



Revue Scientifique
LEADERSHIPISTES

**UNIVERSITE ET POLITIQUE POUR LA GOUVERNANCE
STRATEGIQUE DU DEVELOPPEMENT**

ISSN : 3080-7468

e-ISSN : 3080-7476

<https://doi.org/10.65291/lau.xdhn1581>

LEADERSHIP ACADEMIA UNIVERSITY

Editions de Leadership Academia University

« EDLAU »

Revue Scientifique de LAU

Publiée par

LEADERSHIP ACADEMIA UNIVERSITY

*Centre de Recherches Interdisciplinaires
En Leadership et Bonne Gouvernance (CRILBG)*

Comité de Rédaction

Rédacteur en Chef : Prof. Laddy LOMBO SEDZO
Rédacteur en Chef Adjoint : Prof. Remy Paul EALE BOSELA EKAKHOL
Secrétariat de Rédaction : Prof. Léonin NKONGO NIUMBA
C.T. AMENGADJI OMBAKU Bonne Année
Mr. Dan EALE

Editeur Responsable : Leadership Academia University,
4963, Avenue Tombalbaye, Q/ Golf, Kinshasa/Gombe
Tél : (+243) 81 99 14 465 & (+243) 99 79 59 788

Email : infos@launiversity.cd, bonneannee@revueleadershipistes.org

Comité Scientifique

Prof. Martin Fortuné MUKENDJI MBANDAKULU, Prof. Robert N'KWIM BIBI BIKAN, Prof. Daniel KWATA AJI, Prof. Laddy LOMBO SEDZO, Prof. Jean René BOONGI, Prof. Dédé ALIANGO MARACHTO, Prof. Claver PASHI LUMANA, Prof. Remy Paul EALE BOSELA EKAKHOL, Prof. Richard MAVUELA, Prof. Néhémie WILONDJA MWILANYA, Prof. Joseph NGWABIKA, Prof. Léonin NKONGO NIUMBA, Prof. David KUTANGILA MAYOYA, Prof. Jonathan DYANDA, Prof. Pitshou YADISADILA, Dr. Défi Grâce KAWATA KIESH, CT. Bonne Année OMBAKU AMENGADJI, CT. Mymy MIDUNGU, CT Michel KIELUKUSU

Abonnements

- Afrique : 40 \$
- Europe : 60 \$
- Amérique : 50 \$

Compte bancaire : FirstBank 2052081561287

Dépôt Légal n° JN 3.02406-57338

Mise en page et Impression :

E-mail :

Kinshasa

République Démocratique du Congo

SOMMAIRE

NKONGO NUIMBA Léonin et KASONGO O. Shekina

- Enjeux stratégiques de l'économie de la connaissance en République Démocratique Du Congo : « Plaidoyer pour la mise en œuvre d'une intelligence économique.....107-119

NKONGO NUIMBA Léonin et KABONGO K. Nathan

- Estimation de la demande des produits alimentaires en République Démocratique du Congo de 2005 à 2021.....120-134

AMENGADJI OMBAKU Bonne Année

- Analyse comparative des régimes politiques de la République Démocratique du Congo institués par la constitution du 1er août 1964 et celle du 18 février 2006.....135-162

MUHINDO David

- Regards sur la décentralisation pratiquée en République Démocratique du Congo, comme instrument de bonne gouvernance.....163-192

TAMBWE SUMAILI Emmanuel

- **L'apport du Leadership de Service dans la prise en charge de la paraplégie traumatique en République Démocratique Du Congo.....193-223**

LOMBO SEDZO Laddy et AMENGADJI OMBAKU Bonne Année

- L'Eglise et l'Etat : un partenariat gagnant-gagnant pour la formation holistique de l'homme en République Démocratique du Congo.....225-241

KAZONGO NKOLE Jean Pierre

- L'impact du leadership éthique dans le management de la Sécurité Sociale en RDC de 2015 à 2022.....242-255

- La justice sociale et son renforcement : lutte contre la pathologie des refugies économiques, l’esclavage moderne et la traite des êtres humains256-272

L'apport du Leadership de Service dans la prise en charge de la paraplégie traumatique en République Démocratique Du Congo.

Emmanuel TAMBWE SUMAILI¹

Résumé

Explorer les qualités du leadership de service parmi les prestataires est une étude prospective, quantitative qui évalue avant et après, leur implémentation selon l'approche intellectuelle de VON ECKARTBERG. La problématique de la prise en charge de la LMET se pose avec acuité en RDC (taux de réussite : 27%) par rapport aux pays industrialisés (50 à 70%) avec forte morbi-mortalité. L'on constate que la morbi-mortalité est très élevée et l'insertion socio-économique précaire malgré les moyens prévus. Les études dans ce domaine sont rares, d'où l'intérêt de celle-ci. La population d'étude est constituée de paraplégiques et prestataires ; 103 personnes (39 patients et 64 prestataires) sélectionnées selon les critères mis en place. L'étude a montré que seuls 34,4% sont pris en charge, taux largement inférieur selon la littérature. L'implémentation des qualités du leadership serviteur sous l'approche intellectuelle a doublé la prise en charge et réduit de moitié, le biais avant et après implémentation. La capacité transformationnelle des prestataires (69,4%) a un impact réel. Cette étude a été significativement concluante. Le leadership de service et la formation des plateformes diversifiées entre acteurs et patients qui résistent aux épreuves du temps, ont constitué les recommandations.

Mots clés : Leadership – service – qualités – paraplégie – traumatique – prise-en-charge.

Abstract

Exploring the qualities of service leadership among service providers is a prospective, quantitative study that evaluates before and after their implementation according to VON ECKARTBERG's intellectual approach. The problem of LMET management is particularly acute in the DRC (success rate: 27%), compared with industrialized countries (50 to 70%), where morbidity and mortality are high. The morbidity and mortality rate is very high and socio-economic integration is precarious, despite the resources provided. Studies in this field are rare, hence the interest of this one. The study 103 people (39 patients and 64 providers) selected according to established criteria. The study showed that only 34.4% of patients were cared for, a much lower rate than in the literature. Implementing the qualities of servant leadership under the intellectual approach doubled uptake and halved bias before and after implementation. The transformational capacity of providers (69.4%) had a real impact. This study was significantly conclusive. Service leadership and the formation of diversified platforms between actors and patients that stand the test of time, were the recommendations.

Keywords: Leadership - service - qualities - paraplegia - trauma - care.

I. Cadre Théorique de référence

Sous cette rubrique, nous avons défini les différents concepts utilisés dans le texte afin de faciliter la compréhension de nos lecteurs. Ensuite, nous avons donné l'évolution historique et la typologie de la paraplégie traumatique, avant de déboucher enfin, sur les déficiences médicales et les complications observées.

I.1.Définition.

a) Paraplégie.

¹ Emmanuel TAMBWE SUMAILI est Docteur en Leadership et Gouvernance de Beulah Heights University (BHU) à Atlanta, Etat de Georgie, USA, et Médecin spécialiste en Neurochirurgie à Kinshasa.

La paraplégie se définit par la perte de la motricité volontaire et de la sensibilité dans les territoires situés au-dessous de la lésion médullaire. Elle s'étend généralement du bassin jusqu'à l'extrémité des membres inférieurs.

Dans 80% des cas, elles sont de cause traumatique, touchant l'homme jeune le plus souvent. La paraplégie nécessite une prise en charge multidisciplinaire et globale nécessitant une coordination.

b) Traumatisme

L'OMS définit le traumatisme comme un « dommage physique subi par un corps humain lorsqu'il est brutalement soumis à des quantités d'énergie (mécanique, thermique, chimique, rayonnée) qui dépassent le seuil de tolérance physiologique ou privé d'un ou plusieurs éléments vitaux (oxygène, chaleur).

Par traumatisme, nous entendons à la fois l'événement (accident) et ses atteintes psychologiques et/ou corporelles éventuelles (lésions, blessures). Le traumatisme du rachis peut entraîner des lésions variées osseuses, ligamentaires, vasculaires et nerveuses.

c) Apport

Mot masculin, selon Larousse, c'est une action de participer à quelque chose, part prise à quelque chose. Il a comme synonymes : aide - collaboration - complicité - concours - contribution - coopération

Ensemble des mesures destinées à intéresser les membres du personnel à leur entreprise et à la vie économique ainsi qu'à favoriser l'établissement de rapports de confiance entre salariés et employeurs (participation aux résultats de l'entreprise, intéressement, systèmes de cogestion ou de cosurveillance.

d) Leadership

Si dans les années 1930, le leadership est un processus dans lequel les activités d'un grand nombre de personnes sont organisées par une seule d'entre elles pour aller dans une direction spécifique.

Au vingt-huitième siècle, et plus particulièrement en 2000, il est défini comme une relation d'influence entre des dirigeants et des collaborateurs qui ont l'intention d'opérer des changements réels reflétant leurs objectifs mutuels, et non pas exclusivement les objectifs de l'organisation.

Don Page (2009) renforce cette idée en mettant l'accent sur la notion de sacrifice et de bonne communication, essentielle pour réussir un bon leadership, facteur le plus important pour contribuer au succès et à la durabilité d'une organisation

e) Service.

En économie, un **service** est une prestation qui consiste en « la mise à disposition d'une capacité technique ou intellectuelle »¹ ou en « la fourniture d'un travail directement utile pour l'utilisateur, sans transformation de matière »¹. Les services correspondent au secteur tertiaire.

Christopher Lovelock, distingue quatre grandes catégories de service (ou de prestation ou de servuction). Il les différencie d'une part, par la nature de la prestation : l'action concrète, tangible celle d'un kiné ou d'un coiffeur qui fait physiquement quelque chose ou bien l'action psychologique, intellectuelle, immatérielle, d'un professeur, d'un psychothérapeute ou d'un expert-comptable ; et d'autre part, par l'objet du service, ce sur quoi il porte : des personnes (leurs corps ou leurs esprits) ou des choses (tangibles ou intangibles comme les chiffres).

Ainsi quatre type de service : les services concrets rendus aux personnes (les coiffures, les transports de personnes, les soins médicaux et chirurgicaux), les services concrets portant sur des choses ; Les services abstraits s'adressant à l'intelligence ou aux sens et les services portant sur des entités intangibles, numériques.

f) Leadership de service

Le leader serviteur est d'abord un serviteur, il commence par le sentiment naturel de vouloir servir en premier. Ensuite, le choix conscient conduit à aspirer à diriger. La différence se manifeste dans l'attention que le serviteur porte d'abord à la satisfaction des besoins prioritaires des autres.

i) Optimisation

Action d'obtenir le meilleur, d'améliorer un fonctionnement, un rendement, une utilisation. Exemple : l'*optimisation* du processus.

j) Prise en charge.

Le fait d'assumer une responsabilité. Celle-ci peut concerner une personne, un objet ou une situation. "Prendre en charge" implique une assistance, un soutien. Dans le domaine de la santé, cette locution est très souvent utilisée de manière excessive.

1.2. Evolution historique et typologie de la paraplégie traumatique

Il y a 5000 ans, un médecin égyptien a noté dans le papyrus d'Edwin Smith, la sémiologie des lésions médullaires et a conclu à une maladie sans traitement. Cette vision pessimiste a été véhiculée par de nombreux auteurs jusqu'au début du 20ème siècle, puisque l'espérance de vie des soldats victimes des lésions médullaires durant la Première Guerre mondiale était de deux semaines.

Avec l'avènement des antibiotiques, le développement des centres spécialisés en rééducation médicale des lésions médullaires vers la fin de la Seconde Guerre mondiale ; Gutmann (1976) a souligné qu'avec des soins médicaux et une rééducation adaptés, les patients para ou tétraplégiques sont capables de réintégrer la société en étant autonomes et productifs.

KABAMBA(1987) parlant du progrès réalisé dans le domaine de la réanimation, des soins infirmiers et de la rééducation, la paraplégie traumatique a cessé d'être considérée comme immédiatement fatale dans ces pays nantis. On fait fréquemment état d'environ dix traumatisés médullaires vivants par million d'habitants et par an.

Selon BULLOCK MR(2006), des équipes soignantes bien entraînées et dévouées permettant ainsi une approche plus rationnelle des problèmes posés a changé ce paradigme : « Le défaitisme du corps médical vis-à-vis de ces malades a fait place à l'optimisme avec la création d'unités et

même des hôpitaux des traumatisés vertebro-médullaires dans différents pays développés. Dans les pays en développement, la question demeure ».

Sur le plan épidémiologique, les traumatismes médullaires représentent une pathologie fréquente, avec une incidence estimée à 10 000 nouveaux cas par an aux États-Unis. Selon Denis F. (1983), Medix (2011) et BAGHMAN VL. (2002), cette pathologie est responsable de 720 cas de déficit permanent par an et par million d'habitants. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique, puisque le coût de la prise en charge est estimé aux États-Unis à 4 milliards de dollars par an.

En France métropolitaine, les principales causes des décès cumulés en 2005 chez les hommes et les femmes ont été les tumeurs 30%, les maladies de l'appareil circulatoire 28% et autres 19%. Dans les 19%, plus de 15% sont due au traumatisme. Le traumatisme vertebro-médulaire (TVM) occupait plus de 2%.

En R.D.Congo, la situation est encore la même qu'avant la Seconde Guerre. On ne dispose pas de statistiques fiables, en dehors de quelques travaux réalisés aux Cliniques Universitaires de Kinshasa par Mukuna, Bakerura et Kanunyangi (MUKUNA B : 1990, KANUNYANGI : 1997, BAKERURA : 1981) et KALALA aux Cliniques Ngaliema (1975).

A Lubumbashi dans le KATANGA, ODIMBA, cité par MUSHEGERA, a démontré dans une vaste étude sur les causes des décès portant sur 640.644 patients que les traumatismes avaient un taux de 15% des décès. L'Accident de Trafic Routier (ATR) représentait 59,47% des cas.

A Kinshasa, MUSHEGERA travaillant sur 15.742 dossiers en 2009 portant sur les causes de décès des adultes en Chirurgie aux CUK ; a montré que ces causes peuvent être résumées dans un trépied « abdomen – trauma-tumeur ».

1.3 Déficiences médicales et complications.

Elles sont de plusieurs ordres, notamment :

- *Déficiences neurologiques*

La spasticité apparaît après la phase de choc spinal dans les segments sous-lésionnels préservés de la moelle épinière, l'hypertonie spastique et le spasme ou contractures.

- *Déficiences neurovégétatives*

Les patients dont le niveau neurologique est supérieur à T6, peuvent présenter des troubles neurovégétatifs.

- *Syndrome de myélopathie ascendante post-traumatique*

Ce syndrome peut être secondaire à une cavité syringomyélique, l'atrophie étendue de la moelle et la myélomalacie.

- *Déficiences psychologiques*

Après le traumatisme, le patient doit prendre conscience de la modification de son image corporelle par rapport à "l'image idéale de soi" que chaque individu possède. L'évitement, le déni et la colère constituent les premiers symptômes.

L'anxiété et les symptômes dépressifs peuvent conduire à la négligence des mesures préventives et à des complications secondaires.

- ***Handicaps orthopédiques***

Le rétrécissement musculo-tendineux et les para-ostéoarthropathies neurogènes (NAP) dont l'étiologie reste encore mal connue.

- ***Déficiences cutanées***

Les escarres se situent dans les zones où les reliefs osseux font saillie (sacrum, ischion, trochanter, malléoles, talons...), et sont causées par la pression exercée sur la peau et les tissus mous entre l'os et une surface dure (lit, chaise).

- ***Carences digestives***

Les troubles digestifs fonctionnels sont fréquents : alternance de diarrhée et de constipation, distension abdominale, ralentissement du transit. Les troubles ano-rectaux sont présents chez environ 60% des patients paraplégiques et leur fréquence augmente avec l'âge du traumatisme, en particulier l'incontinence anale.

- ***Déficiences vesico-sphinctériennes***

Les patients paraplégiques ont généralement des vaisseaux neurologiques dits "centraux" ou "réflexes". Il n'y a plus de sensibilité au niveau de la vessie, la sensation de besoin peut s'exprimer par une hyperréflexie autonome lorsque la lésion est supérieure à T6 ou par une sensation de pesanteur sus-pubienne dans les lésions médullaires situées en dessous de T10.

En cas de destruction des centres sacrés, la vessie est dite "périphérique" ; elle n'a plus d'activité contractile du fait de l'interruption de l'arc réflexe. De même, l'activité du sphincter strié est abolie. Il y a donc rétention urinaire avec fuite par insuffisance sphinctérienne.

- ***Douleur de la lésion***

Elles peuvent être mécaniques, neuropathiques, radiculaires, concernant un ou deux métamères, apparaissant généralement quelques semaines après la lésion et disparaissant souvent dans l'année qui suit le traumatisme.

La douleur dans la zone sous-lésionnelle est une douleur neurogène liée à la désafférentation, classiquement brûlure, sensation de compression, fourmillements, décharges électriques....

Il peut également s'agir d'une douleur liée à des contractures musculaires qui nécessitent un traitement antiplastique, surtout en cas d'atteinte incomplète.

- ***Fatigue***

Le patient blessé médullaire présente une fatigue musculaire intrinsèque, que les capacités motrices soient absentes ou partiellement préservées. Il y a une diminution de la puissance et de l'endurance musculaire due à des changements histochimiques dans les fibres musculaires. Les muscles situés dans le territoire de la lésion présentent une atrophie neurogène irréversible. Ceux situés dans le territoire sous-lésionnel présentent une composante centrale et périphérique de la fatigue.

- *Conséquences médicales du vieillissement.*

Les effets du vieillissement sont de différentes natures :

1. La syringomyélie : risque évolutif.
2. Complications secondaires : vieillissement physiologique
3. Vieillissement pathologique (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, surpoids...)
4. Changements dans l'environnement (vieillissement voire décès du conjoint, placement en maison de retraite pour les proches, arrêt des activités de loisirs, modification des revenus, etc.)
5. Diminution de la capacité d'adaptation.

Le vieillissement physiologique a un impact sur les différents organes :

1. Système respiratoire
2. Système cardiovasculaire.
3. Appareil cutané
4. Système génito-urinaire
5. Système musculo-squelettique

L'ostéoporose physiologique aggrave l'ostéoporose neurologique sous-lésionnelle. Le risque de fracture passe de 1,7 % à 30 ans à 3 % à 60 ans.

Comment se fait alors la prise en charge du paraplégique traumatique face à toutes ces déficiences et complications ? c'est de cela qu'il est question au point II.

II. Prise en charge globale du paraplégique traumatique.

Les facteurs qui favorisent une réinsertion réussie sont le bien-être physique et mental, les aides techniques adaptées, l'obtention d'un emploi et les activités de loisirs. La qualité de vie n'est pas influencée par le niveau ou la gravité de la déficience, mais par les restrictions de participation. La lutte contre le handicap doit être envisagée d'un point de vue scientifique, mais aussi social et politique.

La gravité des lésions et leurs conséquences avec une morbi-mortalité importante imposent une multidisciplinarité comprenant des médecins urgentistes, des neuro-réanimateurs, des neurochirurgiens, des traumatologues, des urologues, des neuroradiologues, des infirmiers, des rééducateurs, des kinésithérapeutes, des psychologues, des sociologues, des neuro-urologues, des psychiatres, des nutritionnistes...

Cette multidisciplinarité explique suffisamment le coût financier, matériel et humain de la thérapie pour réaliser l'insertion sociale.

II.1. Politique des systèmes de santé en R.D.Congo.

La République démocratique du Congo a adopté la politique des soins de santé primaires édictée par l'Organisation Mondiale de la Santé à Alma-Ata au Kazakhstan. Le ministère de la Santé publique a pour mission de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services de santé de qualité et équitables en vue du rétablissement de la santé des populations et de la promotion du meilleur état de santé possible dans toutes les communautés.

Les caractéristiques des soins de santé primaires sont le centrage sur la personne, l'exhaustivité, l'intégration, la continuité des soins, avec un point d'entrée régulier dans le système de soins de santé, de sorte qu'il devient possible d'établir une relation de confiance durable entre les patients et leurs prestataires de soins de santé.

Les possibilités d'amélioration des soins d'urgence en RDC, notamment : amélioration des soins d'urgence pré-hospitalière, renforcement des soins d'urgence dans les établissements de santé, normalisation de diverses procédures dans les services d'urgence et mise en place d'une collecte systématique de données pour soutenir les efforts d'amélioration de la qualité.

II.2. Plateau technique

Un plateau technique performant et innovant, composé de salles de rééducation, de différentes salles de consultations et d'un hôpital de jour dédié aux soins de suite et réadaptation à terme de plusieurs places.

Les patients sont accueillis dans un espace spacieux et lumineux. Plusieurs équipements majeurs et innovants sont disponibles pour des soins précoces comme un tapis de marche, un appareil d'isocinétisme, et un robot de marche. Une plateforme d'évaluation fonctionnelle de la marche et du mouvement avec une technique de réalité virtuelle doit être acquise et viendra compléter les équipements existants ; d'où l'engagement à moderniser l'offre de soins pour prendre en charge le patient dans l'intégralité de son parcours. De l'accueil des urgences, pour certaines pathologies comme les accidents vasculaires cérébraux ou les personnes accidentées de la route, la prise en charge se poursuit par la réanimation, la médecine et ou la chirurgie.

Pour faciliter le retour à un quotidien prenant en compte le nouvel état de ces patients, ces derniers devront recevoir des soins spécialisés de rééducation réadaptation adossés à un plateau technique. L'hôpital offre ainsi un parcours complet pour de nombreuses filières notamment les personnes avec une insuffisance respiratoire, avec des troubles de l'équilibre ou des vertiges, avec une obésité, avec une fragilité liée à l'âge chez les personnes âgées, les personnes avec un accident vasculaire cérébral, une hémiplégie, une paraplégie, les personnes accidentées de la route, les personnes amputées.

Nous devons adapter les programmes des soins de rééducation réadaptation afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population dans un projet de « plateau technique modernisé ».

III. Méthodologie.

III.1. Méthodes.

Nous avons utilisé une approche quantitative avec un questionnaire auprès des paraplégiques traumatiques et des prestataires dans dix-neuf hôpitaux tertiaires et centres spécialisés éparpillés

en R.D.Congo par des entrevues sur les sujets clés de notre recherche. Les raisons retenues pour le choix de ces sujets sont, surtout, d'ordre pratique.

Les prestataires sont des volontaires médecins, infirmiers, paramédicaux ou administratifs. La non-objection du comité d'éthique de l'école de santé publique ayant été obtenue. Les patients sont des paraplégiques traumatiques capables de répondre aux questions.

L'analyse et l'interprétation ont consisté à un codage axial (Glasser et Strauss 1967), avec le but de construire des catégories formelles.

Pour ce faire, nous avons établi des liens et une hiérarchisation entre ces catégories, en considérant trois aspects à savoir : leur récurrence interne par exemple l'appréciation des soins à l'intérieur du discours d'un prestataire et/ou du patient bénéficiaire et leur récurrence transversale, entre deux acteurs, et le degré de congruence avec notre propre projet théorique avancé dans notre recherche.

La construction de catégories formelles a été opérée grâce aux liens dégagés entre les catégories substantives et leur hiérarchisation dans la perspective de la présente recherche. Une analyse comparative et constante des données a été faite. Une sorte d'aller-retour continu entre les catégories tirées directement du discours du répondant et celle que nous avons élaborées au préalable dans le plan de pré-codification.

Ainsi, la récurrence transversale de catégories substantives, telles que celles qui ont été énoncées plus haut, ont permis d'isoler certains axes et d'établir la segmentation de l'expérience comme l'une des désignations formelles appropriées pour traduire le sens véhiculé par plusieurs portions de texte tirées des discours des répondants, qui nous amènera à une analyse qualitative.

La dernière phase de codage sélectif vise une reconstruction ordonnée du discours de nos répondants. Pour arriver à ce niveau d'analyse, nous avons employés quelques tactiques que suggèrent Huberman et miles (1991) les regroupements, la recherche de cas contraires divergents dans l'ensemble du matériel analysé, les liens avec diverses propositions théoriques et la triangulation des données.

La population d'étude est constituée de 311 sujets dont 184 patients (suiveurs) paraplégiques traumatiques recrutés dans les hôpitaux du niveau tertiaire et universitaires du pays entre 2010 et fin 2023, et 127 prestataires. Il s'agissait soit de l'hospitalisation initiale, soit d'une re-hospitalisation dans le cadre du suivi ou de la survenue d'une complication. Certains ont été suivis à domicile, dans le lieu de repos et de rééducation. Ces patients sont répartis dans 27 hôpitaux de référence situés dans 9 provinces de la République Démocratique du Congo, tels que le confirment les graphiques 1 et 2 ci-dessous.

III.2. Techniques

Les questions et l'entretien comprenaient des chiffres (1 à 10), c'est-à-dire de rien à l'excellence, qui permettront d'effectuer des calculs statistiques via le logiciel SPSS.

Les résultats sont obtenus via quelques opérations mathématiques basées sur les 10 Caractéristiques du leadership de service (considérées comme des variables) sur l'échantillon.

La discussion nous a permis de déterminer si les avantages du leadership de service dans la prise en charge du paraplégique traumatique sous l'approche phénoménologique empirique radicale

(approche intellectuelle) peuvent être considérés comme culturellement universel dans tous les hôpitaux publics (HP) de la RDC, et partant à travers le monde. C'est une étude prospective et dont la conclusion peut être extrapolée à tout autre terrain ayant les mêmes conditions de travail et le même environnement géographique, en utilisant les mêmes méthodes.

L'approche qualitative qui va constituer notre conclusion peut constituer une étude plus approfondie par toute personne qui s'y sentira intéressée.

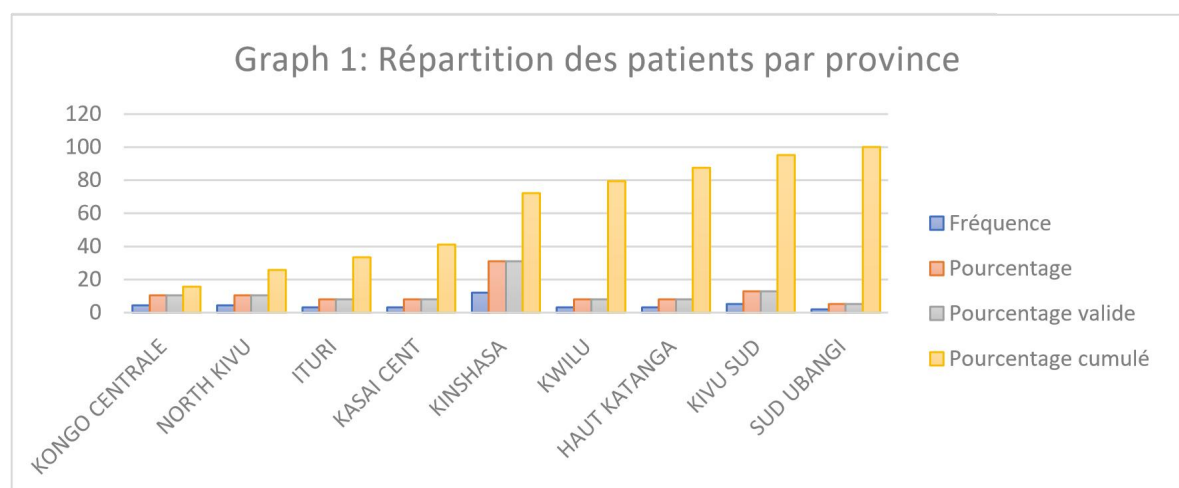
IV. Présentation et discussion des résultats.

IV.1. Présentation des résultats.

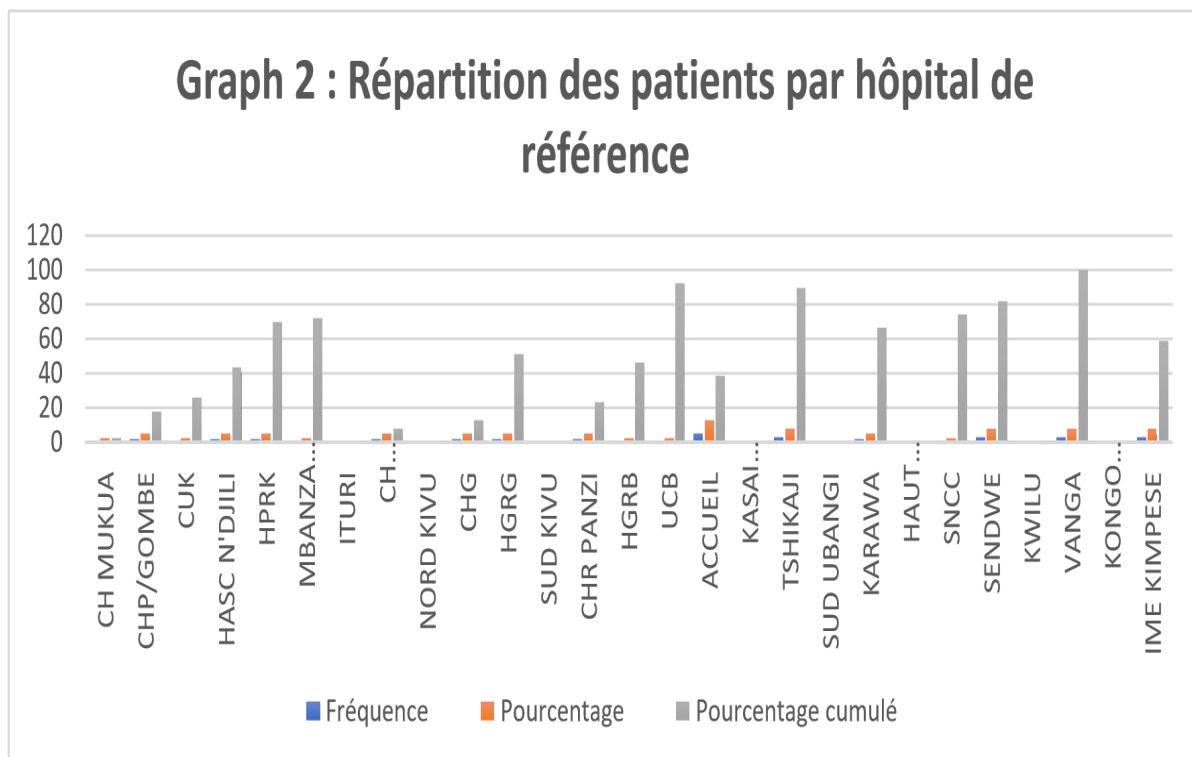
10263 dossiers compilés aux urgences et dans le service de chirurgie dont 1117 de traumatisés vertébro-médullaires dans lesquels 184 paraplégiques traumatiques ainsi que 127 prestataires faisant un total de 311 ont été retenus comme population d'étude. La mauvaise tenue des dossiers et la méconnaissance de la séméiologie TVM ont réduit notre échantillon à 103 personnes (39 patients et 64 prestataires dans les hôpitaux de niveau tertiaire et les centres de médecine physique et de réadaptation de la RDC depuis 2010.

Le paraplégique traumatique.

L'échantillon à la collecte des données était de 43 patients. Un patient âgé de 15 ans, deux autres avaient 17 ans au moment de l'accident et ont atteint 18 ans au cours de notre enquête ; trois autres patients sont décédés avant notre rendez-vous. Ainsi, après avoir exclu le patient de 15 ans et les trois patients décédés, notre échantillon est resté de 39 paraplégiques traumatiques.



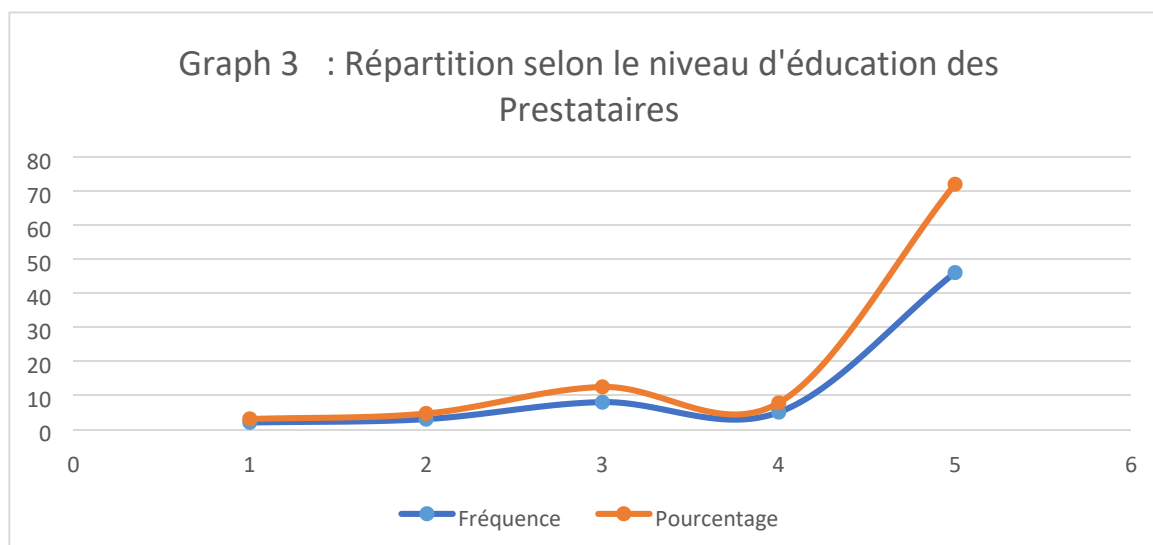
Source : Analyse personnelle.



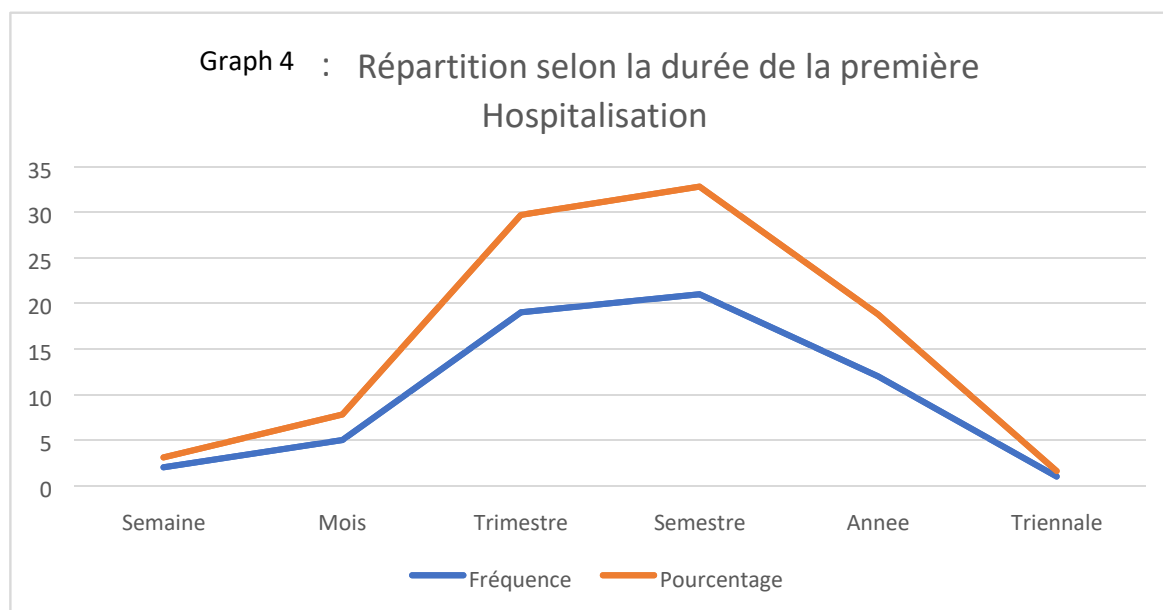
Source : Analyse personnelle.

Il ressort des graphiques 1 et 2 que les cas de paraplégie traumatique se retrouvent partout à travers la République Démocratique du Congo, en général, et dans les 9 provinces concernées par l'étude, en particulier. Les milieux urbains semblent les plus touchés pour des raisons diverses liées tant aux conditions sociales de la population, qu'aux divers moyens de transport empruntés qui exposent les utilisateurs aux accidents de circulation ; soit 56,38% de cas comparativement au milieu rural (43,62%).

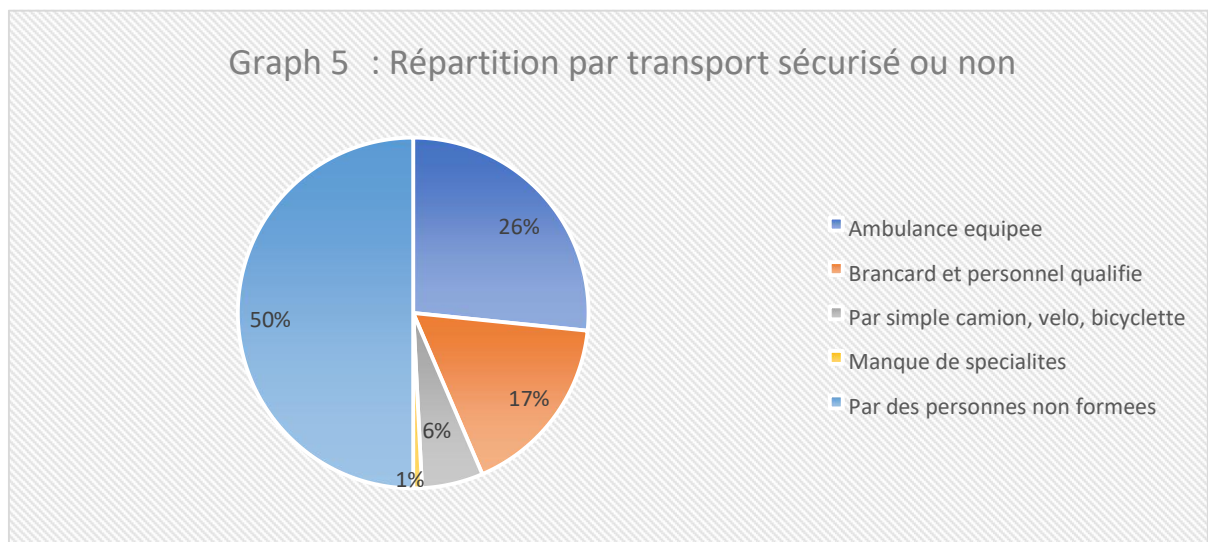
Type des prestataires et niveau d'étude



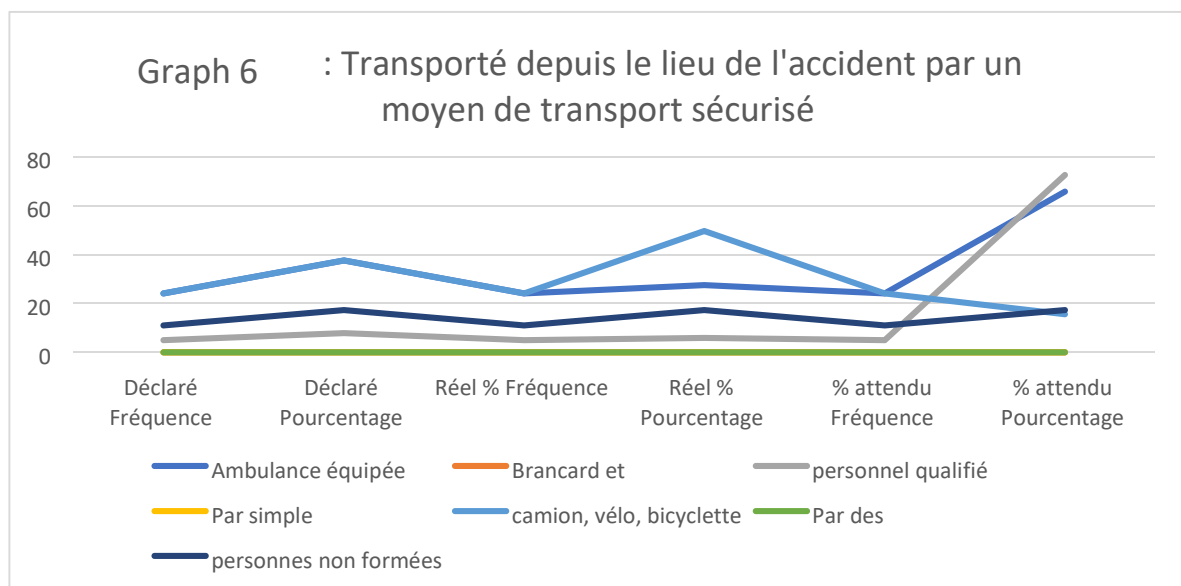
Source : Analyse personnelle.



Source : Analyse personnelle



Source : Analyse personnelle



Source : Analyse personnelle.

La prise en charge pré-hospitalier est un réel facteur d'aggravation des cas de paraplégie traumatique car du lieu d'accident jusqu'au lieu d'hospitalisation, les patients sont transportés à plus de 67% par des moyens non sécurisés.

Tableau n°1

1. Tableau technique de la prise en charge

Tableau technique	Moyenne Données récoltées	Moyenne Données réelles	Moyenne Données attendues	Gain par le leadership de service
<i>Transport pré hospitalier</i>	60%	51%	71,5%	20%
<i>Equipement salle d'urgence</i>	50%	36%	75%	39%
<i>Equipement salle d'opération</i>	80%	45,4%	65%	19,6%
<i>Pavillon hospitalisation</i>	80%	38%	70,8%	32,8%
<i>Centre de rééducation</i>	60%	17,4%	75,1%	57,7%
<i>Sortie du centre de rééducation</i>	50%	32,5%	64,3%	31,8%
<i>Sport, travail et étude</i>	32%	20,4%	48,3%	27,9%
MOYENNE TOTALE	58,9%	34,4%	67,1%	32,7

Source: Analyse personnelle

La situation réelle de la prise en charge des paraplégiques traumatiques est de 34,4%, légèrement supérieur par rapport aux prévisions du plan national des systèmes de santé de 2016-2020 qui prévoyait 26%. Le biais est grand entre ce que l'on pense (58,9%) et la situation réelle (34,4%), presque la moitié de différence.

L'apport de leadership de service dans le fief des prestataires, des bailleurs des fonds, des gardes malades ainsi que du paraplégique traumatique lui-même a relevé la prise en charge à 67,1% avec un gain de 32,7%. Bien que le temps de réalisation ne soit pas donné, nous estimons le temps de réalisation, les éléments de planification, de formation, de déploiement et de mise en œuvre, une périodicité allant d'une année à trois ans et même jusqu'à cinq ans.

L'approche empirique radicale utilisée comme méthode de recherche nous a aidé à déceler le biais entre ce que les témoins indirects disent de la situation et les témoins directs rencontrent de leur situation, ce qu'ils ont vécu, qu'ils ne peuvent pas tout dire...

Tableau n° 2 : Gain du leadership de service chez les prestataires.

Caractéristiques leadership de service.	Moyenne Données récoltées	Moyenne Données réelles	Moyenne Données attendues	Moyenne de gain
Ecoute	70%	48%	70%	22%
Empathie	40%	52,1%	72,1%	20%
Guérison	32,8%	46,6%	70,7%	24,1%
Conscience	73,4%	50%	70,8%	20,8%
Persuasion	70%	46,8%	61,9%	15,1%
Conceptualisation	89,1%	37,7%	68,9%	31,2%
Prévoyance	40%	60%	70%	10%
Intendance	70%	44,3%	70%	25,7%
Engagement	41,7%	42,9%	80%	37,1%
Communauté	10%	21%	60%	39%
Moyenne générale	53,7%	42,7%	69,4%	24,5%

Source: Analyse personnelle

Les prestataires ont 42,7% des capacités de leadership de service, le biais entre la situation déclarée et la réalité sur terrain est de 11 %, énorme que l'approche empirique utilisée nous a aidé à déceler. L'amélioration des prestataires dans leur capacité transformationnelle pourra avoir un impact réel dans la transformation du paraplégique traumatique dans sa prise en charge actuellement autour de 30% à atteindre plus de 60% comme chez les prestataires où le cap est fixé à 70%.

Le progrès en sécurité des soins selon Jean Ovretveit et Anthony Staines dans « Développer un leadership innovant de l'amélioration de la valeur du prestataire pensent que l'innovation qui augmente les chances de succès de l'amélioration consiste à choisir et à réaliser les changements qui accroissent la qualité et réduisent les coûts, en utilisant les données disponibles et en se fondant sur les avancées de la recherche.

Le succès de l'innovation repose également sur la manière dont leaders et professionnels réinventent localement le savoir et les outils. Leur véritable ingéniosité apparaît dans leur façon d'adapter les idées au contexte pour réussir les changements, ainsi que dans leur capacité de concertation. L'innovation la plus importante réside dans le processus de co-crédation de la mise en œuvre locale par des professionnels de terrain.

IV.2. Discussion des résultats.

Paraplégie traumatique.

Importance de la mobilité et de la culture

La mobilité, l'information, la connaissance et la culture sont des éléments de transformation. Disposer d'équipements pour transmettre le message et mobiliser les paraplégiques est un atout pour leur prise en charge. Un environnement sain et éclairé contribue à la réduction des complications dues à la paraplégie traumatique. Plus de 50% de cet échantillon n'a pas accès à ces signes de richesse qui pourraient améliorer leur quotidien et réduire leur stress.

Indice de masse corporelle

Cette perte de poids est due à l'immobilité, aux mauvaises conditions de prise en charge dans un environnement insalubre avec des soins insuffisants et quasi inexistantes accentués par la sous-alimentation. Ceux qui ont perdu plus de 30 kg ont un avenir sombre dans un délai minimum.

La première hospitalisation et les réhospitalisations

En RDC, les blessés médullaires passent en moyenne 18 mois à l'hôpital, consommant ainsi toute la période où la réhospitalisation est très fréquente selon la littérature. Ceci explique le taux faible, voire quasi inexistant, de leur réhospitalisation. Leur sortie de l'hôpital est un signe de désespoir et un chemin sans retour vers la mort. Ceci explique le taux élevé de 31,9% des patients perdus de vue ou décédés.

Les complications de la paraplégie traumatique

La perte de poids, l'atrophie musculaire, la constipation, les vertiges, les douleurs dans les membres inférieurs, l'hypertension artérielle, le manque de sommeil, le manque de repos, la nervosité et la transpiration abondante sont des complications chez les paraplégiques traumatiques.

Les escarres sont presque permanentes (62,8% à 90%) et apparaissent dès les premiers jours. Leur prise en charge va au-delà des 7 mois de traitement et 20% seulement sortent de l'hôpital sans escarres.

En 2010, Pierre a trouvé que 3,5% des patients n'ont jamais eu d'escarre et 24% n'en ont pas eu après leur sortie du centre de MPR.

Douleur

La douleur dans 82,6% des cas nécessite plus de trois mois pour son traitement. Une similitude entre cette étude avec celle de Pierre (85%) est supérieure à une autre étude de 1989 (69%).

Le type de douleur semble être le même (brûlure ou décharge électrique, étai, écrasement). Le mode de recueil des données dans cette étude ne permet pas une localisation précise de la douleur, mais 61% des patients souffraient de douleurs dans un territoire sous-lésionnel, contre 31% dans l'étude de Pierre. Au contraire, seulement 4% des patients avaient des douleurs dans le territoire de la lésion, contre 21% chez Pierre. Ceci pourrait s'expliquer par la généralisation de l'ostéosynthèse vertébrale.

Troubles urinaires

Dans 47,5 % sous forme d'infections urinaires fébriles (69,2 %) ou afébrile (30 %). Le nombre d'infections urinaires fébriles ou afébrile est significativement plus élevé dans notre étude. Ceci est en contradiction avec toutes les données de la littérature. A priori, cela ne peut s'expliquer que par un biais dans la collecte des données. Le sondage prolongé, l'incontinence et l'hygiène défectueuse peuvent aussi expliquer cela dans nos milieux. Le nombre de patients souffrant d'incontinence urinaire a diminué (65% vs 52%) dans les études de 1989 et 2009, mais dans cette étude, il reste élevé à plus de 69,4%, un seul cas avait un cathéter sus-pubien sans fuite. La fréquence des évacuations urinaires est unique pour 52,2% et multiple pour le reste. Seuls 25,7% réalisent le bilan biologique, généralement à l'admission. Le bilan urodynamique et d'imagerie médicale est quasi inexistant, de l'ordre de moins de 10%.

Spasticité

La spasticité est présente chez tous les patients, la spasticité provoquée par un stimulus est retrouvée chez plus de la moitié de cet échantillon.

Complication psychologique,

Les états émotionnels au niveau psychologique étaient présents dans plus de 75% avec différents épisodes allant du choc émotionnel, au mutisme, à la colère, au refus des autres et même de soi-même, à l'anxiété, au stress pouvant aller jusqu'à des syndromes dépressifs majeurs liés aux différentes complications dues aux déficits, à l'environnement de travail et à un avenir incertain.

Dans une revue de la littérature, Sakakibara et al. proposent une adaptation des scores déterminant les syndromes dépressifs et anxieux à la population souffrant des lésions de la moelle épinière.

Statut génito-sexuel

La quasi-totalité des couples mariés tiennent leur lien de mariage, 24,3 % déclarent avoir des rapports sexuels ; mais pour des raisons psychologiques et une érection insuffisante, ces rapports sexuels sont insuffisants et rares (57,9 %) alors que 54,5 % ont une éjaculation spontanée et inconstante, l'érection spontanée (50 %), l'érection par assistance médicamenteuse à 22 %. 15,4% des patients ont eu des enfants après l'accident.

Dans son étude, Pierre a rapporté un taux de patients ayant des relations sexuelles de 45%. Ce taux semble avoir augmenté puisque, dans une autre étude, 55 % des patients déclarent avoir des relations sexuelles. Les progrès dans le traitement de la dysfonction érectile ont amélioré la possibilité d'obtenir une érection (54 % des hommes dans l'étude de Pierre contre 70 % dans une autre étude).

Malgré les progrès de la **procréation médicalement assistée**, nous n'observons pas d'augmentation de la paternité après l'accident, puisque 7 % des hommes ont eu des enfants dans l'étude de Pierre et 15,4 % dans cette étude. Dans cette étude, 35,9% des patients étaient célibataires, 64,1% avaient déjà des enfants, et la paternité ne faisait peut-être pas partie de leur projet de vie. Nous n'avons pas noté de divorce.

Consommation de soins

Les soins de kinésithérapie ou de MPR sont rudimentaires, voire inexistants ; moins de 20 % disposent d'aides techniques à la pratique sportive et à la rééducation. Pierre a noté que la **relation entre les médecins des centres de rééducation et les médecins traitants était peu développée**. Dans une autre étude, la proportion de patients suivis en centre de rééducation était plus élevée (31%). Il est difficile de comparer le suivi avec le médecin traitant car la fréquence du suivi n'a pas été évaluée de la même manière.

Vie familiale et socioprofessionnelle

Au niveau familial, les patients en couple avec des enfants (64,8%), le taux de patients vivant seuls à domicile nul. Le taux de patients ayant recours à une tierce personne a augmenté. La socialisation de la vie africaine et de la vie dans les communautés a favorisé cette insertion sociale.

En termes d'autonomie, 19,4% accèdent seuls à leur domicile, 80,6% ne le font pas. L'incapacité, le manque d'aides techniques, le manque de formation et d'entraînement constituent les causes. Pierre, en revanche, note que 65,5% des patients sont autonomes pour l'hygiène personnelle (habillage, coucher, toilette, lavage).

Que retenir de ce résultat par rapport aux données de la littérature ?

Loisirs et sports

Dans cette étude, les 4 patients ayant une activité physique régulière sont très épanouis, en parfaite santé, menant leurs activités sans contrainte, sans escarre ni autre affection nécessitant une hospitalisation depuis un an. Ils n'ont aucun problème lié à la paraplégie, les spasmes apparaissant très rarement en cas de mauvaise position.

La pratique du sport chez les blessés médullaires a des impacts positifs qui améliorent leurs capacités physiques (force, endurance, capacité aérobie). Elle réduit les facteurs de risque métaboliques, améliore l'estime de soi et, reconstruit l'image corporelle, en améliorant la qualité de vie, une l'autonomie et une meilleure intégration sociale. Ces données sont confirmées par les résultats observés dans cette cohorte.

Slater et Meade, les patients les plus jeunes et ceux qui pratiquaient un sport avant l'accident, sont les plus sportifs après l'accident.

Le délai moyen de reprise du sport dans l'étude actuelle, était plus court que celui décrit dans la littérature (1 an post-traumatique versus 4 ans). Ceci peut être lié à la présence des professeurs d'activités physiques adaptées dans l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge les patients au centre de rééducation lorsqu'ils étaient en soins à l'étranger.

Visser et al. ont montré que les facteurs favorisant la poursuite de l'activité physique quotidienne après le traitement initial sont la stimulation et la préparation effectuées dans le centre de réadaptation, en particulier avec la participation à des activités de loisirs quotidiennes. Au contraire, les facteurs limitants sont les barrières architecturales, les problèmes de santé physique (dont le plus fréquent est la douleur) et les problèmes psychologiques (le plus fréquemment mentionné par les patients étant un sentiment de tristesse). La stimulation par l'environnement n'est pas toujours suffisante et il est parfois nécessaire de voir les patients en consultation et de proposer un programme d'entraînement afin de modifier le mode de vie quotidien.

Cependant, le sport peut avoir des conséquences néfastes. Les perturbations thermorégulatrices et neurovégétatives survenant au cours du sport peuvent être responsables de complications. L'activité physique intensive peut avoir des effets délétères, notamment des pathologies musculo-squelettiques et des lésions cutanées. Le risque de ces complications augmente avec le nombre d'heures d'entraînement par semaine. Dans cette série, un patient fait une heure le matin et 30 minutes le soir tous les jours de la semaine, sauf le dimanche consacré à la dévotion.

L'activité physique de loisir réduit le risque cardiovasculaire et, est aussi associée à des niveaux plus faibles de douleur et de fatigue. Hetz et al. ont montré que l'activité physique réduite aux seules activités de la vie quotidienne nécessitant de la mobilité (transfert, déplacement en fauteuil roulant) est associée à une meilleure condition physique et à des taux plus faibles de cholestérol total et de cholestérol LDL. Au contraire, les personnes qui n'effectuent aucune activité de la vie quotidienne ont un risque plus élevé de maladie coronarienne avec une augmentation des facteurs de risque cardiovasculaire (obésité, diabète).

L'activité physique contre les états dépressifs

Parmi les pistes envisagées pour répondre à ce problème, il est de plus en plus reconnu que l'activité physique, outre son impact avéré sur la santé physique, a des effets psychologiques positifs qui affectent plusieurs dimensions de la santé mentale, y compris chez la personne paraplégique traumatique.

Sur la base d'une revue des recherches montrant les vertus de l'activité physique en relation avec la santé mentale (humeur, anxiété, stress, dépression, estime de soi, sentiment d'efficacité, performances cognitives, effets somatiques), le modèle biopsychosocial proposé par Toker et Biron sur les bénéfices psychologiques de l'activité physique qui participerait à l'augmentation de l'état de bien-être individuel, de santé mentale optimale, en favorisant la réalisation du plein potentiel et en augmentant les ressources psychologiques face aux difficultés normales de la vie ou de l'adversité.

Ce modèle s'inscrit également dans l'objectif général de promouvoir la pratique de l'activité physique sur la base de ses vertus psychologiques pour une santé mentale optimale. Les données sur les problèmes de santé mentale dans la population générale sont inquiétantes. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles de la santé mentale se classent au deuxième rang après les maladies cardiaques en termes de coûts de morbidité.

Dans une comparaison des sept principaux problèmes de santé au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada montre que les maladies mentales sont les plus coûteuses en termes de soins directs.

La Commission de la santé mentale du Canada indique également que plus de personnes souffrent de problèmes de santé mentale que de tout autre problème de santé physique chronique et qu'au moins un Canadien sur cinq connaîtra un problème de santé mentale au cours de sa vie. Au Québec, la dernière Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes montre que près d'un Québécois sur dix a connu un trouble anxieux généralisé au cours de sa vie, 12 % ont vécu un épisode dépressif et 21 % sont à un niveau élevé de détresse psychologique.

En R.D.C, de telles études n'ont pas encore été réalisées, à l'exception de quelques études actuellement menées par l'Université de Kinshasa et le département de santé mentale du ministère de la Santé, avec l'appui des partenaires de santé publique, sur la santé mentale des

survivants de la violence dans les zones de conflit à l'est de notre pays, victime d'une guerre imposée depuis des décennies.

Il n'est donc pas étonnant, au vu de ces chiffres, que les questions de santé mentale constituent une préoccupation majeure de santé publique et que des efforts soient déployés pour trouver un remède à ces maux, comme en témoignent, par exemple, le déploiement du Plan d'action en santé mentale de l'OMS, la Stratégie en santé mentale pour le Canada, ou encore le Plan d'action en santé mentale du Québec 2015-2020.

Enfin, des recherches récentes montrent que le contexte social dans lequel se déroule l'activité physique a un effet sur la santé mentale.

Dans l'ensemble, ces hypothèses mettent en évidence que la pratique de l'activité physique a un pouvoir de distraction face aux difficultés vécues, qu'elle a un pouvoir de développement du sentiment d'efficacité et de l'estime de soi, qu'elle a un pouvoir énergisant qui augmente les capacités de résistance physique et psychologique face aux difficultés, qu'elle a un effet favorable sur le plan psychophysiologique et qu'on ne peut pas négliger le contexte social qui participerait aux effets bénéfiques sur le plan psychologique.

Les bénéfices psychologiques de l'activité physique s'expliquent dans la transaction entre l'individu et l'environnement social. Si, dans la poursuite de nos besoins et motivations dans la vie quotidienne, nous sommes continuellement confrontés à des sources des tensions internes ou externes, nous passons alors par un processus d'évaluation cognitivo-émotionnelle (appréciation des enjeux - menace ou défi selon les ressources disponibles, les aptitudes et capacités qui impliquent directement nos possibilités d'action) et nous subissons en parallèle une réaction somatique et affective produite par l'activation du système nerveux sympathique face aux défis. Par la suite, des stratégies d'ajustement sont déployées ; des efforts cognitifs et affectifs orientés vers l'autorégulation des émotions et des efforts cognitifs et comportementaux orientés vers la situation pour tenter de résoudre le problème.

En conclusion, si les recherches montrent les bénéfices psychologiques de l'activité physique, il reste difficile d'expliquer clairement le processus par lequel ce phénomène peut être compris. Le modèle biopsychosocial que nous proposons ouvre, cependant, la voie à des hypothèses de recherche, mais il s'inscrit aussi et surtout, dans l'objectif plus large de promouvoir la pratique de l'activité physique pour favoriser une santé mentale optimale chez les paraplégiques traumatisés en mettant l'accent sur ses vertus psychologiques.

L'activité physique ainsi que la vie en communauté, ont comme conséquence, l'absence de déficits psychologiques ou émotionnels, d'escarres ou d'autres pathologies sous-jacentes à leur état de paraplégie traumatique. Un record de longévité dans cet environnement, au-delà de dix ans de survie a été constaté parmi le 20% des paraplégiques.

Coût des soins à la première année

Le coût global dans la première année de traitement a été estimé à 274 800 euros pour 11 mois, soit 24.982 euros par mois, 833 euros par jour. La littérature parle des dépenses allant de 500 000 à 700 000 dollars, soit 4666 à 58333 dollars par mois, 1389 à 1556 dollars par jour la première année. Ces chiffres diminuent d'un tiers (180 000 à 200 000 dollars par an), les autres années.

Dans cette série, les dépenses étaient de l'ordre de 30 000 à 32 400 dollars par an au cours de la deuxième et de la troisième année. Une diminution d'environ 90 %. Cette différence peut être due à la socialisation de la vie communautaire en Afrique et à la résistance de l'homme africain qui s'accroche à la vie à tout prix.

Aux USA avec une incidence estimée à 10 000 nouveaux cas par an. Cette pathologie est responsable de 720 cas de déficit permanent par an et par million d'habitants. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique, puisque le coût de la prise en charge est estimé aux Etats-Unis à 4 milliards de dollars par an.

IV.3. L'apport du leadership de service dans la prise en charge de la paraplégie traumatique vue sous l'approche phénoménologique d'Alfred Schutz et Edmund Husserl

La paraplégie traumatique en RDC telle que décrite par le patient, par les prestataires et dans un environnement pré, per et post-hospitalier constitue un ensemble des phénomènes, qui, une fois étudiés peuvent être généralisés pour trouver des solutions sur le système de santé en RDC.

La base de la généralisation dans la recherche existentielle et phénoménologique est l'expérience spécifique d'individus et de groupes spécifiques impliqués dans ces situations et ces lieux.

Pendant cette enquête, les prestataires et les paraplégiques traumatiques se sont posés plusieurs questions autour de ces phénomènes comme Alfred Schütz et Edmund Husserl s'en étaient posées comme tant d'autres chercheurs contemporains sur des aspects spécifiques de la philosophie phénoménologique et des recherches phénoménologiques indépendantes par des universitaires du monde entier. (Brousseau J, 2021)

Comment la pensée et la vie sont-elles liées de telle sorte qu'elles puissent être caractérisées comme interdépendantes, comme ayant besoin les unes des autres, se complétant mutuellement, s'interpénétrant ?

La réponse à toutes ses questions passe par les idées qui se matérialisent par le verbe, la parole qui engendre une action pour transformer la vie du suiveur, ici le paraplégique.

La vie informe l'expression (le langage et la pensée) et, à son tour, l'expression de la pensée donne une conscience reconnaissable à la vie. Le sens, l'expérience aussi signifiante, semble être le fruit de ce dialogue entre la vie inchoative et l'expression articulée. Alors que la vie est unique et particulière, c'est-à-dire existentielle, la pensée tend vers la généralisation, vers l'universel, l'essentiel, le phénoménologique.

Devant l'impuissance face à cette pathologie, le prestataire, le paraplégique, la famille ou tout autre acteur traduit ses pensées par sa parole puis grave ça dans sa conscience afin de produire des actions qui peuvent être soit positives ou négatives pour l'avenir de son patient ou son propre avenir en tant que patient. C'est pourquoi l'attention, la rétention et la **protection** forment la vie de la conscience comme apport dans la résolution du phénomène « paraplégie traumatique »

Si « l'ordre chronologique » est celui de la rétention du passé, de l'attention au présent, et de la protection à venir ; l'ordre logique et phénoménologique (c'est à dire tel qu'il se présente à la conscience) impose de commencer par le milieu : par l'attention, qui ouvre l'une à l'autre, rétention et protection.

Dans la phénoménologie de Husserl, la protention analyse en profondeur la relation systématique avec diverses dimensions de la vie expérientielle, développe la distinction entre les récits formels et matériels de la protention et explore les différentes manières dont la protention et l'affection sont entrelacées au niveau de conscience les plus bas. (Nikos Soueltzis Nikos Soueltzis, 2017). La vie expérientielle des prestataires et du paraplégiques dans ses diverses dimensions sont confrontées aux différentes polices et recommandations pour améliorer la prise en charge du paraplégique. Ceci implique la prévoyance et l'affection de sa vie future pleine d'espoir.

L'appréciation d'un homme réveille sa valeur dans la société et le booste pour faire des grands pas géants dans ses décisions. Alfred Schütz et Edmund Husserl ont fait de l'appréciation de l'être humain, une fondation culturelle philosophique et phénoménologique. L'appréciation est l'un des concepts clés de l'œuvre du philosophe et fondateur de la phénoménologie Edmund Husserl (1859-1938) et de son successeur Alfred Schütz (1899-1959).

Thinès-Lemp définit dans ses recherches théoriques sur le monde de la vie, systématise ses réflexions sur l'apprésentation ; le fait d'être donné de quelque chose qui n'est en fait pas là. Le fait d'appréserver est une Intentionnalité médiate qui permet à l'ego d'accéder à la conscience d'objets ou de parties d'objets qui, à la différence de ce qui se passe dans la simple perception, ne lui sont pas donnés directement'' (Thinès-Lemp. 1975).

Tel est l'idéal impossible du désir; posséder la transcendance de l'autre comme pure transcendance et pourtant comme corps; réduire l'autre à sa simple facticité, parce qu'il est alors au milieu de mon monde, mais faire que cette facticité soit une apprésentation perpétuelle de sa transcendance néantisante (Sartre, 1943).

L'appréserver qui nous donne ce qui, en autrui, nous est inaccessible en original, est liée à une présentation originelle (de son corps, élément constitutif de ma nature, donnée comme « M'appartenant »). Mais, dans cette liaison, le corps de l'autre et l'autre moi qui en est maître sont donnés dans l'unité d'une expérience essentiellement transcendante (G. Peiffer et E. Lévinas, 1947)

L'expérience humaine est façonnée par la culture. Le changement que l'on veut implémenter chez le paraplégique traumatique par ses prestataires doit être basé sur une culture, fruit de l'expérience humaine acquise.

Le potentiel explicatif de la tradition phénoménologique transcendantale de Husserl et de la tradition phénoménologique mondaine de Schütz utilisent la philosophie culturelle et la sociologie culturelle pour baser l'expérience humaine sur la culture afin de transformer le paraplégique traumatique dans son intégration dans la société, dans le travail et dans le sport.

Les constitutions culturelles du sens telles que décrites et détaillées dans le concept d'appréserver dans le détail aident à lier la phénoménologie à la logique des études culturelles pour éclairer ensuite le sens des relations apprésentatives chez Husserl - par exemple pour la conscience du temps, la structure d'horizon des expériences ou empathie. Les différents prestataires ont chacun sa culture qui dépend de l'environnement dans lequel il évolue, influencé par les autres prestataires ainsi que la culture du patient.

En dehors de la culture, l'importance des relations d'appréserver dans l'œuvre de Schütz qui s'interroge sur leurs dimensions, telles qu'exprimées dans la théorie hautement différenciée des

symboles et des signes de Schütz, qui utilise pour décrire la culturalité et la socialité de manière phénoménologique, l'importance de la coexistence appréésentative d'aspects de l'expérience et la relation appréésentative complexe de différents schémas de sens comme élément de base de la définition culturelle du sens.

Dans cette relation complexe entre prestataires entr'eux, entre paraplégique et prestataires, entre paraplégique et son milieu de vie, son milieu du travail et son milieu de sport et l'environnement ; cette relation complexe nécessite l'utilisation intelligente des différents schémas de sens afin d'orienter l'apprenant, le paraplégique à atteindre son épanouissement (Alfred Schütz et Edmund Husserl. Ô Benjamin coïncé, 2022).

L'appréciation, la culture, la sociabilité, l'appréésentation et des relations appréésentatives jouent un rôle important dans la transformation de la vie du paraplégique traumatique. Le temps joue son rôle primordiale, il ne faut pas être en avance ou en retard mais plutôt au temps indiqué et dans les meilleures conditions.

Toute tentative d'examiner la vie passive de notre conscience et sa dynamique sous ses diverses formes recoupe inévitablement notre conscience primale de l'avenir. Même si la théorie de la conscience du temps de Husserl jouit d'une certaine notoriété, sa conception de notre relation primordiale au futur n'a pas été suffisamment prise en compte. (Stefano Micali, 2022,)

Une étude approfondie de la conscience professionnelle du paraplégique traumatique par les différents prestataires et bailleurs des fonds amène à retracer sa contribution unique à notre conscience globale du temps. Il offre une analyse approfondie des divers aspects de la protention en étudiant son lien avec différents domaines et niveaux d'expérience.

Pour accomplir une telle tâche, il faut souligner la nécessité d'enrichir le récit formel familial de la protention par les prestataires avec un récit matériel provenant et du prestataire et du suiveur, le paraplégique.

Ainsi, à côté des questions relevant exclusivement de la forme de la protention, telles que son rapport à l'accomplissement ainsi que sa structure à double intention, diverses autres dimensions sont abordées, telles que les phénomènes de déception et de correction ainsi que le rôle que joue hylé dans les deux d'eux. Dans le même ordre d'idées, une attention particulière est portée à la relation entre conscience professionnelle et affectivité, éclairant ainsi l'unité dynamique de notre présent-vivant.

L'importance de la prévoyance dans l'approche phénoménologique empirique radicale basée sur l'expérience auprès de premiers acteurs du phénomène, doit être soulignée comme dans le cas de Nelson Mandela qui a rapproché plusieurs tendances dans une société multiraciale divisée et bloquée.

Ce que cette étude de la paraplégie traumatique en RDC prétend montrer, est que cette approche par la phénoménologie de Husserl est équipée pour offrir un compte rendu solide des manières les plus minces et les plus subtiles dont nous sommes conscients de l'avenir dans notre vie expérientielle de la paraplégie traumatique en RDC.

Après avoir parlé de la phénoménologie de Husserl sur la protention en se projetant dans l'avenir, un obstacle guette toujours le paraplégique traumatique : l'anxiété qui constitue un

grand frein dans la prise en charge transformationnelle du patient paraplégique traumatique. Une description approfondie de l'anxiété d'un point de vue phénoménologique qui s'appuie sur les idées de Bakhtine, développe la méthode de la "polyphonie phénoménologique", qui peut rendre justice à l'ambiguïté essentielle de l'anxiété.

Dans cette polyphonie, les voix de Kierkegaard, Husserl, Freud, Blumenberg, Heidegger, Sartre, Adorno, Derrida et Levinas sont particulièrement reconnaissables. Elle explore de nouvelles perspectives sur la relation complexe entre anxiété, peur et traumatisme en référence à différentes disciplines, de l'histoire de l'art à l'anthropologie culturelle, de la psychopathologie à la théologie, de la littérature à la philosophie politique.

Quand l'anxiété est-elle justifiée ? Quand l'anxiété cesse-t-elle de fonctionner comme un signal efficace et raisonnable prévenant les menaces imminentes, et quand devient-elle une projection envahissante de nos propres fantômes ?

Une profonde enquête philosophique chez le paraplégique traumatique sur le phénomène affectif qui peut à la fois le protéger du danger et être un danger en soi. Elle explore la pertinence de l'anxiété dans le contexte de l'anthropologie philosophique chez un traumatisé qui voit son avenir se dissiper comme de la fumée.

Dans divers cadres théoriques, la différence entre l'anxiété et la peur sert de critère pour distinguer les êtres humains des animaux en particulier. En conséquence, la recherche sur l'anxiété est cruciale pour définir la nature humaine en tant que telle.

L'analyse présentée dans ce travail montre comment une altération des dimensions de l'incarnation, de la conscience du temps et du fantasme s'opère dans l'angoisse.

Pour comprendre le phénomène de l'anxiété, comme l'anticipation imaginative quasi intentionnelle, qui échappe à la différenciation traditionnelle entre perception et imagination, une analyse phénoménologique de cinq traits essentiels de l'angoisse explique les différentes étapes psychologiques que le paraplégique traumatique traverse jusqu'à la dépression: son anticipation imaginative quasi intentionnelle, son inspiration négative, la récurrence des manifestations corporelles, l'interlocution avec une puissance étrangère et sa téléologie négative qui amène au suicide.

Pour sauver le paraplégique traumatique, le prestataire doit revêtir un caractère empathique, sacrificiel en se réincarnant dans son suiveur, son patient.

1. Que dire alors de l'empathie, l'incarnation et la personne ?

L'attention, l'habitude, l'émotion, la liberté, le monde commun et l'action constituent des éléments importants qui entrent en jeu dans la reconnaissance d'un prestataire auprès de son malade, ainsi que leurs implications pour la subjectivité et l'expérience des autres.

La conscience de soi et la compréhension de soi diffèrent phénoménologiquement de l'expérience et de la compréhension des autres, et dans quelle mesure ces relations sont constitutivement interdépendantes.

Jardine soutient que les analyses de Husserl de l'ipséité et de l'intersubjectivité qui sont animées par la question de savoir ce qui est en jeu dans la reconnaissance de l'engagement d'un agent

comme la réponse située d'une personne, plutôt que simplement comme le comportement d'un animal ou d'un corps vivant.

S'appuyant principalement sur les brouillons et les manuscrits d'Idées fraîchement fouillées, James développe les recherches souvent fragmentaires de Husserl sur l'attention, l'habitude, l'émotion, la liberté, le monde commun et l'action, et considère leurs implications pour la subjectivité et l'expérience des autres.

La notion sur l'empathie, l'incarnation et la personne fait également dialoguer la phénoménologie husserlienne avec les préoccupations philosophiques du XXI^e siècle, des récits de l'individualité et de l'agentivité de la philosophie analytique au traitement de l'expérience sociale dans la théorie critique. Il s'agit ici du rajeunissement de la philosophie transcendantale.

Le temps en relation avec la mémoire et l'imagination dans les récits neuropsychologiques de la mémoire joue un rôle important dans la transformation du paraplégique traumatique dans un contexte de l'émergence de la biotechnologie.

Les sciences de la vie en relation avec les concepts de la vie et la biotechnologie nouvelle et émergente, les neurosciences en relation avec la double nature de l'identité humaine, se concentrent sur un sujet principal : « le temps ».

Le temps, isolé de l'expérience, comme mesure des événements de la physique moderne ; le temps comme mesure des systèmes émergents dans l'évolution comme toile de fond de la théorie de l'évolution en biologie.

Combien de temps il faut pour verticaliser le paraplégique, pour qu'il commence la rééducation, le sport et reprendre son travail ? L'autonomie doit se faire le plus vite possible.

Le leadership de service chez le traumatisé médullaire cherche des réponses aux questions de l'âme et de la nature de la vie en s'inscrivant dans une niche historique entre le rationalisme intellectuel et le spiritisme intuitif.

Cette notion du temps démontre la pertinence de la philosophie d'Henri Bergson pour les développements actuels de la science en contribuant au dialogue entre les sciences et les humanités, en montrant comment la pensée de Bergson reconnecte science et imaginaire (Laurens Landeweerd, 2022).

Les idées d'Henri Bergson (1859-1941) revitalisent la pertinence pour les développements actuels des sciences exactes. Elles explorent la pertinence de la pensée de Bergson pour les réflexions philosophiques contemporaines sur trois des domaines de recherche scientifique les plus importants d'aujourd'hui, à savoir la physique, les sciences de la vie et les neurosciences.

La paraplégie traumatique qui reste une préoccupation des sciences de la vie et des neurosciences s'inscrit sur la droite ligne, il faut aller vite pour mobiliser le patient par toutes les occasions que la biotechnologie nous offre.

Il le fait sur la base des trois thèmes interdépendants du temps, de la vie et de la mémoire. Henri Bergson (1859-1941) est l'un des philosophes les plus lus de son époque. Ses écrits ont attiré beaucoup d'attention.

La pertinence de sa philosophie pour les développements des sciences exactes, aujourd'hui, porte sur la discussion de la physique en relation avec l'abstrait et le concret, les sciences de la vie en relation avec les concepts de la vie en relation avec la biotechnologie nouvelle et émergente, et les neurosciences en relation avec la double nature de l'identité humaine.

Les idées d'Henri Bergson constituent une base pour dévoiler le temps comme un processus vivant, plutôt que comme un instrument de mesure des événements. Un processus vivant afin de sauver le patient avant qu'un événement malheureux n'arrive ; les trois premières minutes après l'accident peuvent déterminer la suite des événements soit pour le bon ou soit pour le mal. Ce point de vue constitue la base d'une nouvelle approche de la philosophie de la technologie.

Pour les universitaires intéressés par l'interaction entre les sciences dures et la philosophie, cette notion du temps doit être prise dans un consortium avec la biotechnologie, l'intelligence artificielle, les urgences ainsi que toutes les innovations que nous donnent l'évolution de la science pour les développements plus récents de la technologie et de la science.

2. Ethique, « être lié »

« Être lié » d'un point de vue philosophique et sociologique entre le prestataire et son suiveur qui est son patient, examine plusieurs façons dont ils sont liés. Nous sommes tenus de reconnaître la vérité et de suivre les lois ; nous sommes liés aux autres et au monde.

Qui nous sommes est en partie défini par ces liens, que nous les respectons ou non, ou même que nous les reconnaissons. Des questions déconcertantes surgissent du fait que nous sommes liés, telles que : Comment ces liens sont-ils contraignants ? En quoi réside leur caractère normatif ? Une vénérable tradition philosophique, en particulier depuis Kant, a fourni une explication de la normativité qui fait essentiellement appel à des notions telles que « l'auto-législation ». Mais nos liens normatifs peuvent-ils être correctement compris dans ces termes essentiellement à la première personne ? Beaucoup soutiennent que notre condition sociale résiste à tout compte rendu de ces liens qui ne reconnaît pas les perspectives de la deuxième et de la troisième personne. (Daniel Kawata, 2022)

« Être lié », c'est-à-dire pourquoi et comment nous sommes liés. Il s'agit ici d'une perspective historique dans la tradition de la philosophie transcendantale (Kant, Fichte) .

Hegel, Husserl et Heidegger qui examinent le phénomène d'une analyse sociologique du lien social à la fois historique et systématique qui s'appuie sur des approches sociologiques de la « solidarité » et de la « réflexivité », en explorant la manière dont le phénomène « d'être lié » se manifeste à travers le concept de « relation sociale ».

3. La connaissance et l'intégrité.

Le prestataire pour offrir un meilleur service dans une perspective sacrificielle doit avoir une connaissance approfondie sur le phénomène auquel il est appelé à résoudre. Cette démarche du savoir se fait dans une casquette d'une personne intègre.

Du point de vue de la philosophie continentale des sciences, la recherche scientifique est un phénomène profondément socioculturel, une pratique transformatrice qui imprègne la société tout en étant affectée par la dynamique sociale. (Daniel Kawata, 2022, McCarthy et al. 2006)

Les défis de l'intégrité qui émergent dans les pratiques de recherche contemporaines sont analysés dans une perspective philosophique continentale, offrant une scène où diverses voix, positions et modes de discours sont mutuellement exposés les uns aux autres, de sorte qu'ils s'adressent et s'interrogent de manière critique.

4. Ethique et intelligence artificielle.

Les avantages potentiels de l'IA seraient nombreux, allant des améliorations opérationnelles, telles que la réduction des erreurs humaines (par exemple dans le diagnostic médical), à l'utilisation de robots dans des situations dangereuses (par exemple pour sécuriser une centrale nucléaire après un accident).

Le concept d'IA a presque 70 ans (McCarthy et al. 2006) et des préoccupations éthiques concernant l'IA ont été soulevées depuis le milieu du XXe siècle (Wiener 1954 ; Dreyfus 1972 ; Weizenbaum 1977).

L'apport de l'IA dans le traitement de la paraplégie traumatique n'est plus à démontrer d'autant plus que la robotisation, les appareillages électriques intelligents et télécommandés, la relation entre les neurosciences, la biotechnologie ainsi que l'intelligence artificielle et le neuroleadership sont à la une dans tous les médias. Cette innovation peut transformer et booster la prise en charge de paraplégie traumatique par son apprentissage en profondeur.

5. Apprentissage en profondeur

L'apprentissage en profondeur est l'une des approches de l'apprentissage automatique qui a conduit aux succès remarquables de l'IA ces dernières années (BENGIO et al, 2021.). Le développement de l'apprentissage en profondeur est le résultat de l'utilisation de réseaux de neurones artificiels, qui sont des tentatives de répliquer ou de simuler des fonctions cérébrales.

L'intelligence naturelle provient des réseaux parallèles de neurones qui apprennent en ajustant la force de leurs connexions. L'apprentissage en profondeur tente d'effectuer des activités semblables à celles du cerveau en utilisant des mesures statistiques pour déterminer les performances d'un réseau.

L'apprentissage en profondeur tire son nom des réseaux de neurones profonds, c'est-à-dire des réseaux à plusieurs couches. Il a été appliqué avec succès à des problèmes allant de la reconnaissance d'images au traitement naturel de la parole.

Malgré ses succès, l'apprentissage en profondeur doit faire face à une série de limites (Crémer 2021). Il est ouvert au débat de savoir dans quelle mesure l'apprentissage automatique basé sur des approches telles que l'apprentissage en profondeur peut progresser et si des principes fondamentalement différents pourraient être nécessaires, tels que l'introduction de modèles de causalité (Schölkopf et al. 2021).

Avec les nouvelles utilisations de l'IA, l'éthique de l'IA s'est épanouie bien au-delà du milieu universitaire.

III. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Explorer les qualités du leadership de service parmi les prestataires de la santé pour améliorer la gestion de la paraplégie traumatique en RDC est une étude prospective et quantitative qui cherche à évaluer la prise en charge de la paraplégie traumatique parmi les patients atteints des lésions traumatiques de la moelle épinière et les prestataires, y compris les membres de la famille et les donateurs, à la fois actuellement et après l'application des qualités du leadership serviteur.

L'objectif était de déterminer le niveau actuel de soins des paraplégiques traumatiques vu par le patient lui-même, considéré ici comme un phénomène d'étude (un apprenant), mais aussi du point de vue des prestataires (des leaders) dans un environnement d'étude (des milieux pré, per et post-hospitaliers).

Notre population d'étude est constituée des paraplégiques traumatiques et des prestataires, y compris les gardes malades, les bailleurs des fonds et les associations caritatives œuvrant auprès de l'unité des paraplégiques traumatiques dans dix-neuf hôpitaux du niveau tertiaires répartis dans vingt-six provinces de la RDC. Un échantillon de 103 personnes a été sélectionné selon les critères mis en place, dont 39 patients paraplégiques traumatiques et 64 prestataires (personnel médical, paramédical, les garde-malades, les décideurs et les membres des associations caritatives).

La méthode d'étude est quantitative, avec une approche empirique radicale dite approche intellectuelle consistant à recueillir des informations immédiatement auprès des patients (paraplégiques traumatisés), des premiers témoins (personnel médical et paramédical et accompagnateurs).

Les données ont été encodées dans EPI data, puis transportées et analysées dans SPSS.

Le résultat de notre étude a montré que:

- La situation actuelle de la prise en charge des paraplégiques traumatiques est de 34,4%, bien inférieure et même en deçà de moitié à la situation de la prise en charge des paraplégiques traumatiques dans le monde ; légèrement supérieure à celle constatée il y a dix ans selon l'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services (SARA) RDC 2014) qui était de 27%.
- L'approche intellectuelle utilisée a relevé le biais de 24,5% entre ce que l'opinion publique (les témoins indirects disent sur la situation et les témoins directs rencontrent sur leur situation, ce qu'ils ont vécu) pense (58,9%) et la situation réelle (34,4%).
- La mise en application d'un leadership de service chez des prestataires, des bailleurs de fonds, des garde-malades ainsi que des patients paraplégiques a boosté les soins de 32,7 % à 67,1 %, réduisant ainsi le taux de létalité et de mortalité parmi les patients paraplégiques traumatiques.
- La situation réelle de la capacité de leadership de service des prestataires est évaluée à 40%, ce qui explique le résultat moins satisfaisant de la prise en charge.

- Le biais entre la situation déclarée (53,7%) et la réalité du terrain (42,7%) est de 11%, ce qui est énorme et que l'approche empirique utilisée nous a permis de détecter.
- L'amélioration des prestataires dans leur capacité de transformation (69,4%) pourrait avoir un impact réel dans la transformation du paraplégique traumatique.

Ce travail a fourni un large aperçu de la manière dont les systèmes de santé pourraient être renforcés pour garantir que les personnes atteintes de paraplégie traumatique puissent accéder aux services de santé dont elles ont besoin (y compris la réadaptation et les aides techniques), tant sur le plan médical que sur le plan de l'encadrement (réadaptation et réinsertion socio-professionnelle).

Ce travail a permis d'avoir une vue d'ensemble sur la manière dont les systèmes de santé pourraient être renforcés pour que les personnes atteintes de paraplégie traumatique puissent accéder aux services de santé dont elles ont besoin (y compris la rééducation et les aides techniques), tant sur le plan médical que sur le plan de l'encadrement des services. Ce constat peut être extrapolé à d'autres domaines de la santé et de la vie nationale en République Démocratique du Congo.

Recommandations.

Des recommandations sont formulées dans le domaine médical sur le leadership organisationnel et la bonne gouvernance, la prestation de services, le renforcement des systèmes de santé.

Dans le domaine du leadership de service, il s'agit de parvenir à mettre en place, dans ce processus de transformation, des plateformes des paraplégiques traumatiques, des plateformes diversifiées rassemblant différents prestataires, décideurs, acteurs sociaux, soignants et patients qui peuvent résister aux épreuves du temps

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Baghman, V. L. (2002). Brain protection during neurosurgery. *Anesthesiology Clinics of North America*, 20(2), 315–327.

Bakerura, M. (1981). *Les traumatismes vertébro-médullaires aux CUK : À propos de 126 observations* [Mémoire de spécialisation en chirurgie générale, UNIKIN, Faculté de Médecine]. (Inédit)

Barney, G., & Strauss, A. A. (2010). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative*. Armand Colin, coll. Individu et Société.

- Bengio, Y., et al. (2021). Machine learning for combinatorial optimization: A methodological tour d'horizon. *European Journal of Operational Research*, 290(2). <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2020.07.063>
- Bergson, H. (2008). Les théories de Bergson sur la perception, la mémoire et le rire, au regard des données des neurosciences. *Annales bergsoniennes*, IV. <https://doi.org/10.3917/puf.fagot.2008.01.0163>
- Bullock, M. R., Chesnut, R., Ghajar, J., et al. (2006). Surgical management of acute epidural hematomas. *Neurosurgery*, 58(Suppl. 7), S7.
- Coincé, B. (2022). Présentation, caractère et symbole : Une fondation culturelle, philosophique et phénoménologique à la suite de Alfred Schütz et Edmund Husserl. *Springer Cham*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-95147-4>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative*. Armand Colin.
- Hetz, S. P., Latimer, A. E., Buchholz, A. C., Martin Ginis, K. A., & Groupe SHAPE-SCI Research. (2009). La participation accrue aux activités de la vie quotidienne est associée à des taux de cholestérol plus faibles chez les personnes souffrant de lésions de la moelle épinière. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.
- Huberman, A. M., & Miles, B. M. (n.d.). *Analyse des données qualitatives : Recueil de nouvelles méthodes*. Persée. <https://www.persee.fr>
- Husserl, E. (1947). *Méditations cartésiennes : Introduction à la phénoménologie* (G. Peiffer & E. Lévinas, Trad.). J. Vrin. (Original work published 1931)
- Jardine, J. (n.d.). L'empathie, l'incarnation et la personne. In Lou Agosta, Ph.D., *Écouter avec empathie*.
- Kabamba. (1987). *Apport de la clinique dans l'indication opératoire et éléments de pronostic du polytraumatisé*.
- Kant, I., & Fichte, J. G. (2011). Éthique et philosophie transcendantale. *Revue de métaphysique et de morale*, (71). <https://doi.org/10.3917/rmm.113.0343>

Kanunyangi, M. (1999). *Traumatisme du rachis cervical, CUK : Étude descriptive de 52 observations* [Mémoire de spécialisation en chirurgie générale, UNIKIN, Faculté de Médecine]. (Inédit)

Kawata, D. (2022). *Le "Must" de l'éthique pour une renaissance effective de la RDC*. [Éditeur et ville à compléter].

Lesion de la moelle épinière – perspectives internationales. (2013). *Rapport OMS*.

MEDIX. (2011). *Cours de médecine : Traumatismes médullaires, cours de radiologie*. <https://www.medix.free.fr>

Micali, S. (2022). *Phenomenology of Anxiety*. Springer International Publishing.

Mukuna, B. (1990). *La chirurgie vertébro-médullaire de l'adulte aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (230 observations)* [Mémoire de spécialisation en chirurgie générale, UNIKIN, Faculté de Médecine]. (Inédit)

Sakakibara, B. M., Miller, W. C., Orenczuk, S. G., Wolfe, D. L., & Team Recherche SCIRE. (2009). A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*.

Schölkopf, B., et al. (2021). Towards causal representation learning. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2102.11107>

Slater, D., & Meade, M. A. (2004). Participation in recreation and sports for persons with spinal cord injury: Review and recommendations. *NeuroRehabilitation*.

Vissers, M., Van den Berg-Emons, R., Sluis, T., Bergen, M., Stam, H., & Bussmann, H. (2008). Barriers to and facilitators of everyday physical activity in persons with a spinal cord injury after discharge from the rehabilitation center. *Journal of Rehabilitation Medicine*.

Von Eckartsberg, R. (1998). Existential-phenomenological research. In R. Valle (Ed.), *Phenomenological inquiry in psychology: Existential and transpersonal dimensions* (pp. 21–61). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0125-5_2

Wiener, N. (1954). Men, machines, and the world about. In I. Galderston (Ed.), *Medicine and Science*. New York Academy of Medicine and Science, International Universities Press.

<http://21stcenturywiener.org/wp-content/uploads/2013/11/Men-Machines-and-the-World-About-by-N.-Wiener.pdf>