exécutés dans le PMA, au niveau d'un module de prestations, les fonctions infirmières décrivent la hiérarchie professionnelle selon cinq différents niveaux de compétences (Burns et Grove, 1997; Fortin, Vissandjée et Côté, 1996); Kérouac et coll., 1994).

1. L'application des résultats de la recherche dans la prestation de soins directs : la gestion de cas (IDE, S-FDE);
2. la supervision de l'unité de soins ou du centre de santé (B. Sc. Inf.);
3. l'expertise clinique en soins infirmiers : la coordination des unités de soins à l'hôpital, la coordination de la qualité des soins et de la formation à cours d'emploi au district de santé (M. Sc. Inf.);
4. la conduite des programmes de recherche : la Direction des soins infirmiers au CHU, à la Direction régionale de la santé et dans les structures de formation (Ph. D.);
5. la conception des programmes de recherche : la Direction centrale des soins infirmiers au Ministère de la Santé et la Direction des structures de formation (Postdoc.).

Dans la pratique infirmière, ces différentes fonctions sont complémentaires et s'intègrent dans le fonctionnement du système national de santé, en chevauchant les trois niveaux des soins de santé primaires, dans un module d'interventions. Elles sont régulées par le code de déontologie de la profession (Éditeur officiel de Québec, 1996), «ainsi que les autres lois et règlements en lien avec sa pratique» (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1996, p. 22). Pour garantir la sécurité du public et la qualité des soins, Rogers (1994b) recommande de relever le niveau de la formation par des programmes universitaires soutenus par la recherche scientifique.

### **Les recommandations pour la formation à la recherche en soins infirmiers**

Dans le cadre de la réforme du système de santé en Côte d'Ivoire, en vue d'assurer l'adéquation entre la pratique infirmière et les besoins de santé des communautés, un comité national de réflexion sur les soins infirmiers et obstétricaux créé par arrêté N° 198 MSP/CAB-1 a élaboré les *guides et protocoles des soins infirmiers et obstétricaux* ainsi que la *description des postes de l'Infirmier et de la Sage-femme Diplômé(e) d'Etat* (Comité National de Réflexion sur les Soins Infirmiers et Obstétricaux, 1995a; 1995b; 1995c, 1995d; 1995e). Cependant, la description des postes de l'infirmier et de la sage-femme dans les *guides et protocoles des soins infirmiers et obstétricaux* n'a identifié que le premier niveau des compétences dans la hiérarchie infirmière qui en comprend cinq (Burns & Grove, 1997; Fortin et coll., 1996). En 1984, un Groupe d'expert de l'OMS sur la *Formation des enseignants et gestionnaires infirmiers notamment pour les soins de santé primaires* proposait dans son rapport, la définition de ces fonctions infirmières. Afin d'adapter la pratique infirmière aux orientations des soins de santé primaires en Côte d'Ivoire, nous recommandons, **par le biais d'une étude diagnostique, l'analyse approfondie des**

**fonctions et compétences infirmières selon les besoins du système national de santé.** Le développement des aptitudes à la conception et à la réalisation de projets de recherche en soins infirmiers étant entrepris à partir du deuxième cycle de la formation en soins infirmiers (Dupéré et coll., 1997), la réforme de l'enseignement supérieur en Côte d'Ivoire ouvre la voie pour la formation universitaire continue des infirmiers et sages-femmes.

Aux 3<sup>èmes</sup> Journées Bilan du Ministère de la Santé Publique en 1997, abordant le chapitre *Valorisation des ressources humaines*, Le Ministère de la Santé publique annonçait-il l'élaboration d'un Plan national de Formation continue. En préconisant «la réforme des formations initiales, au niveau des Facultés des Sciences de la santé et de l'INFAS, à partir d'un projet d'étude diagnostique de la situation [...] qui débouchera sur de nouveaux cursus et contenus de formation » (Ministère de la Santé publique, 1997, p.17), le Ministre de la santé Publique emboîtait le pas à son homologue de l'Enseignement Supérieur (Ministère de l'Enseignement supérieur, 1998). Ce dernier propose dans le deuxième objectif du programme de la *Réforme de l'enseignement supérieur*, de privilégier les formations à finalités professionnelles pratiques en donnant la priorité aux formations techniques de niveau supérieur; ce, en décentralisant l'Université nationale dans les différentes régions du pays. Les objectifs de cette réforme visant à adapter les missions de l'enseignement supérieur aux exigences du développement national pour innover, inventer, et produire les connaissances et les compétences les plus utiles au développement du pays, sont proposés en lieu et place des Facultés, des Unités de Formation et de Recherche (UFR) organisées à partir de projets éducatifs et de programmes de recherche.

En relevant les insuffisances du système sanitaire ivoirien dans la mise en œuvre de la politique des soins de santé primaires, le Ministre de la Santé Publique réitérait dans son

exposé du jeudi 17 décembre 1998 aux IV<sup>e</sup> journées bilan tenues à Yamoussoukro, le besoin de relever la qualité des prestations des personnels soignants. Le Ministre fustigeait entre autres, la quasi inexistence de la recherche opérationnelle qui doit soutenir la mise en œuvre des programmes de santé dans le PMA. En attribuant cette défaillance à la non maîtrise de la méthodologie de la recherche par les professionnels de la santé, le Ministre de la Santé publique annonçait un début de solution qui se profile dans la révision des Curricula des UFR et écoles de formation.

La présente étude, une recherche opérationnelle, portait sur l'intégration de la vaccination dans la prestation des soins de santé primaires. À partir d'une approche théorique inspirée du système conceptuel des soins infirmiers, l'implantation du PIVS à la FSU de Koko a permis de réduire de 73,3% à 14,9% la fréquence des occasions de vaccination manquées. Ces résultats obtenus sur la réduction des occasions de vaccination manquées pourrait considérablement contribuer à l'augmentation de la couverture vaccinale vers l'atteinte des objectifs assignés au PEV, si l'expérience se multipliait au niveau national. Afin de permettre le développement de projets similaires en soins infirmiers, nous recommandons **la formation d'enseignants et de gestionnaires des soins infirmiers, d'infirmiers et sages-femmes superviseurs et coordonnateurs pour les besoins de la mise en œuvre des soins de santé primaires dont le PEV, au niveau des districts de santé.** Ce besoin requiert au niveau national, la création d'une structure universitaire pour la formation continue des infirmiers et des sages-femmes à la recherche en soins infirmiers. Comme le préconise la réforme de l'enseignement supérieur (Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation technologique, 1998), dans le cadre de la décentralisation de l'Université nationale, nous recommandons **le développement d'une Unité de Formation et de recherche (UFR) en soins infirmiers communautaires à**

l'Université de Bouaké. La situation géographique au centre du pays permettrait à cette UFR **un rayonnement national pour appuyer l'organisation des districts de santé dans la mise en œuvre des soins de santé primaires**. Comme le prescrivait *la Conférence internationale d'Alma Ata en 1978* dans le point VII de sa déclaration, les soins de santé primaires doivent être «fondés sur l'application de résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale, de la recherche sur les services de santé ainsi que sur l'expérience de la santé publique » (Monékosso, 1989, p. 52). La création de cette UFR permettrait d'entreprendre **la formation continue des infirmiers et des sages-femmes à la recherche scientifique en soins infirmiers** selon les besoins nationaux de la pratique infirmière. **La formation des enseignants, gestionnaires, superviseurs et coordonnateurs des soins infirmiers à l'UFR**, à partir de la réalisation leurs projets de recherche, permettra de **générer les connaissances nécessaires à la pratique infirmière dans le développement des soins de santé primaires** (OMS, 1984; 1986; 1994; 1996a; Ministre de la Santé Publique, 1996). La recherche scientifique, tout en assurant le perfectionnement professionnel de l'infirmier et de la sage-femme aux différents niveaux de compétences dans la hiérarchie infirmière (Burns et Grove 1997; Fortin et coll., 1996), offre un cadre opérationnel pour la motivation du personnel, ainsi que le cadre des grades universitaires pour développer le profil de carrière en soins infirmiers.

Au regard du Décret n° 93-608 du 2 juillet 1993 portant classification des grades et emplois dans l'administration de l'état et dans les établissements publics nationaux en Côte d'Ivoire (Ministère de l'emploi et de la fonction publique, 1993), **la promotion consécutive au perfectionnement de l'infirmier et de la sage-femme aux différents niveaux graduels des compétences dans la pratique infirmière définit le profil de carrière en soins infirmiers**.

## **Les références**

Alligood, M. R. (1989). Rogers's theory and nursing administration : A perspective on health and environment. In B. Henry., C.Arnd., M. Di Vincenti et A, Marriner-Tomey (Éd.) Dimensions of nursing administration : Theory, research, education, practice (p. 105-111). Boston : Blackwell Scientific Publications.

Arons, A., et Hawes, H. (1984). D'enfants à enfants. Suisse : Édition CIBA GEIGY.

Association canadienne de santé publique (1977). L'Infirmière et le santé communautaire : Fonction et qualité requises pour l'exercice des soins infirmiers au Canada. Ottawa : L'Association canadienne d'Hygiène publique.

Association canadienne de santé publique (1996). Priorité à la santé : La santé publique dans la réforme des services de santé. Document de réflexion du conseil d'administration.

Association canadienne de santé publique. (1997). Des millions de raison de poursuivre la lutte : Leçons apprises du programme canadien d'immunisation internationale – Phase 2. Ottawa : Association canadienne de santé publique.

Augou, T. (1998). Bilan du recouvrement des coûts des actes de santé 1997 et Projet de Budget 1998 : PMI et Maternité Koko. Document non publié, Direction départementale de Bouaké, Côte d'Ivoire.

Barrett, E. A. M. & Caroselli, C. (1998). Methodological ponderings to the power as knowing participation change tool. Nursing Science Quarterly, 11 (1), 17-22.

Barrett, E. A. M. (1986). Investigation of the principle of helicy : The relationship of human field motion and power. In V. M. Malinski. Exploration on Martha Rogers' science of untry human being (p. 173-164). New York : Appleton.

Beauséjour, D. et Lonergan, G. (1998). Mise à jour en immunisation. Régie régionale de la santé et des services sociaux : Direction de la Santé publique.

Beel, Y. ( 1986). Projet éducatif pour les personnes âgées. Soins, 38, 39.

Bertalanffy, L. V. (1968). General system theory : Fondations, development application. (12<sup>th</sup> Revised Edition). New York : George Braziller.

Birmingham, M., Mbonikankuye, D. et Deming, M. (1994). Intégration des services de planification familiale au PEV. Programme élargi de Vaccination (PEV) dans 12 Pays africains 1982-1993, p. 82-83.

Bizier, N. (1992). De la pensée au geste (3<sup>ème</sup> éd). Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur.

Boa, A. (1997). Problématique de l'accessibilité de la vaccination chez les groupes cibles dans le District sanitaire de Bouna (Côte d'Ivoire). Rapport d'étude. Unicef Côte d'Ivoire.

Bryant, J. H. (1988). Dix ans après Alma-Ata. Santé du monde, Août - Septembre 1988, 10-17

Burns, N. & Grove, S. K. (1997). The practice of nursing research : Conduct, critique and utilization. (Third édition). Philadelphia : Saunders compagny.

Caroselli, C. & Barrett, E. A. M. (1998). A review of power as knowing participation in change literature. Nursing Science Quarterly, 11 (1), 9-16.

Charlebois-Dumais, N. (1994). Infirmière : l'art de soigner. Les diplômés, hiver1994, 13-15.

Claquin, P. (1987). Rapport d'évaluation de la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois en République du Sénégal, Dakar ,Sénégal.

Clark, C. C., & Shea C. A. (1979). Management from a systems view. In C. C. Clark (ed.), Management in nursing : A VITAL link in the care system (p. 3-14)..New York : McGraw-Hill Book Company.

Cody, W. K. (1995). About All those paradigms : Many in the universe, two in Nursing. Nursing Science Quarterly, 8 (4), 144-147.

Comité National de Réflexion sur les Soins Infirmiers et Obstétricaux. (1995a). Guide et protocoles de soins infirmiers et obstétricaux en sante communautaire. Abidjan : Passerelle Éditions.

Comité National de Réflexion sur les Soins Infirmiers et Obstétricaux. (1995b). Description des postes de l'agent de sante communautaire, de l'infirmier(e) et de la sage-femme diplômé(es), d'état au niveau primaire. République de Côte d'Ivoire : Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales.

Comité National de Réflexion sur les Soins Infirmiers et Obstétricaux. (1995c) Description des postes de l'infirmier(e) et de la sage-femme diplômé(es), d'état au niveau secondaire. République de Côte d'Ivoire : Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Comité National de Réflexion sur les Soins Infirmiers et Obstétricaux. (1995d) Description des postes de l'infirmier(e) et de la sage-femme diplome (es), d'état au niveau tertiaire. République de Côte d'Ivoire : Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales.

Comité National de Réflexion sur les Soins Infirmiers et Obstétricaux. (1995e). Guide et protocoles de soins infirmiers en obstétrique. République de Côte d'Ivoire : Ministère de la Santé publique et des Affaires sociales.

conjointe OMS/FISE pour le financement communautaire visant en particulier les femmes et les enfants. Bulletin d'information de l'Initiative de Bamako, 1 (2), 1-16.

Coulibaly, A. (1989). Evaluation des occasions de vaccination manquées dans des formations sanitaires de la ville d'Abidjan. Publications médicales africaines, 97, 29.

- Daniel, W. W. (1995). Biostatistics : A fondation for analisis in the health sciences (6<sup>th</sup> ed.). New Baskerville : John Willey & Sons, inc.
- Direction de la santé publique (1998). Protocole d'immunisation du Québec. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal centre, Montréal, Canada.
- Direction exécutive du PEV (1997). Évaluation de la couverture vaccinale à Abidjan en 1996. Abidjan : Direction régionale de la santé Sud I, Projet santé Abidjan.
- Donahue, M. P. (1985). Nursing, The Finest Art : An Illustrated History. St Louis : The C.V. Mosby Company.
- Dubuc, F. (1975). La Périnatalité. Montréal : Édition Agence d'arc inc.
- Dupéré, S., Parisien, I., Voyer, P. et Zanchetta, M. (1998). L'infirmier et l'infirmière à la maîtrise ou au doctorat: Pourquoi ? Dire : La revue des cycles supérieurs de l'Université de Montréal, 7 (2), 44-45.
- Dykeman, M. C. & Loukissa, D. (1992). The science of unitary human bieng : An integrative review, Nursing Science Quarterly, 6 (4), 179-188.
- Éditeur officiel du Québec (1996). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Bibliothèque nationale du Québec.
- Ekunwe, E. (1984). Extension de la couverture vaccinale grâce à une meilleur fonctionnement du dispensaire. Forum mondial de la santé, 5 (4), 402-404.
- Fawceett, J. (1996). On the requirements for a metatpardigme : An Invitation to dialogue. Nursing Science Quarterly, 9 (3), 94-106.
- Fawcett, J. & Downs, F. S. (1992). Relationship of theory and research. (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia : F. A. Devis.

ment using quantitative methods in the science  
 E. A. M. Barrett (Éd.). Roger's scientific art of  
 onal League for Nursing Press.

ôté, J. (1996). La recherche propre à une  
 ières. Le processus de la recherche : de la  
 Mont-Royal : Décarie Éditeur.

Un modèle d'utilisation des services de santé  
 nt. Dans M. K. Chytil (Édit.). Fifth conference  
 160). Prague : Omnipress Publishing.

erson, R. H. et Keja, J. (1984). Faut-il vacciner  
nté, 5 (3), 296.

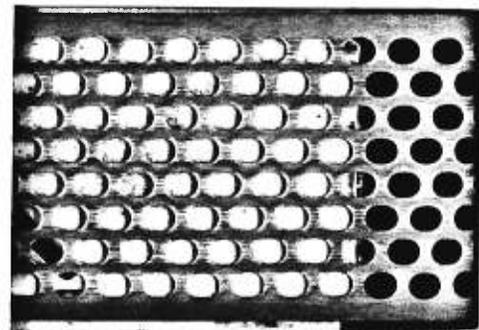
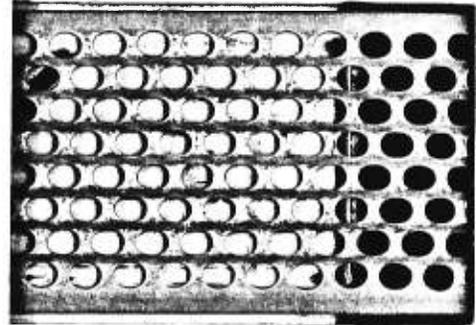
l. Aderinto, O., Mosanya, D. et Ayodele, O. J.  
 ées dans les établissements de santé urbains :  
me élargi de Vaccination (PEV) dans 12 Pays

enfants d'ici 1990. Les carnets de l'enfance,

ns de santé primaires. La Situation de enfants

uccès. La situation des enfants dans le monde,

ls objectifs ? La situation des enfants dans le



Guérin, N. Kaddar, M. & De Champeau, A. (1993). Le marché du vaccin et l'avenir des programmes de vaccination en Afrique. Paris. Centre international de l'enfance.

Guessend, G. (1990). Notes de synthèse sur les activités de la Direction de la Santé Publique et de la Population de 1985 à 1990.

Haber, J., & Taddeo, J. A. (1994). A Rogerian values vision : Values of professional nurses. In M. Madrid & E. A. M. (Ed.), Rogers' scientific art of nursing Practice. New York : National League for Nursing Press.

Hancock, T. & Minkler, M. (1997). Community health assessment or community assessment. In M. Meredith (ed.), Community organising and community building for health (p. 139-156). New Jersey : Rutgers University Press.

Harel, F. (1996). Analyse statistique des données. Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation (p. 267-300). Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur.

Henderson, R. H. (1988). Vacciner les enfants du monde : progrès et perspectives, Bulletins de l'OMS, 66 (6), 699-707.

Henderson, V. (1984). Ma conception des soins infirmiers : un modèle ouvert pour le développement d'un jugement clinique. Soins, 440, 9-16.

Henry, B., Lorensen, M., et Hirschfeld, M., J. (1994). Cadres infirmiers et Direction du Personnel infirmier. Forum mondial de la santé, 15 (2), 158-163.

Hirschfeld, M. J. (1992). L'OMS communique... : Le Nouveau rôle des infirmières et de sages-femmes Santé du monde, Septembre octobre 1992, 30-31.

Iseley, R. B. & Courtejoie, J. (1987). La mère, l'enfant et la santé. Zaïre. Bureau d'études et de recherches pour la promotion de la santé.

Kadja, M. D. (1997). Formation diplômante et qualifiante des Formateurs de l'INFAS. Note à l'intention Monsieur le Ministre, 142/MPS/INFAS. Institut National de Formation des Agents de Santé. République de Côte d'Ivoire.

Kahn, J. G., Mokdad, A.H., Deming, M. S. Roungou, J-B. Bobby, A. M., Excler, J-L. et Waldman, R. J. (1994). Elimination des occasions de vaccination manquées : Impact potentiel sur la couverture vaccinale. Programme élargi de Vaccination (PEV) dans 12 Pays africains 1982-1993, p. 79-81.

Kamel, E., Elliot, E., et Zaki, H. (1994). Des normes pour la pratique infirmière. Forum mondial de la santé, 15 (2), 164-166.

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., et Major, F. (1994). La pensée infirmière. Laval : Éditions Études vivantes.

Koffi, K. (1992). Causes de la fréquence des occasions de vaccination manquées à la Base de santé rurale de Bouaké. Mémoire non publié, Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers (CE.S.S.I.) de Dakar, Dakar, Sénégal.

Koffi, k. (1997). P.E.V. Prévenir la fréquence des occasions manquées de vaccination. INFAS-Echos, 2, 14-15.

Koffi, k. (1998). Séminaire de formation à l'intégration de la vaccination dans la prestation des soins de santé primaires : Le cahier du participant. Document non publié.

Kuss, T. , Proulx-Girouard, L. , Lovitt, S. , Katz, C. B. & Kennelly, P. (1997). A public health nursing model. Public Health Nursing, 14 (2), 81-89.

Macauley, R., Olivola, K., Cutts, F. T., Taylor, P., Harvey, M. et Steinglass, R. (1994). Occasions de vaccinations manquées dans les établissements de santé urbains :

Autres composants de l'évaluation urbaine de Lagos. Programme élargi de Vaccination (PEV) dans 12 Pays africains 1982-1993, p. 76-78.

Malher, H. (1982). The role of hospitals in primary health care. Forum mondial de la santé, 3 (4), 450.

Manciaux, M. (1984). Santé de la mère et de l'enfant : nouveaux concepts en pédiatrie sociale. Paris.

Mandl, P.-E. (1985). Les Programmes accélérés de vaccination : l'impact potentiel de leur vécu collectif sur le développement. Les carnet de l'enfance (69/72) (p. VII-XXIX).

Marsden, P. D. (1993). Malades, médecin et infirmiers. Forum mondial de la santé, 14, 314-315.

Meleis, A. I. & Jennings, B. M. (1989). Theoretical nursing administration : Today's challenges, tomorrow's bridges, in B. Henry, C. Arndt, M. Divicenti, A.Marriner-Tomey (Ed.) Dimensions of nursing administration : Theory, research, education, practice (p. 7-18) Boston : Blackwell Scientific Publications.

Ministère de l'Emploi et de la Fonction publique (1993). Décret no 93-608 du 2 juillet 1993 portant classification des grades et emplois dans l'administration de l'État et dans les établissements publics nationaux. Journal officiel de la république de Côte d'Ivoire, 33, 593-612.

Ministère de l'Enseignement supérieur de la Recherche et de l'Innovation technologique (1998). La Réforme de l'enseignement supérieur : Innover pour réussir. République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique (1996). Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005 : Diagnostic, Politique et Stratégies. République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale (1991). Enquête nationale de février 1991, République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale (1991). Enquête nationale de février 1991, République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale (1994). Rapport de la couverture vaccinale en 1994 par district, République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale (1994). Rapport de la couverture vaccinale en 1994 par district, République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique et de la Population (1987). Rapport de l'évaluation nationale de couverture vaccinale en Côte d'Ivoire. Journées nationales de vaccination 1987.

Ministère de la Santé publique et de la Population (1987). Rapport de l'évaluation nationale de couverture vaccinale en Côte d'Ivoire. Journées nationales de vaccination 1987, République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique. (1996a). Arrêté portant définition du paquet minimum d'activité. Ministère de la Santé publique. République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique. (1996b). Grandes rencontres de Fraternité matin : Exposé de monsieur le Ministre de la Santé publique. Ministère de la Santé publique. République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique. (1997). 3<sup>ème</sup> Journées Bilan : Exposé de M. le Professeur Maurice Kakou Guikahué, Ministre de la Santé publique. Ministère de la Santé Publique. République de Côte d'Ivoire.

Ministère de la Santé publique. (1998). IV<sup>ème</sup> Journées bilan des activités du Ministère de la Santé publique, Yamoussoukro, 16-19 Décembre 1998: Exposé de

Monsieur le Ministre de la Santé publique, Professeur Maurice Kakou Gukahué. Ministère de la Santé. République de Côte d'Ivoire.

Monékosso, G., L. (1989). Accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains : Scénario de développement sanitaire en trois phases. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé.

Nakajima, H. (1990). Rapport mondial sur la vaccination. OMS Information, 147, 2.

Nakajima, H. (1992). Éditorial : Plus que jamais nous avons besoin d'infirmières. Santé du monde, Septembre - octobre 1992, 3.

Nyi, N. (1985). Vacciner tous les enfants d'ici 1990 : quelques problèmes opérationnels. Les carnet de l'enfance, 69/72, 63-76.

O.R.A.N.A. (1988). Notions fondamentales sur la vaccination. Diarrhée Dialogue, 30.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1996). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Direction de la qualité de l'exercice : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Organisation mondiale de la Santé (1978). Les soins de santé primaires : Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1984). Formation de Enseignants et Gestionnaires infirmiers, notamment pour les soins de santé primaires. Série de rapports techniques 708. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1986a). Occasions de vaccination manquées. Rapport de la réunion des directeurs du PEV.

Organisation mondiale de la Santé (1986b). 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 (1988a). Possibilités de vaccination non exploitées.

Organisation mondiale de la Santé (1988b). Tous les enfants d'ici 1990. World Health

Organisation mondiale de la Santé (1989a). Occasions de vaccination manquées. Programme élargi de vaccination. Mise à jour, février 1989. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1991a). Identifier les occasions manquées, WHO/EPI/MLM/91.7, p. 62-63.

Organisation mondiale de la Santé (1991b). Le PEV dans les années 90: les défis à relever. Mise à jour PEV18. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1993). Occasion de vaccinations manquées. Analyses d'étude effectuées dans des pays en développement et dans des pays industrialisés WHO/EPI/GEN/92.8.

Organisation mondiale de la Santé (1994). Les soins infirmiers au-delà des horizons 2000. Série de rapports techniques 842. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1996a). La pratique infirmière. Série de rapports techniques n° 860. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1996b). Intégration de la prestation de soins de santé. Série de rapports techniques n° 861. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (1998). Polio : le dernier assaut. Vaccins et Vaccinations dans le monde, 7, 1-9

Organisation mondiale de la Santé. (1989). Rapport du programme élargi de vaccination. Réunion du Groupe consultatif mondial. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Ouattara, S. (1991). Plan d'action 1991 du programme élargi de vaccination en Côte d'Ivoire.

Ouattara, S. (1994). Rapport de l'atelier Afrique de l'ouest et du Centre. 4<sup>ème</sup> Séminaire international sur les vaccinations en Afrique, Yamoussoukro 13-16 mars 1994 (p. 6-7). Poitiers : I. Parent du Chatelier, M. Schluberger, A. da Silva, P. Stoeckel Éditeurs.

Ouattara, S., Dagnan, N. S., Ekra, K. D., Tangliante Saracino, J. (1994). Vaccination dans les quartiers défavorisés de la ville d'Abidjan. 4<sup>ème</sup> Séminaire international sur les vaccinations en Afrique, Yamoussoukro 13-16 mars 1994 (p. 71-74). Poitiers : I. Parent du Chatelier, M. Schluberger, A. da Silva, P. Stoeckel Éditeurs.

Parse, R. R. (1993). Nursing and medicine : Two different disciplines. Nursing Science Quarterly, 6 (3), 109.

Payet, M., et Sankale. (1962). Épidémiologie et prophylaxie des endémies dominantes en Afrique noire. Paris : Édition Masson et Cie.

PEV / LMTE / Zaïre (non daté). Contrôle de la rougeole à Kinshasa et l'introduction du Vaccin E-Z. Sauvons nos enfants, 11, p. 2.

Phillips, J. R. (1993). Researching the lived experience : Vision of the whole Experience. Nursing Science Quarterly, 6 (1), 166-167.

Phillips, J. R. (1997). Martha E. Rogers : An icon of nursing. Nursing Science Quarterly, 10 (1), 39-41.

Poitout, M. et Joly, C. (1970). Pédiatrie. Paris. Édition Librairie Maloine.

8). Evaluation d'une intervention en éducation sanitaire. Mémoire Montréal, Montréal, Canada.

dien d'Immunisation Internationale (1995). La vaccination anté pour 120 millions d'enfants. Nouvelles, 3 (2), 1-2.

Aspects éducationnels du PEV à la PMI de Médina. Mémoire non akar, Sénégal.

on du Groupe consultatif mondial du PEV, 9-13 Novembre 1987

services de vaccination : les mères ont la parole. Forum mondial

R., et Diesfeld, H. J. (1997). La recherche «pragmatique» au nté. Forum mondial de la santé, 18 (1), 58-60.

rganisation des séances de vaccination. Développement et Santé,

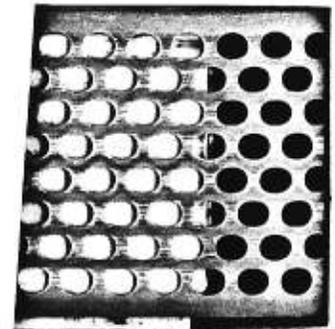
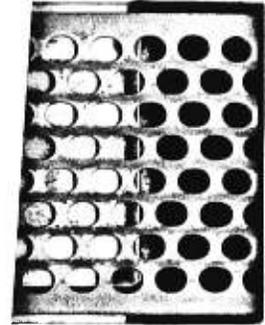
Diffusion of innovation. (Fourth Edition). New York : The

). An Introduction to the theoretical basis of nursing.

Science of unitary human beings. In V. M. Malinski (Ed.).

' science of unitry human being (p. 3-8). New York :

nursing science and art : A prospective, Nursing Science



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

Rogers, M. E. (1994b ). Nursing research in the future. In V. M. Malinski & E. A. M. Barrett (Ed.). Martha E. Rogers : her life and her work (p. 114-116). Phyladelphia : F. A. Davis Company.

Rogers, M. E. (1994c). Homeodynamics : Principles of nursing science. In V. M. Malinski & E. A. M. Barrett (Ed.). Martha E. Rogers : Her life and her work (p. 214-219). Philadelphia : F. A. Davis Company.

Rogers, M. E. (1994d). Nursing Science : A science of unitary human beings. In V. M. Malinski & E. A. M. Barrett (Ed.). Martha E. Rogers : Her life and her work (p. 352). Philadelphia : F. A. Davis Company.

Rothman, N. L. (1990). Toward description : Public health nursing and community Haelth Nursing Are Different. Nursing and health care, 11 (9) 481-483.

Ryan-Wanger, N. M. (1992). Guidelines for critique of a research report. Heart & Lung, 21 (4), 394-401.

Schoenhofer, S. O. (1993). What constitue nursing reasearch ? Nursing Science Quarterly, 6 (2), 59-60.

Secrétariat général du recensement (1991). Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028. Abidjan : Direction de la statistique et de la comptabilité nationale. Statisitics, 41 (2), 63.

Tapsoba, L. (1988). Évaluation du PEV en Côte d'Ivoire (rapport de mission).

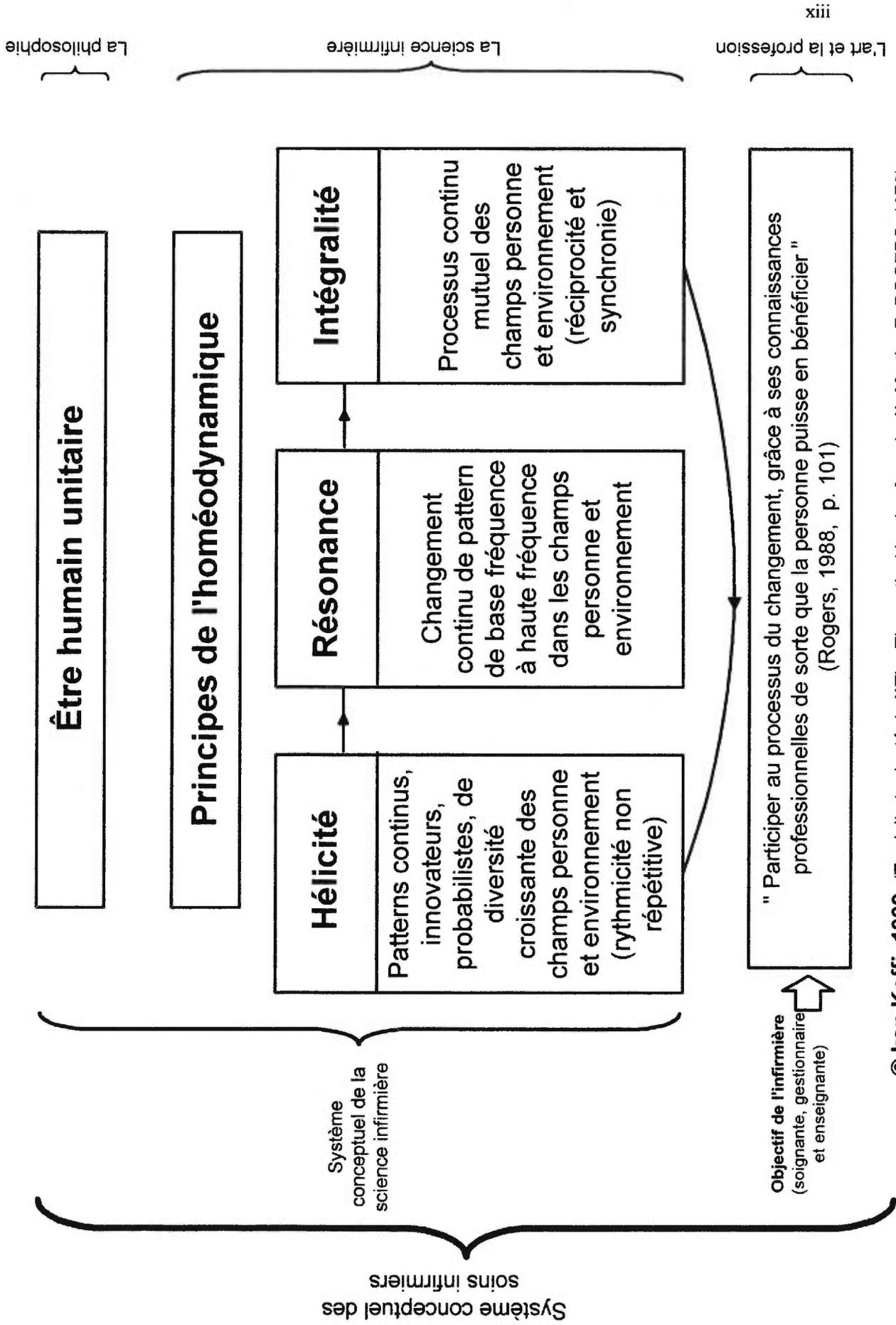
Touré, M. (1994). L'utilisation des services de santé dans les pays en développement : le cas des services de vaccination au Mali. Thèse de Doctorat en santé communautaire, Université de Montréal.

UNICEF-Côte d'Ivoire. (1996). Analyse de la situation des femmes et des enfants de Côte d'Ivoire. Abidjan : IPEX.

Unité de gestion de l'Initiative de Bamako. (1989). Initiative de Bamako : Stratégie

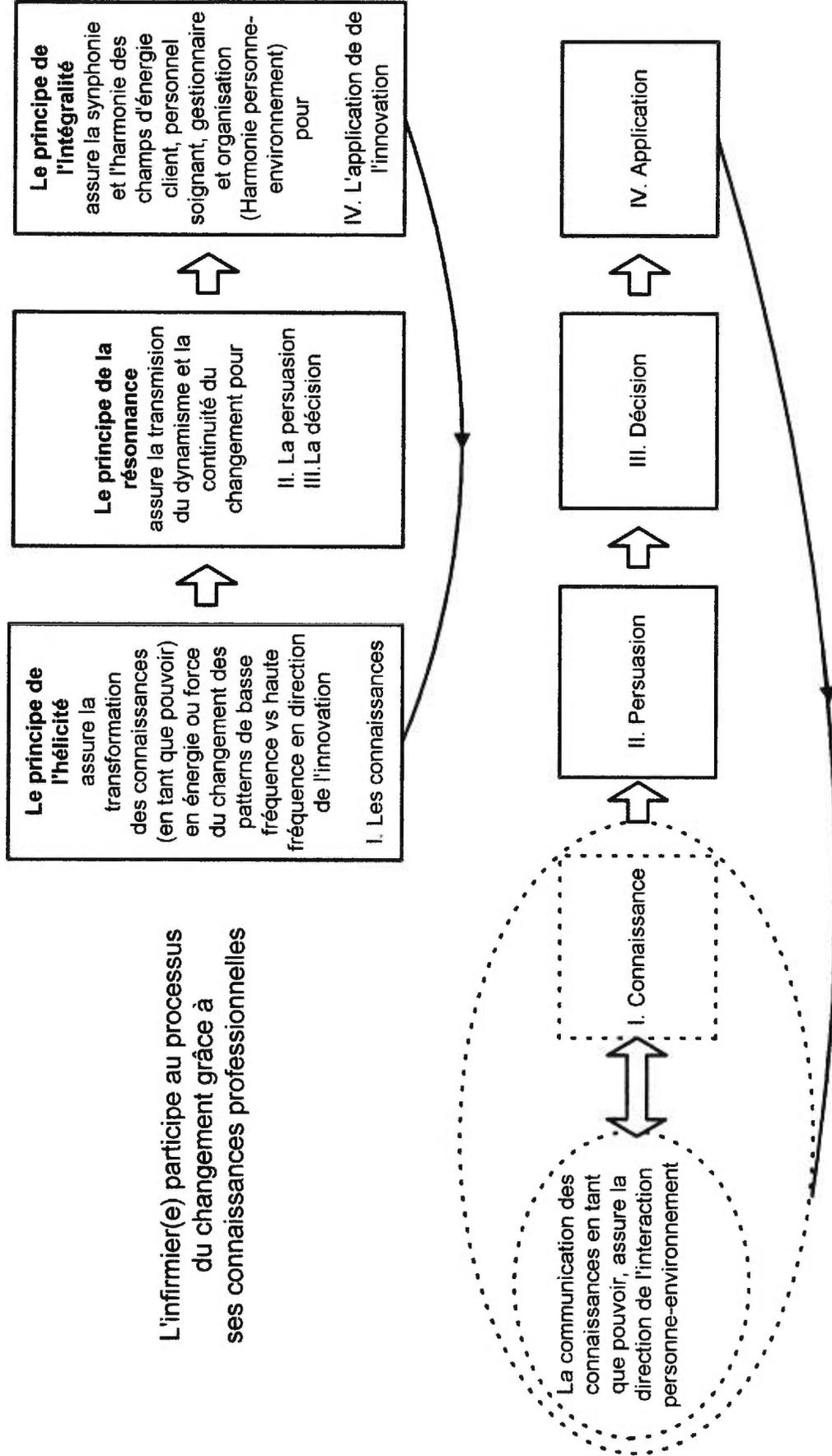
## **Les appendices**

# Le système conceptuel des soins infirmiers

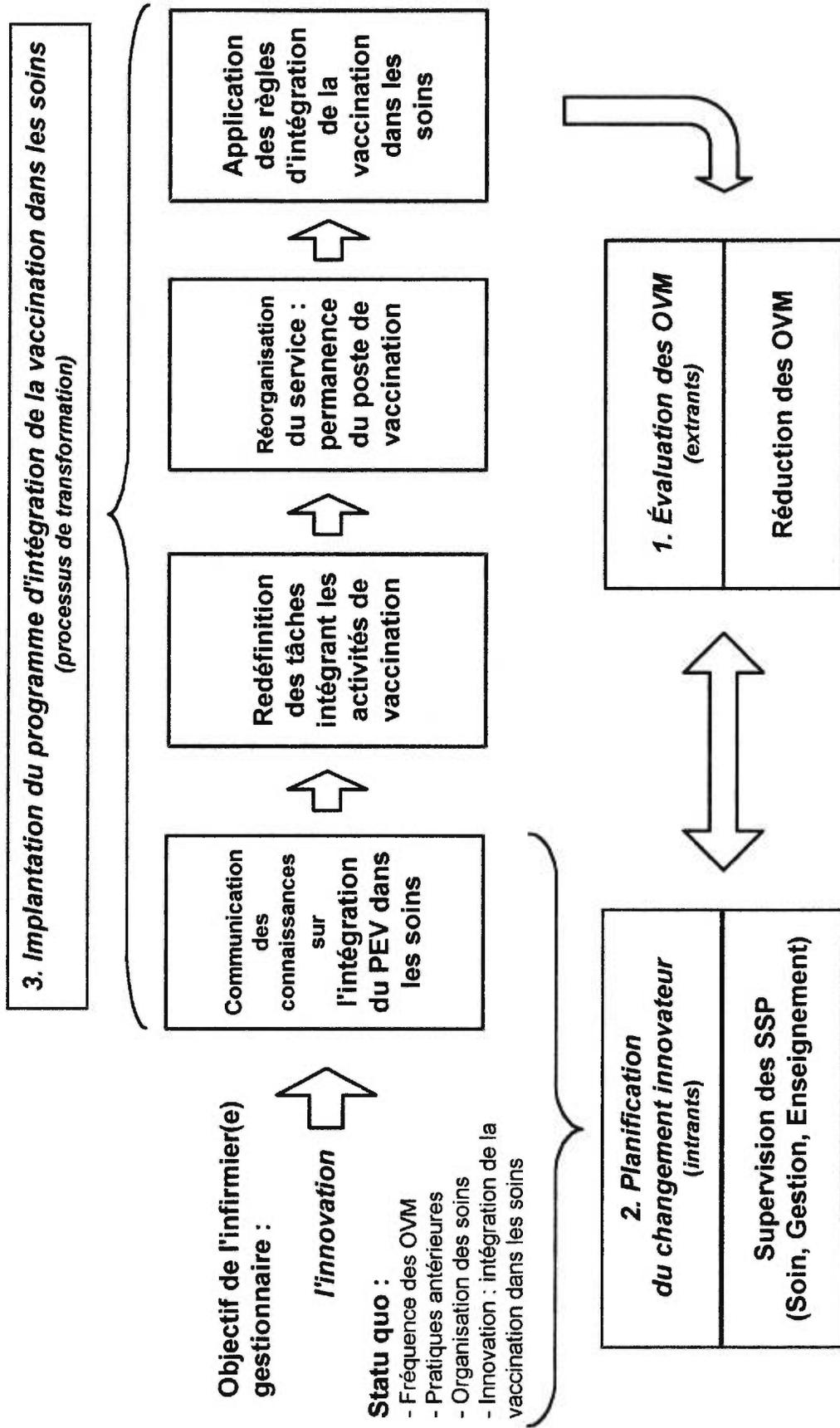


**L'APPROCHE THÉORIQUE DU CHANGEMENT INNOVATEUR**

L'infirmier(e) participe au processus du changement grâce à ses connaissances professionnelles



Appendice C



## Appendice D

### Devis - Méthode de collecte des données - Plan d'analyse des données

O1 : TEMPS 1 (prétest)	INTERVENTION	O2 : TEMPS 2 (post-test)	HYPOTHÈSE			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation des occasions de vaccination manquées</li> <li>▪ Observations des pratiques du personnel soignant</li> <li>▪ Évaluation des connaissances sur l'intégration du PEV dans les soins</li> </ul>	<p><b>Implantation du programme d'intégration de la vaccination dans la prestation des soins à la FSU de Bouaké</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation des occasions de vaccination manquées</li> <li>▪ Observations des pratiques du personnel soignant</li> <li>▪ Évaluation des connaissances sur l'intégration du PEV dans les soins</li> </ul>	<p>Réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées</p>			
<p>Semaine 1 Prise de contact, Consentement du personnel soignant</p>	<p>Semaine 2 Formation des enquêteurs Validation des instruments</p>	<p>Semaine 3 Évaluation des occasions de vaccination manquées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observations des pratiques du personnel soignant</li> </ul>	<p>Semaine 4 Questionnaire en pré et post formation Formation du personnel à l'intégration du PEV dans les soins de santé primaires Redéfinition des tâches</p>	<p>Semaine 5, 7, 8, 9 Réorganisation du service Application des règles d'intégration de la vaccination dans les pratiques de soins</p>	<p>Semaine 10 et 11 Évaluation des occasions de vaccination manquées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observations des pratiques du personnel soignant</li> </ul>	<p>Semaine 12, 13 Remerciements Retour à Montréal pour l'analyse des données</p>
<p>Plan d'analyse des données : Comparaison des résultats entre Temps 1 et Temps 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fréquence des occasions de vaccination manquées (Test de Khi-2 de Pearson)</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le résultat du changement innovateur devant être la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées, le score des connaissances et des pratiques du personnel soignant permettront de suivre l'évolution du processus du changement (Test du t de Student Ho : <math>\mu_1 = \mu_2</math> ; H1 : <math>\mu_2 &gt; \mu_1</math>)</li> </ul>						

## Appendice E

**Identifier les occasions manquées**  
**Feuille de renseignements généraux (adapté OMS, 1991)**

Date d'évaluation : _____	Établissement sanitaire : _____	Situation de centre : (cochez la mention correspondante)	
Effectuée par : _____		<input type="checkbox"/> milieu urbain , autre _____ <input type="checkbox"/> milieu rural	
Type de séance évaluée : (cochez la mention correspondante)  <input type="checkbox"/> Centre pédiatrique <input type="checkbox"/> Centre de PMI <input type="checkbox"/> Séance de vaccination fixe <input type="checkbox"/> Centre prénatal <input type="checkbox"/> Séance de vaccination en poste avancé <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)			
Le jour de l'évaluation, utilisez la liste de contrôle suivante pour vérifier si tous les préparatifs ont bien été réalisés			
		Oui	Non
1. On utilise le matériel de la chaîne du froid de telle façon à garantir la conservation des vaccins entre 0° et 8°C		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les vaccins sont accessibles à tous les agents de santé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les vaccins suivants sont disponibles aujourd'hui :			
a. BCG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. V Polio oral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. DTC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. VAR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. VAT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. fièvre jaune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il y a suffisamment de questionnaires pour tous les enfants et toutes les femmes qui seront interrogés aujourd'hui		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les éventuels enquêteurs supplémentaires savent mener des entretiens et remplir les questionnaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le superviseur a expliqué aux agents de santé la signification de l'évaluation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Observations</b> (sur les préparatifs de l'évaluation ou sur les conditions existant au centre de santé) : Organisation des séances de vaccination Matinée                      Après-midi  _____ _____			



## Appendice G

**Identifier les occasions de vaccination manquées**  
**Questionnaire concernant les femmes (adapté OMS, 1991)**

Établissement sanitaire _____		Date _____	No. de l'entretien _____																																														
<p>1. Quel âge avez-vous?</p> <p>Âge : _____ ans <i>Si la femme a entre 14 et 49 ans, passez à la question 2.</i>  <i>Si la femme a moins de 14 ans ou plus de 49 ans, ne poursuivez pas l'entretien et remerciez-la de sa coopération.</i></p>																																																	
<p>2. Avez-vous votre propre fiche de vaccination? _____ Oui _____ Non <i>Si oui, passez à la question 4A.</i>  <i>Si non, passez à la question 3.</i></p>																																																	
<p>3. Vos vaccinations figurent-elles sur la fiche de votre enfant? _____ Oui _____ Non <i>Si oui, passez à la question 4A.</i>  <i>Si non, passez à la question 4B.</i></p>																																																	
<p>4A Puis-je voir la fiche s'il vous plaît? (<i>Recopier les dates des vaccinations qui y figurent dans l'espace réservé ci-après</i>)</p>																																																	
<p>4B Combien de fois avez-vous été vaccinée contre le tétanos? Quand avez-vous reçu les différentes doses?  <i>(Cochez chacune des doses que la femme dit avoir reçues et enregistrez les dates approximatives dans l'espace réservé ci-dessous)</i></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vaccins</th> <th colspan="3">S'il y a une fiche, enregistrez :</th> <th rowspan="2">S'il n'y a pas de fiche, enregistrez Les doses que l'enfant aurait reçues et les dates approximatives</th> <th rowspan="2">Intervalle minimal recommandé</th> <th rowspan="2">Doses omisées aujourd'hui</th> </tr> <tr> <th>Jour</th> <th>Mois</th> <th>Année</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VAT 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>premier contact</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VAT 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4 semaines</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VAT 3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>12 mois</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VAT 4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>12 mois</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VAT 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>12 mois</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Vaccins	S'il y a une fiche, enregistrez :			S'il n'y a pas de fiche, enregistrez Les doses que l'enfant aurait reçues et les dates approximatives	Intervalle minimal recommandé	Doses omisées aujourd'hui	Jour	Mois	Année	VAT 1					premier contact		VAT 2					4 semaines		VAT 3					12 mois		VAT 4					12 mois		VAT 5					12 mois	
Vaccins	S'il y a une fiche, enregistrez :			S'il n'y a pas de fiche, enregistrez Les doses que l'enfant aurait reçues et les dates approximatives		Intervalle minimal recommandé	Doses omisées aujourd'hui																																										
	Jour	Mois	Année																																														
VAT 1					premier contact																																												
VAT 2					4 semaines																																												
VAT 3					12 mois																																												
VAT 4					12 mois																																												
VAT 5					12 mois																																												
<p>5. Décision : Cette femme a-t-elle bien reçu la dose de VAT qu'elle devait recevoir aujourd'hui?</p> <p>Si oui, passez à la question 8, et cochez la case Non, signifiant qu'il n'y a pas eu d'occasion manquée.  Si Non. Passez à la question 6.</p>																																																	
<p>6. L'agent de santé vous a-t-il proposé de vous vacciner contre le tétanos aujourd'hui?</p> <p><i>Si Oui, passez à la question 7.</i>  <i>Si Non, passez à la question 8, et cochez la case Oui, signifiant qu'il y a eu une occasion manquée.</i>  <i>Notez les remarques que cette femme peut faire à propos du fait qu'on ne lui a pas proposé de la vacciner.</i>  REMARQUE : _____</p>																																																	
<p>7. Avez-vous refusé cette vaccination lorsqu'on vous l'a proposé?</p> <p><i>Si Oui, passez à la question 8, et cochez la case Non, signifiant qu'il n'y a pas eu d'occasion manquée.</i>  <i>Si Non, passez à la question 8, et cochez la case Oui, signifiant qu'il y a eu une occasion manquée.</i></p>																																																	
<p>8. Y a-t-il eu une occasion manquée</p> <p><i>Si Oui, demandez à la femme de retourner voir l'agent de santé pour qu'il la vaccine.</i></p>																																																	
<p><b>Répondez aux questions que vos interlocuteurs pourraient vous poser sur les vaccinations. Remerciez-les de leur coopération.</b></p>																																																	

## Appendice H

### Grille d'observation des pratiques du personnel soignant

- N° de l'observation.....
- Nom de l'observateur.....
- Date de l'observation.....
- Poste de travail observé.....
- Date de l'observation.....

- Directives :**
1. Cette grille d'observation est destinée à vérifier lors des consultations et des prestations de soins, l'existence de comportements d'intégration de la vaccination dans les soins.
  2. L'observation se fait lorsqu'il s'agit d'une femme en âge de procréer ou d'un enfant de 0 à 7 ans.
  3. Chaque item coché «Oui » est affecté de la note cinq (5).
  4. Chaque item coché «Non » est affecté de la note zéro (0)
  5. L'observation coche le comportement observé.

Comportements			
Critères d'observation de l'application des quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins	Oui	Non	Score
Lors de la consultation, de la prestation de soin à la base de santé de Bouaké, le personnel soignant :			
1. Demande le carnet de santé du client ou tout autre document d'enregistrement ou la date approximative de la vaccination .....	.....	.....	.....
2. Vérifie les dates de vaccination.....	.....	.....	.....
3. Indique au client la date de la prochaine vaccination. Si celui-ci est à jour, il le félicite.....	.....	.....	.....
4. Oriente le client à la vaccination si celui-ci n'est pas à jour, ou en cas d'incertitude sur le statut vaccinal.. .....	.....	.....	.....
<b>Total.....</b>			.....



2. C'est une substance médicamenteuse spécifique (dose d'anticorps) qui, introduite dans l'organisme lui confère une immunité passive, de courte durée (3 à 4 semaines). Cette définition se rapporte à :
- A. La vaccination
  - B. Le sérum
  - C. Le programme élargi de vaccination
  - D. Le vaccin
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
3. L'état de résistance naturelle ou artificielle à une maladie. Cet état peut être acquis des suites d'une maladie. Il s'agit de :
- A. La vaccination
  - B. La sérologie
  - C. L'immunité
  - D. Le sérum
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
4. L'apport d'un antigène dans l'organisme dans le but de provoquer une réponse immunitaire spécifique à une maladie grâce à la formation d'anticorps.
- A. La vaccination
  - B. Le sérum
  - C. Le vaccin
  - D. La sérologie
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
5. C'est une substance médicamenteuse spécifique (antigène) qui introduite dans l'organisme détermine un état de résistance (immunité) à une maladie donnée. Cette immunité est dite active, artificielle et de longue durée. Il s'agit de :
- A. La vaccination
  - B. Le sérum
  - C. Le vaccin
  - D. La sérologie
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
6. La population cible du PEV se compose de :
- A. uniquement les enfants de 0 à 11 mois
  - B. les enfants de 0 à 11 mois et les femmes en âge de procréer
  - C. les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes
  - D. toute la population
  - E. Toutes ces réponses sont fausses

7. Le vaccin BCG est indiqué chez :

- A. les enfants de 3 mois uniquement
- B. tout enfant dès la naissance
- C. les femmes enceintes et les enfants
- D. les femmes enceintes uniquement
- E. Toutes ces réponses sont fausses

8. La vaccination au BCG commence :

- A. seulement à 3 mois
- B. à la naissance
- C. seulement à 6 semaines
- D. seulement à 10 semaines
- E. Toutes ces réponses sont fausses

9. La vaccination au DTCoq polio commence

- A. à la naissance
- B. à 6 semaines
- C. à 3 mois seulement
- D. à 4 semaines
- E. Toutes ces réponses sont fausses

10. La vaccination contre la rougeole commence

- A. obligatoirement à 6 mois
- B. seulement à 12 mois
- C. à 9 mois
- D. à 10 semaines
- E. Toutes ces réponses sont fausses

11. Dans le cadre de PEV, le vaccin antitétanique non combiné avec le DTCoq s'adresse à :

- A. toute la population active exposée au tétanos
- B. uniquement aux femmes enceintes
- C. aux femmes enceintes et aux enfants de 0 à 11 mois
- D. aux femmes en âge de procréer
- E. Toutes ces réponses sont fausses

12. La série de la vaccination antitétanique chez la femme en âge de procréer comporte :
- A. cinq doses dont les deux premières sont espacées de 4 semaines et les trois suivantes à chaque 12 mois d'intervalle
  - B. deux injections espacées de 4 semaines d'intervalle
  - C. trois injections espacées de 4 semaines d'intervalle
  - D. une seule injection protège la femme pour toute sa vie de procréation
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
13. La vaccination contre la rougeole commence
- A. obligatoirement un rappel un an après la troisième injection
  - B. trois injections à 4 semaines d'intervalle
  - C. un premier rappel à 16 mois
  - D. un deuxième rappel à 6-7 ans
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
14. La vaccination contre la fièvre jaune se fait
- A. obligatoirement à 6 mois
  - B. uniquement à 12 mois
  - C. en association simultanée avec la rougeole à 9 mois
  - D. à 14 semaines
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
15. En cas de rattrapage de vaccinations oubliées
- A. toutes les associations simultanées sont possibles
  - B. ne jamais associer plus de 5 antigènes
  - C. recommencer à zéro toutes les vaccinations
  - D. ne jamais faire d'association simultanée
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
16. Il faut toujours s'abstenir de vacciner en cas de
- A. maladie d'allure bénigne
  - B. convalescence avec prise d'antibiotiques
  - C. diarrhée ou candidose buccale non traitée
  - D. histoire familiale de réactions défavorables à la vaccination sans relation avec une immunosuppression
  - E. Toutes ces réponses sont fausses

17. Compte tenu des gros risques que font courir les maladies-cibles du PEV dans le pays en développement, la seule contre-indication formelle recommandée par l'OMS en cas de SIDA clinique (symptomatique) est

- A. le DTC Coq
- B. le BCG
- C. le vaccin polio oral
- D. le vaccin anti-rougeoleux
- E. le vaccin anti-tétanique

18. Une contre-indication temporaire à toute vaccination doit être observée en cas de :

- A. grossesse
- B. pleurs incessants et crises aiguës de l'enfant
- C. fièvre à 38<sup>0</sup>
- D. fièvre supérieure ou égale à 39<sup>0</sup>
- E. Toutes ces réponses sont fausses

19. La chaîne de froid pour la préservation de l'efficacité du vaccin doit être observée :

- A. seulement lors du transport
- B. seulement pendant la séance de vaccination
- C. seulement de la pharmacie du service au bras du client
- D. depuis l'usine de fabrication au bras du client
- E. Toutes ces réponses sont fausses

20. Outre le BCG, la dose unitaire à administrer pour chaque vaccin du PEV est :

- A. 1 ml
- B. 0,5 ml
- C. 5 ml
- D. 0,1 ml
- E. Toutes ces réponses sont fausses

21. Le BCG s'administre en

- A. une seule injection sous-cutanée
- B. une seule injection intradermique
- C. une injection intramusculaire profonde
- D. trois injections intradermiques espacées de 4 semaines
- E. Toutes ces réponses sont fausses

22. La dose unitaire pour la vaccination au BCG est de :
- A. 0,05 ml de 0 à 11 mois et 0,1 ml après l'âge d'un an
  - B. 0,5 ml de 0 à 11 mois et 1 ml après l'âge d'un an
  - C. 0,005 ml de 0 à 11 mois et 0,05 ml après l'âge d'un an
  - D. 0,05 ml de 0 à 11 mois et 0,05 ml après l'âge d'un an
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
23. Les vaccins vivants atténués sont en général
- A. à conserver au congélateur (freezer)
  - B. à conserver entre 0 et 8 degrés
  - C. n'importe où dans le réfrigérateur
  - D. à conserver en tout temps dans une glacière
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
24. Un enfant qui à l'âge de 9 mois a reçu une dose de BCG, 3 doses de DTC, une dose d'antirougeoleux et une dose d'anti-amaril est dit :
- A. immunisé
  - B. en retard pour ses prochaines vaccinations
  - C. occasion de vaccination manquée
  - D. complètement vacciné pour son âge
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
25. Un enfant vacciné chez qui l'examen sérologique (de sang) montre la présence d'anticorps contre les maladies cibles du P.E.V. est dit :
- A. immunisé
  - B. sujet à risque
  - C. immuno-déficient
  - D. immuno-déprimé
  - E. Toutes ces réponses sont fausses
26. La meilleure façon de prévenir la fréquence des occasions de vaccinations manquées est de
- A. réunir un maximum de femmes et d'enfants avant d'offrir la vaccination
  - B. organiser trois séances de vaccination par semaine
  - C. vacciner seulement les avant-midi
  - D. proposer la vaccination à chaque contact du client avec le personnel soignant
  - E. Toutes ces réponses sont fausses

## **Appendice J**

### **Programme de formation du personnel soignant à l'intégration de la vaccination dans la prestation des soins de santé primaires**

#### **But de la formation**

Le but de la formation est de développer chez le personnel soignant de la FSU de Koko les habiletés requises pour une pratique intégrant la vaccination dans les prestations de soins.

#### **Critères d'admission du personnel**

- Être un personnel soignant intervenant dans le processus de soin (médecin, infirmier, sage-femme, agent technique de santé, garçon et fille de salle), et ayant au moins le certificat d'études primaires.
- Être en fonction dans le service qui fait l'objet de l'étude.

#### **Objectifs généraux**

A la fin du séminaire, le personnel soignant doit être capable de :

1. Comprendre les principes généraux de l'immunisation ;
2. Appréhender le Programme élargi de vaccination ;
3. Comprendre le concept d'occasion de vaccination manquée ;
4. Comprendre les principes et les règles de l'intégration de la vaccination dans les soins ;
5. Répondre aux besoins des clients dans le cadre du P.E.V.

### Objectifs spécifiques

1. Expliquer les principes généraux de l'immunisation.
2. Identifier la population cible du PEV en Côte d'Ivoire.
3. Décrire le calendrier des vaccinations du PEV en Côte d'Ivoire.
4. Citer les indications et contre-indications des vaccins du PEV.
5. Citer la dose et le mode d'administration de chaque vaccin du PEV en Côte d'Ivoire.
6. Décrire les conditions de conservation des différents vaccins du PEV.
7. Énoncer la définition du concept *occasion de vaccination manquée*.
8. Citer au moins quatre exemples concrets d'occasions de vaccination manquées dans son milieu de travail.
9. Décrire les quatre séquences du processus de l'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires.
10. Énoncer les trois étapes du cycle de la prévention de la fréquence des occasions de vaccination manquées.
11. Décrire les quatre règles de l'intégration de la vaccination dans les soins.

### Structure de formation

La formation comporte un bloc d'enseignement théorique de 15 heures. Le personnel soignant étant en activité, cette formation s'est déroulée les après-midi où le service reçoit peu de clients. Elle s'est étendue sur cinq jours allant du lundi au vendredi, à raison de trois heures par jour, de 15 heures à 18 heures. Un cocktail de clôture a mis fin au séminaire.

## **Contenu de la Formation**

### **Module I : Le Programme Elargi de Vaccination (PEV)**

Chapitre I Généralités en immunologie

Chapitre II La politique du PEV en Côte d'Ivoire

Chapitre III Les vaccins du PEV en Côte d'Ivoire

### **MODULE II : Les occasions de vaccination manquées dans les services de soins**

Chapitre I Définitions

Chapitre II Prévalence des occasions de vaccination manquées

Chapitre III Facteurs favorisants

### **MODULE III : La prévention des occasions de vaccination manquées dans les services de soins**

Chapitre I Le programme d'intégration de la vaccination dans les soins

Chapitre II le modèle de prévention des occasion de vaccination manquées  
dans les services de soins

Chapitre III Le plan d'implantation du programme

## Appendice K

KOFFI Kan  
Candidat Maître ès sciences  
(Master's Degree), sciences infirmières  
Université de Montréal

03 BP 503 Bouaké 03  
Côte d'Ivoire  
Téléphone (domicile): (225) 46 08 91  
(225) 63 13 38

À  
Monsieur le Ministre de la Santé Publique

**Objet :** Demande d'autorisation d'effectuer une étude

Monsieur le ministre,

En vue de la réalisation d'un projet de recherche qui s'inscrit dans le plan d'action 1998 de la Direction exécutive du Programme élargi de vaccination (PEV), il me revient l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance, l'autorisation d'effectuer l'étude intitulée: *Efficacité d'un programme d'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires, sur la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées à la Formation Sanitaire Urbaine de Koko, District sanitaire de Bouaké.*

En effet, je suis attributaire d'une bourse d'excellence de la Francophonie / ACIDI, qui s'inscrit dans le cadre de la formation des professeurs de l'INFAS en Côte d'Ivoire (Lettre N°2807/MSP/DRH/SDFC du 09 août 96). Pour ma formation au grade de Maître ès sciences (sciences infirmières), compte tenu des objectifs de l'ACIDI qui visent la conformité de domaines d'étude de boursiers aux priorités nationales de développement, j'ai choisi de mener une recherche opérationnelle sur l'intégration du PEV dans le Paquet minimum d'activités. Il s'agit d'étudier la contribution de la gestion des soins, à partir d'une conception infirmière, à l'efficacité des programmes de santé et à l'efficience des prestations du personnel soignant, notamment dans l'application du PEV, dans un contexte de pratique interdisciplinaire.

L'étude s'effectuera sur une période de trois mois allant du 1<sup>er</sup> octobre 1998 au 31 décembre 1998. Trouvez ci-joint le devis du projet.

Tout en espérant que l'intérêt du projet rencontre les attentes du Programme d'action national pour la survie, le développement et la protection des enfants et des femmes, Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

Koffi Kan

Pièce jointe : Devis du projet.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

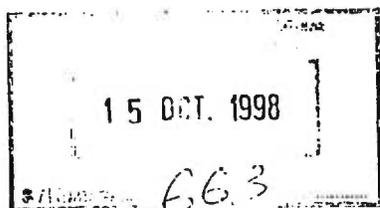
REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL

LE MINISTRE

Abidjan, le 15 OCT. 1998

Réf. à rappeler

N° 82348 MSP/DEPEV



## AUTORISATION

Dans le cadre du plan d'action 1998 de la Direction Exécutive du Programme Elargi de Vaccination, une autorisation pour la conduite d'une étude sur « l'efficacité d'un programme d'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires, sur la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées dans les services de soins à Bouaké » est accordée à M. KOFFI Kan, Candidat Maître ès sciences à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal au Canada.

M. KOFFI Kan est attributaire d'une bourse de la Francophonie financée par l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI). En complément du financement de l'ACDI qui assure les frais de voyage, d'étude de M. KOFFI Kan, la Direction Exécutive du PEV finance les besoins de l'étude sur le terrain à concurrence de 2.735.350 F CFA. L'étude qui durera du 1<sup>er</sup> au 31 Décembre 1998 a été approuvée par un comité de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et respecte les règles d'éthique en vigueur.

Une amélioration de l'efficacité du PEV et de l'efficience des prestations du personnel soignant est attendue dans la structure qui fait l'objet de l'étude.



Pr Maurice KAKOU GUIKAHUE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION  
DIRECTION EXECUTIVE  
LE DIRECTEUR EXECUTIF

xxxii  
REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union - Discipline - Travail  
-----

000262 /MSP/DEPEV

Abidjan, le 16 OCT. 1998

Au  
Docteur ZAHUI Honoré  
Directeur Départemental  
de la Santé  
BOUAKE

Objet : Autorisation de  
Monsieur KOFFI Kan

Monsieur,

Dans le cadre du plan d'action 1998 de la Direction Exécutive du Programme Elargi de Vaccination, j'ai l'honneur de vous transmettre une copie de l'autorisation accordée par le Ministre de la Santé Publique à Monsieur KOFFI Kan, Candidat Maître ès Sciences à la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal au Canada ; pour la conduite d'une étude sur « l'Efficacité d'un Programme d'Intégration de la Vaccination dans les Soins de Santé Primaires, sur la réduction de la fréquence des occasions de vaccination manquées dans les services de soins à Bouaké ».

Compte tenu de l'importance cette activité, je vous prie de bien vouloir prendre toutes les dispositions utiles pour en assurer le meilleur succès.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Exécutif P. J.

  
Dr KOFFI David



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION  
DIRECTION EXECUTIVE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL

LE DIRECTEUR EXECUTIF

000263 /MSP/DE PEV

Abidjan, le 16 OCT. 1998

**ORDRE DE MISSION**

Le Directeur Exécutif du PEV

Donne l'ordre à : KOFFI Kan  
En service à : DEPEV  
De se rendre à : Bouaké (Direction Départementale de la Santé)  
Objet de la mission : Réalisation d'un projet de recherche sur l'intégration  
de la vaccination dans les soins  
Véhicule : D 54 168  
Date de départ : 19/10/98  
Date de retour : 28/12/98  
Imputation budgétaire : DE PEV

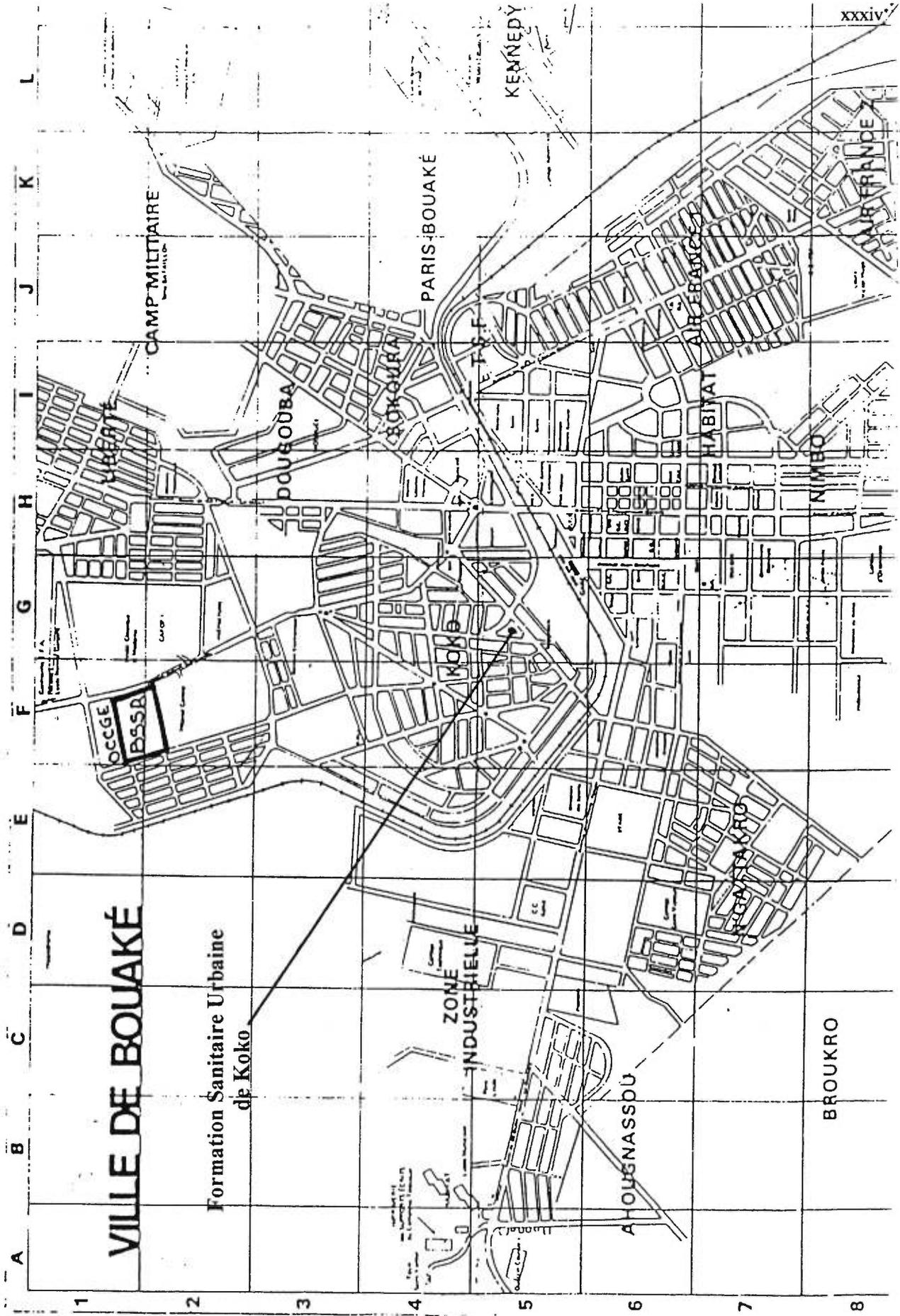
**AMPLIATIONS :**

Chrono 1  
Intéressé 1

Le Directeur Exécutif P.L.  
*Dr KOFFI David*  
Dr KOFFI David



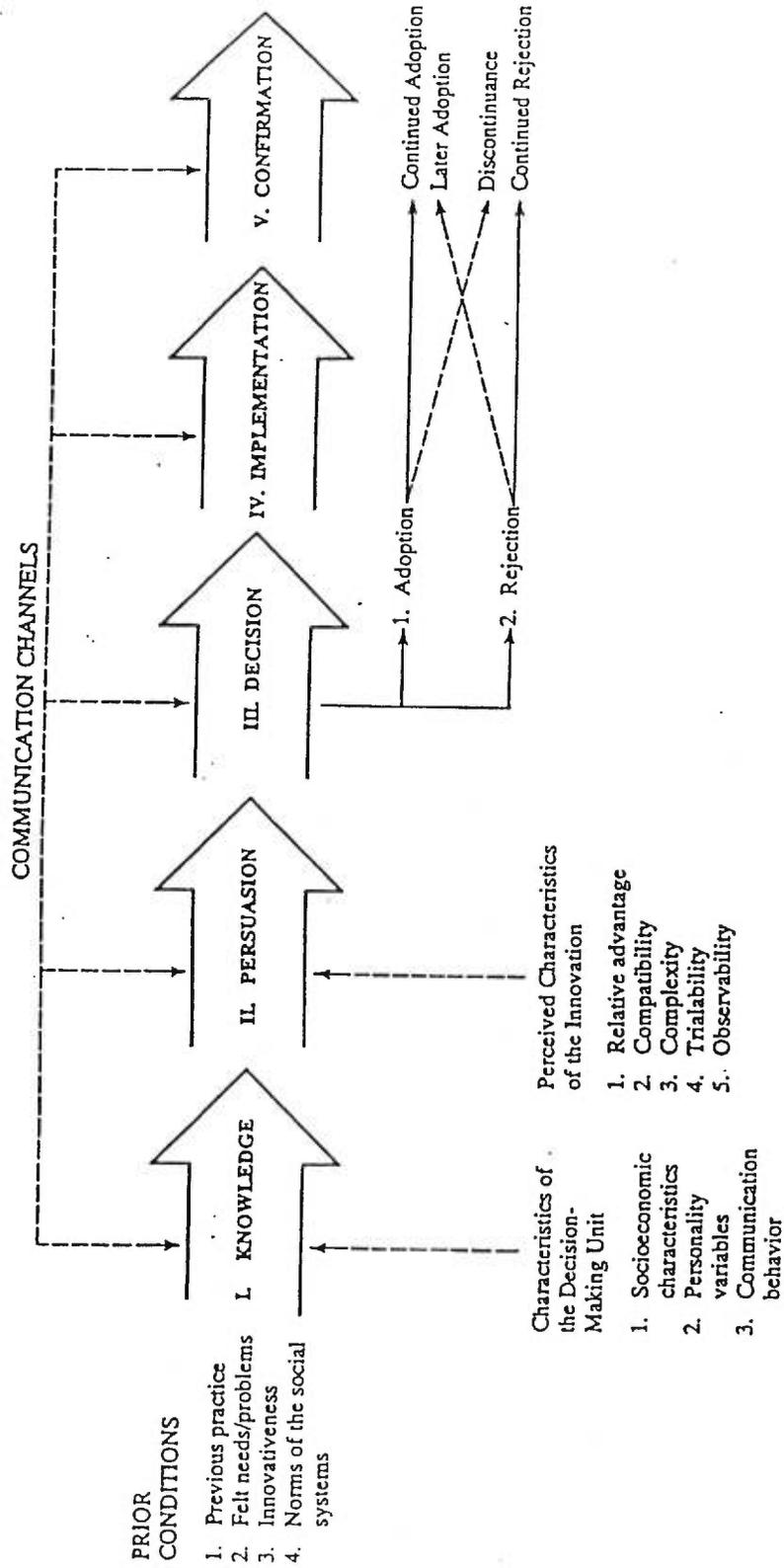
Appendice M



## Appendice N

### Le Modèle des stades de l'innovation-décision de E. Mitchell Rogers (1995)

Figure 5-1. A Model of Stages in the Innovation-Decision Process



The *innovation-decision process* is the process through which an individual (or other decision-making unit) passes from first knowledge of an innovation, to forming an attitude toward the innovation, to a decision to adopt or reject, to implementation of the new idea, and to confirmation of this decision.

## Appendice O

### Liste des définitions de la sémantique infirmière selon la conception de *l'être humain unitaire* (Rogers, 1970; 1988; 1994d)

**La sémantique infirmière** : l'étude scientifique du sens des termes et concepts utilisés en soins infirmiers.

**Les soins infirmiers** : une discipline scientifique; un art et une science.

**La profession infirmière**: une profession savante qui s'apprend à travers la science infirmière et l'art infirmier.

**La science infirmière**: un corps organisé de connaissances abstraites constituées à partir de recherches scientifiques et d'analyses logiques. Une synthèse de faits et d'idées. Un nouveau produit; une science en émergence.

**L'art infirmier**: utilisation imaginative et créatrice des connaissances professionnelles dans le service d'aide à la personne.

**Un système conceptuel**: une abstraction, une représentation de l'univers ou d'une réalité, à partir d'un ensemble de concepts inter - reliés.

**Le système conceptuel des soins infirmiers**: la représentation structurale, une abstraction de la discipline infirmière.

**Les principes de l'hémodynamique**: les principes de base de la science infirmière.

Des généralisations de relations qui expliquent le fonctionnement à l'intérieur du système conceptuel des soins infirmiers

**Le principe de l'hélicité**: Patterns continus, innovateurs, probabilistes, de diversité croissante du champ d'énergie personne-environnement, caractérisés par une rythmicité non répétitive.

**Le principe de la résonance:** changement continu de patterns de basse fréquence  
versus haute fréquence dans les champs personne et environnement

**Le principe de l'intégralité:** processus simultanés, réciproque, continu et mutuel  
des champs personne et environnement.

**L'homéokinésie:** une infinité d'interrelations dynamiques et cycliques qui forment  
un tout dans leur ensemble et établissent le pattern et l'organisation du  
processus de la vie de l'être humain.

**Le pattern:** La caractéristique distinctive d'un champ d'énergie perçue comme  
une onde libre. Une abstraction qui donne une identité à la manifestation  
(configuration) du champ d'énergie personne - environnement.

**Le champ d'énergie:** l'unité fondamentale de tout système, vivant et non vivant.

Le champ est un concept unificateur et l'énergie traduit la nature dynamique  
du champ; les champs d'énergie sont infinis.

**L'être humain unitaire (champ humain) :** un champ d'énergie irréductible,  
pandimensionnel, qui s'identifie par le pattern et manifeste des caractéristiques  
qui sont spécifiques au tout et qui ne peuvent être prédits à partir de la  
connaissance de ses parties.

**Environnement (champ environnemental) :** un champ d'énergie pandimensionnel  
qui s'identifie par le pattern et est intégral avec le champ humain.

**La personne:** l'individu ou l'être social, la famille, le groupe, la communauté.