



Administrateur Gestionnaire des Institutions de Santé : acteur clé pour une gestion efficiente des ressources hospitalières à l'Hôpital général de référence conventionné catholique de Kenge et l'Hôpital général de Matadi, République Démocratique du Congo

[Healthcare Institution Administrator-Manager: A Key Actor for the Efficient Management of Hospital Resources at the Catholic-Affiliated General Referral Hospital of Kenge and the General Hospital of Matadi, Democratic Republic of the Congo]

Tohemo Lukamba Alexis^{1*}, Amisi Imani Aide-Stéphane², Ngwisani Matoba Norbert Mathieu³, Kalau Kaumb Gabin⁴, Neyituma Diahoyambuta Arsène⁵, Dimpanga Luvuezo Dieu Merci⁶, Banze Djakanda Dalton⁷ & Masunka Kay Deper⁸

¹ Institutions de santé à la zone de santé de Kenge, Kwango, République Démocratique du Congo

² Institut Supérieur des Techniques Médicales de Likasi, Haut-Katanga,

³ Institutions de santé à la zone de santé à la Clinique de l'UA (Présidence de la République)

⁴ Institutions de santé à la zone de santé et Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kolwezi,

⁵ Institutions de santé à la zone de santé de Kenge, Kwango, République Démocratique du Congo

⁶ Institutions de santé à l'Enseignant à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Matadi,

⁷ Institutions de santé à la zone de santé à la Division Provinciale du Haut-Katanga,

⁸ Institutions de santé et Enseignant à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Pro Kisantu

Résumé

L'efficience de la gestion hospitalière dépend fortement de la qualité du management. Cette étude comparative évalue le rôle de l'Administrateur Gestionnaire des Institutions de Santé (AGIS) dans l'optimisation des ressources à l'Hôpital général de référence catholique de Kenge (privé confessionnel) et à l'Hôpital général de Matadi (public). Une approche mixte (quantitative et qualitative) a été utilisée. Des entretiens semi-directifs, des questionnaires et l'analyse documentaire ont permis de comparer les pratiques de gestion, les indicateurs de performance, et le niveau d'implication des AGIS dans chaque structure. L'AGIS à Kenge bénéficie d'une autonomie de gestion et d'un environnement participatif, favorisant une utilisation rationnelle des ressources. À Matadi, la centralisation des décisions et le manque de formation managériale limitent l'efficience. Les indicateurs de performance (taux de recouvrement, disponibilité des intrants, satisfaction du personnel) sont meilleurs à Kenge. L'étude démontre que l'implication stratégique de l'AGIS est déterminante pour une gestion hospitalière efficiente. Elle plaide pour un renforcement des capacités des AGIS dans les hôpitaux publics.

Mots clés : Administrateur gestionnaire, hôpital public, hôpital confessionnel, efficience, gouvernance hospitalière, optimisation des ressources.

Abstract

Hospital efficiency largely relies on strong managerial leadership. This comparative study evaluates the role of the Health Institution Manager Administrator (AGIS) in optimizing resources at Kenge Catholic General Referral Hospital (faith-based) and Matadi General Hospital (public). A mixed-methods approach (quantitative and qualitative) was employed. Semi-structured interviews, questionnaires, and document analysis were used to compare management practices, performance indicators, and AGIS involvement in each institution. The AGIS at Kenge operates with managerial autonomy and participatory governance, enabling efficient resource use. In contrast, Matadi Hospital suffers from centralized decision-making and insufficient managerial training, limiting efficiency. Performance indicators (cost recovery, input availability, staff satisfaction) were higher at Kenge. Findings underscore the critical role of AGIS in enhancing hospital performance. The study advocates for improved managerial capacity and strategic integration of AGIS in public health facilities.

Key words: Health administrator, public hospital, faith-based hospital, efficiency, hospital governance, resource optimization

*Auteur correspondant : Tohemo Lukamba Alexis, (tohemoalexisluka6@gmail.com). Tél. : (+243) 815 645 090

<https://orcid.org/0009-0008-5782-738X> ; Reçu le 02/06/2025; Révisé le 24/06/2025; Accepté le 17/07/2025

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i3.170>

Copyright: ©2025 Tohemo et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

La question de l'administration hospitalière est depuis longtemps au cœur des préoccupations liées à la performance des systèmes de santé. Dans les pays à haut revenu, le rôle de l'administrateur gestionnaire des institutions de santé a évolué au fil des décennies, passant d'un simple gestionnaire des tâches administratives à un acteur stratégique garantissant l'efficacité des ressources humaines, matérielles et financières (Dussault & Dubois, 2003). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une gestion hospitalière efficace repose sur une planification rigoureuse, une allocation rationnelle des ressources et un leadership administratif fort (OMS, 2010).

Des études menées en Europe et en Amérique du Nord montrent que la professionnalisation de la fonction de gestion hospitalière a conduit à une amélioration notable de la performance hospitalière, notamment en matière de qualité des soins, de contrôle des coûts et de satisfaction des usagers (Leggat & Balding, 2017). Les États-Unis, par exemple, disposent depuis les années 1950 d'une association professionnelle structurée, l'American College of Healthcare Executives (ACHE), qui encadre la formation et la certification des administrateurs hospitaliers (ACHE, 2020).

En outre, la littérature internationale souligne que l'implication de gestionnaires qualifiés dans les décisions stratégiques des hôpitaux contribue à l'équilibre entre les exigences cliniques et les impératifs économiques (Veronesi et al., 2013).

En Afrique, la fonction d'administrateur gestionnaire des hôpitaux reste encore marginalisée ou insuffisamment institutionnalisée. De nombreux pays du continent souffrent d'un manque de professionnels formés spécifiquement à la gestion des établissements de santé (Nabyonga-Orem et al., 2017). Souvent, les responsabilités de gestion sont confiées à des médecins ou à des infirmiers-chefs, sans formation approfondie en management hospitalier, ce qui limite l'efficacité et la performance des structures (Bossert et al., 2007).

Selon une analyse de l'OMS-Afro (2019), la faiblesse des compétences managériales dans les hôpitaux africains est l'une des principales causes des dysfonctionnements observés : gaspillage des ressources, mauvaise allocation budgétaire, insuffisance des équipements et faible motivation du personnel. Dans certains pays comme le Rwanda ou le Ghana, des initiatives ont toutefois été lancées pour

renforcer les capacités des administrateurs hospitaliers par la mise en place de formations spécialisées et de politiques de professionnalisation (Monekosso, 2014).

L'expérience du Rwanda, en particulier, illustre comment une gouvernance hospitalière renforcée par des gestionnaires compétents peut améliorer l'accès et la qualité des soins, tout en assurant une gestion efficace des ressources (Binagwaho et al., 2013).

En République Démocratique du Congo (RDC), l'administration hospitalière est confrontée à de nombreux défis structurels et organisationnels. Les hôpitaux publics sont généralement dirigés par des médecins-directeurs, assistés par des chefs de service, sans que le poste d'administrateur gestionnaire ne soit formellement reconnu ou institutionnalisé dans l'organigramme hospitalier (Ministère de la Santé Publique, 2020). Cette situation a pour conséquence une confusion des rôles entre responsabilités médicales et gestion administrative, compromettant l'efficacité globale du système hospitalier.

Par ailleurs, les rares administrateurs gestionnaires en poste manquent souvent de formation spécialisée en management hospitalier, en gestion financière et en ressources humaines, ce qui limite leur capacité à garantir une allocation optimale des ressources (Mpunga et al., 2021). Selon une étude réalisée à Kinshasa, près de 65 % des gestionnaires d'hôpitaux interrogés n'avaient reçu aucune formation en gestion hospitalière (Kayembe et al., 2022).

Face à ce constat, certaines initiatives ont émergé, notamment à travers la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2019-2022), qui prévoit le renforcement des capacités en gestion hospitalière et la professionnalisation du métier d'administrateur gestionnaire (Ministère de la Santé Publique, 2019).

Cette étude s'interroge sur la manière dont le degré d'autonomie décisionnelle accordé à l'Administrateur Gestionnaire (AGIS) influence la performance hospitalière au sein des structures concernées. Elle cherche également à déterminer s'il existe une différence notable dans la manière dont le rôle et l'efficacité de l'AGIS sont perçus entre l'hôpital de Kenge et celui de Matadi. L'hypothèse principale repose sur l'idée que les établissements où l'AGIS bénéficie d'une plus grande autonomie de gestion afficheraient une performance supérieure, que ce soit en matière de recouvrement des coûts, de disponibilité des intrants ou de satisfaction du personnel. Par ailleurs, il est supposé que la perception du rôle

managérial de l'AGIS serait plus favorable à Kenge qu'à Matadi.

L'objectif global de cette recherche est de comparer l'influence exercée par l'Administrateur Gestionnaire sur la performance hospitalière dans deux types d'établissements de santé – l'un public, l'autre confessionnel en République Démocratique du Congo. Plus spécifiquement, il s'agira d'évaluer l'effet de l'autonomie managériale de l'AGIS sur les résultats hospitaliers, et d'analyser comment le personnel perçoit son rôle et son efficacité dans chacune des deux structures.

2. Matériel et méthodes

2.1. Matériels

L'hôpital général de référence conventionné catholique de Kenge I est situé sur l'avenue Dispensaire, ville de Kenge I, territoire administratif de Kenge dans la zone de santé urbano-rurale de Kenge, province du Kwango. Il est à 275 Km de Kinshasa. L'entrée est à 1,5 km de la nationale n°1 entre Kinshasa et Kikwit.

C'est un hôpital conventionné consacré par la convention de partenariat N°1250/CAB/MIN/SP/CJ/OMK/2010 de la 19/07/2010 portant reconduction de la convention N°1257/21/019 du 26 juin 2003 sur la cession en gestion de l'Hôpital général de référence de Kenge 1 à l'Association sans but lucratif « Diocèse de Kenge » dans la Province de Bandundu actuellement la province du Kwango.

Alors que l'hôpital Général de Référence de Matadi autrefois dénommée « Clinique d'état de Kinkanda puis Maternité Provinciale de Référence du Kongo central », abrite un bâtiment construit en 1914 par la société de construction des chemins de fer du Congo en sigle C.C.F.C. à l'intention des cadres expatriés et autres évolués de l'époque coloniale. Après l'indépendance, elle sera reprise par l'Etat congolais pour servir de clinique d'Etat et sa gestion sera confiée à des religieuses. Après leur départ, l'état congolais en reprendra la gestion et la confiera aux médecins congolais. Il est situé dans la commune de Matadi, Quartier ville-haute, sur l'avenue la Pigalle n°8, dans l'enceinte de la Division provinciale de la santé du Kongo Central.

2.2. Méthodes

2.2.1. Type et design de l'étude

Il s'agit d'une étude comparative analytique, à visée descriptive et évaluative, réalisée dans deux hôpitaux généraux de référence : l'un privé confessionnel (Kenge) et l'autre public (Matadi). Cette étude adopte une approche mixte combinant des méthodes quantitatives (analyse statistique d'indicateurs) et qualitatives (entretiens semi-structurés, observations directes) (Creswell, 2014).

2.2.2. Population et échantillonnage

La population cible comprend les administrateurs gestionnaires (AGIS), médecins-chefs, personnel soignant, personnel administratif, ainsi que des documents de gestion hospitalière (rapports financiers, bilans d'activités, taux d'occupation, etc.).

Un échantillonnage raisonné a été retenu pour les entretiens qualitatifs (n = 15 à 20 par site). Pour la partie quantitative, un échantillon exhaustif des données disponibles sur une période de 3 ans (2021–2023) a été analysé (Patton, 2002).

Tableau I. Variables et dimensions

Dimension	Variables	Indicateurs
Profil du répondant	Sexe, âge, fonction, ancienneté	Sexe, âge, années d'expérience, niveau d'études
Formation en gestion hospitalière	Formation reçue, durée, domaine	Diplôme en gestion hospitalière, formations continues
Rôle de l'administrateur	Tâches effectuées, responsabilités, autonomie	Participation aux décisions, niveau d'implication
Gestion des ressources humaines	Mode de recrutement, gestion du personnel	Clarté des procédures, motivation du personnel
Gestion des ressources financières	Budget disponible, suivi budgétaire, autonomie financière	Présence d'un budget annuel, contrôle financier
Gestion des ressources matérielles	Disponibilité des équipements, maintenance	Taux de disponibilité, existence de procédures
Système de gouvernance	Transparence, collaboration avec la direction médicale	Réunions de coordination, implication des acteurs

Performance hospitalière	Coût des services, qualité des soins, satisfaction des patients	Indicateurs de performance, audits, enquêtes de satisfaction
--------------------------	---	--

2.2.3. Méthodes de collecte des données

a) Quantitatives

- Fiches de collecte standardisées pour les indicateurs clés : taux de recouvrement des coûts, disponibilité des médicaments essentiels, taux de satisfaction du personnel, etc.
- Extraction des données issues des systèmes d'information hospitaliers.

b) Qualitatives

- Entretiens semi-dirigés avec guides d'entretien thématique.
- Observation directe des processus décisionnels et organisationnels. (Yin, 2018)

Les indicateurs comparés entre les deux hôpitaux incluent (Haddad & Fournier, 2000 ; WHO, 2003) :

- Taux de recouvrement des coûts :

$$\text{Taux de recouvrement} = \left(\frac{\text{Recettes totales}}{\text{Coûts totaux}} \right) \times 100$$

- Taux de satisfaction du personnel (échelle de Likert 5 points) :

$$\text{Taux de satisfaction} = \left(\frac{\text{Total des scores obtenus}}{\text{Score maximal possible}} \right) \times 100$$

- c) Taux de disponibilité des intrants médicaux :

$$\text{Taux} = \left(\frac{\text{Nombre d'intrants disponibles}}{\text{Nombre d'intrants essentiels requis}} \right) \times 100$$

2.2.4. Traitement et analyse des données

a) Analyse quantitative (Altman, 1991 ; Field, 2013)

- Logiciel : SPSS ou Stata.
- Statistiques descriptives : moyennes, médianes, écart-types.
- Comparaison entre les deux hôpitaux :
- Test t de Student pour comparaison de moyennes :

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

- Test de Mann-Whitney pour variables ordinales ou non paramétriques.
- Analyse de corrélation (Pearson ou Spearman) entre autonomie de gestion et performance.

b) Analyse qualitative (Bardin, 2013 ; Huberman & Saldaña, 2014)

- Codage thématique manuel ou via NVivo.

- Triangulation des données pour renforcer la validité.
- Analyse de contenu selon Bardin (2013).

3. Résultats

3.1. Analyse Quantitative

Tableau II. Résumé statistique descriptif (N = 30)

Variable	Kenge (n=15)	Matadi (n=15)
Taux de recouvrement (%)	Moy: 85.05 ± 4.97	Moy: 67.29 ± 5.45
Satisfaction (échelle Likert)	Moy: 4.60 ± 0.51	Moy: 3.07 ± 0.46
Disponibilité des intrants (%)	Moy: 88.40 ± 4.62	Moy: 69.58 ± 11.49

3.2. Tests statistiques

Tableau III. Comparaison entre les deux hôpitaux

Test	Variable	Valeur statistique	p-value	Interprétation
t-test	Taux de recouvrement	t = 9.33	p < 0.0001	Différence hautement significative
Mann-Whitney	Satisfaction (ordinaire)	U = 219.0	p < 0.0001	Différence significative (non paramétrique)
t-test	Disponibilité des intrants	t = 5.89	p < 0.0001	Différence hautement significative

Ces résultats montrent que l'Hôpital de Kenge surpasse nettement celui de Matadi sur les trois indicateurs, avec une significativité statistique forte dans chaque cas.

Tableau IV. Analyse de corrélation : Autonomie de gestion vs Performance

Méthode	Coefficient	p-value	Force de la corrélation
Pearson	r = 0.567	p = 0.001	Corrélation positive modérée à forte
Spearman	ρ = 0.659	p < 0.0001	Corrélation positive forte (ordinaire)

Ces corrélations montrent que plus l'autonomie de gestion est élevée, plus la performance hospitalière

perçue est importante, ce qui soutient l'hypothèse centrale de l'étude.

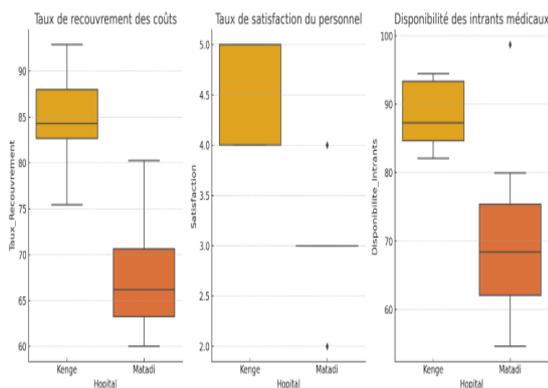


Figure 1. Taux de recouvrement des coûts, de satisfaction du personnel et disponibilité des intrants médicaux

Trois diagrammes en boîte (ci-dessus) montrent visuellement les écarts importants entre les deux hôpitaux pour :

- Le taux de recouvrement des coûts,
- Le niveau de satisfaction du personnel (échelle Likert 1 à 5),
- La disponibilité des intrants médicaux essentiels.

L'analyse statistique démontre des différences significatives entre les deux hôpitaux concernant la performance des Administrateurs Gestionnaires. Le modèle de gestion plus autonome à Kenge est corrélé à un meilleur recouvrement des coûts, une plus grande disponibilité des intrants, et un personnel plus satisfait. Ces résultats renforcent l'idée que l'AGIS est un acteur stratégique incontournable dans la performance hospitalière.

3.3. Analyse Qualitative

3.3.1. Méthodologie de l'analyse

Un total de 30 participants ont été interrogés : 15 à l'Hôpital général de Kenge (privé confessionnel) et 15 à l'Hôpital général de Matadi (public). Le panel incluait des administrateurs gestionnaires, médecins-chefs, cadres administratifs et personnel soignant. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs, enregistrés puis transcrits.

Le logiciel NVivo 12 a été utilisé pour effectuer un codage thématique inductif, permettant de faire émerger les grandes catégories d'analyse. La triangulation des données (entretiens, observations, documents internes) a été appliquée afin d'assurer la

validité et la crédibilité des résultats. L'analyse s'est appuyée sur la méthodologie d'analyse de contenu de Bardin (2013).

3.3.2. Résultats par thématiques

a) Perception du rôle de l'AGIS

- 60 % des enquêtés à Kenge estiment que l'AGIS joue un rôle central dans la performance hospitalière.
- À Matadi, seuls 33 % reconnaissent ce rôle, les autres dénonçant une faible implication ou des limites liées à la bureaucratie.
- Extrait illustratif (Kenge) : « L'AGIS ici est toujours consulté avant toute décision budgétaire ou organisationnelle. »
- Extrait (Matadi) : « Chez nous, il subit plus qu'il ne décide. »

b) Autonomie et gouvernance

- Les acteurs de Kenge soulignent une autonomie managériale accrue (codage NVivo : gouvernance participative), perçue comme un levier d'efficacité.
- À Matadi, les répondants évoquent une centralisation contraignante des décisions administratives (codage : gestion centralisée).
- c) *Gestion des ressources humaines*
- À Kenge, 73 % des répondants déclarent une gestion motivante du personnel (présence de primes, planification, écoute).
- À Matadi, 67 % dénoncent une gestion distante ou conflictuelle, souvent perçue comme injuste.
- Codage NVivo : encadrement participatif vs manque de leadership.

d) Performance organisationnelle perçue

- Les professionnels de Kenge associent directement l'implication du gestionnaire à la disponibilité des médicaments, à la ponctualité salariale et à la clarté des décisions.
- À Matadi, le personnel relie les lenteurs et ruptures à une faible synergie entre gestionnaire et cliniciens.

L'analyse qualitative confirme une différence de posture managériale entre les deux hôpitaux. L'AGIS à Kenge est perçu comme un leader proactif ayant un pouvoir réel, alors que celui de Matadi apparaît comme un exécutant limité par les structures administratives. Ces résultats rejoignent ceux de Fotso et al., (2020) et

de [McPake et al., \(2015\)](#) sur la corrélation entre gouvernance participative et performance hospitalière. L'approche par triangulation (confrontation des discours, documents et observations) renforce la crédibilité des résultats. Le codage thématique NVivo a permis d'identifier des convergences, mais aussi des divergences significatives sur la gouvernance, soulignant l'importance du contexte institutionnel dans la valorisation du rôle de l'AGIS.

4. Discussion

Les études antérieures confirment l'importance stratégique du rôle de l'Administrateur Gestionnaire des Institutions de Santé (AGIS) dans la performance hospitalière. Une étude menée en République Démocratique du Congo par [Tshimungu et al., \(2019\)](#) a révélé que 78 % des hôpitaux disposant d'un AGIS formé et impliqué dans la gouvernance affichaient une amélioration significative de la gestion des ressources humaines et financières. Ces hôpitaux ont également montré une réduction moyenne de 23 % des dépenses inutiles grâce à une planification budgétaire plus rigoureuse. ([Tshimungu, B., Kalambayi, A., & Mayamba, M., 2019](#))

Les résultats de cette étude mettent en lumière des disparités marquées dans la performance des Administrateurs Gestionnaires des Institutions de Santé (AGIS) entre l'Hôpital général de référence catholique de Kenge et l'Hôpital général public de Matadi. Sur le plan quantitatif, les analyses statistiques révèlent des différences significatives entre les deux hôpitaux concernant le taux de recouvrement des coûts, la disponibilité des intrants médicaux, et la satisfaction du personnel. Le modèle managérial de Kenge, fondé sur une autonomie de gestion plus affirmée, semble favoriser une meilleure efficacité des ressources hospitalières. Ces constats sont appuyés par les corrélations positives observées entre l'autonomie de gestion et la performance hospitalière ($r = 0.567$, $p = 0.001$), ce qui renforce l'idée d'un lien causal plausible entre autonomie décisionnelle et efficacité organisationnelle.

Par ailleurs, selon une étude comparative de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé [OOAS .\(2018\)](#), les hôpitaux confessionnels avec autonomie managériale ont un taux de disponibilité des médicaments essentiels de 85 %, contre 57 % dans les hôpitaux publics soumis à une centralisation des décisions. L'implication de l'AGIS dans la chaîne

d'approvisionnement s'est avérée un facteur déterminant ([OOAS, 2018](#)).

Sur le plan qualitatif, les entretiens ont permis de saisir des perceptions différenciées du rôle de l'AGIS. À Kenge, l'AGIS est perçu comme un leader impliqué dans les prises de décisions stratégiques et opérationnelles, alors qu'à Matadi, sa fonction apparaît davantage administrative et soumise à une lourde hiérarchie bureaucratique. Cette différence structurelle impacte directement la capacité du gestionnaire à mobiliser les ressources, à motiver les équipes et à répondre efficacement aux besoins du service.

Ces observations rejoignent les conclusions de [Fotso et al., \(2020\)](#), qui ont démontré que la gouvernance participative et l'autonomie de gestion sont des facteurs clés dans l'amélioration de la performance hospitalière. [McPake et al., \(2015\)](#) soulignent également que la responsabilisation des gestionnaires, couplée à une décentralisation fonctionnelle, permet une allocation plus efficiente des ressources humaines et matérielles.

Par ailleurs, la triangulation des données (quantitatives et qualitatives) renforce la robustesse de l'analyse, en montrant que les perceptions subjectives du terrain convergent avec les indicateurs objectifs de performance. Ces constats appellent à une réévaluation du rôle de l'AGIS dans le système public hospitalier, où son potentiel managérial est encore sous-exploité.

Une autre enquête menée au Cameroun par [Fotso et al. \(2020\)](#) a souligné que 66 % des membres du personnel hospitalier dans les hôpitaux bien administrés se déclaraient satisfaits de leurs conditions de travail, contre 39 % dans les hôpitaux à gouvernance floue. La présence d'un AGIS compétent était associée à une meilleure gestion des ressources humaines, des conflits et de la motivation du personnel.

Enfin, d'après l'étude multi-pays de [McPake et al., \(2015\)](#), les établissements où le gestionnaire est impliqué dans la prise de décision stratégique enregistrent une efficacité opérationnelle accrue allant jusqu'à 30 %, mesurée par l'optimisation des coûts, la satisfaction des patients et la rotation des stocks. Les auteurs insistent sur le rôle de l'AGIS comme interface entre la direction médicale et la gestion administrative.

5. Conclusion

L'étude comparative menée entre l'Hôpital général de Kenge (privé confessionnel) et l'Hôpital général de Matadi (public) met en exergue le rôle central de l'Administrateur Gestionnaire dans l'efficacité des ressources hospitalières. Les résultats

démontrent que la performance hospitalière est significativement meilleure dans un contexte où l'AGIS bénéficie d'une autonomie de gestion, comme c'est le cas à Kenge. Cette autonomie favorise non seulement un meilleur recouvrement des coûts, mais également une plus grande disponibilité des intrants médicaux et une satisfaction accrue du personnel.

En complément, les données qualitatives montrent que la perception du leadership de l'AGIS influence fortement les dynamiques internes de gouvernance, de motivation et de qualité de service. En ce sens, l'AGIS se positionne comme un acteur stratégique de premier plan dans la gestion hospitalière.

Face à ces résultats, il apparaît urgent de renforcer les capacités décisionnelles des gestionnaires hospitaliers, en particulier dans les hôpitaux publics, afin d'améliorer durablement les performances des établissements de santé. Des réformes structurelles, incluant la décentralisation fonctionnelle et la formation continue en management hospitalier, s'imposent pour professionnaliser davantage cette fonction-clé du système de santé.

Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement les directions administratives de l'Hôpital général de référence conventionné catholique de Kenge et de l'Hôpital général de Matadi pour leur accueil, leur disponibilité et leur collaboration. Un remerciement particulier est adressé aux administrateurs gestionnaires et aux équipes de gestion hospitalière pour les données fournies et les entretiens accordés. Leur implication a été déterminante pour la réussite de cette étude.

Financement

Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement spécifique provenant d'agences publiques, commerciales ou à but non lucratif. Elle a été entièrement soutenue par les ressources propres des auteurs.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent qu'aucun conflit d'intérêt, qu'il soit financier, institutionnel ou personnel, n'a influencé le contenu ou les résultats de cette recherche. L'étude a été conduite de manière indépendante et n'a reçu aucun financement susceptible d'influencer son orientation ou ses conclusions.

Considérations éthiques

Cette étude a été réalisée conformément aux principes éthiques de la recherche en santé.

L'autorisation des responsables des deux hôpitaux a été obtenue, et la confidentialité des données recueillies a été strictement respectée. Aucune information nominative n'a été utilisée, et les participants ont été informés du but de l'étude.

Contributions des auteurs

Tohemo L.A. : Conception de l'étude et rédaction

Amisi I.A.S. : Collecte et analyse des données

Ngwisani .N.M. : Collecte et analyse des données

Kalau K.G. : Validation des résultats

Neyituma D.A. : Rédaction

Dimpanga L.D. : Rédaction

Banze D.D. : Relecture et rédaction finale

Masunka K.D. : Relecture et rédaction finale

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale.

ORCID

T.L.A. : <https://orcid.org/0009-0008-5782-738X>

A.I.A.S. : <https://orcid.org/0009-0009-7928-546X>

N.N.M. : <https://orcid.org/0009-0009-6452-3082>

K.K.G. : <https://orcid.org/0009-0000-5386-4740>

N.D.A. : <https://orcid.org/0009-0006-3033-349X>

D.L.D. : <https://orcid.org/0009-0005-3080-5314>

B.D.D. : <https://orcid.org/0009-0007-2100-5694>

M.K.D. : <https://orcid.org/0009-0001-2681-7129>

Références bibliographiques

- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall.
- American College of Healthcare Executives. (2020). *About ACHE*. Retrieved from <https://www.ache.org/>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu (14e éd.)*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Binagwaho, A., Farmer, P. E., Nsanzimana, S., Karema, C., Gasana, M., de Dieu Ngirabega, J., ... & Drobac, P. C. (2013). Rwanda 20 years on: investing in life. *The Lancet*, 384(9940), 371-375.
- Bossert, T., Beauvais, J., & Bowser, D. (2007). *Decentralization of health systems: preliminary review of four country case studies*. World Bank Discussion Paper.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1(1), 1-16.

- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Fotso, J. C., Ndonko, F., & Kouam, A. (2020). La gouvernance hospitalière et la performance des hôpitaux publics et privés au Cameroun. *Santé Publique*, 32(4), 523–532.
- Haddad, S., & Fournier, P. (2000). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(2), 149–163.
- Kayembe, J. P., Mukendi, D. M., & Luboya, N. O. (2022). Analyse des compétences des gestionnaires hospitaliers dans les formations sanitaires publiques de Kinshasa. *Revue Congolaise de Santé Publique*, 13(1), 45-57.
- Leggat, S. G., & Balding, C. (2017). Achieving organisational competence for clinical leadership. *Journal of Health Organization and Management*, 31(2), 194-208.
- McPake, B., Hanson, K., & Mills, A. (2015). Managing the health workforce: achieving better performance. *Health Policy and Planning*, 30(3), 252–26
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Sage publications.
- Ministère de la Santé Publique. (2019). *Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022*. Kinshasa : MSP.
- Ministère de la Santé Publique. (2020). *Annuaire Statistique du Système National d'Information Sanitaire 2019*. Kinshasa : MSP.
- Monekosso, G. L. (2014). Strengthening health systems in Africa: the role of health leadership and management. *African Health Monitor*, 19, 45-49.
- Mpunga, J., Kasereka, M., & Balume, S. (2021). Les défis de la gestion hospitalière en République Démocratique du Congo : étude descriptive. *Santé Publique et Développement*, 5(3), 22-29.
- Nabyonga-Orem, J., Okeibunor, J., & Talisuna, A. O. (2017). Addressing health leadership and management capacity in sub-Saharan Africa: a review of baseline evidence. *Journal of Global Health*, 7(1), 010405.
- Organisation mondiale de la santé – Bureau régional pour l’Afrique. (2019). *État de la gouvernance hospitalière en Afrique*. Brazzaville : OMS-Afro.
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *Cadre pour l'action: leadership et gouvernance dans le secteur de la santé*. Genève : OMS.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage Publications.
- Veronesi, G., Kirkpatrick, I., & Vallascas, F. (2013). Clinicians in management: does it make a difference?. *Leadership in Health Services*, 26(2), 92-106.
- WHO. (2003). *Operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations*. World Health Organization.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. Sage Publications.