



ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET UNIVERSITAIRE

UNIVERSITE PEDAGOGIQUE NATIONALE

B.P.8815 KINSHASA I

FACULTE DE PEDAGOGIE ET DE DIDACTIQUE DES DISCIPLINES

DEPARTEMENT D'AGREGATION ET DIDACTIQUE DES DISCIPLINES

THESE DE DOCTORAT N° 003/ADD/ FPDD/UPN/2022

Domaine : Didactique des disciplines

Spécialité : Sciences de santé

Orientation : Santé Publique

Présentée et soutenue publiquement

Par

KITENGE KASADI Bin Saleh

MANAGEMENT INCLUSIF DU SYSTEME DE SANTE

**Plaidoyer pour la participation des peuples autochtones à la gestion de la Zone
de santé de Nyunzu et la promotion de l'éducation interculturelle**

Promoteur : Dr MASANDI MILONDO Alphonse, Professeur Ordinaire, (UPN)

Co-promoteur: Dr KAFINGA LUZOLO Emery, Professeur, (ISTM - KIN)

JURY

Président : Dr MUKAU EBWEL Joachim, Professeur Ordinaire, (UPN)

Secrétaire : Dr KINYOKA KABALUMUNA God'El, Professeur ordinaire, (UPN)

Membres : Dr MASANDI MILONDO Alphonse, Professeur Ordinaire, (UPN)

Dr KAFINGA LUZOLO Emery, Professeur (ISTM - KIN)

Dr KAPENGA KASONGO Jean Jacques, Professeur Ordinaire, (UPN)

Dr KALENGA TSHIALA Marie Claire, Professeur, (UPN)

Dr INDENGE Y'ESAMBALAKA José, Professeur ordinaire, (UPN)

Année académique 2021-2022

EPIGRAPHE

« Il existe un risque permanent que les disciplines étudiées à l'école soient isolées des expériences de la vie ... Nous arrivons ainsi à l'idée ordinaire de l'éducation : l'idée qui ignore son besoin social et son identification avec toute association humaine qui touche la vie consciente, et qui identifie l'éducation comme la transmission d'information sur des questions lointaines et à travers des signes verbaux : l'alphabétisme. »

John Dewey 1916

« Nous avons devant nous une proposition éducative née des conflits qui se produisent dans les sociétés multiculturelles, et dont l'objectif final est de promouvoir une rencontre entre différents collectifs, groupes ethniques, etc. où se produira un échange sur un pied d'égalité, en conservant la spécificité de chacun, tout en recherchant l'enrichissement mutuel... ses destinataires sont aussi bien les membres de la population autochtone que les personnes appartenant aux différents collectifs ethniques... Les différents membres qui composent une société multiculturelle doivent travailler pour construire une société interculturelle. »

Collectif AMANI 1994

IN MEMORIAM

À notre chère regrettée mère, Faila Mbaki Nafisa Éveline. La reconnaissance de vos bienfaits reste une tâche indélébile de notre âme. Nous n'oublierons à jamais « FATIA » votre leitmotiv réconciliateur et de pacification pour toute discordance. Vous restez l'unique pour nous jusqu'à nos derniers soupirs.

Certes YAMBAKI, vous avez planté dans la douleur sans pouvoir récolter les fruits de votre dur labeur. Que Dieu vous récompense et vous assiste dans le monde d'au-delà.

À nos très chers regrettés frères et sœurs, fils et filles, beau-père, belles sœurs, oncles, tantes et amis. Vous qui devriez partager avec nous la joie du fruit de ce travail mais le séjour de morts nous a séparé à l'aurore du jour, nous restons affectif en votre mémoire.

KITENGE KASADI BIN SALEH

Chef de Travaux

DEDICACE

À vous, notre très chère épouse KASONGO VUMILIA Joséphine, notre alliée sociale, économique, scientifique, ... pour votre souci de la promotion familiale,

À vous tous fruits de notre progéniture, Delphin Asumani Kibingo wa Kasadi, Shekombo wa Kasadi, François Isinda wa Kasadi, Jean Saidi wa Kasadi, Michel Kasongo wa Kasadi, Trésor Saleh wa Kasadi, Bin Saleh Kasadi Benjamin, Asani Useni wa Kasadi Gentil ;

À vous tous beaux-frères: Asumani Delphin, Kasongo Kilala, et neveux Bukinga Ngoy Ruffin, Michael Saidi Muteba, Tonton Brice Albaty, Nyembo Shomari, Ngereza Asumani, Paul-Yuyu pour votre détermination et engagement scientifique. Que cette thèse de doctorat, la première de la grande famille constitue la « luciole » de votre vie avenir.

A vous notre oncle maternel, KALUME MWANASHIMA « Kamwashi » nouveau licencié en casquette blanche et toute votre progéniture (Pascal,...)

À vous tous collègues de service de la conférence provinciale de l'E.S.U. Tanganyika et particulièrement ceux des ISDR, ISP, et des ISTM aspirant briser votre servitude de classes scientifiques à travers notre Alma Mater UPN.

À vous tous qui vous intéressez à la pérennisation des forêts du savoir dans sa complexité.

REMERCIEMENTS

La transformation sociale et économique de notre milieu doit provenir de l'exploitation de l'intelligence que Dieu le Tout Puissant nous a donnée. Nous estimons que ce travail apporte sa part pour cette transformation. Au terme de cette thèse de doctorat en Didactique de Discipline, nous avons le visage resplendissant de joie pour pouvoir franchir cette épisode mais également la détermination de demeurer dans le laboratoire de recherche scientifique entouré de la jeunesse scientifique pour non seulement découvrir davantage et préparer notre propre relève scientifique et académique, mais aussi pour apporter les meilleurs de nous-même à la société, motif de notre inscription à l'Université pépinière des enseignants du niveau supérieur et universitaire.

Cependant, seul, le chemin scientifique pouvait nous être glissant et épineux. Pour boucler cette thèse de doctorat en Didactique de Discipline, Orientation : Santé, il a fallu la contribution de plusieurs personnes de loin ou de près pour apporter chacune d'elles une pierre à cet édifice. Que ce travail soit pour elles le signe d'une profonde reconnaissance.

De prime abord, que l'honneur et la gloire soient rendus à l'Éternel Tout Puissant pour ses très hauts faits dans notre vie et pour la grâce particulière ; puisque le mythe pour nous devient une réalité d'être compté parmi la classe savante du monde. Que son nom soit loué à travers ce travail d'éternité en éternité.

Que nos hommages vibrants soient adressés aux membres au comité de Gestion de l'Université Pédagogique Nationale (UPN) pour la volonté de nous accorder la chance de nous mesurer dans ce chemin scientifique combien glissant. Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sincères remerciements.

Nos sentiments de gratitude spéciale vont tout droit au Professeur Ordinaire Masandi Milondo Alphonse et au Professeur Kafinga Luzolo Emery qui, nonobstant leurs occupations multiples tant socio- économiques, académiques qu'administratives, ont accepté de diriger volontairement cette thèse de doctorat avec toute la rigueur scientifique. Leurs orientations, remarques, conseils et suggestions ont revêtu à ce travail la haute facture

D'une manière globale, nos sentiments de gratitude s'adressent à tous les membres du corps académique et administratif, pour leur disponibilité et avoir accepté de contribuer à notre formation, nous citons le Professeur MUKAU Ebwel, Professeur Masandi

Alphonse et le Professeur Baleke. Prière recevoir ici l'expression de nos profondes reconnaissances.

Nos sentiments de gratitude vont spécialement au DG Richard Ngalu Mukonkole de l'ISDR Lubao, au DG Prof Mande Kagogwa (ISHP) et au président de la conférence, le Recteur de l'UNIKAL, le Professeur Kalunga Tshikala Victor et aux membres du comité de gestion de l'ISTM et de l'ISDR Kongolo pour les encouragements et appuis qui produisent;

Nous remercions en plus, le comité de gestion de l'ISTM Manono, par l'entremise DG Kasongo Francis et du vaillant combattant et président Hervé Kachelewa Amsini, pour la facilitation et la signature de la convention qui a rapproché l'UPN au Tanganyika

Nos sentiments de reconnaissance vont également à nos enfants pour leurs sacrifices Asumani Kibingo Delphin wa Kasadi, Shekombo wa Kasadi, Léopold Katanga et François Isinda wa Kasadi, Michel Kasongo wa Kasadi (tous, collègues de chambre d'étude), Jean Saidi wa Kasadi, Shako Isinda, Trésor Saleh wa Kasadi, Benjamin Bin Saleh wa Kasadi, Useni Gentil, pour l'abandon de responsabilité encaissé pour nos études.

Nos sentiments de reconnaissance vont également à mon père Saleh wa Kasadi Éva qui, malgré le poids de ces neuf décennies, continue à nous encourager pour nos études.

Notre reconnaissance exceptionnelle est adressée à madame notre épouse Kasongo Vumilia Joséphine qui s'est traduit de notre femme à notre mère pour les encouragements, appuis et sacrifices sans mesure. C'est grâce à ces encouragements immesurés, interventions et sacrifices que nous vivons cet aboutissement heureux de ce cycle et la rédaction de notre première thèse de doctorat, la première de notre famille, que le Très Haut trouve la contrepartie de ces mérites.

Notre remerciement s'adresse aussi aux compagnons de lutte, CT Kamakumbi Yauli, Paul Iloko, CT Yuba, Dr Nduwa, Sœur Benita et CT Kimputu pour leurs contributions combien bénéfiques pour l'aboutissement heureux de notre thèse.

Enfin, nombreux sont ceux-là qui, de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre nous ont assisté matériellement, moralement, spirituellement et financièrement durant cette période d'acquisition du savoir à l'Université Pédagogique Nationale. Nous sommes de cœur avec eux bien que l'espace ne nous a pas permis d'insérer leurs noms sur cette liste. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

KITENGE KASADI BIN SALEH

LISTE DES ABREVIATIONS

- ACF : Actions contre la faim
- ACP : analyse en composantes principales.
- AFE : Analyse factorielle exploratoire
- AIDS : Actions et Intervention pour le Développement et l'Encadrement Social
- AGR : Activités Génératrices de Revenu
- AIRD : African Initiative for Relief and Development
- APEF : Association pour la Promotion de l'Enfant et de femme
- ASF : Association de Santé familiale
- BCP : Bulletin Communautaire de Performance
- BCZS : Bureau central de zone de santé
- BIE : Bureau International de l'Éducation
- CDB : Convention sur la diversité biologique
- CDJP : Commission Diocésaine Justice et Paix
- CDV : Comité de Développement de villages
- CLD : Comité Local de Développement
- CLIP : consultations libre et préalables
- CNRSD : Conflict Resolution Network Schools Development
- CPPA : Cadre de Planification en Faveur des Populations Autochtones.
- COVID : Corona virus disease
- CP : capacité de production
- CS : Centre de santé
- CSR : Centre de santé de référence
- CSU : couverture sanitaire universelle
- DNUDPA : Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones

- DPS : Division Provinciale de la Santé
- DSCRP : Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
- EAI : Education andragogique interculturelle
- ECZS : Equipe cadre de la zone de santé
- ENA : Enfants Non Accompagnés
- FAO : Organisation de Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
- FEM : Fond de l'Environnement Mondial
- FIDA : Fond International de Développement Agricole
- FMI : Fondation Moza Internationale
- FOSA : Formation Sanitaire
- HIMO : haute intensité de la main d'œuvre
- HGR : Hôpital Général de Reference
- IDA : Association Internationale de Développement
- IPS : Inspections Provinciales de la Santé
- IRC : International Rescue Committee
- ISO : International Standard Organisation
- IT : Infirmier titulaire
- MCD : Médecin chef de division
- MdM/Fr : Médecins du Monde France,
- MRC : municipalité régionale de comté
- MT/MC : Médecine traditionnelle/ Médecine complémentaire
- OMS : Organisation Mondiale de la santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- ONGD : Organisation Non Gouvernementale de Développement
- PA : Peuple autochtone
- PAP : Plans d'Actions Prioritaires.
- PCA : Paquet complémentaire d'activités
- PCAS : Plan conjoint d'amélioration de service
- PDDS : Plan Directeur de Développement Sanitaire
- PNDS : Plan National de Développement Sanitaire.
- PNS : Politique nationale de la santé
- PE : Petite entreprise

- PEC : Prise En Charge
- PEV : Programme élargi de vaccination
- PF : Planification familiale
- PMA : Paquet minimum d'activités
- PME/ PMI : Petite et moyenne entreprise/ Petite et moyenne industrie
- PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
- PS : Poste de santé
- PVV : Personne vivant avec le virus du Sida
- RDC : République Démocratique du Congo
- RECO : Relais communautaire
- RH : Ressources humaines
- SANRU : Santé Rurale
- SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
- SIS : Système d'information sanitaire
- SNIS : Système national d'information sanitaire
- SPL : Santé de première ligne
- SRSS : Stratégie de renforcement du système de santé
- SSP : Soins de santé primaire
- SURVEPI : Surveillance épidémiologique
- SVS : Survivantes des violences sexuelles
- TPE : Très petite entreprise
- UNESCO : Organisation de Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
- UNHAS : United Nations Humanitarian Air Service
- UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance
- UNTFHS : United Nations Trust Fund for Human Security
- USD : Dollar américain
- VSBG : Violation sexuelle basée sur le genre
- VVS : Victime de violence sexuelle
- ZS : Zone de santé
- ZSR : Zone de santé rurale

LISTE DES FIGURES & SCHEMAS

Graphique 4.1. Attitude des tradi-praticiens face à la médecine moderne	157
Graphique 4.2. Disposition des tradi-praticiens à collaborer avec les autres acteurs de la santé	158
Graphique 4.3. Préférence de collaboration des tradi-praticiens avec des catégories socioprofessionnelles	159
Graphique 4.4. Attentes des enquêtés par rapport à l'amélioration du système de santé	160
Graphique 4.5. Occupation de poste dans le système de santé par les peuples autochtones	161
Graphique 4.6. Malades consultés et enregistrés en médecine traditionnelle	162
Graphique 4.7. Malades consultés en médecine traditionnelle et rapportés	163
Graphique 4.8. Malades transférés de la médecine moderne à la médecine traditionnelle	164
Graphique 4.9. Motifs de transfert auprès des tradi-praticiens	165
Graphique 4.10. Actions à mener pour améliorer la collaboration	166
Graphique 4.11. Inclusion des connaissances autochtones dans les curricula de formation médicale	167

Graphique 4.12. Intégration des enfants autochtones dans les écoles médicales modernes	168
Graphique 4.13. Efficacité de la médecine autochtone	168
Graphique 4.14. Connaissance du Coordonnateur de la médecine traditionnelle	169
Graphique 4.15. Destination des rapports des tradipraticiens	170
Graphique 4.17. Cadre de formation des bantous & batwas	171
Graphique 4.18. Blocage du progrès des tradi-praticiens	172
Graphique 4.19. Eléments pour la promotion des tradi-praticiens	173
Schéma I.1. : Problème en management et en santé	31
Carte II.1 : la cartographie du territoire de Y	108
<i>Diagramme1.1 : Fonctions liées au contrôle</i>	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1. : Relation entre administration/ gestion et management	25
Tableau II.1 : Trois modes de raisonnement scientifique	121
Tableau 2. 2. Interprétation du coefficient Kappa de Cohen	126
Tableau 2.3. Coefficient Kappa pour la validation de contenu de la grille d'entretien	127
Tableau 2.4. Congruence Questions-Thèmes de la grille d'entretien	129
Tableau 2.5. Validité interne de la grille d'entretien	131
Tableau 2.7. Niveau de significativité des coefficients structurels selon la taille de l'échantillon	143
Tableau 2.8 : Valeurs de l'alpha de Cronbach	144
Tableau 4.1. CANEVAS du Système National D'Information Sanitaire	150
Tableau 4.2. Médecine traditionnelle	154
Tableau 4.3. Spécificités démontrées	154
Tableau 4.4. DONNEES SNIS (INFORMATIONS A COLLECTER DANS LES VILLAGES /AS Par le RECO)	155

Tableau 4.5. Consultation des tradi-praticiens avant-pendant et après un projet de santé	155
Tableau 4.6 : Causes et fréquence de non consultation des autochtones	156
Tableau 4.7. Consultation des peuples autochtones avant, pendant ou après un projet de santé	174
Tableau 4.8. Sujet de consultation des peuples autochtones	174
Tableau 4.9. Attitude face à la médecine traditionnelle	174
Tableau 4.10. Personnel de santé disposé à collaborer avec les tradi-praticiens dans le cadre de la santé	175
Tableau 4.11. Axes sur lesquels serait basée cette collaboration	175
Tableau 4.12. Appréciation du niveau de prestation dans l'aire de santé	175
Tableau 4.13. Attentes à l'égard de l'amélioration du système sanitaire de la RDC et localement	176
Tableau 4.14. Occupation de poste par les autochtones dans le système de santé	176
Tableau 4.15. Description des postes déjà occupés par les autochtones	176
Tableau 4.16. Existence d'un système d'enregistrement des données sanitaires des activités autochtones	177
Tableau 4.17. Existence d'un système de rapportage des données sanitaires pour la médecine autochtone	177
Tableau 4.18. Reconnaissance d'avoir envoyé un malade vers la médecine autochtone	177
Tableau 4.19. Actions à mener pour renforcer la collaboration entre les acteurs du système de santé	178

RESUME :**MANAGEMENT INCLUSIF DU SYSTEME DE SANTE****Plaidoyer pour la participation des peuples autochtones à la gestion de la zone de santé de Nyunzu et la promotion de l'éducation interculturelle**

Le rôle que la médecine traditionnelle et des tradi-praticiens autochtones doivent jouer pour réaliser l'objectif « santé pour tous » a été reconnue par la Déclaration d'Alma Ata en 1978. En effet, selon l'OMS (2000), 80% de la population des milieux ruraux qui vivent dans les pays en voie de développement utilisent la médecine traditionnelle pour répondre au besoin de leur santé. Raison pour laquelle, nous sommes investis pour identifier la traçabilité de ces informations et nous rassurer si elles entrent en compte dans le processus de prise de décision du secteur de la santé mais aussi si les reformes mises en application en RDC tiennent compte des aspects culturels ou des points de vue des peuples autochtones. Il est aussi question de nous rassurer sur le plan didactique, comment contribuer à cet éveil

participatif communautaire mais aussi à la promotion de l'éducation interculturelle qui tienne compte de la capitalisation des valeurs pour une couverture sanitaire encouragée par l'utilisation rationnelle des ressources sanitaires trouvables.

Pour parvenir à collecter les données, nous avons opté pour une méthode abductive qui se résume en trois phases : un entretien semi dirigé et collectif avec les pygmées, un entretien semi dirigé et individuel avec les gestionnaires des structures de santé et enfin un focus group réunissant les trois parties précitées et les activistes de la Société civile.

Les données collectées et dépouillées sur Microsoft Excel ont été traitées par le Logiciel SPSS 25.00 pour dégager les caractéristiques de tendance centrale des distributions observées, de variabilité et de forme ainsi que de corrélation pour ainsi déterminer les facteurs explicatifs des résultats.

A l'issue de la recherche, il ressort des résultats que l'intégration effective des aspects culturels des autochtones reste encore plus théorique car non seulement que le SNIS n'incarne pas les informations sanitaires des autochtones en vue de les intégrer dans le processus de prise de décision pour l'amélioration de la couverture sanitaire, ces derniers ne sont consulté qu'à titre de les motiver pour leurs utilisations de service curatif et préventif. D'où la nécessité d'un plaidoyer qui suscite une conscience ferme réveillant un engagement et une responsabilité sociale de tous. La politique de référence et contre référence qui devait témoigner une collaboration n'est pas d'application mais aussi et surtout les actes thérapeutiques des autochtones ne sont inclus ni dans le PMA ni dans le PCA et leurs connaissances et expériences ne sont intégrées dans le curricula d'enseignement de sciences de santé. Ce plaidoyer doit déboucher à des compétences et connaissances à travers des formations et coachings qui imposent la conscience de coopération santé et de l'accès universel des soins influencés par un management sanitaire inclusif en RDC

Mots clés :

Management inclusif, Système de santé, Peuples autochtones, Education interculturelle

ABSTRACT

INCLUSIVE MANAGEMENT OF THE HEALTH SYSTEM

Advocacy for the involvement of the autochthonous peoples to the management of the Zone of health of Nyunzu and the promotion of the **intercultural education**

The role that the traditional medicine and of the autochthonous tradi-practitioners must play to achieve objective" health for all" has been recognized by the Declaration of Ata Alma in 1978. Indeed, according to the WHO (2000), 80% of the population of the farming surroundings that live in the developing countries use the traditional medicine to answer if need be for their health. Reason for which, we are invested to identify the **tradability** of these information and to reassure us if they enter in account in the process of decision making of

the sector of health but as if reform them setting in application in RDC hold account of the cultural aspects or the points of view of the autochthonous peoples. He/it is as question to reassure us on the didactic plan, how to contribute to this awakening communal participative but also to the promotion of the intercultural education that takes into account the capitalization of the values for a sanitary cover encouraged by the use rational of the obtainable sanitary resources.

To succeed in collecting the data, we opted for a method abductive that sums up in three phases: an interview semi controlled and collective with the Pygmy, an interview semi controlled and individual with the administrators of the health structures and finally a focus group uniting the three aforementioned parts and the activists of the civil society.

The data collected and stripped on Microsoft Excel have been treated by the Software SPSS 25.00 to clear the features of central tendency of the distributions observed, of variability and shape as well as interrelationship for so to determine the explanatory factors of the results.

To the descended of research, he/it is evident from the results that the efficient integration of the aspects cultural of the natives remained even more theoretical because not only that the SNIS doesn't embody the sanitary information of the natives in order to integrate them in the process of decision making for the improvement of the sanitary cover, these last are only consulted as to motivate them for their uses of curative and preventive service. From where the necessity of an advocacy that causes a firm conscience waking an engagement and a social responsibility of all up. The politics of reference and of application is not against reference that had to testify a collaboration but also and especially the therapeutic acts of the natives are not included in the PMA nor in the PCA and their knowledge and experiences are not integrated in the curricula of teaching of health sciences. This advocacy must clear to expertise and knowledge through formations and coaching that impose the conscience of cooperation health and the universal access of the care influenced by an inclusive sanitary management in RDC

Key words:

Inclusive management, **Advocacy**, **Involvement of the** autochthonous peoples, intercultural Education and **Management of the** sector of health.

1. INTRODUCTION

0.1. Contexte de l'étude

Tel que recommandé par la politique sanitaire de la RDC, la présente étude est menée dans une approche inclusive visant à développer l'intégration effective des communautés de base dans le processus de planification, de gestion et d'évaluation de l'efficience et de l'efficacité des activités dans le secteur de la santé, en vue d'améliorer la couverture sanitaire universelle.

Constituée d'une mosaïque des cultures, la politique sanitaire de la RDC, au niveau stratégique, voudrait implémenter des réformes orientées vers la participation de tous à la définition et à la mise en œuvre des programmes à base communautaire. Ainsi, dans un contexte multiculturel, son système d'information sanitaire est appelé à encourager des initiatives tendant vers l'implication de toutes les communautés de base, dont les peuples autochtones, à la résolution des problèmes de santé qui sévissent dans nos milieux, au lieu de se limiter tout simplement aux solutions importées et parfois inefficaces et inadaptées.

La présente étude n'a aucune prétention de modèle complet de développement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, ce qui serait impossible en l'état actuel des connaissances. Elle ambitionne tout simplement de suggérer les axes supplémentaires de recherche qui peuvent, dans la mesure du possible, servir avec l'appui de toutes les parties prenantes et partenaires de la santé, le pays à lever les options et à prendre des mesures en vue de redéfinir, si possible, sa politique sanitaire (système de santé et SNIS) en le rendant capables de répondre aux besoins et aux demandes de tous, sans exclusion aucune. C'est pour cette raison évident que nous focalisons notre réflexion sur la prise en compte de la diversité culturelle et des valeurs thérapeutiques des ressources autochtones (la pharmacopée traditionnelle) de la RDC pour la promotion de la santé.

Pour que cette politique se matérialise, il faut l'implication de toutes les ressources cibles et que chacun joue son rôle pour réaliser un état complet du bien être des individus et des communautés.

Le rôle que la médecine traditionnelle et des tradi-praticiens autochtones peuvent jouer pour réaliser l'objectif de la santé pour tous a été reconnu par la Déclaration d'Alma Ata en 1978. En effet, selon l'OMS (2000), 80 pourcent de la population des milieux ruraux qui

vivent dans les pays en voie de développement utilisent la médecine traditionnelle pour répondre au besoin de leur santé.

La RDC devait s'appuyer sur l'optique pour justifier la nécessité de l'intégration des valeurs médicales traditionnelles dans le curricula d'enseignement de sciences de santé. Plusieurs études démontrent l'impact négatif d'un curriculum où les dimensions culturelles autochtones sont peu présentes (Corbière, 2000; Battiste, 2002; Michell et al. 2008). Or, est-il possible de préserver et même de valoriser l'identité des élèves autochtones tout en respectant le curriculum en place? Une recherche-action a été effectuée dans deux écoles publiques du niveau primaire au Québec dont la proportion d'élèves Anishinabeg dépasse les 50 %. Un modèle d'intégration des dimensions culturelles autochtones en éducation a été proposé en intégrant les perspectives et savoirs des communautés de proximité, et ce, dans le cadre régulier de la classe. La recherche a été réalisée en adoptant une posture autochtone de recherche (Poirier, 2014; Smith, 1999). Une pédagogie dite hybride inspirée de la pédagogie autochtone basée entre autres sur les travaux de Battiste (2002) de même que de la pédagogie du lieu récemment réactualisée par Somerville (2011) a servi d'assise pour le développement collaboratif de vingt-six activités d'enseignement-apprentissage.

La simplification des fondements théoriques par le biais du concept développé dans le cadre de cette recherche-action a permis au personnel enseignant de l'intégrer dans leur discours, mais également dans l'élaboration et la prestation des situations d'enseignement-apprentissage.

Il convient de retenir l'importance du rôle de la communauté et des Aînés dans l'insertion des dimensions culturelles autochtones en classe, rôle perçu positivement de la part de tous les participants à la recherche. De même, la recherche remet en question certains éléments du curriculum scolaire du Québec qui gagnerait à représenter davantage les réalités et particularités des peuples autochtones.

Il nous semble vrai que l'intégration des peuples autochtones est conçu théoriquement pour justifier l'unicité du système de santé mais en réalité, les peuples autochtones subissent une exclusion importante avec leur sous-système sanitaire traditionnel. Cette exclusion est manifeste sur le plan informationnel de la santé et sur le processus de communication sociale des services de santé. Elle devrait aussi se lire sur la considération et la validation des acquis des expériences positives utiles en ce qui concerne des efforts des autochtones à contribuer à l'efficacité d'un système de santé de la RDC.

L'expérience des peuples autochtones québécois sur la didactique appliquée nous permet de croire que les peuples autochtones du Nyunzu peuvent contribuer plus, s'ils sont impliqués, à condition que ces derniers bénéficient d'un curriculum de formations dans les écoles infirmières et médicales mais aussi et en pédagogie intégrative. Cela est aussi possible si l'approche éducationnelle cible aussi les dimensions socio- économiques de l'innovation dans le processus de l'apprentissage favorable au système de santé multiculturel comme la RDC.

Il nous semble aussi vrai que nos réformes des politiques sanitaires sont des copies des innovations étrangères qui ne tiennent pas compte des forces et opportunités à saisir pour un pays à grandes potentialités des ressources comme la RDC. Ceci reste à démontrer suite à l'esprit de dépendance que subit le système sanitaire en rapport avec la pharmacopée étrangère minimisant des innovations criantes comme le « manacovid » et tant d'autres.

Bien que minoritaires, les peuples autochtones constituent une couche importante du système de santé non négligeable qui représente presque 30% de la population dans certains territoires du Tanganyika (cas du territoire de Nyunzu). Il semblerait que cette couche reste presque non représentée dans les structures et services de santé de la province et même du niveau national pour apporter et défendre leur capacité contributive valorisant le système de santé de la RDC.

Notre curriculum professionnel avec les ONG internationales (Médecins du Monde France, IRC, Fondation Moza Internationale,...) soit pour appuyer le système sanitaire ou éducationnel du Tanganyika, soit pour créer une base de données pour orienter les interventions des organisations appuyées, nous a permis de constater une fragrance dans le niveau de participation des autochtones au Tanganyika ; et qui a suscité notre curiosité scientifique à mener cette étude

0.2. Justification et pertinence du sujet de l'étude

La santé n'a pas de prix, dit-on. Le niveau atteint par un pays dans l'amélioration de son système de santé, constitue un indicateur pertinent de son émergence et de son développement. Aussi longtemps que le système de santé restera faible, inefficace, inadapté et inapproprié, tout espoir de développement ne sera qu'un leurre.

Il est bien noté que la qualité de soins à offrir à la population est fortement tributaire du niveau technologique atteint par la nation, car la médecine moderne est de plus en plus

industrialisée. Mais ne perdons pas de vue que des dimensions culturelles et anthropologiques de tout peuple pèsent aussi énormément sur leurs représentations vis-à-vis du système sanitaire.

Dans ce sens, l'efficacité des soins de santé primaire implique non seulement les actions gouvernementales d'envergure dans le domaine de santé, mais aussi et surtout, l'engagement effectif des communautés qui en sont des bénéficiaires privilégiés. Ne pas tenir compte de leurs représentations et opinions, n'augure pas l'atteinte des objectifs assignés. D'où, il appert donc de solliciter, avant tout, l'adhésion communautaire à tout projet sanitaire envisagé en vue de susciter son appropriation, gage de toute efficacité.

Ainsi, les données et avis des uns et des autres, qui reflètent la participation de tous, doivent être correctement collectés et intégrés dans le système d'information sanitaire en vue de les consommer pour l'épanouissement du système sanitaire.

En pratique, dans un environnement multiculturel comme celui de la RDC et tenant compte des recommandations de l'OMS sur la considération à accorder à la médecine traditionnelle d'une part, de l'adhésion de la RDC aux différentes conventions internationales de droit de l'homme et de protection des peuples autochtones, d'autre part ; vu l'unicité du système sanitaire, il y a intérêt à évaluer l'impact de l'intégration des manières de faire, d'agir et d'être des peuples autochtones sur l'utilisation rationnelle des ressources du système de santé.

En considérant le point de vue de FIDA (2012), plus de 370 millions de personnes réparties dans quelque 70 pays de toutes les régions du monde se considèrent comme autochtones. Ne serait-ce qu'en Amérique latine, on compte plus de 400 peuples autochtones différents, dont chacun a sa propre langue et sa propre culture. Mais c'est la région Asie et Pacifique qui concentre le plus grand nombre d'autochtones (70% selon les estimations).

La RDC n'est pas en reste de cette réalité car, dans les 26 provinces qu'elle contient, on trouve les peuples autochtones qui sont, pour la plupart de cas originaires ou premiers occupants. Ces derniers ont une connaissance approfondie et diversifiée de la nature qui trouve sa source dans leur environnement local. Et parce que les terres et territoires autochtones traditionnels concentrent 80% de la biodiversité de la planète, les peuples autochtones sont à même de jouer un rôle décisif dans la gestion des ressources naturelles. Malheureusement, ces peuples paient trop souvent le prix de leur différence et sont trop fréquemment victimes de discriminations. Au fil des siècles, ils ont été dépossédés de leurs

terres, de leurs territoires et de leurs ressources, au point qu'ils sont en train de perdre la maîtrise de leur mode de vie. Ils représentent 5% de la population mondiale et 15% de ceux qui vivent dans la pauvreté.

Selon le FIDA (2012), l'un des moyens les plus efficaces de mettre les peuples autochtones en mesure de se libérer de la pauvreté consiste à les soutenir dans les efforts qu'ils entreprennent pour déterminer et orienter leur propre destinée, et à faire en sorte qu'ils soient pleinement associés à la mise en place et à la gestion des initiatives de développement.

Dans ce sens, il est à considérer que les populations autochtones de la RDC peuvent contribuer efficacement à la préservation de l'environnement et au développement de leur milieu en s'appuyant aussi sur leurs savoirs traditionnels et sur des pratiques de gestion durable des ressources à l'instar de leurs homologues des autres lieux. Malheureusement, leurs sociétés restent toujours moins instruites et leurs ressources moins intégrées dans plusieurs systèmes dont aussi dans le système de la santé et de l'éducation. Partout dans le monde, les autochtones demeurent vulnérables et continuent de souffrir de l'extrême pauvreté, de problèmes de santé et de la discrimination (Fonds pour l'environnement mondial, 2014).

0.3. Etat de la question

Loin de nous la prétention d'être pionnier de recherche sur la participation communautaire et des peuples autochtones. Nombreux sont des chercheurs qui nous ont précédés et nous inspirent.

Sans être exhaustif dans leur énumération, partons des travaux de Sabrina Tremblay (2017). L'auteur s'est intéressé au processus d'empowerment communautaire dans le cadre d'un projet de développement local en santé de proximité, où il trouve que les services de santé de première ligne (SPL) font partie de cette grande catégorie de services de proximité nécessaires au bon développement des individus et des communautés. Or, dans la périphérie du Québec, ces services sont souvent jugés comme problématiques par la population, particulièrement au niveau de l'accès à un médecin de famille dans des délais acceptables.

Pour les communautés, ces difficultés entraînent toute sorte de conséquences sociales, économiques et démographiques qui font en sorte que les milieux ne maîtrisent plus leurs leviers de développement. Peu à peu, ces communautés deviennent alors incapables de favoriser le bien-être et la qualité de vie de leurs membres. Pour faire face à cette situation, plus de 50 municipalités du Québec ont, depuis 1996, mis sur pied leur propre coopérative de

santé afin d'assurer l'accès à un médecin dans leur milieu et, on l'espère, stimuler le développement de la communauté.

Dans la mesure où ces organisations collectives répondent à un besoin identifié par la communauté et qu'elles permettent à la population d'exercer un contrôle sur les décisions, certains observateurs n'hésitent pas à parler d'empowerment communautaire. Ces assertions ont été le point de départ de la démarche doctorale de l'auteur. C'est ainsi qu'en mettant à profit le cadre théorique de l'empowerment de Ninacs, le chercheur a opté pour l'étude de cas exploratoire de la municipalité régionale de comté (MRC) Robert-Cliche (Québec, Canada) qui a mis sur pied une coopérative de santé en 2008. Plus particulièrement, il a voulu comprendre:

- les enjeux sociaux, économiques qui sous-tendent l'investissement de la communauté dans le projet de coopérative de santé ;
- les mécanismes qui ont été mis en œuvre afin favoriser la participation citoyenne ;
- les autres facteurs structurants (communications, compétences collectives, capital communautaire) qui ont participé à la réalisation du projet coopératif.

Les résultats de ce travail permettent de constater que la MRC Robert-Cliche est une communauté qui entretient une double position périphérique, ce qui la rend plus vulnérable sur le plan socioéconomique et sur la desserte en services de santé de première ligne, notamment au niveau de l'accès à un médecin de famille. Les différentes organisations locales en santé de l'époque (cabinets de médecin, Agence de santé) n'ont pas été en mesure de communiquer efficacement, de se mobiliser, d'établir des partenariats efficaces et de susciter un sentiment d'appartenance au milieu qui aurait pu enclencher une démarche de recherche de solution collective.

C'est plutôt sous l'impulsion du milieu économique (CLD Robert-Cliche, Caisses populaires Desjardins) que les ressources et l'expertise locale ont été mises à contribution afin de mobiliser la population autour du projet de coopérative de santé. En ce sens, la coopérative est devenue un dispositif de participation formel, beaucoup plus efficace et rassembleur que ce qui existait alors dans les établissements publics. Elle a décloisonné les réseaux de communication entre les différents acteurs du milieu (santé, municipalité, monde des affaires) et, en développant sa propre expertise en santé (recrutement médical, promotion/prévention en santé), la coopérative est devenue une nouvelle compétence collective

permettant au milieu d'être acteur de son développement plutôt que simple spectateur. Enfin, la coopérative permet de stimuler le sentiment d'appartenance local et d'activer la conscience citoyenne.

En quelque sorte, la MRC Robert-Cliche, qui était auparavant une localité désavantagée, ressemble beaucoup plus à l'idée que l'on se fait d'une véritable communauté. Notre étude permet de mieux comprendre l'empowerment communautaire, en explicitant le rôle crucial des organisations dans le processus. Elle réitère la position centrale des organisations entre les individus et la communauté en plus de mettre en lumière l'importance capitale de leur propre empowerment dans le développement des communautés.

Melisa Lopez Hernandez (2017), s'est intéressé à la diversité culturelle des peuples autochtones dans la jurisprudence constitutionnelle colombienne. Il était question d'arriver à la reconstruction d'un paradigme de justice interculturelle.

Ainsi, les conflits juridiques autour du multiculturalisme et de la justice ethniques sont aujourd'hui au centre des débats juridiques et philosophiques. Dans ce contexte, la Colombie et ses conflits ethniques sont particulièrement représentatifs de ces débats. Ce pays est défini par la Constitution de 1991 comme un Etat multiethnique et pluriculturel. Les peuples autochtones ont été également reconnus et des droits au regard de leur différence culturelle ont été inscrits dans ce texte normatif. Dans ce cadre politique et juridique, la Cours Constitutionnelle du pays a joué un rôle fondamental dans l'interprétation et la définition de ces nouveaux droits.

Pour l'analyse de la jurisprudence et de ce que nous appelons ici le paradigme de la justice interculturelle, l'auteur s'est appuyé sur la distinction faite par la philosophe Nancy Fraser à propos de la justice sociale en tant que reconnaissance et redistribution. Cette distinction a marqué donc l'analyse que portée sur la question, et l'a aidé en même temps à essayer de combler un vide dans les études concernant cette population. Cette grille de lecture de la question autochtone l'a autorisé à mettre en évidence les limites de la reconnaissance de la diversité culturelle quand il s'agit de la question économique, de l'intérêt général ou de la raison étatique.

En ce qui concerne notre pays, le Gouvernement de la RDC (2019), avait sollicité et obtenu de l'Association Internationale de Développement (IDA), un crédit d'un montant équivalant à 220 millions USD et un don du fonds fiduciaire multi bailleur soutenant l'innovation dans les résultats de santé d'un montant équivalant à 10 millions de dollars

Américains. Le projet PDSS est intervenu dans treize provinces de la RDC à savoir :Équateur, Mongala, Mai Ndombe, Sud – Ubangi, Thuapa, Maniema, Kwilu, Kwango, Lualaba, Haut – Katanga, Haut Lomami, Nord Kivu et Sud Kivu. Les principales composantes du projet sont présentées ci-dessous :

- Composant 1 : Amélioration de l'utilisation et qualité des soins des services de base. Cette composante comprend entre autres, des interventions pour améliorer les services de santé préventive au niveau des centres de santé de base et hôpitaux de districts, la disponibilité de médicaments, le renforcement des capacités des ressources humaines, etc.
- Composante 2 : Appui à la gestion et au financement du système de santé. Cette composante comprend des activités de renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux du secteur de santé, une assistance technique sur les questions des ressources humaines, des médicaments, de l'amélioration du suivi et d'évaluation, ainsi que celles l'unité de gestion du projet.
- Composante 3 : Renforcer la performance du système de santé - financement, politique de santé, et capacité de surveillance.
- Composante 4 : Renforcer la capacité de surveillance et réponse. Cette composante inclut les activités originales du projet sur le renforcement de la surveillance des maladies et introduit la composante d'intervention d'urgence en cas d'urgence.

L'objectif général du projet est de contribuer à accroître l'efficacité et l'efficacé du système de santé afin d'améliorer les résultats en matière de développement humain. Cette efficacité et efficacité accrues devraient solidifier la crédibilité de ce système de santé en accroissant l'investissement dans les secteurs sociaux. Dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique sectorielle pour le développement des soins de santé essentiels de sa population, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo a préparé, avec l'appui de la Banque mondiale, un premier fond additionnel au Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) à hauteur de 120 millions USD, dont l'objectif principal est d'améliorer l'utilisation et la qualité de services de santé maternelle et infantile dans les zones de santé ciblées. Avec ce financement additionnel, le projet a étendu ses actions par le Cadre de Planification en Faveur des Populations Autochtones (CPPA).

Dans le cadre du troisième financement du Projet PDSS, couvrant treize provinces de RDC, le présent Plan d'action en faveur des Populations Autochtones, PPA, repartit par Zone d'intervention, respecte l'arsenal juridique national et international relatif aux peuples autochtones en République Démocratique du Congo. En effet, la constitution de la RDC, le code forestier, la loi relative à la conservation de la nature, les dispositions légales relatives à l'Etat civil et à la citoyenneté ainsi que les textes internationaux et régionaux ratifiés/ signés par la RDC ne créent aucune discrimination à l'endroit des PA. L'évaluation sociale des études a relevé que les défis du développement des PA dans des zones cibles se posent ainsi en termes d'accès aux services socio-économiques de base (éducation, santé, eau potable, citoyenneté), de faibles capacités à exercer les activités de subsistance et génératrices des revenus.

Dans sa phase d'élaboration, étant donné que les sites d'implantation du projet ne sont encore identifiés, ce Cadre de Planification en faveur des Peuples Autochtones (CPPA) est le résultat d'une approche participative basée sur la revue documentaire et les consultations à travers des focus– groups avec les différentes catégories de populations autochtones, communautés locales, et des entretiens approfondis avec les autorités administratives locales et des responsables des ONG, des confessions religieuses, etc.

Ensuite, les ateliers ont été organisés dans chacune des provinces concernées, dans les campements des peuples autochtones (PA) qui ont respecté l'application des consultations libre et préalables (CLIP) pour obtenir qu'elles adhèrent massivement au projet et qu'elles expriment leurs points de vue et participent à la décision sur la mise en œuvre du projet en tenant compte de l'inclusion des représentants de deux sexes, d'atténuer les impacts négatifs qui peuvent surgir lors Cadre de Planification en Faveur des Populations Autochtones (CPPA) pour diffusion de la mise en œuvre du projet et de s'assurer que les bénéfices qui ont été prévus sont culturellement appropriés. Parmi les résultats les plus importants de ces consultations qui ont respecté le principe de CLIP, il y a lieu de citer le fait que tous les PA ont reconnu que le projet PDSS et le projet VSBG induisent de nombreux impacts potentiels positifs sur eux. Toutefois, certains impacts négatifs propres sont subordonnés aux facteurs suivants :

- L'analphabétisme ;
- L'extrême pauvreté dans laquelle vivent des ménages;

- La discrimination et la stigmatisation des PA dans l'accès aux soins de santé.

L'inaccessibilité physique aux structures sanitaires environnantes.

Pour atténuer ces impacts négatifs sur les Populations Autochtones, les actions suivantes sont recommandées :

- Organiser les campagnes de vulgarisation des droits et devoirs de la culture PA ;
- Organiser les campagnes de sensibilisation contre la malnutrition, le manque d'hygiène, la mise en place de moyen d'évacuation des malades et des relais communautaires ;
- Appuyer les actions de l'aménagement des sources d'eau potable dans les campements ;
- Assurer la dotation régulière des médicaments essentiels et des intrants des dépistages de paludisme aux aides communautaires ;
- Assurer le renforcement de capacité des relais communautaires ;
- Mettre en œuvre les activités de suivi - évaluation des mécanismes de gestion des plaintes

Dans une étude du Fonds pour l'environnement mondial (2008), Naoko Ishii affirme que les populations autochtones contribuent efficacement à la préservation de l'environnement mondial et des cultures humaines en s'appuyant sur leurs savoirs traditionnels et sur des pratiques de gestion durable des ressources. Malheureusement, leurs sociétés disparaissent à un rythme sans précédent. Partout dans le monde, les autochtones demeurent vulnérables et continuent de souffrir de l'extrême pauvreté, de problèmes de santé et de la discrimination.

De même, l'adoption de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) souligne l'importante nécessité d'assurer un avenir durable aux autochtones du monde entier. La mondialisation rapide de l'économie met en péril les terres et les ressources qui sont d'une importance capitale pour la culture, la spiritualité et la subsistance de bon nombre d'entre eux.

Les autochtones sont aussi extrêmement vulnérables aux effets du changement climatique, dans la mesure où ils résident souvent dans des zones écologiquement fragiles. Les populations autochtones ne sont pas seulement victimes de la dégradation de l'environnement mondial, elles peuvent également y apporter des solutions efficaces. Elles

possèdent des connaissances traditionnelles qui peuvent se révéler déterminantes pour faire face à l'évolution des conditions et des schémas environnementaux.

L'extraordinaire convergence spatiale entre les sites revêtant une importance mondiale du point de vue de la biodiversité et les terres, les territoires et les ressources autochtones constitue à la fois une excellente occasion et un réel enjeu pour la protection de la biodiversité et le maintien des moyens de subsistance des peuples autochtones.

La conclusion est tirée soulignant que la publication est une mise à jour d'un document sur les populations autochtones produit par le Secrétariat du FEM en 2008. Ces dernières années, le FEM a renforcé son partenariat avec les populations autochtones. Il a par exemple adopté une Politique sur les normes minimales de sauvegarde environnementale et sociale à appliquer par les Entités partenaires du FEM (qui inclut une norme de sauvegarde sur les populations autochtones) et les Principes et modalités de participation des populations autochtones aux projets et mécanismes du FEM.

Il a en outre créé le Groupe consultatif des populations autochtones, et les projets qu'il réalise avec le concours de ces derniers sont plus que double durant les six dernières années - dépassant le chiffre de 220 projets. Le FEM continuera à s'acquitter de son mandat qui consiste à préserver l'environnement mondial en appliquant une approche multipartite tout en respectant les dispositions de la DNUDPA.

Enfin, il découle des travaux de Jean-René Loubat (2020) que, dans un contexte sociétal de déclin démographique et de stagnation économique, l'optimisation des dépenses dévolues à la santé et à la solidarité représente l'un des principaux enjeux actuels pour une puissance publique régulièrement mise en demeure de réduire son déficit. Par conséquent, la recherche d'efficacité et d'efficience (d'évaluation et de benchmarking) constitue l'un des moteurs les plus puissants et les plus déterminants de l'évolution des politiques publiques en la matière. A cela s'ajoute des adaptations des curricula devant être appliqués pour former non seulement les autochtones, mais aussi les autres parties prenantes pour l'efficacité recherchée dans l'unicité du système sanitaire.

L'évolution des mœurs plaide également pour une meilleure prise en compte des droits des personnes bénéficiaires et de leur projet de vie ; des personnes qui souhaitent être davantage actrices de leur parcours et non plus d'une dépendance qui viole la politique des soins de santé primaire. Bref, le défi à venir est de diminuer les coûts des soins par tous les

moyens en recherchant des solutions alternatives aux ressources disponibles actuelles qui s'avèrent trop abandonnées.

La participation communautaire des autochtones brosse cette couche des populations des orientations publiques et leurs enjeux, aborde leurs conséquences sur les formes d'appropriation et de réorganisation qui sont en devenir au sein des opérateurs sociaux et médico-sociaux –des opérateurs désormais soumis comme les autres acteurs aux principes de performance et de coopération de santé.

0.4. Problèmes de recherche

Le cadre d'évaluation de la performance et de l'efficacité des systèmes de santé, élaboré par l'OMS vers la fin des années 90, visait à prendre en compte l'équité des issues sanitaires dans la population qu'exigent les principes des soins de santé primaires, en fournissant un outil analytique qui permet de déterminer si cette exigence est effectivement satisfaite. Ce cadre permet d'attirer l'attention des décideurs sur des questions telles que les dépenses de santé qu'encourent un certain nombre de pays. Au cas contraire, c'est-à-dire, si ledit cadre souffre d'inapplication, il est supposé que les décideurs utilisent d'autres outils appropriés, pour mesurer le succès d'une approche du développement de système de santé basés sur les soins de santé primaires. Et en cas des inadaptations, les reformes peuvent être envisagées.

Au cours de ces dernières années, le système sanitaire de la RDC a connu des réformes, mais il reste à s'interroger si ces réformes ont effectivement tenu compte de l'intégration des valeurs traditionnelles à tous les niveaux du système sanitaire. Convient-il aussi de s'interroger sur le niveau de contribution des autochtones pour le développement du système de santé.

Des initiatives et politiques telles que la coopération de santé, l'accès universel aux soins, la santé pour tous, l'Initiative de Bamako, les Stratégies de Renforcement du Système de santé (SRSS), ..., ont été implémentées dans notre pays, mais une question fondamentale demeure non résolue, seule de situer la place des peuples autochtones dans la promotion et l'efficacité du système sanitaire. En plus, quelle approche éducationnelle prendre pour assurer l'intégration dans ces initiatives et politiques, des peuples autochtones.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 définit des objectifs universels ambitieux pour transformer le monde. Ceux-ci visent à équilibrer les dimensions économiques, sociales et environnementales. Pour relever les défis que posent ces objectifs et

veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte, il est crucial d'impliquer les communautés locales dans la planification et la gestion du processus de développement souhaité ainsi que dans la promotion de modes de vie durables. Pour y parvenir, il est impérieux d'amender les mécanismes d'apprentissage usuels, en vue de les rendre plus efficace et inclusif.

Afin que l'apprentissage réalise son potentiel et contribue pleinement à un programme efficace qui englobe les aspects essentiels de la vie de l'homme, il doit être considéré comme un processus continu tout au long de la vie, qui intègre tous les aspects de la vie et qui implique la participation aussi bien gouvernementale que communautaires. Tout en reconnaissant le rôle d'impulsion que doit jouer le gouvernement ou les pouvoirs publics, nous nous attelons sur la participation communautaire, aspect spécifique qui attire notre particulière attention.

Ainsi, nous entendons par la participation communautaire, un processus qui fait appel à une prise de conscience individuelle de membre de chaque communauté à amener sa part de contribution à la résolution d'un problème d'intérêt communautaire. Les membres de la communauté se conviennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animé de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être les agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. Cette participation se réalise dans tous les domaines de la vie comme l'éducation, la gestion budgétaire, la santé,

La participation de la communauté est un axe important de la stratégie des soins de santé primaires. Elle permet à celle-ci d'être un acteur ; et donc, un partenaire incontournable dans la production des soins dont elle est bénéficiaire. Elle doit être comprise comme une dimension importante dans l'amélioration de la gestion de structure de Santé, de la qualité des soins et des services offerts par ce dernier.

La population est donc appelée à s'engager dans une sorte d'interaction continue avec le personnel de santé, de telle sorte que, là où le degré de participation à la décision et à l'action de l'un augmente quand celui de l'autre diminue et inversement, il y ait complémentarité. La population devra être organisée afin de mieux participer à l'action sanitaire.

Il est important de souligner que l'action communautaire se construit dans l'échange et implique un transfert de compétence du professionnel vers le profane (le destinataire de

l'action) mais aussi du profane vers le professionnel de santé. Ceci devra être pris en compte sans exclusion aucune des ressources et des cultures. Aussi, la culture et la participation vont main dans la main. L'inclusion culturelle, c'est pouvoir participer à la culture. C'est prendre part à la vie culturelle de manière autonome et selon l'égalité de droits entre êtres humains. C'est contribuer à la vie culturelle en réalisant son potentiel créatif pour son propre épanouissement et pour le bien de la société entière. Une société inclusive reconnaît la diversité en son sein comme une force et comme un avantage. Elle valorise cette diversité et mobilise son potentiel. Elle reconnaît toutes les dimensions de la diversité qui influencent les constructions identitaires et les comportements,

Pour bien cerner le cadre de cette étude, notre observation se focalise sur une situation paradoxale : la RDC possède un seul système de santé, unique incluant théoriquement la médecine moderne et traditionnelle, une réalité mondiale qui centralise toutes les politiques sectorielles, alors que le peuple autochtone - qui représente une composante importante de la population - n'a pas foi à la médecine moderne, domaine de prédilection du système sanitaire congolais.

Pour dépasser ce paradoxe, il convient de comprendre, selon Bernard Charlot (2020) qu'il n'y a pas aujourd'hui deux options - pour ou contre le système de santé -, mais trois :

- Défendre le système de santé actuel, ou récent, celui dans lequel théoriquement, chacun a la même chance de bénéficier le service de santé, c'est – à - dire la santé pour tous ;
- Accepter la diversité culturelle qui intègre les croyances et moyens de lutte contre les problèmes de santé qui n'est pas une bipolarité dans le système de santé, contrairement à ce qu'on devait le croire. Ce qui se met en place actuellement, ce n'est pas un espace monde culturel, c'est un ensemble de réseaux parcourus par des flux (de capitaux, d'informations, de populations). Les lieux qui ne trouvent pas une fonction dans ces réseaux articulés sont pillés ou abandonnés à eux-mêmes; le secteur probablement abandonné ou moins consommé par le système sanitaire étant actuellement la médecine traditionnelle malgré l'existence des textes qui unissent la médecine moderne et la médecine traditionnelle. L'unicité de ces deux médecines devait construire des réseaux de puissance et abandonner l'exclusion des parties culturelles ou ethniques qui fragilisent la coopération en matière de santé en RDC ;

- Se mobiliser pour construire un système sanitaire inclusif, capitalisant toutes les ressources utiles pour l'efficacité et le développement global du système sanitaire.

La communauté Internationale à travers l'UNESCO, définit la culture comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe les arts, les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. En somme, la culture est l'ensemble des codes, des attitudes, des valeurs et des modes d'être d'une société donnée. Elle constitue, à juste titre, un vecteur de développement.

Pour être favorable à tous, un système de santé doit tenir compte des cultures ou des valeurs culturelles des toutes les communautés que contient l'espace à couvrir ou à desservir. Le système de santé comprend alors toutes les organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé.

Eu égard aux considérations sus évoquées, il nous revient en entreprenant cette étude, de nous questionner, de manière générale, sur la nécessité de redynamiser l'intégration des aspects culturels des peuples autochtones du Tanganyika au management du système sanitaire. En d'autres termes, ces derniers, communément appelés « Pygmées, », sont-ils associés aux décisions stratégiques concernant le développement en général et la santé, en particulier ?

De ce questionnement général, découlent les questions subsidiaires suivantes :

- Les peuples autochtones du Tanganyika, sont-ils consultés par les pouvoirs publics, les partenaires au développement, les ONGDs, les églises, ..., avant, pendant et après l'exécution des programmes ou activités du domaine de santé dans leurs milieux ?
- Quelle est leur attitude face à la médecine moderne ?
- Sont-ils disposés à collaborer avec les agents de la santé, les chercheurs et les autres partenaires intéressés, en vue de partager leurs informations et connaissances en matière des produits médicamenteux ?
- Quels sont les axes sur lesquels serait basée cette collaboration ?
- Quelles sont leurs attentes à l'égard de l'amélioration du système sanitaire de la RDC ?

Les tentatives de réponses à ces questions offrent l'avantage de pouvoir éclairer la lanterne des pouvoirs publics, des partenaires au développement, de la société civile et autres

acteurs sociaux intéressés au secteur de la santé, sur la problématique et la nécessité de définir et d'adopter une politique beaucoup plus inclusive dans la gestion du système de santé à tous les niveaux : stratégique, opérationnelle et interactif. *Ce qui nous pousse à développer la thèse selon laquelle, « la prise en compte effective des aspects culturels, spécifiquement ceux des peuples autochtones dans la définition de politique sanitaire constitue l'un des axes essentiels de l'amélioration de la couverture sanitaire. D'où la nécessité d'un management sanitaire inclusif en RDC ».*

Aussi, cette réflexion scientifique conduit-elle à décrire, dans une approche holistique, les forces-faiblesses et les opportunités-menaces de l'engagement communautaire des peuples autochtones dans un environnement multiculturel, susceptible de générer les hypothèses théoriques valables pour des définition des stratégies d'enseignement et d'apprentissage plus adaptées aux peuples autochtones au vu de leur spécificité culturelle. Ceci contribue, à notre humble avis, à l'amélioration du système national d'information sanitaire (SNIS) dans notre pays.

Un engagement communautaire global basé sur une éducation adaptée et inclusive dans un système sanitaire permet à la communauté actrice et bénéficiaire, de redynamiser le système de santé, non seulement à accroître les moyens médico économiques et répondre aux attentes des communautés, mais aussi à rendre plus accessibles les soins de santé pour cette communauté.

A travers un système d'information sanitaire fiable, qui regroupe les données de tous les problèmes de santé, les communautés vont non seulement subir des prises de décisions équitables et proportionnelles aux problèmes de santé, mais aussi participer au processus de prises de décisions pour leurs propres bénéfices.

0.5. Objectifs de la recherche

En entreprenant cette étude, il est poursuivi un objectif général et cinq objectifs spécifiques ; et ce, conformément au questionnement de recherche.

0.4.1. Objectif général

Evaluer le niveau de participation des peuples autochtones du Tanganyika dans le management stratégique du système de santé.

0.4.2. Objectifs spécifiques

- Voir dans quelle mesure les peuples autochtones du Tanganyika, sont consultés par les pouvoirs publics, les partenaires au développement, les ONGDs, les églises, ..., avant,

pendant et après l'exécution des programmes ou activités du domaine de santé dans leurs milieux ;

- Dégager l'attitude de ce peuple face à la médecine moderne ;
- Indiquer leur disponibilité à collaborer avec les agents des services sanitaires, les chercheurs et les autres partenaires intéressés, pour le partage des informations et connaissances issues de leur ancrage culturel en matière des produits médicamenteux ;
- Déterminer les axes sur lesquels est basée cette collaboration ;
- Identifier leurs attentes à l'égard de l'amélioration du système sanitaire de la RDC.

0.4. Hypothèses de recherche

0.4.1. Hypothèse générale

La participation des peuples autochtones du Tanganyika dans le management stratégique du système de santé serait faible.

0.4.2. Hypothèses spécifiques

- Les peuples autochtones du Tanganyika seraient consultés dans une moindre mesure par les pouvoirs publics, les partenaires au développement, les ONGDs, les églises, ..., avant, pendant et après l'exécution des programmes ou activités du domaine de santé dans leurs milieux ;
- L'attitude de ce peuple face à la médecine moderne serait négative;
- Ces derniers seraient disposés à collaborer avec les agents des services sanitaires, les chercheurs et les autres partenaires intéressés, pour le partage des informations et connaissances issues de leur ancrage culturel en matière des produits médicamenteux ;
- Cette collaboration serait basée sur deux axes essentiels : stratégique et opérationnel ;
- Leurs attentes à l'égard de l'amélioration du système sanitaire de la RDC seraient plus orientées vers la prise en compte de la diversité culturelle, le respect et la protection des minorités ainsi que la promotion de la pharmacopée.

0.4. Résumé méthodologique

Pour répondre au questionnement de l'étude, atteindre les objectifs assignés et vérifier les hypothèses formulées, nous avons opté pour une démarche triangulaire dans une perspective abductive.

Ainsi, notre stratégie méthodologique en vue de collecter les données se résume en trois phases : un entretien semi dirigé et collectif avec les pygmées du Tanganyika, un entretien semi dirigé et individuel avec les gestionnaires des structures de santé du

Tanganyika et un focus group réunissant les peuples autochtones, les gestionnaires des structures de santé et les activistes de la Société civile du Tanganyika.

Les données collectées et dépouillées sur Microsoft Excel sont traitées par le Logiciel SPSS 25.00 pour dégager les caractéristiques de tendance centrale des distributions observées, de variabilité et de forme ainsi que de corrélation pour ainsi déterminer les facteurs explicatifs des résultats (analyses factorielles exploratoire et confirmatoire).

0.5. Division du travail

Outre l'introduction et la conclusion, ce travail se structure en **cinq** chapitres :

- Le chapitre premier porte sur les généralités sur le management inclusif des organisations qui s'étale sur les définitions, la compréhension des quelques théories du management pour se situer au contexte de notre thèse.
- Le chapitre deuxième est intitulé éducation interculturelle et la nécessité du plaidoyer qui se focalise dans l'aperçu historique de l'éducation interculturelle, connaissances, innovations et pratiques traditionnelles, l'éducation interculturelle et fond de l'environnement mondial et enfin l'éducation interculturelle: l'essentiel à apprendre et analyse de cas.
- Le troisième est consacré au cadre de recherche et méthodologie et se découpe en quatre sections essentielles dont la présentation du milieu d'étude, l'échantillonnage, le type d'étude et enfin, l'approche méthodologique et les techniques de de recherche ainsi que les difficultés rencontrées.
- Le quatrième chapitre est axé sur les résultats du travail.
- Le cinquième chapitre porte sur la vérification des hypothèses, la discussion des résultats obtenus et le plaidoyer pour la participation des peuples autochtones **à la gestion du secteur de santé de Nyunzu et la promotion de l'éducation interculturelle.**

CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR MANAGEMENT INCLUSIF

La République Démocratique du Congo a adopté la stratégie des SSP pour assurer une meilleure santé à sa population. La réussite de cette politique dépend de la capacité des responsables des niveaux central, intermédiaire et opérationnel de la santé de créer et de gérer un cadre organisationnel qui permette une meilleure mobilisation et utilisation de diverses ressources en vue de l'atteinte des objectifs convenus à cet effet.

La présente section répond à cette fin et sert d'introduction aux chapitres ultérieurs sur le management inclusif. Il expose d'abord la définition des concepts de base (Administration, Gestion et Management), ensuite aborde les différentes fonctions managériales en spécifiant leurs classifications et leurs relations réciproques. Il développe enfin particulièrement les fonctions continues du manager que sont l'analyse de problème et la prise de décision.

1. Définition du Management et mots connexes

Dans la pratique, courante l'administration (en tant que science), la gestion et le management sont utilisés de façon non distinctive. Alors que le dirigeant exerce ses fonctions en étant simultanément administrateur, gestionnaire, manager et leader. Cette sous-section se charge de clarifier ces concepts, bien entendu, en ayant à cœur que ces derniers s'interfèrent et interagissent.

a. Administration

L'administration (avec un « a » minuscule) désigne la fonction « surtout reliée aux procédures, systèmes, processus, mécanismes » ; en effet, lorsque l'on parle d'administration, l'on voit :

- des procédures et des processus qu'il faut connaître et respecter ;

- des individus chargés de veiller à la diffusion et au respect des procédures et processus tels qu'ils ressortent des textes administratifs en vigueur.

La connaissance et le respect des textes relatifs aux procédures et aux processus administratifs doivent permettre :

- d'une part, d'obtenir les ressources nécessaires que nécessite l'exécution des activités en rapport avec la réalisation des objectifs organisationnels et/ou personnels ;
- d'autres part, de trouver des solutions conformes aux situations prévues par les textes ; rappelons que chaque fois qu'un dossier ne suit pas la procédure administrative en vigueur ou a trait à une situation administrative non prévue par les textes, il est purement et simplement rejeté.

b. Gestion

La gestion est dans le domaine de l'utilisation des ressources. Ce domaine fait appel aux méthodes/techniques pour une utilisation optimale des ressources de manière à ce qu'il n'y ait ni rupture ni surstock.

Il n'existe pas une définition unique du concept gestion, mais plusieurs. De toutes ces définitions, aucune n'est universellement admise comme la meilleure. Toutefois, 3 définitions sont généralement utilisées.

➤ Gérer c'est faire que les choses soient faites. Cette définition implique les principes et les notions liées aux principes de la manière ci-après :

- Gestion par objectifs : fixer les objectifs, Déterminer les ressources, Déterminer les méthodes et techniques. La notion liée à cette définition est celle d'efficacité.
- Apprentissage par expérience : Analyser les résultats, déterminer les écarts. La notion liée à ce principe est celle d'évaluation.

➤ Gérer c'est faire faire des choses par les gens ou utiliser efficacement les ressources. Cette définition implique à son tour les principes suivants :

- Division du travail (Décrire les postes et les attributions en tenant compte des compétences). Les notions liées à ce principe sont le rendement d'équipe, l'efficacité, l'harmonie dans le travail et le droit de regard sur le travail des autres (supervision).
- Analyser les résultats et déterminer les écarts. A cela s'ajoute la notion d'évaluation

➤ Gérer c'est utiliser efficacement les ressources et amener les gens à travailler ensemble et en harmonie pour atteindre les objectifs. Les principes sous-jacents sont la convergence de travail, le soutien mutuel dans l'exercice du travail. La notion liée est celle du travail en équipe.

L'administration et la gestion sont des composantes du management. Le terme « Management » évoque, d'après N'Saman (2019) :

- Les ressources et les activités :
 - les IDEES (d'où l'activité de planification),
 - les HOMMES (d'où les activités suivantes du manager : remplir les postes à pourvoir, diriger et contrôler et
 - les CHOSES (d'où l'activité suivante du manager : organiser)
- L'importance de l'aptitude du manager à influencer les comportements des collaborateurs pour les inciter à réaliser de manière efficiente les objectifs de l'organisation (le leadership).
- L'importance des délais dans la réalisation des objectifs.
- Le manager doit veiller à ce que les activités de management se déroulent en fonction des objectifs dans les délais préalablement fixés.
- L'importance des coûts dans la réalisation des objectifs ;
- Le manager ne se préoccupe pas seulement d'atteindre les objectifs (EFFICACITE) mais il doit le faire en recherchant à la fois le rendement le plus élevé possible des ressources mises à sa disposition (EFFICIENCE) et le coût le plus bas possible d'utilisation de celles-ci (ECONOMIE).

Il apparaît donc que le management suppose des ressources (idées, hommes, capital argent, information et temps), des objectifs à atteindre et des activités subséquentes que conçoit un homme (le manager) ou une équipe (la direction) chargé(e), grâce au leadership de faire en sorte que le processus de management s'exécute de manière efficace, efficiente et économe dans le respect des délais préalablement fixés. *C'est pourquoi nous définissons le management comme suit : le management consiste, pour le manager, à faire que les autres membres de l'organisation placés sous son autorité, exécutent au moindre coût possible, dans*

la limite des ressources et grâce à son leadership, un ensemble d'activités conformément aux objectifs (et aux délais) préalablement définis.

c. Leadership

Lorsqu'un accent particulier est mis sur la manière d'amener les gens à travailler ensemble et en harmonie pour atteindre les objectifs, on n'est plus dans le cadre précis de la gestion ; il s'agit ici de faire preuve des capacités de conduire (to lead) les gens vers les objectifs. C'est dans ce cadre précis qu'interviennent les capacités de leadership. De sorte que le leadership est un procédé destiné à influencer. Le leadership se réfère donc à l'action d'influer sur le comportement des gens et de les amener à faire des choses (N'Saman, 2019).

1.2. Management selon divers auteurs

Plusieurs définitions sont données par de nombreux auteurs qu'il est fastidieux de les reprendre toutes ici au risque d'écrire un livre entier. Le terme management vient du verbe anglais « to manage » qui signifie « conduire » et du mot latin « manus » traduit par le terme « la main » et pas n'importe quelle main, mais celle qui mobilise et qui conduit effectivement les « followers » (les suiveurs).

Pour Gérard Lecrivain (1932_ 2017), ce terme dériverait du vieux qui le désignait au 18^e siècle « management » qui signifiait « avoir la responsabilité de quelque chose dont on n'est pas propriétaire ». Le management est vraisemblablement un ensemble de normes qui président à la vision, à la direction et à la gestion des organisations (ou des entreprises).

Au sens américain du terme, le management apparaît comme l'art de faire travailler les autres après avoir élaboré la démarche stratégique, formulé les objectifs et déterminé le choix des moyens par « le top management ». C'est l'art d'entreprendre, de diriger les hommes, de faire ce qu'il faut pour que les objectifs fixés soient atteints.

Au sens japonais du terme, le management apparaît comme une affaire collective de l'entreprise qui concerne non seulement le personnel d'encadrement, le chef d'entreprise, mais aussi les employés et ouvriers que nul ne peut le nier, soulignent Helfer, Ka-Lika et Orsoni (2016), sont aussi intéressés par le devenir de l'organisation que les gestionnaires de rang supérieur ». Les cadres moyens, par exemple, constituent la structure d'interface ou le pilier de la réussite des entreprises japonaises. Car dans cette conception et en pratique, toute personne a la possibilité de faire circuler une proposition écrite appelée « RINGI SEIDO » pour le devenir de l'entreprise où l'emploi étant en principe à vie, la formation et la promotion interne garantissent la fidélité et l'engagement des ressources humaines.

Comme nous l'avons souligné ci-haut étymologiquement, le terme management vient du verbe anglais «to manage » qui veut dire l'intermédiaire d'autrui, par l'organisation des hommes groupés dans un système social donné qu'il soit public ou privé. Dans la conception ancienne dite traditionnelle, le management propre à Frederik Winslow Taylor et Henry Fayol fut simplement considéré comme une science ou une discipline scientifique, celle de la gestion rationnelle de l'entreprise avec:

- la division du travail et sa spécialisation;
- le recours aux instruments de mesure;
- le chronométrage du temps;
- le contrôle permanent (à priori, en cours, à posteriori, programmé, impromptu) ;
- l'adaptation de l'homme à l'organisation.
- Etc.,

Dans cette optique, l'homme était réduit à sa simple expression, celle d'une machine productive en échange d'argent (salaire), seule source de satisfaction et même de motivation au travail. D'où *la déshumanisation de l'ouvrier* considéré comme un robot, une machine et parfois même moins que celle-ci. Mais avec l'apport de Rensis Likert en 1960, pour la première fois, l'homme sera rehaussé et considéré à un niveau supérieur à celui des autres ressources (financières, matérielles, technologiques, légales, temps, communicationnelles).

C'est à Rensis Likert que revient l'expression « ressources humaines » lorsqu'il plaça l'homme au centre de toutes les ressources de l'organisation. Ainsi, le management apparaîtra non seulement comme étant l'art de conduire les hommes (leadership) mais aussi, à partir d'une connaissance rigoureuse des faits économiques, sociaux, humains et des opportunités qu'offre l'environnement organisationnel, le management apparaît comme une nouvelle façon de gérer et de diriger rationnellement l'entreprise. D'où l'expression « management = direction, gestion » : la direction est d'ordre qualitatif et la gestion est d'ordre quantitatif et se réfère aux principes scientifiques et aux techniques diverses «management science ».

Mais, aujourd'hui dans ce siècle de "business to business" et du commerce transnational et virtuel, le management ne se fonde pas seulement sur la direction et la gestion. Il est plus complexe que ces deux dimensions. Il repose avant tout sur ce que les

allemands désignent par « WELSTANSCHAUUNG » ou la **vision** du monde et en particulier celle du monde des affaires. Ici, l'entreprise cherche à s'adapter aux besoins et aux désirs de l'homme dans le cadre du marketing social où le management correspond vraisemblablement à la vision, à la direction et à la gestion des organisations.

1.3. Stratégie

Nous n'engageons pas un long débat autour du terme stratégie qui, à lui seul, constitue toute une encyclopédie. Lorsqu'on lit Helfer et al (2016), on s'aperçoit très vite que bien que le monde soit contingent, ni tout à fait rationnel, ni tout à fait irrationnel, le manager doit être animé d'un certain courage. Car, bien sûr, tout n'est pas possible, mais tout n'est pas non plus impossible.

Dès lors au lieu de rechercher absolument la meilleure solution, la solution parfaite, la solution meilleure absolument comme le recommandent certains économistes; les managers, les circonstances, vu les opportunités offertes par l'environnement tenteront de combiner les moyens efficaces en vue de fins réalisables. Et c'est à cela que répond la démarche stratégique.

Ce terme est d'origine militaire. La stratégie dans l'armée était conçue comme décision murie par l'Etat-major accompagnant un arsenal de moyens et d'équipement pour gagner l'ennemi, pour le vaincre et le neutraliser.

Ainsi, la stratégie était composée de décisions multiples qui devaient fonder un système logique, s'aidant les unes les autres pour entraîner une synergie de résultats. Aujourd'hui, utilisé au sein des organisations, ce terme désigne la combinaison harmonieuse des décisions diverses, des moyens efficaces en vue des fins réalisables.

1.4. Synergie

Il est un fait que si l'on veut atteindre des résultats plus performants, le recours non à la simple sommation des stratégies mais à leur combinaison harmonieuse conduit à un résultat supérieur appelé « la synergie ».

1.5. Efficience – Efficacité – performance - Haute performance

Il existe une nuance dans la traduction des termes efficiency ou efficience qui signifie efficience et le terme effectiveness qui est synonyme de l'efficacité. Car, à cause de leur sens de plus en plus rapproché, les deux termes sont les plus confondus dans la littérature de management. Mais confondre l'efficacité, l'efficience à la performance constitue une erreur lourde de conséquence en management.

Robert Salomon et Hanson (1981) définissent l'efficacité comme la capacité de produire en éliminant les efforts superflus. Que signifie alors l'action d'être à la fois efficace et efficient? On dira qu'une stratégie ou une action stratégique est efficace lorsqu'elle permet d'atteindre l'objectif quantifiable, mesurable et palpable. Tandis qu'elle sera efficiente, lorsqu'elle permet d'atteindre l'objectif au moindre coût.

Mais la menace qui caractérise les deux vocables conduira Carpenter (2003) à combiner ceux-ci en un seul mot « EFFECTANCY ».

La performance étant liée à la compétitivité, elle sera performante lorsqu'elle atteint l'objectif au moindre coût mais à un temps record. Ainsi, lorsqu'un travail est exécuté en moins de temps que prévu et au moindre coût, nous parlerons d'une belle performance.

Stephen Covey (2004) illustre l'effectivité par la métaphore d'une balance entre d'une part la production (P) et d'autre part la capacité de production (CP) de façon à conserver un équilibre constant entre les deux éléments. Tandis que qu'une stratégie ou une action stratégique est de haute performance lorsqu'elle est d'abord performante mais téléguidée.

1.6. Relations entre administration, management et gestion

L'administration (avec un « a » minuscule) et la gestion sont des composantes du management. Le management améliore la gestion et l'administration qui à leur tour renforcent la qualité du management. La gestion qui apparaît comme un ensemble de techniques et de procédures éprouvées permettant de rentabiliser les différentes ressources d'une organisation est un outil pour l'administration et le management. L'administration et le management peuvent revêtir chacun les caractéristiques suivantes qui les distinguent :

Tableau 1.1. : Relation entre administration/ gestion et management

Administration/ Gestion	Management
utilisée dans l'administration publique	utilisé dans un système décentralisé
les priorités sont définies et données d'avance	les priorités sont choisies par le manager
disciplinée et suit les règles préétablies	organisé
décisions claires et formelles	observe les conditions présentes pour agir
contrôle et gestion des ressources	décisions en rapport avec l'exécution et les
bureaucratie contrôle hiérarchique	objectifs à atteindre
	combinaison harmonieuse des ressources
	rôle –modèle

Sources : *Cours d'introduction au management (N'SAMAN 2018)*

1.7. Fonctions de management

a) Introduction

Les fonctions de management sont nécessaires pour accompagner le processus de mise en œuvre des activités. Dans ce chapitre nous verrons comment les classifier, ensuite nous établirons la correspondance entre toutes ces classifications. Nous développerons aussi certaines fonctions apparentées au contrôle.

b) *Fonctions managériales.*

Il existe plusieurs façons de regrouper les fonctions principales dévolues à ce que nous appelons management. Alex Mc Kenzie (1851–1922) par exemple, voit le management en trois dimensions : la dimension des idées, celle des choses et celles des hommes. L'OMS la conçoit en trois grandes fonctions : l'élaboration des plans, l'exécution et l'évaluation. L'on peut aussi parler de la planification, l'organisation, la direction, la coordination et l'évaluation. Nous partirons de cette dernière nomenclature pour en retrouver la correspondance avec les trois dimensions de Mc Kenzie et les grandes fonctions telle que conçoit l'OMS :

- La planification consiste à concevoir des objectifs, à décider quand ces objectifs seront atteints, à déterminer les stratégies, les moyens et/ou les alternatives susceptibles de mener vers l'atteinte de ces objectifs. En d'autres termes, la planification est la prise de décision sur ce qu'il faut faire, quand et avec quelles ressources.
- L'organisation consiste à établir les structures, les responsabilités, et les rôles à remplir, en établissant les relations tant organiques que fonctionnelles.
- La Direction quant à elle, consiste à mener les hommes, à les développer, notamment en les motivant, en gérant les conflits, en leur déléguant le pouvoir et en leur traçant des champs d'autorité.
- La coordination est la fonction qui consiste à assurer la collaboration et la coopération de chaque membre d'une équipe de travail notamment en harmonisant les activités des individus, en clarifiant comment les activités individuelles contribuent à l'atteinte des objectifs.
- Le contrôle est la fonction qui permet au gestionnaire de surveiller les activités et leur déroulement pour en assurer la conformité avec le plan, il mesure les résultats obtenus et les performances des subordonnés et corrige les écarts éventuels entre les objectifs

tels que fixés et ce qui s'est effectivement réalisé. L'on peut résumer les éléments essentiels constitutifs du processus de contrôle en :

- La détermination des normes qui représentent la performance désirée ;
- La comparaison des résultats obtenus aux normes ;
- Des actions correctives.

Alex Mc Kenzie (1851–1922) regroupe les fonctions de management en trois dimensions fonctionnelles : les idées, les choses et les personnels. Ces trois grandes dimensions se traduisent par des fonctions continues, des fonctions séquentielles et des activités.

Les fonctions continues consistent à : analyser les problèmes, prendre des décisions et communiquer. Elles sont continues puisqu'elles se trouvent à tout moment dans le processus de gestion. Par contre les fonctions séquentielles se suivent : établir un plan, organiser, remplir les postes à pourvoir, diriger, contrôler. La fonction établir le plan est comprise dans la dimension fondamentale des idées, celle d'organiser est incluse dans la dimension « chose », ou « considérations matérielles », ainsi que les fonctions remplir les postes à pourvoir. Enfin diriger et contrôler sont les composantes de la dimension « personnel ».

Quant à l'Organisation Mondiale de la Santé (1969), le management est un processus se composant de trois fonctions essentielles dans un (Plan, Programme ou) Projet, qui chacune exige la prise de décisions opportunes. Il s'agit des fonctions suivantes : l'élaboration, l'exécution et l'évaluation.

Concernant la fonction d'élaboration des (plans, Programme ou) Projets de santé, l'OMS la conçoit comme une tentative de réponse à des questions avant qu'elles ne se posent concrètement. En d'autres termes, l'élaboration d'un plan consiste à prendre des décisions d'exécution avant l'exécution et prendre des décisions d'évaluation avant l'exécution.

Les décisions d'exécution portent généralement sur la façon dont l'exécution peut se dérouler le mieux, alors que les décisions d'évaluation portent sur le fait de savoir pourquoi l'exécution doit se faire ainsi. Cela peut être illustré par un exemple d'une vieille querelle entre les tradi- praticiens et ceux de la médecine moderne. Une décision d'exécution sur ce point pourrait consister à rendre effective l'intégration de la médecine traditionnelle et

constituer des structures de premier échelon qui rapproche les deux équipes sous la supervision d'un infirmier titulaire du centre, personnel de santé local. Les règles de décisions doivent indiquer alors sur quelle base cette conversion doit être réalisée, par exemple : « quand on a atteint un taux d'utilisation de service curative à 60 % « et/ou » quand le coût thérapeutique est réduit de la moitié dans une structure intégrant les deux médecines, etc. Remarquez qu'en décidant à partir de ces critères, on décide de ce qui va être évalué ».

Les décisions à prendre anticipativement sur l'exécution et/ou l'évaluation portent sur les objectifs, les activités et les ressources.

La fonction d'exécution consiste à prendre des décisions relatives à l'exécution des activités. Il est question de s'assurer que les activités sont exécutées comme prévu, et que les services sont rendus comme souhaité. Par exemple : le recyclage des sages-femmes traditionnelles doit avoir lieu le mois prochain. Les activités antérieures nécessaires étant :

- la sélection des candidats
- la préparation du matériel pédagogique
- la nomination des formateurs
- la préparation des salles de cours.

Le gestionnaire vérifie que les candidates retenues ont reçu leur convocation, qu'on a bien préparé le bon nombre de dossier pour les ateliers, que les formateurs et les salles de cours sont disponibles et prêtes ».

Cette vérification aboutira à la décision « d'y aller » (c'est-à-dire de passer aux activités de recyclage comme prévu), soit à celle de modifier le programme en changeant le contenu, son moment ou les dispositions dans l'espace. Il peut se faire aussi parfois qu'on décide d'annuler l'activité ou d'appliquer un autre programme qui a été préparé pour tenir compte des circonstances imprévues, ou d'improviser (c'est-à-dire de prendre des mesures différentes sans préparation spéciale).

Au déploiement de la main-d'œuvre : le gestionnaire s'assurera que la main d'œuvre est répartie convenablement au bon moment, en bon nombre et en bonne place. A ce niveau, les décisions portent sur l'organisation, par exemple : les individus X, Y et Z sont affectés à l'accomplissement des tâches A, B et C ; la Direction, exemple : autoriser X et Y à faire quelque chose ; la Supervision, exemple : définition des critères de travail et des normes de performance.

A la répartition des ressources, c'est-à-dire à la mobilisation et à l'allocation des ressources matérielles et financières nécessaires. Il s'agit essentiellement de surveiller et contrôler les ressources, d'en assurer la logistique, de surveiller et contrôler les ressources, financières (comptabilité) et d'organiser certaines ressources telles que l'espace de travail et les archives.

Au traitement de l'information : il s'agit de décider à quoi servira l'information, quelle est l'information nécessaire, d'où l'obtenir et comment, et enfin à qui communiquer cette information.

La fonction d'évaluation consiste globalement à trouver la valeur de quelque chose. Comme dans tout le processus de gestion, il est question de prendre une décision : ici, la décision porte sur l'efficacité ou l'obtention des résultats et le rendement dans l'accomplissement de ses activités - l'économie des ressources. A cet effet, plusieurs questions devraient être posées et des réponses adéquates devraient être fournies :

a. Concernant l'efficacité :

- les résultats sont-ils ceux que l'on souhaitait ?
- les résultats sont-ils appréciables ?

b. Concernant l'économie des moyens :

- les mêmes résultats peuvent-ils être obtenus à moindre frais ?
- si oui, en substituant quelles ressources ?

c. Concernant le rendement

- les résultats sont-ils aussi bons qu'ils pourraient l'être ?
- si non, pourquoi ?

Le contrôle est une fonction séquentielle qui permet de surveiller les activités et leur déroulement et de mesurer les résultats en rapport avec les objectifs fixés dans le plan. Le contrôle permet également de réviser le plan ainsi que ses stratégies et ses principes d'organisation et de direction par rapport aux résultats obtenus.

L'action de contrôle porte essentiellement sur la constatation des écarts entre ce qui est (ou ce qui est fait) par rapport à ce qui devrait être (ou ce qui devrait être fait). C'est ainsi que le terme contrôle qui a un sens plus large se trouve au centre d'un certain nombre d'autres fonctions telles que la supervision, l'évaluation, l'inspection et le monitoring qui s'appuient

sur la même méthode de comparaison. Le rapport entre les fonctions d'inspection, de supervision, d'évaluation et celle de contrôle est représenté dans le diagramme suivant :

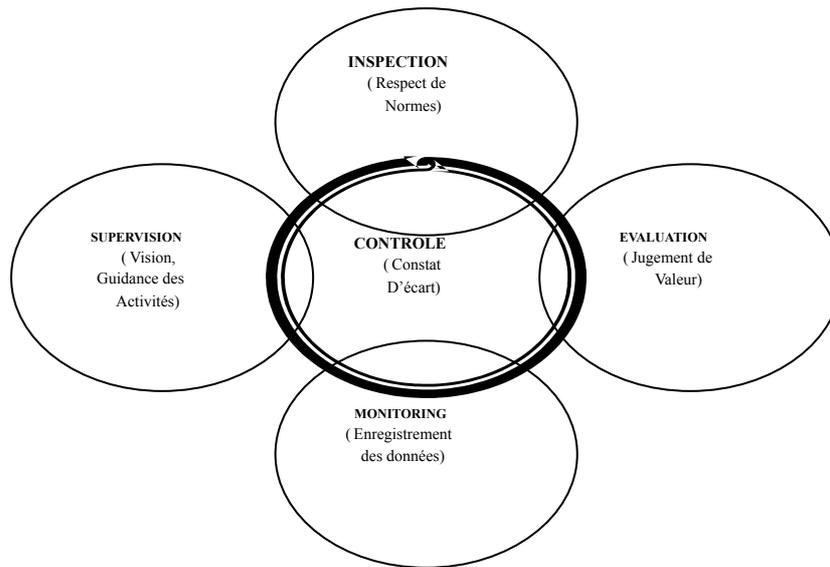


Diagramme1.1 : Fonctions liées au contrôle

➤ L'inspection

Tout en s'appuyant sur le constat des écarts comme pour le contrôle, l'action de l'inspection porte plus sur le respect des normes ou des procédures préétablies. Si l'inspection fait souvent peur aux concernés c'est à cause des sanctions qui l'accompagnent en cas de non-respect des règles ou procédures établies.

➤ La supervision

La supervision s'appuie également sur la même méthodologie que le contrôle qui vise le constat des écarts mais elle oriente son action vers la bonne vision et la guidance du déroulement des activités.

➤ L'évaluation

L'évaluation porte particulièrement sur le jugement de valeur à formuler à partir des écarts constatés. Lorsque le constat des écarts porte sur la performance, l'évaluation vise les personnes à qui on a délégué des tâches. Mais lorsqu'il s'agit des résultats ; l'évaluation vise l'organisation dans son ensemble.

➤ Le monitoring

Pour éviter la surprise désagréable et tardive de mauvais résultats, une bonne gestion doit disposer de données fiables sur les activités au fur et à mesure que celles-ci se déroulent. Le monitoring est la fonction qui permet d'enregistrer des données sur les activités en même temps que celles-ci se déroulent.

8. Problèmes de management et de santé

a) Introduction

Un problème potentiel existe dès qu'à partir d'une situation donnée on peut prévoir d'éventuelles difficultés. L'analyse rationnelle de cette éventualité permet de prévenir des conséquences potentiellement néfastes s'appuyant sur les données actuelles. Dans ce chapitre nous abordons d'abord la notion de problème en management et en santé, ensuite nous développons le processus d'analyse de problème ainsi que les méthodes de résolution de problème.

b) Notions de problèmes en management et en santé

Le terme « problème » est utilisé couramment en lieu et place de « difficulté ». Il est aussi utilisé chaque fois que certains ne trouvent pas le mot juste pour examiner que quelque chose ne va pas comme on l'aurait souhaité ou espéré. Le chercheur fait d'un problème le point de départ de sa recherche. Si l'on veut généraliser à partir des constatations ci-dessus, il y a lieu de dire que, pour qu'il y ait « problème » il faut :

- qu'il y ait une situation vécue, réelle, (c'est une constatation, c'est un fait) ;
- qu'il y ait une comparaison avec une situation que l'on aurait souhaitée ou que l'on considère comme idéale ou de référence (comparaison bien souvent inconsciente et très souvent non exprimée) ;
- qu'il y ait un jugement, une opinion qui soit peu favorable à la situation réelle (c'est cette opinion que beaucoup expriment sans qu'il y ait, la plupart du temps, une idée très claire, très précise des caractéristiques du fait vécu ou de la référence).

Résumons ce qui vient d'être dit par un schéma :

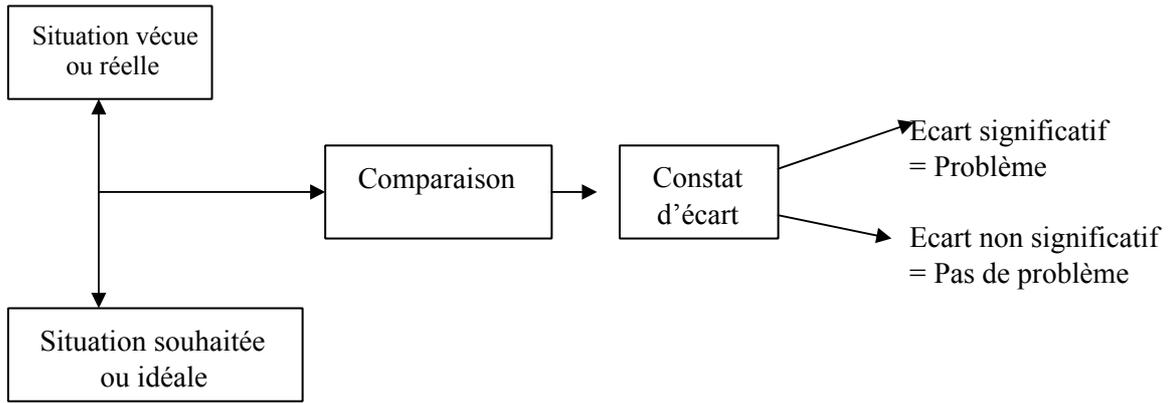


Schéma I.1. : Problème en management et en santé

c) Processus à suivre pour identifier un problème

Pour identifier consciemment, scientifiquement un « problème » il faut :

- percevoir et décrire des faits frappants ;
- se fixer et décrire une situation ou des faits sous leur forme idéalisée (référence) ;
- exprimer si la différence entre la référence et le vécu est significative ou non et tirer une conclusion négative (problème) ;
- rechercher ou soupçonner des déterminants qui sont souvent une hypothèse à vérifier ;
- rechercher, constater ou projeter les (effets ou) conséquences prévisibles et possibles du problème.

Les faits ne sont que la manifestation extérieure d'un problème ; le fait est alors un symptôme qu'il faudra remonter pour aller vers le problème et ce problème peut en cacher un autre ou bien d'autres.

d) Caractéristiques des problèmes dans la sphère de la santé

Dans les services de santé, les faits, les causes et les conséquences se retrouvent :

- **Chez l'individu** : signes, symptômes, malaises, comportement social (faits, problème), maladies déclarées, confirmées ou soupçonnées (cause) - séquelles, incapacités au travail, infirmité, mort (conséquence).
- **Dans la collectivité** : plusieurs individus se plaignant ou présentant des symptômes, des malaises, ou souffrant des mêmes maladies (fait, problème) ; ampleur, sévérité d'une maladie ; présence dans l'environnement de nuisances pour la santé et le confort des habitants ; réduction de la productivité et de la production ; - comportement social déviant au cours des loisirs.
- **Dans les prestations de service** : compétences douteuses du personnel soignant - techniques inefficaces pour attaquer les problèmes - organisation des services.

e) **Caractéristiques des problèmes de Management**

Lorsqu'on parle aujourd'hui de management, il faut se représenter, d'une part, les hommes, d'autre part, la « production ». A partir de cette perception, il est possible d'envisager plusieurs attributs du management :

- Les buts à atteindre et les voies empruntées pour y parvenir ;
- Les relations qui lient les hommes et la façon dont ces relations sont vécues et perçues ;
- L'organisation dans laquelle évoluent les hommes et les influences qu'elle peut avoir sur leurs comportements ;
- Le milieu dans lequel se développe cette organisation et les forces qui dans cet environnement influencent le comportement des hommes et la production.

De ce qui précède, l'étude des problèmes de management appelle de la part de celui qui s'y intéresse d'essayer de répondre aux questions suivantes :

- un problème ?
- Est-ce que le problème est un problème de management ?
- Dans quelle mesure ce problème relève d'un autre niveau de management ?
- Dans quelle mesure ce problème provient directement du « manager » en face de celui qui s'interroge ?
- Est-ce un problème relevant surtout de la technique (production) ?

- Quelle limite de tolérance serait acceptable ? (envisager les conséquences immédiates et à long terme du problème).

Ainsi les caractéristiques des problèmes de management peuvent se résumer de la façon suivante :

- Etre en rapport avec le comportement des hommes dans la façon dont ils assument certaines responsabilités (prise de décision, analyse de situation, coordination, évaluation, planification);
- Etre en rapport avec le comportement du dirigeant face à lui-même (caractère ou tempérament, qui a des influences sur les hommes et la production) ;
- Etre en rapport avec l'organisation du travail;
- Etre en rapport avec l'environnement.

f) Analyse de problème

La résolution de problème est une activité stimulante et tout membre d'une organisation doit s'y consacrer. Cependant cet exercice ne peut se réaliser que dans la mesure où les quatre conditions suivantes seront remplies :

- Posséder les capacités permettant de résoudre les problèmes qui se posent dans le cadre de ses fonctions.
- Savoir utiliser ces capacités avec succès.
- Etre motivé par la reconnaissance de la réussite.
- Ne pas craindre l'échec

L'analyse de problème constitue une méthode propre à rendre compte de toute situation dans laquelle on ne parvient pas au niveau de performance souhaité et où la cause en demeure inconnue. On s'attache à observer la manière dont l'information est exploitée pour analyser toute divergence dans les performances, à quelque niveau qu'elles apparaissent : au niveau des hommes, des méthodes adoptées ou de l'application de ces principes.

Un problème est l'effet visible d'une cause se situant dans le passé : notre tâche est de relier l'un à l'autre grâce à l'un des quatre processus intellectuels (que se passe-t-il ? Pourquoi cela s'est-il produit ? Quelle solution choisir ? Que nous réserve l'avenir?).

Ce n'est pas en se contentant de choisir la cause la plus probable que l'on résout le plus efficacement un problème. L'analyse de problème n'ignore pas la valeur de l'expérience et des connaissances techniques ; elle consiste plutôt en faire le meilleur usage possible ;

9. Management inclusif du système de santé

Réalité de plus en plus étudiée et dénoncée dans l'espace public, la discrimination dans le monde social, professionnel ou culturel touche plus particulièrement les personnes qui s'écartent du modèle normatif construit par la société (Amadiou, 2002). La diversité, version positive et managériale de l'anti-discrimination (Bereni, 2009), fait désormais partie intégrante des discours des directions d'organisation. Pour autant, dépasser le cap de la simple promotion de la diversité n'est pas aisé. Le management de la diversité consiste à s'affranchir des normes et des stéréotypes pour se centrer sur la personne avec ses qualités et ses défauts indépendamment de la catégorie dans laquelle elle se retrouve classée de façon souvent hâtive et irréfléchie.

Ce management est touché par l'opposition existante entre les deux visions de la responsabilité sociale des organisations : une conception néoclassique pour laquelle une initiative sociale n'a lieu d'être que si elle est profitable aux actionnaires et une conception éthique qui affirme l'existence d'un devoir moral de l'entreprise d'agir de manière socialement responsable (Donaldson et Preston, 1995).

Cette distinction est devenue celle opposant la vision pragmatique ou utilitariste qui instrumentalise la diversité à des fins économiques à la vision éthique ou responsable qui analyse la problématique de la diversité en termes sociétaux. Les travaux plus précis de Dass et Parker (1999) ont mis en exergue quatre approches de la gestion de la diversité :

- ✓ *L'approche fondée sur la « résistance »* nie la problématique de la diversité et tend à invoquer l'analyse morale pour justifier l'inaction au plan collectif.
- ✓ *L'approche fondée sur la « discrimination »* et la justice sociale a eu ce mérite d'influencer diverses régulations (Ely et Thomas, 2001), mais risque d'aboutir à une discrimination positive qui vise un équilibre statistique sans prendre nécessairement en compte les difficultés réelles d'intégration (Bender et Pigeyre, 2004).
- ✓ *L'approche fondée sur l'« accès » des individus* à l'entreprise en fonction des capacités réelles et des compétences risque de privilégier l'amélioration de la performance individuelle à la lutte contre la marginalisation des minorités à certaines fonctions (Gagnon et Cornélius, 2000).

✓ Enfin, *l'approche de l'« efficacité » d'une gestion de la diversité* est visiblement fondée sur le postulat d'un lien entre diversité et performance. Aucune de ces approches n'est parfaitement satisfaisante.

Tandis que les études académiques foisonnent sur ces différentes approches (Sabeg et Charlotin, 2006 ; Peretti, 2007 ; Barth et Falcoz, 2007 ; Cornet et Warland, 2008), les obligations légales qui sont souvent inspirées de la logique de discrimination positive se multiplient. Dans la continuité de la loi du 10 juillet 1987, la loi du 11 février 2005 augmente la contribution compensatrice à verser à l'Agefiph en cas de non-respect de l'obligation d'emploi d'au moins 6% de travailleurs handicapés. La loi du 17 décembre 2008 relative à l'intégration des seniors et la loi du 9 novembre 2010 relative à l'égalité professionnelle imposent également des pénalités en cas d'inobservation de l'obligation d'effectuer des plans d'actions.

Dans tous les cas, on peut observer une diversité d'attitudes des responsables par rapport à ces nouvelles contraintes légales : de l'approche réactive consistant à faire le minimum en se limitant à la réalisation de rapports ou de recrutements ciblés à l'approche proactive qui consiste à réaliser une véritable politique d'intégration professionnelle des personnes handicapées, des seniors ou des femmes en transformant la culture d'entreprise, le management et les pratiques RH (Point et al., 2010).

L'attitude proactive vise à aller au-delà d'une lecture minimaliste de la loi, mais aussi à dépasser une vision minimaliste de la fonction managériale. L'une des particularités du comportement proactif est d'avoir une visée transformative de soi et de l'environnement (Grant et Ashford, 2008), et de traiter ou résoudre des problèmes en allant au-delà des frontières des métiers (Morrison, 2006). Pour ce qui concerne notre travail, loin de nous de nous atteler sur la dimension de la gestion de ressources humaines, mais plutôt de deux faits :

- au vu des textes légaux (constitution de la RDC) et conventionnels qui stipulent la reconnaissance de droit des peuples autochtones et la place de tout citoyen dans la gestion, dans l'administration et dans la direction de la chose publique comme le système de santé ;
- tenant compte de la « Stratégie de l'OMS sur la médecine traditionnelle 2014-2023 » qui regorge la pharmacopée des peuples autochtones.

Constatons avec l'OMS qu'à travers le monde, la médecine traditionnelle (MT) constitue soit le mode principal de prestation de soins de santé, soit un complément à ce dernier. Dans certains pays, la médecine traditionnelle ou non conventionnelle est appelée médecine complémentaire (MC). Alors qu'en RDC et particulièrement au Tanganyika, la médecine traditionnelle ne fait l'objet des échanges lors des monitorages et revues mensuelles des zones de santé que dans le négatif en vue de fluer la clientèle vers les structures modernes. Alors que la résolution WHA62.13 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la médecine traditionnelle, adoptée en 2009, prie le Directeur général de l'OMS d'actualiser la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 en fonction des progrès accomplis par les pays et des nouveaux problèmes qui se posent actuellement dans le domaine de la médecine traditionnelle. Ainsi, la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 réévalue la stratégie établie pour 2002-2005 et en fait le point de départ de la définition de la ligne d'action pour la MT et la MC (MT/MC) au cours de la prochaine décennie.

La MT/MC constitue un pan important mais à nos jours, sous-estimée par le personnel des soins de santé au Tanganyika de façon particulière. La MT/MC existe dans quasiment tous les pays du monde, et la demande de services dans ce domaine est en progression. La MT, dont la qualité, la sécurité et l'efficacité sont avérées, participe à la réalisation de l'objectif d'un accès aux soins universel (OMS, 2013).

Aujourd'hui, de nombreux pays reconnaissent la nécessité d'adopter une approche cohésive et intégrative des soins de santé, qui permette aux pouvoirs publics, aux professionnels et, surtout, aux personnes qui recourent aux services de santé, d'avoir accès à une MT/MC qui soit sûre, respectueuse, efficace et efficiente par rapport aux coûts. Une stratégie mondiale visant à favoriser une intégration, une réglementation et une supervision adéquate sera utile aux pays désireux de mettre en place une politique active axée sur cette partie importante, et souvent dynamique et en expansion, des soins de santé.

Margaret Chan, Directeur Général de l'OMS (2013) affirme que beaucoup de choses ont changé depuis la publication de la dernière stratégie mondiale, publiée en 2002. Les pays sont de plus en plus nombreux à accepter progressivement la contribution que la MT/MC peut apporter à la santé et au bien-être des individus, ainsi qu'à la complétude de leur système de santé.

Les pouvoirs publics et les consommateurs ne s'intéressent pas uniquement aux médicaments à base de plantes : ils commencent à se pencher sur certains aspects des pratiques de MT/MC et à s'intéresser à certains praticiens et se demander s'ils ne devraient pas être intégrés à l'offre de services de santé. Cherchant à répondre à cette nouvelle demande, et à donner suite à la Résolution WHA62.13 sur la MT, l'OMS a récemment actualisé les objectifs de son Programme de médecine traditionnelle.

La Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 se veut une aide aux responsables de la santé à développer des solutions qui participent d'une vision plus large favorisant l'amélioration de la santé et l'autonomie des patients. Cette stratégie s'est fixée deux grands buts : épauler les États Membres qui cherchent à mettre à profit la contribution de la MT/MC à la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne et favoriser un usage sûr et efficace de la MT/MC au moyen d'une réglementation des produits, des pratiques et des praticiens. Ces buts pourront être atteints si l'on réalise trois objectifs stratégiques :

- consolider la base de connaissances et formuler des politiques nationales ;
- renforcer la sécurité, la qualité et l'efficacité via la réglementation, et
- promouvoir une couverture sanitaire universelle en intégrant les services de MT/MC et l'auto-prise en charge sanitaire dans systèmes de santé nationaux.

En actualisant sa stratégie et en l'approfondissant, l'OMS a pu mieux comprendre comment accélérer l'intégration mondiale de la MT/MC aux systèmes de santé. Le Directeur général de l'OMS a souhaité que cette Stratégie constitue pour les États Membres une feuille de route qui les conduira à de nouveaux succès dans leur planification stratégique de la MT/MC.

Quatre éléments nous servirons de lampes témoins, selon ce travail de thèse, pour valider l'intégration des peuples autochtones et l'inclusivité de la médecine traditionnelle au sein du système de santé au Tanganyika :

- Le système de référence et contre-référence entre les deux sous-systèmes qui échangent des malades sans principe administratif pouvant assurer un suivi.
- Le système national d'information sanitaire qui garantit la complétude des données pour une prise de décision inclusive

- Le système éducationnel des autochtones qui capitalise les compétences traditionnelles au profit du système de santé local, national et mondial.
- La réforme des curricula dans les écoles infirmières qui fournissent les premiers managers opérationnels du système de santé en RDC.

10. Management interculturel

Depuis les années quatre-vingt, le management a commencé à prendre une dimension interculturelle et internationale. En effet, la plupart des théories managériales trouvent leur fondement aux États-Unis où les normes culturelles, en particulier du « politiquement correct », impliquent noblement le refus de la prise en compte de l'origine, du sexe, de la religion ou de la culture pour ne retenir que la compétence professionnelle : la recherche d'équité aboutit par conséquent à la négation des différences.

Les théories du management contemporain ont également trouvé une part de leurs origines dans les sciences économiques qui occultent le concept de culture. On pourra s'étonner à ce titre que les différentes théories économiques intègrent « l'international » comme élément macroéconomique sans se soucier des rapports interpersonnels.

L'intérêt du management interculturel est de trouver quels sont facteurs qui influencent les actions entreprises par les managers, et à quel degré ? Dans la pratique c'est la culture (nationale, régionale, de l'entreprise, ...) qui donne un sens aux choses et permet de distinguer le légitime de l'illégitime, le juste de l'injuste ... Même si ces différences culturelles semblent déroutantes pour les managers internationaux.

10.1.Genèse de la discipline

Un premier pas dans la discipline a été effectué par de très larges enquêtes auprès de grandes entreprises présentes dans de multiples pays. On peut noter à ce propos les travaux de Geert Hofstede qui a réalisé une enquête auprès d'employés d'IBM dans 71 pays de 1967 à 1973 puis dans 74 pays en 2012.

Ces travaux sont disponible sur le site internet de G. Hoefstede (Geert Hofstede™ - Cultural dimension : http://www.geert-hofstede.com/geert_hofstede_resources.shtml ou les travaux de Fons Trompenaars qui a réalisé une étude exhaustive auprès de 30 000 travailleurs à travers le monde et dans différents types d'industries. Ils ont tenté de comparer plusieurs cultures nationales sous différentes dimensions qui permettent de classer les cultures sur un

index ou dans un système binaire. Ces recherches ont produit un savoir empirique, utilisé dans les recherches interculturelles.

Le point faible de ces travaux est qu'ils ne participent pas efficacement à la collaboration des différentes cultures, mais ne font que les mettre en opposition les unes par rapport aux autres. Le rôle du management interculturel est désormais d'aider les acteurs intéressés à prendre conscience de l'autre et de proposer des outils pour gérer l'interaction entre culture et management. De ces efforts et de ce mélange interculturels, peuvent émerger des innovations appréciables dans les domaines des performances et des conditions de travail, qui sont indispensables aux entreprises de nos jours pour être compétitives.

À la différence du management international (qui prend en compte toutes les activités fonctionnelles de l'entreprise) et du management comparé (qui compare les spécificités du management dans des systèmes différents), le management interculturel est centré sur le comportement organisationnel et les ressources humaines (Adler, 1991 ; Holzmüller, 1995).

Le management interculturel s'intéresse plus précisément à l'influence de la culture (nationale et organisationnelle) sur les perceptions, les interprétations et les actions des acteurs. La culture est considérée comme un système de significations et d'orientations, propre à un groupe, basées sur des valeurs spécifiques qui se traduisent en comportements.

En matière de management, ce système culturel procure aux individus des capacités cognitives et des méthodes spécifiques pour résoudre des problèmes. Par conséquent, des collaborateurs issus d'autres pays sont susceptibles de trouver des solutions différentes face à un même problème. La recherche en management interculturel s'attache à étudier les interactions d'acteurs venant de systèmes différents. Elle s'intéresse aux « incidents critiques » qui sont dus aux différences culturelles (Barmeyer, 2000).

Les incidents critiques se produisent souvent dans des situations de communication et de coopération où les attentes et comportements des acteurs divergent et conduisent à des conflits interculturels (Batchelder, 1993).

10.2. Culture d'entreprise avec la méthode d'O. Meier

Comme nous pouvons le constater, le management interculturel est un domaine nouveau mais très étudié. C'est de ce domaine qu'a émergé la notion d'intégration et de culture d'entreprise.

La culture d'entreprise correspond à un cadre de pensées, à un système de valeurs et de règles relativement organisées qui sont partagées par l'ensemble des acteurs de l'organisation. Elle englobe les valeurs, croyances, postulats, attitudes et normes communes à ceux qui travaillent dans une même organisation, assurant une cohérence interne, comme une culture nationale les engloberait, la culture d'entreprise étant justement influencée par la culture nationale du pays d'où elle émerge).

Olivier Meier propose une série de critères clés qui vont guider dans une analyse approfondie de la culture d'entreprise :

- Analyser la position et l'image de l'organisation dans son environnement économique et social (implantation géographique, principaux clients, relation avec les acteurs de l'environnement, valeurs sociales et sociétares).
- Les éléments d'identification et d'appartenance.
- Repérer les éléments qui revêtent pour les membres de l'organisation étudiée, une forme d'identification et d'appartenance à un groupe social.
- Le type de structure d'organisation.
- Identifier la structure de l'entreprise sur le plan de son organisation et son fonctionnement. (Statut juridique, ligne hiérarchique, degré de formalisation, relation horizontale et relation entité-groupe, degré de spécialisation, mode de fonctionnement, ...)
- Le processus décisionnel.
- Etudier les mécanismes de prise de décision au sein de l'organisation.
- Style de management et sources de pouvoir.
- Identifier la façon dont la direction de l'organisation encadre et gère ses employés et collaborateurs.
- La politique des ressources humaines.
- Examiner la façon dont les dirigeants informent, animent et contrôlent leurs équipes de travail.
- Le comportement et les attitudes des employés

- Repérer les principaux comportements et attitudes des employés à l'égard de l'organisation.

10.3. Comment la culture imprègne le management

Il existe différentes approches scientifiques du management interculturel, fondées sur des recherches d'orientations et de méthodes variées conduites notamment par des auteurs de référence comme Edward T. Hall, Geert Hofstede ou Fons Trompenaars. Divers critères ont ainsi été définis qui constituent des moyens de décodage permettant de mieux comprendre l'influence de la culture et de ses valeurs profondes dans les modes de fonctionnement des sociétés et des organisations.

L'organisation est une construction subjective régie par les orientations culturelles propres à l'organisateur. La culture d'entreprise est donc profondément imprégnée de la culture de son environnement d'origine. L'observation des modes de fonctionnements des entreprises à travers les critères culturels de par le monde permet de dégager certains grands modèles de management, « régionaux » : nord-américain, asiatique, européen, africain...

La mondialisation des économies et des entreprises a désormais un impact fort sur les modes de gestion des ressources humaines. En effet, de plus en plus d'entreprises emploient des salariés en provenance de divers pays et donc de cultures différentes. Les entreprises sont ainsi progressivement devenues des groupes multiculturels où s'expriment les caractéristiques sociales et culturelles des diverses nationalités qui la composent.

On entend par équipe de travail toute forme de collaboration entre des acteurs internes ou externes à l'entreprise en vue de réaliser un objectif commun. La formation de ces équipes peut répondre à des objectifs divers (prise de décision, coordination, développement des activités) et avoir un caractère ponctuel

10.4. Equipe interculturelle (équipe-projet, groupe de travail) ou permanent (conseil d'administration, comité d'entreprise, commission, comité de pilotage).

La formation de ces équipes a été fortement encouragée par les entreprises ces dernières années. Le fait marquant aujourd'hui c'est le développement d'équipes multiculturelles qui demandent une collaboration étroite entre des individus de croyances, de valeurs et de comportements très différents (Chevier, 2000).

La question multiculturelle au sein des équipes de travail doit par conséquent être traitée comme une question à part dans le management des entreprises, la diversité culturelle

peut fortement compliquer la dynamique du groupe car elle peut engendrer des risques que l'entreprise doit prendre en considération. De telles différences peuvent également favoriser la créativité et l'innovation et constitué un avantage concurrentiel pour l'entreprise.

➤ **Avantages et risques de la diversité culturelle de l'équipe**

a. Avantages

Adler (1994) affirme qu'une équipe interculturelle, grâce à la diversité de culture de ses membres, dégage un plus grand nombre d'idées qu'un groupe homogène. Le fait d'examiner un problème sous des angles différents amène à plus de solutions.

Les individus qui ont travaillé dans un environnement multiculturel ont plus de tolérance et une grande ouverture aux cultures différentes. Gauthey & Xardel (1990) les appellent « les clairvoyants de l'interculturel » : ce sont des personnes ouvertes à l'extérieur, capables de prendre du recul par rapport à leur expérience et d'émettre des hypothèses quant aux comportements des étrangers qu'ils côtoient. Enfin, pour de nombreux auteurs, la diversité culturelle est de nature à augmenter l'efficacité et la productivité des équipes interculturelle :

- Adaptation aux contextes locaux : la diversité culturelle apporte un éclairage sur les préférences des consommateurs, en fonction des pays et des évolutions de la société. Elle permet ainsi à une entreprise multiculturelle d'avoir une meilleure connaissance et compréhension de ses marchés.
- Prise en compte des facteurs culturels d'un pays permettent donc d'avoir une meilleure connaissance du marché visé, de mieux se faire comprendre mais aussi d'adapter sa politique commerciale, en fonction des valeurs et des attentes de la culture du pays.
- Innovation par la confrontation les points de vue : les différences entre les cultures sont un moyen d'élargir la base de connaissance d'un groupe, en lui permettant d'accéder à d'autres croyances, valeurs et normes de conduite. La diversité culturelle offre donc, un ensemble plus large de solutions pour résoudre des problèmes complexe, en explorant des voies nouvelles.
- L'attraction des cadres à haut potentiel : la diversité culturelle peut servir les intérêts de l'entreprise en matière, de gestion des Ressources Humaines. Elle permet d'attirer les cadres les plus talentueux, en leur offrant des perspectives intéressantes

d'évolution de carrière. De plus, travailler dans un environnement interculturel permet d'acquérir une culture générale et d'apprendre sur les autres, en particulier, les relations interculturelles permettant aux individus d'avoir une vision élargie de leurs métiers et de leurs environnements. Enfin travailler dans une entreprise multiculturelle favorise la pratique des langues étrangères et permet de mieux comprendre les usages et pratiques de ses différents interlocuteurs.

- Une réponse à la compétitivité de l'environnement : le développement d'équipes interculturelles se présente en effet comme une réponse organisationnelle à un environnement exigeant. Les entreprises qui pratiquent ce modèle d'organisation peuvent assouplir certains principes d'organisation comme la coordination hiérarchique. La diversité culturelle permet ainsi d'améliorer la manière du fonctionnement de l'entreprise ; elle contribue à changer les mentalités et à créer des nouvelles conditions dans la gestion des équipes.

b. Risques

Il est beaucoup plus difficile d'exploiter les avantages de la diversité et c'est pour des raisons :

- La première tient au nombre considérable des situations dans lesquelles les différences se manifestent.
- La seconde est la difficulté de préserver la cohésion de l'entreprise en même temps que sa diversité.
- La communication : le point primordial pour le manager d'une équipe interculturelle est sans nul doute la communication, c'est pour cela, les managers passent leurs temps à communiquer, que ce soit de manière verbale ou non, consciente ou inconsciente. Dans une situation interculturelle, les différences de représentations d'un contexte, ainsi que le problème de langue peuvent créer des malentendus au sein d'une équipe de travail.
- La cohésion : c'est la capacité des membres du groupe de faire l'unanimité chaque fois qu'elle est nécessaire de percevoir et d'interpréter les choses de la même façon, de convenir des mêmes actions.

- Les stéréotypes : sont des croyances que les personnes ou groupes sociaux portent les uns sur les autres et qui consistent à voir tous les membres sans distinction à travers des caractères simplistes. Le risque c'est qu'il donne une image incomplète des individus et ne tient pas comptes des caractéristiques propres de chacun.
- La conformité à la culture dominante : au sein d'une équipe de travail, le groupe majoritaire aura tendance à imposer ses valeurs et son mode de fonctionnement culturel à l'ensemble de l'équipe cela s'apprend à un rejet des autres cultures.
- Susciter des incompréhensions : la diversité des équipes peut ralentir le processus de réalisation en suscitant des incompréhensions. Elle peut en effet limiter les flux de communication entre les membres en raison de la difficulté à comprendre une langue étrangère. Mais les différences culturelles peuvent également concerner le comportement des acteurs qui peut en fonction de la culture, analyser différemment une situation. Ces écarts culturels peuvent créer des malentendus au sein des équipes de travail.
- Accentuer les problèmes : des échanges interculturels fréquents peuvent poser des réels problèmes d'organisations, en raison de la difficulté à comprendre le système de références des personnes de nationalités différentes, ces différences peuvent entraîner des oppositions au niveau du management compte tenu des valeurs privilégiées par chaque culture.
- Accélération du le taux de rotation du personnel : la stabilisation du personnel dépend de la capacité de l'entreprise à créer des conditions de sécurité et de stabilité dans le cadre de son organisation du travail ceci implique notamment la possibilité d'inscrire l'action de l'individu dans la durée. Cela implique la création de relations entre les collaborateurs de l'entreprise en favorisant les rencontres la continuité des contacts soudées et solidaires. C'est en effet de cette manière que l'entreprise peut créer une stabilité au sein de son organisation en favorisant l'esprit d'équipe et le sentiment d'intérêt général.
- La gestion des conflits : la réalité de la diversité peut se révéler délicate à gérer en raison de facteurs de compétition internes et externes : critères de performances, recherche de solution ou de gain et de la dispersion géographique qui caractérise les

équipes internationales. L'exigence de résultats, le respect du timing, l'absence de liens de proximité entre les équipes peuvent accentuer les différences culturelles et créer des conflits de valeurs.

Pour permettre aux entreprises multinationales de rendre fructueuses leurs fusions, acquisitions, et autres modes d'internationalisation, il est nécessaire de superviser la diversité culturelle que cela entraîne : on parle donc de management interculturel. Malheureusement, de nombreuses entreprises n'ont pas pris de mesures particulières afin de faire face aux différences culturelles qui les traversent.

11. Pratiques du management interculturel

Quand les questions de cultures ne sont pas purement et simplement évacuées, elles sont laissées à la charge des individus impliqués dans les interfaces culturelles. La coordination interculturelle relève alors de l'ajustement mutuel. Ainsi, l'expatrié, le négociateur d'un contrat à l'étranger ou le membre d'une équipe de projet interculturel doivent gérer les différences culturelles. Il existe donc différentes pratiques de management interculturel.

11.1. Management d'une équipe multiculturelle

➤ La formation : fer de lance du management interculturel

En effet, la formation à l'interculturel se pratique de plus en plus dans ce contexte de mondialisation, et sous différentes formes. Ainsi, il existe des manuels et des guides à l'usage des managers pour leur permettre de mieux appréhender l'interculturel. La formation consiste également en des cours de langues, des programmes d'initiation aux cultures étrangères ou des séminaires. Ces derniers peuvent se présenter sous forme de dialogue. Dans ce cas, le formateur ou consultant demande aux personnes présentes d'explicitier leurs attentes, leurs motivations dans leur démarche interculturelle entreprise, mais aussi ce qu'ils pensent connaître des autres cultures. Car c'est à partir de l'intention initiale, du rapport à l'apprentissage que se développent l'orientation et l'interprétation des informations sur les autres cultures.

On peut ainsi citer l'exemple de Volkswagen qui s'est résolu à inclure le management interculturel dans son programme courant de formation. On peut pourtant se demander si l'interculturel peut réellement s'apprendre ou non. De même, on peut penser que les éléments interculturels appris au cours de ces séminaires ne sont que des stéréotypes de plus.

En effet, les programmes de formations se basent généralement sur une étude principale, celle du projet Hermès de Hofstede, qui est déjà ancienne. Il n'est donc pas rare que ces formations renforcent des clichés dont les participants ont ensuite du mal à se débarrasser.

➤ **Le learning by doing**

Il paraît donc relativement insuffisant, voire illusoire, de « former à l'interculturel ». C'est peut-être une des raisons pour lesquelles certaines entreprises s'appuient essentiellement sur le « learning by doing » (l'apprentissage sur le tas). Cette pratique est surtout employée par des sociétés multinationales qui doivent veiller à imposer leur stratégie à l'échelle internationale. C'est le cas de Deutsche Shell qui envoie ses managers dans ses filiales à l'étranger en tant qu'« expatriés ».

On peut également citer d'autres entreprises européennes qui pratiquent le learning by doing en expatriant ses employés, comme le groupe espagnol Santander, dans le secteur bancaire, et France Télécom, dans le secteur des télécommunications. Les expatriés n'ont généralement pas de formation particulière à l'interculturel et doivent apprendre à gérer les différences culturelles au sein de leurs équipes petit à petit, avec l'expérience qu'ils acquièrent, sur le tas. Le learning by doing est donc une pratique très utilisée dans les multinationales, mais elle n'est peut-être pas la plus adaptée car il ne se produit pas automatiquement des interprétations et des comportements appropriés.

➤ **Le retour du médiateur**

Enfin, une autre pratique très employée est l'intervention d'un médiateur culturel. Ce dernier aide à ce que la rencontre soit fructueuse et constructive, plutôt qu'elle ne débouche sur la polarisation des groupes culturels en présence. Ainsi, cette démarche consiste à accompagner une équipe interculturelle dans la mise au point de manières de faire acceptables pour ses membres. Après que l'équipe ait commencé à travailler ensemble, une première réunion amène chaque participant à identifier les incidents qu'il juge critiques pour le fonctionnement de l'équipe ou qui suscitent son incompréhension.

11.2.Négociation interculturelle

La question de la culture revient à toutes les étapes de l'internationalisation de l'entreprise, tant la dimension culturelle est incontournable. Il faut savoir interpréter les comportements et même les gestes. Ceci passe par une compréhension des usages et des codes culturels qui régissent la vie quotidienne d'un pays. Pour une négociation réussie avec

des collaborateurs étrangers, il faut savoir et accepter que les systèmes de références ne sont pas les mêmes dans tous les pays et qu'il faut prendre la peine et le temps de les comprendre. Ce qui n'est pas offensant et humiliant dans notre culture peut l'être sans aucune évidence dans une culture.

Exemple : Dans certains pays scandinaves et en Asie du sud-est, il est d'usage d'écouter patiemment son interlocuteur, sans l'interrompre. Ce comportement est considéré dans ces pays comme une marque d'attention et de respect à l'égard de l'autre personne. D'ailleurs, ces cultures accordent de la valeur au silence et aux pauses qui permettent aux individus de mieux comprendre et intégrer les messages. Les codes de communication américains sont de ce point de vue très différent et peuvent entraîner de réelles incompréhensions dans le cadre de réunions internationales. En effet, les négociateurs américains auront tendance à intervenir fréquemment dans la discussion, en cherchant à accélérer le rythme des négociations, créant par là même un sentiment de frustration et de rancœur chez l'autre partie.

Lambin (1998) identifie six éléments qui interviennent dans la négociation internationale :

- Le face-à-face : Il peut être soit direct confrontant physiquement les parties ou indirect impliquant des moyens de communication à distance. Lors des négociations face à face, les parties échangent, utilisent des rites et des procédures qui sont fortement influencés par la culture et par conséquent peuvent être différents d'une culture à une autre.
- La perception d'un avantage réciproque à contracter avec l'autre: dès lors que les parties consentent à entamer une négociation, cela suppose que chaque partie y voit son intérêt et espère en sortir gagnante. Ceci traduit la situation gagnant-gagnant qui est l'essence même de la négociation.
- L'existence d'un conflit d'intérêt entre les parties: quand l'acheteur veut acheter à un prix relativement bas, alors que le vendeur souhaite vendre ses produits à prix relativement élevé, il y a conflit d'intérêt. C'est justement pour trouver une solution à ce conflit qu'ils s'engagent à négocier.
- La volonté de parvenir à une solution mutuellement acceptable: cet engagement à négocier laisse sous-entendre que chaque partie est prête à faire des concessions pour trouver une solution gagnant- gagnant.

- L'enclenchement d'un processus d'engagement réciproque pour rechercher un arrangement: les concessions que chaque partie est prête à faire est fonction des concessions que l'autre partie est prête à faire, ce qui se traduit par une relation d'interdépendance entre les parties.
- La mise en place d'un système d'échanges et de mobilisation de ressources entre les parties: pour parvenir à cet accord mutuel les parties doivent s'investir aussi bien en ressources financière, humaine, technique et logistique en vue d'honorer leur engagement à négocier. La réussite de l'opération de négociation internationale repose alors sur des points sur lesquels les interactions des parties vont opérer.

Pour bien comprendre les événements qui interviennent dans une négociation, il convient d'être ouvert d'esprit d'être empathique. Chaque acteur introduit dans le jeu toute une panoplie de particularités de la condition humaine, notamment sa culture, avec son opacité, ses ambiguïtés et sa complexité.

Dans les négociations comme dans les actions humaines, la réflexion précède la réaction. Dans un environnement interculturel, chaque culture génère des approches cognitives très différentes. Par exemple, les Japonais partent dans le contexte, alors que les américains s'engagent immédiatement dans ce qui leur paraît le plus important, c'est-à-dire l'interaction elle-même.

L'approche intellectuelle du chinois est de nature holiste et repose sur l'évidence empirique (Chen, 1999), tandis que le mode de pensée occidentale est analytique et se fonde sur une logique abstraite. Face à un même problème, les personnes issues de cultures différentes réagissent différemment. Elles vont avoir une façon différente de cadrer le problème, d'identifier la cause et d'envisager une solution. La culture constitue la variable explicative de cette différence dans le traitement des problèmes.

Il apparaît indispensable d'organiser l'étude de l'impact de la culture sur la négociation selon des catégories permettant d'introduire un certain nombre d'évidence. L'appartenance à une culture dominante tend souvent à renforcer l'insensibilité culturelle et à dénier son importance. En fait, c'est par ses manifestations extérieures que les effets de la culture sur les différentes dimensions de la négociation peuvent être saisis. En l'occurrence elle s'exprime par les acteurs, dans la structure de la négociation, dans les stratégies, dans les processus et, enfin, au regard des résultats.

La culture est introduite dans les négociations par les acteurs eux-mêmes. Elle conditionne la manière dont ceux-ci conçoivent l'interaction. La perception d'autrui varie également selon les cultures à travers notamment les stéréotypes. Les intentions perçues et les valeurs qui sous-tendent l'action de l'autre sont interprétées à travers le filtre culturel. L'interprétation même d'une situation a une dimension culturelle le négociateur introduit des valeurs et de l'éthique dans l'interaction car la culture fixe la frontière entre les comportements acceptables et ceux qui ne le sont pas. Cette frontière varie d'une culture à l'autre et des moyens d'actions tels que la menace, le mensonge, le fait accompli, la trahison ou la corruption peuvent être ou ne pas être considérés comme légitimes.

Les composants structurels de la négociation tels que le cadre juridique ou l'organisation dans laquelle se déroule le processus sont des produits sociaux et culturels. Le nombre de personnes composant chacune des parties est lié à des habitudes culturelles. Par exemple dans les négociations commerciales en Chine, la partie étrangère dépasse rarement 3 à 5 personnes tandis que la partie chinoise fait volontiers participer 15 à 30 personnes. La répartition du pouvoir peut être très inégale et dans ce cas la culture tend à légitimer certaines situations et à en invalider d'autres. Par exemple la position hiérarchique, la possession de ressources, le statut, l'âge ont dans certaines sociétés une influence primordiale. Ainsi en Chine ou au Japon, c'est l'acheteur qui a la prééminence. On ne vend pas à la Chine mais c'est la Chine qui achète aux étrangers.

Dans les villages africains, s'il y a discussion, c'est le plus âgé qui aura le dernier mot.

La stratégie de la négociation. L'action du négociateur vise à mettre en œuvre un ensemble de moyens destinés à parvenir à un but. L'orientation générale donnée à l'action, autrement dit l'organisation des tactiques, constitue la stratégie. Ici les choix d'ordre stratégiques sont dictés soit par des intérêts, soit par des valeurs qui elles-mêmes renvoient à la culture.

Dans certaines cultures, l'action est directe, le conflit reconnu et accepté. Dans d'autres, le jeu est indirect, le conflit toujours masqué et les problèmes sont abordés de manière allusive ou oblique. Par exemple, les Russes tendent à négocier à partir d'une situation de force qu'ils font sentir par leur comportement, tandis que les Japonais s'avèrent extrêmement réticents à s'engager dans un mouvement de confrontation.

La négociation est d'abord une interaction c'est-à-dire un processus mettant en œuvre des tactiques destinées à échanger de l'information, créer des options, diviser une ressource ou encore échanger des concessions.

Tous ces actes sont liés à des valeurs dans la mesure où ils peuvent être légitimes dans une culture et proscrits dans une autre. Il est par exemple des sociétés dans lesquelles les exigences en matière de politesse l'emportent sur celles d'exactitude, voire de vérité. Ainsi mentir peut être un acte moral. Adler (1986) établit une liste de 15 tactiques considérées dans la culture nord-américaine comme des « coups tordus ». Cette liste n'aurait pas la moindre validité dans la culture chinoise.

On y trouve par exemple le fait de ne pas se regarder dans les yeux. En Chine, un tel comportement n'est nullement le signe d'un affrontement psychologique mais plutôt l'indication d'une attitude modeste et polie, fruit d'une bonne éducation.

Le produit ultime d'une négociation est fonction des différents éléments qui la composent. L'influence de la culture sur ces éléments se retrouvera dans le résultat. Elle a aussi une influence plus directe en contribuant à définir, voire à modifier la zone des accords possibles. Ce faisant elle contribue à changer la valeur du jeu.

Sur la forme, il est des cultures où l'on ne signe un accord que lorsque l'on s'est entendu sur chaque détail et que ceci a été mis sur le papier de façon très précise, tandis que dans d'autres cultures on se contentera de termes beaucoup plus vagues. Ainsi un contrat de joint-venture en Chine dans l'optique occidentale doit comporter plusieurs centaines de pages, alors que la partie chinoise aurait volontiers recours à un simple formulaire à remplir d'une demi-douzaine de pages (Faure, 2000). Ce qui est compris implicitement dans l'accord varie d'une culture à l'autre. Les occidentaux tendront à l'évaluer en intégrant les coûts de transaction, tels que le temps passé et les dépenses afférentes à la négociation. Les Japonais considéreront le degré de confiance mutuelle auquel on est parvenu et la qualité de la relation comme des éléments importants dans l'accord.

De cela le management interculturel gagne en force et devient l'une des fonctions clé de l'entreprise internationale. Si le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication permet la suppression des frontières et le raccourcissement des distances, la culture reste une barrière entre les nations notamment dans le domaine de la négociation

Le management interculturel permet d'améliorer les performances de l'entreprise grâce à de meilleures communications. On compte moins sur les études imprécises de marché et le hasard, mais on utilise les informations récoltées auprès de différents clients et cela sans coût supplémentaire. Avec un personnel formé et motivé, il favorisera l'établissement de relations à long terme avec les différents clients en répondant, voire même en anticipant leurs besoins et attentes particulières. Cela ne veut pas dire qu'on peut les prévoir, ni même les satisfaire à 100%. Mais en se basant sur les informations disponibles et les interactions avec ces derniers, le taux de satisfaction augmentera. Donc le management interculturel est un facteur de compétitivité.

12. **Système et politique de santé en RDC**

12.1. **Notion de système**

Un système est la représentation, la modélisation d'une réalité complexe dans laquelle des nombreux paramètres vont interférer. Les systèmes possèdent des caractères spécifiques qui sont analysés par un observateur fixant les frontières du système et limitant le niveau d'observation.

Un système est un appareillage, un dispositif, une machine assurant une fonction déterminée. C'est une association des sous-systèmes, eux-mêmes constituant une association de composants. Chaque sous-système est destiné à remplir une ou plusieurs fonctions opérationnelles au sein du système.

Selon Mbol (2020), un système est un ensemble d'éléments interagissant entre eux selon certains principes ou règles. Un système est déterminé par la nature de ses éléments constitutifs ; les interactions entre ces éléments et sa frontière, c'est-à-dire les critères fermes d'appartenance à ce système.

Un composant est un élément de base destiné à remplir une fonction particulière. Exemples : le système respiratoire de l'homme est un sous-système du corps humain, dont la fonction globale est de transporter l'oxygène vers les organes et évacuer les gaz carbonique. Donc, le corps humain est un système complexe composé des sous-systèmes constitués en système comme le système digestif, respiratoire, cardiovasculaire, système de locomotion et de soutien : peut être identifié chacun comme un composant du grand système, le corps humain.

Il existe de nombreuses définitions du « système » ; on en a retenu deux qui dégagent les qualités essentielles de cette notion :

- Totalité organisée, faite d'éléments solidaires ne pouvant être définis que les uns par rapport aux autres en fonction de leur place dans cette totalité. (De Saussure cité par Poussin, 2017).
- Ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but.

Un système possède les quatre propriétés suivantes:

- l'organisation, définie par l'agencement des relations entre les éléments qui composent le système ;
- la totalité, c'est-à-dire qu'un système est plus que la somme de ses éléments, qu'il possède des propriétés que ses composants n'ont pas;
- L'interaction entre ses éléments, qui dépasse les relations du type cause-effet;
- la complexité, qu'il est nécessaire de conserver même si nous sommes incapables d'en saisir toute la richesse.

L'analyse d'un système commence par une description de son organisation dans l'espace (aspect structurel) et dans le temps (aspect fonctionnel) :

- Sous l'aspect structurel, on décrit sa frontière, plus ou moins perméable, avec l'environnement (système plus ou moins ouvert), les divers éléments qui le composent, les réservoirs (d'éléments, de matière, d'énergie, d'information...) qui sont nécessaires à son fonctionnement, et le réseau de communication qui les relie.
- Sous l'aspect fonctionnel, le système comporte des flux (de matière, d'énergie, d'information, de monnaie), des vannes qui contrôlent ces flux, des délais de réponse, et des boucles de rétroaction qui permettent les régulations.

En outre, il importe de déterminer les relations qu'entretiennent le système et son environnement. Le fonctionnement d'un système se définit fondamentalement par la conservation, la stabilité malgré les déséquilibres provenant de flux extérieurs (notion d'état d'équilibre dynamique). Mais, face aux changements de l'environnement ou aux déséquilibres internes provoqués par l'échec ou la modification des objectifs, un système

est susceptible d'évoluer, par un processus de désorganisation-réorganisation. A cette fin, tout système a besoin de variété. Celle-ci constitue un réservoir de solutions pour maintenir l'équilibre et assurer une certaine marge d'adaptation.

Afin de saisir cette dynamique, il faut souvent ajouter une dimension historique: on complète l'examen synchronique par l'analyse diachronique du fonctionnement du système. Le système n'est pas la réalité, mais la vision analytique et synthétique de l'objet réel étudié. Celle-ci est plus ou moins parfaite, et surtout elle est assujettie aux objectifs et à l'angle disciplinaire de l'analyse.

12.2. Notion de modèle

L'étude des systèmes conduit à l'élaboration de modèles. Ils permettent d'analyser une situation (sujet) complexe, ou servent à communiquer les résultats. Le modèle est un instrument dans la production de connaissances.

Les modèles nous servent à montrer les propriétés de ce système. Pour la vision de notre travail scientifique, c'est prévoir un comportement responsable capable non seulement de conduire le système de santé à la couverture sanitaire universelle effective mais aussi capable d'entraîner la participation de tous les acteurs du système de santé et contribuer au développement de ce système pour la concrétisation de son état totalitaire de ces composantes.

La construction des modèles se fait en plusieurs étapes.

- La première, obligatoire, consiste à poser le problème avec précision, c'est-à-dire définir son champ d'application et les variables a priori mises en jeu, expliciter les hypothèses émises, et choisir le niveau d'organisation auquel on s'intéresse.
- Ensuite, on distingue - comme on l'a fait pour décrire un système :
 - l'aspect structurel (liste des éléments, des variables et de leurs interrelations) Présenter la structure d'un modèle, c'est construire un graphe ou un organigramme; cela suffit souvent pour remplir nos objectifs.
 - et l'aspect fonctionnel (construction des fonctions, des mécanismes).La construction de fonctions conduit généralement à l'estimation de

certaines paramètres; signalons que cette dernière étape pose fréquemment des problèmes d'optimisation et d'ajustement.

12.3. Système de santé

Selon l'OMS (2007), le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Il est dit, un système de santé est performant lorsqu'il offre des services de qualité à tous, quel que soit le moment et le lieu où ils en ont besoin. La configuration exacte des services varie d'un pays à l'autre, mais exige en toutes circonstances:

- un mécanisme de financement solide,
- un personnel qualifié,
- des informations fiables sur lesquelles sont fondés des décisions et des politiques;
- une infrastructure bien entretenue,
- des moyens logistiques pour acheminer des médicaments et des technologies de qualité.

Selon Mrabet (2003), un système sanitaire est un ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé.

Le système sanitaire se compose d'un niveau central ou stratégique, un niveau intermédiaire ou provincial qui met en application les politiques nationales et le niveau périphérique qui exécute les projets sanitaires à la base. La non-fonctionnalité des structures de base rend non opérationnel le niveau intermédiaire et central qui ont comme rôle, entre autres, l'analyse des informations de la base et la définition des stratégies pour répondre aux problèmes communautaires (Ministère de la santé, 2006).

12.4. Cadre organisationnel

Le Ministère de la Santé Publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire ou Provincial et le niveau périphérique. Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général qui compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés, les Hôpitaux nationaux. Il a une responsabilité normative et de régulation, de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.

Le niveau intermédiaire : actuellement le pays compte 26 Divisions et 26 Inspections Provinciales de la Santé, mais aussi les Hôpitaux provinciaux. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé. Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire.

Le niveau périphérique comprend théoriquement 515 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 Aires de Santé planifiées dont plus de 8266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du Centre de Santé (CS) est d'offrir à sa population de responsabilité les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé.

La Politique Nationale de la Santé adoptée en 2001, met encore l'accent sur les soins de santé primaires. L'unité opérationnelle de mise en œuvre de la PNS est la Zone de Santé. La mise en œuvre de cette PNS a démarré avec le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) 2000-2009. Le financement du PDDS a été essentiellement extraverti. Étant donné la structure de l'aide internationale dont la plus grande partie est destinée à la lutte sélective contre la maladie, la plupart des Zones de Santé mises en place pour une offre des soins de santé à la fois globaux, continus et intégrés, ont fini par céder à la fragmentation.

En vue de faire face à cette situation, en 2006, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui se fixe pour but d'améliorer l'offre et l'utilisation des soins de santé de qualité par l'ensemble de la population congolaise. Pour ce faire, la SRSS dans sa seconde édition prévoit comme axes stratégiques :

i. Le développement de la Zone de santé (ZS), qui en constitue l'axe stratégique de base. Il comprend essentiellement la rationalisation du fonctionnement des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR), l'amélioration de la couverture sanitaire (implantation des Centres de Santé) et de la qualité des soins ainsi que la participation communautaire, dans le cadre de la continuité des soins, il est nécessaire de mettre en place des services de référence

secondaire et tertiaire qui auront en plus comme mission d'assurer la formation de base et la formation en cours d'emploi sur le plan clinique des cadres des niveaux immédiatement inférieur

- ii. Le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé.** Cet axe comprend : la réforme du secteur de la santé, la décentralisation dans le secteur de la santé, le pilotage du système de santé, la réforme du système national d'information sanitaire comme outil d'appui à la prise de décisions, la recherche sur le système de santé et la lutte contre la corruption et l'anti valeurs
- iii. Le développement des ressources humaines pour la santé** qui prendra en compte la formation de base du personnel de santé du niveau secondaire, celui du niveau universitaire par le renforcement de la collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur, la formation en cours d'emploi, la gestion de la carrière et la rétention du personnel de santé, etc.
- iv. La réforme du secteur du médicament.** Le secteur du médicament est relevé au niveau d'axe stratégique parce que l'expérience de la mise en œuvre de la SRSS montre qu'il y a des questions relatives à ce secteur qui ne peuvent trouver solution dans les ZS. C'est le cas par exemple de l'existence des circuits parallèles d'approvisionnement en médicaments qui affaiblissent le système national, la non appropriation par le gouvernement du système national, de la régulation de l'ensemble du secteur, de l'assurance qualité des médicaments qui entrent sur le territoire national, de l'amélioration de la production locale, etc.
- v. La réforme du financement de la santé** par l'unification rationnelle de toutes les sources de financement existantes, l'augmentation du budget de l'État consacré à la santé et une amélioration de la pertinence de l'affectation selon les priorités et les résultats attendus sur les bénéficiaires de services et de soins (population) , la mise en place de 'basket funding' au niveau provincial pour une meilleure allocation des ressources à ce niveau et une réduction des effets du financement vertical sur l'organisation du système de santé en périphérie;
- vi. La collaboration intra et inter sectorielle** pour mieux capitaliser les apports du secteur privé et ceux des autres secteurs qui ont un impact sur l'état de santé des populations.
- vii. Le renforcement de la recherche sur le système de santé** en vue d'une amélioration de la pertinence des politiques, stratégies et normes du secteur de la santé.

La SRSS est cooptée dans le document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) est devenue la contribution du secteur de la santé aux efforts du Gouvernement destinés à lutter contre la pauvreté. Sa mise en œuvre s'est faite entre 2006 et 2009 à travers des Plans d'Actions Prioritaires (PAP). Ce Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui va couvrir la période 2011-2015, sera le premier plan pluriannuel de mise en œuvre de la SRSS.

12.5. Le système de santé au niveau de la zone de santé

Il tire son essence de l'organisation du système de santé national établi en trois paliers comprenant :

- ✓ Le niveau central avec un rôle normatif et régulateur ;
- ✓ Le niveau intermédiaire jouant le rôle d'appui technique aux zones de santé. Il s'agit de 26 Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et 26 Inspections Provinciales de la Santé (IPS) ;
- ✓ Le niveau périphérique, c'est la Zone de santé. C'est le niveau d'opérationnalisation des soins de santé primaires. Le pays est subdivisé en 515 Zones de Santé. L'existence d'une ZS est sanctionnée par un arrêté interministériel signé par le Ministre de l'Intérieur et celui de la santé. Pour les ZS militaires, l'arrêté interministériel est signé conjointement par le Ministre de la santé et son collègue de la défense.

La zone de santé (ZS) est une entité géographique bien délimitée (diamètre maximal 150 kms) contenue dans les limites d'un territoire/commune administrative, comprenant une population d'au moins 100.000 habitants (composée des communautés homogènes au point de vue socioculturelle) avec des services de santé à deux échelons interdépendants (centres de santé au 1er échelon et un Hôpital Général de Référence (HGR) au 2ème échelon), sous la supervision d'une Équipe cadre.

La ZS est subdivisée en « Aires de santé ». Une aire de santé est une entité géographique délimitée, composée d'un ensemble de villages en milieu rural et/ou de rues en milieu urbain selon les critères d'affinités sociodémographiques dont la taille de la population desservie est de 10.000 habitants. Chaque Aire de santé est couverte par un Centre de Santé.

Le système de santé au niveau de la Zone de Santé comprend quatre éléments qui sont :

- les individus, famille et communautés,
- les structures de santé de premier contact : le Centre de santé,

- un niveau de référence, l'hôpital général de référence et
- un niveau administratif, le BCZS

Parmi les structures de santé au niveau d'une ZS on distingue : les structures obligatoires et les structures facultatives. Les structures sanitaires obligatoires sont : le Centre de Santé (CS) et l'Hôpital Général de Référence (HGR). Les structures facultatives permettent de répondre aux exigences d'accessibilité géographique. Il s'agit de Centre de Santé de Référence (CSR) et du Poste de Santé (PS)... Les circonstances d'implantation d'une structure facultative dans une ZS sont définies dans les directives d'application des normes d'organisation et de fonctionnement de la ZS.

Prise dans son ensemble, la zone de santé compte un certain nombre de structures de gestion et de participation communautaire. On note celles qui sont directement liées à chacune de deux structures de prestation de soins- CS et HGR- et celles dites de gestion intégrée de toute la zone de santé.

13. Participation communautaire

Dans la déclaration d'Alma ATA de septembre 1978 (OMS, 2007), les soins de santé primaires exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus ainsi que leur participation à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires en tirant les plus larges parties possibles des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer.

La participation communautaire est essentiellement un processus par lequel les personnes, individuellement ou en groupe, exercent leur droit de jouer un rôle actif et direct dans le développement des services appropriés, en garantissant les conditions d'une amélioration durable de la vie et en soutenant l'octroi aux communautés du pouvoir dans le développement global.

La participation communautaire est un processus indispensable dont toutes les populations devraient pouvoir jouir. Elle permet aux communautés:

- d'étendre le système de prestation sanitaire à la périphérie géographique et sociale
- de concevoir de leur état de santé objectivement plutôt qu'avec fatalisme et les incite à la prise des mesures préventives,
- d'investir la main d'œuvre, du temps, de l'argent et des matériaux dans des activités de promotion de la santé ; d'utiliser et d'entretenir les ouvrages qu'elles ont construites ;

- de rendre efficace l'éducation sanitaire et d'intégrer les acquis dans leurs activités
- de promouvoir l'équité par le partage de responsabilité, la solidarité, la fourniture des services à ceux qui en ont le plus besoin ;
- de promouvoir l'autosuffisance communautaire.

Les différents niveaux de participation sont :

- Participation marginale : la population utilise juste les services offerts.
- Participation active ou participation substantielle : les populations participent activement à la détermination de leurs propres priorités à travers leur représentation au sein des organes de participation communautaires

14. Principes généraux d'organisation et de fonctionnement de la zone de santé

Ce point traite des principes/concepts clés qui doivent être clairement compris dans l'organisation et le fonctionnement de la Zones de santé. Il s'agit du système de santé en RDC, des SSP, de la participation communautaire au niveau de la ZS. Et la stratégie de renforcement du système de santé.

14.1.Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS)

La SRSS comprend 6 axes, à savoir :

- le développement/la revitalisation de la Zone de Santé et la correction des distorsions induites à ce niveau ;
- le renforcement de la gouvernance et du leadership ;
- le développement des ressources humaines pour la santé ;
- la réforme du secteur du médicament ;
- la réforme du financement de la santé ;
- le renforcement de la collaboration intra et inter sectorielle.

Le travail au niveau de la Zone de santé est une priorité pour le développement d'un système de santé intégré à deux échelons (CS et HGR) piloté par l'Equipe Cadre de la Zone de Santé. Le développement des zones de santé comme toute activité organisée, doit répondre, comme le mentionne Mintzberg à deux exigences fondamentales et contradictoires : la division du travail et la coordination des tâches pour l'accomplissement du travail.

Le Développement/revitalisation de la Zone de Santé se conçoit comme un processus le développement du leadership intégré au niveau de la ZS : celui-ci consistera à réaliser un

certain nombre d'actions parmi lesquelles on peut citer (i) la désignation des membres de l'ECZ parmi le personnel qui travaille dans la ZS, (ii) l'organisation des formations communes pour tous les membres de l'ECZ, (iii) la définition des responsabilités tant verticales qu'horizontales de chacun des membres de l'équipe, (iv) l'élaboration du calendrier de travail pour l'ensemble de l'équipe et qui inclut les responsabilités de chaque membre tant au niveau de l'hôpital général qu'au niveau des centres de santé, (v) la mise en place d'un système de paiement des primes/salaires qui encouragent l'esprit d'équipe et l'atteinte des résultats, (vi) l'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur de l'ECZ qui doit être approuvé par le Médecin Provincial, etc.

Rationalisation du fonctionnement des structures de santé : Il s'agit de l'amélioration de la gestion administrative et technique des structures de santé. Elle permet d'améliorer la gestion tant administrative (personnel, finances, logistique, etc.) que technique (introduction des ordinogrammes, amélioration de la gestion des intrants non salariaux, établissement des critères de référence et contre référence, tarification, etc.). La rationalisation des ressources humaines fera en sorte que l'HGR et le CS dispose du personnel dont ils ont besoins en termes de quantité et de qualité conformément la charge de travail. Au niveau des structures, elle permettra l'intégration de l'hôpital dans le système de santé de la zone, etc. et assurer de façon harmonieuse le PMA dans les CS, le PCA dans les hôpitaux.

Amélioration de la couverture sanitaire de la ZS : ce sous axe vise l'augmentation de l'accessibilité de la population aux services et soins de santé de qualité soit par implantation de nouvelles structures de santé soit par la rationalisation du fonctionnement des structures existantes publiques ou privées en fonction d'un plan de couverture élaboré.

Amélioration de la qualité des soins : est le résultat de l'interaction entre plusieurs inputs qui contribuent à l'assurance qualité des soins offerts à la population parmi lesquels on peut citer: (i) directives claires sur les actes et gestes à poser par le personnel de santé notamment sur la prise en charge ou la référence des tuberculeux, du paludisme compliqué grave, des hémorragies gravidiques, la prescription d'antibiotiques, etc. (ii) l'approvisionnement régulier en intrants non salariaux, et en particulier en médicaments essentiels, l'équipement adéquat et la maintenance régulière des formations sanitaires (réhabilitation et entretien), (iii) la supervision formative périodique maintenant la compétence du personnel, (iv) l'intégration des soins curatifs et préventifs, (v) la mise en place d'un système d'information permettant l'évaluation de l'action des services hospitaliers

et des centres de santé (système d'information hospitalière, etc.) ainsi que (vi) tous les éléments plus subjectifs tels que l'accueil et à l'écoute des usagers, etc.

Participation communautaire : Il est question de rechercher l'implication de la communauté dans la gestion efficace des services de santé et des de leurs problèmes de santé. Cette implication peut avoir plusieurs formes : adhésion du patient (nécessaire à l'efficacité des soins) à des actions plus importantes et plus visibles telles la participation à la décision avec les professionnels de santé, l'apport des ressources en fonction des besoins et des moyens dont elle dispose et cette forme de participation peut prendre plusieurs formes allant jusqu'à la construction des Centres de Santé, en passant bien entendu par le paiement des actes médicaux dynamiques qui consiste à rendre les structures de santé de la Zone de santé capables d'offrir des services de santé de qualité, déconcentrés, permanents, polyvalents et accessibles et des soins de santé de base qui répondent aux problèmes de santé essentiels de sa population avec la forte implication et l'autodétermination de celle-ci.

15. Observations sur la participation des peuples autochtones dans le PMA et le PCA

La zone de santé est la structure opérationnelle du système de santé. Il est à remarquer que dans l'équipe cadre de la zone de santé, la constitution de la structure ne prévoit aucune parcelle de pouvoir à la culture Twa, alors que le système de santé doit s'appuyer aussi sur les réalités culturelles pour son organisation pour capitaliser toutes les ressources nécessaires de son rayon d'action.

Alors que les activités réalisées au niveau de l'hôpital sont dites « Paquet complémentaire d'activités et la médecine traditionnelle est appelée dans d'autres lieux, la médecine complémentaire, mais cette coïncidence n'a rien à faire avec la collaboration ou la coopération santé et encore moins l'intégration des compétences des peuples autochtones dans l'art de guérir bien que les activités des tradi-praticiens soient reconnues par Arrêté ministériel de la RDC et par des textes édictés par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les tisanes des autochtones sont à nos jours marchandées en ambulatoire par les femmes pygmées dans toutes les rues et avenues de Nyunzu au point que les mamans les utilisent soit comme les soins de premier échelon pour plusieurs famille ou soit encore pour résoudre les problèmes résistants ou la fièvre récurrente chez les enfants dites « Kamondo, Mukobo, ... » mais hélas ces soins ne sont pas intégrés ni dans le Paquet Minimum d'Activités et encore dans le Paquet Complémentaire d'Activité qui se réalise à l'HGR

CHAPITRE 2. EDUCATION INTERCULTURELLE ET LA NECESSITE DU PLAIDOYER

2.1. Aperçu historique de l'éducation interculturelle

Au XIX^e siècle est apparu le courant de l'éducation comparée dans un ouvrage de Jullien de Paris (1817). À cette époque, de nombreux voyageurs éducatifs (principalement des responsables des systèmes éducatifs nationaux) partent à la découverte de l'altérité d'une part et de réalités éducatives d'autre part, pour pouvoir ensuite réformer leur propre système national.

Au XX^e siècle, l'éducation comparée se développe grâce aux différents facteurs historiques comme la création d'organisations internationales (Bureau International de l'Éducation (BIE) ou UNESCO, par exemple) qui seront mandatées pour effectuer des études comparatives entre les pays. Dans cette mouvance d'interactions entre les contextes migratoires qui prennent de plus en plus d'importance, d'accentuation de la diversité ethnique et de concentration des immigrés dans les zones urbaines, et tout cela dans un arrière-plan de crise économique, le Conseil de l'Europe lance toute une série d'études sur l'éducation et le développement culturel des migrants. L'éducation interculturelle devient une nécessité pour la connaissance de l'autre. En Espagne, en Allemagne et en Suisse par exemple, des postes de professeurs universitaires sont créés d'abord en éducation comparée puis en éducation interculturelle.

Perez, Groux et Ferrer (2002) considèrent la création de postes dans le domaine de l'interculturel comme une nécessité à l'intérieur des sciences humaines voire des sciences de l'éducation. La complémentarité des deux champs apparaît aux yeux de beaucoup de spécialistes comme un besoin.

En ce qui nous concerne, nous nous situons dans cette inter- culturalité entre deux peuples qui vivent ensemble dans une même entité de la province du Tanganyika en RDC et qui disposent deux types de connaissances utiles pour le développement du système de la santé.

2.2. Connaissances, innovations et pratiques traditionnelles

Plusieurs politiques sont entrain de reconnaître que les connaissances traditionnelles se sont développées au fil des siècles et que les familles et communautés autochtones en sont les dépositaires depuis des générations; il est nécessaire de faire valoir que ces connaissances représentent une contribution particulière des peuples autochtones. Des communautés autochtones sont toujours victimes de bio-piraterie. Des chercheurs continuent à soutirer des connaissances aux dépositaires de ces connaissances sans prévoir aucun mécanisme de partage des avantages et sans aucun droit d'auteurs.

L'OMS pour son compte, a développé des objectifs stratégiques pour valoriser les connaissances traditionnelles de la médecine autochtone pour sélectionner les savoirs utiles :

a) **Objectif stratégique 1 : Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT/MC via des politiques nationales appropriées**

On observe une grande diversité de produits, de pratiques et de praticiens de MT/MC. Certains sont bénéfiques à la santé, d'autres comportent des risques ou sont motivés par des raisons purement commerciales. Vu leurs ressources limitées, les États Membres devraient décider des domaines sur lesquels ils doivent porter leur attention de manière à offrir aux consommateurs le meilleur niveau de qualité et de sécurité des soins, tout en veillant à la liberté de choix des consommateurs. Avant qu'une décision éclairée puisse être prise pour la régulation de la MT/MC au sein de leur juridiction, les États Membres doivent comprendre la nature particulière de leur secteur de la MT/MC et établir des données de base valides et complètes sur lesquelles s'appuyer.

➤ ***Orientation stratégique 1 : Comprendre et reconnaître le rôle et le potentiel de la MT/MC***

Les États Membres sont encouragés à reconnaître le rôle que joue la MT/MC dans leur système de santé. Cependant, on observe une grande diversité dans les formes de MT/MC qui peuvent être considérées comme faisant partie intégrante de chaque système de santé local. La Stratégie recommande que les États Membres reconnaissent et évaluent, dans le détail, les types de MT/MC utilisés par leur population et conçoivent leur propre profil national pour la pratique de la MT/MC. Cette information leur permettra de prendre des décisions éclairées sur la manière de réglementer et d'utiliser correctement la MT/MC.

Le marché de la MT/MC se mondialisant, l'harmonisation et la coopération gagneront en importance. Dans ce contexte, il convient de formuler les politiques et la

réglementation dans une perspective nationale et mondiale. Le plan stratégique recommande que les pays utilisent des approches reposant sur les meilleures pratiques afin d'élaborer des règlements pour différentes modalités.

Les peuples autochtones vivent en dépendance économique dans la plupart des villages. Ceci facilite une exploitation de droit d'auteur que les autres tradipraticiens de santé non autochtones du système de santé profitent du faible pouvoir d'achat des Twa pour acheter les connaissances et ressources dans le but commercial. Pour ce faire, les autochtones devaient se voir encadré pour que le système de santé bénéficie des connaissances originales que d'en bénéficier de la seconde main.

✓ ***Actions stratégiques pour les États Membres :***

- Reconnaître le rôle et la diversité de la MT/MC au sein de leur système de santé.
- Définir la portée du secteur en utilisant des données permettant de dénombrer combien de personnes recourent à des formes particulières de MT/MC, les raisons pour lesquelles elles y ont recours, les formes les plus demandées (importantes), si les personnes y ont recours sur les conseils d'un professionnel de santé et si les professionnels de santé savent que leurs patients utilisent la MT/MC.
- Mettre en œuvre et intégrer les politiques et programmes de MT/MC comme des composantes à part entière de leur système de santé national, le cas échéant.
- Encourager la communication et les partenariats entre les différents acteurs.
- Classer par ordre de priorité et déterminer les actions à engager conformément aux priorités, aux capacités, etc. au niveau national.

✓ ***Actions stratégiques pour les partenaires et les parties prenantes :***

- Définir des meilleures pratiques, en coopération avec des organismes agréés de praticiens et de chercheurs, qui peuvent être partagées à l'international.
- Formuler des recommandations sur les priorités de la recherche dans des domaines spécifiques, en vue d'élaborer des politiques publiques.

✓ ***Actions stratégiques pour l'OMS :***

- Continuer d'apporter un soutien et une orientation technique aux États Membres en élaborant des documents appropriés et des outils pour les études sur les politiques.
- Aider les États Membres à définir et à réglementer les différentes disciplines et modalités de la MT/MC.
- Coordonner les ressources techniques mondiales afin de parvenir à un consensus sur les définitions fondamentales de la MT/MC.
- Aider les États Membres à promouvoir le partage d'informations entre les pays concernant la formulation des politiques.
- Collecter des données mondiales sur l'utilisation de la MT/MC ; créer et tenir à jour une base de données afin de rassembler des informations sur la politique et la réglementation de la MT/MC dans les États Membres.

➤ ***Orientation stratégique 2 : étoffer la base de connaissances, accumuler des données et gérer les ressources***

Les États Membres devraient étayer leur production de savoir, leur collaboration et leur utilisation durable des ressources de MT/MC. Il est important que les États Membres et les parties prenantes soient respectueux de la biodiversité et des traités internationaux portant sur les espèces menacées. Tandis que l'intérêt pour la MT/MC s'accroît, de nombreuses questions restent encore en suspens à propos de la qualité et de la quantité des données qui plaident pour son utilisation. La recherche sur la MT/MC doit employer des méthodes généralement acceptées pour l'évaluation des services de santé, y compris des études d'efficacité comparée et des études reposant sur des méthodes diverses. On constate également un manque de recherche et d'innovation sur les diverses formes de MT/MC.

Pour que la MT/MC soit considérée comme partie intégrante des soins de santé, ses bienfaits doivent être prouvés. Pour ce faire, on peut intensifier la recherche et l'innovation, mais aussi mettre l'accent sur la gestion du savoir, y compris sur la protection des droits de propriété intellectuelle, ce qui permettra d'encourager l'innovation et de protéger le savoir traditionnel. Même si la MT/MC connaît désormais une popularité mondiale, le risque demeure que, dans certains pays, le savoir traditionnel qui sert à maintenir les gens en bonne santé et à les soigner soit perdu. Il faut attirer l'attention des agences de protection de la propriété intellectuelle sur cette réalité.

La collecte, l'analyse et la synthèse stratégiques des données sur l'utilisation de la MT/MC constituent des priorités essentielles, tout comme une stratégie de gestion de l'information qui veille à ce que celle-ci reste à jour et demeure de la meilleure qualité. On peut y parvenir en intégrant dans les enquêtes nationales des questions sur le recours à la MT/MC, en adaptant les bases de données existantes, en créant des centres d'excellence dans le domaine de la recherche ou en développant des réseaux de recherche nationaux qui rassemblent de multiples acteurs.

Une fois les données de base obtenues, les États Membres doivent encourager la recherche sur des formes de MT/MC susceptibles d'être bénéfiques à leur population, et centrer leur attention et leurs ressources limitées sur les produits, pratiques et praticiens les plus susceptibles d'apporter des bénéfices pour la santé. Dans le même temps, les États Membres devraient être les mieux placés pour identifier les types de MT/MC qui font des promesses exagérées ou qui présentent un risque sanitaire réel.

Pour éviter une utilisation non autorisée, la MT/MC doit être correctement protégée par des droits conventionnels de propriété intellectuelle ou par des droits *sui generis*. Les cadres de propriété intellectuelle actuels peuvent servir à protéger des innovations reposant sur la MT/MC et être étendus afin de comporter des garde-fous appropriés, de manière à éviter toute appropriation indue de la MT/MC.

Tout nouveau système de protection *sui generis* doit non seulement garantir un consentement préalable éclairé, l'accès aux ressources, le partage des avantages, ainsi qu'un accès généralisé à la MT/MC, mais aussi encourager la recherche sur la qualité, la sécurité et l'efficacité de la MT/MC afin d'adapter les traitements existants et de développer de nouveaux produits. Des stratégies appropriées peuvent également veiller à ce que des tiers ne s'arrogent pas des droits de propriété intellectuelle illégitimes ou infondés sur la MT/MC.

✓ ***Actions stratégiques pour les États Membres :***

- En fonction des principaux risques et/ou bienfaits potentiels attribuables à la MT/MC utilisée dans le pays :
 - veiller à ce que la MT/MC soit sans danger ;
 - identifier les sources des données, qu'elles soient historiques, traditionnelles ou scientifiques, qui étayent ou invalident une thérapie particulière ;

- déterminer le profil risque/bienfaits, y compris le rapport coût-efficacité.
 - Promouvoir la recherche et développement, l'innovation, la gestion du savoir.
 - Encourager l'acquisition, l'application et la diffusion du savoir en instaurant une approche globale et inclusive de la recherche et développement en MT/MC, y compris concernant la qualité et le rapport coût-efficacité.
 - Établir un programme de recherche national qui reconnaît et inclut différents types de modèles de recherche selon les besoins.
 - Élaborer et communiquer des méthodes et critères appropriés pour évaluer la sécurité, l'efficacité et la qualité des produits de MT/MC et pour estimer l'intérêt de la pratique de la MT/MC (par exemple en mobilisant des ressources pour la recherche, en élaborant des méthodes de recherche appropriées et en encourageant l'investissement).
 - Éviter toute appropriation indue de la MT/MC en instaurant les instruments internationaux pertinents conformément à la stratégie et au plan d'action mondiaux de l'OMS relatifs à la santé publique, à l'innovation et à la propriété intellectuelle, en adoptant ou en amendant la législation nationale sur la propriété intellectuelle, et en décidant d'autres stratégies de protection préventives.
 - Protéger et conserver les ressources de MT/MC, en particulier le savoir et les ressources naturelles.
 - Identifier la manière dont l'information sur la MT/MC est communiquée par les praticiens, la publicité sur les produits, les pratiques et les médias.
 - Encourager le dialogue et les partenariats entre les acteurs. Lorsque les besoins nationaux l'exigent, rechercher des informations complémentaires auprès des partenaires internationaux, en particulier sur les tendances et sur les enseignements qui se dégagent au niveau mondial.
 - Publier des directives thérapeutiques standard sur l'utilisation de la MT/MC, ainsi qu'une liste des médicaments essentiels à base de plantes.
- ✓ *Actions stratégiques pour les partenaires et les parties prenantes :*

- Contribuer à la collaboration entre les États Membres et l’OMS dans les projets/programmes de recherche sur la MT/MC.
- Donner des conseils sur l’évaluation des risques et des bienfaits.
- Encourager une culture de la communication, de la documentation, de l’évaluation et de l’innovation chez les praticiens, tant au niveau national qu’à l’international.
- Accroître la disponibilité et la connaissance de la littérature, des bases de données et autres référentiels de savoir.
- Élaborer des méthodes de recherche conformes aux théories et à la pratique de la MT/MC.
- Renforcer la capacité de la recherche internationale, notamment concernant la protection adéquate de la propriété intellectuelle et la prévention d’éventuels cas d’appropriation indue.
- Soutenir la collaboration internationale pour la recherche sur la MT/MC.

✓ *Actions stratégiques pour l’OMS :*

- Continuer d’apporter un appui et des orientations techniques aux États Membres en élaborant des documents et outils pertinents pour les études sur les politiques, la recherche, la préservation des ressources et l’utilisation durable.
- Promouvoir la collaboration internationale dans la recherche sur la MT/MC.
- Sensibiliser toutes les parties prenantes aux problèmes de biodiversité et de préservation des ressources.
- Organiser des ateliers de formation sur la formulation des politiques, les méthodes de recherche, la déontologie de la recherche et la préservation des ressources.
- Collecter et diffuser des informations pertinentes.

b) Objectif stratégique 2 : Renforcer l'assurance qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT/MC en réglementant les produits, pratiques et praticiens

Les États Membres devraient examiner le potentiel des pratiques et des produits de MT/MC dans leur région et dans leur pays, puis déterminer s'il convient de renforcer la réglementation, la supervision, les systèmes ou les institutions afin de rendre l'assurance-qualité, la sécurité et l'efficacité des pratiques et produits de MT/MC plus convaincants, tout en veillant à la liberté de choix du consommateur.

Une fois qu'un programme national et que la politique générale ont été définis, il conviendrait d'élaborer des cadres réglementaires, tant pour les produits que pour les pratiques, afin de tenir compte des besoins spécifiques au niveau régional et national.

Ce processus devrait faire intervenir les pouvoirs publics, les consommateurs, les éducateurs, les groupes de praticiens, les fabricants et les chercheurs, et chercher à définir comment la MT/MC est pratiquée et comment les produits de MT/MC peuvent être utilisés en toute sécurité et efficacité. Dans le même temps, les planificateurs des systèmes de santé pourraient ainsi mieux anticiper les besoins et exploiter le potentiel des méthodes de MT/MC pour répondre à ces besoins sanitaires.

➤ ***Orientation stratégique 1 : Reconnaître le rôle et l'importance de la réglementation des produits***

Selon les informations provenant de la première Enquête mondiale de l'OMS sur la MT/MC et les informations provisoires provenant de la deuxième Enquête mondiale de l'OMS, les États Membres élaborent et mettent de plus en plus en place des cadres réglementaires pour les produits de MT/MC.

Même si des cadres réglementaires sont élaborés aux niveaux national et régional, les pays sont encouragés à reconnaître le caractère mondial de ce secteur. La MT/MC est désormais un phénomène international dont les pratiques et les produits sont souvent utilisés dans une partie du monde différente de celle où ils ont à l'origine été conçus ou fabriqués. Le commerce mondial de ces produits, y compris leur distribution par Internet, est devenu un facteur important dont il faut tenir compte lorsque l'on réfléchit aux façons de veiller à ce que la MT/MC se conforme aux traités internationaux sur la biodiversité et les espèces menacées. Cette situation entraîne un certain nombre de problèmes : il faut traiter avec des législations différentes d'un pays à l'autre, veiller à ce que les informations relatives à la qualité et à la

sécurité soient communiquées et encourager une utilisation appropriée au sein de cultures différentes.

✓ *Actions stratégiques pour les États Membres :*

- Identifier les normes, politiques et règlements existants afin de garantir la qualité et l'innocuité des produits. Évaluer les besoins et accorder la priorité aux domaines qui nécessitent une réglementation reposant sur l'évaluation des risques tout en cherchant à préserver le choix des consommateurs.
- Renforcer la crédibilité et l'accessibilité des produits de MT/MC en élaborant et en mettant en œuvre une réglementation appropriée, qui garantit que l'utilisation de ces produits ne présente aucun danger.
- Prévoir une réglementation qui met en avant la qualité, la sécurité et l'efficacité,
- via l'homologation des produits, l'octroi d'agrément aux prestataires et de pouvoirs aux instances de réglementation afin qu'elles puissent mettre en œuvre des mesures de santé publique, notamment en signalant les effets indésirables.
- Veiller à ce que la capacité et les ressources réglementaires soient suffisantes pour répondre aux besoins du marché.
- Diffuser des données, des directives et des informations qui prouvent les bienfaits sanitaires.
- Encourager la sensibilisation des parties prenantes (acteurs industriels, praticiens, chercheurs et consommateurs) et leur participation aux cadres réglementaires.
- Fixer ou adopter des normes pour les produits de MT/MC.
- Promouvoir la coopération et la collaboration internationales en matière de réglementation, notamment concernant le partage d'informations sur les produits de MT/MC.

✓ *Actions stratégiques pour les partenaires et les parties prenantes :*

- Encourager les praticiens, l'industrie, les chercheurs et les consommateurs à participer à la conception de la réglementation sur les produits.

- Coopérer et participer aux systèmes de suivi et de surveillance pour la gestion du risque.

✓ ***Actions stratégiques pour l’OMS :***

- Concevoir ou mettre à jour les documents et outils techniques de l’OMS sur la promotion de l’innocuité, de la qualité et de l’efficacité de l’utilisation des produits de MT/MC, ainsi que les normes et référentiels applicables.
- Organiser des ateliers de formation sur le renforcement des capacités à l’intention des instances de réglementation.
- Promouvoir la standardisation et la classification internationales de la MT/MC.
- Faciliter le partage d’informations et la création de réseaux internationaux pour la réglementation.

➤ ***Orientation stratégique 2 : Reconnaître et élaborer des règlements applicables aux pratiques et aux praticiens pour l’éducation et la formation, le développement des compétences, les services et les thérapies de MT/MC.***

À mesure qu’augmente le nombre de pays qui réglementent la MT/MC, il est nécessaire d’évaluer l’efficacité de ces dispositions et de trouver comment résoudre les problèmes grâce à une comparaison avec des références appropriées (benchmarking). On peut y parvenir en menant des audits et des examens au niveau national, ainsi qu’en élaborant et en partageant des modèles appropriés au niveau international.

Les critères de référence sont utiles pour concevoir des approches et des cadres, ainsi que pour évaluer les améliorations que l’on pourrait apporter aux systèmes existants. On peut les appliquer aux différentes thérapies, concevoir des modèles de remboursement, créer des normes d’exercice, instaurer des cadres réglementaires pour les prestataires et pratiques de MT/MC, mettre en place une supervision des praticiens, notamment sur le plan de la formation, de l’agrément et de la rémunération, et déterminer comment un service est fourni au sein d’un système de santé.

✓ ***Actions stratégiques pour les États Membres :***

- Améliorer l’accès à l’information et étoffer la base de connaissances sur la qualité, la sécurité et l’efficacité de la MT/MC.

- Veiller à ce que les services de MT/MC (pratiques et praticiens) soient correctement contrôlés en instaurant des systèmes réglementaires pratiques adaptés à l'infrastructure des États Membres.
- Fixer des normes et des indicateurs pour le suivi des performances dans le cadre d'un système de santé global.
- Contribuer à l'élaboration d'un code de conduite afin de promouvoir une pratique déontologique, en partenariat avec tous les acteurs concernés.
- Contribuer à la conception et à la mise en œuvre de directives visant à garantir la sécurité, la qualité et l'efficacité des services de MT/MC.
- Définir des dispositions sur la formation, la qualification et l'agrément des pratiques et praticiens de MT/MC, sur la base d'une évaluation des besoins et des risques.
- Promouvoir l'élaboration de critères de référence, de normes et de règlements pour la formation, l'agrément et le remboursement des différentes formes de MT/ MC.
- Mettre en place des canaux de communication formels afin de faciliter l'enseignement, y compris la formation continue et l'agrément, l'octroi d'autorisations d'exercer et l'enregistrement des praticiens de MT/MC.

✓ ***Actions stratégiques pour les partenaires et les parties prenantes :***

- Encourager les consommateurs, les praticiens et les chercheurs à participer activement à l'élaboration de normes et de règlements régissant la formation, les services et les thérapies.
- Encourager l'élaboration de directives et d'un code de conduite pour que l'enseignement, la formation et la pratique des praticiens de médecine Traditionnelle reposent sur des fondements éthiques.
- Encourager la communication et le partage du savoir entre praticiens, afin de documenter et d'évaluer leur pratique.
- Encourager la cohésion entre praticiens de santé traditionnels et leur donner les moyens de s'organiser en associations ou en groupements.

- Encourager et promouvoir l'obtention d'agréments par les instituts d'enseignement et de formation.
- Promouvoir une compréhension et un respect mutuels entre les praticiens de MT/MC et les autres.
- Encourager les professionnels de santé classiques à en savoir davantage sur l'utilisation de la MT/MC.

✓ **Actions stratégiques pour l'OMS :**

- Élaborer ou mettre à jour les documents et outils techniques de l'OMS sur la promotion de la sécurité, de la qualité et de l'efficacité de la pratique de la MT/MC et de ses praticiens, notamment des critères de référence concernant la formation et la pratique.
- Organiser des ateliers de formation sur le renforcement des capacités à l'intention des instances de réglementation.
- Faciliter le partage des informations et la création d'un réseau international d'instances de réglementation.

c) Objectif stratégique 3 : Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de MT/MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire

Il est de plus en plus largement admis qu'une MT/MC sans danger et efficace pourrait contribuer à la santé de nos populations. L'une des questions les plus importantes qui a été soulevée ces dernières années à propos de la MT/MC est de savoir comment elle pourrait contribuer à la couverture sanitaire universelle en améliorant la prestation des services au sein du système de santé, en particulier pour les soins de santé primaires : l'accessibilité des patients aux services de santé et une plus grande sensibilisation à la promotion de la santé et à la prévention des maladies sont des questions essentielles ici.

La couverture d'assurance des produits, pratiques et praticiens de MT/MC est très variable. Les régimes d'assurance peuvent offrir une couverture intégrale ou exclure totalement la MT/MC, auquel cas les consommateurs doivent payer directement tous les services de MT/MC. Dans le même temps, des données nouvelles montrent que la MT/MC,

lorsqu'elle est couverte par les régimes de couverture sanitaire universelle, peut atténuer les tensions qui pèsent sur le système et faire baisser les coûts. C'est pourquoi il importe que les États Membres réfléchissent aux moyens d'intégrer davantage la MT/MC dans leur système de santé et leurs plans de couverture sanitaire universelle.

Si l'on veut que la MT/MC soit mise à profit, les individus doivent être informés des bienfaits et des risques potentiels que présente le remplacement de la médecine classique par la MT / MC. Les acteurs de la MT/MC doivent redoubler d'efforts pour donner aux consommateurs de plus amples informations sur leurs produits, sur leurs pratiques et sur les praticiens de manière à ce que ces consommateurs puissent choisir en toute connaissance de cause.

Les États Membres devraient encourager la coopération et le partage d'informations entre professionnels de santé classiques et praticiens de MT/MC. Pour que l'utilisation de la MT/MC ne comporte aucun risque et soit appropriée, il est impératif que les informations soient faciles à comprendre. Il s'agit notamment d'encourager les patients à informer leurs professionnels de santé habituels qu'ils ont recours aux produits de MT/MC.

➤ ***Orientation stratégique 1 : S'appuyer sur la contribution potentielle de la MT/MC à l'amélioration des services et des résultats de santé***

Respectueux des traditions et des coutumes des peuples et communautés, les États Membres devraient réfléchir à la manière dont la MT/MC, y compris l'auto-prise en charge sanitaire, peut contribuer à la prévention ou au traitement des maladies, à la préservation et à la promotion de la santé en cohérence avec les données sur la qualité, la sécurité et l'efficacité, conformément aux choix et aux attentes des patients.

Les modèles intégrant la MT/MC dans les systèmes de santé nationaux devraient être explorés en fonction des réalités de chaque pays. Il faut notamment décider des formes de MT/MC à intégrer, et de la manière dont elles doivent l'être. Si l'intégration n'est pas réalisable, il faut trouver des solutions de remplacement.

De nombreuses initiatives sont en cours dans le monde : leur objectif est de développer des modèles de meilleures prestations des soins de santé qui soient durables, réalisables et susceptibles d'améliorer les résultats sanitaires. Suivant la situation de chaque pays, les soins peuvent revêtir la forme d'une discipline unique, de disciplines multiples, d'un modèle d'auto-prise en charge sanitaire ou d'une approche plus intégrée. Les meilleurs modèles sont souvent développés en partenariat et en collaboration, ils sont axés sur les

individus et s'appuient sur des approches sûres, appropriées et d'un bon rapport coût/efficacité.

✓ *Actions stratégiques pour les États Membres :*

- Reconnaître que la TM constitue une ressource susceptible de contribuer à l'amélioration des services de santé, en particulier pour les soins de santé primaires, et qu'elle peut effectivement améliorer les résultats sanitaires.
- Étudier comment la MT/MC pourrait être intégrée au système national de prestation de services de santé en fonction des capacités, des priorités, de la législation en vigueur et de la situation de chaque pays, ainsi que des données sur la sécurité, la qualité et l'efficacité.
- Encourager le développement de capacités sanitaires appropriées pour les services de santé publique qui relèvent de la MT/MC, en veillant à ce que des éléments essentiels du système de santé soient en place pour y être intégrés.
- Veiller à ce que la couverture d'assurance et les modèles nationaux de remboursement des soins de santé prennent en compte de manière équitable la MT/MC, lorsqu'elle est sûre et efficace.

✓ *Actions stratégiques pour les partenaires et les parties prenantes :*

- Promouvoir le respect mutuel, la collaboration et la compréhension entre praticiens conventionnels et de MT/MC.
- Promouvoir une communication internationale entre communautés de praticiens concernant leurs modèles d'intégration.
- Promouvoir la recherche sur le rapport coût/efficacité de l'intégration des approches de MT/MC.
- Promouvoir la formation continue, l'évaluation, la collecte de données et la recherche sur les pratiques de MT/MC.
- Faire participer des organisations non gouvernementales et le secteur à but lucratif, y compris les systèmes de remboursement des soins de santé, le cas échéant, à la réalisation des objectifs ci-dessus.

✓ *Actions stratégiques pour l’OMS :*

- Concevoir ou mettre à jour les documents et outils techniques de l’OMS sur l’intégration de la MT/MC dans le système de santé national, notamment en ce qui concerne l’accès à des services de MT/MC sûrs et de qualité, la terminologie propre à la MT/MC et l’inclusion de la MT/MC dans la classification internationale des maladies de l’OMS. Aider les États Membres à identifier les modèles et les approches de l’intégration de la MT/MC dans les systèmes de santé.
- Organiser des cours et des ateliers de formation pour les décideurs et les praticiens de MT/MC.
- Collecter et diffuser des informations sur l’intégration de la MT/MC dans les systèmes de santé nationaux.
- Rapprocher les associations professionnelles de MT/MC des groupements de médecine conventionnelle afin de promouvoir une utilisation sûre et efficace de la MT/MC.

➤ *Orientation stratégique 2 : Veiller à ce que les consommateurs de MT/MC puissent opérer des choix éclairés sur l’auto-prise en charge sanitaire.*

Le choix éclairé constitue l’un des fondements d’une bonne pratique des soins de santé. Une prise de décision en commun favorise des soins centrés sur l’individu. Les aspects éthiques et juridiques doivent étayer et façonner les aspects et considérations essentiels du choix éclairé. La sensibilisation/l’éducation doit aussi jouer un rôle important dans le choix éclairé. Dans de nombreux États Membres, une grande partie des produits de MT/MC sont librement choisis par les patients eux-mêmes.

Il est important de noter que le désir d’accessibilité et de disponibilité exprimé par les consommateurs peut entrer en conflit avec la mission de l’État qui consiste à protéger la population en adoptant le principe de précaution lorsqu’il a des doutes quant au risque. L’équilibre entre ces deux facteurs diffère d’un pays à l’autre et peut empiéter sur un modèle d’auto-prise en charge sanitaire.

✓ *Actions stratégiques pour les États Membres :*

- Élaborer des mécanismes/directives sur l'information et la protection des consommateurs, les moyens de recours et l'utilisation correcte des produits, praticiens et services de MT/MC, y compris pour la publicité et la promotion.
- Renforcer la formation interdisciplinaire et la pratique collaborative entre les praticiens de médecine conventionnelle et les praticiens de MT/MC en mettant l'accent sur l'individu.
- Encourager le partenariat et le dialogue sur l'auto-prise en charge sanitaire parmi tous les acteurs.
- Encourager les États Membres à prendre des mesures pour que les consommateurs fassent des choix éclairés.

✓ ***Actions stratégiques pour les partenaires et les parties prenantes :***

- Informer et conseiller les consommateurs sur la MT/MC, y compris sur les risques potentiels des pratiques et des produits, notamment lorsqu'ils sont fournis en dehors des contrôles réglementaires nationaux (achats sur Internet, etc.).
- Promouvoir la formation des praticiens de santé sur la MT/MC, et encourager les patients à informer leurs praticiens de médecine conventionnelle qu'ils ont recours à la MT/MC.
- Préconiser une publicité et une promotion responsables et précises.

✓ ***Actions stratégiques pour l'OMS :***

- Concevoir ou mettre à jour les documents et outils de l'OMS sur la sensibilisation des consommateurs et l'auto-prise en charge sanitaire.
- Organiser des cours et des ateliers de formation pour les décideurs et les praticiens de MT/MC
- Collecter et diffuser des informations sur l'auto-prise en charge sanitaire.
- Mise en œuvre de la stratégie.

La Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2013-2024 se donne pour objectifs d'aider les États Membres à :

- mettre à profit la contribution potentielle de la MT/MC à la santé, au bien-être et aux soins de santé axés sur la personne.
- favoriser un recours sûr et efficace aux produits, pratiques et praticiens de MT/MC grâce à leur réglementation, leur évaluation et leur intégration dans les systèmes de santé, s'il y a lieu.

Cette stratégie a été élaborée en vue d'aider les États Membres à définir et à hiérarchiser leurs besoins, à délivrer des services efficaces et à instaurer une réglementation et des politiques adéquates afin de garantir un recours sûr aux produits et pratiques de MT/MC. Il est important de garder à l'esprit que cette stratégie constitue simplement un guide visant à aider les pays à définir leurs propres objectifs stratégiques de MT/MC au regard de leurs pratiques nationales, de leurs priorités, de la législation en vigueur et du contexte. À cette fin, l'OMS s'engage à surveiller la mise en œuvre de cette stratégie et à la diffuser aussi largement que possible.

Au cours de la prochaine décennie, il faudra réexaminer cette Stratégie de façon à vérifier qu'elle reste pertinente. Il est prévu qu'une révision ait lieu après cinq ans, afin de déterminer si ses objectifs, ses orientations et ses buts restent applicables et d'actualité. Un examen plus détaillé sera mené au terme des dix années que couvre la Stratégie, ce qui permettra d'en déterminer l'impact global.

Pour que cette Stratégie soit efficace, il faut que ses résultats soient mesurables de manière homogène et objective. Si des éléments communs se retrouvent dans la manière dont la MT/MC est utilisée, il existe aussi des différences entre les États Membres. Les indicateurs de performance reposant sur les trois objectifs stratégiques devront être mis au point à l'échelon national par chacun des États Membres. On espère que les exemples généraux proposés dans cette stratégie aideront les États Membres à définir des indicateurs correspondant à leurs besoins spécifiques. Pour l'heure, l'OMS a préparé une liste restreinte d'indicateurs de performance critiques portant sur chacun des objectifs stratégiques, et qui permettront de mesurer la réussite de la stratégie pour la MT et son niveau d'avancement dans les États Membres

3. Education interculturelle et fond de l'environnement mondial

Le recours aux connaissances autochtones traditionnelles peut renforcer considérablement la conception des projets, sous réserve, bien entendu, du consentement

préalable, donné librement et en connaissance de cause des dépositaires de ces connaissances, et devrait être reconnu comme fonds pour l'environnement mondial (FEM) une contribution précieuse à la réalisation du mandat du FEM. À titre d'exemple, dans les projets de reboisement, il conviendrait de recourir aux connaissances autochtones en matière de biodiversité pour restaurer les écosystèmes et surtout d'utilité médico sanitaire plutôt que de créer des plantations ou de planter des bosquets d'arbres non indigènes.

Ces connaissances peuvent concerner notamment la régénération de plantes médicinales essentielles et de plantes à usage ménager dans la forêt. Le fait d'assurer la transmission de ces connaissances aux nouvelles générations fait partie de toute démarche de promotion de ces connaissances et les projets devraient contribuer à le faciliter et le renforcer, lorsque possible et sous réserve du consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause des communautés. Cette conception du rôle des connaissances et innovations traditionnelles contribue à l'instauration d'un nouveau paradigme de la préservation de l'environnement pour **Rio+20**.

La Convention sur la diversité biologique (CDB) reconnaît l'importance des connaissances et innovations autochtones pour la « conservation in situ » à l'article 8(j), qui mérite d'être cité en entier : (j) « Sous réserve des dispositions de sa législation nationale, respecte et maintient les connaissances, innovations et pratiques des communautés autochtones et locales qui incarnent des modes de vie traditionnels présentant un intérêt pour la conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique et en favorise l'application sur une plus grande échelle, avec l'accord et la participation des dépositaires de ces connaissances, innovations et pratiques et encourage le partage équitable des avantages découlant de l'utilisation de ces connaissances, innovations et pratiques ».

Force est de relever que la CDB traite de la nécessité d'assurer aussi bien le respect et le maintien des connaissances, innovations et pratiques que la protection de ces connaissances contre une utilisation inéquitable (ou le vol).

4. Essentiel à apprendre de l'éducation interculturelle

John Dewey (1916) constate qu'il existe un risque permanent que les disciplines étudiées à l'école soient isolées des expériences de la vie. Nous arrivons ainsi à l'idée ordinaire de l'éducation : l'idée qui ignore son besoin social et son identification avec toute association humaine qui touche la vie consciente, et qui identifie l'éducation comme la

transmission d'information sur des questions lointaines et à travers des signes verbaux : l'alphabétisme» :

Il s'affirme aussi par le Collectif AMANI (1994) : « Nous avons devant nous une proposition éducative née des conflits qui se produisent dans les sociétés multiculturelles, et dont l'objectif final est de promouvoir une rencontre entre différents collectifs, groupes ethniques, etc. où se produira un échange sur un pied d'égalité, en conservant la spécificité de chacun, tout en recherchant l'enrichissement mutuel... ses destinataires sont aussi bien les membres de la population autochtone que les personnes appartenant aux différents collectifs ethniques... Les différents membres qui composent une société multiculturelle doivent travailler pour construire une société interculturelle ».

De ces deux affirmations Luis Enrique López et Proeib Andes (8 Sept 2001) expliquent que « Apprendre à coexister dans un environnement toujours plus mondialisé tel que le leur exige d'acquérir des compétences et des valeurs qui permettent à tous les êtres humains de vivre dans un contexte fortement marqué par la diversité culturelle et linguistique.

Cette diversité ne caractérise plus seulement des sociétés qu'ils considéraient jadis comme lointaines, elle fait désormais partie de la vie quotidienne puisque, au sein de tout foyer, la vie de l'homme est imprégnée par ce qui est autre et différent. Ce phénomène est dû, d'une part, à la prédominance croissante des nouvelles technologies de l'information qui permettent tout homme d'entrer en contact avec des mondes de cultures et de langues différentes, et, d'autre part, aux déplacements de population, également en augmentation, d'individus provenant de régions et de pays autres que le leur.

Pour apprendre à vivre ensemble au XXI^e siècle, il faut donc commencer par prendre acte de ces nouvelles situations et accepter « notre diversité créative » disent-ils, ce qui suppose également de surmonter les retards du colonialisme. L'éducation doit ainsi relever un véritable défi dans ce nouveau contexte d'intercommunication et de contacts croissants dans le monde, qui a mis en évidence la diversité ethnique, culturelle et linguistique que caractérise le monde depuis toujours.

Pour nous préparer à coexister avec ce qui est différent, l'éducation du XXI^e siècle devra permettre en premier lieu l'acquisition de compétences sociales différentes qui nous amèneront tous à reconnaître, respecter et apprécier cette diversité qui est aujourd'hui plus évidente que jamais. Nous devons apprendre à accepter le fait que l'hétérogénéité culturelle

et linguistique constitue non seulement une réalité permanente, mais aussi, plus important, une caractéristique inhérente au genre humain.

Effectivement, les êtres humains sont par nature différents : nous sommes porteurs de cultures spécifiques et différentes entre elles, nous lisons le monde d'une manière particulière et conformément à la vision du monde que nous avons assimilée dès le moment où nous avons appris à faire partie de notre famille et de notre communauté. Nous apprenons de manière particulière et nous communiquons dans une langue ou un dialecte tout aussi particulier qui dénote notre filiation et notre appartenance à un groupe historique et social donné.

S'il faut s'assurer que tous les citoyens apprennent à reconnaître et à comprendre la différence, il est tout aussi nécessaire que dans ce futur très proche, l'éducation souligne la nécessité de se mettre d'accord sur l'obligation qu'ont, aujourd'hui plus que jamais, tous les êtres humains d'adhérer à un ensemble minimum de valeurs partagées par tous. Cet ensemble de valeurs, parallèlement à l'acceptation des points de vue, des pratiques et des croyances culturelles des autres, contient les droits inhérents à tous les êtres humains, dans le cadre de l'acceptation de l'égalité et l'équité et dans le contexte toujours plus démocratique qui régule la vie dans la société contemporaine. Cela suppose, bien sûr, de respecter les droits des autres, mais aussi d'assumer notre obligation de veiller à l'équité et à la justice.

Mais étant donné que les relations humaines sont aujourd'hui extrêmement vastes et diverses, précisément en raison des changements qu'a connus l'humanité, il devient impératif de se mettre d'accord sur un ensemble minimum de valeurs partagées par tous, quel que soit le peuple dont nous sommes issus ou la culture à laquelle nous appartenons. C'est pourquoi nous considérerons dans ce point d'entrée scientifique que, pour commencer, ce cadre minimum pourrait notamment être formé de la Déclaration universelle des droits de l'homme, de la Convention relative aux droits de l'enfant et du projet de déclaration sur les droits des populations autochtones. Dans ce sens, l'éducation du XXI^e siècle devrait être aussi une éducation aux valeurs et aux droits.

Favoriser la coexistence harmonieuse est actuellement l'un des principaux objectifs de l'éducation interculturelle. Dans des environnements multilingues et pluriculturels comme le Tanganyika de la RDC, il est obligatoire de considérer sérieusement les conditions socio-historiques, socioculturelles et sociolinguistiques particulières dans lesquelles les maîtres et les élèves interagissent. Pour fonctionner quotidiennement et pour se développer, les sociétés

multiculturelles et plurilingues ont besoin d'un nouveau type de citoyenneté culturelle fondé sur le pluralisme et la reconnaissance positive, mais néanmoins critique de la diversité qui nous caractérise. Ce nouveau type de citoyenneté doit se construire sur la base d'une nouvelle éthique universelle qui juge cette diversité créative comme une valeur en soi et, par conséquent, comme une valeur que nous partageons tous.

Pour être pragmatique, il est à notre sens nécessaire de passer en revue quelques résultats de recherches des causes du conflit récurrent intercommunautaire entre les pygmées et les bantous dans la province du Tanganyika ne profitant à personne mais par contre déstabilisant les uns et les autres sur le plan socio-économique. Ce conflit est le résultat qui se dégage de la perception de la diversité et de la manière de pensée, de la culture, la langue, . . . Selon les résultats de l'enquête « baseline » du projet « Santé et reconstruction de la paix » de l'IRC (2018) que nous avons eu le privilège de conduire, il ressort comme Causes profondes des conflits d'après les personnes interviewées, dans la zone de santé de Nyunzu:

- La discrimination : Les femmes bantoues ne veulent pas puiser de l'eau dans une même source avec les femmes Twas et justifient cela par un manque de notion d'hygiène des femmes Twas.
- La pauvreté, étant le grand facteur de ce qui est visible aujourd'hui. Personne ne veut voir l'autre gagner ;
- La rumeur et la désinformation.
- L'incompréhension entre deux ethnies sur les intérêts d'ordre social (mariage), d'ordre économique (gestion des ressources naturelles, des produits champêtres, droit de terre), d'ordre psychologique (estime, respect, considération des valeurs humaines, violence sexuelle) : Le conflit social est généralement lié au mariage non accepté par des femmes bantoues à la sous-estimation de l'homme Twa. Et cette sous-estimation est justifiée par des raisons plus économiques, c'est à dire, la femme bantoue considère que l'homme Twa est improductif, il n'a pas des champs, il ne construit pas des maisons, il continue à dormir sur la peau de gibier. Les femmes bantoues ont illustré des cas des Twas émancipés qui se sont mariés aux femmes bantoues par suite de l'amélioration de leurs conditions socio-économiques.

- Certains Twa du village Kankwale dans l'aire de sante de Muswaki ont déclarés que la cause des conflits dans leur zone est liée au fait que les bantous les faisaient travailler sans un paiement correcte avec l'esprit de domination.

Toutes les causes citées ci haut, peuvent trouver solution dans l'éducation interculturelle. Si l'éducation ne peut ni traiter ni résoudre tous les problèmes que nous posent les sociétés plus complexes dans lesquelles nous vivons aujourd'hui, « le processus éducatif peut, néanmoins, habiliter les garçons et les filles pour qu'ils comprennent les caractéristiques complexes et contradictoires des sociétés actuelles.

Il existe un consensus relatif entre les éducateurs à propos du fait que dans des sociétés culturellement diverses avec des valeurs conflictuelles, l'éducation peut jouer un rôle important dans le passage du conflit à la compréhension et au consensus (Batelaan et Gundara 1993).

Il ne fait aucun doute que des défis comme celui-ci sont parmi les plus difficiles à résoudre car il n'est pas facile de parvenir à un consensus entre groupes socioculturels et socio-historiques différents sur ce que l'école devrait ou ne devrait pas enseigner et surtout sur les valeurs qu'elle devrait inculquer à tous les enfants et les jeunes qui vivent dans un pays donné. Les attitudes et les comportements s'appuient aussi sur les valeurs que nous acquérons dès que nous apprenons à faire partie d'un groupe social spécifique et, dans cette mesure, nos attitudes et nos comportements sont le résultat de l'interaction dans la société.

Face à cette situation ardue en soi, nous sommes également dans l'obligation de former nos apprenants comme des sujets pensants et critiques, cet esprit critique étant également applicable à la culture et aux valeurs propres. C'est d'autant plus impératif quand les étudiants découvrent que certaines des valeurs de leur communauté culturelle ne sont pas conformes aux valeurs universelles aujourd'hui reconnues par tous. Cela pourrait être le cas des valeurs qui sont incluses dans l'alinéa 1 d) de l'article 29 de la Convention relative aux droits de l'enfant et qui se réfèrent à la compréhension, la paix, la tolérance, l'égalité entre les sexes et l'amitié entre tous les peuples, sans différences ethniques, nationales et religieuses.

Il est certes fondamental que les étudiants, au même titre que les enseignants, prennent conscience des complexités liées à la diversité culturelle, en général, et aux différences sur la vision des différents groupes qui coexistent dans un pays et/ou région donné sur la nature des valeurs fondamentales qui sous-tendent leurs comportements, leurs croyances, leurs attitudes et leurs modes de vie. Mais il est tout aussi important de se rendre

compte que c'est là une tâche qui dépasse l'école et qui implique la société dans son ensemble car l'école n'est que l'une des composantes de cette société.

Il ne sera pas possible, par exemple, de former des apprenants à la tolérance et au respect des différences si, hors de l'école, ils font l'expérience d'attitudes et de comportements qui contredisent l'enseignement de l'école. « Si, par exemple, l'école enseigne des valeurs comme la 'solidarité' et 'l'égalité', alors qu'elles sont considérées comme marginales hors du milieu scolaire, il ne sera pas possible d'attendre des résultats positifs. Il serait également hypocrite 'd'enseigner' aux individus comment se comporter dans la société si on n'apprend pas à ces mêmes étudiants la structure, les mécanismes et les effets de la société, y compris de l'Etat nation. Pour le reste, les écoles devraient aussi se montrer critiques face aux 'valeurs' qui régulent l'Etat nation, notamment le nationalisme et l'utilitarisme (Batelaan et Gundara, 1993).

Comme nous l'avons signalé dans l'introduction, la connaissance et la compréhension de la Déclaration universelle des droits de l'homme peuvent aller dans ce sens, puisque ce document est composé d'un ensemble de principes acceptés par tous. Cependant, il est nécessaire de prendre note de la date et du contexte historique dans lequel la Déclaration a été proclamée et, en vue de tenir compte de la diversité culturelle aujourd'hui plus visible et plus acceptée que jadis, il sera nécessaire de compléter cette compréhension par l'analyse d'autres déclarations et conventions tout aussi universelles, comme la Convention relative aux droits de l'enfant, le projet de déclaration sur les droits des populations autochtones, la Convention 169 de l'Organisation internationale du Travail relative aux peuples indigènes et tribaux, ainsi que le document qui sera préparé par la prochaine réunion sur le racisme et la discrimination en Afrique du Sud.

La Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, contient, dans son article 29, les dispositions suivantes : Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à :

- a) Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités;
- b) Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies;

- c) Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne;
- d) Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone;
- e) Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.

Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'Etat aura prescrites. »

C'est pourquoi, nous sommes d'accord avec Kramer (2001) quand il signale qu'il faut tenir compte du fait que les droits de l'homme ne peuvent être acceptés universellement que s'ils sont ancrés dans le contexte des diverses traditions culturelles.

Toutes ces déclarations et conventions construisent un monde plus interdépendant et pluriel que celui auquel nous étions habitués. Cette interdépendance nous place face à la nécessité de concevoir notre diversité créative comme une valeur en soi afin, sur cette base, de comprendre que sa pérennité exige souplesse et ouverture de manière à identifier les caractéristiques et les valeurs qui nous unissent en tant qu'êtres humains. C'est à cette condition que nous pourrions à la fois être des membres valables de nos groupes socio-historiques et socioculturels propres et faire partie du monde que nous habitons. Cette condition exige un nouveau type de citoyenneté à la construction de laquelle l'école doit nécessairement contribuer avec ouverture et souplesse face à la différence, cherchant et construisant une complémentarité entre les valeurs propres et les valeurs d'autrui, **entre ce qui est local** et ce **qui est mondial**, et entre les caractéristiques culturelles spécifiques et celles qui sont universelles.

Elle doit également inculquer aux élèves un sentiment démocratique profond fondé sur le respect de la dignité humaine et sur la connaissance et le respect des droits de l'homme universels et sur l'acceptation positive et le respect des différences culturelles et linguistiques.

Elle doit aussi transmettre le respect de la nature qui nous héberge et dont nous devrions nous sentir partie intégrante, ainsi que nous l'ont enseigné les peuples autochtones.

Pour que cela soit possible, Morin (1999) estime que nous devons lier l'éthique de la compréhension entre personnes avec l'éthique de l'ère planétaire qui demande de mondialiser la compréhension. La seule vraie mondialisation qui serait au service du genre humain est celle de la compréhension, de la solidarité intellectuelle et morale de l'humanité. Les cultures doivent apprendre les unes des autres, et l'orgueilleuse culture occidentale, qui s'est posée en culture enseignante, doit devenir aussi une culture apprenante. Comprendre, c'est aussi, sans cesse, apprendre et réapprendre.

Avec les théories de Vygotsky cité par Hakuta (1986), nous établissons une étroite relation entre les domaines socioculturels. Pour Vygotsky, la réalité externe à laquelle se référerait Piaget est avant tout culturelle. La culture est l'agent qui rassemble différentes capacités humaines internes qui ne seraient autrement pas liées. Les cultures varient énormément dans les manières dont elles rassemblent différentes capacités, de façon que la perspective de Vygotsky fournit un contexte dans lequel étudier les influences culturelles sur la pensée, ... ».

Effectivement, aucune cohabitation ne peut se dérouler dans un vide culturel sans se connaître. La culture est médiatrice des expériences quotidiennes de l'individu, ainsi que l'histoire et les caractéristiques sociales et culturelles spécifiques du contexte local, deviennent des ingrédients fondamentaux pour l'apprentissage significatif et contextualisé. Comme Cole (1971) et d'autres l'ont établi il y a près de quarante ans, « Les personnes feront bien les choses qui sont importantes pour elles et celles qu'elles ont l'occasion de faire souvent, reconnaissant l'existence d'aptitudes et de connaissances culturelles spécifiques qui déterminent non seulement ce que les enfants apprennent, mais aussi la manière dont ils apprennent.

Néanmoins, il faut également tenir compte du fait que si « un apprentissage plus rapide est obtenu quand les enfants sont déjà bien familiarisés avec un aspect particulier de leur environnement. Selon Price-Williams (1969), le manque de certaines expériences critiques peut retarder ou empêcher le développement. Ce dernier commentaire débouche sur l'analyse de ce qui se produit parfois dans des environnements multiculturels où une culture autochtone jusqu'à un certain point traditionnelle coexiste avec une culture de type

occidental, même si, en général, cette coexistence est marquée par la hiérarchisation de l'une sur l'autre ainsi que par la subordination de la culture traditionnelle.

Naturellement, l'essence et le type de tâches ne variera pas seulement d'une culture à l'autre, mais il pourra y avoir aussi des influences mutuelles entre elles, dont l'intensité dépendra de la situation spécifique et des relations de pouvoir dont chacune de ces cultures jouit dans la société. Ces différences ont de profondes conséquences sur l'éducation. C'est particulièrement vrai quand le modèle éducatif prévu tente de répondre à des manières de penser et de vivre, des tâches et des traits culturels locaux spécifiques, ainsi qu'au besoin des communautés de comprendre et de faire face à d'autres formes de pensée, de tâches et de traits culturels. Dans ce contexte, il faut affirmer clairement que la simple introduction de l'école – une institution en soi étrange – dans un contexte autochtone rural traditionnel implique un changement culturel important qui déclenchera sans aucun doute d'autres bouleversements de grande envergure, au nombre desquels il faut inclure en première ligne l'introduction de l'alphabétisme et de l'écrit.

Au début des années 70, Cole et ses collègues ont mené des études cognitives interculturelles entre les Kpelle dans la région du centre-nord au Libéria, Afrique, et ont observé des différences dans les manières de penser des Kpelle sans éducation formelle par rapport à ceux qui avaient fréquenté une école de type occidental. Mais les conséquences de l'éducation n'étaient aucunement uniformes. De leurs propres mots, « L'éducation influence deux facteurs étroitement liés.

- En premier lieu, la nouvelle institution culturelle conduit à l'acquisition de nouvelles compétences intellectuelles [parmi lesquelles il convient de considérer ce que cela signifie pour l'enfant de passer d'un milieu essentiellement verbal à un milieu où l'utilisation d'un moyen de communication écrit est obligatoire et à une institution comme l'école où, en plus, la langue s'utilise souvent de manière décontextualisée]...
- En deuxième lieu, la nouvelle institution culturelle entraîne un changement des situations dans lesquelles on applique les compétences... Mais nous ne pouvons pas en conclure ... que les différences observées dans les résultats reflètent des différences dans les aptitudes cognitives que possèdent les deux groupes. » (Cole et al., 1971).

Ayant analysé aussi les résultats que les Kpelle sans éducation formelle obtenaient dans les mathématiques de type occidental, les chercheurs en ont conclu qu'il existait « ... des manières spécifiques d'apprendre, que les membres de tous les groupes peuvent utiliser dans

certaines circonstances, mais que des membres de groupes différents utilisent [seulement] dans certaines circonstances » (Cole et al., 1971).

L'école de type occidental que fréquentaient les enfants Kpelle ne tenaient pas compte de ce fait et les enseignants considéraient donc souvent ces enfants incapables d'apprendre. Néanmoins, les chercheurs ont également découvert qu'il n'était pas du tout exact que les Africains sans éducation formelle soient dépourvus de pensée conceptuelle, comme on l'estimait auparavant.

Ces manières différentes de penser et d'apprendre peuvent avoir un rapport avec le fait que la majorité des sociétés autochtones appartiennent à une tradition orale. L'introduction de ces sociétés dans des écoles où l'on utilise l'écriture fait certainement partie de ce changement de grande ampleur dont nous avons parlé, dont nous n'avons pas toujours conscience.

Beaucoup d'étudiants autochtones qui arrivent à l'école sont issus d'une culture et d'une tradition orales ils ne dépendent pas des capacités de lecture et d'écriture pour savoir se guérir de la malaria par exemple avec les plantes médicinales que ses parents utilisent à tout instant que cela est une nécessité, pas plus que pour répondre à leurs besoins essentiels dans leur famille et leur communauté.

En outre, il faut également considérer que « les étudiants venant d'une culture traditionnellement alphabète s'attendent à ce que la langue soit utilisée de manière décontextualisée et les étudiants de tradition orale s'attendent [souvent] à ce que la langue soit utilisée [seulement] de manière contextuelle » (Département de l'éducation d'Australie du Sud 1993).

5. Différence des langues et de culture dans l'éducation

Le problème avec des situations similaires à celle des Kpelle, brièvement décrite ci-dessus, est qu'il est très rare que l'on tienne compte des différences culturelles existant entre groupes humains et que presque toujours, dans des environnements multilingues, les cultures subordonnées sont qualifiées selon les paramètres et le point de vue de la culture dominante. Les caractéristiques culturelles subordonnées sont considérées comme différentes alors que les dominantes sont considérées comme « normales » ou, ce qui est pire, « universelles », jugées depuis une norme unique abstraite, liée seulement avec les formes dominantes de pensée et de traitement de l'information.

Cela peut expliquer le fait que, pendant près de quarante ans, les différences culturelles aient été vues dans une perspective de déficit ou de carence, comme si ceux qui répondent à des formes de pensée divergentes souffraient d'une carence culturelle. Cole et ses collègues (1974) l'ont établi clairement quand ils ont souligné que « les différences culturelles dans la connaissance résident davantage dans les situations auxquelles on applique des processus cognitifs spécifiques que dans la présence d'un processus dans un groupe culturel et son absence dans un autre ».

Reconnaître l'existence de différentes formes de pensée et de traitement de l'information est indispensable dans un environnement pluriculturel et dans le contexte des innovations éducatives qui tentent, précisément, de répondre aux besoins spécifiques d'apprentissage des enfants qui appartiennent à des sociétés culturelles subordonnées. Ces enfants peuvent parfaitement rencontrer des difficultés dans une école de type occidental, en raison des styles d'enseignement culturellement biaisés qu'on y emploie et comme résultat de l'imposition de plans d'études uniques et de formes inadaptées d'apprentissage.

Comme nous l'a par exemple montré Teresinha Nunes Carraher (cf. Carraher et al., 1985, 1991), au Brésil, les enfants des rues peuvent effectuer des opérations arithmétiques rapidement et avec précision quand ils sont dans leur propre environnement socioculturel: les rues de Rio de Janeiro. Pourtant, ces mêmes enfants perdent de leur habilité et de leur exactitude quand ils sont entre les murs d'une salle de classe et quand leurs enseignants, se fondant sur une pédagogie rigide que Freire qualifiait de « bancaire », imposent une seule manière de penser et de traiter les opérations de calcul. C'est pourquoi Nunes Carraher a conclu que ces enfants obtiennent dix sur dix dans la rue, mais zéro à l'école.

Le problème tient certainement au fait que les enseignants, dans leur majorité, n'ont pas conscience du fait qu'il existe effectivement d'autres manières de penser et de traiter l'information mathématique, puisqu'ils ne connaissent pas les rues et que généralement elles ne les intéressent pas.

Ce qui arrive avec les enfants des rues de Rio de Janeiro se produisait aussi à New York avec les enfants noirs que William Labov a étudiés dans les années 70. Il a alors démontré que l'utilisation d'un anglais inférieur aux normes n'impliquait absolument pas une pensée inférieure et que ces enfants, comme n'importe quels autres, pouvaient réaliser des opérations linguistiques – et donc cognitives – de nature complexe, par le biais de leur propre variété linguistique et en fonction de l'environnement socioculturel auquel ils appartenaient.

Ces situations sont également fréquentes dans les écoles de style occidental, établies dans des environnements multilingues et pluriculturels, qui choisissent de ne pas tenir compte des caractéristiques linguistiques et culturelles spécifiques des étudiants qui les fréquentent.

Mais même quand on fait des concessions à la langue maternelle des élèves, on ignore souvent la connexion étroite entre langue et culture et la première langue est utilisée simplement pour traduire le contenu du programme d'études officiel lié à la langue, la culture et la société dominantes. Les écoles de type occidental ne font guère attention aux contenus scolaires non conventionnels ou à d'autres formes de pensée ou d'apprentissage. Cependant, ces trentaines dernières années, certains pays multilingues ont commencé à envisager des innovations scolaires dans le contenu du plan d'études et non pas seulement dans la méthodologie ou la langue qui présente ce contenu.

En ce qui concerne la question de la deuxième langue, on accorde une importance excessive à la forme et au contenu linguistique, aux dépens des variables socioculturelles qui sont déterminantes pour les manières et les lieux dans lesquels ces variables sont utilisées.

Heureusement, ces derniers temps, les linguistes au même titre que les enseignants de langue se sont rendu compte que « la vie de la langue est riche d'une variété d'utilisations... et que les déploiements interpersonnels et culturels de la langue – non pas les règles grammaticales, les définitions du dictionnaire, ni le modèle d'activités neurales – constituent le noyau de la question. Apprendre une deuxième langue, c'est nous doter d'un instrument puissant pour construire une nouvelle culture (Hakuta, 1999).

De fait, apprendre une nouvelle langue signifie aussi apprendre de nouvelles significations et de nouvelles manières d'exprimer nos intentions de manière appropriée, lorsque nous avons des contacts avec des personnes qui parlent cette langue et même dans diverses situations sociales et avec le monde en général. Apprendre une nouvelle langue implique également d'acquérir des formes nouvelles de compréhension et d'organisation du monde; c'est-à-dire de nouvelles visions du monde. C'est pourquoi il est aujourd'hui commun d'accepter que le fait d'apprendre une langue exige de l'apprenant qu'il participe à l'utilisation active de cette langue.

L'importance de l'utilisation de la langue au sein du contexte et des conditions socioculturelles et historiques décrites par Vygotsky qui servent de cadre à l'apprentissage de cette langue, quand elle est en rapport avec un environnement multilingue et multiculturel, met également en évidence le lien entre une langue et une autre dans une société donnée. Ce

lien, qu'il soit amical ou non, joue un rôle important dans l'apprentissage de la nouvelle langue. Vygostky qualifiait cette relation de « dialogique ».

Ce sont les conditions historiques et socioculturelles dans lesquelles se produit l'apprentissage qui permettent une telle relation dialogique entre ces deux langues. Si ces conditions socioculturelles sont déterminantes pour le niveau de succès dans l'apprentissage d'une langue et s'il existe aussi des formes et des styles de pensée et d'apprentissage déterminés par la culture, alors, on serait en droit de supposer l'existence de différents styles d'apprentissage des langues dont il faut nécessairement tenir compte.

Cette inférence nous conduit à une conclusion évidente: nous ne devrions pas imposer à nos élèves une seule méthodologie - la plupart du temps conçue par et pour un environnement unilingue et monoculture de type occidental - et qui s'adresse à des étudiants de classe moyenne urbaine abordant l'apprentissage dans une école de style également occidental.

Une pédagogie inspirée des idées de Vygotsky, qui attribue un rôle important aux premières expériences et aux premiers apprentissages des sujets – les mêmes qui se produisent dans un contexte socioculturel spécifique -; qui reconnaît le rôle que la première langue des élèves joue comme médiatrice du développement cognitif des apprenants; qui se base sur le rapport étroit entre le développement de la première langue et l'apprentissage d'une seconde; et dans laquelle l'apprentissage est considéré comme un processus coopératif et réflexif introduit dans un contexte socio-historique, socioculturel et sociolinguistique spécifique, pourrait certainement contribuer à une éducation de meilleure qualité dans des environnements multiculturels et plurilingues.

Cette pédagogie contribue à réaliser le potentiel des élèves en leur faisant prendre conscience de la fonction spécifique qu'ils jouent dans la société et les faisant réfléchir à cette fonction. A cette fin, cette nouvelle pédagogie devra aborder les nouvelles connaissances et expériences que l'école fournit comme des compléments aux expériences vécues dans la société et même dans la famille dont sont issus les étudiants et non, contrairement à ce qui a été fait dans le passé, comme des éléments remplaçables et même opposés à la connaissance occidentale (Diestchy-Scheiterle, 1989).

6. Diversité culturelle, valeurs partagées et éducation

La nouvelle idéologie de l'éducation redécouvre des théories pédagogiques malheureusement oubliées qui reconnaissaient un certain rôle aux connaissances et aux

expériences préalables des sujets et l'on reconnaît aujourd'hui, grâce à l'expérimentation et la recherche, l'importance que ces expériences revêtent pour le développement individuel et social des apprenants.

Cette évolution lance d'ambitieux défis à l'éducation car elle nous oblige à prendre position face aux connaissances, au savoir, aux expériences et aux valeurs culturellement différenciés des peuples et des collectivités auxquelles appartiennent les utilisateurs des systèmes éducatifs des sociétés actuelles, toujours plus conscientes de leur complexité croissante.

Elle nous incite également à nous demander comment réagir face à la nécessité d'assumer une position relativiste tout en reconnaissant que même quand si nos étudiants et nous-mêmes appartenons à des cultures spécifiques dans lesquelles la (les) langue(s) que nous parlons dénotent une manière particulière de structurer et de lire la réalité, nous avons pourtant tous en commun certaines caractéristiques, produit de notre condition d'êtres humains. Qui plus est, nous partageons certaines valeurs qui sont le reflet de notre propre évolution comme sujets sociaux et politiques ainsi que de la nécessité d'établir un dialogue entre tous les habitants de la planète. Reconnaître simultanément l'importance de ce qui est spécifique et la valeur de ce qui est général nous place face à des décisions, qui ne sauraient être remises à plus tard, à propos des objectifs, des contenus et des méthodologies d'apprentissage et d'enseignement dans une éducation qui cherche simultanément à être plus démocratique tout en traduisant la complexité accrue de la société actuelle.

Malheureusement, très souvent l'éducation n'a été vue que depuis une perspective simpliste et utilitaire, orientée uniquement vers la préparation des cadres techniques et professionnels dont le monde du travail a besoin. On a donc négligé la responsabilité humaniste et le rôle formateur de l'éducation, destinée à la préparation des citoyens que le contexte actuel et futur exige. Les besoins de la société moderne et industrialisée nous ont fait oublier le fait que l'éducation doit aussi répondre aux besoins en formation des citoyens en vue de leur participation à la construction et la gestion d'une société démocratique, du développement personnel et social des individus, ainsi que de leur formation intégrale et éthique, singulièrement favorisée par l'éducation aux valeurs.

Aborder l'éducation aux valeurs des apprenants dans une perspective de reconnaissance et de respect de leurs spécificités culturelles soulève également des problèmes et des conflits; il est nécessaire de les reconnaître, de les gérer et de les résoudre, dans l'intérêt

de la compréhension, de la négociation et du consensus, puisque les groupes culturels sont rarement d'accord sur leurs valeurs, en général, et, en particulier, sur les valeurs que l'éducation devrait transmettre. Cette situation explique que l'ordre du jour éducatif soit aujourd'hui plus complexe que jamais, à l'instar des problèmes actuels que l'éducation doit traiter, car dans une société comme la nôtre, plus ouverte, nous sommes exposés à des visions du monde, des positions et des idéologies que nous pouvons, tout au moins, reconnaître comme étant différentes des nôtres.

7. **Éducation pour tous pour apprendre à vivre ensemble**

La nécessité d'apprendre pour vivre ensemble dans un environnement où la diversité culturelle est plus grande et plus évidente, a induit des changements significatifs dans les méthodes éducatives même si le processus est lent. À cet égard, il y a de nouvelles demandes étant donné que les éducateurs ont le sentiment qu'ils doivent répondre aux attentes et aux besoins d'apprendre des étudiants en matière de diversité culturelle.

Pour illustrer certains de ces changements, nous avons choisi trois façons différentes d'aborder la question: l'adoption de normes ou indicateurs de bonnes méthodes pédagogiques qui tiennent compte de la culture, la préparation et la diffusion de matériel pédagogique qui essaie de reconnaître et de tenir compte des connaissances locales, des croyances et pratiques culturelles par rapport au contenu d'un programme de style occidental et la formation des enseignants, aussi bien avant le début de la carrière que pendant, à des compétences en matière de communication, de médiation et de résolution des conflits dans un contexte multiculturel.

Ces exemples ont été tirés d'expériences réalisées en RDC, en Alaska, au Pérou et en Australie. Bien que très différents les uns des autres, étant donné qu'ils appartiennent à des contextes sociohistoriques, culturels et linguistiques très divers, les exemples choisis nous permettent d'identifier des clés pour trouver de nouveaux moyens de répondre systématiquement à la diversité culturelle.

Ces nouveaux moyens permettent également de concevoir de nouvelles stratégies pour apprendre à vivre ensemble.

- **Premier cas: méthodologies adoptées en RDC par le programme TUUNGANE pour inculquer la notion de la « Bonne gouvernance » dans les communautés avec le principe inclusif tenant compte de genre et des aspects interculturels**

Depuis 2007, le programme Tuungane implémenté par l'ONG IRC sous financement du gouvernement Britannique (DIFID) a adopté une méthode de formation collective des communautés des adultes en gouvernance locale et redevabilité sociale.

A travers la méthode dite BCP et PCAS qui assure l'évaluation du niveau de satisfaction de service de base (Bulletin Communautaire de Performance) afin de concevoir eux même un plan conjoint d'amélioration de service (PCAS) après avoir passé par une réunion conjointe discutant sur les points inscrits dans les différents bulletins Communautaires et les réponses de prestataires de services aux préoccupations des communautés de toutes les ethnies et de tous les sexes et les âges.

Cette école d'apprentissage de la démocratie et de redevabilité sociale a facilité une sorte de compénétration culturelle entre pygmées et bantous qui doivent cogérer le projet de leur propre choix malgré les complexes remarquables des autochtones sur le partage de leurs connaissances.

Des "normes méthodologiques" ont été conçus et mis à profit par le programme afin que les hommes, les femmes, les bantous et les pygmées puissent tous s'exprimer et partager les connaissances en rapport avec le secteur ciblé. Retenons que c'est avec cette procédure que toutes les parties prenantes interviennent pour choisir les secteurs prioritaires devant bénéficier un appui financier du programme Tuungane dit « Reconstruction Dirigée par la Communauté » CDR en sigle.

Dans la mesure où cette approche et méthode ont une utilisation générale dans tous les villages du rayon d'action des interventions Tuungane (cinq provinces y compris le Tanganyika), ils stimulent tout individu des communautés à s'intégrer en apportant ses connaissances et ses points de vue pour la réussite du projet au profit de tous et par les efforts de chacun, occasion par laquelle des anecdotes de tous genres ont été collectées faisant preuves des apports culturels et individuels.

Dans ce contexte et à la suite d'une série de réunions locales, régionales et nationales, les Comités de Développement de villages (CDV) et les Comités Locaux de Développement (CLD) organisent des échanges d'expériences positives pour stimuler non seulement les communautés autochtones à la participation mais aussi les autres peuples à comprendre la nécessité de coopérer pour le développement de tous.

Rappelons que le programme Tuungane a intervenu dans cinq provinces dont le Haut Katanga, le Nord Kivu, le Sud Kivu, le Tanganyika avec International Rescue Committee et le

Maniema avec l'ONG Care International. Ce programme a évolué en trois phases dont Tuungané1, Tuungane2 et Tuungane 2+ avec un financement de 145.000.000 de dollars américains. Ce programme a appuyé les projets communautaires dans plusieurs secteurs de leurs choix dont la santé, l'éducation, le « wash », route-pont et chaussée, marché public, AGR, ...

Notons que les aspects de l'inter-culturalité étaient manifestes dans le choix des sites par exemple de captage des sources d'eau potable ou construction d'école qui devait garantir le respect des normes culturelles et de la loi de la RDC.

Ces "normes culturelles" sont ancrées dans la croyance qu'une forme d'enseignement basé sur les adages et la culture propres à un endroit particulier est une condition fondamentale liée à cet endroit et par conséquent un élément essentiel pour identifier les qualités et les méthodes appropriées associées à des animations communautaires devaient accompagner le programme Tuungane dans la réalisation de projets dans tous les secteurs ciblés qui répondent à ces caractéristiques interculturelles.

Le programme Tuungane a traduit l'impossible au possible dans le sens que les femmes en général et celles de pygmées se sont exprimées brisant l'aspect négatif de la culture qui stipule que la femme ne doit pas s'exprimer devant les hommes.

➤ **Deuxième cas: normes adoptées à Alaska pour un enseignement qui tiennent compte de la culture**

Depuis de nombreuses années, le Département de l'éducation de l'Alaska élabore des "normes de contenu" afin de définir ce que les étudiants doivent savoir et être capables de faire à mesure qu'ils progressent dans leur scolarité. En outre, des "normes de performance" sont élaborées pour les enseignements et les administrateurs ainsi qu'un ensemble de "normes d'établissement de qualité" sur la base desquelles les établissements scolaires sont autorisés en Alaska. Dans la mesure où ces normes ont une utilisation générale dans tout le pays, elles ne s'adressent pas à certaines questions spécifiques qui sont d'une importance vitale pour les établissements scolaires des zones rurales du pays, notamment celles où vivent des communautés et des étudiants indigènes.

Dans ce contexte et à la suite d'une série de réunions régionales et nationales, les éducateurs indigènes d'Alaska ont élaboré des normes pour fournir aux établissements scolaires et aux communautés un moyen d'évaluer la mesure dans laquelle ils se consacrent au

bien-être éducatif culturel des enfants qui leur sont confiés. Ces "normes culturelles" sont ancrées dans la croyance qu'une forme d'enseignement basé sur la langue et la culture propres à un endroit particulier est une condition fondamentale liée à cet endroit et par conséquent un élément essentiel pour identifier les qualités et les méthodes appropriées associées à des éducateurs, programmes scolaires et établissements qui répondent à ces caractéristiques culturelles.

Bien que ces normes concernent avant tous les établissements scolaires des zones rurales, fréquentées par des communautés autochtones, nombre d'entre elles sont applicables à d'autres élèves et communautés, parce qu'elles mettent l'accent dans les programmes scolaires sur l'étude approfondie du contexte et de l'environnement culturel dans lequel se trouve l'établissement scolaire, tout en reconnaissant la contribution unique que la population autochtone peut apporter à une telle étude en tant que personnes ayant habité l'endroit depuis longtemps et accumulé une somme importante de connaissances.

Des normes ont été élaborées dans cinq domaines y compris ceux concernant les éducateurs, programmes scolaires, établissements scolaires et communautés. Ces "normes culturelles" fournissent des orientations ou des repères par rapport auxquels les établissements et les communautés peuvent comparer ce qu'ils font pour parvenir à l'épanouissement culturel des jeunes qu'ils ont la charge d'éduquer jusqu'à l'âge adulte.

Les normes mentionnées dans le présent document ne visent pas à remplacer mais seulement à compléter celles adoptées par l'État d'Alaska. Si ces dernières précisent ce que tous les étudiants doivent savoir et être capables de faire, les normes culturelles sont davantage conçues pour leur fournir des orientations sur la manière d'y parvenir de façon à ce qu'ils deviennent au cours du processus des êtres humains responsables, capables et accomplis.

Il s'agit plus de forger un lien solide entre l'expérience de l'élève à l'école et sa vie à l'extérieur en lui offrant la possibilité d'apprendre sur la base d'expériences approfondies de situations réelles. Il ne s'agit plus d'apprendre ou d'enseigner l'héritage culturel en tant qu'une matière parmi les autres mais d'apprendre et d'enseigner par le biais de la culture locale, en tant que pierre angulaire de toute l'éducation. L'objectif est que toute forme de connaissances, manière d'apprendre et opinions soient reconnues comme valables, adaptables et complémentaires pour le bénéfice de tous.

Il n'est pas prévu que les normes culturelles soient globales, exclusives et définitives et elles devraient donc être revues, adaptées pour correspondre à des besoins locaux spécifiques. Elles ne sont pas non plus supposées induire une normalisation mais plutôt encourager les établissements scolaires à fournir une éducation et à faire fond sur les traditions culturelles, riches et variées qui continuent d'être pratiquées dans les communautés de tout l'Alaska.

Voici quelques exemples des nombreuses utilisations auxquelles ces normes culturelles peuvent servir:

- A réexaminer les objectifs, politiques et méthodes adoptés dans les établissements scolaires ou au niveau des provinces en ce qui concerne les programmes et la pédagogie.
- A concevoir des moyens qui tiennent compte des conditions locales pour évaluer les performances des élèves et des enseignants.
- A renforcer l'engagement de redonner vie à la culture locale et à encourager la participation des aînés en tant que ressources éducatives.
- De critères par rapport auxquels évaluer les programmes d'enseignement prévus pour répondre aux besoins culturels des élèves.

À propos de l'élaboration de programmes scolaires, les normes culturelles de l'Alaska prévoient qu'un programme qui tient compte de la culture:

- Renforce l'intégrité des connaissances culturelles que les élèves apportent avec eux;
- Reconnaît que les connaissances culturelles font partie d'un mode de vie dynamique et évolutif qui est fondé sur le passé mais continue de se développer dans le présent et dans l'avenir;
- Utilise la langue locale et les connaissances culturelles comme fondement des autres matières du programme;
- Etablit une relation complémentaire entre les connaissances dérivées des divers systèmes;
- Situe les connaissances et les activités locales dans un contexte mondial.

➤ **Troisième cas: enseignement bilingue interculturel des élèves indigènes au Pérou**

Depuis 1997, le Ministère de l'éducation péruvien met en place un plan dynamique visant à diffuser du matériel pédagogique qui tienne compte des cultures et des langues à quelque 100 000 élèves indigènes habitant des villages éloignés et de petites villes des Andes, et dans le bassin amazonien où la population indigène représente une forte proportion, sinon dans de nombreux cas, la majorité de la population. Au Pérou, 30 pour cent environ de la population du pays parlent une ou plusieurs des 44 langues amérindiennes pratiquées dans ce pays et arrivent à l'école avec une connaissance en général limitée d'espagnol.

Les enseignants et les éducateurs parlant ces langues et ayant une expérience de l'enseignement de la langue maternelle dans les communautés rurales du Pérou ont rédigé les manuels distribués par le Ministère de l'éducation péruvien.

Ces manuels décrivent certains aspects de la vie quotidienne des enfants indigènes et s'appuient également sur les connaissances traditionnelles et les croyances et pratiques culturelles. Ces connaissances et ces coutumes locales sont considérées comme un fondement de l'apprentissage et comme un moyen de rapprocher ces enfants d'un programme scolaire officiel de style occidental.

Ainsi, les responsables péruviens chargés de l'enseignement bilingue interculturel tentent de contrecarrer les effets négatifs d'un modèle éducatif fondé seulement sur l'espagnol en place dans les pays andins depuis des siècles. Leurs démarches visent à intégrer les connaissances coutumes locales et occidentales dans un programme scolaire qui favorise l'enrichissement et la diversité locale.

Les efforts déployés dans le sens des principes de l'enseignement bilingue interculturel sont à leur tour, complétés par des orientations et des principes d'action définis pour tous les étudiants hispanophones qui représentent en fait la majorité de la population scolaire. L'idée est de forger le bien-être culturel des enfants indigènes en introduisant les connaissances et les pratiques culturelles des populations indigènes parmi la population hispanophone.

Pour susciter la tolérance, le respect mutuel et les pratiques interculturelles à une plus grande échelle, les propositions péruviennes en matière d'éducation considèrent qu'il est obligatoire à l'heure actuelle d'encourager un changement d'attitudes favorable aux populations indigènes chez la majorité ethnique, culturelle et linguistique. Autrement dit, on estime que les couches dominantes de la société péruvienne ont besoin de changer de

comportement et d'attitude à l'égard de leurs homologues indigènes afin que se produisent les changements sociaux concernant le pluriculturalisme et le multilinguisme.

Le Pérou n'est pas le seul pays de la région qui essaie d'appliquer de telles politiques. Selon des principes similaires, des efforts comparables sont déployés actuellement dans d'autres pays d'Amérique latine. En effet, la plupart des programmes de réforme de l'éducation dans cette région ont maintenant adopté les principes de l'inter culturalisme pour favoriser les changements sociaux parallèlement à une compréhension plus démocratique et plus tolérante de la diversité.

En fait, dans cette partie du monde, les intellectuels ont commencé à considérer la diversité comme une valeur en soi et cette façon de penser commence à influencer les politiques des ministères de l'éducation.

De telles innovations sont également dues à l'émergence depuis les années 70 de mouvements sociaux et politiques indigènes qui revendiquaient le droit de vivre différemment et conformément à leurs opinions, connaissances et idées spécifiques. À cause de ces nouvelles demandes, la plupart des réformes régionales en matière d'éducation reconnaissent aussi la nécessité d'une participation sociale à la gestion des établissements et conçoivent des stratégies qui favorisent une plus grande participation des parents et des responsables de communautés locales à la vie scolaire. Toutefois, ces mouvements et associations indigènes demandent également le droit de pouvoir intervenir dans les décisions concernant les programmes scolaires étant donné qu'elles veulent s'assurer que leurs connaissances, leurs valeurs et leurs coutumes et ce qu'elles estiment que leurs enfants doivent apprendre, soient également pris en compte et incluent dans les programmes scolaires.

C'est le nouveau défi lancé aux responsables de l'éducation en Amérique latine ainsi qu'à l'ensemble de la société latino-américaine, étant donné que jusqu'à présent peu d'attention a été accordée à des demandes aussi divergentes que celles des indigènes. Au Pérou, il y a beaucoup à faire pour répondre aux besoins sociaux émanant par exemple des organisations et des responsables de communautés indigènes.

De même, il est nécessaire que ces responsables aient des contacts plus nombreux et plus étroits avec les parents d'élèves, étant donné qu'en raison d'un passé colonial répressif, ils craignent souvent que l'utilisation de langues indigènes à l'école compromette l'avenir de leurs enfants.

Le fait est que les dialectes sont toujours considérés par l'ensemble de la société latino-américaine comme des langues incapables de remplir les fonctions qu'exige la société moderne.

En 1999-2000, une évaluation externe du programme bilingue interculturel péruvien a été réalisée sur la base d'un échantillon de 16 communautés rurales indigènes différentes. Il a été constaté que les comportements négatifs vis-à-vis des langues et cultures locales persistaient chez les parents d'élèves qui craignent que l'enseignement bilingue interculturel empêche leurs enfants d'apprendre rapidement la langue espagnole ou la culture dominante et les modes de vie nécessaires pour habiter les grandes villes et le vaste monde.

L'un des principaux facteurs qui a influencé ce point de vue a été le manque d'attention que les concepteurs de programmes ont accordée à l'enseignement espagnol en tant que deuxième langue. Les parents d'élève ont également demandé que l'on s'attache davantage au contenu des programmes en rapport d'une part avec des connaissances générales et plus vastes et d'autre part avec les compétences et aptitudes dont leurs enfants auraient besoin pour évoluer en dehors de leur communauté locale et établir des relations avec les habitants des villes.

Souvent, lorsque l'on oriente différemment les programmes scolaires, on ne recherche pas toujours l'équilibre approprié entre les besoins d'apprendre de la personne et ses revendications liées à son histoire. Pour apprendre à vivre ensemble, il faut tenir compte des deux. Dans le cas de la diversité culturelle et linguistique et du besoin d'y répondre de façon appropriée à partir du monde éducatif, il est nécessaire de trouver très rapidement un équilibre entre connaissances de la culture locale et connaissances plus générales, coutumes, croyances et valeurs culturelles.

C'est, semble-t-il, ce que demandent de nombreuses communautés indigènes péruviennes qui sont conscientes du fait qu'un tel équilibre garantit un fonctionnement social adéquat dans un contexte pluriculturel. Elles savent par expérience qu'elles ont besoin d'entrer en contact avec les autres qui ne parlent pas nécessairement leur langue ni ne partagent leurs opinions ou leur façon de voir les choses et le monde.

Souvent en Amérique latine, les responsables indigènes prétendent que les populations ont toujours eu un comportement interculturel face à la vie car elles avaient besoin de survivre dans un monde qui ne comprenait ni n'acceptait leur façon de vivre. Ils prétendent aussi que le reste de la société doit apprendre à vivre ainsi et comprendre comment

les autres pensent et se comportent, étant que c'est la seule façon pour que tous les Péruviens, indépendamment de la langue qu'ils parlent et de la culture spécifique qu'ils représentent, puissent vivre ensemble.

Sur la base des conclusions décrites ci-dessus, le Ministère de l'éducation péruvien revoit actuellement sa politique en matière d'enseignement afin de garantir l'interculturalisme pour tous.

➤ **Quatrième cas : Comment apprend-on aux enseignants et aux élèves à résoudre les conflits en Australie**

On obtiendra davantage de renseignements sur cette nouveauté et les résultats obtenus en s'adressant à l'Alaska Native Knowledge Network ou à l'University of Alaska Fairbanks. Le « Conflict Resolution Network Schools Development » (méthode de résolution des conflits dans les établissements scolaires, CRNSD) est un programme australien qui vise l'excellence dans la présentation d'ateliers destinés aux enseignants, élèves et parents. De tels ateliers ont été organisés dans toute l'Australie à l'attention de milliers d'enseignants à tous les niveaux.

Ces ateliers sont spécifiquement conçus pour s'appuyer sur l'expérience afin d'améliorer les aptitudes des participants à traiter les conflits. L'optique CRNSD est d'encourager les communautés scolaires à créer de façon dynamique des programmes de résolution des conflits et de médiation avec leurs égaux, de façon à modifier le comportement des étudiants pour qu'ils deviennent positifs et constructifs. Ces programmes offrent à la population scolaire la possibilité de développer des compétences pour accroître l'estime que l'on a de soi et créer des communautés scolaires harmonieuses. Les enseignants transmettent aux élèves ce qui leur permet d'avoir une vie quotidienne différente. Les établissements scolaires doivent:

- Fournir des compétences et des stratégies pratiques qui soient immédiatement applicables;
- Créer des équipes du personnel qui coopèrent;
- Élaborer de nouveaux programmes de résolution des conflits; familiariser les étudiants et les parents aux techniques dans ce domaine;
- Créer des communautés scolaires où les personnes sont responsables et motivées pour trouver des solutions qui conviennent à chacun.

Lorsque l'on souhaite, dans le cadre d'un programme CNRSD, éduquer les jeunes pour qu'ils puissent résoudre les conflits de façon plus efficace, c'est seulement parce que notre société dans son ensemble se rend compte de l'importance croissante de changer la manière dont les gens se comportent vis-à-vis les uns des autres. Lorsque l'on apprend aux enseignants à communiquer et à résoudre les conflits de façon plus efficace, ils sont prêts à former la jeunesse australienne et par conséquent une future nouvelle société qui reconnaisse et accepte positivement la diversité.

Les experts responsables de ce programme estiment que les cours de formation aux aptitudes de résolution du conflit et de médiation par l'intermédiaire des égaux profitent en vérité à la société et que chaque enseignant qui apprend de nouvelles compétences ajoute de la valeur à la société australienne.

Acquérir des compétences de façon à résoudre les conflits est désormais une idée qui a fait son chemin en Australie en ce qui concerne la formation des enseignants au niveau scolaire. En 1986, lorsque ces activités ont commencé, la réaction face à l'expression "résolution des conflits" était souvent prudente sinon antagoniste. Depuis, les comportements ont considérablement évolué et l'on constate une véritable volonté d'analyser les éléments de base en vue de résoudre un problème.

Dans tous les établissements australiens, il existe désormais des programmes nouveaux au niveau du personnel, des élèves et des parents. L'approche vis-à-vis de la résolution des conflits a changé significativement dans de nombreux établissements et cette tendance se confirme à mesure que des programmes de ce genre ont donné des résultats qui démontrent de meilleures compétences et une diminution de la violence et des conflits. Dans différentes régions de l'Australie, on apprend aux gens à communiquer et à résoudre leurs différences d'une façon humaine, respectueuse et favorable.

Les deux établissements dans lesquels ce nouveau programme est mis en œuvre actuellement sont : James Busby High School et Cairns West Primary School. James Busby High School compte 960 élèves et 80 enseignants environ. L'école est située au sud-ouest de Sydney et environ 55 pour cent des élèves viennent de familles non anglophones. L'établissement a été classé dans la catégorie des établissements à problèmes en raison du milieu socio-économique très bas de nombreux élèves. Avant 1992, il y avait quotidiennement des explosions de violence entre individus ou groupes d'élèves. Si l'établissement a réagi en

punissant sévèrement les auteurs de violence, peu a été fait en matière d'enseignement de solutions non violentes.

Depuis la fin de 1993, plusieurs activités ont été réalisées selon les principes et les stratégies proposées par le cadre du CNRSD. Une équipe de six enseignants a été formée à la résolution des conflits ainsi qu'un petit groupe pilote d'élèves comportant notamment des chefs de classe (« prefect ») et des élèves du Comité d'élèves. Ensuite, à compter de 1994 et pendant les années suivantes, cette formation a été offerte à tous les élèves. Pour consolider cette expérience, un module spécial intitulé "Études de la paix" a été introduit dans les programmes de science sociale, afin de renforcer les aptitudes de tous les élèves à négocier pour qu'ils puissent trouver une solution à leur demande avant d'en arriver au conflit.

Maintenant, les élèves sont encouragés à accepter les conflits comme faisant partie de la vie scolaire et à les considérer comme une opportunité d'apprendre et de trouver une solution à un problème. Le Directeur estime que si les élèves pouvaient quitter son établissement en sachant comment négocier et résoudre les conflits simplement en apportant une réponse aux besoins de tous, ce serait un véritable succès pour l'humanité car ces élèves seraient à même de vivre ensemble dans un monde aussi divers que l'est la société australienne.

Cairns West Primary School est également un établissement à problèmes qui compte environ 550 élèves. Un fort pourcentage d'entre eux est aborigène ou vient des îles du Déroit de Torrès. Les principes de l'école découlent d'une philosophie holistique consistant à "estimer les gens". Cette philosophie est concrétisée dans un programme scolaire qui est sélectif et global, une structure de gestion qui permet à tous de prendre des décisions et des méthodes d'enseignement axées sur les principes d'un apprentissage en coopération.

L'une des stratégies qui illustre la manière de résoudre les problèmes de l'établissement fait appel à la médiation des collègues. Avant l'application d'un programme fondé sur cette stratégie, le personnel était formé à la résolution des conflits et à la médiation enseignants-élèves. Ces compétences ont été mises en pratique de façon dynamique et adaptées par nombre d'enseignants à de nombreux aspects de la vie scolaire. Ensuite, quinze élèves de cinquième (âgés de 11-12 ans), représentatifs de l'établissement du point de vue du sexe et de la race, ont été sélectionnés pour devenir des médiateurs en utilisant un processus participatif. Désormais, la médiation par l'intermédiaire d'égaux fait l'objet d'une grande attention dans l'établissement.

Le principe d'un programme de médiation fondé sur la classe fait partie d'une philosophie qui établit un lien entre croyances et valeurs concernant les différences de chacun et entre conflits et croyances et valeurs concernant l'enseignement des enfants. Les classes, en tant que communautés respectueuses des élèves, des valeurs et de la diversité, suscitent cette interaction et se concentrent sur l'instauration de relations. L'apprentissage est actif. Il s'agit de faciliter la compréhension dans un contexte particulier et de manière holistique. Faire des élèves consciencieux qui sont responsables leur enseignement nécessite de se concentrer sur les relations.

Des valeurs telles que la tolérance, l'équité, le respect et l'aide à autrui doivent être explicitement enseignées afin d'être partagées par tous. Seulement si de telles valeurs sont développées par chacun et si la diversité proprement dite est considérée comme une valeur en soi, serons-nous en mesure d'apprendre à vivre ensemble. L'enseignement interculturel peut contribuer à cet objectif si nous en élargissons la portée, que nous allions au-delà du contenu éducatif et élaborons de nouvelles méthodes pédagogiques. La médiation et la résolution des conflits peuvent certainement aider à la fois les éducateurs et les élèves dans des contextes multiculturels et multilingues à prévenir ces conflits dans des circonstances qui sont de par nature difficiles à maîtriser.

CHAPITRE 3. CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous allons présenter le territoire de Nyunzu qui couvre la zone de santé en étude ; la population d'étude et l'échantillon de recherche, le type d'étude, l'approche, méthode et techniques de recherche ainsi que les difficultés rencontrées.

3.1. Présentation du milieu d'étude : Territoire de Nyunzu

3.1.1. Données géographiques

Le territoire de Nyunzu, se situe dans la province du Tanganyika. Il fut créé par le degré royal n°21/136 du 04 juillet 1952 du Gouverneur général de l'époque coloniale. Il est

une entité déconcentrée. Localisé à l'Est du pays, il est subdivisé en deux secteurs lesquels sont séparés en deux parties par la rivière Lukuga à savoir le secteur Nord Lukuga ayant six groupements (Bakalanga 1, Bakalanga 2, Bangu-Bangu, Bena Kahela, Kanunu, Baseba) et le secteur Sud Lukuga ayant quatre groupements (Babinga, Balumbu, Bayoro, Kamanya). Il est bordé :

- Au Nord par le territoire de Kabambare au Maniema ;
- Au Nord-Ouest par le territoire de Kongolo ;
- A l'Ouest par le territoire de Kabalo ;
- Au Sud par le territoire de Manono ;
- A l'Est par le territoire de Kalemie.

Il est localisé à 28° 01' de longitude Est, à 5°57' de latitude Sud et à plus au moins 700m d'altitude.

- **Climat et saisons:** le territoire de Nyunzu a un climat tropical humide caractérisé par deux saisons: la saison sèche qui dure plus ou moins trois mois, soit du 15 Mai au 15 Aout, la saison de pluie, qui dure neuf mois soit du 15 Aout au 15 Mai. La température varie entre 25°C et 26°C.
- **Type de sol :** Son sol est argileux et sablonneux.
- **Végétation :** ledit territoire a une végétation dominée par la savane boisée et la forêt.
- **Hydrographie :** Il est traversé par de nombreux cours d'eau. Les plus importants sont : les rivières Lukuga, Luvango, Lwilu et Lipanda au Nord ; la rivière Luizi à l'Ouest et la rivière Lweyeye au Sud.

En dépit de cette hydrographie, le territoire de Nyunzu renferme malheureusement moins des cours d'eau poissonneux.

3.1.2. Particularités et richesses du territoire (zone de santé) de Nyunzu

La zone de santé de Nyunzu couvre tout le territoire administratif du même nom. Cette entité administrative est particulière de par son or qui est de haute qualité. Le territoire de Nyunzu était, dans le temps, le plus grand producteur de maïs, raison pour laquelle il était surnommé « le grenier du Katanga ». C'est aussi l'un des territoires où on trouve des pygmées (Batwa).

3.1.3. Données culturelles

Les grandes ethnies du territoire sont :

- les bakalanga (35%)
- les baluba (30%) qui peuplent tout le secteur Sud Lukuga et une partie, dans le secteur Nord Lukuga, plus précisément dans le groupement Kanunu),
- les bahemba (15%) se localisent également dans le nord Lukuga
- les batungwa (10%) de Kitengetenge très rapprochés de Baluba dans le nord Lukuga.
- les pygmées ou mbotes (10%) au sud Lukuga et au Nord Lukuga. Mais cette dernière ethnie reste nomade raison pour laquelle ils se trouvent dans les deux secteurs.

Toutes ces ethnies sont des agriculteurs à l'exception du peuple batwa, qui pratique la chasse et la cueillette.

Les langues parlées dans ce territoire sont :

- Swahili (95%)
- Kiluba (50%)
- Kikalanga (60%)
- Kitungwa (5%)
- Twa (10%)
- Kinanyembo (15%)
- Kinalengwe (15%)

Dans ce territoire le swahili est la langue parlée par la majorité de la population et dans tous les milieux. Le Kiluba est surtout parlé par les Baluba dans le secteur Sud Lukuga et Nord Lukuga dans le Kanunu, Kilia et Kyuba. Le Kikalanga et Kinanyembo sont des langues parlées par les Bakalanga et les Bena-Nyembo respectivement ; en grande partie au Nord Lukuga et dans le chef-lieu du territoire ; Kitungwa est parlée par les Batungwa au Nord Lukuga dans le plus grand groupement du territoire(Baseba) ; Kinalengwe parlé au Nord Lukuga par les Bahemba et enfin le Kimbote est une langue parlée seulement par les peuples autochtones pygmées.

3.1.4. Principales activités

- Agriculture (80%) ;

- Exploitation artisanale et industrialisée des coltan, l'Or, cassitérite, walth-flam, (10%) ;
- Petit commerce (9%) ;
- Cueillette (1%).

Nyunzu est un territoire rural dont la plus grande partie de la population vit de l'agriculture. Jadis, il fut le plus grand producteur de maïs mais il convient de noter que cette production a sensiblement baissé avec la détérioration des voies d'évacuations des produits agricoles (routes nationales, voies ferrées, route de dessertes agricoles) et le conflit récent Pygmées-Bantous. Ce recul de production est également due à l'abandon des activités champêtres par un bon nombre d'agriculteurs au profit de l'exploitation artisanale des matières premières récemment découvertes, il y a à peine quelques années. Ainsi, l'exploitation artisanale des minerais devint une des principales activités pour la population du Nord Lukuga. La cueillette se fait beaucoup plus par les pygmées Batwas. Cela permet d'avoir les champignons, les termites, du miel, etc.

Par ailleurs, une partie moins importante pratique le commerce des produits manufacturés dans le chef-lieu et dans les agglomérations minières (Kisengo, Musebe) ; la plupart des commerçants vient de Kivu, de Maniema et de Kalemie. La cueillette se fait beaucoup plus par les pygmées Batwas. Cela permet d'avoir les champignons, les termites, du miel, etc.

3.1.5. Situation économique

Principales activités des opérateurs économiques :

- Vente des produits manufacturés (80%)
- Vente des produits alimentaires (10%)
- Vente des produits pharmaceutiques (5%)
- Autres (5%)

➤ Principales activités des PME/PMI

Le territoire de Nyunzu ne compte pas des PME selon la charte de classification des PME. Pour ladite charte, une activité commerciale est considérée PME, celle dont le propriétaire détient tous les documents administratifs, payant toutes les taxes dont il est assujetti, employant 1 à 200 employés, réalisant un chiffre d'affaire annuel hors taxes de 1 à

400.000 USD, tenue d'une comptabilité selon le système en vigueur en RDC, etc.. Dans ce territoire, aucun commerçant ne remplit ces critères à la fois.

Ainsi, nous ne pouvons compter que la classe de très petite entreprise (TPE) qui compte un effectif de 256 personnes avec un chiffre d'affaire annuel hors taxe variant entre 1 à 10.000 USD et classe de petite entreprise (PE) constituée de 34 personnes par rapport à son effectif et leurs chiffres d'affaires varient entre 1.000 à 50.000 USD selon les critères de la charte des PME.A.

De ce fait, les TPE et les PE sont répertoriés dans la classe des opérateurs économiques.

➤ **Grandes entreprises locales**

- MMR : Mining Mineral Ressources
- MEDRARA : signifie une pluie torrentielle des pierres en Libanais
- LAMILU : La Minière de Lukuga

Dans le territoire de Nyunzu, les grandes entreprises sont toutes minières mais la plus grande de toutes est La société MMR qui exploite le coltan, wolframite, cassitérites à Kisengo au secteur Nord Lukuga depuis 2010. Malgré des chiffres d'affaires énormes que réalise annuellement cette entreprise, les retombées sociales restent maigres notamment en termes d'emplois et responsabilité sociétale de l'entreprise. La population environnante demeure très pauvre.

MEDRARA et LAMILU sont encore en phase de prospection. La première est arrivée en 2014, s'oriente dans l'or. Elle se localise à Musebe dans le Nord Lukuga mais elle a arrêté la prospection pour des raisons non connues. La seconde est orientée dans l'exploitation du coltan et cassitérites à Tende dans le secteur Sud Lukuga. Elle a arrêté toutes activités pour des raisons sécuritaires (conflit récent entre pygmées et bantous).

➤ **Principaux produits agricoles :**

- Mais (85%)
- Manioc (80%)
- Riz (40%)
- Haricot rouge (30%)
- Huile de palme (5%)

Le maïs et le manioc sont cultivés dans tous les secteurs du territoire de Nyunzu mais une prédominance de manioc au secteur sud et le maïs au nord. La production annuelle 2015 est estimée 280 tonnes pour le maïs et 260 tonnes pour le manioc dans tout le territoire. Ce chiffre a sensiblement baissé par rapport aux années antérieures à cause de l'inaccessibilité des moyens de transport, l'impraticabilité des routes (dessertes agricoles, nationales et prioritaires), l'ouverture des carrières minières et les conflits récents intercommunautaires pygmées-bantous. Le maïs et manioc sont consommés en farine. Une grande partie de la production de ces derniers est également vendue dans le territoire de Kalemie. Notons que le maïs est aussi transformée en alcool local appelé « Lutuku ». Le riz et les haricots sont cultivés dans le secteur Nord du territoire et sont destinés à la consommation locale.

L'huile de palme est produite en faible quantité par quelques habitants. Il est destiné également à la consommation locale et pour la fabrication des savons. La population de ce territoire a un accès facile aux principaux produits agricoles mais préfère consommer beaucoup plus la farine de manioc et les feuilles de manioc. C'est l'une des raisons de la malnutrition chronique observée par le service de santé.

➤ **Principaux produits non agricoles**

- Champignons (25%)
- Termites (25%)
- Fourmis ailés (25%)
- Miel (20%)
- Chenille (5%)

Les produits non agricoles les plus consommés dans le territoire de Nyunzu sont des produits trouvés dans les savanes et les forêts boisées non loin des habitations. Le miel est trouvé durant le mois de septembre jusqu'au mois de janvier. Les champignons plus au mois d'octobre à mars. Les fourmis ailés sont plus trouvées au mois de novembre jusqu'en janvier et les termites durant toute l'année. Ils sont destinés à la consommation locale, et on les localise dans tous les 2 secteurs.

Enfin les chenilles sont trouvées sous la terre dans le secteur Sud à Lwizi et aux arbres dans tout le territoire. On les trouve surtout pendant la saison sèche, et sont utilisées pour la consommation locale.

➤ **Principales sources d'énergie :**

- Bois (100%),
- Solaire (13%),
- Pétrole (2%),
- Les chandelles de flamme à l'aide d'huile de palme et piles (75%).

Par manque de barrage hydro-électrique, la population de Nyunzu est à la quête d'énergie électrique. Une minorité seule a accès à l'électricité au travers des groupes électrogènes fonctionnant à pétrole et appartenant aux particuliers qui alimentent pratiquement environ 400 ménages par intermittence pour tout le territoire d'après le service de l'énergie. Les grandes entreprises minières et ONG internationales utilisent les groupes électrogènes pendant la journée pour leurs travaux. Les panneaux solaires sont utilisés par toute personne ayant les moyens de s'en acquérir. Les bois de chauffe sont utilisés pour la cuisson mais aussi pour divers usages (pour la transformation de l'huile de palme en savon et le four à pain).

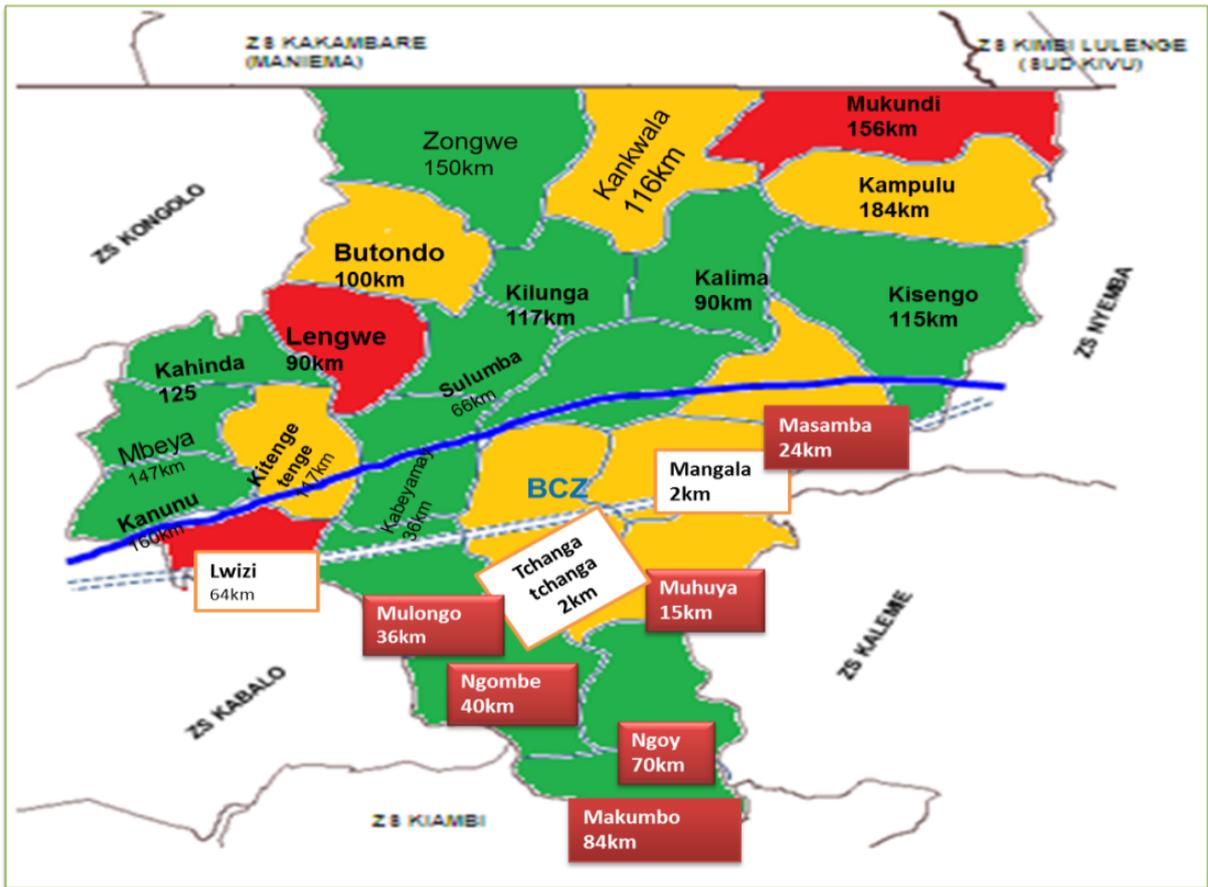
Pour le reste du territoire, ce sont les chandelles de flamme et les piles qui sont utilisées à la tombée de la nuit par la population démunie. En cas de disponibilité de l'énergie, plusieurs activités se développeraient dans le territoire de Nyunzu notamment : les activités de transformation des produits agro-alimentaires (riz, farine, etc.), la création des fermes à grande échelle, les activités des cybers café, centres de formation en informatique, des usines de traitement d'eau, l'attraction des réseaux de télécommunication, etc

6. Situation sanitaire

La zone de santé de Nyunzu est constituée de 25 aires de santé et un hôpital général de référence de Nyunzu. Chaque aire de santé possède un centre de santé, il s'agit de : Centre de santé de Tchanga Tchanga, de Mangala, Masamba, Muhuya, Mulongo Ngombe, Ngoy, Makumbo, Lwizi, Kanunu, Mbeya, Kabeya May, Kahinda, Lengwe, Sulumba, Butondo, Kilunga, Kalima, Kankwala, Zongwe, Mukundi, Kampulu et le Centre de santé Kisengo

Certaines aires de santé ne sont pas fonctionnelles soit par suite de l'insécurité soit par insuffisance des matériels de soins, intrants et médicaments essentiels génériques ; ou encore la non viabilité est due par manque du personnel de la structure sanitaire.

Cartographie de la zone de santé de Nyunzu.



Carte II.1 : la cartographie du territoire de Y

Le territoire de Nyunzu possède un hôpital de référence appelé « Hôpital Général de Reference de Nyunzu » situé dans le chef-lieu du territoire dans le secteur sud Lukuga. Cet hôpital a été créé depuis 1952 par la Croix-Rouge de la RDC. On trouve en son sein des services de:

- pédiatrie
- maternité
- gynéco-obstétrique
- laboratoire
- médecine interne
- pharmacie

Au moins quatre médecins et vingt-six infirmiers y travaillent avec une capacité d'accueil de 144 lits. Cependant 35 lits sont en réalité disponibles. Les infrastructures qui abritent l'HGR est encore en moyen état quoique datant de 1952 mais dont la réhabilitation profonde serait opportune.

Le territoire de Nyunzu possède aussi 25 centres de santé dont 9 centres se localisent au Sud Lukuga et 16 au Nord Lukuga. Parmi les 25 centres, il y a 1 centre de santé de référence ou l'on y trouve un médecin privé recruté par l'américain John qui a également équipé ledit centre de santé en 36 lits sur une capacité d'accueil de 40 lits. Les 24 centres de santé dont quelques-uns n'ont pas d'infirmiers plutôt les AFR (Agent de Formation Rapide), fournissent le paquet minimum d'activités et ils ont une capacité d'accueil moyenne de 8 lits. Mais en réalité il n'y a que 4 centres de santé à l'exception du centre de référence, qui ont été servis de 14 lits par l'ONG GAVI.

Au-delà de ces 4 centres de santé, un appui de l'Unicef via l'ONG AVSI, a réhabilité quatre centres de santé et les équipés de 3 lits métalliques chacun. Les restes ne sont pourvus par aucun lit poussant les malades à suivre les soins à même le sol ou sur les lits en bois. Un infirmier en moyenne travaille dans un centre de santé. Pour des cas graves, les malades sont acheminés à l'hôpital général de référence. Il faut noter que la plupart des centres de santé sont faits en terre battue soit 65% de la totalité des infrastructures de la zone de santé, et ne disposent pas d'assez de salles et les matériels utilisés sont très souvent archaïques.

Par rapport à la disponibilité de médicaments, on ne trouve que les molécules contre le paludisme, diarrhées, les infections respiratoires aigües, tuberculose et ceux de la prise en charge des PVV. Les institutions qui fournissent ces médicaments sont :

- **IRC et ASF** fournissent les médicaments contre le paludisme
- **Action Damien** : fournit les médicaments contre la tuberculose
- **Premier Urgence et Unicef** : Fournissent les intrants, alicaments et les médicaments pour la prise en charge de la malnutrition aigue
- **SANRU CDC**: Fournit les médicaments pour la prise en charge des PVV
- **CDJP** (Commission Diocésaine Justice et Paix) du Diocèse de Kalemie â “ Kirungu par l'appui de ses partenaires fournit le Kit pep et autres médicaments pour la prise en charge des survivantes des violences sexuelles.
- **APEF** : appui psycho-social et médicale des survivantes des violences sexuelles (Bailleur : Unicef)

Il est à signaler que pour les médicaments essentiels génériques, il est difficile de les trouver dans la zone de santé sauf dans les structures appuyées par un programme santé de l'IRC.

➤ **Maladies récurrentes :**

- Paludisme (60%)
- Infections respiratoires aiguës (20%)
- Diarrhées (15%)
- Autres (5%)

A Nyunzu le paludisme tue en moyenne 5 personnes par semaine et atteint toutes les couches de la population. Les infections respiratoires aiguës et les diarrhées affectent plus les enfants de moins de 10 ans

7. Education

➤ **Enseignement primaire et secondaire**

Le territoire de Nyunzu compte 183 écoles et est subdivisé en deux sous-divisions à savoir :

- La sous-division Nyunzu 1 possède 97 écoles dont 70 sont primaires dans le Sud Lukuga et le Chef-lieu comptant 715 enseignants dont 458 sont aux primaires et le reste au secondaire. On en trouve en moyenne 7 enseignants dans chaque école.
- La sous-division Nyunzu 2 possède 66 écoles primaires et 20 écoles secondaires dans le Nord Lukuga comptant 630 enseignants dont 489 sont aux primaires. On en trouve également en moyenne 7 enseignants dans chaque école.

Il sied de noter que le niveau de l'enseignement n'est pas à niveau dans le territoire de Nyunzu quand bien même il y a un taux de réussite élevé aux examens d'Etat. De ce fait, une formation continue des formateurs (enseignants) serait adéquate.

➤ **Enseignement supérieur et universitaire**

Le territoire de Nyunzu possède deux instituts supérieurs dont un ISP et un Institut Universitaire du Congo. Plusieurs autres établissements d'enseignement supérieurs sont

entraînent de pousser dans le chef-lieu du Territoire, il s'agit de l'ISTM, l'ISTK, ... avec des effectifs toujours maigres.

Une moyenne de 30 étudiants s'inscrit chaque année dans chacune de ces instituts. Il faut signaler que seul l'Institut Supérieur Pédagogique a des bâtiments qui lui sont propres. L'IUC et les autres louent des bâtiments des écoles primaires et secondaires pour les occuper les après-midis. Pour les bureaux administratifs, tous les établissements sont locataires. Ainsi l'IUC peut accueillir jusqu'à 500 Étudiants dans les bâtiments qu'il loue tandis que l'ISP ne peut accueillir que 250 Étudiants dans ses propres locaux néanmoins il dispose d'un grand terrain susceptible de construire d'autres bâtiments. L'IUC compte localement, 20 assistants. L'ISP compte localement 19 assistants et 1 chef de travaux expert en anglais. Il est à noter que les chefs travaux et professeurs visiteurs viennent rarement dispenser les cours à Nyunzu, d'où les assistants comblent le vide.

8. ONG et Projets

Nyunzu ne possède aucune ONG avec siège localement, les extensions des ONG qui opèrent dans le territoire ont comme principales activités :

- Santé et Protection (60%)
- Droit humains (10%)
- Transformation des conflits (10%)
- Education (10%)
- Construction des abris (5%)
- Traçabilité des minerais (1%)
- Autres (9%)

Caritas développement (ONG Nationale): Premier projet : Construction des infrastructures communautaires avec comme partenaire FAO dont la durée est de 3 mois

Activités réalisées :

- Construction d'un pavillon au marché central de Nyunzu
- Construction d'un dépôt de stockage et deux abris pour l'unité de transformation à LWIZI/SULUMBA

- Deuxième projet : Formation professionnelle (En scierie, culture maraichère et pâtisserie) et appui complet à la Radio communautaire du Katanga avec comme partenaire PNUD dont la durée est de 5 mois (Encours)

Premier volet d'activités réalisées :

- Mise en place de la cellule de concertation
- Recrutement des bénéficiaires et formateurs
- Achats des matériels de formation et kits de réinsertion
- Formation proprement-dite
- Suivi et évaluation
- Formation professionnelle des membres de media
- Achats et transports des équipements complets de la Radio
- Construction du bâtiment devra abriter la radio

➤ **AIRD (ONG Int)**

- Projet : Construction des abris d'urgences aux vulnérables, avec comme partenaire UNHCR (Encours)
- Activités réalisées : La construction de 1500 abris d'urgences dans les zones affectées par les conflits

➤ **AIDES (ONG Nationale)**

- Projet : Interventions d'urgences pour améliorer la qualité des soins de santé en faveur de la population affectée par les conflits Twa-Luba (terminé). Financé par Pooled fund
- Activités réalisées : fournir les soins de santé primaire dans 14 aires de santé.

➤ **CDJP (ONG Nationale)**

- Projet : Appui aux mécanismes de pacification, autonomisation des survivantes des violences sexuelles (SVS), prise en charge des enfants vulnérables affectés par le conflit intercommunautaire dans le territoire de Nyunzu.» Financé par POOLED FUND
- Activités réalisées :
 - Formation des APA et leaders communautaires
 - Sensibilisation sur la cohabitation pacifique
 - Création des comités de médiation (pour la résolution de conflit)
 - Prise en charge psychosociale des SVS plus PEC médicale
 - Réinsertion socio-économique

- Prise en charge des ENA
- Organisation de Forum sur la paix

➤ **APEF (ONG Nationale)**

- Projet : Appui à la prévention et prise en charge psycho-sociale et médicale de 250 survivantes aux violences sexuelles
- Activités réalisées : Référencement de cas compliqués (Prolapsus et fistule) vers les institutions spécialisées (ILE AFRICA de Goma et PANZI de Bukavu) ; renforcement de capacité de la main d'œuvre locale (Formation de médecins) et approvisionnement de médicaments pour les malades concernées. Etc.

➤ **AVSI (ONG Internationale)**

- Première Projet : Intervention d'urgence pour le support à la scolarisation des enfants des communautés affectées par les conflits à Nyunzu. (3 mois avec avenant d'un mois et le projet est fini). Financé par Pooled fund.
- Les activités réalisées sont les suivantes :
 - Insertion des enfants hors système scolaire
 - L'axe des enfants à une éducation primaire inclusive et améliorée dans la zone de Nyunzu
 - Construction de quatre écoles d'urgences
 - Remise des vouchers écoles dans les sept écoles
 - Remise des Kits scolaires, kits récréatifs et kits hygiène dans toutes les onze écoles ciblées
 - Formation des enseignants et les leaders locaux
 - Promotion de la paix à travers la création des comités de paix dans toutes les écoles cibles
- Deuxième Projet : Amélioration de la sécurité alimentaire des personnes affectées par les conflits dans la zone de Nyunzu. Financé par PAM dont la durée est de 5 mois (Projet Terminé)
- Les activités réalisées sont les suivantes :

- Volet Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée aux enfants de 6 à 59 mois et aux femmes enceintes et allaitantes dans trois aires de santé
- Volet prévention de la malnutrition aigüe modérée/ration de couverture /BSF auprès des femmes enceintes et allaitantes non malnutris et les enfants de 6 à 23 mois dans trois aires de santé
- Volet distribution des vivres pour les accompagnants de malades en Unité nutritionnelle thérapeutique intensive (UNTI) dans trois aires de santé

➤ **WORD VISION**

- Projet : Katanga Food Programme financé par PAM, WORD VISION et R.D. CONGO
- Activités réalisées : La distribution générale des vivres

➤ **PREMIERE URGENCE INTERNATIONALE**

- Premier projet: Aide d'urgence et assistance aux moyens d'existence pour les populations affectées par les conflits dans l'Est de la RDC. (10 mois, fin en mai 2016). Financé par OFDA.
- Activités réalisées :
 - Recensement des populations déplacées sur l'axe Nyunzu- Ngoy
 - Sélection des bénéficiaires
 - Distribution d'outils et de semences (vivrières et maraichères)
 - Suivi et conseil des bénéficiaires
 - Installation de parcelles de démonstration et de jardins maraichers
 - Sélection et formation des relais-communautaires
 - Formation à la lutte biologique (en collaboration avec l'IPAPEL)
 - Suivi des surfaces emblavées et des productions
- Deuxième projet : Réponse intégrée d'urgence en santé et nutrition au sein des communautés affectées par les conflits armés dans les provinces du Nord Kivu et du Tanganyika. (1 an, fin en février 2017). Financé par ECHO.
- Activités :
 - Couverture des soins de santé primaires dans la zone d'intervention grâce à une flotte de Cliniques Mobiles (CM)

- Mise en place d'un mécanisme de référencement/contre- référencement pour la prise en charge des urgences obstétricales et pédiatriques
- Appui au fonctionnement des centres de référencement (HGR et CBCA)
- Prise en charge vaccinale en appui aux campagnes de routine dans le cadre des protocoles nationaux
- Renforcement des capacités techniques locales (HGR, CBCA, Centres de Santé, RECO, équipes Clinique Mobile)
- Participation au renforcement du système de surveillance Épidémiologique.
- Détection et prise en charge médicale des VVS
- Identification et redynamisation des réseaux de RECO pour une mobilisation communautaire
- Appui au dépistage systématique de la malnutrition dans 5 Centres de Santé (CS)
- Prise en charge des enfants (<5) en situation de MAS
- Appui spécifique au fonctionnement des UNTI des HGR et CBCA
- Campagne de sensibilisation et de prévention de la malnutrition

➤ **Principaux projets de développement financés par le Gouvernement**

- PRISS (Projet de Reconstruction des Infrastructures Scolaires)
- RAcE (Projet Rapid Access Expansion), exécuté par l'ONG IRC
- PADIR (Projet d'appui au développement des infrastructures rurales).

Pour PRISS, C'est l'ONG CARITAS qui s'occupe de l'exécution du PRISS dont l'objectif est la construction des écoles. En effet, deux écoles primaires sont en construction dont :

- EP AMANI dans la sous-division Nyunzu 1
- EP UMOJA WETU dans la sous-division Nyunzu 2.

Il y a une école EP. Nyunzu qui est une école récemment construite et finie par le fond social.

Pour PADIR dans le territoire de Nyunzu, il s'agit de la construction de deux pavillons dans le marché de Nyunzu, trois boutiques pour appuyer aux PME, construction

d'un dépôt de stockage, trois pièces de bureaux du marché, réhabilitation d'une école, forage d'un puits. Ces infrastructures rurales sont construites par l'entreprise SAGEC.

Pour le projet RAcE, c'est l'ONG International Rescue Committee (IRC) qui s'occupe de l'exécution dont l'objectif du projet consiste à améliorer l'accès aux soins des populations éloignées ou ayant un accès difficile aux structures sanitaires, 155 sites de relais communautaires ont été créés. Une personne a été désignée par village pour chaque site et ces personnes ont eu une formation de 6 jours afin de leur permettre la prise en charge des premiers soins avant d'orienter le malade dans un centre de santé le plus proche. Et cela a eu des conséquences positives selon les médecins car le taux de morbidité de l'anémie a baissé de 7% depuis la création de 155 sites. Les diarrhées et les infections respiratoires ont également diminué.

➤ **Principaux projets de développement sous financement autre que le Gouvernement**

- Projet d'appui à la sécurité humaine à travers le relèvement précoce et le renforcement des capacités locales dans la prévention et la résolution des conflits dans le territoire de Nyunzu, Province du Tanganyika. Un projet conjoint entre Unicef, PNUD, FAO.
- Projet iTSCi de traçabilité des minerais (coltan, cassitérite et wolframite) Pour le projet conjoint ; il implique 3 agences (PNUD, UNICEF et FAO) financé par United Nations Trust Fund for Human Security (UNTFHS). Les objectifs du projet sont :
 - Contribuer à la sécurité humaine dans le territoire de Nyunzu par le relèvement précoce socio-économique durable des communautés et le renforcement de leurs capacités de prévention et résolution des conflits, Ã travers un paquet intégré visant la restauration des moyens d'existence et la revitalisation des économies locales, la relance agricole, l'amélioration de l'accès à des services sociaux de qualité et le renforcement des capacités de gestion et de gouvernance locale.

- Renforcer les capacités des communautés en matière de prévention et de résolution des conflits (PNUD);
- Restaurer les moyens durables d'existence par le relèvement agricole et économique (FAO et PNUD);
- Améliorer l'accès aux services sociaux de base de qualité et renforcer les capacités de l'administration et de gestion de ces services (UNICEF).
- Les réalisations du PNUD (via Caritas développement, APEF, Centre Lokole) se concentrent dans la cohésion sociale, la création d'emploi et la diversification des sources de revenus des personnes les plus affectées par les conflits : Mise en place des structures communautaires de préventions et gestion de conflits ; renforcement des capacités des leaders locaux ; appui à l'élaboration et mise en œuvre des plans villageois de développement ; appui aux activités de rapprochement /travaux à haute intensité de la main d'œuvre (HIMO) ; la structuration des ménages vulnérables en mutuels de solidarités ;dotation et gestion des unités de transformation aux associations féminines (Moulins et décortiqueuses) ; apprentissage en métiers porteur pour auto-emploi aux jeunes(Menuiserie, pâtisserie et culture maraichères) ; appui à la radio communautaire(équipement, construction du bâtiment devant abriter la radio, formation de son personnel).
- Pour la FAO (via Caritas développement, Agripeda) dans l'objectif de son projet consistant à la restauration durable des moyens d'existence/relance économique ; les réalisations sont les suivantes : *une étude approfondie sur les activités économiques entrepreneuriales dans les axes cibles ; une organisation et appui de 2500 ménages en associations à Nyunzu, dans leurs efforts de réintégration et de l'autonomisation économique à travers les Activités Génératrices de Revenu(AGR) entre autres petit élevage, artisanat non agricole, développement des métiers, organiser 2500 ménages dans des associations d'agriculteurs et soutenir leur effort pour accéder à l'indépendance économique, construction d'un pavillon au marché de Nyunzu, deux dépôts de stockages et deux abris pour deux unités de transformation, etc.

- Les réalisations de l'Unicef (via AVSI) se présentent dans la construction de quatre centres de santé, formation des prestataires dans les centres de santé, programme de 30 villages assainis et 13 écoles, distribution des kits scolaires, renforcement des capacités des enseignants et COPA, sensibilisation des adolescents sur le VIH dans les écoles, renforcement des structures étatiques et communautaires de la protection de l'enfant dans 4 aires de santé, sensibilisation des communautés sur les risques de la protection de l'enfant et leurs préventions, mise en place de 54 groupes de discussions en faveur des adolescents et adolescentes en risque de protection, appui aux collectivités et communautés pour identifier, surveiller, dénoncer et référer les cas des violences sexuelles et le prendre en charge au niveau des centres de santé etc.
- Pour le projet iTSCi, exécuté par Part/ADERI, financé par ITRI, Legs, Donations avec comme partenaire la RD.

2. Population et échantillon d'études

1. Population d'étude

La population de notre étude est constituée des tradi-praticiens autochtones de la zone de santé de Nyunzu identifiés et connus pour des spécificités dans la prise en charge spécifique à travers la médecine traditionnelle par la coordination de la médecine traditionnelle. Comme on peut le constater, il s'agit bien d'une portion de la population finie dont la taille est difficile à déterminer au regard de la réalité sur le recensement de la population dans notre pays, d'une part et du nomadisme des autochtones du Tanganyika, d'autre part.

Etant donné cette difficulté et tenant compte de l'effectif de cette population supposé représenter 10 à 30% de la population globale selon les différents rapports, nous supposons ladite population comme tendant vers l'infini. A ce nombre s'ajoute les agents de la coordination de la médecine traditionnelle, les agents de santé et les membres de la société civile de Nyunzu.

En nous référant à Masandi (2016), les autochtones et les autres acteurs précités interrogés constituent les unités déclarantes du fait qu'elles sont visées pour donner des informations non seulement sur la participation communautaire des autochtones mais aussi sur l'état du management pour la promotion de l'accès sanitaire universel (CSU) des patients

potentiels devant bénéficier des ressources sanitaires disponibles et ces patients potentiels sont considérés comme des unités de référence car les informations demandées aux autochtones, aux agents de la santé et à la société civile les concernent directement ou indirectement.

2. Echantillon d'étude

Du fait qu'il est difficile d'entreprendre une recherche scientifique sur toute la population, il est recommandé de tirer de cette population un ensemble réduit appelé échantillon, à condition que celui-ci représente valablement la population. Selon Masandi (2016), la probabilité qu'un échantillon représente bien une population, étant donné les lois des probabilités, se nomme « le seuil de confiance ». Il s'agit de la certitude que l'on a quant à la justesse des résultats. Le critère que l'on retient habituellement est de 95%, c'est-à-dire que si on prend plusieurs échantillons d'une même population, 19 fois sur 20 (95% des fois) l'échantillon constituera une représentation fidèle de cette population. Cette proportion correspond à 1.96 écart-type sur la courbe normale. Cette valeur est le Z, c'est-à-dire la surface sous la courbe normale pour 1-a (région d'acceptation de l'hypothèse nulle).

Sur base de cette réalité, pour déterminer la taille de l'échantillon nécessaire en vue d'obtenir la précision voulue (marge d'erreur), au seuil de confiance déterminé, pour une proportion maximale (ou à l'occasion pour une proportion spécifique connue), il convient de tenir compte de la marge d'erreur pour une population supposée infinie.

Ainsi, pour connaître la taille « n » nécessaire pour avoir une marge d'erreur déterminée pour une proportion déterminée à un seuil de confiance, il suffit d'inverser l'équation de la marge d'erreur. Pour une population infinie, la formule sera donc la suivante :

$$n = \frac{Z_a^2 pq}{e^2}$$

Où e est la marge d'erreur que l'on est prêt à accepter en décimale, p = proportion des patients potentiels ayant consulté la médecine autochtone dans la ZS de Nyunzu et q = proportion des patients potentiels n'ayant pas consulté dans la ZS de Nyunzu qui est de 1-p.

Dans le cadre de cette étude où nous considérons une proportion maximale de 50% (.5), d'un seuil de confiance de 95% et d'une marge d'erreur acceptée de $\pm 5\%$ (.05), la taille de notre échantillon d'étude est obtenue par le calcul suivant :

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5(1-0,5)}{0,05^2} = 386$$

Il nous faut donc un minimum de 384 répondants pour avoir une marge d'erreur maximale de 5% à un seuil de confiance de 95%.

Huit aires de santé ont été sélectionnées aléatoirement dans la Zone de santé de Nyunzu. Il s'agit des aires de santé Tchanga Tchanga, Mangala, Kabeya May, Muhuya, Ngoy, Lwizi, Zongwe et Sulumba ayant respectivement des masses critiques de 56% et de 44%.

Nous avons ainsi prélevé en moyenne 45 tradi-praticiens par aire de santé selon les populations totales des aires de santé, deux agents de santé et un membre de la société civile ; constituent un échantillon stratifié pondéré correspondant à ces proportions.

Et exceptionnellement, le coordinateur provincial de la médecine traditionnelle et le médecin chef de zone constitue un supplément pour réduire d'avantage la marge d'erreur. L'échantillonnage stratifié assure d'obtenir une taille d'échantillon suffisante pour des sous-groupes de la population à laquelle l'étude est intéressée. Etant donné que chaque strate devient une population indépendante lorsque l'on a stratifié une population, on doit déterminer pour chaque strate la taille de l'échantillon. Il faut ajouter ici qu'on n'a pas tenu seulement compte des strates ou sous-groupes, mais aussi de leur importance. Lorsque l'échantillon reflète aussi l'importance relative de chaque sous-groupe, on parle de l'échantillon stratifié pondéré (ESP).

Pour constituer notre échantillon stratifié pondéré de 48 sujets par aire de santé, respectivement 45 Tradipraticiens, deux infirmiers du centre de santé et un membre de la société civile pour chaque aire de santé, nous nous sommes servis utilement de la formule suivante (Masandi, 2016):

$$n_i = n \frac{N_i}{N}$$

où n : effectif souhaité (taille) de l'échantillon

n_i : effectif de la strate de l'échantillon

N_i : effectif de la strate correspondante de la population

N : effectif total de la population

2. Type d'étude

Cette étude est inscrite dans la catégorie d'études descriptives. Comme nous le savons, les méthodes descriptives sont largement utilisées en sciences humaines. Elles réunissent celles qui visent à tracer un portrait précis du problème étudié et celles qui permettent d'établir des liens entre les éléments de ce phénomène (Lamoureux, 2006). Certaines recherches peuvent n'avoir pour but que de fournir une certaine connaissance plus ou moins précise sur un phénomène donné, donc d'en donner une description. Il s'agit de voir comment se comporte la variable dépendante dans certaines conditions données (non manipulées).

Le but de la description, précise Loubet (2000), c'est de construire une représentation aussi exacte que possible de la réalité en regroupant dans un tableau complet et cohérent les informations collectées sur l'objet d'étude. Pour le cas de notre thèse de doctorat en didactique de discipline, orientation sciences de la santé, la description a consisté à rassembler les informations issues des observations faites à propos de l'exclusion des activités de la médecine autochtone dans le système sanitaire congolais en général et dans le Tanganyika, zone de santé de Nyunzu en particulier ; en vue de susciter l'attention des décideurs politiques et du système de santé toutes les fois qu'ils réfléchissent sur l'avenir des communautés et surtout des marginalisées et des plus démunies des milieux ruraux.

Pour donner un sens aux informations issues de la description et éviter de borner la dite description à une accumulation de faits sans signification, nous avons veillé à ce que la description ne se fasse pas à l'absence de toute conceptualisation. Comme le dit le Masandi (2016), le concept, à défaut d'hypothèse, impose un certain ordre et permet une généralisation ultérieure des données.

3. Approche, méthodes et techniques de recherche

Toute recherche scientifique exige la sélection d'un mode de raisonnement adapté au paradigme épistémologique adopté. Rappelons qu'il existe trois modes de raisonnement à savoir : l'induction, la déduction et l'abduction.

- L'induction : vise à tirer des règles générales à partir de l'observation de faits particuliers ;
- La déduction : consiste à partir d'une règle générale à une conclusion particulière ;
- L'abduction : vise à expliquer les raisons et les mécanismes derrière les phénomènes observés, et pas seulement à porter des généralités.

Pour bien expliquer ces trois modes de raisonnement, David (1990) et Gravier et al. (2006) ont donné l'exemple du tableau II.1 ci-dessous :

Tableau II.1 : Trois modes de raisonnement scientifique

Déduction	<p>A. (règle) Tous les peuples de la RDC sont inclus dans un seul système de santé</p> <p>B. (cas) Les peuples autochtones Batwas sont de la RDC</p> <p>C. (conséquence) Les peuples autochtones Batwas sont inclus dans le seul système sanitaire de la RDC</p>
Induction	<p>B. (cas) Les peuples autochtones Batwas sont de la RDC</p> <p>A. (règle) Tous les peuples de la RDC sont inclus dans un seul système de santé</p> <p>C. (conséquence) Les peuples autochtones Batwas sont inclus dans le seul système sanitaire de la RDC</p>
Abduction	<p>A. (règle) Tous les peuples de la RDC sont inclus dans un seul système de santé</p> <p>C. (conséquence) Les peuples autochtones Batwas sont inclus dans le seul système sanitaire de la RDC</p> <p>B. (cas) Les peuples autochtones Batwas sont de la RDC</p>

Sources : Masandi 2020

3.4.1. Approche de recherche : abduction

Selon Masandi (2020), la découverte scientifique procède par la déduction, l'induction et l'abduction. Dans le contexte de cette étude, nous avons opté pour le raisonnement abductif, qualifié autrement de démarche hypothético-déductive. Il s'agit, en réalité, de créer des hypothèses ; de procéder par un aller-retour successif entre le travail empirique effectué (observation empirique) et les théories ou concepts mobilisés pour appréhender les situations étudiées, et en construire des représentations intelligibles, en vue de la construction progressive de connaissances en relation avec des savoirs déjà admis.

Le raisonnement abductif ainsi suivi a consisté d'abord à tirer de l'observation des conjectures (hypothèses) qu'il fallait ensuite les tester à la lumière des faits et à l'épreuve de l'expérience en vue d'en discuter la portée des conclusions ou les résultats. Ce qui nous ramène à dire que la connaissance ainsi élaborée s'est construite par interaction entre la théorie de l'unicité du système sanitaire et les données empiriques ou la réalité vécue de la participation des peuples autochtones au Tanganyika. Il s'agit d'un processus réversible où les résultats sont toujours impliqués aux causes et vice-versa.

C'est pourquoi, face à des concepts complexes et protéiformes qu'impliquent cette recherche qui, à ce stade a un caractère singulier, spécifique et évolutif du fait d'avoir abordé

un domaine plein d'ambiguïté et de contradictions dans notre système sanitaire local, national et régional ; nous avons adopté dans le cadre de paradigme positiviste, un raisonnement abductif. Dans ce sens, Thiétart et al (2014) expliquent que le raisonnement abductif procède à l'exploration d'un contexte délicat et se réfère à une panoplie d'observations, qui sont diversifiées et initialement ambiguës. Ils ajoutent que le chercheur donne une structure à son système d'observation afin de créer du sens dans un objectif de fournir des conceptualisations théoriques nouvelles, valides, consistantes et élaborées d'une manière plus rigoureuse.

En effet, l'objectif de notre recherche n'est pas vraiment de faire naître des lois universelles. Raisonner d'une manière abductive suppose d'attribuer à la découverte un statut compréhensif ou explicatif, qui implique d'être testé, par la suite, en cherchant d'atteindre une règle ou une loi.

En se basant sur la conception de Blaug, que cite Masandi (2020), nous nous sommes inspiré de la définition selon laquelle l'abduction est l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses. L'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter.

Le recours à l'abduction dans cette étude s'est réalisé dans une orientation triangulaire. De manière générale, la triangulation méthodologique peut être définie comme le fait d'appréhender un objet de recherche d'au moins dans deux points de vue différents. La triangulation se définit comme une démarche où l'on croise différentes approches d'un objet de recherche, dans le but d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus.

Comme l'indiquent Fielding et Scheier, (2001), la logique conventionnelle de la triangulation par la multiplication des sources d'information correspond à l'idée que, par cette multiplicité, nous pouvons diversifier les biais liés à chaque source afin de les transcender. Ainsi, dans le cas d'espèce, la triangulation par multiplication des sources d'informations s'est mise en œuvre à différents niveaux :

- théorique du fait que nous avons recouru à plusieurs modèles d'analyse, plusieurs cadres théoriques pour lire et expliquer les phénomènes observés ;
- des données du fait que les données ont été recueillies à différents moments, lieux et/ou auprès de différentes personnes ou groupes de personnes ;
- méthodologique par le recours fait à différentes méthodes (quantitative et qualitative) pour collecter, analyser et interpréter les résultats.

3.4.2. Méthode de recherche : Enquête

Flink cité par Masandi (2016), définit l'enquête ou le sondage comme étant une démarche pour récolter les informations, décrire, comparer et expliquer les connaissances, les attitudes et les comportements des personnes. Il s'agit, en fait de récolter, comme le précise Mertens (1998), les points de vue personnels des individus concernant leurs connaissances, attitudes ou comportements.

L'enquête est la démarche que nous avons suivie pour recueillir un certain nombre d'informations relatives à ce travail.

3. Instruments de recherche

3.4.3.1. Collecte des données

Afin de recueillir les informations à analyser, il est nécessaire de faire usage d'un outil d'investigation. En effet, la collecte des données s'opère au moyen d'instruments tels que : le questionnaire, le test, l'interview,... Pour cette étude et au regard de nos objectifs, nous avons opté pour la triangulation des instruments suivants : l'entretien semi directif ; l'observation et l'analyse documentaire.

Avant de pouvoir collecter les informations auprès des éléments de l'échantillon, nous avons pris soins de vérifier les qualités métrologiques de la grille d'entretien et celle d'observation. Ce qui nous a conduits à nous intéresser de la validité et la fidélité de ces instruments. Signalons également que l'analyse documentaire a été utilisée pour collecter les données sur les rapports d'activités de la zone de santé Nyunzu en ce qui concerne la collaboration avec les peuples autochtones ainsi que les rapports des ONG.

➤ Grille d'entretien

a. Validité de la grille d'entretien

Evoquant les qualités métrologiques des instruments d'évaluation, Masandi (2016) présente la validité comme étant le degré auquel l'instrument mesure ce qu'elle prétend mesurer. C'est répondre à la question « mes items permettent-ils de vérifier ce que je déclare vouloir étudier ». La même préoccupation est retrouvée chez De Ketele et Roegiers (1996), qui considèrent que « la validité est le degré d'adéquation entre ce que l'on veut faire (évaluer, ou recueillir de l'information) et ce que l'on fait réellement ».

Ces définitions impliquent de se référer constamment, lors de la construction des items ou des énoncés, aux objectifs fixés au départ et de les comparer aux items figurant dans l'instrument utilisé. Et à la fin, de s'interroger : « les informations que j'ai recueillies sont-

elles bien les informations que je déclarais recueillir ?» (De Ketele et Roegiers, 1996). Ainsi, il est compris dès lors pourquoi la notion de validité est si importante dans toute recherche et particulièrement dans la construction des instruments de mesure.

Comme le précise encore Masandi (2016), la précision de la mesure est certes importante, mais elle est inutile si l'instrument n'évalue pas, ou évalue mal, la réalité visée par ses concepteurs ou ses utilisateurs.

✓ **Principe de base**

Pour la vérification de la validité de l'instrument utilisé, De Ketele et Roegiers (1996), distinguent deux composantes :

- La validité interne de l'outil : c'est-à-dire une validité de contenu (consistant à vérifier la cohérence du contenu ou si un même terme a une signification univoque dans tout l'instrument, et si les variables sont bien isolées) ; une validité de construction (consistant à mesurer la cohérence de la construction de l'instrument, tel que la succession des items) ; et une validité de communication (pour déterminer si tous les utilisateurs comprennent de la même façon l'information à recueillir).
- La validité externe de l'outil, notamment pour vérifier « s'il y a une relation suffisante entre l'information recueillie et un concept abstrait qui doit lui être relié ». Dans ce cas, il y a lieu de se demander si un éclairage théorique peut venir en aide.

A présent, examinons cette notion de validité dans le cadre de notre étude.

✓ **Validité de contenu**

Ici, il est question de s'assurer que l'instrument couvre réellement les aspects importants du problème étudié, et que les objectifs fixés au départ sont atteints, ou encore dans quelle mesure chaque thème est-il nécessaire pour atteindre ces derniers. En effet, on considère généralement qu'un test ou un instrument manque de validité de contenu s'il n'aborde pas suffisamment d'aspects du problème examiné. Il s'ensuit que l'utilisateur devra « avoir une vision claire, non seulement de ses propres conceptions, mais aussi de celles qui ont présidé à l'élaboration de l'instrument qu'il s'apprête à utiliser » (De Landsheere, 1979).

Pour ce faire, nous avons recouru au coefficient Kappa de Cohen pour étudier la concordance de leurs appréciations, et à l'indice d'Hambleton pour mesurer la congruence Item-Test.

➤ **Accord entre les juges (experts) par le coefficient « K » Kappa de Cohen**

Ayant comme auteur Jacob Cohen, le coefficient Kappa de Cohen mesure l'accord entre observateurs lors d'un codage qualitatif en catégories. Selon Masandi (2016), une mesure alternative de l'accord entre les juges est donnée par le coefficient k (kappa) de Cohen, lorsque, lorsque les données sont nominales. Ce coefficient est par conséquent, indiqué lorsque la tâche demandée aux juges est un classement des items dans des catégories.

Le coefficient k prend en compte le nombre de fois où les juges sont d'accord mais prend également en compte le nombre d'accords simplement due au hasard. Par conséquent, ce coefficient est plus exigeant que la plupart des autres indices de concordance. Le coefficient k est le rapport entre la proportion de fois où les juges sont d'accord (corrigé pour accords dus à la chance) et la proportion maximum de fois où ceux-ci pourraient être d'accord (également corrigé pour accord dus à la chance) :

$$k = \frac{P(A) - P(E)}{1 - P(E)}$$

- P(A) : proportion de fois où les juges sont d'accord
- P(E) : proportion de fois où l'on s'attend à ce que les juges soient d'accord uniquement par chance.

La valeur de k est égale à 1 s'il y a un accord parfait entre les juges. Si, par contre, les accords ne dépassent pas ceux qui étaient attendus du fait de la chance, la valeur de k est égale à 0. Pour calculer P(E), on se sert de la formule suivante : $P(E) = \frac{\sum (C_j)^2}{Nk}$

- C_j, somme des fréquences de la catégorie j
- N : nombre d'items
- k: nombre de juge

Avant de calculer P(A), il est nécessaire de calculer S_i pour chacun des items au moyen de la formule suivante :

$$S_i = \frac{1}{k(k-1)} \sum n_{y_j} (n_{y_j} - 1)$$

n_{y_j} = fréquence de l'item i dans la catégorie j

Une fois ces valeurs calculées, on peut déterminer la valeur de $P(A)$ au moyen de la formule suivante : $P(A) = \frac{1}{N} \sum s_i$

Selon Santos (2018), le coefficient Kappa est toujours compris entre -1 et 1 (accord maximal). La table suivante est généralement utilisée pour interpréter le Kappa de Cohen : Il s'agit de la grille de lecture proposée par Landis et Koch en 1977.

Tableau 2. 2. Interprétation du coefficient Kappa de Cohen

Interprétation	
≤ 0	Désaccord
0,0-0,20	Accord très faible
0,21-0,40	Accord faible
0,41-0,60	Accord modéré
0,61-0,80	Accord fort
0,81-1,00	Accord presque parfait

Pour ce qui est de cette étude, quatre juges-experts ont été retenus pour se prononcer sur la validité de contenu de la grille d'entretien élaborée pour recueillir les avis des praticiens, des agents de santé, des membres de la société civile et de la coordination de la médecine traditionnelle. Il s'agissait tous des Chefs de Travaux dans les institutions d'enseignement supérieur et universitaires dont un Epidémiologiste, un Biologiste, un Psychologue et un Sociologue. Le résultat de leur appréciation se trouve consigné dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2.3. Coefficient Kappa pour la validation de contenu de la grille d'entretien

Question	K
01	.71**
02	.74**
03	.78**
04	.79**
05	.72**
06	.74**
07	.76**
08	.78**
09	.73**
10	.72**
11	.73**
12	.72**
13	.76**
14	.71**
15	.69**
16	.74**
17	.69**
18	.68**
19	.74**
20	.74**
21	.72**
22	.73**
23	.73**
24	.69**
25	.74**
26	.71**
27	.68**
28	.69**
30	.72**
31	.74**
32	.73**
33	.78**
34	.71**
35	.74**
36	.75**

37	.72**
38	.69**
39	.71**
40	.72**
41	.74**

** : question retenu

Ce tableau indique l'existence d'un accord fort entre les juges appelés à se prononcer sur la validité de contenu des questions de la grille d'entretien. Etant donné que tous les coefficients Kappa calculé oscillent entre .60 à .80, les juges s'accordent sur la validité de contenu de l'instrument.

➤ **Congruence Item-Test par l'indice "I" d'Hambleton**

Il est question ici de la congruence entre les items et les thèmes composant la grille d'entretien, c'est-à-dire la concordance ou la correspondance exacte entre les items ou énoncés retenus et leurs thèmes respectifs. L'indice de Hambleton permet de calculer cette congruence item par item et par thème : si les indices calculés sont supérieurs à .50 les énoncés sont cohérents et concordent avec les thèmes.

Crocker et Algina, cités par Masandi (2013) ont proposés une version simplifiée de l'indice de Hambleton pour évaluer la congruence item-thème. L'indice de congruence de l'item (l'énoncé i) à l'objectif (thème k) est calculé par la formule suivante :

$$I_{ik} = \frac{N}{2N - 2} (\overline{X}_k - \overline{X})$$

, où

- N = le nombre d'items
- \overline{X} = la moyenne des évaluations de l'item i pour tous les objectifs
- \overline{X}_k = la moyenne des évaluations de l'item i pour l'objectif k.

L'indice I_{ik} varie de -1 à +1. Le 1 n'étant possible que lorsque tous les répondants ont appariés chaque item à un seul et même objectif. Le résultat obtenu se présente dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2.4. Congruence Questions-Thèmes de la grille d'entretien

Item	Thème 1
1	.69**
2	.73**
3	.71**
4	.68**
5	.59**
6	.65**
7	.63**
8	.60**
9	.59**
10	.62**
11	.69**
12	.71**
13	.66**
14	.68**
15	.67**
16	.65**
17	.64**
18	.65**
19	.65**
20	.62**
21	.62**
23	.61**
24	.74**
25	.69**
26	.72**
27	.66**
28	.68**
29	.71**
30	.73**
31	.69**
32	.67**
33	.71**
34	.62**
35	.64**

36	.69**
37	.74**
38	.73**
39	.69**
40	.67**
41	.71**

** ; $I \geq .50$.

Il ressort de ce tableau que tous les coefficients d'Ambleton sont supérieurs à .50. Ce qui montre qu'il existe une forte congruence entre les différentes questions de la grille d'entretien et les thèmes qui les sous-tendent. Il s'agit, en d'autres termes, de constater une articulation entre deux parties qui s'adaptent parfaitement ou encore, une relation d'équivalence entre les items et les thèmes.

➤ **Validité interne**

Tenant compte de la précaution consistant, selon Masandi (2016), avant de diffuser un test, à présenter des preuves suffisantes que l'instrument mesure bien ce qu'il prétend mesurer, nous avons voulu franchir un autre pas dans ce long processus de validation de l'épreuve.

Outre la concordance des juges concernant leur appréciation de l'épreuve et la congruence des items et des thèmes qui le composent, nous nous sommes intéressé à une autre dimension de la validité, en cherchant à nous assurer que la grille d'entretien, censé renseigner sur les paramètres de l'étude et les thèmes retenus qui soient non seulement concordants entre eux, mais qui soient pertinents et cohérents par rapport à l'objet ci-haut considéré et qu'ils couvrent bien ce dernier.

✓ **Calcul de la validité interne par la corrélation point biserial**

Nous sommes là devant une dimension importante de la validité interne dont l'étude est basée, selon Mundenga (2014) sur le coefficient de corrélation et du rapport critique. Nous avons opté, pour ce qui nous concerne, au coefficient de corrélation point biserial. Ce coefficient permet d'évaluer la corrélation entre des données métriques (X) et des données dichotomiques (Y). Rappelons que les données métriques sont celles qui sont exprimées par des nombres tels que des intervalles numériques égaux représentent des distances égales dans les propriétés mesurées. Tandis que des données dichotomiques sont celles qui peuvent seulement prendre deux valeurs. La formule utilisée est :

$$R_{pbs} = \frac{M_1 - M_0}{SD} \sqrt{pq}$$

- M_1 = Moyenne des valeurs de X qui sont dans la catégorie 1
- M_0 = Moyenne des valeurs de x qui sont dans la catégorie 0
- SD = Ecart-type des valeurs de X
- p = Proportion dans la catégorie 1 de la variable dichotomique
- q = Proportion dans la catégorie 0 de la variable dichotomique.

Etant donné que la corrélation estimée entre un item et l'ensemble de l'épreuve, comme c'est le cas ici, est biaisée du fait que l'item fait partie de l'ensemble, il faut corriger l'erreur de recouvrement. Pour trouver le coefficient de corrélation non biaisée entre la partie et le tout ($r_{1.2}$), c'est-à-dire la corrélation entre la partie et le reste (r_{12}) à partir du coefficient de corrélation non corrigée entre la partie et le tout (r_{1}), nous avons appliqué la relation suivante :

$$R_{1.2} = \frac{r_{1s} - s_1}{\sqrt{s_1^2 + s^2 - 2r_{1s}s}}$$

Le résultat correspondant à la validité interne de notre grille d'entretien se trouve dans le tableau suivant

Tableau 2.5. Validité interne de la grille d'entretien

Item	Rnbis	rnbis corrigé
1	0,1	0,0**
2	0,7	0,6**
3	0,7	0,6**
4	0,0	0,7**
5	0,7	0,6**

6	Q7	Q6**
7	Q1	Q7**
8	Q0	Q7**
9	Q0	Q7**
10	Q1	Q0**
11	Q2	Q6**
12	Q7	Q6**
13	Q1	Q7**
14	Q0	Q7**
15	Q2	Q6**
16	Q7	Q6**
17	Q2	Q0**
18	Q7	Q6**
19	Q2	Q6**
20	Q0	Q7**
21	Q0	Q7**
22	Q7	Q0**
23	Q0	Q7**
24	Q1	Q7**
25	Q2	Q6**
26	Q6	Q5**
27	Q2	Q0**
28	Q2	Q6**
29	Q0	Q7**
30	Q0	Q7**
31	Q0	Q7**
32	Q7	Q6**
33	Q7	Q6**
34	Q2	Q6**
35	Q0	Q7**
36	Q0	Q7**
37	Q0	Q7**
38	Q7	Q0**
39	Q0	Q7**
40	Q2	Q6**
41	Q0	Q7**

** : Très significatif, p=.0000

La Validité interne nous a permis de s'assurer que le résultat obtenu est issu d'une démarche abductive et reflète bien la réalité, car il n'est dû ni à un biais ni au hasard. L'absence de biais dépend de la qualité méthodologique et de réalisation de l'essai.

Cette étape a consisté à préciser les items qui permettent de collecter les données relatives à telle variable d'une hypothèse de recherche. C'est précisément au cours de la pré-enquête qu'à travers les réponses fournies par les enquêtés, nous avons reformulé ces items en éliminant tout malentendu et incongruité de manière à atteindre ce que nous cherchons effectivement. Ainsi, la signification de tous les coefficients de corrélation rpbis corrigé donne la preuve de la validité interne de notre épreuve.

➤ Fidélité des résultats de la grille d'entretien

Parlant du concept de fidélité dans son Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation, De Landsheere (1979) explique que les mesures répétées d'un objet, réalisées dans les mêmes conditions avec un même instrument, doivent être fidèles, c'est-à-dire fournir le même résultat. Si les résultats varient de façon importante, classant, par exemple, un travail « excellent » un jour et « faible » le lendemain, l'instrument manque non seulement de fidélité, mais aussi de validité. C'est pourquoi il accole comme synonyme au terme « fidélité » le mot « constance ».

Pour sa part, Masandi (2016) définit la fidélité d'un test comme sa capacité de fournir des mesures stables (reproductibles) si le test est appliqué de nouveau à un autre moment, ou dans d'autres circonstances. Il s'agit pour le chercheur de se demander « à quel point peut-on faire confiance aux résultats obtenus à l'aide de ce test ? ».

Ce questionnement insinue que certains biais peuvent menacer la valeur des résultats d'une recherche, notamment des erreurs qui, selon Masandi (2016), peuvent être attribuées soit à l'instrument lui-même (essentiellement les items qui le composent), soit au contexte de son administration (ou circonstances externes), soit au sujet qui passe le test (sa variabilité).

D'où, conclut Masandi, la fidélité serait parfaite s'il n'y avait aucune erreur de mesure, ce qui n'est pas évident en sciences humaines. En outre, les diverses façons de mesurer la fidélité d'un test, notamment par le test-retest ou par les formes parallèles, ne correspondent pas parfaitement à la condition « même test, mêmes circonstances ». Faute de pouvoir mesurer la fidélité, on est réduit à l'estimer en se basant sur la cohérence interne ou l'homogénéité de l'épreuve. C'est finalement l'option que nous levons pour la présente étude.

D'après De Landsheere (1979), les principaux indices de fidélité sont appelés tantôt coefficient de stabilité, tantôt coefficient d'homogénéité, ou encore coefficient d'équivalence... Pour revenir à la question fondamentale du chercheur qui se préoccupe de vérifier la fidélité de son instrument, c'est-à-dire « à quel point peut-on faire confiance aux résultats obtenus à l'aide de ce test ? », nous pouvons déduire qu'elle pose en même temps le problème de la généralisabilité de ces résultats. En effet, si la fidélité de l'instrument n'est pas garantie, on ne peut se permettre de généraliser les résultats que l'on en obtient, ni bien entendu se permettre d'appliquer l'instrument à d'autres moments et dans d'autres circonstances.

Aussi, recourons-nous au coefficient d'homogénéité Alpha de Cronbach pour estimer la fidélité de notre épreuve.

✓ Calcul du coefficient d'homogénéité Alpha de Cronbach

Le coefficient Alpha de Cronbach, est une statistique qui permet de mesurer la cohérence interne ou la fiabilité des questions posées lors d'une évaluation, étant entendu que les réponses aux questions portant sur le même sujet doivent être corrélées. C'est en d'autres termes la question de l'homogénéité de l'instrument de mesure qui est visée, et l'on suppose que celui-ci est composé d'un ensemble d'items qui, tous, devraient contribuer à appréhender une même dimension "sous-jacente": soit le niveau de connaissance sur un thème donné; soit le niveau d'attitude, de motivation, d'intérêt dans tel domaine ou par rapport à tel objet, etc.

Cet indice statistique varie entre 0 et 1, et traduit un degré d'homogénéité d'autant plus élevé que sa valeur est proche de 1. Dans la pratique, on considère généralement que l'homogénéité de l'instrument est satisfaisante lorsque la valeur du coefficient est au moins égale à 0.80. Le coefficient Alpha de Cronbach peut se calculer en appliquant la formule suivante :

$$\alpha = \frac{j}{j-1} \left[i - \frac{\sum_i s_i^2}{s_i^2} \right]$$

Tableau 2.6. Coefficient d'homogénéité alpha de Cronbach)

Itemm	σ_i^2
1	.00486
2	.00753
3	.00492
4	.00546
5	.00591
6	.00679
7	.00678
8	.00629
9	.00680
10	.00749
11	.00588
12	.00686
13	.00971
14	.00663
15	.00547
16	.00553
17	.00754
18	.00596
19	.00695
20	.00458
21	.00587
22	.00563
23	.00571
24	.00653
25	.00674
26	.00598
27	.00587
28	.00648
29	.00574
30	.00693
31	.00587
32	.00612
33	.00578
34	.00641
35	.00632
36	.00693
37	.00587
38	.00612
39	.00578
40	.00641
41	.00632

Le tableau 5 renseigne que le coefficient d'homogénéité calculé est supérieur à .80 avec un intervalle de confiance autour du mode 11.79 et 18.47. Avec ce résultat, il y a lieu de considérer que les résultats de notre grille d'entretien sont supposés être fidèles. Tout compte fait, les deux qualités métrologiques indispensables pour l'utilisation d'un instrument de mesure viennent d'être prouvées. Ceci nous donne l'occasion de croire à la validité et à la

fidélité de notre grille d'entretien des tradi-praticiens et celle adaptée des agents de santé. La deuxième nous permis de nous entretenir avec la suite en adaptant l'entretien.

3.4.3.2. Traitement des données

Le choix d'une technique de traitement des données d'une recherche doit, en principe, obéir à la nature des données récoltées. Dans certains cas où l'algorithme utilisé ne s'y prête pas, certaines transformations des données sont autorisées, en partant d'un niveau de mesure inférieur vers le niveau supérieur et non vice versa. C'est pour dire par exemple que les données nominales peuvent être transformées en données ordinales et celles-ci en données métriques et non le contraire.

En ce qui concerne le traitement statistique appliqué aux données de cette étude, il a été utilement fait usage des tests statistiques visant l'objectif de comparaison et d'association (corrélation) des données univariées, bivariées et multivariées pour le niveau de mesure nominal (catégoriel). De manière concrète, étant donné que les données collectées sont constituées des effectifs ou des fréquences absolues d'apparition des occurrences, le test de Chi carré ordinaire de Pearson s'est avéré utile pour l'objectif de comparaison alors le Chi carré d'association, le rapport de vraisemblance de Mood et Grawbill, le V de Cramer et l'Analyse de Classification Multiple (ou la corrélation logistique) se sont illustrés pour la corrélation (bivariée totale et multivariée).

Selon Masandi (2016), par données catégorielles, il faut entendons les données qui s'expriment, non sous forme des scores, mais plutôt d'effectifs (fréquence absolue ou relative) résultant d'un dénombrement, d'un comptage ou d'un inventaire. C'est le test de chi carré qu'il convient d'utiliser. Ce test sert à déterminer si la population d'où est extrait un échantillon est distribuée selon un modèle spécifié (par exemple, si elle est normale). C'est un test de comparaison d'effectifs de classes ou de catégories avec les effectifs qu'on obtiendrait si la distribution était due au hasard (effectifs théoriques). La distribution de chi-carré (ou chi deux) est dérivée des distributions normales. Pour le cas d'un échantillon, elle a la formule mathématique suivante :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Où O_j et E_j représentent respectivement les effectifs observés et théoriques.

Par contre, insiste Masandi (2016), la première démarche à faire pour l'étude des relations entre deux variables nominales consiste à effectuer le croisement préalable de ces deux variables. On a dans ce cas ce que l'on appelle un tableau de contingence. Le test de chi-carré a été alors employé pour déterminer le degré de signification de la relation qui se dégage. Toutefois, ce test ne mesure pas l'importance des relations. Pour y parvenir, il était nécessaire de calculer d'autres indices d'association.

Pour déterminer le degré d'association entre les variables en présence, avons-nous utilisé le chi-carré d'association des facteurs de la manière suivante :

$$\chi^2 = N \left(\frac{a_1^2}{N_1 N_a} + \dots + \frac{a_j^2}{N_i N_j} - 1 \right)$$

a_1^2, a_j^2 : fréquence des cases

N_1, N_i : total des colonnes 1, i

N_a, N_j : total des lignes a, j

N : total d'observation

Chaque fois que plus de 20 % ou le 1/5^e des cases du tableau de contingence avaient des fréquences théoriques inférieures à 5, on faisait recours au rapport de vraisemblance de Mood et Grawbill, par la formule suivante :

$$\chi_{(l-1)(c-1)}^2 = 2 \sum O_{ij} \ln \left(\frac{O_{ij}}{E_{ij}} \right)$$

Où O_{ij} et E_{ij} sont les fréquences observées et attendues dans chaque cellule et \ln , désigne le logarithme naturel (de base e). Les fréquences attendues ont été obtenues exactement de la même manière que pour le test de Chi-carré standard de Pearson, avec $(l-1)(c-1)$ comme nombre de degrés de liberté.

Pour mesurer le degré d'association entre deux variables à partir de Chi-carré, nous avons calculé le V de Cramer. L'avantage de ce test est qu'il ne dépend pas de la taille de la distribution et permet une interprétation plausible par rapport au coefficient de contingence. Il est obtenu par la formule suivante :

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(k-1)}}$$

Où n est la taille de l'échantillon et k se définit comme la plus petite valeur entre l et C.

Comme les variables sous étude ont été nominales ou catégorielles, l'estimation de la corrélation multivariée s'est faite par la technique de l'analyse de classification multiple (multiple classification analysis - MCA ou régression logistique). Cette technique est une véritable extension de l'analyse de régression multiple aux variables nominales ou ordinales transformées en variables binaires. Mais, elle fournit une valeur p (bêta) à chacune des catégories d'origine de la variable, alors que l'analyse de régression multiple produit moins de valeurs intéressantes pour les variables à étudier. La régression logistique, appelée autrement « modèle logit », a pour objet d'étudier l'effet d'une ou plusieurs variables explicatives sur une variable à expliquer mesurée sur une échelle dichotomique ou booléenne.

L'analyse de classification multiple a produit ainsi des valeurs de R et R² par la formule suivante :

$$R_{0.1...n} = \sqrt{\beta_1 r_{01} + \dots + \beta_i r_{0i} + \dots + \beta_n r_{0n}}$$

où r₀₁...r_{0i}...r_{0n} sont les coefficients de corrélation linéaire totale entre la variable prédite Y et les variables-prédicteurs X₁ (r₀₁), X₂ (r₀₂), X_j (r_{0j})...X_n (r_{0n}).

Pour tester la signification d'un coefficient de corrélation multi variée, on forme le rapport F suivant :

$$F = \frac{R^2_{0.1...n}}{1 - R^2_{0.1...n}} \frac{N - n - 1}{n} \text{ où } n \text{ est le nombre de variables-prédicteurs.}$$

Une étape complémentaire aux analyses quantitatives sus évoquées a consisté à une description des données. A ce sujet, Carricano et Pouyol (2009) soutiennent que la description des données est une étape importante de la démarche d'analyse. La plupart des enquêtes se limitent à cette étape, qui donne un premier niveau de lecture des résultats ou l'identification de certaines relations entre des variables de l'étude.

Cette étape peut servir de fondement, d'une part, à des analyses plus poussées, dont l'objectif est de simplifier les données (analyses factorielles par exemple), de les classer (typologies), d'autre part, à des méthodes plus sophistiquées, de nature explicative (régressions, analyses de variance, analyse conjointe, etc.).

Cette section se penche sur les principales méthodes de description des données qui ont été utilisées afin de produire une première analyse de ces données collectées lors de l'enquête. Le recours a été fait aux statistiques descriptives pour décrire les données relatives

au profil ou caractéristiques de l'échantillon. Les statistiques descriptives ont été axées sur les tendances centrales des variables (principalement la moyenne) et les fréquences.

Dans une recherche quantitative, l'analyse des données repose sur l'utilisation de techniques statistiques telles que l'analyse descriptive. Celle-ci permet de structurer, d'organiser, et de décrire un ensemble de données quantitatives, provenant d'un échantillon ou d'une population, en un tout lisible, concis et cohérent. L'objectif de cette analyse est de fournir une image simplifiée de la réalité, elle s'appuie sur des indicateurs et des représentations graphiques pour une bonne compréhension de la structure des données comme la moyenne, la médiane, l'écart-type, la symétrie ou l'aplatissement.

➤ **Analyse factorielle exploratoire (AFE)**

En fonction des caractéristiques de l'échantillon et des données collectées, plusieurs options sont possibles pour la réalisation d'une analyse factorielle exploratoire. L'analyse factorielle est une méthode exploratoire d'analyse des tableaux de contingence développée essentiellement par Benzecri durant la période 1970-1990. Elle désigne un ensemble de méthodes statistiques multivariées dont le principal objectif est de définir la structure des corrélations entre un grand nombre de variables en déterminant un ensemble de dimensions communes appelés facteurs (Carricano et Pouyol, 2009).

L'analyse factorielle sert à identifier les dimensions de la structure et à déterminer dans quelle mesure chaque variable peut expliquer chaque dimension. Elle aide à répondre à deux objectifs :

- (i) résumer les données. L'analyse factorielle fait ressortir les dimensions sous-jacentes qui, une fois interprétées, décrivent les données de manière synthétique et
- (ii) réduire les données. Elle calcule des scores pour chaque dimension et les substitue aux variables originelles.

Alors que dans les autres méthodes (régressions, analyse de variance, etc.) les variables sont considérées comme des variables soit dépendantes, soit indépendantes, dans l'analyse factorielle, toutes les variables sont considérées chacune par rapport aux autres.

Les facteurs sont formés pour maximiser l'explication de l'ensemble des variables et non pour prédire des variables dépendantes. Dès lors, l'analyse factorielle est appropriée dans une optique exploratoire (analyse factorielle exploratoire ou AFE) (Carricano et Pouyol, 2009).

Baillargeon (2003) ajoute aussi que l'analyse factorielle est une méthode statistique qui a pour objectif de résumer un grand nombre de variables en un petit nombre de facteurs dans le but de faciliter l'interprétation d'un nuage de points.

L'objectif assigné à l'analyse factorielle exploratoire est de dégager la structure factorielle des variables investiguées et d'évaluer la dimensionnalité de cette mesure en repérant les dimensions représentatives de ce construit.

En effet, la représentation du management inclusif en tant que concept latent n'est pas directement observable. Pour capturer ce concept, il faut passer par ses attributs ou indicateurs observables. L'analyse factorielle exploratoire est la technique appropriée pour réduire les données et identifier les composantes les plus significatives qui représentent convenablement les données. L'analyse factorielle est utilisée pour vérifier la validité de trait ou de construit. Il s'agit de tester et de purifier les items d'un instrument de mesure comme le questionnaire, la grille d'entretien,...

L'analyse factorielle exploratoire permet de s'assurer que l'instrument évalue précisément et exclusivement le construit qu'elle est censée mesurer. Lorsque le construit est unidimensionnel, l'AFE fera ressortir un seul facteur, plusieurs pour les construits multidimensionnels. Il est aussi possible de fixer a priori le nombre de facteurs sous SPSS.

Nous traitons ici de la question des variables et facteurs à retenir ou, au contraire, à supprimer, suite à une AFE. En effet, lorsque les facteurs sont extraits, il est nécessaire d'évaluer la validité convergente et discriminante au niveau de la variable ainsi que la fiabilité des instruments (Carricano et Pouyol, 2009).

La validité convergente concerne le fait que les réponses obtenues par différents indicateurs du même construit soient fortement corrélées ; la validité discriminante est démontrée lorsque la mesure d'un construit déterminé est faiblement corrélée à une mesure d'un autre construit. Les variables présumés mesurer un même construit doivent donc être fortement corrélés les uns aux autres (validité convergente) et faiblement corrélés aux variables censés mesurer d'autres construits (validité discriminante). Le niveau du coefficient structurel de l'AFE (composante) sert à déterminer si la variable ou même un item satisfait au critère de validité convergente.

Ainsi, avant de procéder à l'analyse factorielle, nous devons préalablement nous assurer que nos données rencontrent ses conditions d'application et dans la suite, prendre les décisions appropriées quant au nombre de composantes à extraire ou suivre le critère de

pourcentage de variance expliquée. Le recours à l'analyse factorielle exploratoire exige une taille de l'échantillon qui est en adéquation avec ses critères d'application. La taille de l'échantillon dépend du nombre d'items soumis à l'AFE. L'AFE exige un minimum de cinq observations par item (un ratio de 10 pour 1 est préférable) (Carricano et Pouyol, 2009). Le nombre total d'observations doit être d'au moins 50 et il est souhaitable d'interroger au moins 100 individus. Notre taille d'échantillon répond à ce critère et admet donc, dans un premier temps l'utilisation de l'AFE.

Une condition essentielle à la réalisation de l'analyse factorielle est la factorisation des données. Avant de réaliser l'analyse, il est important de s'assurer que les données sont factorisables. Elles doivent former un ensemble cohérent pour pouvoir y chercher des dimensions communes qui aient un sens et qui ne soient pas des artefacts statistiques (Evrard et al, 2003). Les matrices de corrélation constituent les données de base pour vérifier cette condition. La matrice des données doit comporter suffisamment de corrélations pour justifier la réalisation d'une AFE.

En effet, pour pouvoir extraire une composante correspondant à une fonction linéaire des variables initiales, il faut nécessairement que ces variables soient inter-corrélées (Williams, Brown et Onsmann, 2010). Il est donc impossible de procéder à une analyse factorielle sur une matrice identité (Baillargeon, 2003, Malhotra, 2011). Pour vérifier cette condition, on utilise test de sphéricité de Bartlett.

➤ **Test de sphéricité de Bartlett**

Le test de sphéricité de Bartlett permet de vérifier l'hypothèse nulle selon laquelle toutes les corrélations entre les items ou variables seraient égales à zéro, c'est-à-dire que les items seraient parfaitement indépendants les uns des autres. Pour que l'analyse factorielle soit possible, il faut que ce test soit significatif pour autoriser de rejeter l'hypothèse nulle d'identité indiquant l'absence de corrélation significative entre les variables (Baillargeon, 2003). Pour cela, la signification doit être inférieure à 0.05. L'idéal serait que la signification tende vers 0.000 (Le Moal, 2002, Malhotra et al, 2011). Baillargeon, (2003) renseigne que le test de Bartlett est sensible à la taille de l'échantillon et que lorsque le N est assez grand, les chances de rejeter l'hypothèse nulle sont très élevées.

D'où, le rejet de l'hypothèse nulle ne garantit pas nécessairement que l'analyse factorielle donne de bons résultats. Il est également important d'examiner chacune des variables de façon individuelle pour s'assurer que chacune d'elles est en relation avec l'ensemble des autres

variables. Cet examen est facilité par le calcul des mesures d'adéquation de Kaiser-Meyer-Olkin (Benraiss, 2011).

➤ **Indice d'adéquation de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)**

Cet indice indique dans quelle proportion les items retenus forment un ensemble cohérent et mesurent de manière adéquate le concept sous étude (Malhotra, 2011). La valeur de l'indice KMO est comprise entre 0 et 1.

Pour être conservée dans l'analyse, une variable doit obtenir une mesure KMO dépassant 0.5. Ce test, d'abord réalisé pour chaque variable, doit ensuite être repris avec l'ensemble des variables (Hair et al., 2006). Pour juger de l'indice de KMO, on peut utiliser l'échelle suivante (Le Moal, 2002, Baillargeon, 2003) :

- Inacceptable : en dessous de 0.5 ;
- Médiocre : entre 0.5 et 0.6 ;
- Moyen : entre 0.6 et 0.7 ;
- Bien : entre 0.7 et 0.8 ;
- Très bien entre 0.8 et 0.9 et
- Excellent au-delà de 0.9.

Toutefois, pour Carricano et Pouyol (2009), des valeurs de KMO comprises entre 0.3 et 0.7 représentent des solutions factorielles acceptables. Si ces conditions d'application de l'analyse factorielle sont satisfaisantes, nous passons à l'extraction des facteurs. Plusieurs méthodes d'extractions de facteurs s'offrent au chercheur. Il n'existe pas de base quantitative exacte pour déterminer le nombre de facteurs à extraire.

Les critères sont souvent choisis sur la part de variance de chaque item ou variable qu'un facteur permet d'expliquer. Dans cette étude nous privilégions l'extraction des facteurs par l'analyse en composantes principales (ACP).

Les analyses en composantes principales sont jugées souhaitables en phase de développement d'un questionnaire (Roussel, 1996) afin de conserver un nombre d'items suffisant pour caractériser le phénomène. Pour savoir le nombre de composante à extraire, nous avons premièrement utilisé le critère de valeur propre (ou le critère de Kaiser-Guttman). La valeur propre correspond à la quantité d'information capturée par chaque facteur pour expliquer le concept sous étude. Plus la valeur propre est élevée, plus le facteur explique une portion significative de la variance totale. Tout facteur avec une valeur propre supérieure à 1 est considéré comme facteur significatif et sera retenu dans l'échelle. En plus de la valeur propre, nous avons tenu compte du critère du pourcentage de variance. Il s'agit d'une

approche par laquelle on observe les pourcentages cumulés de la variance extraite par les facteurs successifs. L'objectif est de s'assurer qu'un facteur explique une quantité significative de variance. Il est souvent conseillé d'arrêter l'extraction lorsque 60 % de la variance expliquée est extraite (Hair et al, 2006). Nous nous sommes donc rassuré que les facteurs extraits expliquent au moins 60% de la variance totale du construit étudié.

Après l'extraction des facteurs par un processus itératif, nous sommes passés à leur interprétation. Celle-ci permet d'identifier des groupes de variables fortement liés les uns aux autres. Cela consiste, dans un processus itératif de suppression-maintien, à déterminer la combinaison d'items qui est la plus associée à chacun des facteurs significatifs.

Afin de pouvoir interpréter les facteurs extraits, il est nécessaire de réaliser une rotation (Carricano, Poujol et Bartrandias, 2010, De Vellis, 2012). Celle-ci permet d'identifier des groupes de variables fortement liés les uns aux autres. La rotation fait en sorte que chaque item ne soit fortement lié qu'à un seul facteur. Cette opération est réalisée par une redistribution de la variance des premiers facteurs extraits aux facteurs successifs, afin d'aboutir à une structure factorielle plus simple (Hair et al, 2006). Lorsque les axes sont maintenus à 90 degrés, on parle de rotation orthogonale ; lorsque les axes ne sont pas contraints à être indépendants, on parle de rotation oblique.

La rotation orthogonale maintient les axes de l'espace factoriel en angle droit. Ce type de rotation permet de minimiser le nombre d'items ou variables ayant des contributions élevées sur un axe et donc de simplifier les facteurs. Elle permet d'obtenir une structure factorielle plus claire. Si la corrélation entre facteurs est faible, inférieure à 0.15 (De Vellis, 2003) ou à 0.3 (Nunnally et Bemstein, 1994), la rotation orthogonale sera préférée pour sa simplicité. Toutefois, si l'on a des raisons de penser que des items ou facteurs sont corrélés, il est logique de réaliser une rotation oblique.

On peut également comparer la solution avec rotation oblique et rotation orthogonale. S'il est possible d'assigner un item au même facteur dans les deux cas, alors la rotation orthogonale sera choisie pour sa simplicité. Dans la grande majorité des cas, une rotation orthogonale est suffisante pour aboutir à une structure simple.

Dans le cadre de cette étude, nous avons privilégié la solution orthogonale du type Varimax. Pour purifier notre échelle, nous avons examiné d'abord les communalités des variables. Pour que la variable soit retenue, elle doit avoir une communalité supérieure ou égale à 0.50 (Le Moal, 2002 ; Baillargeon, 2003, Carricano, Poujol et Bartrandias, 2010). En

outre, observant la matrice des composantes après rotation, nous avons supprimé toute variable dont le poids factoriel est faible ou moyen (inférieur à 0.5 recommandé dans la littérature) (Carricano, Poujol et Bartrandias, 2010 ; Hair et al, 2006).). En Plus, nous avons éliminé tous les items moyennement corrélés à plusieurs facteurs à la fois. En pratique ceux ayant des poids factoriels supérieurs à 0.3 sur plusieurs facteurs (Carricano, Poujol et Bartrandias, 2010).

Le tableau ci-dessous montre la valeur du coefficient structure qu'il faut considérer pour chaque niveau de taille d'échantillon.

Tableau 2.7. Niveau de significativité des coefficients structurels selon la taille de l'échantillon

Niveau des coefficients structurel	Taille de l'échantillon nécessaire
0.30	350
0.35	250
0.40	200
0.45	150
0.50	120
0.55	100
0.60	85
0.65	70
0.70	60
0.75	50

Source : adapté de Hair *et al*, 2006.

Après la phase d'épuration, nous avons testé la fiabilité de nos analyses. Parmi les techniques qui s'offrent au chercheur, nous recourons à celle de la cohérence interne. Ainsi, nous avons calculé le coefficient alpha de Cronbach.

➤ Coefficient Alpha de Cronbach

L'analyse factorielle sera complétée par l'estimation de la fiabilité. Cette dernière constitue le critère utilisé pour juger de la qualité de la mesure (Sokal et al, 2003). La fiabilité d'un instrument de mesure représente sa capacité à reproduire des résultats similaires s'il était administré plusieurs fois à une même population (Roussel, 2005). L'alpha de Cronbach est une mesure qui repose sur les valeurs de variance et de covariance entre les énoncés. Ce coefficient, issu des travaux en psychométrie sur la mesure de l'erreur, s'interprète comme la corrélation de l'échelle, mise au point, avec tous les autres instruments de mesure du même construit, qui comportent le même nombre d'énoncés.

L'alpha de Cronbach est un coefficient de fiabilité qui mesure la cohérence interne d'une échelle construite à partir d'un ensemble d'items. La pratique consiste à réduire un grand nombre d'items initiaux dans un processus itératif de conservation/élimination des items en fonction de la valeur du coefficient alpha, qui varie entre 0 et 1. Plus la valeur de l'alpha est proche de 1, plus la cohérence interne de l'instrument (sa fiabilité) est forte. On élimine donc les items qui diminuent le score, et on conserve ceux qui contribuent à augmenter l'alpha. L'examen de l'alpha de Cronbach évite au chargé d'étude de tomber dans un travers fréquent qui consiste à reprendre un questionnaire existant sans se préoccuper de ses problèmes de mesure.

Le seuil d'acceptabilité de l'alpha varie selon l'objectif de la recherche. Pour une étude exploratoire, un coefficient plus faible est acceptable (0.7) alors que dans le cadre d'une recherche fondamentale, le seuil minimum acceptable est de > 0.8 alors qu'il doit être d'au moins 0.90, dans le cas d'une recherche appliquée (Nunnally et Bemstein, 1994). Lorsqu'une échelle est utilisée pour comparer des groupes, un alpha de 0.8 est satisfaisant, et il est inutile d'essayer d'obtenir un niveau supérieur. De Vellis (2003) propose une typologie présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2.8 : Valeurs de l'alpha de Cronbach

Niveau du coefficient	Décision
< 0.6	Insuffisant
Entre 0.6 et 0.65	Faible
Entre 0.65 et 0.7	Minimum acceptable
Entre 0.7 et 0.8	Bon
Entre 0.8 et 0.9	Très bon
> 0.9	Considérer la réduction du nombre d'items

Source : Carricano et Pouyol (2009).

Il existe une relation entre le nombre d'items et la valeur de l'alpha (Carricano, Poujol et Bartrandias, 2010, Devillis, 2012) : un nombre restreint d'items (de deux à trois) donne un alpha généralement plus faible (0.6) qu'une mesure de quatre énoncés (0.7). Au-delà de 0.9, l'alpha risque, en revanche, de traduire davantage une redondance inter-items, appauvrissant ainsi le domaine conceptuel étudié (Peterson, 1995). Il est, par conséquent, recommandé de ne pas dépasser le seuil de 0.9. Le logiciel SPSS fournit les niveaux du coefficient d'alpha de l'échelle lorsque chaque item est supprimé. Les items dont la

suppression améliore sensiblement le coefficient ne sont généralement pas retenus si la validité de contenu ne s'en trouve pas amoindrie.

➤ **Analyse factorielle confirmatoire : qualité et fiabilité des éléments du modèle**

Cette analyse qui s'intéresse à la qualité et fiabilité des variables est un aspect critique de l'évaluation de toute théorie. Elle permet d'avoir confiance dans la façon dont elle rend compte du phénomène étudié. Chaque variable est mesurée par des items ou des indicateurs de mesure. Selon Benaïcha (2017) pour s'assurer de la validité du modèle de mesure, il est nécessaire d'analyser les éléments suivants :

- Fiabilités des Items : elle désigne la stabilité des items pendant un temps indéterminé quel que soit la nature des répondants. Ces derniers doivent comprendre et interpréter la mesure de la même façon.
- Validité convergente des indicateurs de mesure des items : elle teste le degré de convergence de deux mesures du même concept.
- Validité discriminante : celle-ci évalue le degré auquel un concept est différent des autres. Elle permet de vérifier que les mesures opérationnelles retenues permettent de discriminer les variables entre elles.

5. Considérations déontologiques et éthiques

Dans cette étude, au préalable, le respect de la personne humaine, de la bienfaisance et de la justice a été pris en considération. La participation à l'étude était libre et volontaire via un consentement déclaré du sujet. La confidentialité des réponses a été assurée par utilisation d'une grille anonyme et codée. Les participants étaient libres de se retirer à n'importe quel moment de l'étude et de ne répondre qu'aux questions jugées convenables par rapport à leur convenance. L'importance de ce travail a été expliquée aux enquêtés ainsi que leur temps pour répondre.

6. Difficultés rencontrées

Cette étude a été soumise à quelques difficultés dont les principales sont liées à l'insécurité du lieu de collecte des données depuis plus de cinq ans la zone de santé de Nyunzu en conflit intercommunautaire, occasionnant un mouvement de la population et réduisant la possibilité de travailler avec les dénominateurs des populations par village. La standardisation de 45 tradipraticiens , deux personnel de santé et un membre de la société

civile par aire de santé et l'exclusion des villages vidés par le mouvement et remplacé par un autre village proche a permis de limiter les conséquences de cet état.

CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS

Les trois premiers chapitres ont été consacrés aux considérations théoriques et méthodologiques de la recherche. Celui-ci, est spécifiquement consacré aux résultats obtenus

à l'issu du dépouillement, de l'élaboration et du traitement des données collectées. Il est présenté en quatre points à savoir :

- Les résultats issus de l'analyse documentaire. Les documents analysés sont constitués des rapports du système national d'information sanitaire (SNIS en sigle) issus des formations sanitaires pour identifier la participation des tradi-praticiens autochtones.
- Les responsabilités (Rôle et responsabilités) des peuples autochtones dans le système de santé local (Nyunzu/Tanganyika) pour identifier le niveau d'inclusion des peuples autochtones dans la gestion des affaires publiques.
- Le rôle et responsabilités de la coordination provinciale de la médecine traditionnelle et son bureau territorial face au management inclusif
- Enfin, les résultats de l'évaluation des facteurs limitant la promotion de l'éducation interculturelle et l'intégration des peuples autochtones dans la gestion du système de santé local, provincial et national.

4.1. Résultats issus de l'analyse documentaire

Nous sommes parti des déclarations et résolutions des Assemblées des Nations Unies et de l'OMS sur la place attribuée à la médecine autochtone dénommée différemment selon les pays soit médecine traditionnelle soit médecine complémentaire (MT/MC) d'une part et les informations collectées par les aires de santé de la zone de santé de Nyunzu dans la province du Tanganyika, d'autre part ; en vue d'identifier les données issues de la médecine autochtone afin de déduire l'inclusivité des efforts des peuples autochtones dans le SNIS.

Concrètement, le système de santé de la RDC étant unique et en rapport avec des textes de l'OMS et les déclarations internationales sur les droits de l'homme, la zone de santé à travers les aires de santé sont censés intégrer la médecine traditionnelle (des autochtones) dans le système de santé avec la politique collaborative de ces deux sous-systèmes. C'est ainsi que l'on recherche :

- à identifier le mode de gestion des informations sanitaires de la médecine traditionnelle et leur place dans les rubriques des différents rapports SNIS
- des informations des malades référés et contre référés entre les structures sanitaires modernes et celles traditionnelles.

En pratique, ce sont les supports SNIS qui sont censés regorgés ces informations recherchées, mais la confirmation de ces données est recherchée dans les divers registres et fiches disponibles en vue de maximiser les données recherchées.

Des résultats de la recherche au plan opérationnel de l'utilisation des supports SNIS, vont nous permettre de déduire avec précision des recommandations à formuler en faveur du niveau stratégique pour une prise de décision des changements politiques et d'inclusion des données SNIS des peuples autochtones de Nyunzu dans le Tanganyika en particulier et de la RDC ou de l'Afrique en général, à savoir :

- Intégration des données de la médecine traditionnelle dans le SNIS ;
- La mise sur pied de la politique de référence et de contre référence entre les deux sous système de santé (moderne et traditionnelle) ;
- L'identification du rôle que joue la coordination de la médecine traditionnelle dans la coopération santé dans le système de santé de Nyunzu de la province du Tanganyika ;
- L'existence de la volonté de collaboration du secteur traditionnelle d'avec tout le reste du système de santé.

A partir de ces quatre éléments, il est ressorti l'évidence d'une possibilité d'intégration de la médecine autochtone en particulier dans le système de santé local, provinciale et national.

4.1.1. Analyse des rubriques clés du rapport SNIS d'une aire de santé

Pour comprendre les efforts inclusifs qui se réalisent dans le processus d'intégration des informations sanitaires autochtones, il nous revient de vérifier les rubriques qui constituent le canevas du système national d'information sanitaire (SNIS) en vue d'identifier la place de la médecine autochtone et les résultats des contributions des peuples Batwas du Tanganyika dans la zone de santé de Nyunzu.

4.1.1.1. Aperçu conceptuel et évolution SNIS

Un bon Système d'Information Sanitaire (SIS) est une base indéniable dans la planification, la gestion, la supervision, le suivi et l'évaluation des programmes de santé. En effet, le SIS est un des six piliers fondamentaux du système de santé dont le rôle est de produire, d'analyser et de diffuser à temps les données fiables et opportunes devant servir à la prise de décisions en vue d'améliorer l'état de santé de la population (Saleh Mwemedi 2017). C'est ainsi que les performances d'un tel système devraient être mesurées non seulement sur

base de la qualité de l'information produite mais aussi sur les preuves de son usage continu pour l'amélioration des programmes de santé et de la situation sanitaire d'un pays.

En vue de mesurer ses performances et d'assurer la comparabilité des résultats d'un pays à l'autre, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires ont créé à la fois une plate-forme dénommée « Réseau de Métrologie sanitaire (RMS) » ou « Health Metrics Network (HMN) » en anglais et un outil mieux connu sous l'appellation « outil HMN ».]

Ce réseau avait comme objectifs: (i) créer un cadre harmonisé pour le développement des systèmes d'information sanitaire nationaux obéissant à certaines normes; (ii) renforcer ces systèmes en offrant un appui technique et financier; (iii) établir des politiques, mécanismes et mesures incitatives propres à améliorer l'accès des parties locales, régionales et mondiales intéressées à l'information sanitaire et l'usage qu'elles en font (PEMANAKUE BABUNDIAKA Joseph 2019) . Il reste malheureusement désolant d'observer qu'au niveau local, le SNIS n'intègre pas les informations de la médecine traditionnelle et pourtant exclure la médecine traditionnelle c'est façon d'exclure les peuples autochtones car cette médecine est partie effective de leur culture.

Ainsi, nous présentons les canevas SNIS en vue de constater cette exclusion et proposer les informations nécessaires pouvant, peu soit-il, inclure la culture des autochtones de la RDC, du Tanganyika et plus particulièrement de Nyunzu.

1. CONSULTATIONS
Tableau 4.1. CANEVAS du Système National D'Information Sanitaire

1.1 Utilisation des Services Sanitaires

	< 5 ans	5 ans +
Cas reçus		

1.2.1 Consultations curatives

	Féminin		Masculin	
	< 5 ans	5 ans +	< 5 ans	5 ans +
Nouveaux cas				

1.2.2 Consultations curatives

	Nombre
Anciens cas	

1.3 Caractéristique des nouveaux cas

	Nombre
Nouveaux cas femmes enceintes	
Nouveaux cas mutualistes	
Nouveaux cas indigents	

1.4 Paludisme

	< 5 ans	5 ans +
Cas suspect		
TDR réalisé		
TDR positif		
Paludisme simple confirmé		
Paludisme simple confirmé traité (PN)		
Paludisme présumé		
Paludisme présumé traité		
Paludisme grave		
Paludisme grave traité		

1.5 Paludisme femme enceinte

	Nombre
Paludisme simple confirmé	
Paludisme simple confirmé traité selon PN	
Paludisme grave	
Paludisme grave traité	

1.6 Pneumonie

	< 5 ans	5 ans +
Pneumonie simple		
Pneumonie simple traité selon PN		
Pneumonie grave		
Pneumonie grave traité		

1.7 Diarrhée

	< 5 ans	5 ans +
Diarrhée simple		
Diarrhée simple traité selon PN		
Diarrhée déshydratation		
Diarrhée déshydratation traitée selon PN		
Diarrhée déshydratation sévère		
Diarrhée déshydratation sévère traité		

1.8. IST

	Féminin			Masculin		
	< 15 ans	15-24 ans	25 ans+	< 15 ans	15-24 ans	25 ans+
IST Nouveaux cas						
Cas contacts parmi les nouveaux cas IST						
Traités selon l'approche syndromique						
Traités selon l'approche étiologique						

Au vu de la partie de la consultation pour la recherche de la maladie et prise en charge, les consultations de la médecine autochtone ne sont inscrites et par conséquent, les décisions prises en matière de la santé ne tiennent pas compte des efforts et richesses autochtones.

3. PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

3.1. Acceptantes des méthodes PF

	FOSA	ADBC
Nouvelle acceptante PF (total)		
Nouvelle acceptante moins de 20 ans		
Nouvelle acceptante en post partum		
Nouvelle acceptante de soins après avortement		
Renouvellement planification familiale (total)		

3.2. Utilisation des Methodes de la planification familiale

	Stock dispo utilisable FOSA	Quantite perdue FOSA	Quantité administrée FOSA	Nb de jours de Rupture FOSA	Quantité administrée ADBC
Inj Dépopovera					
Inj. Sayana Press					
inj Noristerat					
Plaquette Pilule Orale Progestative					
Plaquette pilule combinée (COC)					
Pilule d'urgence					
DIU placés 10 ans					
DIU placés 5 ans					
Préservatif masculin					
Préservatif féminin					
Spermicide cés					
Spermicide bombe					
Implanon					
Jadelle					
NXT					
Collier du cycle					
MAMA					
MAO					
Sterilisation masculine (vasectomie)					
Stérilisation féminine (ligature Trompes)					

Pour la planification familiale, il est à constater que les méthodes traditionnelles dites naturelles sont d'application comme la méthode « MAMA ».

12. MEDICAMENTS ET INTRANTS PEV (SIGL)

N°	Description du produit (Nom en DCI, Forme, Dosage)	Stock début du mois	Entrée du mois	Quantité consommé	Perte/Ajustement	Stock Disponible Utilisable	Nbre jours de rupture	OBS
A	B	C	D	E	F	G	H	M
MALARIA								
1	Artesunate+Amodiaquine, 25mg+67.5mg, 3 Tab, 2-11mois							
2	Artesunate+Amodiaquine, 50mg+135mg, 3 Tab, 1-5ans							
3	Artesunate+Amodiaquine, 100mg+270mg, 3 Tab, 6-13ans							
4	Artesunate+Amodiaquine, 100mg+270mg, 6 Tab, Adulte							
5	Artésunate, 100mg, suppositoire							
6	Artésunate, 200mg, suppositoire							
7	Artésunate, 60mg, Injectable, Amp							
8	Quinine HCl/Sulf, 300mg base, Tab							
9	Quinine HCl/Sulf, 500mg base, Tab							
10	Quinine Bichlorhydrate, 300mg/ml, 2ml, Amp							
11	Sulfadoxine + Pyriméthamine, 500+25mg, Tab							
12	Test Diagnostic Rapide, Malaria, 1 test							
13	Artemether+Luméfántrine, 20mg+120mg, 6 Tab dispers, 2-11 mois							
14	Artemether+Luméfántrine, 20mg+120mg, 12 Tab dispers, 1-5 ans							
15	Artemether+Luméfántrine, 20mg+120mg, 18 Tab dispers, 6-13 ans							
16	Artemether+Luméfántrine, 20mg+120mg, 24Tab dispers, Adulte							
17	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide							
PLANIFICATION FAMILIALE								
18	Collier du cycle, pièce							
19	Condom féminin, pièce							
20	Condom masculin, pièce							
21	Acetate de medroxyprogesterone (Dépo-Provera), 150mg, Flacon							
22	DIUT 380 A (Stérilet), pièce							
23	Etonogestrel 68 mg(Implanon NXT), pièce							
24	Levonorgestrel 75 mg, Implant + dispositif (Jadelle + trocar), pièce							
25	Levonorgestrel (Pilule d'urgence) 1.5mg, plaquette							
26	Ethinylestradiol 0.03mg + Lévonorgestrel 0.15mg (Microgynon), plaquette							
27	Levonorgestrel 1.5 mg (Microlut, Pilule non combinée), plaquette							
28	Acetate de medroxyprogesterone 104/0.65MI (Sayana Press)							
VIH/SIDA								
29	ABC/3TC 60/30mg, 60 tabs Dispersibles							
30	ABC/3TC 120/60mg, 60 tabs							
31	DTG 50mg, 30 tabs							
32	EFV 200mg, 90 scored tabs							
33	EFV / 3TC/TDF 600/300/300mg, 30 tabs							
34	3TC/NVP/AZT 30/50/60mg, 60 tabs							
35	3TC/TDF 300/300mg, 30 tabs							
36	3TC/TDF/DTG 300/300/50mg, 30 tabs							
37	Lp/r 200/50mg [Aluvia], 120 tabs							
38	Lp/r 40/10mg Pellets, 120 capsules							
39	NVP 50mg, dispersible, 30 Tabs							
40	AZT/3TC 60/30mg, 60 tabs							
41	Test, VIH 1+2, rapide, Determine, 1 test							
42	HIV 1/2, Uni-Gold HIV Kit, 1 test							
43	HIV 1/2 VIKIA, 1 test							
44	Réactif d'extraction DNA, Kit							
45	Réactif d'extraction RNA, Kit							
46	Réactif d'amplification DNA, Kit							
47	Réactif d'amplification RNA, Kit							

Comme on peut le constater, les médicaments utilisés sont exclusivement modernes.

Les peuples autochtones se voient imposés dans une pharmacopée étrangère sans mesure alors qu'ils sont liés à la pharmacopée traditionnelle. Et de plus, les tradipraticiens utilisent les ressources naturelles. La RDC, comme les autres pays en voie de développement devra se fier aux résultats des autres pays comme l'a déclaré le rapport de l'OMS (2003).

Pendant la dernière décennie, le recours à la médecine traditionnelle a connu un regain d'attention et d'intérêt dans le monde. En Chine, 40 % environ de l'ensemble des soins de santé relèvent de la médecine traditionnelle. Au Chili et en Colombie, 71 % et 40 % de la population, respectivement, ont recours à la médecine traditionnelle et, en Inde, 65 % de la population rurale utilisent l'ayurveda et les plantes médicinales au niveau des soins de santé primaires. Dans les pays développés, les médecines traditionnelle, complémentaire et parallèle connaissent un succès croissant.

Ainsi, le pourcentage de la population ayant eu recours à ces médecines au moins une fois est de 48 % en Australie, 31 % en Belgique, 70 % au Canada, 49 % en France et 42 % aux Etats-Unis d'Amérique, selon le même rapport de l'OMS 2003 page1

2. Tentative d'inclusion des efforts de la médecine autochtone à travers le système national d'information sanitaire

La mondialisation des échanges, le décloisonnement progressif des territoires et la formalisation croissante des relations sociales (Simmel, 1999), induisent une fluidification de l'environnement social, économique et institutionnel (Bruna, 2011). Tout à la fois objet d'étude, prisme normatif et paradigme d'action, le management inclusif et ses déclinaisons managériales méritent que l'on s'y attarde, étant donné qu'ils ont d'importants enjeux dans le cadre du management de l'information sanitaire.

Pour ce qui concerne les efforts des peuples autochtones, nous tentons de proposer ces éléments qui complèteraient le SNIS dans l'intérêt d'inclure les contributions des peuples autochtones :

Tableau 4.2. Médecine traditionnelle

	Nombre
Tradipraticiens identifiés	

DE CAS	Village	Hors village	Autres	ET GUEKIS	REFERES	TRAIEMENT	

NBRE DE CAS ENVOYES PAR LE CS : NBR RETOURNES : CAS REFERES :
 BESOINS EN FORMATION :
 NOTES SPECIALES :

 NOM DU RELAIS D'APPUI OU RELAI PRESTATAIRE :

4.2. Résultats issus des entretiens

4.2.1. Entretien avec les tradi-praticiens autochtones

Tableau 4.5. Consultation des tradi-praticiens avant-pendant et après un projet de santé

Dans le tableau ci-dessous, nous présentons la proportion des autochtones qui reconnaissent être consulté avant, pendant ou après un projet santé dans son milieu.

Aires de santé	Consultés	Non consultés
Lwizi	4	41
Tchanga Tchanga	5	40
Mangala	2	43
Ngoy	5	40
Muhuya	9	36
Sulumba	8	37
May baridi	6	39
Zongwe	3	42
Total	42	318

Ce tableau montre que sur 360 sujets autochtones enquêtés, 42 (soit 11,67%) ont été consultés avant ou pendant ou encore après le projet santé (campagnes de vaccination).

Tableau 4.6 : Causes et fréquence de non consultation des autochtones

Aires de santé	Manque de considération	Inconnue
Lwizi	3	38
Tchanga 2	3	37
Mangala	9	34
Ngoy	11	29
Muhuya	5	31
Sulumba	14	23
May baridi	8	31
Zongwe	7	35
Total	60	258

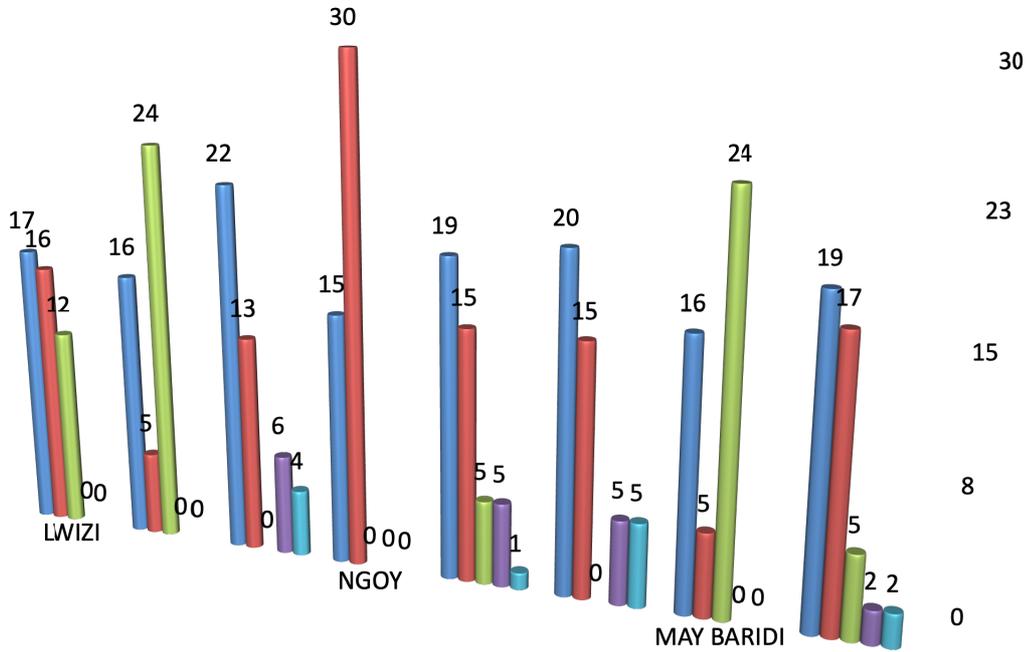
$$\chi^2 = 26.32 ; p < .01 ; V = .85 ; R^2 = .79$$

Ce tableau montre que les autochtones ne sont pas consultés avant, pendant ou après tout projet de santé soit par manque de considération (9% des déclarations) ou par des causes inconnues par eux-mêmes (81% de déclarations).

Le chi carré calculé étant significatif, atteste une différence de vue entre les avis émis et penche vers les causes non connues ou non maîtrisées par les intéressés. Ce que prouve aussi le V de Cramer qui indique une forte association entre les caractéristiques ou attributs du tableau de contingence considéré. La part de la variance de la variable expliquée sur le prédicteur est de l'ordre de 79%.

➤ **Attitude des tradipraticiens face à la médecine moderne**

■ FAVORABLE ■ INDIFFERENCE ■ NON FAVORABLE ■ NE SAIT PAS ■ N'A PAS REPONDU



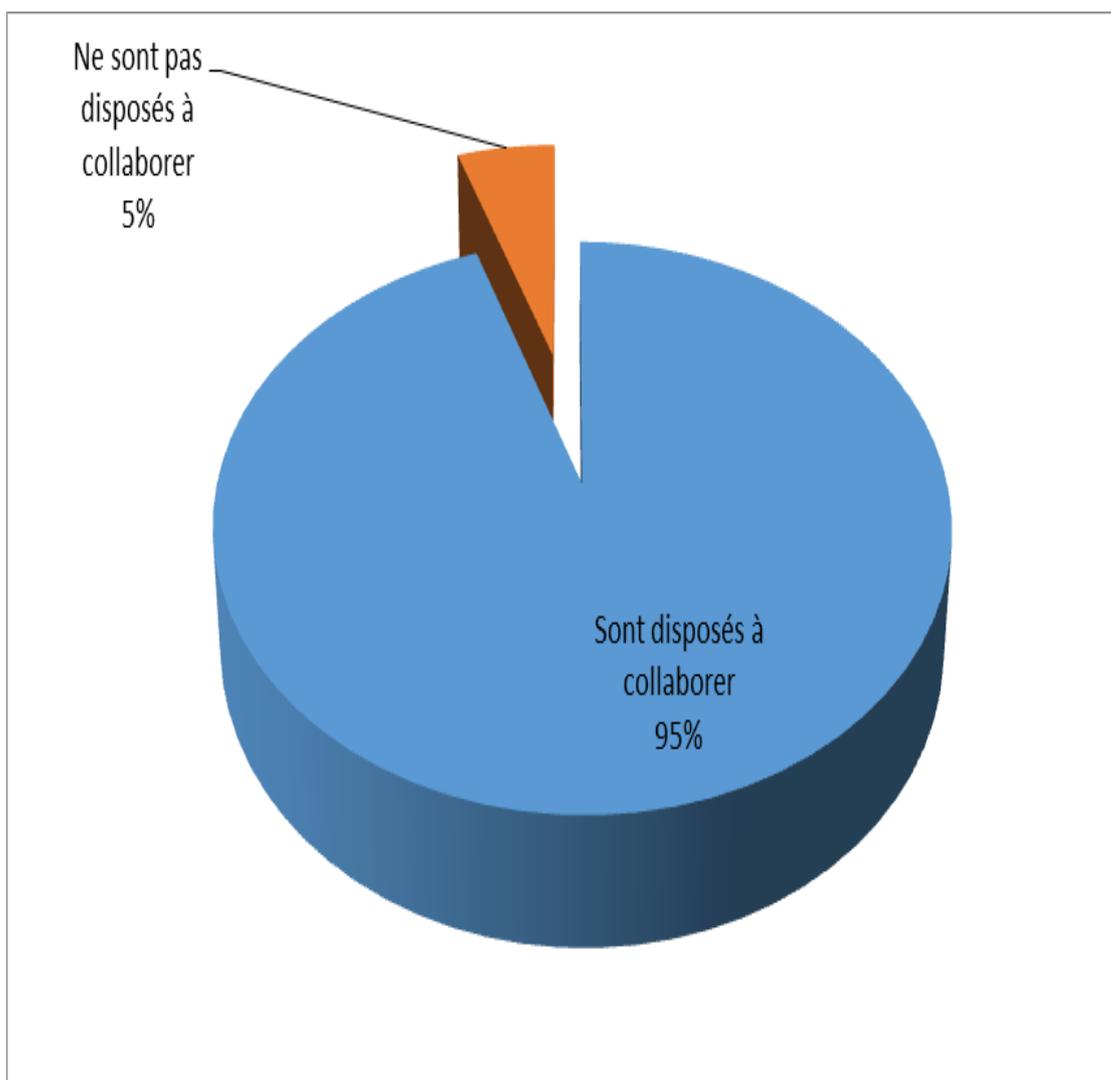
$$\chi^2 = 17.35 ; p < .01 ; V = .79 ; R^2 = .72$$

Graphique 4.1. Attitude des tradi-praticiens face à la médecine moderne

Ce graphique montre que les aires de santé où les tradi-praticiens ont une attitude favorable face à la médecine moderne sont : Lwizi, Mangala, Muhuya, Sulumba, et Zongwe. Par contre, ceux des aires de santé Tchanga Tchanga et May baridi ont une attitude négative alors qu’à Ngoy ils sont indifférents. De manière générale, 40% des autochtones interrogés ont une attitude favorable à la médecine moderne contre 60% exprimant un avis contraire.

En termes d’inférence, il est à considérer que le chi carré est significatif autant que le V de Cramer. Ce qui prouve une forte association entre les caractères ou attributs considérés. La force de cette liaison est de l’ordre de 72% de la variance totale.

➤ **Disposition à collaborer avec les autres acteurs de la santé**



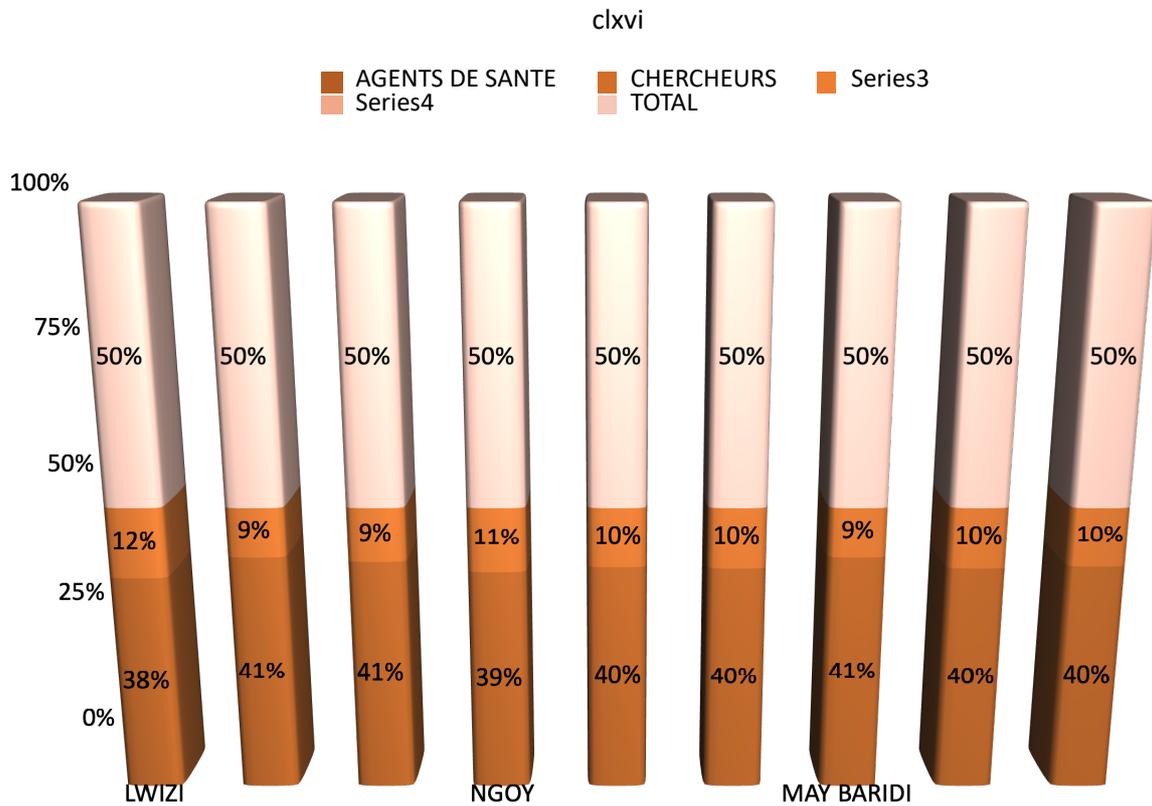
$$\chi^2 = 55.12 ; p = .00 ; V = .96 ; R^2 = .92$$

Graphique 4.2. Disposition des tradi-praticiens à collaborer avec les autres acteurs de la santé

Comme cela est lu dans le graphique ci-dessus, 95% des tradi-praticiens enquêtés sont disposés à collaborer avec les autres acteurs de la santé sur des questions touchant la santé de la population, alors que 5% se résignent et refusent toute collaboration.

Le chi carré comme le V de Cramer étant tous significatifs, il y a lieu de penser à une forte liaison entre les réponses obtenues et les caractéristiques identitaires des enquêtés. Le degré d'étroitesse de cette liaison est de l'ordre de 92%.

➤ **Préférence de collaboration avec les catégories socioprofessionnelles**

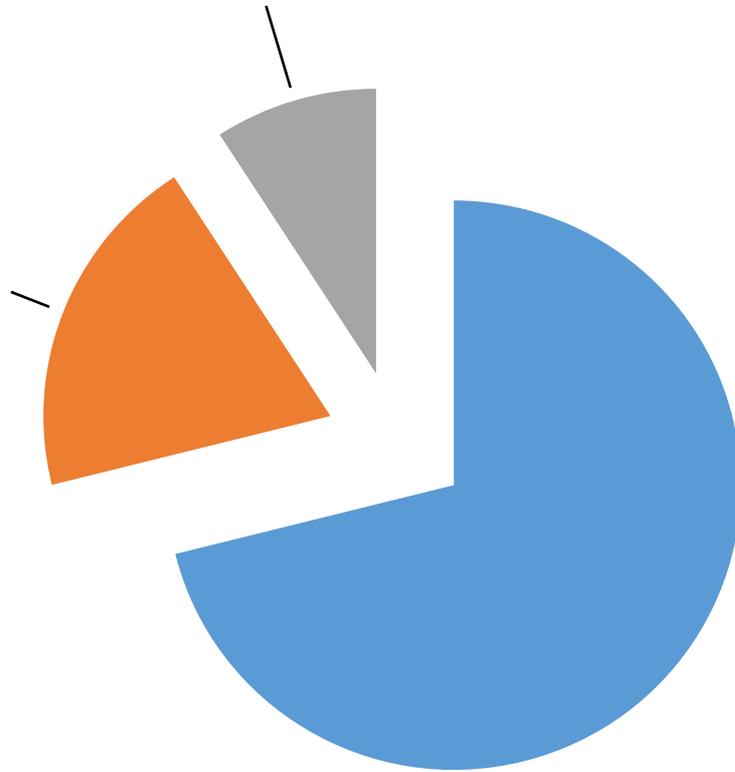


$$\chi^2 = .12 ; p > .05$$

Graphique 4.3. Préférence de collaboration des tradi-praticiens avec des catégories socioprofessionnelles

Comme on peut le constater à travers ce graphique, dans toutes les aires de santé enquêtées, les tradi-praticiens se prononcent pour une collaboration avec les agents de santé ou les chercheurs en santé. Ainsi, il n'y a pas de différence entre les avis émis. Le calcul des autres statistiques d'inférence est donc sans objet.

➤ **Attentes des enquêtés par rapport à l'amélioration du système de santé**



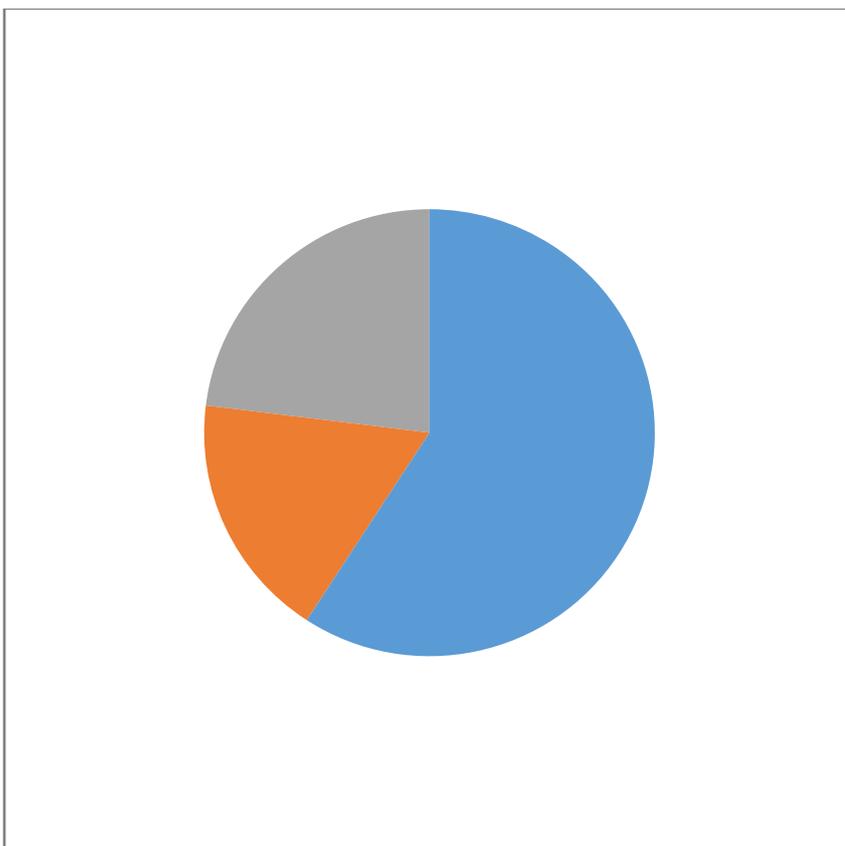
$$\chi^2 = 28.18 ; p < .01 ; V = .87 ; R^2 = .81$$

Graphique 4.4. Attentes des enquêtés par rapport à l'amélioration du système de santé

Il découle du graphique ci-dessus que 71% des enquêtés s'attendent à une bonne qualité des soins si le système de santé s'améliore contre 20% qui pensent que l'amélioration du système de santé permettra la disponibilité des médicaments et enfin 9% croient que l'amélioration du système de santé renforcera l'unicité du système de santé ou la complémentarité des sous-systèmes de santé (moderne et traditionnel).

En termes d'inférence, il ressort que le chi carré et le V de Cramer sont tous significatifs pour attester le degré de dépendance entre les caractéristiques mesurées. La force de cette dépendance est de l'ordre de 81% de la part de la variance de la variable expliquée sur la variable explicative.

➤ **Occupation de poste dans le système de santé par les peuples autochtones**



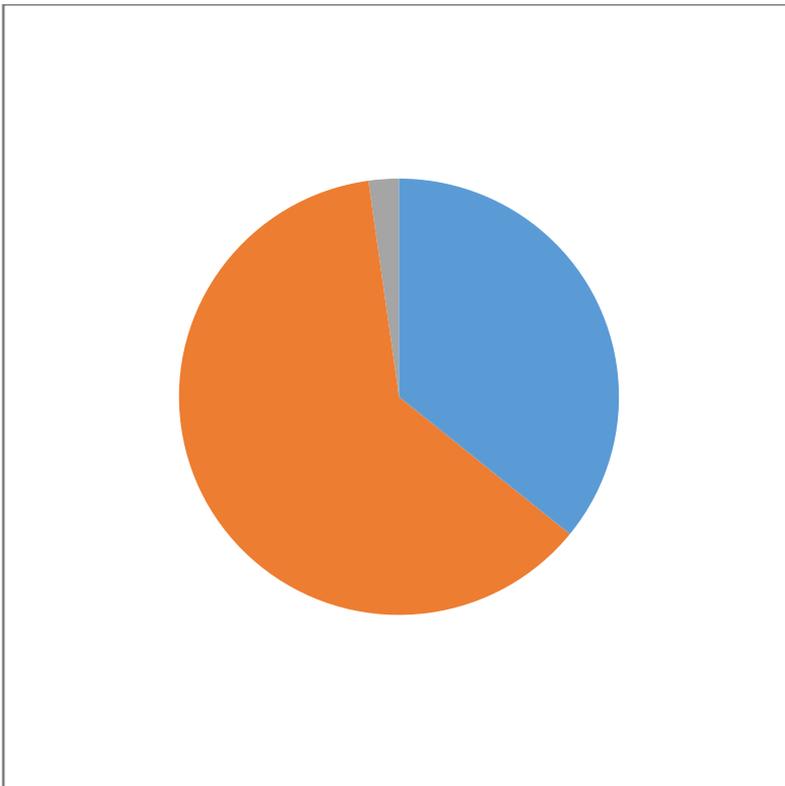
$$\chi^2 = 21.04 ; p < .01 ; V = .83 ; R^2 = .75$$

Graphique 4.5. Occupation de poste dans le système de santé par les peuples autochtones

De manière générale, les renseignements du graphique 5 indiquent que les tradi-praticiens sont nombreux à ne pas reconnaître ou ne savent pas que les peuples autochtones occupent des postes dans le système de santé. Par contre, une infime minorité (5%) atteste qu'il y a certains de leur qui parviennent quand même à travailler dans le système de santé.

Sur le plan statistique, il ressort que le chi carré et le V de Cramer sont significatifs. Cette signification montre une certaine dépendance des caractéristiques mesurées et qui est exprimée par 75% de détermination et de 25% d'aliénation (indétermination).

➤ **Enregistrement des malades dans la médecine traditionnelle**



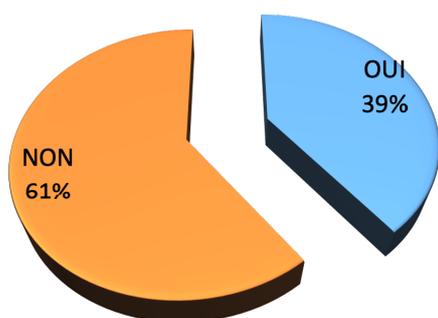
$$\chi^2 = 24.16 ; p < .01 ; V = .83 \quad R^2 = .77$$

Graphique 4.6. Malades consultés et enregistrés en médecine traditionnelle

Il découle du graphique 6 que 62% des enquêtés autochtones reconnaissent que les malades consultés en traditionnel ne sont pas enregistrés et 36% reconnaissent l'enregistrement des malades qui consultent souvent à travers les Relais communautaires.

Les tests d'inférence y appliqués sont tous significatifs pour traduire une forte association entre les caractères mesurés. La détermination des variables à l'étude est 77% contre une aliénation de 27%.

➤ **Consultation et transfèrement des malades**



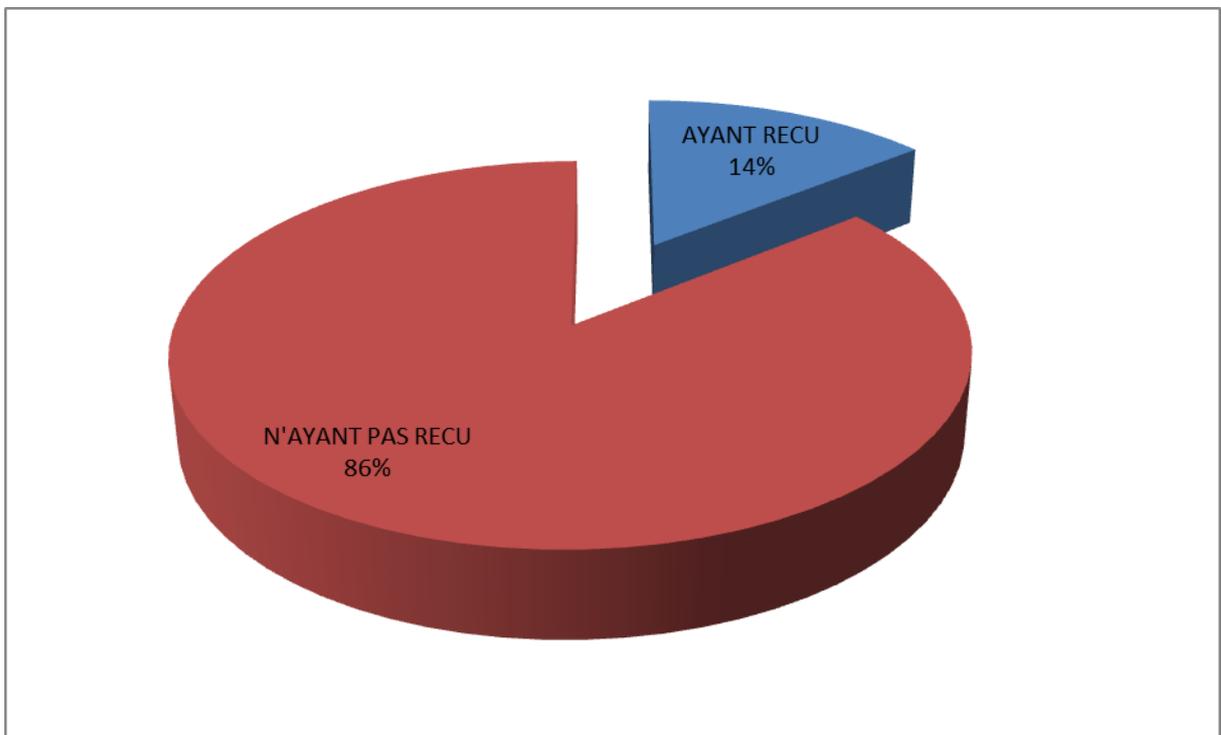
$$\chi^2 = 28.19 ; p < .01 ; V = .87 ; R^2 = .79$$

Graphique 4.7. Malades consultés en médecine traditionnelle et rapportés

Comme indiqué dans le graphique ci-dessus, 61% des malades consultés en médecine traditionnelle ne sont pas transférés en médecine moderne alors que 39 % le sont.

La différence de vue exprimée par les enquêtés est attesté à travers la signification du chi carré et du V de Cramer. Aussi, la corrélation des caractéristiques mesurées est attestée par un coefficient de détermination de 79%.

➤ **Transfert des malades de la médecine moderne à la médecine traditionnelle**

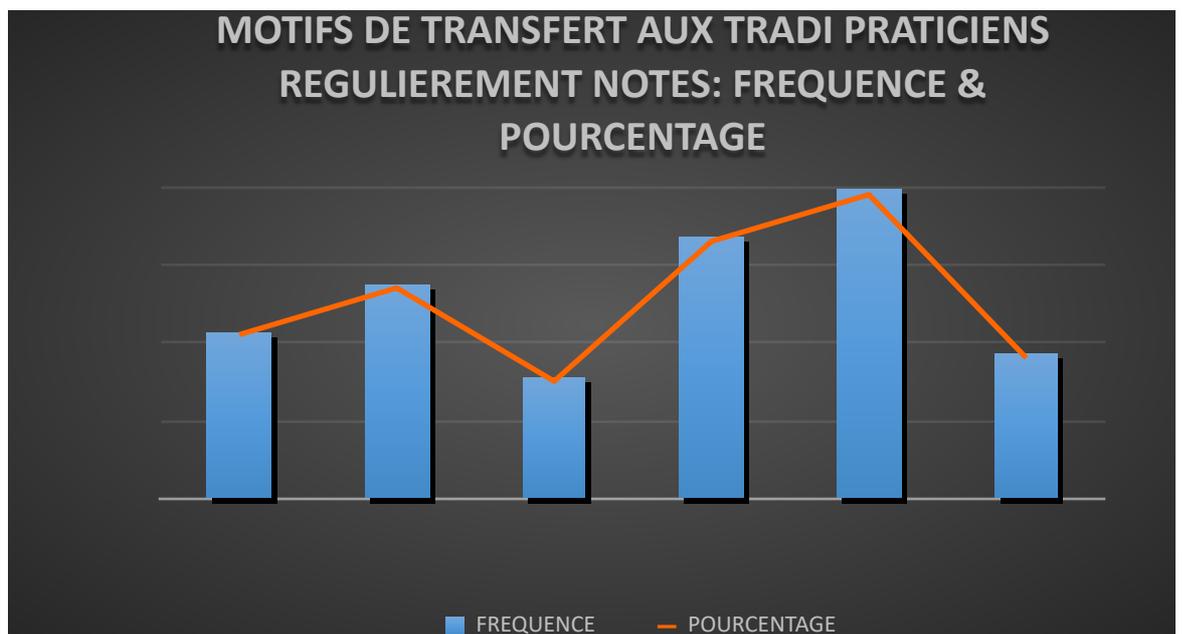


$$\chi^2 = 48.11 ; p=.00 ; V= .95 ; R^2 = .93$$

Graphique 4.8. Malades transférés de la médecine moderne à la médecine traditionnelle

Le graphique 8 montre que 86% des autochtones tradi-praticiens ne reçoivent pas les malades transférés par les structures sanitaires modernes alors que 14% disent le contraire. Les différences entre les deux points de vue sont donc significatives et la force de liaison entre les caractéristiques mesurées est de 93%.

➤ **Raison des transferts effectués**



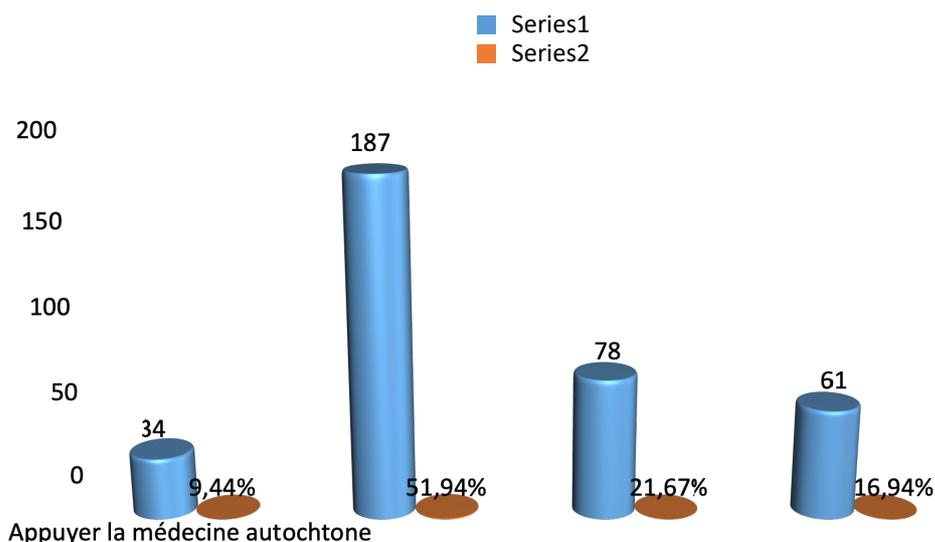
$$\chi^2 = 11.13 ; p < .01 ; V = .65 ; R^2 = .72$$

Graphique 4.9. Motifs de transfert auprès des tradi-praticiens

Ce graphique montre que les tradi-praticiens sont aussi consultés pour résoudre les problèmes de santé de la population. D'après les avis obtenus, 25% de transferts effectués sont consécutifs aux fractures ; 22% des morsures de serpents ; 18% des problèmes gynécologiques et obstétricaux ; 14% des affections respiratoires chez l'adulte ; 12% de diabète, tension artérielle et intoxication alimentaire et 10% des maladies pédiatriques.

En termes d'inférence, retenons que le chi carré et le V de Cramer sont significatifs pour témoigner du degré de dépendance entre les caractéristiques mesurées. La force de cette association est de l'ordre de 72% de la variance de la variable expliquée sur le prédicteur.

➤ **Actions à mener pour renforcer ou améliorer la collaboration entre les acteurs de deux médecines**



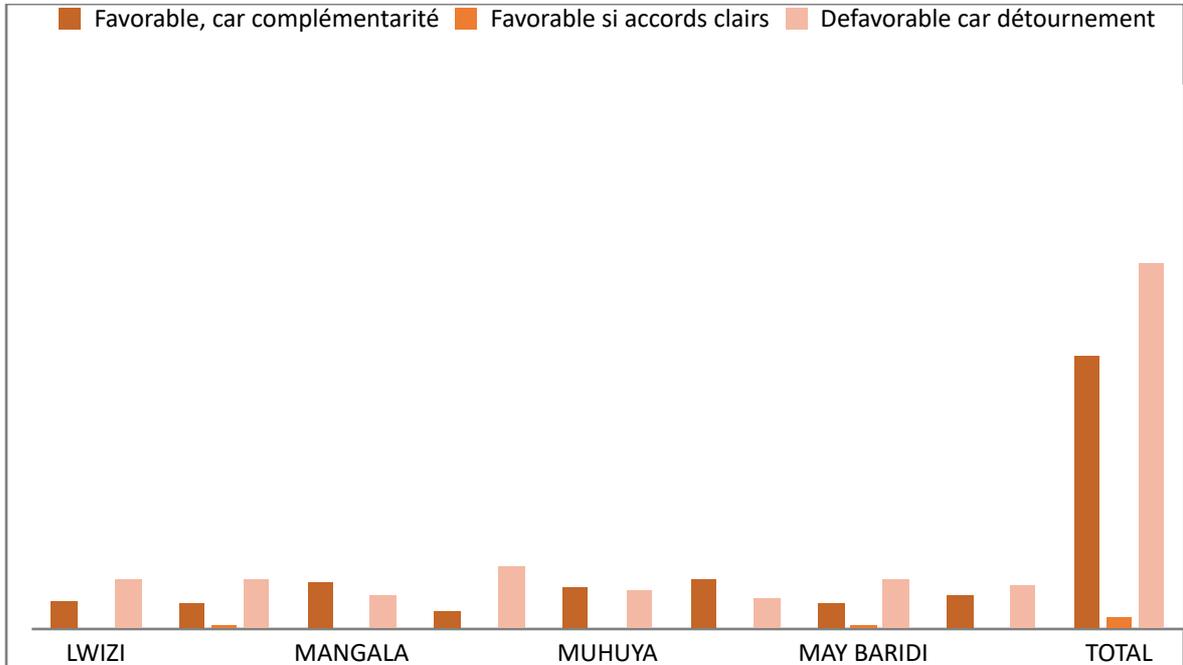
$$\chi^2 = 28.12 ; p < .01 ; V = .86 ; R^2 = .81$$

Graphique 4.10. Actions à mener pour améliorer la collaboration

Les données du graphique 10 indiquent que trois actions sont retenues par les enquêtés pour améliorer la collaboration entre les praticiens de deux médecines. Il s'agit de l'organisation des enseignements spéciaux pour les autochtones (51,94%) ; la tenue des réunions d'échange entre les modernes et les tradi-praticiens (16,94%) et l'appui à la médecine traditionnelle (9,44%).

Sur le plan statistique, il s'observe une différence significative entre les avis émis bien que le souci d'un encadrement des tradi-praticiens par des enseignements spéciaux prédomine. Aussi, l'existence d'une forte liaison entre les caractéristiques identitaires des répondants et les avis émis, se traduisant par un coefficient de détermination de 81%.

➤ **Inclusion des connaissances autochtones sur les curricula de formation médicale**



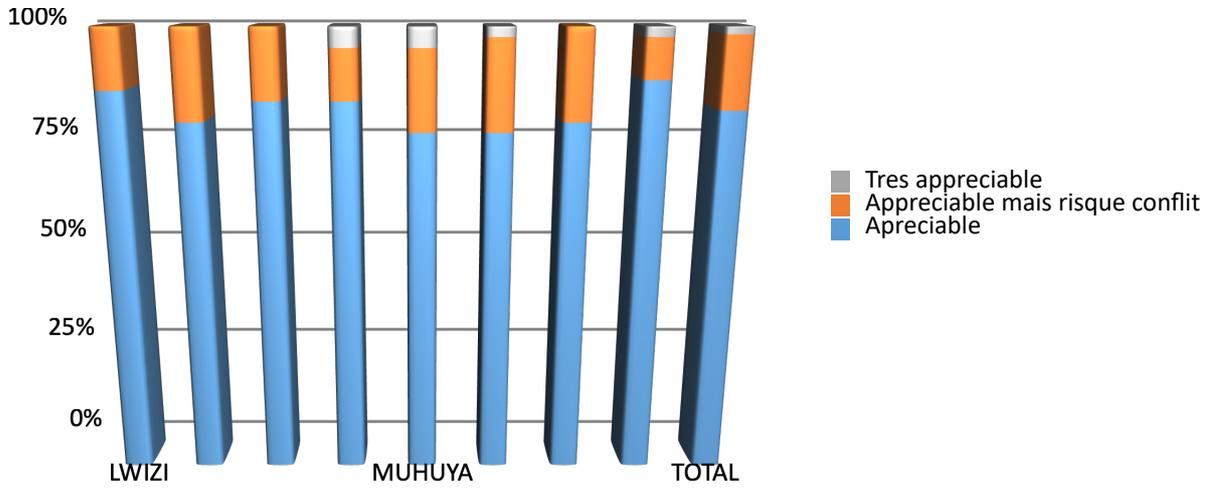
$$\chi^2 = 12.13 ; p < .01 ; V = .82 \quad R^2 = .74$$

Graphique 4.11. Inclusion des connaissances autochtones dans les curricula de formation médicale

Il ressort de ce graphique que globalement, 42% des autochtones sont favorables à la prise en compte des connaissances et aspects de la médecine traditionnelle dans l'élaboration des programmes d'études et de formation médicale ; les deux médecines étant complémentaires contre 58% qui sont défavorables et estiment qu'il s'agira d'un affaiblissement de la médecine traditionnelle.

Le chi carré et le V de Cramer étant significatifs, il y a lieu de considérer les caractéristiques identitaires des enquêtés ont eu un impact sur les avis émis tel qu'indiqué par le coefficient de détermination de 74%.

➤ **Intégration des enfants autochtones dans les écoles médicales**

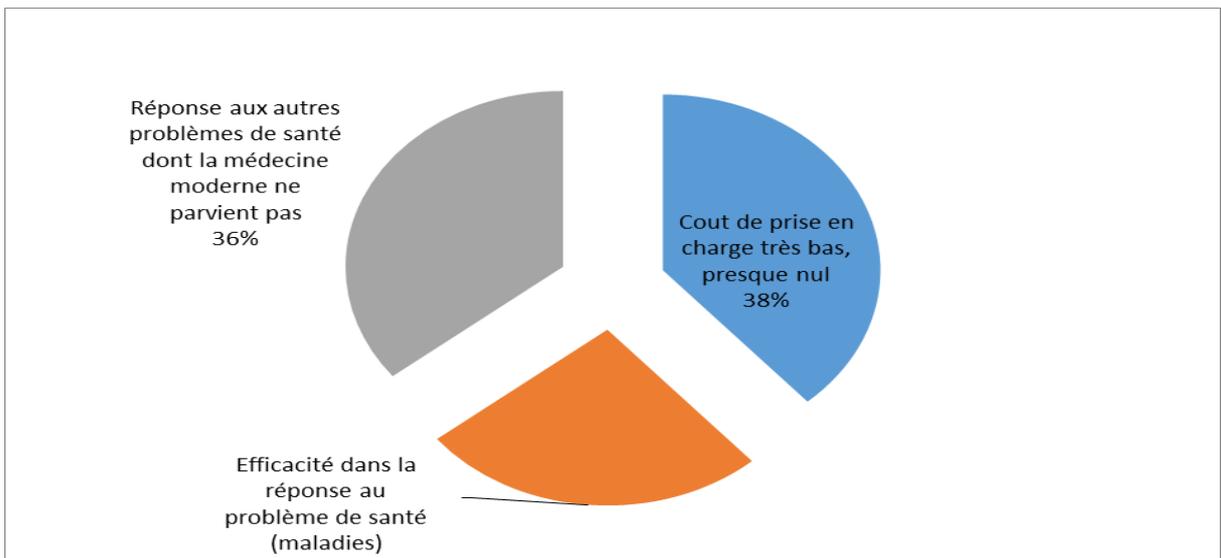


$$\chi^2 = .032 ; p > .05$$

Graphique 4.12. Intégration des enfants autochtones dans les écoles médicales modernes

Comme l'indique le graphique 12, les enquêtés ne trouvent pas d'inconvénients à intégrer les enfants autochtones dans les écoles de formation médicales modernes. Ainsi, il n'y a pas de différence entre les avis émis quant à ce.

➤ **Efficacité de la médecine autochtone**

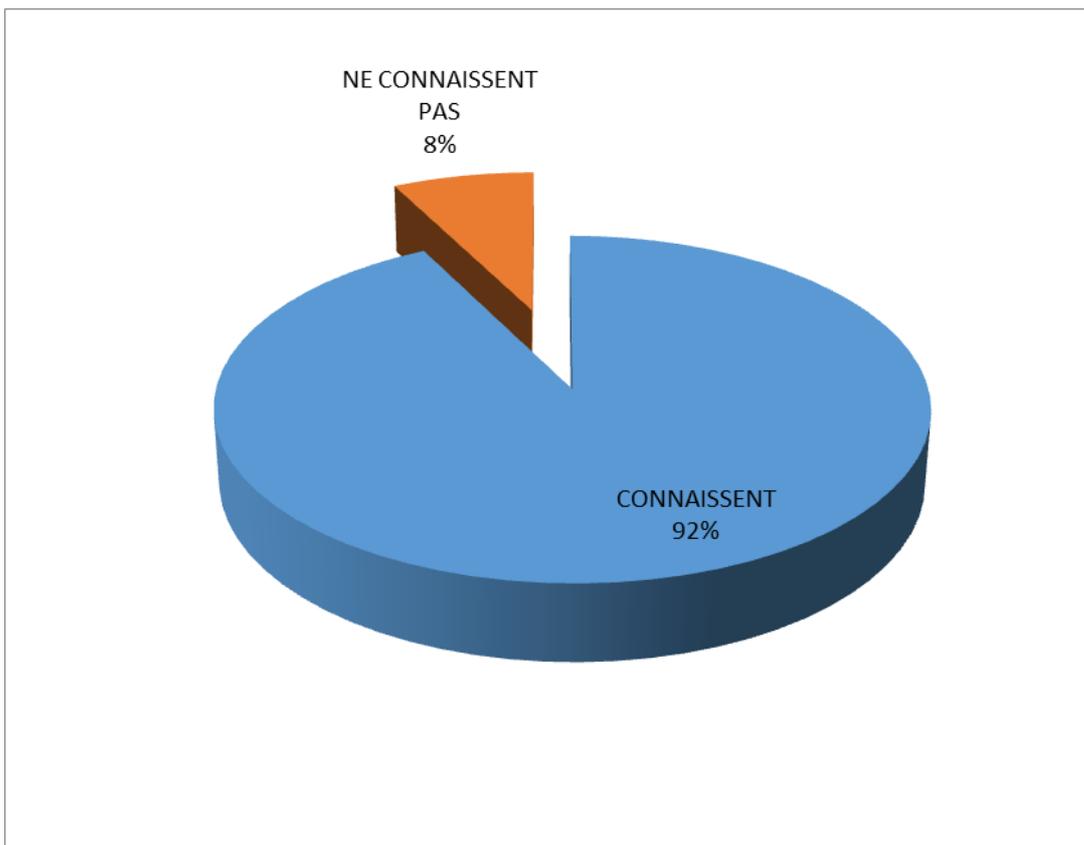


$$\chi^2 = 1.16 ; p > .05$$

Graphique 4.13. Efficacité de la médecine autochtone

Il ressort du graphique 13 que les enquêtés émettent des avis similaires en ce qui concerne l'efficacité de médecine traditionnelle. Ils pensent que celle-ci apportent des solutions à certaines affections non encore maîtrisées par la médecine moderne ; ensuite elle coute moins chère par rapport à la médecine moderne et elle contribue largement à résoudre beaucoup des problèmes de santé, surtout en milieu rural où la population est généralement très pauvre.

➤ **Connaissance du Coordonnateur de la médecine traditionnelle par les enquêtés**

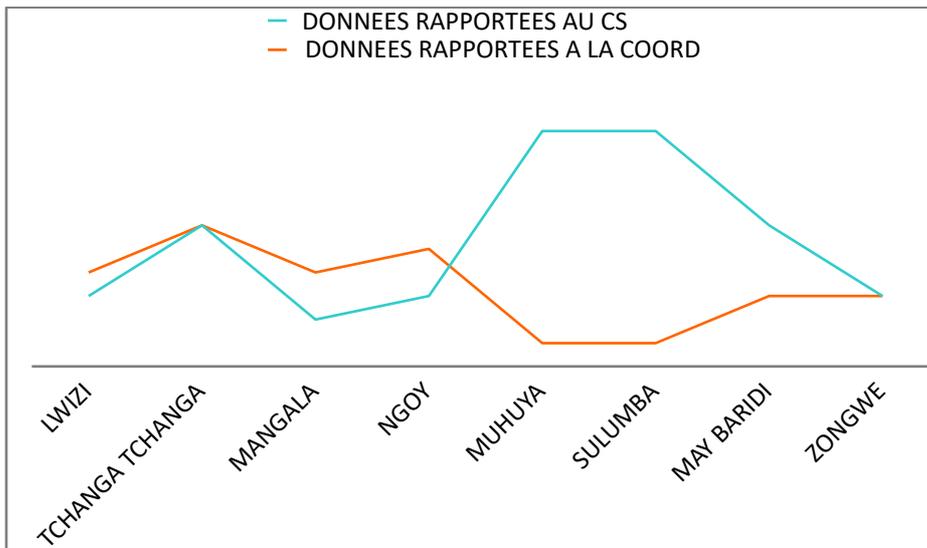


$$\chi^2 = 56.12 ; p < .01 ; V = .96 ; R^2 = .93$$

Graphique 4.14. Connaissance du Coordonnateur de la médecine traditionnelle

Il est retenu du graphique 14 que 92% des enquêtés connaissent le Coordonnateur de la médecine traditionnelle et 8% d'entre eux ne le connaissent pas du tout. Les différences des points de vue émis sont significatives.

➤ **Destination des rapports des tradipraticiens autochtones**

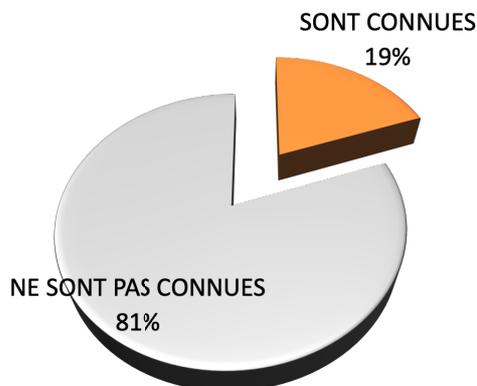


$$\chi^2 = 1.23 ; p > .01$$

Graphique 4.15. Destination des rapports des tradipraticiens

Le graphique ci-dessus indique les différents rapports des tradipraticiens identifiés sont destinés soit au centre de santé, soit encore à la coordination de la médecine traditionnelle.

➤ **Compétences des tradipraticiens connues par les autorités du système**



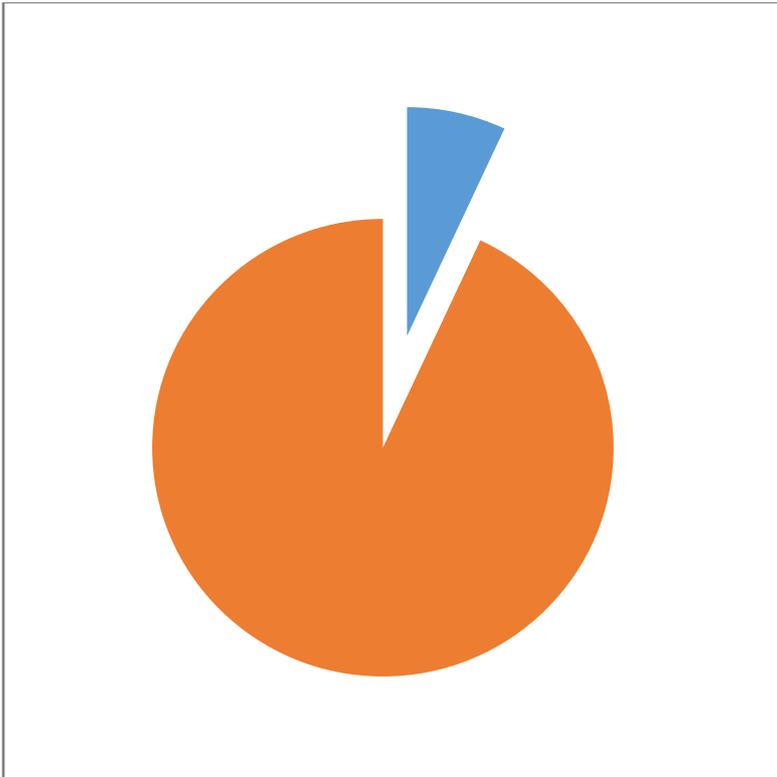
$$\chi^2 = 36.14 ; p < .01 ; V = .89 ; R^2 = .87$$

Graphique 4.16. Compétences des tradi- praticiens connues

Il ressort du graphique 16 que 81% des tradi-praticiens ont des compétences non connues par les autorités du système de santé contre 19% seulement dont les compétences sont connues.

Sur le plan statistique, ces pourcentages diffèrent significativement. Ce qui revient à dire que les caractéristiques identitaires des répondants ont influé sur les avis émis.

➤ **Existence d'un cadre de formations/ réunions mixtes bantous et batwas**

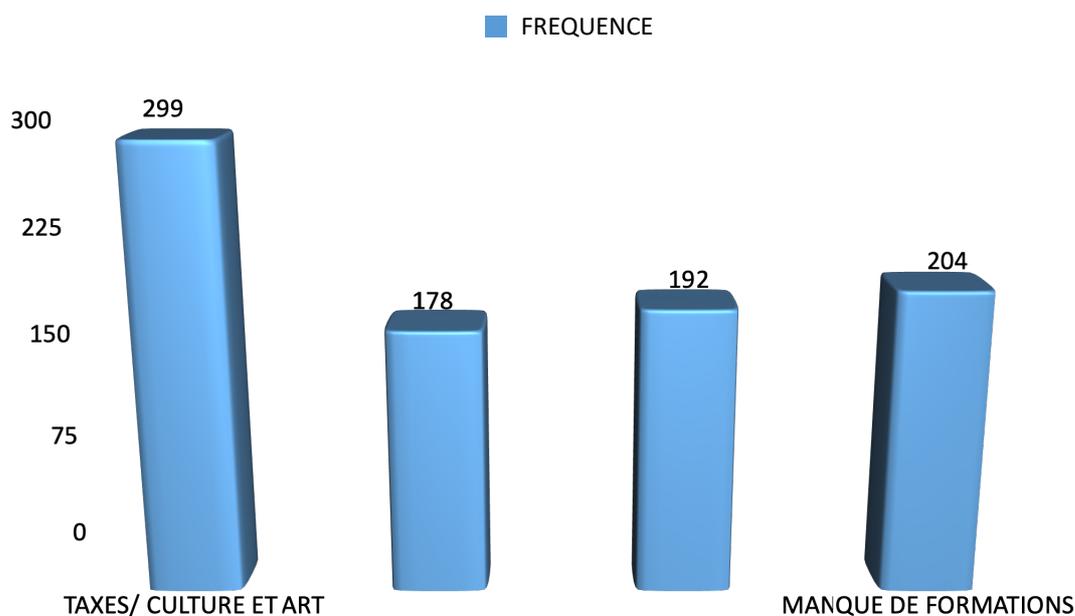


$$\chi^2 = 61.14 ; p=.00 ; V= .98 ; R^2 = .94$$

Graphique 4.17. Cadre de formation des bantous & batwas

Il ressort de ce graphique que 93% d'enquêtés nient l'existence d'un cadre de formation réunissant les bantous et les batwas pour traiter des problèmes liés à la santé de la population, alors que 7% ont reconnu l'existence de ce centre qui s'organise lors des campagnes de vaccination de masse.

➤ **Éléments qui bloquent le progrès des tradi-praticiens**



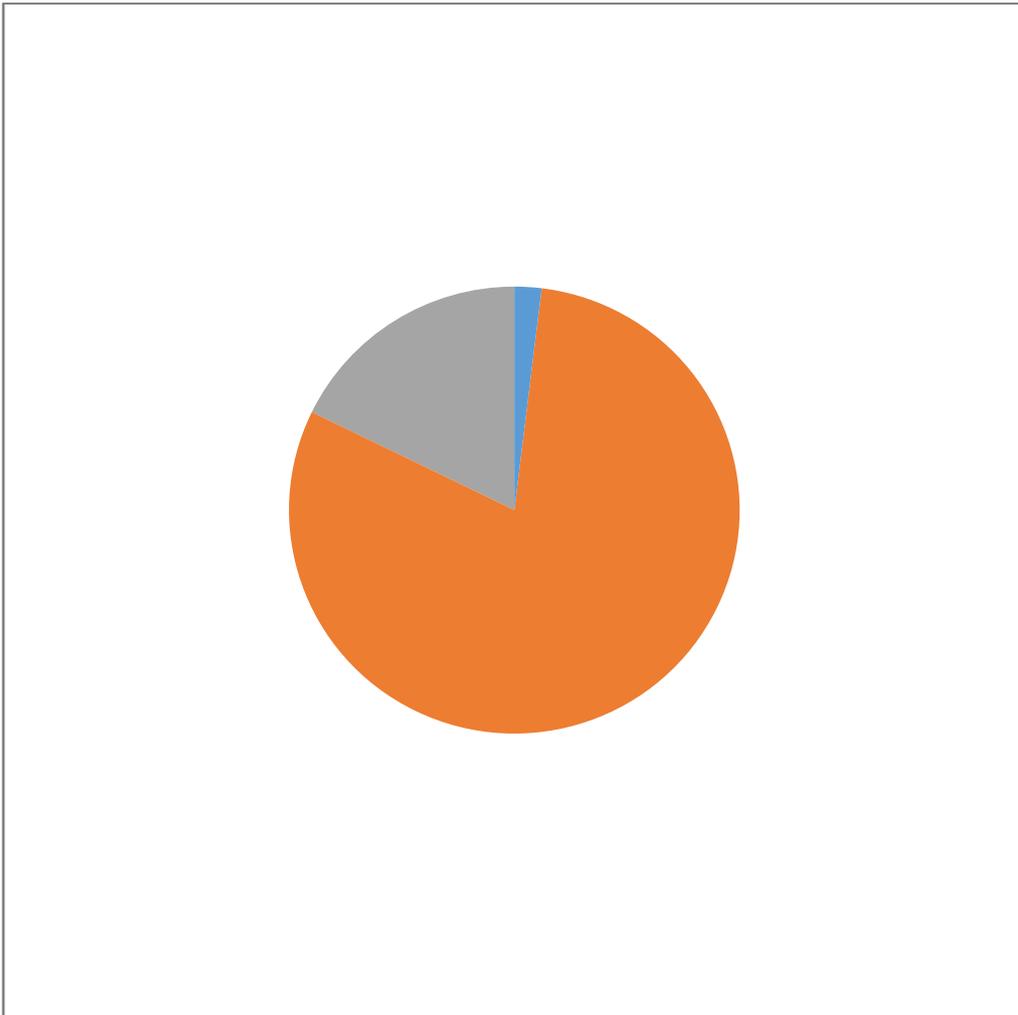
$$\chi^2 = 21.16 ; p < .01 ; V = .74 ; R^2 = .93$$

Graphique 4.18. Blocage du progrès des tradi-praticiens

Les données du graphique 18 montrent que les peuples autochtones ne sont pas disposés à payer les taxes et autre redevances dues à l'Etat, ce qui les créent d'énormes ennuis avec les agents des services de culture et art ; il a aussi le manque de formation et de structure d'encadrement qui les caractérisent et enfin, le manque d'estime de la part des autorités sanitaires.

Les réponses obtenues à ce sujet sont fortement corrélées avec les caractéristiques identitaires des répondants, ce qui justifie la signification des tests d'inférence y appliqués.

➤ Éléments pour la promotion des tradi-praticiens



$$\chi^2 = 42.12 ; p < .01 ; V = .91 ; R^2 = .89$$

Graphique 4.19. Eléments pour la promotion des tradi-praticiens

Comme on peut le lire à travers le graphique 19, il ressort des avis des enquêtés que pour espérer voir les tradi-praticiens améliorer leur situation en vue de leur émergence, il faudra agir sur trois éléments essentiels notamment, promouvoir la politique d'intégration ou d'inclusion, la suppression des taxes et leur estime.

Ici encore, les différents tests d'inférence appliqués sont significatifs pour témoigner de la sincérité des réponses obtenues.

4.2.2. Résultats issus de l'entretien avec les agents de santé

4.2.2.1. Entretien avec le personnel de soins des Centres de Santé

Tableau 4.7. Consultation des peuples autochtones avant, pendant ou après un projet santé

Consultés	Fr	%
Oui	13	81,25
Non	3	18,75
Total	16	100

Le tableau ci-dessus montre que 13 sujets enquêtés sur 16 avouent avoir l'habitude de consulter les tradi-praticiens dans toutes les étapes de planification et d'exécution des projets sanitaires contre 3 qui disent le contraire.

Tableau 4.8. Sujet de consultation des peuples autochtones

Sujet	Fr	%
Amener les enfants à la vaccination	7	53,85
Orienter les femmes à la CPN	6	46,15
Utiliser le service curatif des soins pris en charge par les ONG	1	7,69
Total	13	100

Les données de ce tableau montrent que les peuples autochtones sont consultés par les agents des services de santé pour trois sujets essentiels : la vaccination des enfants ; la consultation prénatale et l'utilisation des services de santé.

Tableau 4.9. Attitude face à la médecine traditionnelle

Attitude	Fr	%
Favorable	2	12,50
Neutre	7	43,75
Défavorable	7	43,75
Total	16	100

L'analyse des données de ce tableau indique que les agents de santé sont à majorité indifférents ou septiques face à la médecine traditionnelle. Il n'y a qu'une infime minorité qui l'accepte.

Tableau 4.10. Personnel de santé disposé à collaborer avec les tradi-praticiens dans le cadre de la santé

Disposé	Fr	%
Oui	5	31,25
Non	9	56,25
Neutre	2	12,50
Total	16	100

Les données du tableau ci-dessus renseignent que la majorité du personnel de santé enquêté ne se dispose pas à collaborer avec les tradi-praticiens autochtones bien que certains d'entre eux acceptent et d'autres sont indécis.

Tableau 4.11. Axes sur lesquels serait basée cette collaboration

Axes	Fr
Echange des connaissances	2
Echange des informations de santé	2
Echange des expériences	1
Total	5

Il ressort des données de ce tableau que le personnel de santé disposé à collaborer avec les tradi-praticiens autochtones définit trois axes importants de collaboration. Il s'agit des échanges des connaissances, échanges d'informations sur les questions de santé et échanges d'expérience.

Tableau 4.12. Appréciation du niveau de prestation dans l'aire de santé

Niveau	Fr	%
Bon	7	43,75
Assez bon	8	50,00
Mauvais	1	6,25
Total	16	100

Comme on peut le constater, aucun agent de santé ne fait allusion à la médecine traditionnelle dans l'appréciation du niveau de prestation dans l'aire de santé et pourtant cette médecine se pratique.

Tableau 4.13. Attentes à l'égard de l'amélioration du système sanitaire de la RDC et localement

Attentes	Fr	%
Apport / appui en médicaments et matériel	10	62,5
Renforcement du budget de l'Etat alloué à la santé	4	25
Payement décent du personnel	2	12,5
Total	16	100

Le tableau ci-dessus indique que le personnel de santé enquêté expriment leurs attentes à l'égard de l'amélioration du système de santé en RDC et localement principalement sur l'apport ou l'appui des structures sanitaires en médicament et en matériel ; ensuite l'amélioration du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé et le payement décent du personnel de santé.

Tableau 4.14. Occupation de poste par les autochtones dans le système de santé

Poste occupé	Fr	%
Oui	15	93,75
Non	1	6,25
Total	16	100

Le personnel de santé enquêté reconnaît que les peuples autochtones occupent des postes dans le système de santé.

Tableau 4.15. Description des postes déjà occupés par les autochtones

Postes déjà occupés par les autochtones	Fr	%
Administrateur gestionnaire	13	81,25
Ouvriers	3	18,75
Total	16	100

Il découle de ce tableau que les autochtones ont déjà occupé les postes d'Administrateur gestionnaire et d'ouvrier dans des structures de santé. Donc, aucun d'entre eux n'a été Médecin, encore moins infirmier traitant ou laborantin.

Tableau 4.16. Existence d'un système d'enregistrement des données sanitaires des activités autochtones

Existence	Fr	%
Oui	1	6,25
Non	14	87,5
Ne sait pas	1	6,25
Total	16	100

Il ressort des données de ce tableau que les agents de santé sont nombreux (87.5%) à ne pas reconnaître l'existence d'un système d'enregistrement des informations sanitaires chez les autochtones contre une infime minorité (6.25%) qui pense le contraire.

Tableau 4.17. Existence d'un système de rapportage des données sanitaires pour la médecine autochtone

Existence	Fr	%
Oui	2	12,50
Non	3	18,75
Ne sait pas	11	68,75
Total	16	100

Les données du tableau ci-dessus montrent que les personnels de santé enquêtés sont nombreux à ne pas savoir qu'il existe système de rapportage des données sanitaires de la médecine traditionnelle.

Tableau 4.18. Reconnaissance d'avoir envoyé un malade vers la médecine autochtone

Malade envoyé	Fr	%
Oui	4	25,00
Non	11	68,75
Non réponse	1	6,25
Total	16	100

Dans ce tableau, il est indiqué que la majorité des professionnels de la médecine moderne n'envoient pas leurs malades à la médecine traditionnelle, pour dire qu'ils n'ont pas confiance à celle-ci.

Tableau 4.19. Actions à mener pour renforcer la collaboration entre les acteurs du système de santé

Actions à mener	Fr	%
Enseignement médical tenant compte des connaissances interculturelles	8	50
Intégration des cours de médecine traditionnelle dans les écoles de formation médicale	4	25
Intégration de la recherche sur la pharmacopée autochtone dans le budget consacré à la santé	4	25
Total	16	100

Il découle des avis exprimés par les agents de santé enquêtés que les actions à mener pour le renforcement de la collaboration entre les acteurs de deux médecines (moderne et traditionnelle) concernent plus l'enseignement médicale qui tient compte des valeurs interculturelles ; mais aussi, l'intégration des cours en rapport avec la médecine traditionnelle dans les programmes de formation médicale et enfin, l'intégration de la recherche scientifique en pharmacopée traditionnelle dans le budget de la santé.

4.2.3. Résultats issus de l'entretien avec le Président de la société civile

Le président de la société civile a, au cours de notre entretien, abordé causes des conflits récurrents dans le territoire de Nyunzu qui, selon lui, découlent du management exclusif des communautés. Il s'agit en fait, de la gouvernance locale basée sur le non considération des Batwas par les bantous. Les peuples autochtones étant considérés comme des sous hommes ; ces derniers, par mécanisme d'autodéfense, développent des stratégies violentes d'autodétermination, en recourant aux pratiques mystico religieuses.

Pour ce qui est du secteur de la santé, poursuit-il, serait souhaitable que le Gouvernement, par le truchement du Ministre de la santé, accompagne les tradi-praticiens dans la construction des cliniques et/ou hôpitaux spécialisés où s'applique la médecine traditionnelle. Ou encore, dans la mesure du possible, que l'Etat autorise aux hôpitaux de prévoir des espaces pour la médecine traditionnelle, en fonction des spécialités avérées comme les fractures, les maladies métaboliques, les morsures de serpents,....

Le président de la société civile, pour confirmer ses allégations, nous a fait lire ces textes dans la Déclaration des Nations Unies:

- Affirmant que les peuples autochtones sont égaux à tous les autres peuples, tout en reconnaissant le droit de tous les peuples d'être différents, de s'estimer différents et d'être respectés en tant que tels ;
- Affirmant également que tous les peuples contribuent à la diversité et à la richesse des civilisations et des cultures, qui constituent le patrimoine commun de l'humanité.

Il finit par conclure que tous nos efforts peuvent se solder en vain si le personnel de santé ne donne pas aux autochtones le pouvoir de jouir la liberté d'exercer leurs compétences de guérir dans le même système de santé unique à nous tous.

Pour terminer, le Président de la société civile affirme qu'au centre du territoire, les femmes Twas qui se sont sédentarisées avec leurs familles dans les villages proches, font une vente ambulante des plantes médicinales pédiatriques et gynéco- obstétricales pour couvrir leurs besoins de subsistance. Les bénéficiaires affirment à 100% que les prix de vente de ces produits des femmes autochtones restent toujours très abordables et accessibles à toute personne qui est dans le besoin de soins, même les plus démunis. Une gestante de l'aire de santé de Mangala a affirmé auprès du Président de la société civile avoir bénéficié des produits ocytociques (feuilles) à base traditionnelle lors de son dernier accouchement à un prix de deux savons locaux d'une femme Twa ; et ces deux savons couteraient aujourd'hui la pièce à 200 FC.

CHAPITRE 5. VERIFICATION DES HYPOTHESES, DISCUSSIONS DES RESULTATS

5.1. Vérification des hypothèses

1. De l'hypothèse générale

Il découle des analyses faites que la participation des peuples autochtones du Tanganyika dans le management stratégique du système de santé est faible. Ce qui confirme l'hypothèse générale formulée.

Les opinions émises par les acteurs socioprofessionnels enquêtés, y compris les peuples autochtones eux-mêmes, font état d'un manque de considération vis-à-vis de la médecine traditionnelle par les bantous à cause des préjugés sociaux et des stéréotypes atypiques et injustifiés développés au sujet des Twas.

2. Des hypothèses spécifiques

2.1. *« Les peuples autochtones du Tanganyika seraient consultés dans une moindre mesure par les pouvoirs publics, les partenaires au développement, les ONGDs, les églises, ..., avant – pendant et après l'exécution des programmes ou activités du domaine de santé dans leurs milieux ».*

La consultation est le moyen par lequel une organisation ou une instance peut recueillir les points de vue des acteurs dans le processus décisionnel. Il découle des analyses faites à ce sujet que le système de santé en général et la zone de santé de Nyunzu uniquement, consulte dans une certaine mesure et pour certains cas précis, les peuples autochtones notamment pour la planification des journées de vaccinations de masse en vue de leur faire participer à la protection de leurs enfants contre les maladies évitables ; l'appel à l'utilisation des services de CPN et des soins curatifs.

Dans les autres aspects importants de gestion ou du management du système de santé notamment l'occupation des postes de commandement, l'exercice des fonctions curatives comme celle de médecin ou d'infirmier traitant sont inaccessibles aux peuples

autochtones à cause de leur faible niveau de scolarisation. La première hypothèse secondaire est ainsi confirmée.

2.2. *« L'attitude de ce peuple face à la médecine moderne serait négative ».*

Les analyses réalisées attestent que de manière générale, 40% des autochtones interrogés ont une attitude favorable à la médecine moderne contre 60% d'avis contraire, c'est-à-dire défavorables. La deuxième hypothèse secondaire est aussi confirmée.

Les aires de santé où les tradi-praticiens ont une attitude favorable face à la médecine moderne sont : Lwizi, Mangala, Muhuya, Sulumba et Zongwe. Par contre, ceux des aires de santé Tchanga Tchanga et May baridi ont une attitude négative alors qu'à Ngoy ils sont indifférents.

2.3. *« Ces derniers seraient disposés à collaborer avec les agents des services sanitaires, les chercheurs et les autres partenaires intéressés, pour le partage des informations et connaissances issues de leur ancrage culturel en matière des produits médicamenteux ».*

Au vu des résultats enregistrés, il s'observe que 95% des tradi-praticiens enquêtés sont disposés à collaborer avec les autres acteurs de la santé sur des questions touchant la santé de la population, alors que 5% se résignent et refusent toute collaboration. La troisième hypothèse secondaire est confirmée.

Résoudre le problème de santé exige des actions multisectorielles et multidimensionnelles. La médecine moderne et celle dite traditionnelle doivent se considérer complémentaire et donc nécessitant un management inclusif pour l'équilibre du système sanitaire. Certes que le monde se modernise du jour au jour, mais la santé n'a pas de prix dit-on.

Les décideurs sont ainsi appelés à profiter de la disponibilité des acteurs à collaborer pour soit intégrer les enfants de deux cultures dans des écoles des sciences de santé intégrant les connaissances et expériences autochtones et bénéficier des autres compétences moins utilisées par le système de santé.

2.4. *« Cette collaboration serait basée sur deux axes essentiels : stratégique et opérationnel »*

Il ressort des analyses faites que la collaboration souhaitée entre les praticiens de deux médecines concerne plus l'échange des connaissances, l'échange d'informations sur les

questions de santé et l'échange d'expérience. Ces trois aspects de collaboration s'inscrivent dans le domaine opérationnel et non stratégique. Cette hypothèse est ainsi infirmée.

2.5. *« Leurs attentes à l'égard de l'amélioration du système sanitaire de la RDC seraient plus orientées vers la prise en compte de la diversité culturelle, le respect et la protection des minorités ainsi que la promotion de la pharmacopée ».*

Au regard des résultats enregistrés à ce sujet, il découle que la majorité des enquêtés s'attendent à une amélioration de la qualité des soins ; à la disponibilité des médicaments et un renforcement de l'unicité du système de santé ou la complémentarité des sous-systèmes de santé (moderne et traditionnel). La dernière hypothèse secondaire est ainsi confirmée.

2. Discussion des résultats

Il est question de jeter un œil interrogateur dans la théorie pour trouver des éléments d'explication des résultats enregistrés dans cette étude. En d'autres termes et en nous référant à Masandi (2016), d'effectuer un mouvement de vas et vient entre nos résultats et la théorie disponible en la matière pour donner du sens à découvertes par rapport aux axes essentiels explorés dans nos conjectures.

1. Consultation des autochtones par les ONGD, les églises, les agents de santé et les autres acteurs de développement avant-pendant et après l'exécution des programmes ou activités du domaine de santé dans leurs milieux

La Déclaration des Nations Unies pour les peuples autochtones adoptée le 13 septembre 2007 à New York, aborde les droits tant individuels que collectifs, les droits culturels et l'identité, les droits à l'éducation, la santé, l'emploi, la langue, etc. Ce texte affirme que les peuples autochtones peuvent jouir pleinement, collectivement ou individuellement, de l'ensemble des droits de l'homme et des libertés fondamentales reconnus par la Charte des Nations Unies, la Déclaration universelle des droits de l'homme et la législation internationale relative aux droits de l'homme.

Les autochtones, peuples ou individus, sont libres et égaux à tous les autres et ne doivent faire l'objet d'aucune forme de discrimination dans l'exercice de leurs droits, en particulier si celle-ci est fondée sur leur origine ou leur identité. Les peuples autochtones ont le droit de disposer d'eux-mêmes.

En vertu de ce droit, ils déterminent librement leur statut politique et assurent librement leur développement économique, social et culturel. Ils ont le droit de maintenir et de renforcer leurs spécificités d'ordre politique, économique, social et culturel, ainsi que leurs systèmes juridiques, tout en conservant le droit, si tel est leur choix, de participer pleinement à la vie politique, économique, sociale et culturelle de l'Etat. Jouissant de ces droits, les peuples autochtones devront bénéficier des consultations pour partager leurs points de vue et apporter leurs contributions à l'action d'intérêt de tous

Il sied de comprendre que les peuples autochtones sont aussi des ayants droit dans le système de santé par le principe et non de vécu ; ceci se justifie par le fait que la création des formations sanitaires se fait régulièrement par les églises, les associations, les ONGD qui appuient leur partenaire, la zone de santé. La création de ces structures de santé est fonction des effectifs des populations à desservir. Et tous ces acteurs prennent en compte des nombres estimatifs des autochtones des villages qui les entourent pour être dans les normes de création des formations sanitaires. Le constat est celui que les autochtones ne sont consultés que pour des campagnes de vaccination surtout la vaccination de masse.

Selon Sadiki (2018), en vue d'une « Gestion Axée sur le Résultat » pour la vaccination, la consultation devait se réaliser tout en se rassurant sur le suivi et l'évaluation avec toutes les parties prenantes, ce qui constituerait une intégration aussi bien des autochtones que des autres ethnies.

Un système de suivi et d'évaluation qui fonctionne bien est une composante essentielle de la bonne gestion et de la redevabilité d'un projet/programme. Un suivi et une évaluation réalisés en temps opportun et fiables fournissent des informations utiles pour :

- Soutenir la mise en œuvre de la vaccination en tant qu'un projet/programme avec des rapports fiables, fondés sur des preuves, qui informent les gestionnaires et les décideurs de santé en vue de guider et d'améliorer la performance de ce projet/programme de prévention des maladies évitables.
- Contribuer à l'apprentissage organisationnel et au partage des connaissances interculturelles en menant une réflexion sur les données d'expérience et les enseignements tirés, et procédant à des échanges, de façon à tirer pleinement parti de ce que nous faisons et de comment nous le faisons.

- Soutenir les principes de redevabilité et de respect des règles en montrant si le travail des parties prenantes se réalise selon les normes établies du système de santé en RDC, et selon les attentes de l’OMS.
- Offrir aux parties prenantes de toutes les ethnies, en particulier les bénéficiaires autochtones à l’instar des autres ethnies, la possibilité de donner leurs avis et leurs perceptions sur le travail rendu, démontrant ainsi que l’équipe de santé est ouverte à la critique, et que chacun veut apprendre des expériences des autres et nous adapter à l’évolution des besoins.
- Promouvoir et célébrer un travail inclusif en mettant en évidence les réalisations de tous et les succès, ce qui influe sur le moral et contribue à la mobilisation des ressources.

La gestion axée sur les résultats est une approche globale de la gestion des projets et des programmes qui vise principalement à définir des résultats mesurables ainsi que les méthodologies et les outils à utiliser pour obtenir ces résultats. Ce mode de travail contribue à améliorer la performance et la redevabilité grâce à une logique claire: il s’agit de planifier, de gérer et de mesurer une intervention en se concentrant sur les résultats que l’on veut obtenir. En définissant à l’avance les résultats attendus d’une intervention et les moyens de déterminer s’ils ont été atteints, nous pouvons mieux observer si notre action a réellement eu un impact sur les personnes concernées.

Le suivi et l’évaluation sont des éléments essentiels de la gestion axée sur les résultats (GAR). Ils sont les fondements de comptes rendus clairs et précis sur les résultats d’une intervention (projet ou programme). Ainsi, le compte rendu n’est plus une corvée, mais au contraire une occasion d’effectuer une analyse critique et de tirer des enseignements sur l’organisation, éclairant la prise de décisions et l’évaluation de l’impact avec la contribution de tous si l’on tient compte de la politique des Soins de Santé Primaire prônée à Alma Ata depuis 1978.

La non-implication des autochtones viole non seulement la politique de Soins de Santé Primaire mais aussi l’idée de Gandhi qui avait l’habitude de dire: « Tout ce que vous faites pour moi sans moi, vous le faites contre moi ». L’échec des projets humanitaires de développement provient souvent de la manière dont les décisions sont prises. Les animateurs

des projets et les donateurs ont tendance à penser et à décider à la place de la population sans se référer à son avis.

En effet, tenue à l'écart dans les prises de décisions, la population ne se sent pas partie prenante de leur exécution et se désintéresse du projet auquel elle avait donné son adhésion. Pour qu'une population s'intéresse à une activité, il faut nécessairement l'associer intimement à l'identification des besoins et à la détermination des priorités, à la recherche des solutions et à la prise des décisions.

Selon Ghandi dont réfère Hanne (2012), le père de la non-violence, les ONGD ne doivent pas investir des fonds pour une population sans une consultation préalable des bénéficiaires, ce qui revient à dire agir contre ces mêmes bénéficiaires. Les autochtones ne sont pas des vases vides ou des poubelles dans lesquelles chacun peut venir tout déverser à volonté. La consultation faciliterai aux ONGD d'identifier les besoins réels des futurs bénéficiaires en rapport avec les problèmes à résoudre que d'importer les ressources parfois inutiles selon un peuple et ce dernier ne saura s'approprier ni les protéger. Tout habitant de la zone de santé de Nyunzu témoigne les pillages et destruction sur place des médicaments et matériels des centres de santé comme celui de BENZ que les peuples Twas ont orchestrés lors des conflits intercommunautaires mais protégeant des biens que la civilisation juge inutiles.

Nous comprenons alors que la consultation des autochtones pour quelle activité qu'elle soit ne doit pas seulement se limiter à la phase de démarrage de l'activité pour solliciter leur participation dans une gestion axée sur le résultat mais par contre elle devait se poursuivre pendant l'exécution à travers le dispositif de suivi et évaluation du projet/ programme pour la redevabilité sociale qui soutient la réussite du projet/ programme. Or, les activités de santé dans une zone de santé ne sont pas seulement basées sur les préventifs comme la vaccination, mais aussi les activités curatives et promotionnelles. Cette combinaison des activités de soins constitue la globalité des soins.

Toutefois, il reste à déplorer le niveau d'éducation des peuples autochtones et son nomadisme pour qu'il puisse répondre à toutes les étapes d'une activité telle que le déclare la banque mondiale cité par Bolanzowu (2020) et qui reconnaît que les situations sanitaires et éducatives sont médiocres chez les pygmées. En majorité, leur éducation reçue est essentiellement celle transmise par les parents et d'autres membres de leur communauté. Le taux d'analphabétisme est partout supérieur à 80% et ceux des femmes avoisinent les 100% ».

Les taux de scolarisation des enfants sont très faibles et particulièrement dans le secondaire, où ils sont compté au bout des doigts.

En réalité, les pygmées n'ont pas accès aux établissements publics au même titre que les bantous, alors que l'éducation doit viser au plein épanouissement de la personne humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Elle doit favoriser la compréhension, la tolérance et l'intégration au lieu de l'auto-stigmatisation aux projets publics

2. Attitude de ce peuple face à la médecine moderne

Les résultats obtenus prouvent que seuls 40% des autochtones interrogés ont une attitude favorable à la médecine moderne. Cela en dépit des éloges que bénéficie la médecine traditionnelle. Cela n'a pas empêché 94,7% des tradi-praticiens autochtones à être disposé à collaborer avec les autres acteurs de la santé pour la promotion du système de santé du Tanganyika en général et de la zone de santé de Nyunzu en particulier. En plus certains enquêtés ont apprécié l'idée d'intégrer (ou encourager) les enfants batwa dans les écoles de sciences de santé tout en intégrant les connaissances traditionnelles ; c'est qui témoigne l'idée de changement profond gage de l'inclusion.

Si nous réfléchissons avec la minorité qui ne trouve pas l'importance de collaborer avec les autres acteurs du système de santé, soit parce qu'ils ne veulent pas supporter l'inégalité soit qu'ils sont contre la dépendance ; l'on se demande s'ils sont adeptes de la vision de Samir Amin qui plaide pour la déconnexion.

Cet économiste franco-égyptien renommé et penseur en sciences sociales a, plus que quiconque, lutté en faveur du tiers-monde et d'une Amérique latine indépendante, non soumise aux pays hégémoniques du centre, aux multinationales et aux élites économiques et financières.

Contrairement à Marini, Dos Santos, Banbirra ou encore Gunder Frank, il n'a pas fait partie du groupe de théoriciens latino-américains qui ont élaboré la théorie de la dépendance entre la fin des années 60 et le début des années 70. En revanche, ce qui est sûr, c'est qu'un grand nombre de ses contributions ont complété et parfois même dépassé leurs postulats (<https://gallirmardmontreal.com>"catalogue)

Comme chacun sait, la théorie de la dépendance, dans sa version marxiste, attribue le sous-développement des pays de ce que l'on nomme « la périphérie », à la dépendance historique et à la subordination de leur économie aux pays du centre, mais surtout à la surexploitation du travail dans ces pays, surexploitation qui permet le transfert de plus-values plus élevées. Pour Amin, cela se passe à l'échelle mondiale et fait partie intégrante d'un système d'accumulation qui reproduit dans certains pays un modèle de dépendance qui les empêche d'aspirer au développement ou de sortir du sous-développement.

Une étude pionnière dans ce domaine est l'accumulation à l'échelle mondiale : critique de la théorie du sous-développement, livre publié en 1970 en français. Amin y décrit la formation et le développement subordonné du capitalisme dans les pays de la périphérie ainsi que les mécanismes de transfert de surplus économique vers les pays du centre, y compris les ajustements spécifiques des comptes extérieurs et le rôle de la périphérie dans le cadre de l'économie mondiale.

Ce travail s'ajoute à celui d'Arghiri Emmanuel (1969). Samir Amin reprend ici le débat concernant les problèmes de l'échange international inégal. Les discussions relatives à la théorie de la valeur ont été dominées par une interprétation étroitement économiste de l'analyse du monde de production capitaliste. L'auteur s'élève contre le schéma mécaniste et linéaire du matérialisme historique qui découle de cette vulgarisation. Il fait apparaître la prééminence de l'unité du système mondial et critique la causalité linéaire mécaniste des modèles mathématiques utilisés pour démontrer l'existence d'une relation entre le développement des forces productives et le niveau des salaires. Cette nouvelle édition est enrichie de plusieurs études concernant précisément cette dialectique.

Peut-on sortir des contraintes imposées par le système économique mondial ? Le tenter ne conduit-il pas nécessairement à la terne stagnation du socialisme des casernes ? Quelle est la marge de manœuvre dont dispose un quelconque État du tiers monde ? Est-il condamné à la dépendance ? L'auteur du Développement inégal, du Matérialisme et la loi de la valeur, de Classe et nation dans l'histoire et la crise contemporaine, et de L'avenir du maoïsme, défend dans ce nouveau livre la thèse d'un décrochage, non seulement possible mais nécessaire, de la logique centre/périphérie. La déconnexion-concept stratégique proposé en complément de celui de développement autocentré national et populaire - s'impose avec force

aux peuples du tiers monde, qui veulent éviter les réajustements dramatiques provoqués par la crise, telle la famine ou la guerre. Mais elle concerne tout autant les États du Nord, en redéfinissant les règles du jeu planétaire.

L'auteur voit d'ailleurs dans les mouvements Verts européens, comme dans le regain du fait religieux dans le monde entier, les signes de la nécessaire réadaptation des stratégies et des tactiques politiques œuvrant pour un autre développement. Approche globale et renouvelée des grandes mutations du système mondial contemporain, ce livre offre aussi au lecteur une présentation, claire et synthétique, des concepts-clé de l'œuvre de Samir Amin, devenus objet de débats et de controverses dans le monde entier.

Ces recherches sont devenues des références incontournables pour les économistes et autres chercheurs en sciences sociales latino-américains qui tentent d'expliquer la nature de la dépendance à l'échelle mondiale ; et de fait, aujourd'hui, cette nature est globale. Mais fort heureusement ces théories de Samir Amin convergent avec l'idée de combattre toute sorte de la domination ou l'inégalité entre bénéficiaires ou les parties prenantes car la politique de soins de santé primaire et à la couverture sanitaire universelle prônent aussi l'égalité des citoyens à accéder aux services de santé et non la domination ou l'inégalité entre sous-systèmes ou entre bénéficiaires. Le système de santé qui est d'ailleurs unique a besoin des ressources à valider conformément au rapport du secrétariat de l'OMS en faveur du monde consommateur de la médecine tant moderne que traditionnelle.

3. Dispositions des peuples autochtones à collaborer avec les agents des services sanitaires, les chercheurs et les autres partenaires intéressés, pour le partage des informations et connaissances issues de leur ancrage culturel en matière de produits médicamenteux

La collaboration est l'acte de travailler ou de réfléchir ensemble pour atteindre un objectif. Dans son sens commun, la collaboration est un processus par lequel deux ou plusieurs personnes ou organisations s'associent pour effectuer un travail intellectuel suivant des objectifs communs. Certains d'entre les peuples batwas ne trouvent pas la nécessité de collaborer. Cela est illustré par 56% des autochtones qui pensent que l'inclusion des connaissances autochtones dans les curricula de formations des infirmiers et médecins serait défavorable et jugé de tentative de détournement. Ce qui se traduit par un refus de collaborer

ou en d'autres termes, plus de la moitié développe une crainte contre une confiscation intellectuelle des connaissances et expériences.

Or, la non collaboration avec les chercheurs et les autres agents de santé n'avance en rien le système de santé mais par contre dynamise la politique des pertes des bibliothèques entières avec le décès des vieux praticiens dit-on.

En rapport avec ce qui précède, il y a lieu de constater que plus de la moitié des peuples autochtones agissent en défaveur du système de santé qui doit intégrer toutes les compétences culturelles, médicales, et sanitaires pour un développement individuel et global.

En se référant à Bolanzowu (2020), il ressort que le sous-développement des peuples autochtones est lié aussi à leurs propres comportements. Il démontre aussi que les peuples autochtones vivent une précarité qui fait à ce que ce dernier soit dominé et considéré comme des sous-hommes par les bantous.

Ainsi, le chercheur voudrait d'abord identifier les principaux problèmes qui handicapent ce peuple d'accéder au développement dont l'objectif essentiel est l'amélioration de la qualité de la vie. Ensuite, le chercheur s'assigne la mission de déterminer parmi les différents secteurs de la vie nationale, un secteur prioritaire dont les effets pourront amener ce peuple vers un changement. Ceci permettra d'éviter les éventuels conflits qui pourront surgir entre les membres de ces communautés. De ses recherches, nous avons retenu cinq obstacles liés au développement de cette population : l'analphabétisme, l'attachement à la coutume, la croyance magico-religieuse, l'isolement et l'attitude négative des bantous envers les batwas. Et il conclut enfin que, l'éducation demeure un secteur prioritaire pour l'amélioration des conditions de vie de ce peuple.

Ceci nous ramène à croire aux résultats de notre travail qui trouvent appréciable l'idée d'intégrer les élèves Batwas dans les écoles des sciences de santé en intégrant aussi les connaissances et expériences autochtones. Cette intégration des connaissances, expériences et leurs propres enfants favorise un management inclusif des ressources valorisé par une éducation interculturelle évitant toute tentative de détournement et par conséquent cette politique éducative contribue au développement de tous les peuples et de leur système de santé qui bénéficie des compétences et des nouveaux produits médicamenteux à exploiter.

Certes, on observe une grande diversité de produits médicamenteux issus de la médecine culturelle Twa de pratiques et de praticiens de Médecine autochtone au Tanganyika en général et à Nyunzu en particulier comme partout ailleurs de par le monde (Stratégie OMS 2013) et qui donnent des valeurs diverses à cette médecine. Certains sont bénéfiques à la santé, d'autres comportent des risques (OMS, 2013).

Vu les ressources limitées de la RDC et particulièrement en milieu rurale, y compris les instabilités, des ruptures des médicaments à répétition dans les structures de la santé et absence quasi-totale des spécialistes, vu la reconnaissance des mérite que possède la médecine autochtone dont sa valeur est louée par les tradi-praticiens eux-mêmes, le coordinateur de la médecine traditionnelle, le président de la société civile et par les agents de santé en reconnaissant ces mérites, il nous revient d'appuyer l'idée de collaboration entre ces acteurs disposés d'ailleurs.

Cette lecture favorable au développement global découragera l'esprit séparatiste de ces deux sous- systèmes à la théorie de Samir Amin qui prône la déconnexion par suite des inégalités ou par la domination des uns sur les autres, les autorités sanitaires et d'autres acteurs impliqués (églises, ONGD, chercheurs, agents de santé et société civile) devraient décider des domaines sur lesquels ils doivent porter leur attention de manière à offrir aux consommateurs les meilleures qualités des produits qui assurent la sécurité des soins, tout en veillant à la liberté de choix des consommateurs.

La qualité perçue des soins est un élément important dans la décision des ménages africains à adhérer ou non à un service de santé. En effet, l'expérience empirique nous montre qu'il y a trois facteurs clés dans la décision d'adhérer à un service de santé : la capacité des ménages à payer les contributions, la confiance que les gens ont dans la gestion du système, et la qualité de l'offre dans les structures auxquelles le système de santé donne accès.

Nous faisons l'idée qu'un management inclusif des activités de santé peut constituer un levier pour améliorer la qualité de l'offre. D'abord via un levier financier : la médecine traditionnelle peut apporter aux services de santé de nouvelles ressources financières. Ensuite, il y a un levier contractuel : le contrat établi entre la médecine traditionnelle et le service de santé moderne (Référence & contre référence/ PMA & PCA) peut constituer un moyen pour peser sur la qualité de l'offre sous la supervision des autorités sanitaires du système de santé

tant locale que nationale. Un dernier levier finalement est celui du militantisme des bénéficiaires à travers la société civile qui va veiller à ce que tout se passe comme convenu. Aujourd'hui, les données validant ou pas cette hypothèse restent encore valables.

Un obstacle de taille auquel nous faisons face dans l'étude de l'interaction entre médecine traditionnelle et qualité des soins est la difficulté de définir cette dernière. Patients et prestataires perçoivent et définissent la qualité des soins de façon différente.

Nous proposons que la qualité des soins soit un concept socialement construit dans un contexte donné. L'interaction entre la médecine traditionnelle et la prestation de soins, avec l'espace d'échange et de dialogue que cette interaction implique, constitue une opportunité pour arriver localement à une définition plus consensuelle de ce qu'est la qualité des soins. Il convient d'explorer les modalités pour gérer un tel processus interactif et d'étudier ses effets sur la qualité des soins.

Avant qu'une décision éclairée puisse être prise pour la régulation de la médecine autochtone dans les zones de santé dont celle de Nyunzu, les autorités sanitaires doivent comprendre la nature particulière de leur secteur de la médecine autochtone et établir des données de base valides et complètes sur lesquelles s'appuyer.

Pour ce qui concerne les peuples autochtones du Tanganyika, il a été noté que des tradi-praticiens exercent leur métier pour aider leurs semblables soit pour valoriser les ressources et valeurs familiales soit pour répondre à une obligation sociale (voir déclaration du président de la société civile Nyunzu). Toutefois, au centre du territoire, les femmes Twas qui se sont sédentarisées avec leurs familles dans les villages proches, font une vente ambulante des plantes médicinales pédiatriques et gynéco- obstétricales pour couvrir leurs besoins de subsistance (achat de farines, du sel, savons, ...). Les bénéficiaires affirment à 100% que les prix de vente de ces produits des femmes autochtones restent toujours très abordables et accessibles à toute personne qui est dans le besoin même les plus démunis.

L'idéale pour les décideurs seraient de voir dans la mesure du possible, comment encadrer ces connaissances et ressources qui sont financièrement accessibles aux communautés et réfléchir comment collecter les informations sanitaires en déperdition alors qu'elles devaient contribuer à la planification sanitaire locale et nationale au profit de tout le système de santé.

Résoudre un problème de santé exige des actions multisectorielles et multidimensionnelles comme l'a dit Kabyla (2014). La médecine moderne et celle traditionnelle doivent se considérer complémentaires et donc nécessitant un management inclusif pour l'équilibre du système sanitaire.

Ces 10 dernières années, des progrès considérables ont été accomplis dans le domaine de la médecine traditionnelle grâce à la mise en œuvre par plusieurs États Membres de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 dont l'Assemblée de la Santé avait pris note dans la résolution WHA56.31. Les progrès accomplis et les problèmes rencontrés ont éclairé l'élaboration de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, qui est également conforme à la résolution WHA56.31 ainsi qu'aux stratégies mondiales pertinentes de l'OMS sur les médicaments et aux stratégies régionales applicables en matière de médecine traditionnelle.

Tout indique que les États Membres s'intéressent de plus en plus à la médecine traditionnelle : entre 1999 et 2012, le nombre d'États Membres dotés de politiques nationales sur la médecine traditionnelle est passé de 25 à 69, celui des États Membres réglementant les médicaments à base de plantes, de 65 à 119, et celui des États Membres dotés d'un institut de recherche national sur la médecine traditionnelle et complémentaire (y compris les médicaments à base de plantes), de 19 à 73.

La médecine traditionnelle est définie comme la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales.

Les termes « médecine complémentaire » ou « médecine parallèle » désignent quant à eux un vaste ensemble de pratiques de soins qui ne relèvent ni de la tradition du pays ni de la médecine conventionnelle et qui ne sont pas pleinement intégrées au système de santé dominant. Dans certains pays, ces trois termes sont utilisés indifféremment.

À travers le monde, la demande en médecine traditionnelle et complémentaire n'a pas fléchi et ces pratiques font de nombreux adeptes. Dans certains pays en développement,

les guérisseurs traditionnels sont aujourd'hui encore les seuls ou les principaux prestataires de soins pour des millions de ruraux. En Afrique, par exemple, on compte un tradi-praticien pour 500 habitants, contre un docteur en médecine pour 40 000 habitants.

En République démocratique populaire lao, 80 % de la population vit en zone rurale ; chacun des 9113 villages que compte le pays possède un ou deux tradi-praticiens. Au total, 18 226 tradi-praticiens prodiguent ainsi une grande partie des soins à 80 % de la population nationale. Plus de 100 millions d'Européens recourent aujourd'hui à la médecine traditionnelle et complémentaire. Un cinquième d'entre eux le font régulièrement ; une même proportion opte pour des soins incluant la médecine traditionnelle et complémentaire.

Selon une enquête nationale menée en Chine, les praticiens en médecine traditionnelle chinoise ont reçu 907 millions de visites en 2009, soit 18 % du total des visites médicales dans les établissements étudiés, et 13,6 millions de patients ont été hospitalisés en médecine traditionnelle chinoise, soit 16 % du total dans l'ensemble des hôpitaux étudiés.

Évolutions et problèmes.

Beaucoup de choses ont changé depuis que la dernière stratégie mondiale a été présentée en 2002.

Des pays toujours plus nombreux ont progressivement reconnu la contribution que la médecine traditionnelle et complémentaire peut apporter pour favoriser la santé et le bien-être des personnes et mettre en place des systèmes de santé complets. Les gouvernements et les consommateurs ne s'intéressent plus seulement aux médicaments à base de plantes, mais commencent à examiner les différentes facettes des pratiques de médecine traditionnelle et complémentaire et l'opportunité de les intégrer à la prestation de services de santé. Par exemple, dans la Région africaine, le nombre de cadres de réglementation nationaux est passé d'un seul en 1999/2000 à 28 en 2010, y compris différents instruments comme un code d'éthique et un cadre juridique pour les praticiens en médecine traditionnelle et complémentaire.

Quatre pays de cette Région ont intégré des médicaments traditionnels dans leur liste nationale de médicaments essentiels. Le Ministère de la Santé du Brésil, quant à lui, a élaboré une politique nationale sur les pratiques intégrées et complémentaires. Dans la Région de la

Méditerranée orientale, cinq États Membres ont indiqué être dotés de réglementations à l'intention des praticiens, avec des dispositions précises sur différentes disciplines.

Les États Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est mettent aujourd'hui en œuvre une approche harmonisée de la médecine traditionnelle englobant la formation, la pratique, la recherche, la description des pratiques et la réglementation. Au Japon, 84 % des médecins utilisent le Kampo dans leur pratique quotidienne.

En Suisse, certaines thérapies complémentaires ont été réintégrées dans l'assurance-maladie de base dont bénéficient tous les citoyens. De manière générale, les données notifiées par les États Membres montrent que les progrès sont inégaux concernant la réglementation des produits, des pratiques et des praticiens de médecine traditionnelle et complémentaire. C'est dans le domaine des médicaments à base de plantes que les avancées sont les plus rapides, tandis qu'elles le sont moins pour les pratiques et les praticiens. Pourtant, l'innocuité, la qualité et l'efficacité de ces services ne peuvent être garanties sans une réglementation appropriée de ces deux derniers aspects. Cette situation illustre les problèmes que rencontrent de nombreux États Membres où, en raison de connaissances incomplètes sur la formulation des politiques nationales, il n'a pas été possible de réglementer suffisamment les pratiques et les praticiens de médecine traditionnelle et complémentaire, ni d'intégrer correctement ces services dans la fourniture des services de santé et dans l'auto prise en charge.

Certes que le monde se modernise du jour au jour, mais la santé n'a pas de prix dit-on. Les décideurs doivent profiter de la disponibilité des acteurs à collaborer qu'affichent les deux parties prenantes pour soit intégrer les enfants de deux cultures dans des écoles des sciences de santé intégrant les connaissances et expériences autochtones et bénéficier des autres compétences moins utilisées par le système de santé. Les résultats de cette recherche démontrent que plus de 80% des enquêtés reconnaissent l'avantage de la médecine traditionnelle sur le plan de cout de soins très bas suivi de ceux qui justifient l'efficacité par le fait que certains problèmes de santé trouvent des solutions seulement en traditionnelle.

Répondant aux besoins recensés par les États Membres et s'appuyant sur l'action menée au titre de la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, la stratégie actualisée pour la période 2014-2023 donne davantage que la précédente la priorité aux services et systèmes de santé, y compris les produits, les pratiques et les praticiens de

médecine traditionnelle et complémentaire. Les principaux objectifs de la stratégie actualisée sont résumés en :

- Objectif 1 : Renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la médecine traditionnelle et complémentaire au moyen de politiques nationales appropriées. On observe une grande diversité de produits, de pratiques et de praticiens de médecine traditionnelle et complémentaire.
- Objectif 2 : Renforcer l'assurance-qualité, l'innocuité, l'usage approprié et l'efficacité de la médecine traditionnelle et complémentaire en réglementant les produits, les pratiques et les praticiens. La première orientation stratégique de cet objectif consiste à reconnaître le rôle et l'importance de la réglementation des produits. Selon les informations des deux enquêtes mondiales de l'OMS sur la médecine traditionnelle, les États Membres sont de plus en plus actifs dans l'élaboration et la mise en œuvre de cadres réglementaires sur les médicaments à base de plantes. Même si des cadres réglementaires sont élaborés aux niveaux national et régional, les pays sont encouragés à reconnaître le caractère mondial de ce secteur. Les médicaments à base de plantes sont désormais un phénomène international dont les pratiques et les produits sont souvent utilisés dans une partie du monde différente de celle où ils ont à l'origine été conçus ou fabriqués
- Objectif 3 : Promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de médecine traditionnelle et complémentaire dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge. L'une des questions les plus importantes qui a été soulevée ces dernières années à propos de la médecine traditionnelle et complémentaire est de savoir comment elle pourrait contribuer à la couverture sanitaire universelle en améliorant la prestation des services au sein du système de santé, en particulier pour les soins de santé primaires. La couverture d'assurance des produits, pratiques et praticiens de médecine traditionnelle et complémentaire est très variable. Les régimes d'assurance peuvent offrir une couverture intégrale ou exclure totalement cette forme de médecine, auquel cas les consommateurs doivent payer directement tous les services de ce type. Dans le même temps, des données nouvelles montrent que la médecine traditionnelle et complémentaire, lorsqu'elle est couverte par les plans destinés à instaurer la

couverture sanitaire universelle, peut atténuer les tensions qui pèsent sur le système et faire baisser les coûts. C'est pourquoi il est important que les États Membres réfléchissent aux moyens d'intégrer davantage la médecine traditionnelle et complémentaire dans leurs systèmes de santé et leurs plans de couverture sanitaire universelle.

4. Axes essentiels de collaboration

Pour amorcer l'identification des axes de collaboration, il nous revient de comprendre et de cibler le besoin à couvrir par la collaboration mais aussi et surtout les compétences pouvant entrer en ligne de compte pour rendre la collaboration utile.

Dans le Traité des sciences et des techniques de la Formation, coordonné par Philippe Carré et Pierre Caspar, Sandra Bélier (1999) propose cette définition de la compétence : "la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée". Elle aborde :

- Les compétences conceptuelles (analyser, comprendre, agir de manière systémique)
- Les compétences techniques (méthodes, processus, procédures, techniques d'une spécialité)
- Les compétences humaines (dans les relations intra et interpersonnelles)

Elle réalise ensuite une étude comparative des cinq manières d'aborder les compétences:

- approche par les savoirs
- approche par les savoir-faire
- approche par les comportements et le savoir-être
- approche par les savoirs, savoir-faire et savoir-être
- approche par les compétences cognitives.

Les axes essentiels de collaboration doivent faire allusion des compétences des uns et des autres pour redynamiser le système de santé au niveau local et général. Il ne suffit pas d'introduire le management inclusif sans l'identification des compétences essentielles à échanger et couvrir les normes souhaitées.

Patrick Lefèvre (sd), affirme que le management est une responsabilité au sein de toute organisation et plus précisément de la direction. Les structures sociales et médico-sociales ne sont pas des entreprises comme les autres...

Les environnements et la société constituent plus qu'auparavant des références et induisent des normes. Les frontières entre le dedans et le dehors sont davantage fluides, les institutions sont désormais des organisations plus ouvertes, susceptibles de s'adapter aux turbulences, en mesure de proposer des évolutions. À ce titre, le management doit permettre d'élaborer des réponses appropriées. Le secteur ne peut être assimilé aux entreprises ou aux administrations, car il trouve son essor dans les fondements de l'économie sociale ou solidaire, dans le militantisme social et la professionnalisation.

L'éthique s'articule à la compétence et les associations ont à faire valoir leur dimension politique et la force de leur projet. Au-delà, les établissements et services exercent une mission, ils répondent à des besoins, ils ont un rendez-vous avec l'avenir. Les directions ont pour rôle d'accompagner le changement humain et technique, de promouvoir l'innovation et la qualité des prestations. Le management résulte d'une vision et d'une anticipation sur l'avenir, mais il trace le chemin et il est alors pragmatique, mobilisateur et responsable. Discours et méthodes sont nécessaires. Le management ne forge pas des illusions, il s'inscrit inlassablement dans l'évènement et le quotidien des organisations.

Comme sus dit, le choix des axes essentiels de collaboration doit être fonction des normes internationalement établies. Le management inclusif exige aussi l'évaluation de respect des normes internationales qui justifierait la prise de décision des parties prenantes et surtout encourager les gestionnaires du système sanitaire à s'engager à satisfaire les consommateurs dans un environnement adapté avec les décisions combien déterminatives et utile à la société. C'est ainsi que notre regard est fixé sur ces normes pour identifier les axes essentiels de collaboration :

➤ **ISO 9001 : Satisfaction des parties prenantes**

Les objectifs de développement durable participent d'une vision axée sur la transformation de notre monde. Ils visent à édifier un monde libéré de la pauvreté, de la faim et de la maladie, où toutes les femmes et toutes les filles jouissent d'une pleine égalité avec leurs homologues masculins, où l'environnement est protégé et où tous ont accès à une éducation de qualité et au travail décent. Ce monde sera plus inclusif, durable, prospère, pacifique et dénué de toute discrimination fondée sur la race, l'origine ethnique, l'identité

culturelle ou le handicap. Ce ne sont là que quelques facettes d'une vision ambitieuse et universelle, conjuguée à l'engagement de ne laisser personne de côté dans cette quête collective.

Satisfaire la communauté c'est donner l'accès universel de soins pour réduire la mortalité des enfants, des mères et toute la communauté. L'axe à choisir doit être celui qui est capable de satisfaire les communautés et les acteurs de santé à tous les niveaux.

Les causes principales de mortalité sont la pneumonie avec le phénomène COVID 19, les diarrhées, la malaria et ..., des maladies que l'on peut traiter facilement avec un peu des connaissances modernes et traditionnelles à mettre au service de tous et avec le minimum des outils appropriés. La mortalité est également liée au niveau d'éducation car l'ignorance est nocive comme dit Nsaman (2019).

➤ **ISO 14001 : Analyse environnementale**

Cette analyse a pour objet essentiel, la qualité du milieu de soins et propreté. L'environnement sanitaire en milieu autochtone est basé sur l'équilibre entre les enjeux que connaissent les autochtones, ceux des structures sanitaires rurales et la fragilité que connaissent l'homme en général et les enfants dans les milieux ruraux en comparaison à leurs homologues des milieux urbains sur :

- Les lieux de soins des autochtones en comparaison avec les normes de fonctionnement des structures de santé ;
- Le milieu de consultation et de soins ;
- Motivation du personnel : car la non satisfaction des tradi-praticiens et des agents de santé pourrait devenir au fil du temps, un danger permanent pour la performance des soins administrés aux malades.

Pour s'attendre à la performance du système de santé, le personnel de santé en général doit bénéficier d'une motivation qui couvre les besoins socio-économique. Cela a été appuyé par le serment d'Hippocrate qui plaide pour que, le médecin par exemple, bénéficie des avantages qui lui permet de maintenir sa santé physique. La motivation du personnel est sujette de plusieurs facteurs outre que l'argent, nous citerons entre autre :

- **La (ré) constitution des organes du système de santé** : la reconnaissance des structures traditionnelles peut-elle possibles selon des études plus approfondies pour

intégrer les soins traditionnels dans le PMA (étant donné qu'au Ghana, au Mali, au Nigéria et en Zambie par exemple, les plantes médicinales sont le traitement de première intention pour plus de 60 % des enfants atteints de forte fièvre) et PCA (La médecine traditionnelle a également été appliquée au traitement de maladies très graves comme le paludisme ou le SIDA). Une étude similaire peut faire l'objet de nos prochaines recherches dans notre milieu d'étude. A nos jours, l'organisation de l'offre des soins est assurée par les structures publiques et les structures privées. Le secteur public est organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux provinciaux, les hôpitaux des forces armées, de la police et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs. Le secteur privé est subdivisé en deux catégories, privé à but lucratif et non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles) ainsi que la médecine traditionnelle. Le secteur pharmaceutique est essentiellement aux mains des privés. Le privé lucratif est surtout florissant en milieu urbain et dans les pôles économiques. Il est constitué par les cabinets médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, les centres de diagnostic (laboratoires, imagerie). Les autorisations d'ouverture sont accordées par le Ministère de la Santé publique tandis que la demande d'ouverture est approuvée par la Province.

- **La reconnaissance des services rendus disponibles** : Les enquêtés reconnaissent l'avantage de la médecine traditionnelle sur le plan de cout de soins très bas suivi de ceux qui justifient l'efficacité par le fait que certains problèmes de santé trouvent des solutions seulement en traditionnelle. Donc les services de santé de la médecine traditionnelle sont reconnus par les enquêtés. En plus, les enquêtés témoignent la satisfaction des services en question. La satisfaction des besoins de santé de la population avec sa pleine participation, en rendant disponibles, accessibles et abordables les services et soins de santé de qualité, prônée par la politique nationale de santé de la RDC passe par la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires avec toutes ses composantes. Le pays a adhéré à cette stratégie en 1978 et souscrit à la Charte Africaine de développement sanitaire en 1980. Le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont élaboré et adopté en 2006 la première édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé « SRSS1 » en vue de réorganiser l'ensemble du système de santé de manière à lui permettre, à terme, de couvrir

l'ensemble de la population par des structures de santé qui offrent des soins de santé de base de qualité (globaux, continus intégrés, efficaces et efficients). Depuis 2010, la RDC a élaboré le premier Plan National de Développement Sanitaire « PNDS 2011-2015 » pour servir de plan stratégique de mise en œuvre de la seconde édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé « SRSS2 » définie au cours de la même année. Tous ces deux documents ont été adoptés par le Conseil des Ministres en mars 2010 comme outils stratégiques du Gouvernement qui traduisent la contribution du secteur de la santé à la réalisation des objectifs nationaux de développement. Ainsi, le nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020) comme second plan stratégique du Gouvernement pour le secteur de la santé fait partie intégrante du Plan National de Développement Socioéconomique 2017-2021 et de la stratégie nationale de croissance et de réduction de la pauvreté. Mais il reste à comprendre que la place réservée à la médecine traditionnelle dans ces divers plans, malgré le niveau de satisfaction des bénéficiaires est très négligeable car elle n'est considérée ni dans le PMA et encore moins dans le PCA.

➤ **ISO 18001 : Conditions sociales et conditions du travail**

Il est à remarquer que les conditions d'hygiène santé et les conditions de travail des tradi-praticiens autochtones qui se sédentarisent dans certains villages doivent être examinées par rapport à la survie de leurs familles. Les résultats démontrent à suffisance que des soins et ventes médicaments par des autochtones évoluent avec une potentielle rentabilité sociale car se réalisent à vil prix malgré sa performance au travers le taux de guérison mais sur le plan économique pour satisfaire les prestataires de soins communautaires, il faut encore y penser si nous voulons renforcer la morale de ces manipulateurs de vies humaines. Comme il est dit : « ventre affamé n'a pas d'oreille », moi je dis : « ventre affamé n'a pas une bonne conscience et n'a pas de la déontologie ».

Pour couvrir les bonnes conditions sociales et du travail, le ministère de tutelle devra :

- Autonomiser une structure de recherche pour valoriser la pharmacopée autochtone et la rendre bancable.
- Budgétiser les actions à entreprendre et prévoir une motivation petite soit-elle pour les tradi-praticiens.

- Renforcer sur la formation des tradi-praticiens et aussi ajouter l'aspect déontologie professionnelle d'un soignant, hygiène en milieu hospitalier, ...
- Rapprocher les tradi-praticiens dans SSC et qu'ils travaillent sous la supervision des infirmiers titulaires des centres de santé.
- Entretenir des services et le local de soins des tradi-praticiens pour améliorer les conditions de travail.
- Entretenir des aptitudes entrepreneuriales des SSC dans la logique de la « médecine à pieds nus » pour préconiser son autonomie mutualiste dans le système sanitaire local et mériter l'appellation des SSC renforcés par le mouvement du financement communautaire (SSCr) qui accueillent les tradi-praticiens.

Pour nous résumer, le choix des axes de collaboration doit se définir sur les lignes directrices qui limitent les interventions des uns et des autres dans le même système de santé unique mais tout en veillant sur les normes internationales et la protection des parties prenantes. Ceci sera une réponse aux préoccupations telles que stipulent les tableaux et figures tout en renforçant le suivi des activités et d'autres blocages possibles.

5. Attentes des peuples autochtones à l'égard de l'amélioration du système sanitaire de la RDC

Comprendre « l'amélioration du système sanitaire d'un pays » c'est vouloir se rapprocher de la couverture sanitaire universelle qui fait suite des soins de santé primaire. La couverture sanitaire universelle signifie que tout individu du monde puisse avoir accès, au moment et à l'endroit où il en a besoin, aux services de santé dont il a besoin sans être confronté à des difficultés financières. Fortement ancrée dans les soins de santé primaires, la couverture sanitaire universelle est l'une des grandes priorités de l'OMS et constitue l'un des objectifs du triple milliard. L'OMS travaille avec les États Membres, ses partenaires et d'autres acteurs clés pour aider les pays du monde entier à parvenir plus rapidement à la couverture sanitaire universelle.

Le 23 septembre 2019, une réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle a été prévue à l'Assemblée générale des Nations Unies. Intitulée « Couverture sanitaire universelle: œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé », cette réunion a été prévu pour des chefs d'État, des dirigeants politiques et du secteur de la santé, des

responsables de l'élaboration des politiques et des défenseurs de la couverture sanitaire universelle pour plaider en faveur de la santé pour tous.

La réunion avait comme vision d'obtenir des engagements financiers et politiques des pays et de soutenir les investissements dans le domaine de la santé. Elle s'attachera à accélérer les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle, y compris l'accès aux services de santé essentiels, tels qu'une main-d'œuvre qualifiée, la protection contre les risques financiers et l'accès pour tous à des médicaments et vaccins sûrs, efficaces, de qualité et abordables. La réunion devait aboutir à une déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle, négociée par les États Membres et approuvée par les chefs d'État.

La tenue de cette réunion a été préconisée en décembre 2017 lorsque l'Organisation des Nations Unies a adopté une résolution sur la santé mondiale et la politique étrangère, traitant de la santé des plus vulnérables pour une société inclusive. Elle sera organisée sous la direction du Président de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, en étroite consultation avec l'Organisation mondiale de la Santé sous les principaux faits suivants :

- La moitié au moins de la population mondiale, soit près de 3,6 milliards d'habitants, n'a toujours pas accès à une couverture complète des services de santé essentiels.
- Dans le monde entier, 930 millions de personnes environ risquent de passer sous le seuil de pauvreté à cause de dépenses de santé à leur charge représentant 10 % ou plus du budget de leur ménage.
- Grâce au déploiement des interventions de soins de santé primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 60 millions de vies pourraient être sauvées et l'espérance de vie moyenne pourrait augmenter de 3,7 ans d'ici à 2030.
- Pour atteindre les cibles en matière de soins de santé primaires, il est nécessaire d'investir entre 200 et 370 millions de dollars supplémentaires par an afin d'offrir des services de santé plus complets.
- À la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle (CSU) en 2019, les pays se sont engagés à renforcer les soins de santé primaires. L'OMS recommande que chaque pays affecte ou réaffecte 1 % supplémentaire de son PIB aux soins de santé primaires à partir de sources de financement publiques ou extérieures.

A cela s'ajoute les Soins de Santé Primaire comme politique de santé universelle. Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations».

Cette politique inclusive fait aussi la préoccupation des autochtones, qui, même lors des conflits se prononcent toujours, je cite : « Penye palikuwa mweye njo panakuwa sie » pour manifester leur souci d'atteindre le niveau que possède leur homologue bantou ou l'égaliser, le rejoindre. C'est qui nous ramène à l'examen de la Déclaration des Nations Unies sur le droit des peuples autochtones.

L'Article 8 de la Déclaration des Nations Unies sur le droit des peuples autochtones stipule que : « Les autochtones, peuples et individus, ont le droit de ne pas subir d'assimilation forcée ou de destruction de leur culture ». Ceci reste plus valable et encouragé d'autant plus qu'au-delà de l'intérêt des autochtones, ces peuples minoritaires rendent services à toute la nation à travers leur médecine traditionnelle.

Ce référant à nos résultats, les enquêtés s'attendent à une bonne qualité des soins si le système de santé s'améliore, 20% pensent que l'amélioration du système de santé permettra la disponibilité des médicaments et enfin seuls 9% croient que l'amélioration du système de santé renforcera l'unicité du système de santé ou la complémentarité des sous-systèmes de santé (moderne et traditionnel).

Si nous revenons encore à ces statistiques, l'OMS (2003) stipule que, pendant la dernière décennie, le recours à la médecine traditionnelle a connu un regain d'attention et d'intérêt dans le monde. En Chine, 40 % environ de l'ensemble des soins de santé relèvent de la médecine traditionnelle. Au Chili et en Colombie, 71 % et 40 % de la population, respectivement, ont recours à la médecine traditionnelle et, en Inde, 65 % de la population rurale utilisent l'ayurveda et les plantes médicinales au niveau des soins de santé primaires.

Dans les pays développés, les médecines traditionnelles, complémentaires et parallèles connaissent un succès croissant. Ainsi, le pourcentage de la population ayant eu recours à ces médecines au moins une fois est de 48 % en Australie, 31 % en Belgique, 70 % au Canada, 49 % en France et 42 % aux Etats-Unis d'Amérique.

Les médecines traditionnelles sont couramment utilisées pour traiter ou prévenir les maladies chroniques et pour améliorer la qualité de la vie. Certains éléments indiquent que la médecine traditionnelle est prometteuse. L'efficacité de l'acupuncture dans le soulagement de la douleur et des nausées, par exemple, a été démontrée de façon irréfutable et est aujourd'hui reconnue dans le monde entier.

Selon un groupe national d'experts réuni en 1997 par les National Institutes of Health aux Etats-Unis, il y a des preuves évidentes que, pour certains symptômes, un traitement par l'acupuncture est plus efficace et a moins d'effets secondaires que les traitements conventionnels. En Allemagne et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, on a recours à l'acupuncture dans 70 % et 90 % des services de traitement de la douleur, respectivement.

La médecine traditionnelle a également été appliquée au traitement de maladies très graves comme le paludisme ou le SIDA. Au Ghana, au Mali, au Nigéria et en Zambie, les plantes médicinales sont le traitement de première intention pour plus de 60 % des enfants atteints de forte fièvre. Des études menées en Afrique et en Amérique du Nord ont montré que 75 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont recours à la médecine traditionnelle, exclusivement ou en complément d'autres médecines, pour plusieurs symptômes ou maladies. Alors que les hôpitaux de la RDC en général et celui de Nyunzu dans la province du Tanganyika souffrent des ruptures à répétition, la valorisation de la médecine autochtone en RDC soulagerait la souffrance de ces institutions sanitaires en approvisionnement des structures sanitaires en médicaments

Ce qui revient à comprendre qu'il y a encore écrasement étouffant des valeurs culturelles des uns et des autres mais plutôt une collaboration entre les deux sous-systèmes faites de la médecine moderne et de celle traditionnelle ainsi que la promotion de la pharmacopée locale devra encore connaître des avancées d'où la nécessité du plaidoyer.

Certes, à travers la promotion de l'éducation interculturelle et la participation des peuples autochtones, le système de santé congolais en général et celui de Tanganyika sera émergent. Néanmoins *Rostow* (sd) définit cinq étapes essentielles pour qu'une organisation traditionnelle puisse connaître un développement et les cinq étapes qu'il a définies sont :

a. **Existence de la société traditionnelle**

Le Tanganyika de la RDC en général et la zone de santé de Nyunzu en particulier en particulier est une entité traditionnelle qui mérite des accompagnements pour son

épanouissement social et économique. Il nous revient de constater, pour le cas de Nyunzu que la culture et l'éducation ne sont pas les mêmes. Ces deux éléments sont des facteurs importants pour l'épanouissement d'une société. D'où la nécessité de se reconnaître avec ses forces et opportunités d'une part ; et ses faiblesses et menaces de l'autre.

b. Accumulation des conditions préalables au décollage (take-off)

Au-delà des ressources médico pharmaceutiques et techniques traditionnelles que possèdent les traditionnels autochtones, la zone de santé devra mener des analyses plus approfondies sur les déterminants pouvant bloquer le décollage du processus de l'émergence de la médecine traditionnelle dans notre milieu d'étude :

- Sur le plan du savoir

Une éducation interculturelle doit être comprise comme une condition préalable au décollage, au sens qu'elle confère des aptitudes complémentaires aux uns et aux autres pour un décollage conjoint. Les savoirs traditionnels des autochtones ne vont plus se replier sur eux-mêmes mais par contre leur collaboration et complémentarité renforcera leur intégration et les ranger aussi au contexte de la mondialisation.

- Sur le plan du savoir faire

Les nouvelles connaissances et compétences acquises par les uns et les autres permettront aux acteurs de santé de répondre aux attentes de la communauté avec les moindres risques possibles tels que la notion de dose et dosage qui met en doute certains utilisateurs à utiliser les produits traditionnels par exemple.

- Sur le plan du savoir être

Il sera question de la vulgarisation des compétences déontologiques et d'éthique vis-à-vis de sa profession

- Sur le plan du savoir-faire faire

Il faut comprendre ici les capacités managériales que la personne ayant l'art de guérir

- Sur le plan technique et logistique

L'extraction des principes actifs des produits pharmaceutique permet de réduire les risques de consommation des déchets des plantes qui n'entrent pas dans le processus thérapeutiques des plantes par exemple. Ces connaissances sont utiles pour préparer le décollage proprement dit. A cela s'ajoute-la nécessité des équipements nécessaires pour la technique susmentionnée.

- Sur le plan financier

Il nous sera recommandé de réunir les moyens financiers pour la réalisation technique et logistique mais aussi encourager la recherche et la motivation du personnel d'accompagnement

- Sur le plan des ressources humaines

Retenons que les formateurs capables de concevoir des curricula susceptibles d'organiser l'éducation interculturelle nécessite être préparés pour un décollage réel.

- Sur le plan juridique et moral

La vulgarisation des Déclarations de droit des peuples autochtones sera faite et comprise ou appliquée par nos sociétés ; il y aura considération mutuelle des citoyens des ethnies.

c. Décollage proprement dit

Les peuples autochtones, considérés au même titre que son homologue bantous, et sa médecine autochtone intégrée dans le système de santé conformément aux orientations des stratégies de l'Organisation Mondiale de la Santé 2014- 2023. La pharmacopée traditionnelle produit des effets bancables et contribue à l'émergence du système de santé africaine, de la RDC et particulièrement de la zone de santé de Nyunzu qui supporte les autochtones et les autres ethnies.

d. Marche à la maturité

A cette étape, le système de santé devient réellement unique, les services de santé, les ONGD, les églises et les autres partenaires consultent toutes les parties prenantes, y compris les autochtones avant, pendant et après les projets, toutes les parties prenantes collaborent pour la promotion du système de santé.

e. Age de la consommation de masse

C'est l'âge de l'abondance car le peuples autochtones est sa place du citoyen et membre du système de santé et la pharmacopée de la RDC devient riche avec la valorisation ou l'intégration des produits autochtones

Le développement du système sanitaire des milieux ruraux peut franchir ces étapes pour son émergence. Toutefois, le développement linéaire de *Rostow* est controversé par

plusieurs penseurs. Pour notre réflexion scientifique, nous appuyons la théorie de Rostow en tant qu'approche à travers laquelle, une communauté ou un système peut tenter de se dégager du gouffre qui bloque son émergence.

3. Plaidoyer pour la participation des peuples autochtones à la gestion du secteur de santé et promotion de l'éducation interculturelle

Le plaidoyer est un acte ou un processus pour soutenir une cause ou une question. Une campagne de plaidoyer est un ensemble d'actions ciblées pour soutenir cette cause ou cette question. Nous plaidons pour une cause ou une question donnée parce que nous voulons :

- Créer/construire un soutien pour cette cause ou question ;
- Influencer les autres pour qu'ils/elles la supportent ;
- Essayer d'influencer ou de changer la législation qui affecte cette cause ;
- Un processus organisé, systématique, un processus intentionnel d'éléments influents l'intérêt public ou le changement des relations de pouvoir afin d'améliorer les vies ;
- Un processus de transformation sociale visant à façonner la direction de la participation publique, les politiques et les programmes en vue de leur permettre aux marginalisé(e)s de bénéficier de leurs droits humains et de sauvegarder l'environnement.

Ainsi, au terme de cette étude, nous plaidons pour la redynamisation de la participation des peuples autochtones à la gestion du secteur de santé de Nyunzu au Tanganyika et la promotion de l'éducation interculturelle. Le but est de contribuer à l'amélioration du secteur de la santé du Tanganyika en général et de la zone de santé de Nyunzu en particulier et les objectifs se focalisent autour de trois points essentiels :

- a. Réunir des moyens nécessaires pour former l'ECZS, les IT et la société civile sur la gestion des zones multiculturelles et la santé des peuples et organiser des formations dans toutes les aires de santé du territoire de Nyunzu.
- b. Implanter les barza de cohabitation pacifique et d'échanges des connaissances / expériences culturelles applicables en santé (entre les Bantous et les Batwa) dans les

aires de santé et dans les sites de soins communautaires (**E**ducation **a**ndragogique **i**nterculturelle : **EAI**)

- c. Assurer la collecte des informations sur la pharmacopée traditionnelle et le répertoire des spécialités en médecine autochtones pour un nouveau plaidoyer

CONCLUSION

La présente étude a questionné un problème important de la société en rapport avec la participation des peuples autochtones à la gestion du secteur de santé. Il était donc question de faire un plaidoyer pour la promotion de l'éducation interculturelle dans la province du Tanganyika.

Pour répondre au questionnement de l'étude, atteindre les objectifs assignés et vérifier les hypothèses formulées, nous avons opté pour une approche abductive dans une perspective triangulaire.

Ainsi, notre stratégie méthodologique en vue de collecter les données se résume en trois phases : un entretien semi dirigé et collectif avec les pygmées du Tanganyika, un entretien semi dirigé et individuel avec les gestionnaires des structures de santé du Tanganyika et un focus group réunissant les peuples autochtones, les gestionnaires des structures de santé et les activistes de la Société civile du Tanganyika.

Notre thèse a fouillé des informations sur l'inclusivité du management et la participation des peuples autochtones depuis 1982, période à laquelle la RDC a adhéré à la politique des Soins de Santé Primaire (SSP) jusqu'en 2021 (réalisation de la recherche) dans la Zone de Santé Rurale de Nyunzu, dans la Province du Tanganyika.

La principale question que nous nous sommes posée est de savoir : les peuples Twas appelés « Pygmées », sont-ils associés aux décisions stratégiques concernant le développement en général et la santé, en particulier ? De manière spécifique, les questions ci-après ont guidé notre recherche :

- Les peuples autochtones du Tanganyika, sont-ils consultés par les pouvoirs publics, les partenaires au développement, les ONGDs, les églises, ..., avant – pendant et après l'exécution des programmes ou activités du domaine de santé dans leurs milieux ?
- Quelle est leur attitude face à la médecine moderne ?
- Sont-ils disposés à collaborer avec les agents de la santé, les chercheurs et les autres partenaires intéressés, en vue de partager leurs informations et connaissances en matière des produits médicamenteux ?
- Quels sont les axes sur lesquels serait basée cette collaboration ?
- Quelles sont leurs attentes à l'égard de l'amélioration du système sanitaire de la RDC ?

Notre ambition consistait à contribuer à accroître l'efficacité et l'efficacités du système de santé afin d'améliorer les résultats en matière de développement humain. Cette efficacité et efficacité accrues devraient solidifier la crédibilité de ce système de santé en accroissant l'investissement dans les secteurs sociaux. Moyennant la triangulation des données, les résultats de la recherche nous conduisent aux conclusions suivantes :

- a) Concernant la consultation des peuples autochtones par les autres acteurs et partenaires du système de santé, il sied de signaler qu'une minorité d'enquêtés autochtones ont été consultés avant ou pendant le projet santé et la consultation concerne soit les campagnes de vaccination, soit encore la sensibilisation des communautés pour l'utilisation des services comme la CPN ou le curatif.
- b) En ce qui concerne l'attitude des peuples autochtones vis-à-vis de la médecine moderne, il a été noté que 40% des autochtones interrogés ont une attitude favorable à la médecine moderne ; et en dépit de leur attachement à la médecine traditionnelle,

- les peuples Twas ont démontré leurs disponibilités à collaborer avec les autres partenaires de santé pour accroître l'efficacité du système de santé dans leur milieu.
- c) Quant au choix des acteurs, les enquêtés ayant accepté de collaborer se choisissent les agents de santé comme collaborateurs et préfèrent collaborer avec les chercheurs dans le domaine de la santé.
- d) Les axes de collaborations choisis par les enquêtés sont les échanges des connaissances, les échanges des expériences et les échanges des informations sanitaires.
- e) Pour ce qui concerne la collaboration déjà amorcée, l'insuffisance des gestes de référence et contre référence maintient l'aspect informel ces efforts louables.
- f) De la part des peuples autochtones, leurs attentes à l'égard de l'amélioration du système sanitaire de la RDC, sont :
- L'unité et la complémentarité entre les parties prenantes ou les deux sous-systèmes de santé fait de la médecine traditionnelle et la médecine moderne
 - Les efforts unis vont permettre à ce que les idées de transformation se concertent pour abonder les médicaments tant sur le marché local que sur autres milieux de la RDC. Ce qui permet que les citoyens puissent bénéficier des soins de qualité à la portée de tous (Couverture Sanitaire Universelle).
- g) Les données documentaires ayant trait à la gestion du système sanitaire, nous avons passé en revue et identifier que l'utilisation des activités de santé réalisées par les tradi- praticiens ne sont pas intégrées dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)
- h) Concernant la gestion du système de l'information sanitaire, les peuples autochtones font la politique des moyens pour collecter les informations à travers des cailloux pour un dépouillement ou par l'appui des Relais communautaires depuis les orientations données par Médecins Du Monde France en 2006.
- i) Remarquons que les canevas SNIS ne regorgent aucune donnée de la médecine autochtone que nous proposons une innovation pouvant faire subir le canevas SNIS des réaménagements qui demandent des moyens et une cure de la volonté des décideurs.
- Quelques recommandations pour améliorer le système de santé

- a) Au Ministère de la santé : de revoir les canevas SNIS constatés sans aucune donnée de tout un sous-système de santé et propose comme sus dit, ces éléments qui complèteraient le SNIS dans l'intérêt d'inclure les contributions des peuples autochtones. Intégrer certaines interventions des autochtones et des autres tradi-praticiens dans le PMA ou PCA selon les compétences après des études spécifiques des spécificités.
- b) A l'échelon périphérique (Hôpital général de référence et centres de santé) : concevoir un modèle simple de support de transfert et de mettre en application la politique de référence et contre référence avec les tradi-praticiens, soit avec initiation de méthode des couleurs sur papier après initiation non seulement pour matérialiser la motivation des tradi-praticiens qui ont des compétences spécifiques mais aussi pour valoriser la collaboration entre les parties prenantes d'un système sanitaire unique.
- c) A la société civile et au ministère de la justice : de vulgariser les Déclarations des Nations Unies de Droit des peuples Autochtones.
- d) Aux Ministères de la santé, de Budget, de Recherche scientifique et Ministère de Plan : Doter plus des moyens pour la recherche sur la valorisation bancable de la pharmacopée autochtone pour la stabilisation du système de santé.
- e) Aux Ministères de Santé, EPST, Enseignement Supérieur & universitaire et Social : Promouvoir une éducation interculturelle au modèle du QUEBEC et un centre andragogique interculturel pouvant servir de cadre d'échange et de l'alphabétisation ciblée dans le secteur de la santé ainsi que dans les écoles infirmières.

➤ **Difficultés rencontrées**

Comme toute œuvre humaine, cette étude n'est exempte des reproches :

- ✓ Elle s'est réalisée dans des conditions très particulières dans une entité sanitaire infectée des conflits récurrents intercommunautaires Batwas et Bantous qui durent plus de cinq ans ; par conséquent, l'accès à certains coins du territoire était périlleux.
- ✓ Collaboration difficile avec les enquêtés autochtones qui s'attendaient à une rémunération à l'issue des entretiens.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE ET WEBOGRAPHIQUE

1. BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages

- Aguado, M.T. 1996. [Education multiculturelle. Théorie et pratique]. Cuadernos de l'UNED. Madrid: UNED.
- Alphonse Masandi Milondo (2016), Méthodes quantitatives et recherche scientifique en sciences sociales, aspects théoriques et méthodologiques de traitement des données, Editions universitaires européennes, Allemagne
- Appleton, N. 1983. [Le pluralisme culturel dans l'éducation]. New York et Londres:
- Bakhtin, M. 1981. [L'imagination dialogique. Quatre essais]. traduit par Caryl Emerson y Michael Holquist. Austin: The University of Texas Press.
- Batelaan, P. ; F. Coomans 1999. Base internationale pour l'éducation interculturelle, y compris l'éducation antiraciste et aux droits de l'homme. n/p: IAIE, BIE, Conseil de l'Europe.

- Bergli, A. (1990.). Education interculturelle. Pucallpa /Ministère de l'éducation, Pérou:ILV
- Bernard Charlot **2020**, Education ou Barbarie, **Economica Anthropos**,
- Besalú, X.; G. Campani, J.M. Paludárias (2004).L'éducation interculturelle en Europe. Pleins feux sur le programme d'études]..... (informations disparues)
- Best, F. 1989. [Education, culture et droits de l'homme]. Barcelona:
- BIT 2003, Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté, Principes et techniques de gestion des mutuelles de santé, O.I.T.
- Calderón, F.; M. Hopenhayn et E. Ottone.1993. Vers une perspective critique de la modernité : les dimensions culturelles de la transformation productive avec équité]. Document de travail N° 21. Santiago de Chile: CEPAL.
- Carraher, T.; D. Carraher & A.L. Schliemann. 1991 [Dix dans la vie, zéro à l'école] Mexico, Madrid et Bogota: Siglo XXI Editores.
- CARRE (P) et CASPAR (P), 1999, Traité des sciences et techniques de la formation, Paris, France, Dunod,
- Cole, M. & J. Gay, J. Glick & D. Sharp. 1971. Contexte culturel de l'apprentissage et de la pensée]. Londres: Methuen.
- Daniels, H. (1993), l'ordre du jour. L'activité éducative après Vygotsky]. Londres & New York: Routledge.
- Direction de Lutte contre la maladie (2009), Enquête de surveillance comportementale et séroprévalence, Minisanté, KIN RDC
- Ministère de la Santé Publique, Direction des Ressources Humaines, (2001) Politique Nationale de la Santé, Kinshasa, RDC
- Equipe Nationale de Prospective Stratégique (2014), Dynamiques et enjeux de développement à long terme, Livre blanc, RDC
- García, R. 1982. Enseigner dans une société pluraliste. Concepts, modèles, stratégies]. New York: Harper & Row, Publishers.

- Giroux, H. ; P. McLaren (dir. publ.). 1994 [Pédagogie critique. L'Etat et la lutte culturelle]. Albany, New York: SUNY Press.
- Giroux, H. 1992. [Franchir les frontières : les travailleurs culturels et les politiques de l'éducation]. Londres et New York: Routledge
- Hakuta, K. 1986. [Le miroir du langage. Le débat sur le bilinguisme]. New York: Basic Books.
- Halliday, M.K. 1993. [Apprendre à signifier : Explorations dans l'acquisition du langage]. Londres: Edward Arnold.
- Heise, M. (dir. publ.). 2001. [Interculturalité. Création d'un concept et développement d'une attitude]. Lima: Programa FORTEPE/ Ministerio de Educación, PORT
- Heise, M.; F. Tubino y W. Ardito. 1990. [Interculturalité. Un défi]. Lima: CAAAP.
- Hicks, D. 1988. [L'éducation pour la paix. Questions, principes et pratiques dans la classe]. Londres & New York: Routledge.
- Hidalgo, A. 1993. [Réflexion éthique sur le racisme et la xénophobie]. Madrid: Editorial Popular y Jóvenes contra la Intolerancia.
- Jordán, J.A. 1994. [L'école multiculturelle. Un défi pour le corps enseignant]. Madrid: Edition Paidos.
- Juliano, D. 1992. [Education interculturelle. Ecole et minorités ethniques]. Madrid: Edition Eudema.
- Kikidi Mbozo, (2019) Problèmes de santé des pays en voies de développement, éd. Universitaires européennes, Berlin, pages 180.
- Labov, W. 1972. [Structures sociolinguistiques]. Philadelphie: University of Pennsylvania Press.
- Lambert, P. (1995). [Curriculum dialogique. Enseignement et apprentissage dans une société multiculturelle]. Portsmouth: Heinemann.
- Lamine Gueye et al, (2011), Déterminants médico-sociaux de l'état de santé en milieu rural sénégalais : étude au niveau de deux sites de la grande muraille verte. Senegal

- Lave, J. & E. Wenger. 1991. [Apprentissage situé. Participation périphérique légitime]. Cambridge: Cambridge University Press.
- Longman. Aronowitz, S.; H. Giroux. (1991). [L'éducation post-moderne]. New York: Bergin and Garvey Press.
- Ministère de l'Education Nationale de Colombie (1996). [L'ethno-éducation : réalité et espoirs des peuples autochtones et afro-colombiens]. Santafé de Bogotá: MEN.
- Ministère de la Santé Publique & OMS, (2006), Enquête sur les facteurs de risque des Maladies non transmissibles à KINSHASA Selon l'approche STEPS, RDC
- Ministère de la Santé Publique (2003), Cadre Organique, Kinshasa,
- Ministère de la Santé Publique (2012), Cadre Organique, Kinshasa,
- Ministère de la Santé Publique (2011), Plan de Développement sanitaire 2011 – 2015, Kinshasa, RDC
- Ministère de la Santé Publique (2015), Rapport d'Evaluation du PNDS 2011 – 2015, Kinshasa, RDC
- Ministère de la Santé Publique (2006), Recueil des Normes de la Zone de la Santé, Kinshasa, RDC
- Ministère de la Santé Publique(2010), Stratégie de Renforcement du système de santé, Kinshasa, RDC
- Ministère du Plan & PNUD (2011), Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, Instruction pour la restructuration du Fonds pour l'environnement mondial,
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (2007), Enquête Démographique et Sanitaire, Kinshasa, RDC
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (2014) Enquête Démographique et Sanitaire 2013 – 2014, RDC

- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, (2011) Multi Indicateurs/ Cluster Survey (MICS - RDC),
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité(2015), Plan Stratégique National de Développement 2017-2021,
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (2013), Etude Nationale sur la Prospective, RDC vision 2035,
- Morin, E. (1999). Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur: UNESCO.
- Vygotsky, L.S. (1962). Thought and Language [Pensée et langage]. 2e édition. Cambridge, MA:MIT.
- Morin, E. (1999). Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur: UNESCO.
- *N'SAMAN (2018), introduction au management, CAPEM, UNIKIN, Kin, RDC*
- OMS (1989), « Quality assessment and assurance in Primary health care, Genève
- OMS (2003), Régimes d'assurance - maladie communautaires dans les pays en développement: faits, problèmes et perspectives, Genève
- Organisation Mondiale de la Santé (2014), Rapport Annuel des Statistiques sanitaires mondiales,
- Perrot Jean et Elovainio Riku (2008), « Contractualisation stratégique dans les systèmes de santé », rapport synthèse de la réunion de consultation de l'OMS, Genève.
- Programme des Nations Unies pour Développement 2015, Objectifs de développement durable, Kinshasa, RDC
- RDC Primature (2012), Programme d'Action du Gouvernement 2012-2016, p.61,
- Tchagnaou, H (2009), Manuel synthèse de formation des prestataires sur le concept d'assurance qualité des soins et services de santé, Louvain Développement projet LISAI

- Unicef, Section Politiques Sociales et Evaluation (2015), Analyse compilée des principaux indicateurs de la Santé, Kinshasa /RDC
- Wertsch, J. (ed.) (1985). [Culture, communication et cognition]. Vygotskian Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press.

2. ARTICLES SCIENTIFIQUES, MEMOIRES ET THESES

- Amadio, M. 1989. La culture comme ressource politique : dynamiques et tendances en Amérique latine]. Traduction ; Dans Luis Enrique López, Pueblos indios, estados y educación. Lima et Quito: PEEB-P /ERA / P.EBI
- Batelaan, P. ; J.S. Gundara. 1993. « Diversité culturelle et promotion des valeurs par l'éducation ». Dans: European Journal of Intercultural Studies. An International Forum for Intercultural Education. Volume 3, N° 2/3. 61-80.
- Batelaan, P. ; J.S. Gundara. 1993. «Diversité culturelle et promotion des valeurs par l'éducation]. Dans: European Journal, N° 2/3. 61-80.
- Bulanzowu Daniel, problématique du développement chez les pygmées dans le territoire d'inongo : analyse critique des comportements d'un groupe minoritaire», thèse doctorale, UPN, **Inédit**, KIN, RDC, 2020
- Bureau International de l'Education and Central Board of Secondary Education de l'Inde. (2000). [Mondialisation et vivre ensemble. Les défis pour le contenu de l'éducation en Asie]. Paris: UNESCO. Dans International Journal of Intercultural Education. London: Carfax Ltd.
- Gundara, J. 2000 [Religion, droits de l'homme et éducation interculturelle]. Dans Intercultural Education, Vol. 11, N° 2. 127-136.
- Kagan, S. 1986. [Apprentissage en coopération et facteurs socioculturels dans les écoles]. Dans Beyond Language: Social and Cultural Factors in Schooling Language Minority Students.

- Kikidi Mbozo Robert, Essai d'analyse sur la solidarité et accès aux soins de santé communautaire moderne en Afrique au Sud du Sahara, « Cas de Congo Kinshasa-Zaire, thèse doctorale (PhD) en santé publique au Médical post University of ALMA-ATA, Alma by City, **Inédit**, 22 Septembre 1997
- Kitenge K.B.S., 2019, La place de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire en RDC (Vision sur le SNIS), Perspective et avenir, CEDRGEL, Institut Supérieur de Tourisme Goma, RDC N° 5/2019. 142-151
- Kramer, D. 2001. « La culture dans les tempêtes de la mondialisation. Le développement entre l'auto-exclusion et l'instrumentalisation. In Desarrollo y Cooperación. N° 3/2001. 8-13.
- López, L.E. 1996, Les souris grises ne dansent plus. Sur l'interculturalité, la démocratie et l'éducation. Dans: J.C. Godenzzi (dir. publ.) Interculturalidad y educación en los Andes y la Amazonia. Cuzco:
- Martínez, M. 1995. [L'éducation morale : une nécessité dans les sociétés plurielles et démocratiques]. Dans : Revista Iberoamericana de Educación , Número 7. 13-40.
- Moya, R. 1998. [Réformes éducatives et inter-culturalité en Amérique latine]. Dans : Revista Iberoamericana de Educación, N° 17. 105-187.
- PEMANAKUE BABUNDIAKA Joseph, Système National d'Information Sanitaire : un outil pour la prise de décision «Forces et faiblesses» Cas de la Ville de Lubumbashi, DEA, ESP, UNILU, 2019)
- Saleh Mwemedi, Evolution du système national d'information sanitaire de la République Démocratique du Congo entre 2009 et 2015, **ESP, UNIKIN, 2017.**
- Soledad Perez, Dominique Groux, Ferran Ferrer(2002), Éducation comparée et éducation interculturelle : éléments de comparaison. **Dans** Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation, Institut Universitaire de Formation des Maîtres de Versailles, pages 49 à 65

3. COURS/ SEMINAIRES DEA

- Angel ONSIN N'Saman, 2020, Fonctions d'organisation et de commandement, & Leadership, Inédit, 3^e cycle, CEPROMAD, KIN, RDC

- Baleke Ruguduka, 2020, Andragogie, 3^e Cycle, UPN, Inédit, RDC
- Bernardin M, 2019, **Cours de** Management de performance, CEPROMAD, DEA, Inédit, Kin, RDC
- Bernardin Mbol E Munkur, **2020, Cours/ Séminaire de** Management du système intégré, CEPROMAD, DEA, Inédit, Kin, RDC
- Dr Parfait Kabole Mbayo, MPH, 2010, Cours de l'économie de la santé, Santé publique, GIS, l'U.O/CIDEP Kongolo, Inédit, Katanga, RDC
- KIKIDI MBOSO, 2020, Système et politiques sanitaires comparées, 3^e cycle, Inédit, CEPROMAD, Kin, RDC
- KITENGE M, 2018, Les problèmes de santé dans les pays en voie de développement, Organisation sociale, Inédit, ISDR Kongolo, RDC
- Mukau Ebwel Joachim, 2020, Education Comparée, 3^e Cycle, Inédit, UPN, RDC
- Nsaman O-LUTU Oscar, 2018, Cours/Séminaire de Diagnostic institutionnel, Audit interne, contrôle de gestion et gouvernance, Inédit, 3^e cycle, CEPROMAD, KIN, RDC
- Nyembo K, 2019, Note de cours de Problèmes de santé en milieu rural, Inédit, ISDR Kongolo, RDC

2. WEBOGRAPHIE

- 1) Ass. Hilaire RUDAHABA BATUMIKE, Interactions entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne AU SUD-KIVU, In Santé et Médecine Traditionnelle, ISDR/ Bukavu RDC, <https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/4562/2213.pdf?sequence=1>
- 2) MINISANTE RDC (2009), pharmacopée traditionnelle de la République Démocratique du Congo Science et Tradition PREMIERE EDITION, <https://acorep-dpmrdc.org/Base/GetPDF/32?filename=PHARMACOPE%20TRADITIONNELLE%20VERSION%20FINALE.pdf>
- 3) MINISANTE RDC, PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle, 2016, <https://www.prb.org/wp->

[content/uploads/2020/06/RDC-Plan-National-de-Developpement-Sanitaire-2016-2020.pdf](#)

- 4) MINISANTE, RDC, Loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé publique <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/109917/136538/F-759347609/COD-109917.pdf>
- 5) OMS (2018), Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325564/9789242550368-fre.pdf>
- 6) OMS (2001) Médecine traditionnelle chinoise https://WPR_RC052_07_Traditional_Medicine_2001_fr.pdf
- 7) REVALORISATION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE POUR APPUYER LE DEVELOPPEMENT : Recherche et expérience au Sud-Kivu, R. D. C. ATR. Me. Chifundera Kusamba, CRSN/Lwiro, In Santé et Médecine Traditionnelle, RDC, <https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/4562/2213.pdf?sequence=1>
- 8) Systèmes de santé en action : un e-guide pour les gestionnaires et les dirigeants. Medford, MA: Management Sciences for Health, 2010. <http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-e-handbook-for-leaders-and-managers>

TABLE DES MATIERES

EPIGRAPHE	ii
IN MEMORIAM.....	iii
DEDICACE	iv
REMERCIEMENTS	v
1. INTRODUCTION.....	i
0.1. Contexte de l'étude	i
0.2. Justification et pertinence du sujet de l'étude	iii

0.3. Etat de la question.....	v
0.4. Problèmes de recherche	xii
0.5. Objectifs de la recherche	xvi
0.4.1. Objectif général.....	xvi
0.4.2. Objectifs spécifiques	xvi
0.4. Hypothèses de recherche	xvii
0.4.1. Hypothèse générale	xvii
0.4.2. Hypothèses spécifiques.....	xvii
0.4. Résumé méthodologique.....	xvii
0.5. Division du travail	xviii
CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR MANAGEMENT INCLUSIF	xix
1.2. Management selon divers auteurs	xxii
1.3. Stratégie.....	xxiv
1.4. Synergie	xxiv
1.5. Efficience – Efficacité – performance - Haute performance	xxiv
1.6. Relations entre administration, management et gestion	xxv
1.7. Fonctions de management	xxvi
CHAPITRE 2. EDUCATION INTERCULTURELLE ET LA NECESSITE DU PLAIDOYER.....	lxiii
2.1. Aperçu historique de l'éducation interculturelle.....	lxiii
2.2. Connaissances, innovations et pratiques traditionnelles.....	lxiv
CHAPITRE 3. CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	cv
3.1. Présentation du milieu d'étude : Territoire de Nyunzu.....	cv
3.1.1. Données géographiques.....	cv
3.1.2. Particularités et richesses du territoire (zone de santé) de Nyunzu	cvi
3.1.3. Données culturelles	cvi
3.1.4. Principales activités	cvii
3.1.5. Situation économique	cviii
Principales activités des opérateurs économiques :.....	cviii

Sources : Masandi 2020	cxxvi
3.4.1. Approche de recherche : abduction.....	cxxvi
3.4.3.1. Collecte des données	cxxviii
Tableau 2.4. Congruence Questions-Thèmes de la grille d'entretien.....	cxxxiv
3.4.3.2. Traitement des données.....	cxli
CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS	clii
4.1. Résultats issus de l'analyse documentaire	cliii
4.1.1. Analyse des rubriques clés du rapport SNIS d'une aire de santé.	cliv
4.1.1.1. Aperçu conceptuel et évolution SNIS	cliv
4.2. Résultats issus des entretiens.....	clxii
4.2.1. Entretien avec les tradi-praticiens autochtones.....	clxii
4.2.3. Résultats issus de l'entretien avec le Président de la société civile.....	clxxxv
CHAPITRE 5. VERIFICATION DES HYPOTHESES, DISCUSSIONS DES RESULTATS.....	clxxxvii
5.1. Vérification des hypothèses.....	clxxxvii
CONCLUSION	ccxv
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE ET WEBOGRAPHIQUE	ccxix
TABLE DES MATIERES.....	ccxxvii

ANNEXES

ANNEXE 1 : SNIS AVEC APPORT CULTUREL

ANNEE <input style="width: 100%;" type="text"/>	MOIS <input style="width: 100%;" type="text"/>
PROVINCE <input style="width: 100%;" type="text"/>	ZONE DE SANTE <input style="width: 100%;" type="text"/>
AIRE DE SANTE <input style="width: 100%;" type="text"/>	STRUCTURE <input style="width: 100%;" type="text"/>
COORDINATION MED TRAD <input style="width: 100%;" type="text"/>	NBr SSC Rapportant le mois <input style="width: 100%;" type="text"/>
NBRE DE TRADI PRATICIENS/ A.S. <input style="width: 100%;" type="text"/>	ATR ayant rapportée <input style="width: 100%;" type="text"/>

INFORMATIONS IMPORTANTES TRANSMISES :

a) Communautaire :.....

b) Du SSC

c) De la structure :

ENVOI PAR FOSA : NOM DE L'INFIRMIER :.....	DATE D'ENVOI SIGNATURE ET SCEAU FOSA :
RECEPTION BCZS : Date de réception...../...../20..... Nom et signature à la réception 	SAISI DANS DHISZ : Date de saisi/...../20..... Nom et signature à la saisi

ANNEXE 2 : CANEVAS SNIS BCZS

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

RAPPORT MENSUEL DU BCZ



Année	<input type="text"/>	Mois	<input type="text"/>
Province	<input type="text"/>	Zone de Santé	<input type="text"/>
Structure	<input type="text"/>	Population	<input type="text"/>

Informations importantes

REPLISSAGE PAR LE BCZ

Nom du MCZ _____	Date De remplissage <input type="text"/>
Qualification _____	Nom et Signature _____
	Sceau du BCZ

SAISIE DANS DHIS2 PAR BCZ

Date de saisie	<input type="text"/>
Nom et Signature	_____

1. COORDINATION ET ENCADREMENT

1.1. Exécution du plan d'action (Plan de travail)

	Nombre
Activités Programmées pour le mois	
Activités Non Débutées	
Activités en Cours d'Exécution	
Activités entièrement exécutées	
Activités programmées les mois Précédents dont l'Exécution s'est Terminé ce Mois	
Évaluation A mi-Parcours du plan Opérationnel	

1.2. Documents finalisés ce mois

	Nombre
Plan opérationnel de la zone	
Rapports de recherche opérationnelle	

1.3. Organe de gestion

	Réunions prévues	Comptes Rendus Produits
Réunion semestrielle du Conseil d'administration ZS		
Réunion du comité de gestion (COGE) ZS		
Réunion hebdomadaire de l'équipe cadre (ECZ)		
Réunion validation et analyse données du SNIS		
Réunion de la cellule épidémiologique		
Comité territorial/communal de développement (COCODEV)		
Réunion de monitoring avec les IT		

1.5. Appui au monitoring des CS

	MCZ	AG	IS	AC	Autres
Visites programmées					
Visites exécutées					
Micro planifications appuyées					

1.6. Formations réalisées

	ECZ	HGR	CS	Autres
Formations programmées				
Formations exécutées				
Participants Médecin				
Participants AG				
Participants Pharmaciens				
Participants Infirmier				
Participants Nutritionniste				
Autres participants				

1.4. Supervisions exécutées par l'ECZ

	Nombre
Supervisions programmées CS	
Supervisions exécutées CS	
Supervisions avec Rétro information CS	
Supervisions programmées Hop	
Supervisions exécutées Hop	
Supervisions avec Rétro information Hop	
Supervisions programmées ITM	
Supervisions exécutées ITM	
Supervisions avec Rétro information ITM	
Supervisions programmées Autres	
Supervisions exécutées Autres	
Supervisions avec Rétro information Autres	
Prestataires Fosa bénéficiant une supervision	

2. GESTION DES RESSOURCES

2.1. Gestion du personnel

	Agents	Jours de travail prévus	Jours de travail prestés	Jours d'absences justifiées
Infirmier L2				
Infirmier A1				
Infirmier A2				
Administrateur gestionnaire				
Nutritionnistes A2 /A1/ L2				
Pharmacien				
Médecin généraliste				
Médecin santé publique				
Autre personnel				

2.2. Situation Générale des items en stock

	Nombre
Items en stock	
Items en sur stock	
Item dont une partie du stock est en voie de péremption	
Item avec risque de perte par péremption	
Fosa avec au moins 90% des médicaments traceurs	
Fosa n'ayant signalé aucune rupture de stock des anti paludéens	

2.3. Valeur du dépôt du BCZS

	Montant
Valeur du stock physique de médicaments (+)	
Montant du compte pharmacie (+)	
Montant des commandes en cours (déjà payées) (+)	
Montant à recouvrer (créances) (+)	
Montant à payer au tiers (dettes) (-)	
Valeur réelle de la pharmacie	
Valeur du stock sur fiche	
Perte de la pharmacie	

2.4 Matériels et Equipements de bureau

	Jrs Non Fonctionnel
Ordinateur	
Imprimante	
Photocopieuse	
Machine à écrire	
Stencileuse	
Phonie	
Internet	
Frigos	
Congélateur	
Boîte isotherme	
Générateur	
Kit solaire	
Electricité(Réseau public)	
Véhicules	
Motos	
Vélo	
Hors Bord	
Autres	

2.5 Disponibilité Outils de Gestion

Dénomination du Produit	Stock au début du mois	Quantités recues	Quantités distribuées aux FOSA
Fiches de consultation curative			
Fiches CPN			
Partogramme			
Canevas SNIS			
Registre de consultation curative			
Registre d'hospitalisation			
Registre CPN			
Registre d'accouchements			
Livre de Caisse			
RUMER			

2.6 Gestion du carburant

	Véhicule	Moto	Hors-Bord
Quantité du Carburant consommée (litre)			

2.7 Gestion du carburant (Suite)

	Gasoil	Essence	Pétrole
Stock début du mois			
Quantité reçue au cours du mois			
Stock fin du mois			

3. GESTION FINANCIERE

3.1. Recettes(FC)

RECETTES	Montant
Solde du mois précédent	
Taxes et frais administratifs	
Recettes des Médicaments	
Petit matériel	
Contributions des structures	
Recettes propres	
Subventions et subsides de l'Etat	
Autres subventions et subsides	
Emprunts	
Remboursement prêt	

3.2. Dépenses(FC)

DEPENSES	Montant
Salaire personnel	
Primes de risque personnel	
Primes locales personnel	
Primes partenaires personnel	
Depenses Médicaments	
Depenses Petit materiel	
Achat fournitures	
Contributions	
Remboursements emprunts	
Prêt – avance	
Investissement	
Transfert subvent° et subsides Etat	
Transfert autre subvent° et subsides	
Versement au trésor public	
Entretien Matériels et Équipements	
Achat carburant et lubrifiant	

3.3. Valorisation des subventions et subsides recues.

	Etat	Partenaires	Autre
Salaire personnel			
Primes personnel			
Personnel de la structure d'appui			
Infrastructure - Construction			
Infrastructure - Réhabilitation			
Subvention Matériel - Véhicule			
Matériel - Equipement médicaux			
Matériel - Autre équipement			
Matériel - Médicaments			
Activités des Formations			
Autres Activites			
Activités de soins - Routine			
Activités de soins - Urgence			

5. MEDICAMENTS ET INTRANTS PEV (SIGL)

N°	Description du produit (Nom en DCI, Forme, Dosage)	Stock début du Mois	Entrées du Mois	Sortie	Perte/ Ajustement	Stock Disponible Utilisable	OBS
A	B	C	D	E	F	G	H
MALARIA							
1	Artesunate+Amodiaquine, 25mg+67.5mg, 3 Tab, 2-11mois						
2	Artesunate+Amodiaquine, 50mg+135mg, 3 Tab, 1-5ans						
3	Artesunate+Amodiaquine, 100mg+270mg, 3 Tab, 6-13ans						
4	Artesunate+Amodiaquine, 100mg+270mg, 6 Tab, Adulte						
5	Artésunate, 100mg, suppositoire						
6	Artesunate, 200mg, suppositoire						
7	Artésunate, 60mg, Injectable, Amp						
8	Quinine HCl/Sulf, 300mg base, Tab						
9	Quinine HCl/Sulf, 500mg base, Tab						
10	Quinine Bichlorhydrate, 300mg/ml, 2ml, Amp						
11	Sulfadoxine + Pyrimethamine, 500+25mg, Tab						
12	Test Diagnostic Rapide, Malaria, 1 test						
13	Artemether+Luméfántrine, 20mg+120mg, 6Tab dispers.,2-11 mois						
14	Artemether+Luméfántrine, 20mg+120mg, 12 Tab dispers., 1-5 ans						
15	Artemether+Luméfántrine, 20mg+120mg, 18 Tab, 6-13 ans						
16	Artemether+Luméfántrine, 20mg+120mg, 24 Tab, Adulte						
17	Moustiquaire Impregnée d'insecticide						
PLANIFICATION FAMILIALE							
18	Collier du cycle, pièce						
19	Condom féminin, pièce						
20	Condom masculin, pièce						
21	Acetate de medroxyprogesterone (Dépo-Provera), 150mg, Flacon						
22	DIU T 380 A (Stérilet), pièce						
23	Etonogestrel 68 mg (Implanon NXT), pièce						
24	Levonorgestrel 75 mg, Implant + dispositif (Jadelle + trocar), pièce						
25	Levonorgestrel (Pillule d'urgence) 1.5 mg, plaquette						
26	Ethinylestradiol 0.03mg + Lévonorgestrel 0.15mg (Microgynon), plaquette						
27	Levonorgestrel 1.5mg (Microlut, Pillule non combinée), plaquette						
28	Acetate de medroxyprogesterone 104mg/0.65ml (Sayana Press)						
VIH/SIDA							
29	ABC/3TC 60/30mg, 60 tabs Dispersibles						
30	ABC/3TC 120/60mg, 60 tabs						
31	DTG 50mg, 30 tabs						
32	EFV 200mg, 90 scored tabs						
33	EFV/3TC/TDF 600/300/300mg, 30 tabs						
34	3TC/NVP/AZT 30/50/60mg, 60 tabs						
35	3TC/TDF 300/300mg, 30 tabs						
36	3TC/TDF/DTG 300/300/50mg, 30 tabs						
37	Lp/r 200/50mg [Aluvia], 120 tabs						
38	Lp/r 40/10mg Pellets, 120 capsules						
39	NVP 50mg, dispersible, 30 Tabs						
40	AZT/3TC 60/30mg, 60 tabs						
41	Test, VIH 1+2, rapide, Determine, 1 test						
42	HIV 1/2, Uni-Gold HIV Kit, 1 test						
43	HIV 1/2 VIKIA, 1 test						
44	Réactif d'extraction DNA, Kit						
45	Réactif d'extraction RNA, Kit						
46	Réactif d'amplification DNA, Kit						
47	Réactif d'amplification RNA, Kit						

N°	Description du produit (Nom en DCI, Forme, Dosage)	Stock début du Mois	Entrées du Mois	Sortie	Perte/ Ajustement	Stock Disponible Utilisable	OBS
A	B	C	D	E	F	G	H
SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE							
48	Amoxicilline, 250mg, Disp. Tab						
49	Fer sulfate+Acide Folique, 200mg+0,25mg, Tab						
50	SRO+Zinc Sulfate (2 sachets+10 cp), Co-packaged, Kit						
51	Amoxicillin 1g pwd for inj.						
52	Ceftriaxone 1g, Vial, Unité						
53	Dexamethasone sodium phosphate, 4mg/ml, 1ml						
54	Gentamycine, 40mg/ml, 2ml, Amp						
55	Ketamine, 50mg/ml, 10ml, Vial						
56	Mebendazole, 100mg, Tab						
57	Misoprostol 200 µg						
58	Oxytocine, 10UI/ml, 1ml, Amp						
59	Sulfate de Magnésium, 500mg, 10ml, Amp						
60	Chlorhexidine digluconate 7,1%, 10gr, gel, tube						
61	Clotrimazole, 500mg, Tab gynécol, avec applicateur						
62	Nystatine, 100.000 UI, Tab vaginal						
63	Dextrose (Glucose), 50%, 50ml,						
TUBERCULOSE							
64	Isoniazid (H), 100 mg						
65	Isoniazid (H), 300 mg						
66	Rifampicine/Isoniazide (RH), 150/75 mg						
67	Rifampicine/Isoniazide (RH), 75/50 mg						
68	Rifampicine/Isoniazide/Ethambutol (RHE), 150/75/275 mg						
69	Rifampicine/Isoniazide/Pyrazinamide (RHZ), 75/50/150mg						
70	RHZE, 150/75/400/275 mg						
TRANSFUSION SANGUINE							
80	Poche de transfusion 250 ml						
81	Test de groupage sanguin, anti A, monoclonal, 10ml, Unité						
82	Test de groupage sanguin, anti AB, monoclonal, 10ml						
83	Test de groupage sanguin, anti B, monoclonal, 10ml, Unité						
84	Test de groupage sanguin, anti D, monoclonal, 10ml, Unité						
85	Test urinaire Glucose/Proteine/Ph/Sang, Unité						
86	Test, hépatite B, rapide, Détermine, Flacon 100 tests						
87	Test, hépatite C, rapide, Détermine, Flacon 100 tests						
88	Test, Syphilis, RPR, 250 tests						
Médicaments de l'Hypertension Artérielle							
89	Nifedipine, 10mg, Caps						
90	Enalapril, 2.5mg, Tab						
Médicaments contre le Diabète							
91	Insuline isophane NPH, 40UI/ml, 10ml, Vial, Unité						
92	Glibenclamide, 5mg, Tab						
Autres Médicaments Essentiels Génériques TRACEURS							
93	Ciprofloxacine Chlorhydrate, 500mg, Tab, Blister						
94	Cotrimoxazole, 480mg, Tab						
95	Dextrose (Glucose), 5%, 500ml, Perfusion						
96	Diazepam, 5mg, Tab						
97	Dichloroisocyanurate de sodium (NaDCC) 1.67(eq. 1g Cl)						
98	Epinéphrine (Adrenaline), 1mg/ml, 1ml, Amp, Unité						
99	Erythromycine, 250mg, Tab						
100	Fil de Sut.,PGA,tressé,75cm,déc.2(3/0),aig.1/2c,R,eff,30mm						
101	Lidocaïne chlorhydrate, 2%, 20 ml, Vial						
102	Metronidazole, 250mg, Tab						
103	Ringer lactate (Solution de Hartmann), 500ml, Perfusion						
104	Salbutamol sulfate, 4mg, Tab						
NUTRITION							
105	Plumpy'Nut, Boîte						
106	Lait thérapeutique F-75, Boîte						
107	Lait thérapeutique F-100, Boîte						

VACCINS								
		Doses/Qté au début du mois	Doses/Qté reçues au cours du mois	Doses/Qté utilisées (Doses de flacons ouverts)	Doses/Qté Administrées	Doses/Qté Perdus (Doses de flacons ouverts)	Taux de perte	Nbre de jours de rupture de stock
108	BCG							
109	<i>Diluant BCG</i>							
110	VPO							
111	VPI							
112	DTC-HépB-Hib							
113	Pneumo-13							
114	Rota							
115	VAR							
116	<i>Diluant VAR</i>							
117	VAA							
118	<i>Diluant VAA</i>							
119	Td							
	Seringues							
120	SAB BCG (0,05ml)							
121	SAB 0, 5ml							
122	Dilution 2ml							
123	Dilution 5ml							

6. SUIVI DES EPIDEMIES & SNIS

6.1. Gestion de l'information SNIS

	Hôpitaux	CSR	CS	PS	Autres
Rapport SNIS mensuel attendus					
Rapport SNIS mensuel reçus					
Rapport SNIS mensuel reçus à temps					
Rapport SNIS mensuel complets reçus à temps					
Rapport SNIS mensuel correctement remplis					
Rétro information écrite expédiée					

6.2. Surveillance épidémiologique (SURVEPI)

	Hôpitaux	CS	Autres
Rapports hebdomadaires attendus			
Rapports hebdomadaires reçus			
Rapports hebdomadaires reçus dans le délai			
Rapports hebdomadaires correctement remplis			
Rétro info écrite expédiée			

6.3. Suivi des épidémies

	Seuil épidémie	Nb Cas	Seuil epid Atteint ou dépasse	Cas investigué	Echantillon Examine (labo)	Cas confirmé(s)	Epidémie déclarée	Epidémie ayant fait l'objet de riposte
Choléra								
Diarrhée sanglante								
Fièvre hémorragique								
Méningite								
Paludisme								
Rougeole								
Coqueluche								
Tétanos Néonatal								
PFA								
Fièvre Jaune								
Monkey pox								
IRA								
Fièvre typhoïde								
Peste								
Rage								

6.4. Investigations PFA

	Nombre
Cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés endéans 14 jours du début	
Cas de paralysie endéans 14 jours du début	

ANNEXE 3 :

FICHE D'ENTRETIEN N° .../ BIN/DOC/2021

THEME DE RECHERCHE :

MANAGEMENT INCLUSIF DU SYSTEME DE SANTE

Plaidoyer pour la participation des peuples autochtones à la gestion du secteur de santé de Nyunzu et la promotion de l'éducation Interculturelle

QUESTIONNAIRE GUIDE D'ENTRETIEN

- 1) Etes-vous consultés par les pouvoirs publics, les partenaires au développement, les ONGDs, les églises, ..., avant – pendant et après l'exécution des programmes ou activités du domaine de santé dans votre milieu ?
- 2) Les autochtones sont-ils consultés par les pouvoirs publics, les partenaires au développement, les ONGDs, les églises, ..., avant – pendant et après l'exécution des programmes ou activités du domaine de santé dans votre milieu
- 3) Si non pourquoi ? (aux questions 1 et 2)
- 4) Quelle est votre attitude face à la médecine moderne (Si Tradi praticiens)
- 5) Quelle est votre attitude face à la médecine traditionnelle (Si agent de santé)?
- 6) Etes-vous disposés à collaborer avec les agents de la santé(Si Tradi praticiens), les chercheurs et les autres partenaires intéressés, en vue de partager leurs informations et connaissances en matière des produits médicamenteux ?
- 7) Quels sont les axes sur lesquels serait basée cette collaboration ?
- 8) Quelles sont vos attentes à l'égard l'amélioration du système sanitaire de la RDC ?
- 9) Avez-vous ou connaissez-vous un autochtone qui a occupé un poste dans le système de santé ?
- 10) Si oui à quel poste ? - Médecin ; Infirmier, AGIS ; Autre poste à préciser
- 11) Les malades pris en charge par les tradi praticiens sont-ils enregistrés ?
- 12) Les malades pris en charge par les tradi praticiens sont-ils rapportés ?
- 13) Comment se gère les SNIS à ce niveau du système de santé ?
- 14) Avez-vous déjà reçu un malade en provenance d'un centre de santé ou un hôpital (Si tradi praticien)
- 15) Avez-vous déjà reçu un malade en provenance de la médecine traditionnelle (si agent de santé)?
- 16) Ces cas sont-ils venus avec une note de transfert ?
- 17) Apres traitement, l'avez-vous renvoyé avec une note ou un message auprès du médecin/infirmier (Ou MT) sur le traitement fait ?
- 18) Si non pourquoi ?
- 19) Quels sont, selon vous les principales actions à mener pour renforcer la collaboration entre les tradi praticiens et le personnel de santé des structures ?
- 20) Quels sont vos points de vu, si les connaissances médicales traditionnelles sont incluses dans les écoles infirmières et les facultés de médecine pour guérir les malades à travers les structures de santé ?
- 21) Quelles sont vos points de vu si on intègre les enfants autochtones dans les écoles infirmières et facultés pour partager la même formation moderne et traditionnelle de soins pour guérir les malades ?
- 22) Selon vous, le travail des tradi praticiens autochtones est-il connu par le système de santé ?

- 23) Selon vous, le travail des tradi praticiens est-il utile pour le système de santé de Nyunzu ?
- 24) Forces et faiblesses de la médecine traditionnelle des autochtones?
- 25) Connaissez-vous le coordinateur de la médecine traditionnelle dans votre zone de santé ?
- 26) Si oui, les tradi praticiens bénéficient-ils de ces appuis ?
- 27) Quel type d'appui les tradi praticiens bénéficient-ils auprès de la coordination MT ?
- 28) Quel type d'information les tradi praticiens rapportent-ils à la coordination et/ou à la zone de santé (Centre de santé) ?
- 29) (Si Tradi praticien), Pouvez-vous nous parler de votre expérience en tant que tradi praticiens ? (Défis et succès)
- 30) (Agent de santé) Avez-vous un témoignage sur une (des) expérience (s) des tradi praticiens de votre aire de santé (Zone de santé) ?
- 31) Si oui les compétences/ expériences des tradi praticiens sont-elles déjà validées (Connues) par les instances (ZS, DPS, MSP)?
- 32) Si non à la validation, Pourquoi ?
- 33) Avez un cadre de formation de réuni les Batwas et les Bantous (sur le plan de cultures ?)
- 34) Si oui quel cadre et comment il fonctionne
- 35) Quels besoins de formation ou d'appui pour le développement professionnel des tradi praticiens (selon les tradi praticiens et selon les agents de santé) ?
- 36) Les autorités du système de santé réalisent ils des missions de supervision pour appuyer la médecine traditionnelle (),
- 37) si non pourquoi ?
- 38) Qu'est-ce qui motive le travail des tradi praticiens ?
- 39) Selon vous, quelles sont les opportunités qui propulsent le travail des tradi praticiens
- 40) Depuis combien de temps êtes-vous tradi praticiens
- 41) Depuis combien de temps êtes-vous personnel de santé (moderne) ? Avez-vous quel niveau d'étude ?

ANNEXE 4 :

DECLARATION DES NATIONS UNIES SUR LES DROITS DES PEUPLES AUTOCHTONES

Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 13 septembre 2007

[sans renvoi à une grande commission (A/61/L.67 et Add.1)]

Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones

L'Assemblée générale,

Prenant note de la recommandation faite par le Conseil des droits de l'homme dans sa résolution 1/2 du 29 juin 2006, par laquelle il a adopté le texte de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones,

Rappelant sa résolution 61/178 du 20 décembre 2006, par laquelle elle a décidé, d'une part, d'attendre, pour examiner la Déclaration et prendre une décision à son sujet, d'avoir eu le temps de tenir des consultations supplémentaires sur la question, et, de l'autre, de finir

Annexe

Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones *L'Assemblée générale,*

Guidée par les buts et principes énoncés dans la Charte des Nations Unies et convaincue que les États se conformeront aux obligations que leur impose la Charte,

Affirmant que les peuples autochtones sont égaux à tous les autres peuples, tout en reconnaissant le droit de tous les peuples d'être différents, de s'estimer différents et d'être respectés en tant que tels,

Affirmant également que tous les peuples contribuent à la diversité et à la richesse des civilisations et des cultures, qui constituent le patrimoine commun de l'humanité,

Affirmant en outre que toutes les doctrines, politiques et pratiques qui invoquent ou prônent la supériorité de peuples ou d'individus en se fondant sur des différences d'ordre national, racial, religieux, ethnique ou culturel sont racistes, scientifiquement fausses, juridiquement sans valeur, moralement condamnables et socialement injustes,

Réaffirmant que les peuples autochtones, dans l'exercice de leurs droits, ne doivent faire l'objet d'aucune forme de discrimination,

Préoccupée par le fait que les peuples autochtones ont subi des injustices historiques à cause, entre autres, de la colonisation et de la dépossession de leurs terres, territoires et ressources, ce qui les a empêchés d'exercer, notamment, leur droit au développement conformément à leurs propres besoins et intérêts,

Consciente de la nécessité urgente de respecter et de promouvoir les droits intrinsèques des peuples autochtones, qui découlent de leurs structures politiques, économiques et sociales et de leur culture, de leurs traditions spirituelles, de leur histoire et de leur philosophie, en particulier leurs droits à leurs terres, territoires et ressources,

Consciente également de la nécessité urgente de respecter et de promouvoir les droits des peuples autochtones affirmés dans les traités, accords et autres arrangements constructifs conclus avec les États,

Se félicitant du fait que les peuples autochtones s'organisent pour améliorer leur situation sur les plans politique, économique, social et culturel et mettre fin à toutes les formes de discrimination et d'oppression partout où elles se produisent,

Convaincue que le contrôle, par les peuples autochtones, des événements qui les concernent, eux et leurs terres, territoires et ressources, leur permettra de perpétuer et de renforcer leurs institutions, leur culture et leurs traditions et de promouvoir leur développement selon leurs aspirations et leurs besoins,

Considérant que le respect des savoirs, des cultures et des pratiques traditionnelles autochtones contribuent à une mise en valeur durable et équitable de l'environnement et à sa bonne gestion,

Soulignant la contribution de la démilitarisation des terres et territoires des peuples autochtones à la paix, au progrès économique et social et au développement, à la compréhension et aux relations amicales entre les nations et les peuples du monde,

Considérant en particulier le droit des familles et des communautés autochtones de conserver la responsabilité partagée de l'éducation, de la formation, de l'instruction et du bien-être de leurs enfants, conformément aux droits de l'enfant,

Estimant que les droits affirmés dans les traités, accords et autres arrangements constructifs entre les États et les peuples autochtones sont, dans certaines situations, des sujets de préoccupation, d'intérêt et de responsabilité à l'échelle internationale et présentent un caractère international,

Estimant également que les traités, accords et autres arrangements constructifs, ainsi que les relations qu'ils représentent, sont la base d'un partenariat renforcé entre les peuples autochtones et les États,

Constatant que la Charte des Nations Unies, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, ainsi que la Déclaration et le Programme d'action de Vienne, affirment l'importance fondamentale du droit de tous les peuples de disposer d'eux-mêmes, droit en vertu duquel ils déterminent librement leur statut politique et assurent librement leur développement économique, social et culturel,

Consciente qu'aucune disposition de la présente Déclaration ne pourra être invoquée pour dénier à un peuple quel qu'il soit son droit à l'autodétermination, exercé conformément au droit international,

Convaincue que la reconnaissance des droits des peuples autochtones dans la présente Déclaration encouragera des relations harmonieuses et de coopération entre les États et les peuples autochtones, fondées sur les principes de justice, de démocratie, de respect des droits de l'homme, de non-discrimination et de bonne foi,

Encourageant les États à respecter et à mettre en œuvre effectivement toutes leurs obligations applicables aux peuples autochtones en vertu des instruments internationaux, en particulier ceux relatifs aux droits de l'homme, en consultation et en coopération avec les peuples concernés,

Soulignant que l'Organisation des Nations Unies a un rôle important et continu à jouer dans la promotion et la protection des droits des peuples autochtones,

Convaincue que la présente Déclaration est une nouvelle étape importante sur la voie de la reconnaissance, de la promotion et de la protection des droits et libertés des peuples autochtones et dans le développement des activités pertinentes du système des Nations Unies dans ce domaine,

Considérant et réaffirmant que les autochtones sont admis à bénéficier sans aucune discrimination de tous les droits de l'homme reconnus en droit international, et que les peuples autochtones ont des droits collectifs qui sont indispensables à leur existence, à leur bien-être et à leur développement intégral en tant que peuples,

Considérant que la situation des peuples autochtones n'est pas la même selon les régions et les pays, et qu'il faut tenir compte de l'importance des particularités nationales ou régionales, ainsi que de la variété des contextes historiques et culturels,

Proclame solennellement la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, dont le texte figure ci-après, qui constitue un idéal à atteindre dans un esprit de partenariat et de respect mutuel :

Article premier

Les peuples autochtones ont le droit, à titre collectif ou individuel, de jouir pleinement de l'ensemble des droits de l'homme et des libertés fondamentales reconnus par la Charte des Nations Unies, la Déclaration universelle des droits de l'homme et le droit international relatif aux droits de l'homme.

Article 2

Les autochtones, peuples et individus, sont libres et égaux à tous les autres et ont le droit de ne faire l'objet, dans l'exercice de leurs droits, d'aucune forme de discrimination fondée, en particulier, sur leur origine ou leur identité autochtones.

Article 3

Les peuples autochtones ont le droit à l'autodétermination.

En vertu de ce droit, ils déterminent librement leur statut politique et assurent librement leur développement économique, social et culturel.

Article 4

Les peuples autochtones, dans l'exercice de leur droit à l'autodétermination, ont le droit d'être autonomes et de s'administrer eux-mêmes pour tout ce qui touche à leurs affaires intérieures et locales, ainsi que de disposer des moyens de financer leurs activités autonomes.

Article 5

Les peuples autochtones ont le droit de maintenir et de renforcer leurs institutions politiques, juridiques, économiques, sociales et culturelles distinctes, tout en conservant le droit, si tel est leur choix, de participer pleinement à la vie politique, économique, sociale et culturelle de l'État.

Article 6

Tout autochtone a droit à une nationalité.

Article 7

1. Les autochtones ont droit à la vie, à l'intégrité physique et mentale, à la liberté et à la sécurité de la personne.
2. Les peuples autochtones ont le droit, à titre collectif, de vivre dans la liberté, la paix et la sécurité en tant que peuples distincts et ne font l'objet d'aucun acte de génocide ou autre acte de violence, y compris le transfert forcé d'enfants autochtones d'un groupe à un autre.

Article 8

1. Les autochtones, peuples et individus, ont le droit de ne pas subir d'assimilation forcée ou de destruction de leur culture.
2. Les États mettent en place des mécanismes de prévention et de réparation efficaces visant :
 - a) Tout acte ayant pour but ou pour effet de priver les autochtones de leur intégrité en tant que peuples distincts, ou de leurs valeurs culturelles ou leur identité ethnique ;

- b) Tout acte ayant pour but ou pour effet de les déposséder de leurs terres, territoires ou ressources ;
- c) Toute forme de transfert forcé de population ayant pour but ou pour effet de violer ou d'éroder l'un quelconque de leurs droits ;
- d) Toute forme d'assimilation ou d'intégration forcée ;
- e) Toute forme de propagande dirigée contre eux dans le but d'encourager la discrimination raciale ou ethnique ou d'y inciter.

Article 9

Les autochtones, peuples et individus, ont le droit d'appartenir à une communauté ou à une nation autochtone, conformément aux traditions et coutumes de la communauté ou de la nation considérée. Aucune discrimination quelle qu'elle soit ne saurait résulter de l'exercice de ce droit.

Article 10

Les peuples autochtones ne peuvent être enlevés de force à leurs terres ou territoires. Aucune réinstallation ne peut avoir lieu sans le consentement préalable — donné librement et en connaissance de cause — des peuples autochtones concernés et un accord sur une indemnisation juste et équitable et, lorsque cela est possible, la faculté de retour.

Article 11

1. Les peuples autochtones ont le droit d'observer et de revivifier leurs traditions culturelles et leurs coutumes. Ils ont notamment le droit de conserver, de protéger et de développer les manifestations passées, présentes et futures de leur culture, telles que les sites archéologiques et historiques, l'artisanat, les dessins et modèles, les rites, les techniques, les arts visuels et du spectacle et la littérature.
2. Les États doivent accorder réparation par le biais de mécanismes efficaces — qui peuvent comprendre la restitution — mis au point en concertation avec les peuples autochtones, en ce qui concerne les biens culturels, intellectuels, religieux et spirituels qui leur ont été pris sans leur consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause, ou en violation de leurs lois, traditions et coutumes.

Article 12

1. Les peuples autochtones ont le droit de manifester, de pratiquer, de promouvoir et d'enseigner leurs traditions, coutumes et rites religieux et spirituels ; le droit d'entretenir et de

protéger leurs sites religieux et culturels et d'y avoir accès en privé ; le droit d'utiliser leurs objets rituels et d'en disposer ; et le droit au rapatriement de leurs restes humains.

2. Les États veillent à permettre l'accès aux objets de culte et aux restes humains en leur possession et/ou leur rapatriement, par le biais de mécanismes justes, transparents et efficaces mis au point en concertation avec les peuples autochtones concernés.

Article 13

1. Les peuples autochtones ont le droit de revivifier, d'utiliser, de développer et de transmettre aux générations futures leur histoire, leur langue, leurs traditions orales, leur philosophie, leur système d'écriture et leur littérature, ainsi que de choisir et de conserver leurs propres noms pour les communautés, les lieux et les personnes.

2. Les États prennent des mesures efficaces pour protéger ce droit et faire en sorte que les peuples autochtones puissent comprendre et être compris dans les procédures politiques, juridiques et administratives, en fournissant, si nécessaire, des services d'interprétation ou d'autres moyens appropriés.

Article 14

1. Les peuples autochtones ont le droit d'établir et de contrôler leurs propres systèmes et établissements scolaires où l'enseignement est dispensé dans leur propre langue, d'une manière adaptée à leurs méthodes culturelles d'enseignement et d'apprentissage.

2. Les autochtones, en particulier les enfants, ont le droit d'accéder à tous les niveaux et à toutes les formes d'enseignement public, sans discrimination aucune.

3. Les États, en concertation avec les peuples autochtones, prennent des mesures efficaces pour que les autochtones, en particulier les enfants, vivant à l'extérieur de leur communauté, puissent accéder, lorsque cela est possible, à un enseignement dispensé selon leur propre culture et dans leur propre langue.

Article 15

1. Les peuples autochtones ont droit à ce que l'enseignement et les moyens d'information reflètent fidèlement la dignité et la diversité de leurs cultures, de leurs traditions, de leur histoire et de leurs aspirations.

2. Les États prennent des mesures efficaces, en consultation et en coopération avec les peuples autochtones concernés, pour combattre les préjugés et éliminer la discrimination et pour promouvoir la tolérance, la compréhension et de bonnes relations entre les peuples autochtones et toutes les autres composantes de la société.

Article 16

1. Les peuples autochtones ont le droit d'établir leurs propres médias dans leur propre langue et d'accéder à toutes les formes de médias non autochtones sans discrimination aucune.
2. Les États prennent des mesures efficaces pour faire en sorte que les médias publics reflètent dûment la diversité culturelle autochtone. Les États, sans préjudice de l'obligation d'assurer pleinement la liberté d'expression, encouragent les médias privés à refléter de manière adéquate la diversité culturelle autochtone.

Article 17

1. Les autochtones, individus et peuples, ont le droit de jouir pleinement de tous les droits établis par le droit du travail international et national applicable.
2. Les États doivent, en consultation et en coopération avec les peuples autochtones, prendre des mesures visant spécifiquement à protéger les enfants autochtones contre l'exploitation économique et contre tout travail susceptible d'être dangereux ou d'entraver leur éducation ou de nuire à leur santé ou à leur développement physique, mental, spirituel, moral ou social, en tenant compte de leur vulnérabilité particulière et de l'importance de l'éducation pour leur autonomisation.
3. Les autochtones ont le droit de n'être soumis à aucune condition de travail discriminatoire, notamment en matière d'emploi ou de rémunération.

Article 18

Les peuples autochtones ont le droit de participer à la prise de décisions sur des questions qui peuvent concerner leurs droits, par l'intermédiaire de représentants qu'ils ont eux-mêmes choisis conformément à leurs propres procédures, ainsi que le droit de conserver et de développer leurs propres institutions décisionnelles.

Article 19

Les États se concertent et coopèrent de bonne foi avec les peuples autochtones intéressés — par l'intermédiaire de leurs propres institutions représentatives — avant d'adopter et d'appliquer des mesures législatives ou administratives susceptibles de concerner les peuples autochtones, afin d'obtenir leur consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause.

Article 20

1. Les peuples autochtones ont le droit de conserver et de développer leurs systèmes ou institutions politiques, économiques et sociaux, de disposer en toute sécurité de leurs propres

moyens de subsistance et de développement et de se livrer librement à toutes leurs activités économiques, traditionnelles et autres.

2. Les peuples autochtones privés de leurs moyens de subsistance et de développement ont droit à une indemnisation juste et équitable.

Article 21

1. Les peuples autochtones ont droit, sans discrimination d'aucune sorte, à l'amélioration de leur situation économique et sociale, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de la formation et de la reconversion professionnelles, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale.

2. Les États prennent des mesures efficaces et, selon qu'il conviendra, des mesures spéciales pour assurer une amélioration continue de la situation économique et sociale des peuples autochtones. Une attention particulière est accordée aux droits et aux besoins particuliers des anciens, des femmes, des jeunes, des enfants et des personnes handicapées autochtones.

Article 22

1. Une attention particulière est accordée aux droits et aux besoins spéciaux des anciens, des femmes, des jeunes, des enfants et des personnes handicapées autochtones dans l'application de la présente Déclaration.

2. Les États prennent des mesures, en concertation avec les peuples autochtones, pour veiller à ce que les femmes et les enfants autochtones soient pleinement protégés contre toutes les formes de violence et de discrimination et bénéficient des garanties voulues.

Article 23

Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions.

Article 24

1. Les peuples autochtones ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales, notamment de préserver leurs plantes médicinales, animaux et minéraux d'intérêt vital. Les autochtones ont aussi le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé.

2. Les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit.

Article 25

Les peuples autochtones ont le droit de conserver et de renforcer leurs liens spirituels particuliers avec les terres, territoires, eaux et zones maritimes côtières et autres ressources qu'ils possèdent ou occupent et utilisent traditionnellement, et d'assumer leurs responsabilités en la matière à l'égard des générations futures.

Article 26

1. Les peuples autochtones ont le droit aux terres, territoires et ressources qu'ils possèdent et occupent traditionnellement ou qu'ils ont utilisés ou acquis.

2. Les peuples autochtones ont le droit de posséder, d'utiliser, de mettre en valeur et de contrôler les terres, territoires et ressources qu'ils possèdent parce qu'ils leur appartiennent ou qu'ils les occupent ou les utilisent traditionnellement, ainsi que ceux qu'ils ont acquis.

3. Les États accordent reconnaissance et protection juridiques à ces terres, territoires et ressources. Cette reconnaissance se fait en respectant dûment les coutumes, traditions et régimes fonciers des peuples autochtones concernés.

Article 27

Les États mettront en place et appliqueront, en concertation avec les peuples autochtones concernés, un processus équitable, indépendant, impartial, ouvert et transparent prenant dûment en compte les lois, traditions, coutumes et régimes fonciers des peuples autochtones, afin de reconnaître les droits des peuples autochtones en ce qui concerne leurs terres, territoires et ressources, y compris ceux qu'ils possèdent, occupent ou utilisent traditionnellement, et de statuer sur ces droits. Les peuples autochtones auront le droit de participer à ce processus.

Article 28

1. Les peuples autochtones ont droit à réparation, par le biais, notamment, de la restitution ou, lorsque cela n'est pas possible, d'une indemnisation juste, correcte et équitable pour les terres, territoires et ressources qu'ils possédaient traditionnellement ou occupaient ou utilisaient et qui ont été confisqués, pris, occupés, exploités ou dégradés sans leur consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause.

2. Sauf si les peuples concernés en décident librement d'une autre façon, l'indemnisation se fait sous forme de terres, de territoires et de ressources équivalents par leur qualité, leur étendue et leur régime juridique, ou d'une indemnité pécuniaire ou de toute autre réparation appropriée.

Article 29

1. Les peuples autochtones ont droit à la préservation et à la protection de leur environnement et de la capacité de production de leurs terres ou territoires et ressources. À ces fins, les États établissent et mettent en œuvre des programmes d'assistance à l'intention des peuples autochtones, sans discrimination d'aucune sorte.

2. Les États prennent des mesures efficaces pour veiller à ce qu'aucune matière dangereuse ne soit stockée ou déchargée sur les terres ou territoires des peuples autochtones sans leur consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause.

3. Les États prennent aussi, selon que de besoin, des mesures efficaces pour veiller à ce que des programmes de surveillance, de prévention et de soins de santé destinés aux peuples autochtones affectés par ces matières, et conçus et exécutés par eux, soient dûment mis en œuvre.

Article 30

1. Il ne peut y avoir d'activités militaires sur les terres ou territoires des peuples autochtones, à moins que ces activités ne soient justifiées par des raisons d'intérêt public ou qu'elles n'aient été librement décidées en accord avec les peuples autochtones concernés, ou demandées par ces derniers.

2. Les États engagent des consultations effectives avec les peuples autochtones concernés, par le biais de procédures appropriées et, en particulier, par l'intermédiaire de leurs institutions représentatives, avant d'utiliser leurs terres et territoires pour des activités militaires.

Article 31

1. Les peuples autochtones ont le droit de préserver, de contrôler, de protéger et de développer leur patrimoine culturel, leur savoir traditionnel et leurs expressions culturelles traditionnelles ainsi que les manifestations de leurs sciences, techniques et culture, y compris leurs ressources humaines et génétiques, leurs semences, *leur pharmacopée*, leur connaissance des propriétés de la faune et de la flore, leurs traditions orales, leur littérature, leur esthétique, leurs sports et leurs jeux traditionnels et leurs arts visuels et du spectacle. Ils ont également le droit de préserver, de contrôler, de protéger et de développer leur propriété intellectuelle

collective de ce patrimoine culturel, de ce savoir traditionnel et de ces expressions culturelles traditionnelles.

2. En concertation avec les peuples autochtones, les États prennent des mesures efficaces pour reconnaître ces droits et en protéger l'exercice.

Article 32

1. Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'établir des priorités et des stratégies pour la mise en valeur et l'utilisation de leurs terres ou territoires et autres ressources.

2. Les États consultent les peuples autochtones concernés et coopèrent avec eux de bonne foi par l'intermédiaire de leurs propres institutions représentatives, en vue d'obtenir leur consentement, donné librement et en connaissance de cause, avant l'approbation de tout projet ayant des incidences sur leurs terres ou territoires et autres ressources, notamment en ce qui concerne la mise en valeur, l'utilisation ou l'exploitation des ressources minérales, hydriques ou autres.

3. Les États mettent en place des mécanismes efficaces visant à assurer une réparation juste et équitable pour toute activité de cette nature, et des mesures adéquates sont prises pour en atténuer les effets néfastes sur les plans environnemental, économique, social, culturel ou spirituel.

Article 33

1. Les peuples autochtones ont le droit de décider de leur propre identité ou appartenance conformément à leurs coutumes et traditions, sans préjudice du droit des autochtones d'obtenir, à titre individuel, la citoyenneté de l'État dans lequel ils vivent.

2. Les peuples autochtones ont le droit de déterminer les structures de leurs institutions et d'en choisir les membres selon leurs propres procédures.

Article 34

Les peuples autochtones ont le droit de promouvoir, de développer et de conserver leurs structures institutionnelles et leurs coutumes, spiritualité, traditions, procédures ou pratiques particulières et, lorsqu'ils existent, leurs systèmes ou coutumes juridiques, en conformité avec les normes internationales relatives aux droits de l'homme.

Article 35

Les peuples autochtones ont le droit de déterminer les responsabilités des individus envers leur communauté.

Article 36

1. Les peuples autochtones, en particulier ceux qui vivent de part et d'autre de frontières internationales, ont le droit d'entretenir et de développer, à travers ces frontières, des contacts, des relations et des liens de coopération avec leurs propres membres ainsi qu'avec les autres peuples, notamment des activités ayant des buts spirituels, culturels, politiques, économiques et sociaux.
2. Les États prennent, en consultation et en coopération avec les peuples autochtones, des mesures efficaces pour faciliter l'exercice de ce droit et en assurer l'application.

Article 37

1. Les peuples autochtones ont droit à ce que les traités, accords et autres arrangements constructifs conclus avec des États ou leurs successeurs soient reconnus et effectivement appliqués, et à ce que les États honorent et respectent lesdits traités, accords et autres arrangements constructifs.
2. Aucune disposition de la présente Déclaration ne peut être interprétée de manière à diminuer ou à nier les droits des peuples autochtones énoncés dans des traités, accords et autres arrangements constructifs.

Article 38

Les États prennent, en consultation et en coopération avec les peuples autochtones, les mesures appropriées, y compris législatives, pour atteindre les buts de la présente Déclaration.

Article 39

Les peuples autochtones ont le droit d'avoir accès à une assistance financière et technique, de la part des États et dans le cadre de la coopération internationale, pour jouir des droits énoncés dans la présente Déclaration.

Article 40

Les peuples autochtones ont le droit d'avoir accès à des procédures justes et équitables pour le règlement des conflits et des différends avec les États ou d'autres parties et à une décision rapide en la matière, ainsi qu'à des voies de recours efficaces pour toute violation de leurs droits individuels et collectifs.

Toute décision en la matière prendra dûment en considération les coutumes, traditions, règles et systèmes juridiques des peuples autochtones concernés et les normes internationales relatives aux droits de l'homme.

Article 41

Les organes et les institutions spécialisées du système des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales contribuent à la pleine mise en œuvre des dispositions de la présente Déclaration par la mobilisation, notamment, de la coopération financière et de l'assistance technique. Les moyens d'assurer la participation des peuples autochtones à l'examen des questions les concernant doivent être mis en place.

Article 42

L'Organisation des Nations Unies, ses organes, en particulier l'Instance permanente sur les questions autochtones, les institutions spécialisées, notamment au niveau des pays, et les États favorisent le respect et la pleine application des dispositions de la présente Déclaration et veillent à en assurer l'efficacité.

Article 43

Les droits reconnus dans la présente Déclaration constituent les normes minimales nécessaires à la survie, à la dignité et au bien-être des peuples autochtones du monde.

Article 44

Tous les droits et libertés reconnus dans la présente Déclaration sont garantis de la même façon à tous les autochtones, hommes et femmes.

Article 45

Aucune disposition de la présente Déclaration ne peut être interprétée comme entraînant la diminution ou l'extinction de droits que les peuples autochtones ont déjà ou sont susceptibles d'acquérir à l'avenir.

Article 46

1. Aucune disposition de la présente Déclaration ne peut être interprétée comme impliquant pour un État, un peuple, un groupement ou un individu un droit quelconque de se livrer à une activité ou d'accomplir un acte contraire à la Charte des Nations Unies, ni considérée comme autorisant ou encourageant aucun acte ayant pour effet de détruire ou d'amoindrir, totalement ou partiellement, l'intégrité territoriale ou l'unité politique d'un État souverain et indépendant.

2. Dans l'exercice des droits énoncés dans la présente Déclaration, les droits de l'homme et les libertés fondamentales de tous sont respectés. L'exercice des droits énoncés dans la présente Déclaration est soumis uniquement aux restrictions prévues par la loi et conformes aux obligations internationales relatives aux droits de l'homme. Toute restriction de cette nature sera non discriminatoire et strictement nécessaire à seule fin d'assurer la

reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui et de satisfaire aux justes exigences qui s'imposent dans une société démocratique.

3. Les dispositions énoncées dans la présente Déclaration seront interprétées conformément aux principes de justice, de démocratie, de respect des droits de l'homme, d'égalité, de non-discrimination, de bonne gouvernance et de bonne foi.

