

Revue de l'INPFP



INPFP

Editorial

La mise en place, la structuration et le développement de la recherche clinique paramédicale constituent un objectif majeur faisant partie intégrante de notre triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

Je suis fière que cette revue voit le jour. Elle est dédiée à la recherche paramédicale et surtout à la formation continue, aux échanges entre professionnels et partage des expériences et connaissances.

J'ai rencontré au cours de ma formation des hommes et des femmes qui m'ont beaucoup apporté, ils étaient aides-soignants et agents de salle, ils m'ont transmis un savoir précieux. Ils ne sont plus de ce monde, mais ce qu'ils ont laissé derrière eux, leur rend le plus bel hommage.

Le médecin et le progrès de médecine est directement dépendant du personnel paramédical qui à son tour doit suivre les avancées de la médecine et s'améliorer en permanence et valoriser ce qu'il accomplit. Chacun de nous peut être maître dans son métier.

Prenons la peine de lire, écrire, nous concerter et exposer les problèmes qui se posent à nous.

La formation continue est incontournable et le respect que nous doivent les collègues, les médecins et la société ne peut que suivre.

"L'humanisation des hôpitaux, prônée par les paramédicaux, fait appel également et inéluctablement à leurs compétences : relationnelles, éducatives et techniques" Monsieur Ahmed MEBARKI Ex-Sous-directeur des activités paramédicales CHU de Bab-el-Oued.

Sachez que je suis profondément convaincue que vous allez vous améliorer la médecine en Algérie.



Revue de l'inpfp
N° 2



Professeur KALEM Kheira
Présidente du conseil scientifique
de l'INPFP.

Le Projet de soin



ELBIR BOUSSAD.
Chef de Département
Documentation et
Recherche INPPF.

I. Définition :

Le mot projet provient :

Du mot latin <<projicer>>

<<jeter quelque chose vers l'avant>>

Le préfix pro- signifie qui précède dans le temps et le radical jaser signifie <<jeter>>

Application au domaine infirmier :

Selon le dictionnaire des soins infirmiers (Magnon R.Dechanos , G.Amiec 1995)

Le projet est individualisé en lien avec la démarche de soins. La planification des soins est l'étape d'élaboration du projet de soins.

Opération qui consiste à choisir quelles actions vont être mises en place, comment et avec quels moyens. il s'agit de proposer au patient une stratégie d'accompagnement de son problème de santé afin de lui procurer un bénéfice en terme d'amélioration de son état de santé ou de résolution des problèmes recensés .

Le projet de soins prend en compte l'ensemble des problèmes de santé de la personne.

II. Cadre réglementaire :

Article 41 du décret exécutif n°11-121 mars 2011 stipule que les infirmiers de santé publique sont chargés d'établir le projet de soins, de planifier les activités y afférentes, de tenir à jour le dossier du patient.

III. Concepts clés :

Projet – soins – personnes à soigner – qualité des soins – planification – collaboration pluri-professionnelles.

IV. Définition de quelques concepts :

Projet d'établissement :

Ensemble des orientations stratégiques d'un établissement ou d'une institution de santé, déclinées dans un plan d'action. Ce projet définit notamment sur la base du projet médical, et des soins infirmiers, de la recherche, biomédicale et des sciences paramédicales, de la gestion, et du système d'information.

Il comprend un projet social.

-

Projet de soins infirmiers (projet de service) :

Plan d'action élaboré par une équipe soignante avec la collaboration du patient et/ou de sa famille.

Qualité du soin :

Caractéristique des soins infirmier qui répondent aux critères de sécurité, d'efficacité, d'utilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et d'efficience.

Sécurité du soin et du patient :

La qualité et la sécurité des soins regroupent l'ensemble des démarches et des actions qui permettent d'assurer le niveau de qualité étendue au regard de bonnes pratiques, reconnues compte tenu des connaissances et la gestion des risques pour éviter les conséquences non voulues au cours de la prise en charge du patient.

soin :

Action ou ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou pour soigner autrui. La valeur fondatrice du soin et le respect de l'autre ; mais aussi, la tolérance, l'intégrité, la responsabilité, la solidarité.

soins infirmiers :

Ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins infirmiers. Ils contribuent à répondre aux besoins de santé d'une personne et / ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier.

V. pourquoi un projet de soins ?

La contribution infirmière à la prise en charge du patient se traduit par un projet de soins infirmier.

- le projet de soin du patient va rassembler l'équipe vers un même but et développer une culture commune. La collaboration pluri-professionnelle est impérative. Chaque soignant doit s'investir dans ce projet et créer une dynamique réflexive commune et une collaboration des différents partenaires qui permettent de penser le soin.
- le projet de soin est également un élément motivationnel pour les soignants.
- en ayant un but à atteindre avec des objectifs posés, réfléchis, les soignants seront motivés et auront envie d'agir et de s'impliquer.
- cette motivation et cette implication seront profitables pour le soin et le patient et aboutiront à renforcer l'estime de soi du soignant.
- les soignants vont se sentir valorisés que les projets réussissent, ils ont un sentiment d'utilité.
- lorsque les objectifs de soin, sont clairement posés et définis par le projet de soin, les soignants parviennent à y prendre part activement en s'engageant psychologiquement.
- de plus, quand les soignants ont la possibilité de prendre une place en tant que référent des patients, ils vont pouvoir mettre en exergue les relations humaines avec les familles, les médecins et les multiples partenaires qui gravitent autour du patient. Ceci participe à mettre du sens dans les pratiques et permet que leur implication dans le travail soit reconnue.
- en fin, le management par le cadre major constitue un levier dans la construction et le développement et la conduite du projet.

VI. Critère à respecter :

le projet de soins individualisé repose sur certains critères que l'équipe soignante est tenue de respecter :

- le respect de la dignité du patient, de son intégrité, de sa vie privée et de sa sécurité.
- son accompagnement de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion adaptée à son âge et à ses besoins.
- la confidentialité des informations.
- le consentement éclairé.
- une information sur ses droits fondamentaux.
- la participation directe et /ou avec sa famille à la conception et à la mise en œuvre du projet.
- la continuité des soins.
- la traçabilité des soins réalisés avec des supports physiques ou informatisés.

V II. Structure d'un projet de soins infirmier :

Le projet de soin représente la planification des soins c'est-à-dire ce qui va être mis en place, comment et avec quels moyens. La planification des soins consiste à concevoir la stratégie de soins qui sera proposée au patient, afin d'apporter une amélioration de son état de santé, de résoudre les problèmes posés. Ainsi le projet de soins communique à l'équipe soignante les problèmes hiérarchisés du patient, les objectifs poursuivis, les interventions prévues pour orienter et évaluer les soins infirmiers.

La planification des soins est composée de 04 étapes :

1- la formulation d'objectifs : qui exprime la capacité souhaitable à atteindre, dès lors qu'il s'agit d'un diagnostic infirmier.

2- la formulation des buts de soin : pour les problèmes à résoudre par l'équipe soignante.

3- choix des interventions de soins : ceux-ci sont nécessaires pour atteindre les objectifs et but fixés.

4- la détermination des critères d'évaluation :

- la formulation des objectifs et des buts de soins.
 - il est important de différencier ce qui relève de l'équipe de soin et ce qui relève de la personne soignée.
- Le but visant à résoudre un problème de santé est formulé de façon à identifier ce qui doit être poursuivi par les soins dispensés : « préserver une peau saine au niveau de la région sacrée »

Il s'agit de formuler un but de soins infirmiers mettant en évidence les responsabilités infirmières :

Observer la personne

Déceler une complication

Évaluer les actions de la personne

Appliquer un protocole de soin, etc.

L'objectif d'un diagnostic infirmier relève de la personne soignée (malade).

La formulation met en évidence, l'implication de la personne.

Elle précise la façon d'obtenir des résultats favorables : « la personne sera capable d'améliorer son état de santé en »

Sera amener a collaboré.

le terme capable de « signifie que la personne dispose des ressources et des moyens pour parvenir a l'objectif, être capable sous-entend qu'elle utilisera ses ressources pour.....

Exemple : MX. Parviendra à boire 01 litre d'eau par jour d'ici deux jours.

- la formulation de l'objectif nécessite l'utilisation de verbe d'action :
 - * en lien avec les opérations intellectuelles : exemple ; nommer des facteurs de risque, identifier les signes d'alerte.
 - * en lien avec les opérations affectives et cognitives : exprimer son ressenti, verbaliser son angoisse, faire part de son intérêt, énoncer ses connaissances....
 - * en lien avec des opérations motrices : exemple se lever, effectuer un pas...

Le critère de l'objectif doit être :

== mesurable, il précise l'évolution attendue

== précis, il indique avec précision ce que le patient doit faire, doit apprendre.

== réalisable, il est atteignable par le patient et peut être atteint dans un délai imparti en cohérence avec la durée d'hospitalisation

== avec une échéance qui détermine le délai imparti qui peut être à court ; moyen ou long terme.

== évolutif, c'est en fonction des progrès et de l'amélioration de l'état de santé du patient que l'objectif évolue et donne naissance à la formulation d'un nouvel objectif.

== le choix des interventions de soin ou actions.

Les interventions que l'infirmier propose au patient sont en lien avec les différentes dimensions du soin : curatives, préventives, de maintenance, éducatives, de réadaptation. Ces actions sont réalisées soit :

- dans le cadre du rôle propre.
- dans le cadre du rôle prescrit
- en collaboration
- et en interprofessionnel.

Les interventions du rôle propre, vont de la suppléance totale ou partielle d'une personne à des marques d'encouragement ou de soutien pour l'accompagner dans sa participation aux soins, à l'enseignement de la personne et de la famille ou à la formulation de recommandations.

* les interventions relèvent du rôle prescrit. Il s'agit des actions nécessaires pour appliquer une prescription.

* l'ensemble de ses actions assure une prise en charge holistique du patient.

VIII. Définir des critères d'évaluation :

Les critères doivent intégrer :

- des éléments à observer et à mesurer pour évaluer le progrès du patient.
- des indicateurs qui permettent d'évaluer objectivement l'évolution de l'état de santé du patient.
- les éléments à comparer pour évaluer l'efficacité des soins.

L'évaluation permet de juger si les objectifs sont atteints en totalité, partiellement, ou non.

- permet de mesurer l'écart entre les résultats escomptés et les résultats obtenus.
- permet de contrôler l'efficacité des actions de soins au vu des résultats obtenus.
- enfin, le réajustement est indispensable si les objectifs sont non atteints partiellement ou totalement.





AOUES Khadidja.
Professeur de PEMP.INSFPM
BLIDA

En prévision de la mise en application du programme de vaccination par les pays africains francophones ; 2018, et dans le cadre du projet de coopération internationale de la communication médicale entre les pays franco-africains et la république populaire de la chine.

Nous avons eu à séjourner pendant trois semaines en république populaire de chine, afin de prendre part à un séminaire qui s'inscrit dans ce projet est organisé officiellement par le ministère du commerce chinois avec la collaboration de l'académie pour les officiels du commerce international (AIBO) et China Sinopharm International

Corporation à pékin, dont l'objectif principal est l'échange mutuel d'expériences dans le domaine de la santé et surtout pour la création d'une plateforme propice aux échanges et à la coopération dans l'industrie pharmaceutique notamment dans le domaine de la vaccination.

Par ailleurs, nous avons eu à participer aux multiples conférences décrivant la situation sanitaire en Chine avant et après la réforme sanitaire car la question de l'accès à la santé et à une médecine de qualité constitue pour les autorités chinoises un enjeu majeur pour réduire les inégalités existantes avant la réforme, Le programme de la vaccination n'a pas échappé à cette réforme, par la mise en œuvre du programme PEV national en 1978 qui comprend 15 nouveaux vaccins, ce dernier a joué un rôle important pour la protection de la santé de la population en contribuant à allonger l'espérance de vie moyenne et à générer d'importants bénéfices socio-économiques, il faut souligner que le vaccin d'hépatite B est entré dans le programme d'état d'immunisation en 2002, tandis que les vaccins contre la méningite à méningocoques, l'encéphalite japonaise ont été déjà intégrés depuis 2007.

Grâce à ce nouveau programme de vaccination appliqué au cours des 30 dernières années, la Chine a pu éradiquer la variole, éliminé la poliomyélite, elle a réduit 300 millions de cas de rougeole, réduit 3 millions de cas d'infection par l'hépatite B.



Un autre facteur incontournable dans ce système de réforme est La convergence internationale de la politique de l'industrie pharmaceutique chinoise, c'est ce que tend à réaliser le groupe Sinopharm qui existe depuis 1919 et qui a atteint à l'échelle internationale

Plus de 120 pays et régions: sociétés Sino-africaine et Sino-latino-américaine avec des clients de tous les pays du monde, considéré comme le principal et plus grand groupe pharmaceutique producteur de vaccins en Chine et en Asie ; Il joue jusqu'à ce jour un rôle important dans la réussite de l'application du programme de vaccination ainsi que la prévention des situations urgentes telles que le SRAS, la grippe H1N1.

Cette société étatique possède une chaîne industrielle de santé complète qui active dans le commerce pharmaceutique principalement par la production biologique de plus de 30 types de vaccins viraux et bactériens, de dérivées sanguins, d'antitoxine, Interféron, d'antibiotique de galeries APIs et de réactifs pour le diagnostic biologique.

Ainsi que la fabrication et installation d'équipements médicaux pour les hôpitaux modernisés: les équipements d'imagerie médicale numérisée (PET scan), les automates

des laboratoires cliniques, incubateur, équipement de puériculture et les consommables médicales.

Les sorties de visite organisées lors du séminaire aux différents instituts de recherche, de production du groupe Sinopharm à Pékin, Shanghai, et à Xi'an, étaient très enrichissantes elles nous ont permis de mieux comprendre l'industrie des produits pharmaceutiques et biologiques chinois, comme nous avons constaté de près l'effort fourni par le gouvernement chinois afin d'assurer la prévention de la population chinoise et même mondiale en luttant contre les maladies à prévention vaccinale.

La qualité et la performance de notre formation accomplie en république populaire de chine ont été d'un apport certain pour la mise en conduite des différents programmes relatifs à la vaccination et la coopération avec les pays africains francophones initié par le gouvernement chinois à l'intention de l'instance internationale, c'est pourquoi nous restons très optimistes quant à l'avenir pour poursuivre cette collaboration entre nos deux pays.

En mon nom et au nom de la délégation Algérienne qui m'accompagne, nous tenons à remercier vivement la partie chinoise pour leur accueil, leur apport scientifique et surtout leur disponibilité, il est évident que cet apport bénéfique n'a été possible que grâce à notre équipe du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière pour la pertinence de ce choix de formation.

**D'après le rapport sur le séminaire
« Programmation de vaccination et la coopération des vaccins
Pour les pays africains francophones .2018 ; En Chine »**

La qualité relationnelle dans la formation paramédicale : une revue de littérature (Cas de l'INPFP).



Waffa Hallil Amalou.
Doctorante à HEC Alger

Résumé :

Dans le présent travail, nous abordons le concept de la qualité relationnelle qui permet l'amélioration de la relation entre le client et la marque. Et ce, en nous basant sur la chaîne relationnelle logique établie par Aurier et Evrard (2001) qui attribue cinq dimensions à la qualité de la relation : qualité perçue, valeur perçue, satisfaction, confiance et engagement. Nous emprunterons donc de la littérature sur le sujet, les échelles de mesures adéquates qui permettront de mesurer chaque dimension de la qualité relationnelle et nous préparerons une piste pour un essai de transposition de ce modèle sur le contexte algérien pour une prochaine étude.

Pour cela, nous avons pris comme exemple de service, la formation paramédicale proposée par l'Institut National Pédagogique en Formation Paramédicale (INPFP).

Mots clés : Qualité relationnelle, qualité perçue, valeur perçue, satisfaction, confiance, engagement, formation.

Relational quality in paramedical training: a literature review. (Case of the INPFP)

Abstract :

In this work, we discuss the concept of relational quality that allows the improvement of the relationship between the customer and the brand. This is based on the logical relational chain established by Aurier and Evrard (2001) who attributes five dimensions to the quality of the relationship: perceived quality, perceived value, satisfaction, trust and commitment. We will therefore borrow from the literature on the subject, the scales of appropriate measures that would measure each dimension of relational quality and we will prepare a track for an attempt to transpose this model on the Algerian context in a future study.

For this, we took as an example of service, the paramedical training offered by the National Pedagogical Institute in Paramedical Training (INPFP).

Key words: Relational quality, perceived quality, perceived value, satisfaction, trust, commitment, training.

Introduction :

Nous vivons dans une société postindustrielle qui se caractérise par le développement des services. La croissance rapide du secteur tertiaire, l'intensification de la concurrence et l'ampleur des investissements engagés dans ce secteur ont conduit les entreprises prestataires de services à rechercher des voies efficaces de différenciation. L'une de ces voies consiste à offrir un service de qualité qui leur permettrait de maintenir des relations étroites, à long terme et mutuellement bénéfiques et satisfaisantes avec leurs clients. Le marketing relationnel est concerné par le développement et le maintien de ces relations étroites entre les individus et les organisations (Wilson, 1995).

Les travaux s'inscrivant dans le paradigme du marketing relationnel reconnaissent, quasiment à l'unanimité, le rôle majeur de la qualité de la relation pour le développement de partenariats solides (Dwyer, Schurr et Oh, 1987 ; Morgan et Hunt, 1994), notamment dans le domaine de la formation où le partage de l'information et l'interactivité entre les deux parties (le client et l'institution) se font d'une manière instantanée et où la bonne relation entre ces dernières est un élément important pour la réussite de la formation.

Nous allons donc aborder la notion de la qualité relationnelle ainsi que ses dimensions, dans un premier temps, puis, dans un second temps, présenter des échelles de mesures permettant de retranscrire le modèle de la chaîne relationnelle logique de Aurier et Evrard (2001) sur le contexte algérien, notamment sur l'Institut National Pédagogique en Formation Paramédicale (INFPF), dans le but de distinguer les éléments les plus importants permettant de pérenniser et d'améliorer la relation entre les formateurs en formation et l'institution.

Revue de littérature

Désormais, la qualité du service est considérée comme une variable principale qui construit la compétitivité de l'entreprise et affecte de façon significative sa relation avec ses clients. En outre, la valeur perçue, la satisfaction, la confiance et l'engagement constituent les autres pierres angulaires de cette relation (Hennig-Thurau et Klee, 1997 ; Aurier et al., 2001). Toutefois, en dépit de quelques décennies d'efforts, la recherche sur le marketing relationnel est considérée comme naissante et dans ses tout premiers stades de développement (Sheth & Parvatiyar, 1995) ; notamment à cause du manque d'accord sur les définitions, les mesures ou les appellations des concepts ; et du chevauchement important dans la signification des construits. Ceci est particulièrement le cas de la qualité de la relation, une variable de résultat qui émerge comme un concept central dans la littérature sur le marketing relationnel.

1. La théorie de la qualité dans les services

Dans le présent travail, nous nous intéresserons davantage à la qualité de la relation dans les services, et ce, en adéquation avec la nature du secteur que nous avons choisi comme cas pratique qui est le secteur de la formation paramédicale en Algérie.

Avant d'aborder la notion de qualité relationnelle, il est nécessaire de présenter celle du service.

1.1. La notion de service

Des auteurs ont tenté de définir le concept de service depuis les années soixante, mais les définitions étaient encore vagues. Parmi toutes ces définitions, la formulation de la notion de service attribuée par

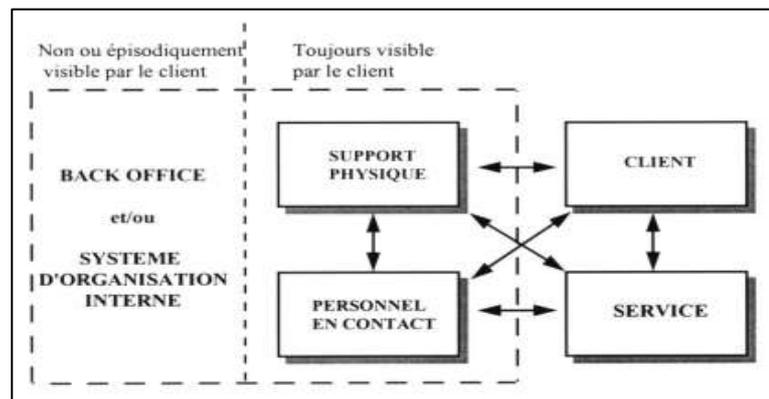
Lejeune (1989) semble être la plus complète ; pour l'auteur, le service est « *une prestation, c'est-à-dire ce qu'une entreprise (ou un spécialiste) conçoit, met au point, propose, vend et fournit à ses clients chaque fois que ce qui est ainsi mis sur le marché, acheté et utilisé est fondamentalement autre qu'un bien matériel dont le client acquerrait la propriété* ».

Dans le but de mieux cerner les problèmes spécifiques à la qualité dans le domaine des services face à la complexité en matière de définition du concept de service, il est nécessaire de présenter le processus de fabrication et de production d'un service : la servuction¹.

Eiglier et Langeard (1987, p.15) présentent la servuction comme : « *l'organisation systématique et cohérente de tous les éléments physiques et humains de l'interface client- entreprise nécessaires à la réalisation d'une prestation de service dont les caractéristiques commerciales et les niveaux de qualité ont été déterminés* ».

Les principaux éléments du système de servuction sont: le client², le personnel en contact, le service, le support physique et le système d'organisation interne comme le montre la figure suivante :

Figure n° 1 : la servuction de l'entreprise de services



Source : Eiglier et Langeard (1987)

Une servuction a aussi une «âme», un climat, une atmosphère très particulière (Aubert, 1992 ; Cova, 1994). Elle constitue l'un des éléments forts de la spécificité de l'entreprise de service car elle concourt aussi à qualifier, matérialiser et identifier précisément le métier de l'entité de service (Munos, 1999).

Le service se distingue aussi par ses spécificités telles que : l'intangibilité, la multidimensionnalité, l'hétérogénéité, la simultanéité de la production et de la consommation, la périssabilité et l'implication du client dans le processus de fabrication.

Le développement des services a donné naissance à la notion de qualité de service.

1.2. La qualité du service

Nées dans l'industrie, les démarches qualité connaissent aujourd'hui un important développement dans les activités de services. En effet, de nombreuses entreprises offrent des services à leur clientèle en mettant en avant l'importance de la qualité de leur offre comme facteur de compétitivité et adoptent des démarches pour l'améliorer (Langeard, 1999) ; la très forte croissance des certifications ISO 9000

¹ Qui peut se traduire par une prestation comme le transport ou une opération de distribution comme la fourniture d'un bien matériel.

² De par sa participation physique, intellectuelle ou affective.

depuis le milieu des années 1990 témoigne de la prise de conscience par les entreprises de services des enjeux de la qualité et de son management³.

Les recherches précédentes (Garvin, 1984; Dodds et Monroe, 1985; Holbrook et Corfman, 1985; Jacoby et Olson, 1985; Zeithaml, 1988) ont mis l'accent sur la différence entre la qualité objective, fondée sur le produit, et la qualité subjective, fondée sur l'utilisateur.

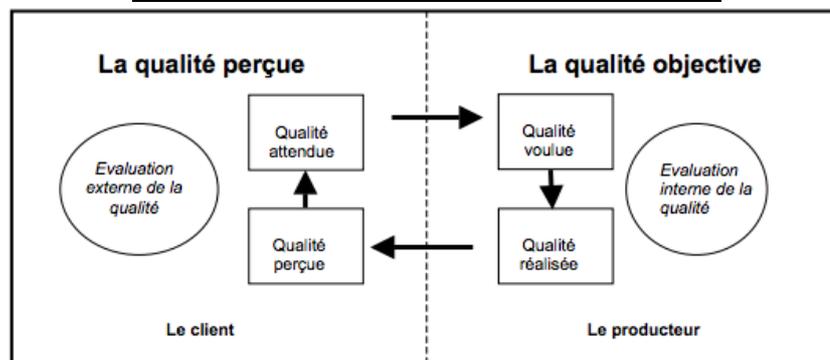
Holbrook et Corfman (1985) remarquent que les consommateurs n'emploient pas le terme de qualité dans le même sens que les chercheurs ou les praticiens du marketing qui la définissent de manière conceptuelle. La signification conceptuelle distingue la qualité mécaniste de la qualité humaniste : « [la qualité] mécaniste concerne un aspect ou une caractéristique d'ordre objectif d'une chose ou d'un événement; [la qualité] humaniste s'applique à la réaction subjective des individus face à des objets, et par là même représente un phénomène d'ordre relatif qui diffère en fonction des personnes émettant le jugement en question » (Holbrook et Corfman, 1985, p. 33).

En effet, Evrard (1993) précise, dans l'approche du concept de la qualité la distinction suivante :

- la qualité objective qui désigne l'ensemble des attributs contribuant à la qualité d'un produit et d'un service et dont le niveau a été préalablement fixé par l'entreprise indépendamment de la perception que peut en avoir le client. Il s'agit donc de la qualité voulue et réalisée,
- la qualité perçue désigne l'ensemble des attributs contribuant à la perception de la qualité d'un produit ou d'un service dont le niveau est donné par le consommateur.

Cette différence de construit, selon le point de vue que l'on adopte, est schématisée dans la figure ci-dessous.

Figure n° 2 : Les deux facettes de la qualité



Source : Zeithaml, Berry et Parasuraman (1990)

³ Le management de la qualité désigne l'ensemble des actions mises en œuvre par une organisation afin d'améliorer la qualité de ses produits (Jougleux, 2006)

Toutefois, le pouvoir du client devient prédominant, et si la qualité s'est longtemps construite en référence à des normes internes à l'entreprise, c'est la qualité telle que perçue par le client qui se trouve aujourd'hui mise au premier plan. En effet, contrairement à l'approche objective ou « produit », qui sépare l'acte de consommation du processus de production du service en considérant le service comme un produit, et ce, en respectant son caractère intangible et immatériel (Levitt, 1976), et en mettant l'accent sur le rôle joué par les éléments matériels associés au service dans le processus d'évaluation du client (Shostack, 1977), l'approche de la qualité subjective ou « utilisateur » se base sur le caractère inséparable du service, c'est-à-dire la simultanéité de la production et de la consommation. L'apport de cette approche réside dans la prise en compte du rôle du client dans le processus de production du service (Nguyen, 1990). La participation du consommateur est, ici, indispensable à la création du service et le prestataire se trouve donc incapable de contrôler la qualité de son offre comme un bien à la sortie de son processus de production. Dans ce contexte, la question de savoir comment le consommateur perçoit-il la qualité de l'offre de service s'impose.

A partir des années 1990, les recherches vont se focaliser sur ce concept de la qualité perçue, appliqué plus particulièrement au domaine des services avec trois principaux courants de recherche : l'école américaine (Parasuraman et al., 1985), l'école nordique (Grönroos, 1982) et l'école française (Eiglier et Langeard, 1987).

Afin de mieux comprendre la perception du client de la qualité et d'en améliorer sa satisfaction, la marque doit entretenir des relations multidimensionnelles avec lui. La notion de la qualité relationnelle est dès alors très importante pour le développement de cette relation.

2. La qualité relationnelle

Plus de trois décennies se sont écoulées depuis la première mention du concept de marketing relationnel de Berry (1983), mais le concept est encore en vogue, peut-être plus que jamais.

Les relations client-vendeur représentent des processus d'échange et d'interaction entre une organisation cliente et une organisation fournisseur (Guibert, 1999), et adoptent, en général, une forme plus ou moins coopérative (Webster, 1992). Moller et Wilson (1995) distinguent trois étapes du processus de création de la relation : la définition de l'objectif de la relation, la définition des limites de la relation et enfin, la définition de la création de la valeur. A chaque étape, les partenaires évaluent la relation et peuvent par la suite développer, redéfinir ou achever la relation.

Le paradigme du marketing relationnel qui traite les relations multidimensionnelles entre les consommateurs et leurs marques a été un sujet populaire dans la recherche sur le marketing et la gestion (Belk, 1988; Chaudhuri & Holbrook, 2001; Fournier, 1998; Gardner & Levy, 1955, Keller, 1993). Le principe de ce paradigme est de savoir comment une organisation peut améliorer la satisfaction du client grâce à la relation. Cependant, alors que la recherche sur la satisfaction de la clientèle met principalement l'accent sur les facteurs essentiels des relations de marque de consommation, la qualité relationnelle souligne les facteurs qui pourraient améliorer et développer ces relations. L'un des principaux objectifs de la théorie du marketing relationnel est l'identification de facteurs clés qui influencent les résultats importants de l'entreprise et une meilleure compréhension des relations causales entre ces facteurs et les résultats. Pour cela, différentes approches ont été utilisées pour identifier ces variables et connaître leur impact sur les résultats relationnels.

Bien que l'importance du développement des relations acheteur-vendeur soit largement reconnue (par exemple, Dwyer, Schurr et Oh, 1987), l'étude de la qualité des relations a principalement porté sur l'identification préliminaire des facteurs qui pourraient être importants dans le développement des relations acheteur-vendeur. Gummesson (1987) a été le premier académicien à présenter le sujet de la

qualité des relations, en ce qui concerne la qualité du comportement entre une entreprise et ses clients. Le terme de qualité de relation a été défini par Hennig Thurau & Klee (1997) du point de vue de la qualité d'interaction entre l'entreprise et les clients. Une tentative de conceptualisation de la qualité des relations dans un contexte particulier (assurance-vie) a été réalisée par Crosby et ses collègues (Crosby, 1991; Crosby, Evans et Cowles, 1990), qui considèrent la qualité de la relation comme «*la capacité du vendeur à réduire les perceptions d'incertitude* » (Crosby et al., 1990, p. 70). Pour eux, la qualité de la relation est «*composée d'au moins deux dimensions : la confiance au vendeur et la satisfaction de l'acheteur*» (Crosby et al., 1990, p. 70). Pour une conceptualisation générale de la qualité des relations, d'autres fonctions importantes des relations au-delà de la réduction de l'incertitude par une personne spécifique, comme l'efficacité de l'interaction et d'autres aspects de l'accomplissement des besoins sociaux... etc. devraient être pris en considération (Hennig-Thurau and Klee, 1997). Lagace, Dahlstrom et Gassenheimer (1991) ont développé un autre modèle de qualité de la relation et ont proposé plusieurs hypothèses. Leur conceptualisation de la qualité des relations est semblable à celle de Crosby et al.(1990), qui considère la qualité des relations comme la confiance de l'acheteur en un vendeur et sa satisfaction dans la relation.

Dans la littérature, de nombreux chercheurs ont expliqué la qualité de la relation comme un concept d'ordre supérieur comprenant satisfaction (Lin & Ding, 2005; Hennig-Thurau & Klee, 1997; Crosby et al., 1990; Dwyer & Oh 1987), confiance (Dorsch et al., 1998; Bejou et al., 1996; Kumar et al., 1995; Wray et al., 1994, Moorman & Zaltman, 1992; Crosby et al., 1990; Dwyer & Oh 1987), engagement (Kumar et al., 1995; Crosby et al., 1990; Dwyer & Oh, 1987), opportunité (Dorsch et al., 1998) et orientation client (Bejou et al., 1998; Dorsch et al., 1998). En outre, Rauyruen et miller (2007) ont proposé la qualité de la relation comme un concept étendu comprenant la satisfaction, la confiance, l'engagement et la qualité perçue du service qui influence la fidélité de la clientèle. Enfin, Kumar, Scheer et Steenkamp (1995) conceptualisent la qualité de la relation en reflétant la confiance (honnêteté et bienveillance), l'engagement, le conflit (affectif et manifeste), l'attente de continuité et la volonté d'investir.

D'après Hennig-Thurau et Klee (1997), en réfléchissant à la perception et à l'évaluation présumées par le client d'une relation dans son ensemble, où les aspects relationnels liés aux produits ou aux services sont mélangés en un seul résultat, la qualité de la relation est donc conceptualisée comme comprenant les trois dimensions décrites: la qualité perçue, la confiance et l'engagement. Une relation de haute qualité serait alors une avec des niveaux élevés dans les trois dimensions. Les trois dimensions de la qualité des relations ne sont pas indépendantes.

Bien qu'une multitude de construits soit discutée dans le contexte du marketing relationnel, la grande majorité de la littérature ne se concentre que sur quelques-uns. Parmi les constructions les plus courantes, citons la qualité perçue du service, la valeur perçue du service, la satisfaction de la clientèle, l'engagement et la confiance.

En se basant également sur les travaux d' Aurier, Benavent et N'goala (2001), la qualité de la relation est conceptualisée comme un processus reliant : **qualité perçue, valeur perçue, satisfaction, confiance et engagement**, comme l'illustre la figure n°3. De nombreux travaux démontrent la validité de cette « chaîne relationnelle » (Aurier, Benavent et N'goala, 2001 ; Garbarino et Johnson, 1999 ; Hennig-Thurau, Gwinner et Gremler, 2002).

Figure n°3 : la chaîne logique du marketing relationnel



Source : Aurier, Benavent et N'Goala (2001)

Tout au long de notre travail de recherche, en nous inspirant des modèles les plus connus et les plus performants à notre sens (tels que : Hennig-Thurau and Klee, 1997 ; Aurier et al., 2001 ...), nous présenterons comme dimensions de la qualité de la relation : la qualité perçue, la valeur perçue, la satisfaction, la confiance et l'engagement (Aurier, Benavent et N'goala, 2001 ; Garbarino et Johnson, 1999 ; Hennig-Thurau, Gwinner et Gremler, 2002 ; Vidal, 2012)

2.1. La qualité perçue :

La qualité perçue se réfère à l'évaluation subjective par le consommateur de la supériorité d'un produit (Zeithaml, 1988). De la sorte, elle constitue une donnée propre à l'individu qui est fonction de l'apprentissage et de l'expérience qu'il a acquise. Elle découle, selon Zeithaml, d'une comparaison entre ce que le client considère devoir être le service offert par une entreprise et ses perceptions de la performance de cette organisation.

La conception de la qualité perçue du service permet de dégager différentes caractéristiques de cette notion : la qualité du service est subjective (elle est issue d'un jugement), de nature cognitive (elle correspond à une évaluation) et relative (elle est évaluée par rapport à une base de référence) (Bressolles, 2006). En résumé, la qualité du service est dérivée des perceptions du client. Ces perceptions dépendent de la personnalité du client et d'autres variables situationnelles et affecte de façon significative les décisions d'achat ou de ré-achat du consommateur (Eiglier et Langeard, 1987).

2.2. La valeur perçue :

Il existe tellement de définitions de la valeur perçue, que Day (2002) estime qu'aucune d'entre elles n'est largement acceptée, de manière consensuelle, à cause de l'ambiguïté des termes utilisés (utilité, bénéfices), de la diversité des approches développées pour la décrire, mais également, de son caractère polysémique (Zeithaml, 1988 ; Parasuraman, 1997 ; Woodruff, 1997 ; Cova et Rémy, 2001 ; Sanchez et Iniesta, 2006, 2007). Donc, en l'absence d'une définition unanimement reconnue au sein de la communauté des chercheurs en marketing (Day, 2002 ; Rivière, 2007), nous adopterons celle de Woodruff (1997), qui dans un travail de synthèse, propose de définir la valeur perçue comme « *une préférence et une évaluation, faite par le client, des attributs du produit (ou de l'expérience), de ses performances et des conséquences de son utilisation (ou de son vécu), facilitant ou bloquant la réalisation des objectifs et des finalités que l'individu désire atteindre dans les situations d'usage* ».

2.3. La satisfaction :

La satisfaction client « *Customer satisfaction* » occupe une position centrale dans la recherche en gestion, qui a tenté de la comprendre, la mesurer et la contrôler. Pour Taylor et al (2014), la satisfaction revoie à la fois à une réaction, à une attitude, à une évaluation post-achat. Aurier et Evrard

(1998) définissent la satisfaction comme « un état psychologique résultant du processus d'achat et de consommation ». Il s'agit donc d'un état psychologique et non observable qui ne doit pas être assimilé à ses conséquences comportementales comme les réclamations ou le bouche-à-oreille (Sabadie, 2003).

C'est un concept multidimensionnel et cumulatif qui est constitué de deux dimensions : affective et cognitive. Elle est la résultante de l'expérience totale de la consommation d'un produit ou d'un service selon un processus à la fois cognitif et affectif. Ce jugement évolutif et global ne peut être porté que par des personnes ayant vécu l'expérience de consommation. Enfin, la satisfaction résulte d'un processus comparatif entre l'expérience subjective vécue par le consommateur et une base de référence initiale, ce processus est connu sous le nom de « paradigme de la confirmation » (Sabadie, 2003).

Aujourd'hui, la satisfaction est au cœur de la relation client et c'est pour cela qu'on parle de la satisfaction relationnelle.

2.4. La confiance :

Les recherches ayant souligné la profusion des définitions de la confiance sont nombreuses. Définie comme présomption, attente, croyance, volonté ou encore comme comportement, la confiance apparaît comme un concept polymorphe dont la diversité des définitions freine le développement des recherches dans ce domaine (Guibert, 1999 ; Chouk et Perrien, 2004).

Le concept de confiance est défini soit par ses déterminants (comme une présomption, une attente, une croyance ou une volonté), soit par ses manifestations (comme un comportement). D'après l'étude de Chouk et Perrien (2004), s'appuyant sur les premières réflexions de Dwyer et Lagace (1986), et de Smith et Barclay (1997), deux conceptions s'opposent : la première assimile la confiance « à une attente cognitive ou un sentiment affectif », alors que la seconde induit un « comportement de prise de risque ou d'une volonté de s'engager dans un tel comportement ». Cependant, l'approche psychologique est la plus retenue par les chercheurs en gestion pour définir le concept de la confiance puisqu'elle repose sur les relations à la marque et sur une hypothèse commune de l'existence d'une « chaîne logique du marketing relationnel » (Aurier, Benavent et N'Goala, 2001).

2.5. L'engagement :

Le concept d'engagement exprime la volonté d'un partenaire de créer, maintenir ou développer une relation. Pour Gurviez (1998), l'engagement vis-à-vis d'une marque est « l'intention, implicite ou explicite, de maintenir une relation durable avec cette marque, entraînant un attachement affectif à la marque, et ayant des conséquences positives sur la fidélité du comportement d'achat ».

Dans le cadre de notre recherche, notre conceptualisation de l'engagement s'inscrit résolument dans une approche attitudinale⁴ qui considère l'engagement comme un état psychologique (Moulins et Roux, 2010) qui ne mène pas forcément à une décision d'achat, mais à un investissement dans une relation à long terme. (Tax et al, 1998 ; Bozzo, 1999).

Nous constatons que la conceptualisation des dimensions de la qualité relationnelle représente l'un des sujets les plus débattus et les plus controversés dans la littérature marketing et gestion ; et les

⁴ Contrairement à l'approche comportementale qui présuppose que les consommateurs ont déjà développé une attitude positive envers la marque (ce qui n'est pas toujours le cas), et qui assimile souvent l'engagement à la fidélité (Beatty et Kahle, 1988 ; Engel et al., 1995 ; Oliver, 1997 ; Beattie et al., 1998) ce qui a créé une confusion entre les échelles de mesure des deux concepts.

débats continuent jusqu'à nos jours (Boyer et Nefzi, 2008).

Les recherches et travaux cités dans cette revue de littérature montrent que, malgré le chevauchement qui existe entre les différents concepts, ils restent distincts et ont des définitions bien spécifiques à chaque notion. Ces concepts sont tout de même liés entre eux, constituant ainsi une chaîne relationnelle (Aurier et al., 2001).

Nous allons essayer, dans ce qui suit, de transposer ce modèle sur le contexte algérien en prenant comme cas pratique l'Institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale.

La qualité relationnelle en cas réel :

Pour la réalisation de notre étude, nous avons pris le cas de l'Institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale (INPFP) afin de pouvoir tester notre modèle théorique sur un domaine des services, jugé aujourd'hui d'une grande importance pour le développement de l'éducation et de l'économie de l'Algérie, qui est la formation et plus précisément, la formation paramédicale.

Pour cela, des échelles de mesure spécifiques à chaque dimension ont été dérivées d'échelles préexistantes dans la littérature, que nous avons adaptées au contexte de notre étude.

La mesure des diverses dimensions de l'étude est composée d'une échelle de Likert d'accord à sept points et à cinq points. Il s'agit d'une échelle d'évaluation qui permet au répondant d'indiquer son opinion ou son attitude en donnant une note pour chaque proposition. L'échelle de Likert est la plus utilisée en sciences de gestion pour la richesse d'analyse et la qualité du traitement statistique qu'elle offre (Evrard, Pras et Roux 2009).

1. Mesure de la qualité perçue:

Nous avons opté pour l'échelle de mesure de Sabadie (2003), utilisée dans le cadre d'une étude sur la mesure de la qualité perçue d'un service public. Cette échelle prend en compte quatre dimensions à savoir : tangibilité, fiabilité, relation et accessibilité, et utilise une échelle de Likert à 5 points en allant de « tout à fait en désaccord » jusqu'à « tout à fait d'accord ».

Tableau n°2 : mesure de la qualité perçue

dimension	Item
Tangibilité	-L'INPFP possède un équipement récent et adapté au service -La décoration et l'esthétique du matériel de l'INPFP sont agréables -Les salles et locaux de l'INPFP sont confortables et bien aménagés -Les chambres d'hébergement de l'INPFP sont dotées de toutes les commodités -Le service de restauration de l'INPFP est irréprochable (ex : propreté, quantité et qualité des plats)

Fiabilité	<p>-Quand l'INPFP s'engage à réaliser/fournir un service (cours, formation, conférence...etc.) dans un délai donné, il s'y tient</p> <p>-L'INPFP fournit « le bon service » du premier coup (respect des calendriers, par exemple)</p>
Relation	<p>-Les employés (professeurs, responsables, agents administratifs...etc.) de l'INPFP sont toujours disposés à aider les formateurs en formation</p> <p>-Vous pouvez faire confiance aux employés de l'INPFP, ils vous donnent des informations exactes et sont honnêtes avec vous</p> <p>-Les employés de l'INPFP sont polis et aimables</p>
Accessibilité	<p>-Les employés de l'INPFP sont compétents, ils sont capables de répondre à vos questions</p> <p>-Les employés de l'INPFP vous accordent une attention individuelle</p> <p>-Les employés de l'INPFP vous accordent une attention personnalisée (ils prennent le temps de vous écouter et de s'adapter à votre situation)</p> <p>-L'INPFP et ses employés ont à cœur de vous aider au mieux</p> <p>-Les employés de l'INPFP comprennent vos besoins</p> <p>-Les horaires des cours sont pratiques pour tous les formateurs en formation.</p> <p>-La position géographique de l'institut ainsi que des lieux de stages sont pratiques pour la plus part des formateurs en formation</p>

1.Mesure de la valeur perçue:

Pour mesurer la valeur perçue, nous avons utilisé l'échelle de Babin, Darden et Griffin (1994) tel qu'elle a été adaptée et réduite par Cottet et Vibert (1999) puis testée par Volle et Charfi (2011). Cette échelle, composée de six items à la base, a été épurée à 4 items : deux items mesurent la valeur utilitaire et deux items mesurent la valeur hédonique, et utilise une échelle de Likert à 7 points.

Tableau n°3 : mesure de la valeur perçue

Valeur	Auteurs	Items
La valeur utilitaire	Babin, Darden et Griffin, 1994	<p>-J'ai trouvé en cette formation exactement les informations dont j'avais besoin</p> <p>-Je suis entrain de faire exactement la formation que j'avais prévu de faire ».</p>
La valeur hédonique	Babin, Darden et Griffin, 1994	<p>-J'ai ressenti le plaisir de la découverte</p> <p>-En dehors des informations ou des cours que j'ai acquis, faire cette formation est un plaisir .</p>

2. Mesure de la satisfaction :

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons à la satisfaction cumulée⁵. Selon Aurier et Evrard (1998), la satisfaction cumulée résulte d'un agrégat d'expériences et correspond à l'évaluation globale du produit ou service. Les auteurs proposent donc une échelle de mesure de la satisfaction cumulée dans le domaine des films diffusés par les cinémas et des visites d'expositions d'art, en utilisant une échelle de Likert à cinq points.

Dans le cas d'un service public, proche de notre contexte, Sabadie (2003) a utilisé les trois premiers items de cette échelle et a éliminé le quatrième vu qu'il fait référence à la notion de désir qui ne paraît pas pertinente dans le contexte du service de prestations légales. L'auteur a également inclus un item supplémentaire dans le but de rendre compte des éléments affectifs liés à la satisfaction. Cet item est issu de la recherche de Llosa (1996).

Vu les résultats satisfaisants de Sabadie (2003), et la convergence de nos études de recherche, nous adapterons cette échelle de mesure de la satisfaction à notre étude.

Tableau n°4 : mesure de la satisfaction

Mesures	Auteurs	Items
Mesure globale du service	Aurier et Evrard (1998)	-Par rapport à ce que j'en attendais, je suis un peu déçu par cette formation. -Je suis plus souvent déçu que content par les cours et conférences que je reçois. -Globalement, je suis vraiment satisfait des cours donnés.
Mesure affective de la satisfaction	Llosa (1996)	-Quand je repense à la façon dont l'institut fournit ses services (formation et autres), le sentiment que j'éprouve est plutôt agréable .

3. Mesure de la confiance :

Afin de mesurer la confiance, nous reprendrons l'échelle tridimensionnelle de Gurviev & Korchia (2002) qui s'articule autour de trois dimensions : crédibilité, intégrité, et bienveillance. Cette échelle semble pertinente ayant fait ses preuves dans différents contextes (Charfi, 2012, Lemoine et Notebaert, 2011, Gurviev & Korchia, 2002) et a comme principal avantage de mettre l'accent sur les différentes facettes de la confiance citées ci-dessus.

Le tableau suivant résume les différents items de l'échelle.

⁵ C'est-à-dire un jugement agrégé résultant du cumul d'un ensemble d'expériences.

Tableau n°5 : mesure de la confiance

	Dimensions	Items
La confiance à l'égard du site (Gurviez et Korchia, 2002) adaptée par Lemoine et Notebaert (2011)	Crédibilité	J'ai confiance dans la qualité de cette formation
		Les cours et formations de l'INFPF sont sûrs
		Je ne cours aucun risque en suivant cette formation
	Intégrité	Je crois en la sincérité de l'institut
		Cet institut est honnête concernant la formation proposée
	bienveillance	Cet institut fait attention à ce qui me convient le mieux
		Cette formation tient compte de mes intérêts
		Cet institut propose ce qui correspond le mieux à mes attentes

4.Mesure de l'engagement :

Nous avons utilisé deux items de l'échelle d'engagement développée par Gurviez (1998) dans le domaine de la consommation de parfums :

- J'ai tendance à vanter et à défendre cette formation.
- Je pense continuer longtemps à apprécier les formations de cet institut.

Sabadie (2003) a, lui aussi, emprunté cette échelle afin de mesurer l'engagement dans un service public et ses résultats ont été très satisfaisants.

Les cinq instruments de mesures présentés ci-dessus, vont permettre d'approfondir cette recherche et de constituer une étude empirique qui aura pour but de tester, sur le terrain, ce modèle théorique dans le contexte algérien.

Conclusion :

Nous avons traité, dans cet article, une variable importante dans les services: la qualité relationnelle qui constitue l'ensemble des facteurs qui pourraient contribuer au développement de la relation entre la marque et le consommateur ; et ce, en optant pour le modèle d'Aurier et al.(2001) qui suppose l'existence d'un enchaînement logique en les cinq dimensions de la qualité relationnelle à savoir : la qualité perçue, la valeur perçue, la satisfaction, la confiance et l'engagement. Nous avons défini chaque dimension, puis nous lui avons attribué une échelle de mesure appropriée.

Nous nous sommes contenté de présenter une revue de la littérature sur le sujet, tout en ouvrant une

piste de recherche pour une étude empirique qui permettra la transposition de ce modèle théorique sur le contexte de la formation paramédicale en Algérie ; et ce, en construisant un questionnaire incluant les échelles de mesure illustrées dans le présent article, qui sera administré aux formateurs en formation de l'INFPF et dont les traitements statistiques (Analyse des Composantes Principales et Modélisation à équations structurelles à l'aide des logiciels SPSS et AMOS) montreront les dimensions les plus importantes ainsi que les liens de causalité entre les différentes dimensions.

Bibliographie :

Aubert-Gamet V. (1992), Le design d'environnement commercial : un outil de gestion pour les entreprises de services, 2ème séminaire international de recherche en management des activités de services, Lalonde les Maures.

Aurier Ph., Evrard Y. (1998), Élaboration et validation d'une échelle de mesure de la satisfaction des consommateurs, Actes de la Conférence de l'Association Française du Marketing, 14, 1, éds. Saporta B. et Trinquencoste J. F., Bordeaux, IAE, 51-71.

Aurier, P., Benavent, C., et N'Goala, G. (2001). Validité discriminante et prédictive des composantes de la relation à la marque. 17ème Actes du congrès de l'AFM, 156-159.

Babin, B., Griffin, M. et Griffin, L. (1994), The effect of motivation to process on consumers' Satisfaction reactions, *Advances in Consumer Research*, 21, 1, 406-411.

Bejou D., Wray B., Ingram T N. (1996), « Determinants of relationship quality: An artificial neural network analysis », *Journal of Business Research* 36, 137-143

Belk, R. W. (1988). Possessions and the extended self. *Journal of Consumer Research*, 15(2), 139-168.

Berry, LL (1983), «Marketing relationnel», dans Berry, LL, Shostack, GL et Upah, GD (Eds), *Perspectives émergentes du marketing des services*, American Marketing Association, Chicago, IL, pp. 25-8.

Bressolles G. (2006), La qualité de service électronique : NetQu@1 Proposition d'une échelle de mesure appliquée aux sites marchands et effets modérateurs, *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 21, No. 3, septembre, pp. 19-45

Boyer A. et Nefzi, A. (2009), La perception de la qualité dans le domaine des services : Vers une clarification des concepts, *La Revue des Sciences de Gestion* 3 (n° 237-238), p. 43-54.

Bozzo C. (1999), Fidélité, rétention et inertie des clients industriel : proposition d'un modèle conceptuel, 15ième Congrès de l'Association Française de Marketing, Strasbourg, 911-929.

Charfi AA.(2012), l'expérience d'immersion en ligne dans les environnements marchands de réalité virtuelle, université Paris-Dauphine.

Chaudhuri, A., & Holbrook, M. B. (2001), The chain of effects from brand trust and brand affect to brand performance: The role of brand loyalty, *Journal of Marketing*, 65(2): 81-93.

Chouk I. and Perrien J. (2004), Les facteurs expliquant la confiance du consommateur lors d'un achat sur un site marchand : Une étude exploratoire, *Décisions Marketing*, No. 35, Juillet-Septembre, pp. 75-86

Cottet P., Vibert F. (1999), La valorisation hédonique et/ou utilitaire du shopping dans le magasin d'usine, Actes du 15ème Congrès de l'Association Française du Marketing, Strasbourg, pp. 93-116.

Cova B. (1994), Conception des lieux de service : une perspective Ethnosociologique", 3ème séminaire international de recherche en management des activités de services, Lalonde les Maures.

Cova B. et Rémy E. (2001), Comment et où classer la valeur de lien en marketing ?, Actes du 17e Congrès international de l'Association Française du Marketing, Deauville, actes électroniques.

Crosby, LA. (1991), "Building and

Maintaining Quality in the Service Relationship,” in Service Quality: Multidisciplinary and Multinational Perspectives, Stephen W. Brown and Evert Gummesson, eds. Lexington, MA: Lexington Books

Crosby L., Evans, K R. and Cowles, D. (1990), Relationship Quality in Services Selling: An Interpersonal Influence Perspective, *Journal of Marketing* 54 (July): 68-81.

Day E. (2002), The role of value in consumer satisfaction, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 15, 1, 22-32.

Dodds W. et Monroe K. (1985), The effect of brand and price information on subjective product evaluation, *Advances Consumer Research*, 12, 195-199.

Dorsch, MJ, Swanson, SR et Kelley, SW (1998). Le rôle de la qualité de la relation dans la stratification des fournisseurs perçue par les clients. *Journal de l'Academy of Marketing Science*, 26 (2), 128–142

Dwyer, FR. et LaGace RR.(1986), Sur la nature et le rôle de la confiance acheteur-vendeur, Actes de la conférence des éducateurs d'été de l'American Medical Association, volume 11, 3-6 août 1986, Chicago, Illinois, États-Unis, pp. 40-45.

Dwyer, R. F., Schurr, P. H. et Oh, S. (1987), Developing buyer-seller relationships, *Journal of Marketing*, 51, 2, 11-27.

Eiglier P. et Langeard E. (1987), *Servuction. Le marketing des services: Stratégie et Managemen*, Mc Graw-Hill, Paris.

Evrard Y. (1993), La satisfaction des consommateurs : état des recherches, *Revue Française du Marketing*, 144-145, 4-5, 53-65.

EVRARD Y., PRAS B., ROUX E., DESMET P. (2009), *Market. Fondements et méthodes des Recherches en Marketing*, 4e éd., Dunod

Fournier S. (1998), Consumers and their brands: Developing relationship theory in

consumer research, *Journal of Consumer Research*, 24, 4, 343-373

Gardner, BB & Levy, SJ (1955), Le produit et la marque, *Harvard Business Review*, mars-avril, pp. 33-39

Garvin D. (1984), What does product quality really mean?, *Sloan Management Review*, 26, 1, 25-43

Gronroos (1982), *An Applied Service Marketing Theory*, *European Journal of Marketing*, vol. 16 :7, pp. 30-41

Guibert N. (1999), La confiance en marketing : fondements et applications, *Recherche et Applications en Marketing*, 14, 1, 1- 19.

Gummesson, E. (1987), The new marketing: Developing long-term interactive relationships, *Long Range Planning*, 20(4), 10-21.

Gurviez, P. (1999). La confiance comme variable explicative du comportement du consommateur : proposition et validation empirique d'un modèle de la relation à la marque intégrant la confiance, Présenté aux Actes du Congrès International de l'Association Française de Marketing, eds J.-C. Usunier et P. Hetzel, Université Louis Pasteur, Strasbourg, pp. 301–326.

Gurviez, P., et Korchia, M. (2002). Proposition d'une échelle de mesure multidimensionnelle de la confiance dans la marque. *Recherche et Applications en Marketing*, 17, 3, 41-61.

Hennig-Thurau T. and Klee A. (1997), The Impact of Customer Satisfaction and Relationship Quality on Customer Retention: A Critical Reassessment and Model Development, *Psychology & Marketing*, Vol. 14(8):737–764

Hennig-Thurau, T., Gwinner, KP et Gremler, DD (2002). Comprendre les résultats du marketing relationnel. *Journal of Service Research*, 4 (3), 230–247.

Holbrook et Corfman (1985), Quality and value in the consumption experience : Phaedrus rides again,

Perceived Quality : How Consumers View Stores and merchandise, éd. Jacoby J. et Olson J.C.
Lexington MA : Heath, 31-57.

Jacoby J. et Olson J.C. (1985), Perceived quality : how consumers view stores and merchandise, éd.
Lexington.

Jougleux M., 2006, Enrichir l'approche théorique de la qualité dans les services : qualité du service et qualité de service, Recherche et Applications en Marketing, Vol. 21, No. 3, pp. 3-18

Keller, K. L. (1993), Conceptualizing, measuring, and managing customer-based brand equity, Journal of Marketing, 57(1): 1-22.

Kumar, N., Scheer, L.K., Steenkamp, J.E.M. (1995), The effects of supplier fairness on vulnerable resellers, Journal of Marketing Research 32, 54-65.

Lagace RR., Dahlstrom R. and Gassenheimer, JB., (1991), The Relevance of Ethical Salesperson Behavior on Relationship Quality: The Pharmaceutical Industry, Journal of Personal Selling and Sales Management 4: 39-47.

Langeard E. (1999), La place des services de qualité dans une économie mondiale, Décisions Marketing, 16, 53-56

Lejeune M. (1989), *Services et produits : De la différence à la complémentarité*. Revue Française de Marketing, N° 121, Vol11.

Lemoine J.F. et Notebaert J.F. (2011), Agent virtuel et confiance des internautes vis-à-vis d'un site web, Décisions Marketing, 61, 47-53.

Levitt T. (1976), *The industrialization of service*. Harvard Business Review, September/October, pp63-74.

Lin, C. et Ding, CG (2005). Ouvrir la boîte noire. Revue internationale de gestion de l'industrie des services, 16 (1), 55-80.

Llosa S. (1997), L'analyse de la contribution des éléments du service à la satisfaction : Un modèle « tétraclasse », Décisions Marketing, 10 jan-avril, 81-88

Möller K.E et Wilson D.T (1995), Business marketing: an interaction and network perspective, Northwell, MA, Kluwer Academic Press.

Morgan, R.M., et Hunt, S.D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. Journal of Marketing, 58, 3, 20-38.

Moulines J.L. et E. Roux (2010), "Communicating Brand in Order to Refashion the Customer Brand Relationship", Journal of Marketing Trends, 1, 3, September, pp.7-23.

Munos A. (1999), Technologies et métier de service, décisions marketing, no. 17 (mai-août), pp. 55-65

Nguyen N. (1990), Un modèle explicatif de l'évaluation de la qualité d'un service: une étude empirique, Recherche et Applications en Marketing, 6, 2, 83-97.

Parasuraman A. (1997), Reflections on gaining competitive advantage through customer value, Journal of the Academy of Marketing Science, 25, 2, 154-161.

Parasuraman A., Berry L. et Zeithaml V. (1985), A conceptual model of service quality and its implications for future research, Journal of Marketing, 49, 41-50.

Rauyruen, P. et Miller, KE (2007). Qualité de la relation en tant que prédicteur de la fidélité des clients B2B. Journal of Business Research, 60 (1), 21-31

Rivière A. (2007), La valeur perçue d'une offre en marketing : Vers une classification conceptuelle, CERMAT/ IAE Tours, vol.20.

Sabadie W. (2003), Conceptualisation et mesure de la qualité perçue d'un service public, Recherche et Applications en Marketing (French Edition), SAGE Publications, 18 (1), pp.1-24

Sanchez-Fernandez R. et Iniesta-Bonillo A.M.

(2006), Consumer perception of value: literature review and a new conceptual framework, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 19,40-58.

Sanchez-Fernandez R. et Iniesta-Bonillo A. M. (2007), The concept of perceived value: a systematic review of the research, *Marketing theory*, 1, 4, 427-451.

Sheth J. N. and Parvatiyar A. (1995), Relationship Marketing in Consumer Markets: Antecedents and Consequences, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23 (4), 255-271.

Shostack L. G. (1977), Breaking Free from Product Marketing, *Journal of Marketing*, 41, 73-80.

Smith J.B. et Barclay D.W. (1997), The effects of organizational differences and trust on the Webster F.E. (1992), The changing role of marketing in the corporation, *Journal of Marketing*, 56, 4, 1-17.

Wilson, D. T. (1995). An integrated model of buyer–seller relationships. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23 , 335–345.

Woodruff R.B. (1997), Customer value: the next source for competitive advantage, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25, 2, 139-153.

Zeithaml V.A. (1988), Consumer perceptions of price quality and value: a means-end model synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52, 2-22.

Zeithaml V.A., Berry L.L. et Parasuraman A. (1990), Delivering quality service, balancing perceptions and expectations, 226 , New-York, éds. The Free Press.

effectiveness of selling partner relationships, *Journal of Marketing*, 61, 3-21.

Tax, S.S., Brown, S.W., & Chandrashekar, M. (1998). Customer evaluations of service complaint experiences: Implications for relationship marketing. *Journal of Marketing*, 62(2), 60-76.

Taylor, S.A., Donovan, L., et Ishida, C. (2014). Consumer trust and satisfaction in the formation of consumer loyalty intentions in transactional exchange: The case of a mass discount retailer. *Journal of Relationship Marketing*, 13, 2, 125-154.

Volle p. et Charfi AA. (2011), Valeur perçue et comportements en ligne en état d’immersion : le rôle modérateur de l’implication et de l’expertise, 27ème Congrès International de l’Association Française du Marketing, Bruxelles, Belgique, pp.1-25.



L'unité des Technologies de l'Information et de la Communication (U.N.I.T.I.C)



Service informatique

L'unité des Technologies de l'Information et de la Communication (U.N.I.T.I.C) est un espace d'information et de formation en matière d'informatique et de Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), permettant au formateur (PEPM) de créer des ressources d'enseignement/apprentissage pouvant être insérés sur un réseau à créer entre les Etablissements de Formation Paramédicale (EFPM et ITSP) accessibles sur Internet et permettre à l'étudiant d'acquérir une certaine autonomie dans son apprentissage, aussi, réactiver et inciter les Etablissements de Formation Paramédicale à l'usage efficace et efficient des outils numériques dans toutes les relations pédagogiques ainsi qu'administratives.

1-Missions :

- Améliorer le fonctionnement des établissements par la mise en place de systèmes d'information intégrés et adaptés.
- Améliorer la qualité pédagogique de la formation paramédicale par le développement des usages des TIC.
- Développer la dynamique grâce à la mise en place d'un réseau de mutualisation inter -établissements (formation, soins).

2-Objectifs:

L'UNITIC se fixera un certain nombre d'objectifs réalisables à court et moyen terme, ils se résument comme suit :

- ▶ Structurer le système d'information au sein de chaque établissement de formation paramédicale.
- ▶ Développer les apports numériques pour la formation des étudiants.
- ▶ Développer un réseau inter-établissements en vue de favoriser la mutualisation des ressources pédagogique.

- ▶ Développer les outils de communication interne et externe de qualité (site web, documents, ...)

3-axes prioritaires :

- ▶ Création et développement d'un système d'information au sein de chaque établissement de formation paramédicale pour la mise en place d'un espace numérique de travail.
- ▶ Développement des compétences des formateurs (PEPM) et des ressources pédagogique de qualité.
- ▶ Mise en place et développement de la mutualisation inter-établissement.

Objectif	Objectif opérationnel	Moyen	Rôle	Echéancier	Suivit et évaluation

Perspectives :

L'évolution sans cesse galopante des TIC, offre de nouvelles perspectives aux utilisateurs et particulièrement aux

Formateurs (PEPM et enseignants vacataires) qui veulent introduire de plus en plus dans leurs cours les outils que les TIC

Mettent à leur disposition (tableau blanc numérique, ordinateurs, Vidéoprojecteur, camera et appareil photo numériques

...). Ainsi les établissements de formation paramédicale doivent être en mesure de suivre cette évolution. Parmi les Priorités de l'Unité des Technologies de l'Information et de la Communication (U.N.I.T.I.C) :

- ▶ La réalisation d'un réseau intranet entre les établissements de formation paramédicale.
- ▶ L'instauration d'un réseau collaboratif en pédagogie.
- ▶ La mise en place d'un réseau d'informaticiens et de formateurs (PEPM) des établissements de formation paramédicale (CIF), afin de mutualiser les compétences.

- ▶ La mise en place d'un système d'information en prenant en compte l'état des lieux des moyens, des usages et applications de type gestion (administrative, pédagogique, et documentaire) et de la communication interne et externe.
- ▶ La création d'une plateforme de formation à distance (FOAD).
- ▶ La création d'une bibliothèque numérique.

Mise en œuvre :

- Mise en place et utilisation du courriel comme moyen d'échanges d'informations entre les Instituts de Formation.
- Conception d'une base de données numériques (TFE) et organiser un fond documentaire et à terme mutualiser ces ressources.
- Mise en place du C2i dans le nouveau parcours de formation des paramédicaux et sages-femmes (licence professionnalisante).
- Lancement du portail d'information fédérateur et commun à l'INPFP et aux Instituts de Formation.





ELBIR Boussad.
Chef de Département
Documentation et
Recherche INPPF.

1. Introduction

Le lieu médical quel que soit son niveau est un point de rencontre entre le malade et le soignant. C'est l'endroit où l'on vient se soigner. L'accueil est habituellement considéré sous l'angle de la gentillesse et les qualités humaines du soignant. L'organisation de l'espace-temps, avant la consultation conditionne l'efficacité et la bonne réputation du lieu et des soins pratiqués.

- L'accueil est un gage de qualité dans les hôpitaux et centres de santé, il se fait de l'entrée à la sortie de l'utilisateur ;
- L'accueil rime avec la théorie de « Caring » de Watson (1998) qui signifie « prendre soins de » « s'occuper de » « s'intéresser à » ;
- L'humanisation des soins constitue un impératif de qualité pour la satisfaction des usagers ;
- Améliorer la satisfaction des usagers, en valorisant l'image de l'hôpital par l'amélioration des conditions d'accueil et d'orientation ;
- Faciliter l'accès aux soins et permettre une fluidité des mouvements à l'intérieur du milieu hospitalier ;
- L'accueil doit être une affaire de tous, et un pôle qui doit être travaillé avec toutes les équipes de santé.

2. Définition des concepts :

Accueil :

- Le mot accueil signifie la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive et à l'aider dans son intégration ou ses démarches ;

- C'est la mission de tout (e) personnel : médical, paramédical, administratif et technique ;

- C'est un temps à la fois social, psychologique et médical ;

- L'accueil est un soin à part entière qui a toute son importance malgré la charge du travail ;

Usager :

- Personne qui utilise un service en particulier. Un service public, ou qui empreinte le domaine public,

- Personne qui sollicite un service de santé. C'est un partenaire direct des professionnels de santé.

« Selon le petit Larousse »

L'écoute :

- « Action d'écouter une émission, une radio ou une conversation téléphonique ».

« Selon le petit Larousse »

- L'écoute active : technique de communication qui consiste à transmettre à notre interlocuteur un sentiment de sécurité et de confiance afin qu'il s'ouvre d'avantage. L'interlocuteur doit se sentir écouté et compris sans être jugé.

Selon le psychologue « Carl Roger »

L'empathie :

- « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ».

Selon le petit Larousse

- L'empathie est un sentiment de compréhension de l'aidant(e).

- La relation d'aide informelle est surtout fondée sur l'empathie ;

La discrétion :

« Attitude de quelqu'un qui ne veut pas s'imposer, aptitude à garder un secret ».

« Que le patient ait confiance qu'il ait la certitude qu'il ne sera pas répété à d'autres de quoi il est atteint ». **Selon le petit Larousse.**

3. Conditions matérielles d'un bon accueil :

- L'apparence de l'établissement de santé ;
- La propreté et l'hygiène des lieux ;
- Le confort des usagers. Existe-t-il suffisamment de bancs, un préau pour se mettre à l'abri des intempéries, pluie et soleil ?;
- Les perturbations sonores : vouloir réduire ce bruit revient à organiser la file d'attente.

4. Les mesures à respecter lors d'un accueil :

- Faire appel au civisme des gens, leur proposer de s'éloigner pour discuter ;
- Créer un espace libre entre la salle de consultation et la zone d'attente ;
- Alléger la file d'attente en donnant un numéro d'attente à l'utilisateur. Cependant donner des numéros peut masquer de vraies urgences, il conviendra d'être vigilant ;
- Le tri des arrivants, une réunion de discussion se fera au service, pour mettre en place un protocole afin de déterminer qui fera le tri, à quel moment et comment.

5. Pour réussir un accueil :

- Éviter l'attente et personnaliser son accueil ;
- Rassurer, renseigner et orienter pour éviter les situations de stress ;
- Gérer le temps, cadrer les demandes et savoir prendre congé.

6. Les intérêts d'un bon accueil :

- Mettre le patient et sa famille en confiance et les rassurer ;
- Établir un contact humain sécurisant le malade et facilitant son séjour à l'hôpital ;
- Amoindrir et soulager le mal causé par la maladie et la séparation familiale ;
- Comprendre l'état d'esprit du malade et faciliter la communication, ce qui aide l'équipe

soignante à mieux connaître ses problèmes et ses attentes ;

- Créer une ambiance plus familiale qu'administrative.

7. Accueil de l'utilisateur :

7.1 L'accueil aux urgences :

- L'accueil aux urgences est d'importance capitale, il est différent de l'accueil classique dans la manière et dans la technique.
- Il exige des critères de compétence et une formation ciblée du professionnel de la santé.

La zone d'accueil :

- L'accueil aux urgences ne se limite pas au guichet d'inscription contrairement à ce qu'on pratique fréquemment ;
- On parle plutôt d'une zone d'accueil qui comprend l'entrée et les salles d'attente (patients valides ou sur brancards) ;
- Alors que la zone de soins concerne les salles d'examen, de médication et la salle des urgences vitales.

Quelle est la zone de l'accueil

Triage et orientation :

- Le principe est « Tout patient venant aux urgences doit être examiné par un médecin » ;
 - Notez que l'avis du médecin est obligatoire dans tous les cas, il est le seul à déterminer s'il faut traiter ou pas en urgence ;
 - Le triage permet d'éviter l'encombrement et de définir la priorité ;
- Il est essentiel qu'un triage des patients admis soit mis en place afin de :

- Identifier rapidement les patients présentant effectivement ou potentiellement une détresse d'une ou de fonctions vitales ;
- Repérer le lieu approprié pour le traitement du patient ;
- Permettre une évaluation continue des patients ;
- Informer les patients et leur entourage à propos des soins à venir ou réalisés et des temps d'attente.

Types d'urgence :

1/ **Urgence vraie** (menace la vie : état de choc, infarctus du myocarde, hémorragie digestive,.) ;

2/ **Urgence fonctionnelle** (menace de la fonction d'un membre ou un organe : fracture, plaie main, plaie globe oculaire,..) ;

3/ **Urgence ressentie** par le malade.

La violence de l'usager :

- Comportement menaçant : gestes, destruction matérielle, objets lancés ;
- Menace orale ou écrites : toute expression d'une intention d'infliger du mal ;
- Harcèlement : tout comportement qui abaisse une personne, l'humilie, le gêne, l'inquiète, l'ennui ou l'injure (mots, gestes, intimidation, contrainte) ;
- Excès verbaux : jurons, insultes ;
- Aggression physique : coups, blessures, bousculade.

Usager agité :

L'agitation d'un usager est de cause organique dans 90% des cas (hypoglycémie, hypoxie, intoxication médicamenteuse, douleur ...) et rarement psychiatrique. Pour le calmer : traiter la cause, utiliser la contention et les tranquillisants.

Gestion de la violence :

- Phénomène fréquent surtout à la zone d'accueil et de causes multiples (mauvaise qualité de l'accueil, durée d'attente, opposition aux exigences du patient, décès d'un proche,..).

- Les facteurs sociaux et la délinquance sont fréquemment incriminés mais ils peuvent émaner de toutes les classes sociales.

- Vous ne pouvez pas éliminer la violence, c'est le risque du métier. Les vigiles aux portes ne font que provoquer l'agressivité, il faut savoir prévenir et gérer la violence par la formation.

Prévenir la violence

- Qualité de l'accueil ;
- Parler avec respect, ne pas élever la voix ;
- Pas de menaces ;
- Etre toujours calme devant l'agité ;
- Accompagnement de la famille du patient décédé ;
- **Affaiblir l'agressivité :**
- Isoler l'agité du public ;
- L'invité à s'asseoir.
- **Se protéger :**
- A distance suffisante.
- Se défendre sans violence ;
- Faire intervenir les agents de sécurité ;

7.2 L'accueil des usagers à l'unité d'hospitalisation

Conditions d'accueil :

- Intégrer dans la planification des soins le temps pour l'accueil du patient ;
- Porter une tenue identifiant son nom et sa fonction ;
- Prendre connaissance du dossier patient ;
- Avoir une communication adaptée pour chaque patient (sinon prévoir un membre de la famille, un interprète ou un éducateur) ;
- Prendre en compte la dimension physique, psychologique et sociale du patient et respecter ses émotions.

Déroulement :

Etape 1 - Formalités :

- Accueillir le patient par une formule de politesse et un sourire ;
- Se présenter en donnant son nom et sa fonction ;
- Vérifier l'identité du patient en lui faisant épeler son nom et prénom ;
- Récupérer les documents administratifs nécessaires aux formalités d'hospitalisation, ou déléguer son accompagnateur ;
- Récupérer les documents médicaux (lettre du médecin, ordonnance, résultats d'exams biologiques et radiologiques).

Etape 2 - Accompagnement :

- L'accompagner vers sa chambre en lui indiquant le numéro de celle-ci et éventuellement lui présenter son voisin de chambre.
- Aider l'usager à s'installer.
- Etre à l'écoute de l'usager et/ou de ses proches et leur apporter des réponses.
- Tenir compte du niveau d'information que le patient a intégré.
- Favoriser l'expression de ses éventuelles préoccupations ou inquiétudes.
- Donner les informations appropriées pour limiter l'anxiété due à l'hospitalisation.
- Informer le patient et son accompagnateur de la disponibilité de l'équipe soignante et du fonctionnement de celle-ci (roulement, équipe de nuit, équipe de jours ...).

Etape 3 - Recueil de données et informations :

- Personnaliser l'accueil en élaborant un recueil de données, après avoir laissé au patient le temps de s'installer lors de ce premier contact le soignant doit être attentif au comportement verbal ou non verbal (regards, mimique, gestuelles etc.).
- Vérifier la bonne compréhension de toutes les informations en utilisant la reformulation pour mettre en place des soins adaptés et personnalisés.
- Informer le déroulement chronologique des différentes étapes de la prise en charge et donner une explication sur les différents examens et/ou soins.
- Informer l'existence des différents intervenants : psychologues, assistante sociale diététicien etc.

Conclusion

L'accueil des usagers n'est pas que politesse ou gentillesse, mais en grande partie, écouter et organiser l'attente, le confort, de ceux qui patientent et la discrétion des consultations.



La recherche paramédicale en Algérie, Réalité ou utopie ?



- Mme Nadia HACHED
ISSP-Cadre paramédicale, Sec
Cardiologie A1, CHU Mustapha
-Mr Ahmed MEBARKI
Ex PEPM et Sous-directeur des
activités paramédicales, retraité

Résumé : L'article que nous proposons dont la thématique se focalise sur la recherche paramédicale, Réalité ou utopie ?, cible les paramédicaux diplômés toutes filières confondues. Nous tentons alors de graviter la recherche paramédicale (en somme comme toute recherche scientifique) sur la formulation-identification de l'Ecart-problématique au travers du prisme de la notion de Problématisation. Dans l'étape suivante, nous mettons en exergue les jalons de la mise en œuvre des obligations de compétences, de moyens et de résultats qui permettront de concrétiser les objectifs assignés et d'ouvrir de nouvelles pistes de recherche enclenchées par les compétences paramédicales.

Mots-clés : Recherche, problématisation, réalité, paramédical, obligation

Introduction

La fonction et le métier de paramédical entrent indéniablement dans une nouvelle ère où les pratiques de soins se complexifient et exigent des compétences scientifiques de plus en plus soutenues. Les patients d'aujourd'hui et de demain sollicitent et nécessiteront des prestations de soins de qualité, de sécurité et transparentes dans le sens où le patient ou son tuteur légal serait dans son droit absolu d'être informé et recevoir des soins individualisés conformes aux procédures et aux protocoles de soins. La traçabilité dans l'ensemble des étapes de soins paramédicaux, à l'instar des actes médicaux dispensés, demeure le point de départ essentiel de tout processus de recherche qui identifierait les anomalies du parcours des soins prodigués d'une part, et d'autre part, enclencherait la problématisation de la démarche de soins en terme d'Ecart entre la norme de soins réglementaires et la réalité des prestations actuelles.

Le paramédical face à la réalité problématique ou qu'est-ce-que la Problématisation ?

Michel Fabre explicite, dans son éditorial *Formation et Problématisation*, la fonction de la notion de problématisation, en ces termes :

« (...) *La problématisation doit pouvoir se distinguer aussi bien d'un simple constat de « faits » (le traditionnel « états des lieux »). Elle doit instaurer un dialogue entre la construction des faits et l'invention des pistes, d'hypothèses ou de théories (...) ce qui implique que le processus obéisse à des normes qui fournissent également les critères auxquelles doivent obéir les solutions possibles. Ces normes peuvent être prédéfinies (dans un type de problème déjà rencontré par le sujet) ou à découvrir et à inventer (dans un type de problème nouveau). Elles peuvent recevoir des degrés d'explications divers : fonctionner comme règles d'action ou se voir schématisées en tant que*

telles. Ce qui est certain, c'est faute de telles normes, le processus ne peut fonder ces solutions et fonctionne pour ainsi dire en aveugle ou au hasard. Enfin la problématisation est liée à une pensée schématisante qui ne craint pas d'appauvrir méthodologiquement le réel qui renonce à en produire une image fidèle et complète mais tente plutôt de construire des outils pour la comprendre et la transformer.»⁶

Cet Ecart met en branle deux obligations constantes : l'obligation des moyens matériels et l'obligation de compétences, et une obligation facultative dite obligation de résultats où l'on se rapprocherait des meilleurs taux de succès escomptés (à titre de rappel, seulement dans la chirurgie esthétique que l'obligation de résultats est absolue), que les cadres de gestion des soins doivent maîtriser afin d'impliquer pédagogiquement et d'une manière professionnelle les praticiens paramédicaux en exercice, comme force de propositions et de réalisation des projets d'envergure ou à long et moyen terme.

L'Ecart-problématique qui n'est autre que l'élément déclencheur de la recherche, doit être déterminé en terme de seuil-normatif ou de tolérance exprimé en pourcentage ou en nombre de cas. Ce dernier devient alors l'objectif minimum assigné dont le but serait de l'améliorer et de le rendre positif à tendance normative nationale (MSPRH, DSPW, INSP, I.PASTEUR) et internationale (OMS, UNICEF, UNESCO, FAO) ou dans le cas échéant, ce serait selon la norme fixée localement par le Conseil Scientifique

⁶ Fabre, Michel, Formation et Problématisation, Editorial, in Recherche et formation pour les professions de l'Education, Université de Nantes, CREN, Ed. Institut National de Recherche Pédagogique, Lyon, 2005, p.8

de l'hôpital ou à défaut par le Professeur chef de service.

En Algérie, l'avènement du système LMD dans les sciences paramédicales ou les soins médicaux auxiliaires, conduit inévitablement à un bouleversement capital point de vue :

- Formation initiale diplômante et ultérieurement continue ou permanente exigeant la maîtrise inconditionnelle de la langue d'études et d'apprentissages [Pour le moment, il s'agit de la langue française]
- L'institution réglementaire et l'instauration réelle et effective du dossier soins et les protocoles de prise en charge paramédicale, où la conciliation entre la théorie et la pratique en est une condition sine qua non.
- L'adoption d'un comportement professionnel exemplaire conformément au règlement intérieur de l'établissement de soins et à l'éthique et déontologie générales ou spécifiques à la profession.
- Participation, implication et adhésion à tout projet d'établissement et de soins même à consonance médico-chirurgicale, pharmacologique, radiologique, biologique et de gestion dans sa globalité managériale.

Tous ces critères précités auxquels le paramédical doit s'y intéresser, ne feront que forger le statut de paramédical-praticien-chercheur de rang magistral, soit détenteur du doctorat en sciences paramédicales.

La revue francophone Internationale de la Recherche Infirmière recommande, à titre illustratif, certaines mesures telles :

« Rendre les futurs professionnels plus réflexifs :

Exercés au raisonnement-clinique et à la réflexion critique, les professionnels ainsi formés seront compétents, ils seront capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et de s'adapter à des situations variées »⁷

Dont la convergence vise la conduite et l'accomplissement de la recherche.

En d'autres termes, chaque praticien paramédical doit être en mesure de prendre position hautement scientifique vis-à-vis du patient en se posant les questions :

- *Que sais-je de la pathologie du patient ?*
- *Que sais-je des risques et des effets indésirables liés aux thérapeutiques mises en place ?*
- *Que comprendre des réactions humaines physiques ou psychologiques du patient ?⁸*

Réflexions pratiques sur la problématique et le motif de la

⁷ Article en ligne, consultable, *La Recherche paramédicale, un élan pour un nouveau paradigme*

⁸ Ibid. op cit

mise en œuvre de la recherche paramédicale

Le corps médical devant toute situation problématique où le patient est en proie à un pronostic négatif, ne pense pas, ou rarement aux éventuels échecs des soins paramédicaux, en termes d'asepsie, d'antisepsie et de soins de base (Hygiène du malade et du milieu hospitalier), qui, en réalité, sont des soins médicaux délégués au corps paramédical diplômé issu des instituts nationaux supérieurs. Alors, le corps médical, dans ce cas de figure, met prestement en branle ou en marche l'arsenal thérapeutique pharmaceutique ou médicamenteux de type antibiothérapie de 3^{ème} ou 4^{ème} génération, très souvent à caractère antibioprophyllactique, coûteuse et couronnée ou accentuée d'effets secondaires générant d'autres troubles organiques parfois handicapants, sans omettre la floraison sûre et certaine des bactéries multi-résistantes (BMR). De cette situation, il est à déduire, d'une manière objective, que les activités paramédicales menées à bon escient et rigoureusement à terme, constitueraient un parage/barrage efficace quant à amoindrir sensiblement les infections nosocomiales notamment à BMR, ainsi que le coût financier des achats d'antibiotiques et autres aux prix exorbitants.

Il est temps que le paramédical-soignant-praticien sache se faire valoir, par son statut de professionnel diplômé, et être un partenaire de prime abord scientifique, sachant apprécier l'environnement sanitaire et économique du pays, en totale adéquation dans la prise en charge et la thérapie globales du patient. Il est dans son devoir de prouver, constamment, son savoir-faire dans la cruciale et la toute première étape des soins infirmiers de base conformément aux procédures et aux protocoles de soins et de savoir Evaluer son travail ou d'être évalué dans la perspective de pouvoir déterminer *l'Ecart de la Problématisation* qui remettrait en cause ou en question certaines

attitudes ou aptitudes pratiques compromettant la qualité et la sécurité de tout acte de soins.

Ainsi dans la deuxième étape, il est primordial de déterminer à quelle obligation l'Écart-problématique est-il lié ? Cette étape constitue le point de départ de la recherche paramédicale.

A titre de rappel, il existe trois obligations fondamentales dans tout travail à entreprendre :

1- L'obligation des moyens matériels – nécessaires et répertoriés selon les exigences de l'acte de soins.

2-L'obligation de compétences – ressources humaines qualifiées et performantes en individualité ou en équipe.

Ces deux obligations revêtent un caractère impérieux. Par contre la troisième obligation est facultative appelée obligation de résultats précédemment citée. Cependant, ces résultats sont déterminés par un taux-seuil normatif défini à l'échelle nationale par le MSPRH et à l'échelle internationale par l'OMS. Toutefois l'approche par compétence et l'analyse des pratiques professionnelles dans les métiers de soins paramédicaux demeurent, à l'heure actuelle, recevable et tout à fait nécessaire quant à leur apport certain dans le processus et la perspective de recherche.

Conclusion

Nous tentons, cependant de mettre en exergue, dans la prochaine édition, une simulation tirée de la réalité hospitalière dont le but de cerner la formulation de la problématique à travers l'identification de la problématisation ou de l'Écart.



Le MOOC comme un gage d'apprentissage et de qualité.



M.BRAHIM. K
*Enseignant paramédical à
l'institut de Blida.

Le MOOC (Massive Open Online Course) qui veut dire des cours proposés par des instituts et des universités comme cela existe à travers la FUN (formation universitaire numérique) sont désormais accessibles à tous et gratuitement sur internet sans condition d'âge ni de diplôme.

Le domaine d'application de ce MOOC peut intervenir dans le développement de la personnalité, montage de projet, enseignement, la santé, développement des objets mobiles et connectés, création de serious games en ligne, etc...

Mots clés : MOOC ; elearning ; TIC ; Multimédia ; e-santé; FOAD; plateforme;

Les thème peuvent être nombreux, il convient juste de choisir le MOOC qui vous convienne. Vous pouvez entamer ces cours quelque soit votre niveau débutant ou confirmé dans un domaine d'autant plus que cette formation est certifiante.

Ce projet initié conjointement par l'institut national pédagogique de la formation paramédicale et la Direction générale de la prévention et de la promotion de la santé, est conçu comme une entrée en matière des TIC, en effet il cherche à répondre aux besoins des étudiants et des professionnels qui désirent connaître les principes fondamentaux et les caractéristiques de l'hygiène hospitalière.

Pour atteindre cet objectif, le groupe de pilotage s'est fixé 04 axes de formation :
-Tout d'abord définir le champ de l'ensemble des infections associées aux soins à travers le module

de la 1ère semaine : les infections associées aux soins;

-Prévenir la dissémination de micro-organismes notamment multi-résistants, à l'origine des infections associées aux soins ; les mains constituant le mode de transmission principal et ce à travers le module de la 2ème semaine : l'hygiène des mains ;

-Assurer un état de propreté, Eviter la transmission croisée des micro-organismes entre patients et soignants par le biais du matériel, des mobiliers et/ou des surfaces, Eviter la contamination de l'environnement et d'autres à travers le module de la 3ème semaine : le Bio nettoyage ;

- Et enfin, prévenir les risques sanitaires liés à l'exposition aux déchets d'activités de soins et préserver l'environnement par l'application des modalités de tri, conditionnement, entreposage, transport et traitement, conformément à la réglementation en vigueur à travers le module de la 4ème semaine : les déchets d'activité de soins;

Pour vous accompagner ce Mooc est conçu et porter par une équipe interdisciplinaire et pluriprofessionnelle.

Par ailleurs si vous souhaitez vous former en hygiène hospitalière et de l'environnement ! à actualiser vos connaissances en tant que

professionnels de santé !! Ou encore à promouvoir l'hygiène dans nos établissements de santé !!!? avec le MOOC ce n'est jamais trop tard, grâce aux cours mis en ligne, conçus et animés par des Médecins experts, formateurs, PEPM et informaticiens reconnus dans leur domaine. Accéder librement et gratuitement sans condition

d'âge ni de diplômes, d'une durée de 04 semaines, vous allez pouvoir vous former à votre propre rythme et acquérir de nouvelles compétences en interaction avec plusieurs personnes ressources.



Groupe de pilotage du MOOC.

Aussi l'environnement d'apprentissage proposé offre un scénario pédagogique de 04 semaines, effectivement les différentes ressources de recherche et de savoir nourries des méthodes de la recherche des productions d'expertise ainsi que d'illustration pragmatique dans le champ de l'hygiène et elle sont animés sous différentes modalités pédagogiques : travail individuel et collectif, études de cas, conférences, exposés et bien d'autres de plus l'accès à l'information est optimisé par l'utilisation de différents support multimédia, enfin au regard des différents objectifs d'apprentissage, vous êtes responsabilisé dans l'évaluation de vos acquis tout au long des 04 semaines, ainsi sont mis à votre disposition des Quiz d'autoévaluation, des espaces de dialogues entre pairs et avec l'équipe pédagogique et de ressources documentaires, c'est pourquoi le groupe de pilotage compte très bientôt procéder au lancement du premier MOOC Algérien dédié à l'hygiène hospitalière, l'occasion d'ailleurs pour les participants de s'inscrire gratuitement et directement sur site* et de partager avec nous cette belle aventure qui est le MOOC.

Mots clés : MOOC ; elearning ; TIC ; Multimédia ; e-santé; FOAD; plateforme;

L'art de soigner et de guérir au fil des temps



Dr Toumi Rafika
Institut d'archéologie, Université
d'Alger2

L'art s'est souvent fait le médiateur entre la souffrance et la guérison, la pathologie et l'espoir. L'origine des soins échappe à toutes les explorations, on peut penser que l'art de soigner est né du moment où les Hommes ont souffert. La femme a toujours été guérisseuse, donc les soins s'attachent fondamentalement aux activités de la femme. C'est elle qui met au monde, c'est elle qui a la charge de "prendre soin" de tout ce qui entretient la vie quotidienne de la collectivité⁹.

Les soins servent à lutter contre la maladie et la mort, et permettent de prolonger la vie. Initialement, Ils étaient une occupation, quasi spontanée, fondée sur une tradition orale et empirique (pratique et expérimentale), puis un métier et enfin une profession. Les soins ont derrière eux une longue histoire où interfèrent magie, croyances et religiosité¹⁰.

I)-Définition du mot « soin » :

L'étymologie du mot soin traduit un sens double, matériel et spirituel, il possède deux racines : l'une songne vient du latin médiéval Sunnia et du francique sunnja et signifie «nécessité, besoin» ; l'autre soign qui vient du latin tardif sonium qui veut dire «souci, chagrin»¹¹.

L'acte de soigner réfère donc au corps dans ses différents aspects, banal voire contraignants. En même temps, le soin revêtait un sens psychologique puisqu'il désignait le

⁹ Laurette Mira, Pour en finir une bonne fois pour toute avec l'histoire, in : Revue Coordination Nationale Infirmière(CNI), N°26, Janvier2008.

¹⁰ Helena da Silva, Soigner à l'hôpital : histoire de la profession infirmière au Portugal (1886-1955), thèse de doctorat, l'École des Hautes Études en Sciences Sociales ; paris, in : Bulletin Amades, 2011, p.84.

¹¹ Alain Rey, Dictionnaire historique de la langue française, Paris, 1993.

souci, la préoccupation, l'inquiétude pour le corps et ses besoins. Ce n'est qu'au XVII^{ème} siècle que le verbe Soigner s'est spécialisé avec la valeur actuelle de «s'occuper de la santé ou du bien-être de quelqu'un¹²».

II)-L'art de soigner et de guérir dans la préhistoire :

La préhistoire est une très longue période qui a commencé il y a environ 3 millions d'années¹³ et elle s'est terminée avec l'apparition de l'écriture vers 3500 ans avant Jésus-Christ en Égypte et Mésopotamie.

Les paléontologues possèdent de nombreux témoignages sur les maladies affectant les os, par exemple des maladies inflammatoires, des maladies traumatiques, des malformations congénitales¹⁴, ou tuberculose osseuse. Et sur la base de certains stigmates, ils nous ont même décrit des interventions destinées à soigner des personnes atteintes de certaines pathologies¹⁵.

Le terme de soins thérapeutiques peut sembler exagéré, mais les indices découverts montrent que ces hommes préhistoriques avaient une certaine connaissance du corps humain et des soins éventuels à lui apporter, parmi les techniques de soins existaient :

1)-Les trépanations :

La trépanation consiste à réaliser un orifice dans un os du crâne, son nom vient du trépan, l'instrument utilisé pour percer la boîte crânienne¹⁶.

On a longtemps pensé que la pratique de la trépanation était née avec la civilisation néolithique il y a 8 000 à 9 000 ans au plus¹⁷.

¹² Céline Lefève «La philosophie du soin», in : La Matière et l'esprit, université de Mons -Hainaut, avril 2006, P.2.

¹³ Yves Coppens, «l'histoire de l'histoire de l'homme», in : Revue de l'Institut de l'information scientifique et technique(INIST), 1987, pp.15-25.

¹⁴ Marie-Claude Chamla, Jean Dastugue et Slimane Hachi, « Afalou-Bou-Rhummel », in : Encyclopédie berbère, Volumes no 2, Aix-en-Provence, Edisud, 1985.

¹⁵ Jacques Cayotte, La médecine aux temps préhistoriques, Académie nationale de Metz, 1976, p.296.

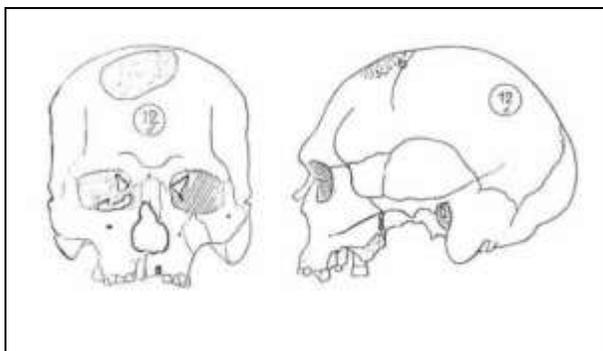
¹⁶ Bernard Ziskind, « les anciens égyptiens pratiquaient-ils la trépanation ? », in : La revue du praticien, Vol. 67, Janvier 2017, p.112.

¹⁷ Just Lucas-Championnière, Les origines de la trépanation décompressive. Trépanation néolithique, trépanation pré-colombienne, trépanation des Kabyles, trépanation traditionnelle, Paris, Steinheil, 1912, p26.

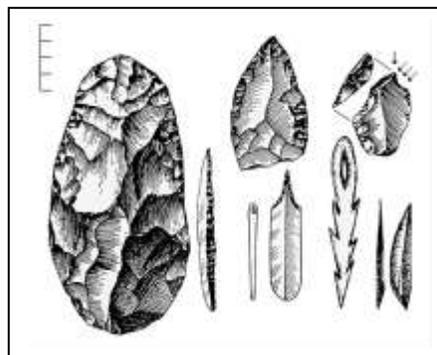
Le site d'Afalou bou Rhummel (Babors, Algérie) a permis la découverte d'une importante série d'ossements humains dont des cranes trépanés (photos01)¹⁸.

La population du gisement de Taforalt au Maroc a montré aussi un exemple absolument typique et incontestable de trépanation¹⁹.

On peut penser que ces perforations étaient pratiquées soit par incision de l'os, soit par grattage au moyen d'un couteau ou d'une scie primitive en pierre aiguë en silex²⁰ (photos02).



Photos01 : un crane trépané



Photos 02 : Industries lithiques utilisées dans la trépanation

En effet, La trépanation a été faite soit pour retirer l'esprit malveillant qui s'était emparé du corps du patient, ou en tant que traitement palliatif des maux de tête, de l'épilepsie, de convulsions ou de paralysies post traumatiques²¹.

2)-Les contentions :

Certains archéologues affirment qu'il existait dans la préhistoire des méthodes de contentions pour soigner leurs malades, ils ont découvert à Java (Indonésie) en 1891, un squelette dont un humérus fracturé portait des traces de fibres de lin et de farine de froment (blé) ayant

¹⁸ M.-C. Chamla, J. Dastugue et S. Hachi, opcit, p.1.

¹⁹ Jacques Cayotte, op.cit., p.297.

²⁰ Jacques Alibert, Alphonse Aymar, Charles Boudou, « Hypothèses sur l'outillage de la trépanation préhistorique », in : Bulletin de la Société préhistorique française Année, 1924, pp. 112-115.

²¹ Grégoire Tsoucalas, La médecine Grecque de l'époque pré-Hippocratique, éditions Saint-Georges, Grèce, 2017, p.10.

probablement servi à constituer une sorte d'emplâtre, précurseur des futurs moyens de contention²².

3)-Des soins de rééducation :

À défaut de savoir remettre en place des fractures trop complexes, les hommes du Néolithique accompagnaient la consolidation en effectuant une véritable rééducation pour garder l'utilisation du membre²³.

4)-Soins dentaires :

Dans l'Est de l'Algérie, deux civilisations se reconnaissent, la plus ancienne l'Ibéromaurusien²⁴ entre 22.000 et 8.000 ans,

les hommes ont systématiquement pratiqué des incisives du maxillaire supérieur²⁵. L'autre le Capsien²⁶ a duré plus de 2000 ans, les archéologues ont trouvé dans l'escargotière de II (Oum Bouaghi) un crâne qui a subi deux intentionnelles au niveau de la denture



Photos03 : soins dentaires

l'avulsion civilisation, Faïd-Souar mutilations (photos03).

Certains gestes de dentisterie semblent avoir été également connus de nos lointains précurseurs : la célèbre mâchoire découverte à Ehringsdorf, près de Weimar, porte la trace de l'avulsion de deux incisives, certainement à la suite d'un choc.

Au Japon quelques crânes portant aussi des mutilations dentaires artificielles, et des dents limées de la main de l'homme. Dès l'ère néolithique, on extrayait des dents malades, si on ne pouvait encore les soigner²⁷.

²² Jacques Cayotte, op.cit., p.286.

²³ Anne-Sophie Biclet, « Médecine de la Préhistoire », in : Actuailes, n° 81, 14 février 2018.

²⁴ «Ibero» pour la péninsule ibérique, et «maurusien» pour les Maures de Maurétanie

²⁵ Jean Granat , Jean-Louis Heim, Prothèse dentaire préhistorique ostéo-implantée, Société Française de l'Art dentaire,2002.

²⁶ Ce nom vient de Gafsa, ville de Tunisie.

²⁷ Jacques Cayotte, op.cit., p.300.

Les chercheurs ont découvert sur le site de Krapina en Croatie, une dentisterie artisanale, au microscope, ils ont observé des traces de frottement sur la dentine, des fractures de l'émail survenues avant la mort. Et même, sur certaines molaires, les marques de l'usage d'un cure-dents²⁸.

5)- Les amputations :

Il y a 7 000 ans les hommes de la Préhistoire ont amputé un membre sans faire mourir le "patient", la fouille du site néolithique ancien de Buthiers-Boulancourt (Seine-et-Marne en France) a révélé le plus vieux témoignage d'une amputation, une étude vient d'être publiée dans la revue *Antiquity* concernant un squelette découvert dans ce site (à 70 kilomètres de Paris), les chercheurs émettent l'hypothèse que le bras de cet homme a été arraché suite à un accident (photos4). Il a été ensuite "opéré" de façon à couper proprement la blessure à l'aide de silex²⁹.



Photos04 :

L'étude des ossements confirme que ceux-ci ont cicatrisé et que l'homme a survécu plusieurs mois à son opération, le fait d'avoir survécu à ses blessures et son âge montrent que son entourage a dû le soigner en permanence lors de sa convalescence et la fin de sa vie.

6)-Les soins des cheveux :

Certains arguments archéologiques viennent confirmer l'hypothèse d'un souci hygiénique de l'homme préhistorique, telle que l'utilisation par les néandertaliens de pinces de crustacés afin de peigner les cheveux et probablement y retirer les parasites³⁰.

III)- L'art de soigner et de guérir dans l'antiquité :

Dans les divinités antiques, la maladie a été attribuée à la sorcellerie, aux démons, aux influences astrales contraires ou à la volonté des dieux.

²⁸ David Frayer, Joseph Gatti, Janet Monge, Davorka Radovčić, Prehistoric dentistry, in: Bulletin of the International Association for Paleodontology, Vol.11 No.1, 2017, University of Kansas, p.10.

²⁹ Michel Gruet, «Les trépanations préhistoriques», in : Groupe Vendéen D'Études Préhistoriques, 1979, N°2, p.6

³⁰ Pierre Rouxel, étude historique comparative de l'hygiène et des règles religieuses des trois religions monothéistes, thèse, université Toulouse III, 2015, p.35.

Toutes les sociétés humaines avaient recours à des croyances médicales relevant du mythe ou de la superstition pour expliquer la naissance, la mort et la maladie³¹.

1)-En Égypte :

Vers 3100 ans avant J-C, une civilisation voit le jour au bord du Nil ; cette civilisation commence avec l'unification des deux terres, la Haute et la Basse Égypte, sous l'autorité d'un roi unique, représentant le Dieu suprême parmi les hommes : Pharaon³².

Les soins sont fortement teintés de magie, il n'y était pas question d'hôpitaux, mais, il existait des établissements voués aux soins situés dans des temples, comme le temple de Hatchepsout³³. Ils étaient fréquentés par des malades cherchant une guérison³⁴.

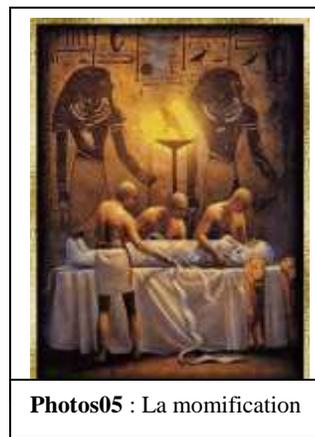
C'est grâce aux papyrus conservés dans les collections égyptiennes des grands musées du monde, comme le musée du Caire, que nous possédons quelques connaissances sur les techniques et méthodes de soins dans l'Égypte ancienne. Le papyrus d'Eberth est le meilleur exemple, il comporte des recettes thérapeutiques pour soigner les blessures, brûlures, piqûres et morsures. On peut les résumer si dessous :

1-1)-L'embaumement :

Les soins apportés au corps d'un mort prenaient le nom d'embaumement. Pour assurer le passage vers l'au-delà, égyptiens pratiquaient la momification parce qu'ils la vie après la mort, et pour les momies des parasites (photos05) ; et pour cela ils le pyrèthre une plante dont les des propriétés vermifuges et parasitocides³⁵.



Photos06 : Dieu Anubis



Photos05 : La momification

les
croyaient à
protéger
utilisaient
racines ont

³¹ Pierre Ribon, Guérisseurs et remèdes populaires dans la France ancienne, Ed. Horvath, 1983, p.27.

³² Pascal Hennequin, santé et hygiène de l'enfant dans l'Égypte ancienne, thèse dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale, Nancy1, université Henri Poincaré, 2001, p.26.

³³ Hatchepsout est la première reine d'Égypte de la 18^e dynastie.

³⁴ Pascal Hennequin, op.cit, p.58.

³⁵ Guillot Dorothée, histoire de la pharmacie, la momie de sa confection à son utilisation, Paris, 2005, p.305.

L'embaumement était placé sous la protection d'Anubis, le dieu à tête de chacal auteur de la première momie : celle d'Osiris, tué par son frère Seth puis ressuscité en oiseau et devenu le protecteur des morts (photos06).

Les embaumeurs procédaient aux diverses opérations de momification, dont la durée était théoriquement de 70 jours. La technique se faisait par le lavage des viscères avec du vin, puis l'ajout de sel et enfin l'enroulement des organes dans des bandelettes qui seront placés dans des vases sacrés qui se nomment « Canopes » (photos07). Le vase à tête de chacal contenait l'estomac, celui à tête de faucon les intestins, le vase à tête de babouin les poumons et celui à tête d'homme le foie³⁶.

Le corps était ensuite desséché à l'aide de natron³⁷. Les embaumeurs plaçaient dans l'abdomen des paquets contenant du natron et des substances aromatiques, puis ils exposaient le corps au soleil, le climat très sec favorisant le processus de dessèchement. Après des jours, les embaumeurs lavaient le corps et l'ornaient avec diverses huiles et résines³⁸, afin de rendre à la peau une certaine souplesse.

On remplissait les cavités abdominales et la cage thoracique à l'aide de tampons de lin imbibés de résine, de sciure de bois. Venait ensuite la pose des bandelettes en lin, phase au cours de laquelle étaient placées les amulettes (photos08). Les membres étaient emballés séparément, puis l'intégralité du corps au moyen de plusieurs épaisseurs de tissus. On entourait alors la momie d'un suaire³⁹.



Photos07 : Un vase canope



Photos08 : amulette permet aux morts d'avoir vue sur le monde vivant

³⁶ Vignol Nadège, la momification filière technique au temps de l'Égypte antique, 1999,p.7.

³⁷ Le natron, mélange naturel de sels de sodium. Voir : Patrick Josset, « Emplois thérapeutiques du natron dans l'Égypte antique et le monde gréco-romain », in : Revue d'Histoire de la Pharmacie, 1996, pp. 385-396

³⁸ Une résine désigne un produit polymère (naturel, artificiel ou synthétique) qui est une matière de base pour fabriquer par exemple des matières plastiques, textiles, peintures, adhésifs, vernis, mousses de polymère

³⁹ Linge entourant le corps du mort.

1-2)-Les contentions :

A une période plus tardive, dans l'ancienne Égypte, on retrouve des preuves évidentes de l'utilisation de la contention pour les vivants et pour les morts. Les vivants d'abord étaient fréquemment soignés et soulagés par des bandages, la pose d'un bandage chez un patient était considérée comme un acte médical et religieux important qui réclamait la protection des dieux⁴⁰.

C'est dans le mythe d'Isis et d'Osiris qu'il faut chercher les preuves de l'importance de la contention. Osiris est le dieu fondateur de la royauté égyptienne, fils du ciel et de la terre, il est tué par son frère jaloux de lui pour des questions d'héritage. Ce frère envieux et méchant après avoir tué Osiris, le découpe en morceaux qu'il disperse selon la légende dans le delta du Nil. C'est alors que la déesse Isis qui est l'épouse d'Osiris recherche et rassemble les morceaux du corps de son époux afin de le faire ressusciter grâce à ses pouvoirs magiques. Mais afin que l'âme d'Osiris puisse à nouveau revenir à l'intérieur de son corps, il faut réunir fermement les éléments dispersés de son corps par des bandages serrés. C'est ainsi qu'apparaît en Égypte la première contention⁴¹.

1-3)- Les amputations :

On peut considérer que l'histoire des amputations commence le jour où des archéologues découvrent dans un sarcophage égyptien une momie présentant au niveau d'un membre supérieur un appareillage de types prothétique⁴².

Enfin, il faut préciser qu'il n'y a aucune preuve que les égyptiens aient pratiqué la trépanation, les trépanations sont parfois en rapport avec certaines techniques de momification, l'extraction du cerveau était effectuée par voie transnasale, mais pour faciliter

⁴⁰ Iskander et Harris, "A skull with silver bridge to replace a central incisor", in : Annales du Service des Antiquités de l'Égypte, 1977, N° 62, p.43.

⁴¹ Christian Gardon-Mollard, 10 000 ans d'Histoire de la contention médicale, Éditeur Elsevier Masson, 2012, p.96.

⁴² Amrane Lakhdar, Le traumatisme psychique chez les amputés, mémoire de master en Psychologie Clinique, thèse, Université Abderrahmane Mira- Bejaia 2013/2014, p.3.

certaines extractions difficiles de l'encéphale, les embaumeurs étaient amenés à réaliser de véritables trepanations post mortem⁴³.

2)-En Mésopotamie :

La Mésopotamie, aujourd'hui l'Irak, est une région située au Proche-Orient qui désigne le pays « entre les deux fleuves », le Tigre et l'Euphrate. Elle a été, trois millénaires avant notre ère, le siège de remarquables civilisations : Assur, Ninive, Babylone, furent les capitales de puissants empires⁴⁴.

L'art de guérir en Mésopotamie fut comme tous les peuples de la haute antiquité, fondé sur la magie et la religion. Des tablettes d'argiles apportent la preuve indiscutable de l'existence de cet art. Il s'agit des onguents, des décoctions, des pommades et de suspensions buvables. Ainsi, d'autres produits comme le chanvre, l'opium, l'ivraie qui servaient de narcotiques et enfin, les massages abdominaux et les prescriptions diététiques, telles le vin de palme, la bière d'orge fermenté⁴⁵.

Les conceptions de soins étaient aussi un mélange curieux et confus de magie, d'astrologie et de divination. Pour lutter contre les «malheurs», les mésopotamiens faisaient appel à deux types de soigneurs :

- Le premier portait le nom d'Ashipu désigne « Sorcier », son rôle essentiel consistait à diagnostiquer le mal, il devait déterminer si la dite maladie ne pouvait pas être la conséquence d'une erreur ou d'un péché de la part du malade. Une fois la cause établie, l'Ashipu pouvait essayer de guérir le patient au moyen de « charmes de prières et d'incantations»⁴⁶.

- Le second praticien qui portait le nom d'Asu et qui était le spécialiste des traitements à base de plantes. Pour soigner les blessures, par exemple, il faisait reposer ses soins sur trois

⁴³ Bernard Ziskind, op.cit, p.113.

⁴⁴ [Irissou Louis, « La thérapeutique dans l'ancienne Mésopotamie », In : Revue d'histoire de la pharmacie, 41e année, n° 136, 1953, p.19.](#)

⁴⁵ [Ducable Gérard, sous le titre de «L'art de guérir en Mésopotamie ancienne», Citation tirée de la communication présentée à la séance du 20 février 1982 de la Société française d'histoire de la médecine, p.27.](#)

⁴⁶ [Christine Lemaire-Duthoit, magiciens et sorciers au moyen âge, éditions ellipses, Paris, 2011, P13.](#)

techniques de bon sens : nettoyage de la plaie (avec utilisation de plantes), bandage et maintien en place au moyen de plâtres⁴⁷.

3)-La Grèce antique :

Le soin apparaît en Grèce comme la raison d'être, l'étude de l'art de soigner nous mène à l'œuvre d'Homère⁴⁸ et à d'autres sources plus récentes et peu nombreuses. Les Grecs vouaient un véritable culte au corps et à la beauté, leurs déesse de la santé et de la propreté « Hygie » fille d'Asclépios⁴⁹, elle est représentée le plus souvent avec un serpent enroulé autour de son bras et buvant dans une coupe qu'elle tient à la main, l'emblème des pharmaciens aujourd'hui⁵⁰.

Beaucoup de Grecs font reposer la guérison sur des pratiques et méthodes thérapeutiques prenons ses exemples suivants :

3-1)-Le miel :

Le miel est incroyable pour la peau grâce à ses propriétés antibactériennes et anti oxydantes⁵¹. Les Grecs l'appliquaient directement sur le visage et le corps pour améliorer la douceur et l'éclat de la peau ou le mélangeaient avec du lait, de l'huile d'olive et des herbes diverses, il le sert notamment comme remède pour traiter les infections de la gorge⁵².

3-2)-Le sel de mer comme exfoliant :

Le sel est un symbole de purification et de destruction chez les grecs, il aidait à enlever la saleté, les cellules mortes et comédons, et nourrir, tonifier et détoxifier la peau. Les Grecs l'appliquaient directement ou le mélangeaient avec de l'huile d'olive pour un peeling naturel hydratant⁵³.

⁴⁷ Gérard Ducable, op.cit., pp23-25.

⁴⁸ Poète épique grec du 9e siècle av. J.-C., réputé être l'auteur de l'Iliade et de l'Odyssée.

⁴⁹ Fils d'Apollon et le dieu guérisseur le plus célèbre de l'antiquité.

⁵⁰ Service culturel-musée gallo-romain, catalogue de l'exposition « la médecine à l'époque romaine », Lyon-Fourvière, 2011, P15.

⁵¹ Claude Viel, Jean-Christophe Doré, « Histoire et emplois du miel, de l'hydromel et des produits de la ruche », in : Revue d'Histoire de la Pharmacie, 2003, pp. 7-20.

⁵² Catherine Crépeau, les vertus miraculeuses du miel, les éditions de l'homme, p.92.

⁵³ <https://www.plus-saine-la-vie.com/beaute/9-conseils-pour-rester-jeune-selon-la-grece-antique>.

3-3)- la cryothérapie :

La cryothérapie vient de l'association des termes grecs « kruos » qui signifie froid et « therapeuein » qui signifie soigner⁵⁴. L'utilisation du froid pour se soigner remonte à la Grèce antique, dans ses écrits, le médecin Hippocrate, au 5ème siècle avant JC, souligne l'utilisation de la glace et de la neige comme antalgique et anti-inflammatoire pour tenter de soigner ou de soulager des maux chez les malades⁵⁵.

3-4)- La diététique :

La diététique avait en Grèce un caractère élitiste, qui s'est même conservé de nos jours. Le régime des athlètes, qui essayaient d'obtenir le meilleur rendement sportif, était une bonne méthode de soins connue depuis l'antiquité. Les gymnases prenaient soin de la fixation du régime alimentaire, le choix et la quantité de la nourriture adéquate pour développer un corps fort et beau⁵⁶.

4)- La Rome antique :

Les soins de la Rome antique héritent directement des soins de la Grèce antique, dès cette époque les soins liés à l'hygiène du corps apparaissent. Les trouvailles archéologiques nous montrent l'existence de toute une série de soins corporels, pour preuve: peignes, épingles à cheveux, rasoirs, miroirs, cure-oreilles et cure-dents⁵⁷. Les méthodes de soins utilisaient fréquemment par les romains sont :

4-1)-les soins de la bouche et des dents :

⁵⁴ Danielle De Clecrocq, Étymons Grecs et latins du vocabulaire scientifique français, P.57

⁵⁵ Romain Bouzigon, « développement d'une nouvelle technologie de cryothérapie », thèse, Université de Franche-Comté, Ecole Doctorale environnement, Besançon, 2016, p.37.

⁵⁶ Grégoire Tsoucalas, La médecine Grecque de l'époque pré-Hippocratique, Éditions Saint George, 2017, p.144.

⁵⁷ Clara Aguston, C'est du propre! Hygiène et cosmétique à l'époque romaine, Musée Romain Vallon, 2007, p.7.

Les romains utilisaient pour leurs soins de bouche une poudre à base de soude, appelée « dentifricum », de l'urine, de la cendre de corne de cerf pour les douleurs dentaires⁵⁸. Ils utilisaient aussi des cure-dents en bois, os ou en métal pour nettoyer entre les dents⁵⁹.

4-2)-L'épilation :

Les fouilles archéologiques effectuées sur la plupart féminines datant de cette époque ont permis de des quantités impressionnantes de pinces à épiler



des sépultures mettre au jour (photos09). Les femmes romaines

s'épilaient les aisselles et les jambes avec une crème dépilatoire à base de poix⁶⁰ dissoute dans de l'huile et parfois mélangée à de la résine de pin ou de la cire⁶¹.

4-3)-Le massage :

Les Romains utilisaient le massage pour assouplir les tissus, préparer les lutteurs et soulager les douleurs des gladiateurs⁶².

4-4)-Soigner les plaies :

Les soigneurs romains compressaient la plaie à l'eau vinaigrée pour arrêter l'hémorragie, puis nettoyaient la blessure des caillots de sang. Les plaies souillées étaient ensuite suturées et parfois recouvertes d'un mélange appelé barbarum (huile, vinaigre, aluminium, oxyde de plomb)⁶³.

5)-L'art de guérir et de soigner en Europe au Moyen âge :

Le Moyen Age est une période longue de dix siècles dans l'histoire de l'Europe. Il s'étend de la chute de l'Empire romain à la chute de l'empire byzantin ou à la Renaissance, soit du 5ème

⁵⁸ François Gilbert, Danielle Chastenet, La femme romaine au début de l'Empire, Errance éditions, 2013, p.94.

⁵⁹ Clara Aguston, opcit, p.14.

⁶⁰ Matière visqueuse et agglutinante à base de résine ou de goudron végétal.

⁶¹ Couteau Céline, Coiffard Laurence, « Petite histoire des dépilatoires », In: Revue d'histoire de la pharmacie, 93^e année, n°345, 2005, pp. 101-104.

⁶² Sallenave Elsa, L'éveil du coma est entre nos mains, Diplôme d'État d'Infirmier, Promotion 2006/2009, Fondation Léonie Chaptal, p.22.

⁶³ Extrait de la Présentation du cours de Thierry Le Guyadec, « Petite histoire des plaies et des pansements », Service de Dermatologie de l'Hôpital d'Instruction des Armées HIA, Percy, janvier 2018.

siècle au 15^{ème} siècle de notre ère⁶⁴. L'assistance aux malades se faisait dans les monastères par les moines et les nonnes. Les soins consistaient à distribuer les repas, laver les malades, assister les femmes en couches et transporter les blessés⁶⁵. Parmi les méthodes de soins utilisées :

5-1)-Soigner par les plantes (phytothérapie) :

Au Moyen-âge on avait une bonne connaissance des plantes, on utilisait l'écorce de saule pour traiter la fièvre⁶⁶ et l'armoise qui a pour effet de débarrasser le système digestif des vers⁶⁷. On utilisait notamment du pavot et même du cannabis comme analgésique⁶⁸.

5-2)-Les amputations :

La plupart des amputations étaient dues aux batailles mais aussi à la lèpre et à la gangrène. Les méthodes primitives étaient de nouveau employées durant le moyen âge : on coupe, on plonge dans l'huile chaude et on finit au fer rouge. Ceux qui ne succombaient pas aux hémorragies et aux infections étaient rares⁶⁹.

5-3)-Les saignées :

C'est au Moyen Âge que fut pratiquée la saignée d'une manière excessive⁷⁰, ce sont le plus souvent les barbiers, et plus tard les chirurgiens qui rempliront cet office. A partir du 15^{ème}

⁶⁴ Didier Méhu, Gratia Dei Les chemins du Moyen Âge, Édition Flides, 2003, p40.

⁶⁵ Sara Caverzasio, mémoire de fin d'études, L'évolution du rôle infirmier à travers les formations, haute école valaisanne, 2007, p.54.

⁶⁶ Jacques Fleurantin, du bon usage des plantes qui soignent, éditions ouest France, 2013, p.205.

⁶⁷ Leonhart Fuchs, projet dépliant, « Le jardin du guérisseur de Charlemagne à Érasme : l'art de guérir par les plantes au Moyen Âge et à la Renaissance », Centre national d'Histoire des Sciences, in : De historia stirpium, Anderlecht, 2012, p.26.

⁶⁸ Chloé Bozzola, Botanique et art dentaire à travers les âges, Thèse en vue de l'Obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, 2006, université Nancy1, p.6.

⁶⁹ Anne Curelli, « Douleur du membre fantôme : Influence de facteurs psychologiques », mémoire, université Charles De Gaulle de Lille3, UFR de psychologie, 2004, p.6

⁷⁰ Danièle Étienne, « La saignée à travers les âges », in : Soins, Vol 52, N° 716 - juin 2007, Institut Curie, Paris, p. 46.

siècle, avec le développement de l'astrologie qui devient une science incontestée, la date et même l'heure de la saignée prennent une importance considérable⁷¹.

Les saignées consistent à provoquer l'évacuation d'une certaine quantité de sang⁷². La veine céphalique, par exemple, était ainsi appelée parce que la saignée à cet endroit servait à soulager les maux de tête et les hémorragies nasales⁷³.

6)- L'art de guérir et de soigner dans le Monde Arabo-musulman :

La femme musulmane avait le mérite de soigner dans le domaine du secourisme et du nursing, certaines d'entre elles ont joué un rôle important depuis l'aube de l'Islam. Elles étaient volontaires et bénévoles dans les batailles du prophète, s'occupant des malades, portant les ustensiles pleins d'eau et tout le nécessaire de bandages pour secourir les blessés, pansant leurs plaies et immobilisant leurs fractures.

Le prophète lui-même enseignait les mesures d'hygiène à ses fidèles, insistant sur l'importance du jeûne, du miel et de la cautérisation à fin de soigner le corps⁷⁴, le Messenger (qu'Allah le bénisse et le salue) a dit : « Cinq choses sont des dispositions naturelles, ôter les poils du bas-ventre, la circoncision, se tailler les moustaches, s'épiler les aisselles, et se couper les ongles »⁷⁵.

A partir du 7ème siècle après Jésus Christ, les malades étaient soignés dans des hôpitaux dénommés bîmâristâns⁷⁶, ils étaient accueillis et pris en charge par un personnel qualifié à Damas ou à Bagdad, Il suffit d'évoquer quelques glorieux nom de la médecine : Al-Kindi, Al-Razi (Rhazes)⁷⁷, Ibn Sina (Avicenne), Ibn al-Nafis⁷⁸.

⁷¹ Laurence Moulinier, *Le sang au Moyen Age, entre savoir et questionnements, science et imaginaire*, éditions confluentes, Bordeaux, 2003, pp.3-4.

⁷² Michèle Bilimoff, *les remèdes au Moyen Age*, Edition ouest-France, juin 2011, p.56.

⁷³ Guy Strohmaier, « Réception et tradition : la médecine dans le monde byzantin et arabe », in : *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris, 1997, p. 131.

⁷⁴ Driss Moussaoui, Saadeddine El Otmani, « Introduction des hôpitaux dans les pays arabes et musulmans », in : *Histoire des sciences médicales*, T28, 1994, N°2, Fès, p130.

⁷⁵ Rapporté par Muslim, n° 261, at-Tirmidhî, Abû Dâoùd, an-Nassâï.

⁷⁶ Bîmâristâns de « bimar » malade et de « stan » lieu.

⁷⁷ Al-Razi a été le premier médecin connu pour avoir écrit des articles sur l'allergie et le système immunitaire.

⁷⁸ En 1242, Ibn Sina a été le premier à décrire la circulation pulmonaire.

7)- L'art de guérir et de soigner pendant la renaissance :

Le 15^{ème} et le 16^{ème} siècle est une période de transition entre le Moyen Âge et les temps modernes, cette période est appelée Renaissance.

Le malade de la Renaissance s'adressait à une multitude de personnes qui pouvaient le soigner ou le guérir. Il y a d'abord les religieuses et les moines, puis les chirurgiens qui étaient des artisans exerçant un métier manuel et enfin le groupe des médecins⁷⁹.

Au seizième siècle, les soignants combattaient "l'empoisonnement" dû à la poudre des armes à feu par cautérisation à l'huile bouillante ou au fer rouge, ce même geste était utilisé aussi pour les amputations, par la suite l'huile bouillante fût remplacée par un mélange de jaune d'œuf, d'huile de rose et de térébenthine⁸⁰.

8)- L'art de guérir et de soigner à l'époque moderne et contemporaine :

En France au 17^{ème} siècle le prêtre Saint-Vincent de Paul fondait la compagnie des « filles de la charité »⁸¹, afin de soigner les pauvres et les malades dans les églises.

En Angleterre, les soins sont donnés par des femmes ignorantes et grossières qui maltraitent les malades⁸². Pour cela une réforme des soins s'est avérée urgente et nécessaire au début du 19^{ème} siècle. Cette réforme a été l'œuvre de Florence Nightingale en Angleterre, une infirmière Anglaise, qui a exercé une activité exemplaire pour donner des soins aux soldats malades ou blessés⁸³. L'infirmière est devenue une professionnelle autonome dont le rôle est complémentaire de celui des autres professionnels de la santé.

Le terme infirmière est utilisé pour la première fois au 19^{ème} siècle pour le personnel de l'Assistance Publique de Paris reléguant le terme de garde-malade.

⁷⁹ Guy Durand, Andrée Duplantie, Yvon Laroche et Danielle Laudy, histoire de l'éthique médicale et infirmière, Montréal, 2000, pp.101-136.

⁸⁰ C'est une oléorésine récoltée à partir des arbres résineux, de couleur jaune ou brunâtre selon l'origine de l'arbre.

⁸¹ Matthieu Bréjon de Lavergnée, Histoire des Filles de la charité, Fayard, Paris, 2011, p.90.

⁸² Rouis Hamouda, op.cit., p130.

⁸³ Alex Attewell, « Florence Nightingale (1820-1910) », in : Revue trimestrielle d'éducation comparée UNESCO, bureau international d'éducation, vol. XXVIII, n° 1, Paris, 1998, pp. 173-189.

Au 20^{ème} siècle les soins contribuent à maintenir et à entretenir la vie. L'infirmière est aidante, elle devient une auxiliaire médicale car les médecins ont besoin d'aide face aux découvertes du début du siècle⁸⁴.

Conclusion :

La profession de soignant est à l'origine un métier de femme, et la transmission du savoir n'était qu'orale, elle ne savait souvent ni lire ni écrire. Mais grâce à son observation et sa recherche, la femme accumule une grande connaissance sur le bien être des malades.

Les méthodes de soins n'ont cessé d'évoluer au fil des temps. Le long parcours de l'art de soigner est une voie plongée dans un lointain passé, mais ouvrant sur le temps d'aujourd'hui qui nous permet de mieux comprendre les récents bouleversements survenus au sein de cette discipline. Il nous montre aussi comment le langage, la pensée et la pratique des soins de chaque époque se rattachent à son environnement philosophique, scientifique et social.

Une meilleure compréhension de ce passé est primordiale, elle permet de saisir la signification originelle des soins : celle de promouvoir la santé, prévenir la maladie et guérir les malades.

La recherche dans le domaine de soigner aura sûrement de nouvelles méthodes dans les années à venir, il est important donc d'intégrer l'histoire des soins dans les programmes d'études des écoles d'infirmières.

Enfin tout en y ajoutant de récentes notions : selon Sigmund Freud, le métier de soignant est l'un des trois «métiers impossibles», les deux autres étant : éduquer et gouverner. Cette formule associe ces 3 métiers au fait que jamais le résultat espéré ne sera atteint. La personne exerçant l'un de ces trois métiers est certaine d'échouer. Il faut dans ces métiers quitter la logique de résultat pour la logique des finalités.⁸⁵.



⁸⁴ Laurette Mira, op.cit., p.131.

⁸⁵ Laboratoire de Pédagogie de la Santé, Les 30 mots de l'éducation thérapeutique du patient, Université Paris13, 2010, p.37.