Article de recherche

Rev. Cong. Sci. Technol., Vol. 04, No. 04, pp. 586-596 (2025)

OPEN ACCESS

Revue Congolaise des Sciences & Technologies

ISSN : 2959-202X (Online); 2960-2629 (Print)

https://www.csnrdc.net/

REVUE CONGOLAISE DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Absence d'un administrateur gestionnaire des Institutions de Santé : facteur de dysfonctionnement organisationnel et de crise financière au Centre Hospitalier de Mont-Amba (Kinshasa, République Démocratique du Congo)

[Absence of a Healthcare Institution Administrator-Manager: A Factor of Organizational Dysfunction and Financial Crisis at the Mont-Amba Hospital Center]

Amisi Imani Aide-Stéphane[1] , Tohemo Lukamba Alexis[2], Tabibi Mangombo Beaudras[3], Koyelongo Jean pierre[3], Bobazodisa Dikumueni Anderson[4], Ngwisani Matoba Norbert Mathieu[5], Kalau Kaumb Gabin[6] & Mitano Mide Edmond[7]

[1]*Institut Supérieur Technique Médical Likasi, Haut Katanga, République Démocratique du Congo*

[2] *Bureau central de la zone de santé de Kenge et Institut Supérieur Technique Médical de Kenge, République Démocratique du Congo*

[3] *Institut Supérieur Technique Médical Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

[4] *Institut Supérieur Technique Médical de Kisantu, Kisantu, République Démocratique du Congo*

[5]*UA (Présidence de la République), Kinshasa, République Démocratique du Congo*

[6] *Institut Supérieur Technique Médical de Kolwezi, Kolwezi, République Démocratique du Congo*

[7]*Régie de Voies Aériennes, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

Résumé

La performance des institutions hospitalières dépend en grande partie de la qualité de leur gouvernance. L'absence d'un administrateur gestionnaire compétent peut engendrer des dysfonctionnements organisationnels majeurs, affectant la qualité des soins et la viabilité financière des structures. Cette étude examine l'impact de cette absence au Centre Hospitalier de Mont-Amba. Une approche descriptive et analytique a été adoptée. Les données ont été recueillies à partir d'entretiens semi-directifs avec le personnel (10 membres) et de l'analyse documentaire (rapports financiers, organigrammes, audits internes sur 3 ans). Les résultats révèlent un déficit de coordination interservices, une mauvaise gestion des ressources humaines et matérielles, et un déséquilibre budgétaire chronique. L'absence d'un administrateur gestionnaire s'est traduite par une baisse de performance, une démotivation du personnel et un accroissement des dettes hospitalières. Ces constats confirment le rôle crucial de l'administrateur gestionnaire comme acteur central de la gouvernance hospitalière. Son absence affaiblit les fonctions de planification, de contrôle et d'allocation efficace des ressources. Il devient urgent d'institutionnaliser cette fonction dans les structures de santé publiques en RDC.

Mots-clés : Gouvernance hospitalière, Administrateur gestionnaire, Dysfonctionnement, Crise financière.

Abstract

The performance of hospital institutions largely depends on effective governance. The absence of a qualified healthcare institution administrator-manager can cause major organizational dysfunctions, affecting both service quality and financial stability. This study explores the impact of such an absence at Mont-Amba Hospital Center. A descriptive and analytical approach was used. Data were collected through semi-structured interviews with staff members (n=10) and document analysis (financial reports, organizational charts, and internal audits over a 3-year period). Findings highlight poor interdepartmental coordination, mismanagement of human and material resources, and chronic financial imbalance. The absence of an administrator-manager led to reduced performance, staff demotivation, and increased hospital debt. These results reinforce the critical role of the administrator-manager as a central actor in hospital governance. Their absence weakens planning, oversight, and effective resource allocation. It is urgent to institutionalize this role in public healthcare structures in the DRC.

Key words: Hospital governance, Administrator-manager, Dysfunction, Financial crisis.

*Auteur correspondant: Amisi Imani Aide-Stéphane, (amisiimani2000@gmail.com). Tél. : (+243) 854 413 335

https://orcid.org/0009-0009-7928-546X; Reçu le 09/07/2025 ; Révisé le 31/07/2025 ; Accepté le 28/08/2025

DOI: https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i4.185

Copyright: ©2025 Amisi 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

À l'échelle internationale, la littérature met en évidence que l'absence d'un administrateur gestionnaire compétent dans les institutions de santé constitue un facteur majeur de dysfonctionnement organisationnel et de crise financière. Dans les pays à système de santé performant, tels que les États-Unis, le Canada, la France ou encore l'Allemagne, la gouvernance hospitalière est fondée sur une séparation claire entre les responsabilités médicales et administratives, permettant à l'administrateur gestionnaire de piloter efficacement les ressources humaines, matérielles et financières (Mintzberg, 2017).

Plusieurs études démontrent qu'en l'absence de cette fonction, les hôpitaux sont exposés à une mauvaise allocation des ressources, à des déficits chroniques, ainsi qu'à une faible capacitée d'innovation et d'adaptation aux exigences du secteur de la santé (Dopson & Fitzgerald, 2006). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2020), les systèmes hospitaliers mal structurés souffrent souvent d'une gouvernance faible, caractérisée par une absence de leadership administratif, générant ainsi des inefficacités et des tensions entre les acteurs médicaux et administratifs.

Par ailleurs, la gestion hospitalière centralisée entre les mains des seuls professionnels de santé, sans appui d'un gestionnaire spécialisé, conduit généralement à une priorisation des logiques médicales au détriment des impératifs économiques et organisationnels (Berwick, 2016). Cette situation contribue à l'instabilité financière des établissements et à des crises managériales à répétition.

En Afrique, l'absence ou l'insuffisance de personnel qualifié en gestion hospitalière constitue un frein majeur à l'efficacité des systèmes de santé. De nombreux pays africains souffrent d'un déficit structurel en ressources humaines managériales, conséquence du manque de politique de professionnalisation de la fonction d'administrateur gestionnaire (Tchouaket et al., 2020).

Selon l'OMS Afrique (2022), la plupart des hôpitaux africains sont administrés par des médecins-directeurs qui cumulent les fonctions médicales et administratives, au détriment d'une gestion rigoureuse et stratégique des ressources. Ce cumul entraîne souvent une surcharge de travail, un manque de coordination interservices, ainsi qu'une mauvaise gouvernance financière. Une étude menée par Lamine et al. (2021) en Afrique de l'Ouest a révélé que l'absence d'un gestionnaire qualifié est corrélée à une augmentation des coûts de fonctionnement, à la détérioration de la qualité des soins et à des tensions entre personnel administratif et médical.

Par ailleurs, dans plusieurs pays africains, les dysfonctionnements liés à la gouvernance hospitalière sont aggravés par des procédures budgétaires opaques, des détournements de fonds, ainsi qu'une faible culture de la reddition de comptes (OMS Afrique, 2022). L'absence de cadres compétents en gestion empêche l'implémentation de mécanismes de contrôle interne efficaces, ce qui contribue aux crises financières récurrentes observées dans les établissements de santé.

En République Démocratique du Congo (RDC), la problématique de l'absence d'administrateur gestionnaire des institutions de santé est particulièrement préoccupante. La plupart des hôpitaux publics et confessionnels sont dirigés par des médecins directeurs, sans appui d'un professionnel formé en gestion hospitalière (Mukengeshayi & Kabamba, 2019). Cette situation résulte d'un cadre institutionnel peu favorable à la séparation des fonctions médicales et administratives, ainsi que de l'absence de formations spécialisées et de politiques publiques valorisant le métier d'administrateur gestionnaire.

Selon Kakisingi et al. (2021), l'absence de professionnels compétents en management hospitalier a conduit à un désordre organisationnel marqué par la mauvaise coordination des services, les conflits de leadership, le manque de suivi budgétaire et l'inefficience dans l'utilisation des ressources disponibles. Les dysfonctionnements observés se traduisent par des retards de paiement du personnel, la dégradation des infrastructures, l'insatisfaction des patients et l'incapacité des hôpitaux à générer des recettes suffisantes pour assurer leur fonctionnement (PNDS, 2022).

En outre, les audits réalisés dans plusieurs établissements hospitaliers de la RDC révèlent des déficits budgétaires chroniques, en grande partie dus à une gouvernance faible et à une absence de pilotage stratégique (Mukengeshayi & Kabamba, 2019). Face à cette réalité, plusieurs partenaires techniques et financiers recommandent de professionnaliser la fonction de gestionnaire hospitalier afin de restaurer la confiance des usagers et d'assurer la viabilité financière des hôpitaux.

Cette étude vise à prouver que l'absence d'un AGIS dans les structures de santé entraîne des crises organisationnelles et financières, impactant directement la viabilité des établissements hospitaliers.

Nos questions de recherche sont de savoir les conséquences financières et organisationnelles de l'absence d'un AGIS dans les structures de santé et Comment la gestion hospitalière se détériore-t-elle en l'absence de cette fonction ?

Nous avons émis les hypothèses tel que l'absence d'un AGIS entraîne une mauvaise gestion budgétaire, augmentant le risque de déficit financier et Sans celui-ci (celle-ci), les établissements de santé subissent une détérioration de leur organisation interne et de leur gouvernance.

Nos objectifs sont d'identifier les principales conséquences organisationnelles et financières de l'absence d'un AGIS et de proposer des recommandations pour renforcer le rôle de l'AGIS dans les établissements de santé.

2. Matériel et méthodes

2.1. Milieu

Le Centre Hospitalier du Mont-Amba a été créé par la décision rectorale n°124/UNIKIN/R/95 du 19 Septembre 1995. Approuvé par l'Arrêté Ministériel n°MIN.ESU./060 créant le Centre Hospitalier du Mont-Amba comme (Hôpital Général de Référence) dans la zone de santé de Lemba. Il est l'une des unités décentralisées de l'Université de Kinshasa et jouit d'une autonomie de gestion, c'est-à-dire administrative et financière, il est sous tutelle académique de l'Ecole de Santé Publique à l'entremise de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa.

Il contrôle la gestion globale et vérifie à ce titre, si fonds ont été utilisés conformément à leur destinataire. Il se réunit une fois. Le Président est nommé par la décision rectorale selon le statut de l'Université de Kinshasa. Toutefois, en cas de nécessité, il peut programmer une réunion extraordinaire.

2.2. Méthodes

Cette étude adoptera une approche descriptive et analytique visant à explorer et analyser l'impact de l'absence d'un administrateur gestionnaire dans les institutions de santé sur leur fonctionnement organisationnel et leur santé financière.

Une enquête par questionnaire sera réalisée auprès d'un échantillon composé de professionnels de santé, cadres administratifs, agents financiers et usagers du système hospitalier. Des entretiens semi-directifs seront également menés avec des experts en gestion hospitalière.

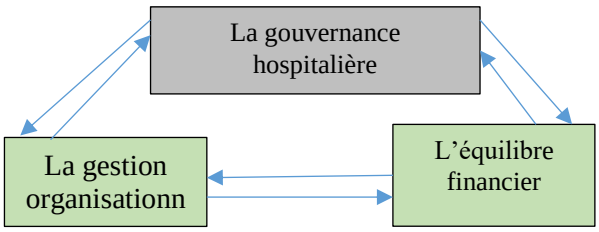
La population cible comprend Médecins, infirmiers, paramédicaux, Agents administratifs et financiers et Patients dont nous allons utiliser un échantillon aléatoire de 5 agents et 5 patients hospitalisés pendant le jour de nos enquêtes.

L'échantillonnage sera stratifié et aléatoire, pour garantir la représentativité des différentes catégories d'acteurs hospitaliers.

Les données quantitatives seront analysées à l'aide de logiciels statistiques (SPSS ou R) pour produire des statistiques descriptives et des analyses de corrélation. Les données qualitatives seront soumises à une analyse thématique.

Notre cadre de référence s'appuie sur trois grands axes : La gouvernance hospitalière cela veut dire que l'absence d'un administrateur gestionnaire peut entraîner un déficit de gouvernance stratégique, une mauvaise allocation des ressources et un flou décisionnel (Mintzberg, 1997). La gestion organisationnelle c'est-à-dire L'administrateur gestionnaire est garant de la coordination des flux d'information, de la qualité des processus administratifs et de la cohérence des décisions managériales (Hernandez & Bernet, 2019). Et afin L'équilibre financier, c'est-à-dire L'absence de compétences managériales spécialisées conduit à une mauvaise maîtrise budgétaire, des déficits chroniques et des risques de crise financière (OECD, 2020). (Voir figure 1)

Cadre de référence



3. Résultats

3.1. Données quantitatives

Tableau I. Répartition des enquêté par Sexe

N°	Variable sexe de l'enquêté	Effectif	Pourcentage
1	Masculin	5	50
2	Féminin	5	50
	TOTAL	10	100

Sur un total de 10 personnes enquêtées, la répartition selon le sexe montre une parité parfaite : 50 % des enquêtés sont de sexe masculin, soit 5 personnes ; 50 % sont de sexe féminin, soit également 5 personnes. D'où, Cette égalité de représentativité entre les hommes et les femmes dans l'échantillon garantit une analyse équilibrée des perceptions ou réponses, sans biais lié au genre. Cela permet également de comparer, le cas échéant, les points de vue ou les comportements selon le sexe de manière équitable.

Tableau II. Répartition des enquêté par Âge

N°	Variable âge de l'enquêté	Effectif	Pourcentage
1	Moins de 30 ans	3	30
2	Plus de 30 ans	7	70
	TOTAL	10	100

Sur un total de 10 personnes enquêtées, la répartition selon l'âge fait apparaître une prépondérance des individus âgés de plus de 30 ans : 70 % des répondants, soit 7 personnes, ont plus de 30 ans ; Tandis que 30 %, soit 3 personnes, sont âgées de moins de 30 ans. Cette répartition indique que la majorité des enquêtés sont relativement plus âgés, ce qui peut refléter une population ayant plus d'expérience professionnelle ou une meilleure connaissance des réalités du terrain, selon le contexte de l'étude. La présence de 30 % de jeunes répondants permet néanmoins d'avoir un aperçu des perceptions d'une tranche plus jeune de la population.

Tableau III. Répartition des enquêté par Profession

N	Variable profession de l'enquêté	Effectif	Pourcentage
1	Pro santé	4	40
2	Non Pro santé	6	60
	TOTAL	10	100

Le tableau III montre que sur les 10 personnes enquêtées, la répartition selon la profession montre une prédominance des non professionnels de santé : 60 % des répondants, soit 6 personnes, sont non professionnels de santé ; Tandis que 40 %, soit 4 personnes, sont des professionnels de santé. Cette majorité de non professionnels de santé dans l'échantillon suggère que les opinions recueillies proviennent en grande partie de personnes extérieures au secteur sanitaire, ce qui peut enrichir l'étude par une perspective externe sur les enjeux étudiés. Néanmoins, la présence de 40 % de professionnels de santé garantit également une représentation des acteurs directement impliqués, ce qui offre une vision plus complète et équilibrée de la problématique analysée.

Tableau IV. Répartition des enquêté par Niveau d'études

N	Variable niveau d'études de l'enquêté	Effectif	Pourcentage
1	Sans un diplôme d'Etat	2	20
2	Avec un minimum de diplôme d'Etat	8	80
	TOTAL	10	100

Parmi les 10 enquêtés, la répartition selon le niveau d'études met en évidence une nette majorité de personnes ayant atteint au moins le niveau du diplôme d'État : 80 % des répondants, soit 8 personnes, possèdent au minimum un diplôme d'État ; Tandis que 20 %, soit 2 personnes, n'ont pas atteint ce niveau. Il ressort de ces données que la grande majorité des participants ont un niveau d'instruction relativement élevé, ce qui peut encourager une meilleure compréhension des questions posées et une pertinence accrue des réponses fournies. La présence de 20 % de répondants sans diplôme d'État permet néanmoins d'inclure la voix des personnes potentiellement moins instruites, offrant ainsi une diversité d'opinions et une représentativité élargie de la population cible.

Tableau V. Répartition des enquêté par Ancienneté dans l'institution

N°	Variable Ancienneté de l'enquêté	Effectif	Pourcentage
1	Moins de 20 ans	3	30
2	Plus de 20 ans	7	70
	TOTAL	10	100

Sur les 10 enquêtés, la répartition selon l'ancienneté montre une nette dominance des personnes ayant une expérience de plus de 20 ans : 70 % des répondants, soit 7 personnes, ont une ancienneté supérieure à 20 ans ; Tandis que 30 %, soit 3 personnes, ont une ancienneté inférieure à 20 ans. Ces résultats suggèrent que l'échantillon est majoritairement composé de personnes ayant une longue expérience professionnelle. Cela peut constituer un atout important pour la fiabilité et la

profondeur des réponses, notamment si l'étude porte sur des aspects liés à la gestion, l'évolution des pratiques ou les politiques de santé. La présence de 30 % de personnes avec moins de 20 ans d'ancienneté permet d'intégrer une perspective plus récente ou dynamique, utile pour comparer les visions des plus anciens et des plus récents dans le système.

Tableau VI. Avis des enquêtés sur l'absence d'un administrateur gestionnaire affecte-t-elle la fluidité des décisions

N°	Variable L'absence d'un administrateur gestionnaire, fluidité des décisions	Effectif	Pourcentage
1	Oui	6	60
2	Non	2	20
3	Je ne sais pas	2	20
	TOTAL	10	100

Sur un total de 10 personnes enquêtées, les perceptions concernant l'impact de l'absence d'un Administrateur Gestionnaire des Institutions de Santé (AGIS) sur la fluidité des décisions sont les suivantes : 60 % des répondants, soit 6 personnes, considèrent que l'absence de l'AGIS nuit à la fluidité des prises de décisions au sein de l'institution ; 20 %, soit 2 personnes, estiment que cette absence n'impacte pas la fluidité des décisions ; Enfin, 20 %, soit 2 personnes, déclarent ne pas savoir ou ne pas avoir d'avis sur la question.

Ces résultats révèlent que la majorité des enquêtés (6 sur 10) perçoivent l'AGIS comme un acteur central dans la dynamique décisionnelle, notamment en raison de son rôle de coordination, d'arbitrage administratif et de gestion des processus internes. L'absence de ce profil serait donc synonyme de lenteurs, désorganisation ou conflits dans la prise de décisions stratégiques ou opérationnelles. Les 20 % de réponses négatives et 20 % d'indécis suggèrent qu'une minorité reste sceptique ou insuffisamment informée sur le rôle de l'AGIS dans les mécanismes décisionnels, ce qui peut refléter une diversité des contextes organisationnels ou un manque de visibilité de cette fonction dans certaines structures.

Tableau VII. Avis des enquêtés sur le constat des problèmes de coordination entre les services

N°	Variable sur des problèmes de coordination entre les services	Effectif	Pourcentage
1	Souvent	2	20
2	Parfois	2	20
3	Jamais	6	60
	TOTAL	10	100

Parmi les 10 enquêtés, les perceptions concernant l'existence de problèmes de coordination entre les services se répartissent comme suit : 60 % des répondants, soit 6 personnes, affirment ne jamais rencontrer de problèmes de coordination entre les services ; 20 %, soit 2 personnes, indiquent rencontrer ces problèmes parfois ; Tandis que 20 %, soit également 2 personnes, déclarent que ces problèmes surviennent souvent.

Tableau VIII. Avis des enquêtés sur les rôles des cadres administratifs sont-ils clairs

N°	Variable éclairage de job description	Effectif	Pourcentage
1	Oui	8	80
2	Non	2	20
	TOTAL	10	100

Sur les 10 personnes enquêtées, la majorité estime que la job description (ou fiche de poste) est claire et bien définie : 80 % des répondants, soit 8 personnes, ont répondu "Oui", indiquant que la job description est bien éclairée, c'est-à-dire compréhensible et précise ; Tandis que 20 %, soit 2 personnes, ont répondu "Non", estimant que la job description n'est pas suffisamment éclairée ou reste floue. Cette forte majorité (80 %) montre que, pour la plupart des répondants, les rôles et responsabilités sont bien définis, ce qui peut favoriser une meilleure performance individuelle, une réduction des chevauchements de fonctions et une coordination efficace entre les agents. Cependant, les 20 % de réponses négatives signalent qu'il existe encore des cas de confusion ou de manque de clarté dans la définition des tâches, ce qui peut entraîner des malentendus, une mauvaise répartition du travail, voire des conflits organisationnels. Cela souligne l'importance d'une communication claire et d'un encadrement managérial rigoureux pour garantir une application effective de la fiche de poste.

Tableau IX. Avis des enquêtés sur l'enregistrement des déficits fréquents

N°	Variable sur l'enregistrement des déficits fréquents	Effectif	Pourcentage
1	Oui	4	40
2	Non	4	40
3	Je ne sais pas	2	20
	TOTAL	10	100

Parmi les 10 personnes enquêtées, les réponses concernant l'existence de déficits financiers fréquents dans leur structure sont réparties de manière équilibrée : 40 % des répondants, soit 4 personnes, affirment enregistrer fréquemment des déficits ; 40 %, soit également 4 personnes, déclarent ne pas enregistrer de déficits fréquents ; Enfin, 20 %, soit 2 personnes, indiquent ne pas savoir ou ne pas être en mesure de se prononcer sur la question.

Ces résultats révèlent une perception partagée sur la question des déficits financiers : Une partie significative (40 %) constate des déficits fréquents, ce qui peut indiquer des problèmes de gestion budgétaire, de planification financière, ou une absence de contrôle rigoureux ; Une autre proportion équivalente (40 %) ne rencontre pas de déficits, ce qui suggère que certaines structures bénéficient d'un meilleur équilibre financier ou d'une gestion plus efficace.

La présence de 20 % d'indécis peut traduire un manque d'accès à l'information financière, un déficit de transparence, ou une non-implication du personnel dans les questions budgétaires, ce qui soulève des préoccupations en matière de gouvernance et de communication interne.

Tableau X. Avis des enquêtés sur l'existence d'un suivi budgétaire rigoureux .

N°	Variable suivi budgétaire rigoureux	Effectif	Pourcentage
1	Oui	8	80
2	Non	2	20
	TOTAL	10	100

Sur les 10 personnes enquêtées, la majorité considère que leur structure applique un suivi budgétaire rigoureux : 80 % des répondants, soit 8 personnes, affirment que le suivi budgétaire est rigoureux, ce qui indique une pratique de gestion financière structurée et contrôlée ; 20 %, soit 2 personnes, estiment que le suivi budgétaire n'est pas rigoureux, ce qui laisse entrevoir l'existence de lacunes ou de défaillances dans le contrôle des dépenses et des ressources.

Cependant, les 20 % de réponses négatives attirent l'attention sur la nécessité de renforcer les capacités de gestion budgétaire dans certaines structures ou d'améliorer la transparence et la communication financière. Ce déséquilibre, bien que minoritaire, souligne que des efforts restent à fournir pour uniformiser les bonnes pratiques budgétaires à travers l'ensemble des institutions.

Tableau XI. Avis des enquêtés sur les constats des tensions liées au manque de ressources financières

N°	Variable Constant des tensions, manques de ressources financières	Effectif	Pourcentage
1	Oui	6	60
2	Non	4	40
	TOTAL	10	100

Sur les 10 personnes enquêtées, les perceptions concernant l'existence de tensions financières ou de manque de ressources sont partagées comme suit : 60 % des répondants, soit 6 personnes, déclarent constater des tensions ou un manque de ressources financières dans leur structure de santé ; Tandis que 40 %, soit 4 personnes, affirment ne pas constater de telles difficultés.

Tableau XII. Avis des enquêtés sur la présence d'un administrateur gestionnaire peut améliorer l'organisation

N°	Variable présence de l'AGIS, amélioration de l'organisation	Effectif	Pourcentage
1	Oui	8	80
2	Non	2	20
	TOTAL	10	100

Sur les 10 personnes enquêtées, une grande majorité reconnaît que la présence de l'Administrateur Gestionnaire des Institutions de Santé (AGIS) contribue à une meilleure organisation des structures sanitaires : 80 % des répondants, soit 8 personnes, ont répondu "Oui", affirmant que la présence d'un AGIS améliore l'organisation des institutions de santé ; Tandis que 20 %, soit 2 personnes, ont répondu "Non", considérant que cette présence n'a pas d'impact significatif sur l'organisation.

Tableau XIII. Avis des enquêtés sur l'absence d'un gestionnaire a un impact sur la qualité des soins

N°	Variable absence de l'AGIS, impact de la qualité de soins	Effectif	Pourcentage
1	Oui	6	60
2	Non	4	40
	TOTAL	10	100

Sur les 10 enquêtés, la répartition des opinions sur l'impact de l'absence de l'AGIS sur la qualité des soins révèle une majorité préoccupée par cette absence : 60 % des répondants, soit 6 personnes,

estiment que l'absence d'un AGIS affecte négativement la qualité des soins ; Tandis que 40 %, soit 4 personnes, pensent que cette absence n'a pas d'impact direct sur la qualité des soins. Toutefois, les 40 % de réponses négatives indiquent qu'une part non négligeable des personnes interrogées considèrent que d'autres facteurs, comme la compétence du personnel soignant, les ressources médicales ou les politiques de santé, peuvent également influencer fortement la qualité des soins, indépendamment de la présence ou non d'un AGIS.

Tableau XIV. Avis des enquêtés sur L'absence d'un gestionnaire est facteur de crise financière.

N°	Variable absence de l'AGIS, crise financière	Effectif	Pourcentage
1	Oui	8	80
2	Non	2	20
	TOTAL	10	100

Sur un total de 10 personnes enquêtées, la majorité estime que l'absence d'un Administrateur Gestionnaire des Institutions de Santé (AGIS) constitue un facteur de crise financière : 80 % des répondants, soit 8 personnes, ont répondu "Oui", affirmant que l'absence de l'AGIS contribue effectivement à une crise financière dans les institutions de santé ; Tandis que 20 %, soit 2 personnes, ont répondu "Non", ne percevant pas de lien direct entre cette absence et une crise financière.

3.2. Données qualitatives

Nous allons présenter, nos résultats des propos recueillis par nos enquêtés, patient et agent de du Centre hospitalier du Mont Amba, pendant l'enquête, analyser par le logiciel TROPES.

3.2.1. Variable 1 : Perception de la coordination des services.

Thèmes dominants : lenteur – désordre – attente – manque d'information – absence de relais

Patiente 1 (F) : « On ne sait jamais à qui s'adresser. C'est le désordre total. On va d'un service à l'autre sans réponse claire. »

Patient 2 (H) : « Quand on arrive, il faut deviner le circuit. Il n'y a pas de coordination entre les services.»

Agent 3 (H) : « Il n'y a pas de supervision réelle. Chaque service fonctionne un peu comme il veut. »

Agent 5 (F) : « La communication interservices est quasi inexistante. Cela impacte les soins. »

Les patients expriment une perte de repères et un sentiment d'abandon logistique, tandis que les agents soulignent un manque de directives claires et de coordination fonctionnelle. La convergence est forte sur l'idée de fragmentation des services.

3.2.2. Variable 2 : Perception des dysfonctionnements organisationnels

Thèmes dominants : désorganisation – absence de suivi – surcharge – conflits – improvisation

Patiente 2 (F) : « Ils ont l'air débordés. C'est la pagaille. Chaque personnel dit autre chose. »

Agent 1 (H) : « On improvise tous les jours. Il n'y a pas de procédure. »

Agent 4 (H) : « Parfois, on découvre des décisions prises sans nous. Il y a un gros problème de gestion. »

Patient 1 (H) : « Ils font ce qu'ils peuvent, mais on sent qu'il y a un sérieux problème dans leur organisation. »

Les répondants s'accordent sur une impression de chaos organisationnel, avec une communication verticale défaillante et un manque de leadership stratégique. Le terme "improvisation" revient chez les agents comme symbole du manque de planification.

3.2.3. Variable 3 : Perception de la performance financière

Thèmes dominants : gaspillage – absence de transparence – mauvaise gestion – manque de ressources – incompréhension des coûts

Agent 2 (H) : « Il n'y a aucun suivi des dépenses. On commande sans savoir ce qui reste. »

Patiente 3 (F) : « On paie, mais on ne voit pas d'amélioration. Où va l'argent ? »

Agent 5 (F) : « Les fonds sont mal gérés. Il n'y a pas de budget clair, pas de priorités. »

Patient 2 (H) : « Parfois on paie deux fois pour la même chose. Il y a un vrai problème. »

L'idée de mauvaise allocation des ressources et de flou sur les circuits financiers est omniprésente. Les patients dénoncent une absence de retour visible sur leurs paiements, tandis que les agents évoquent une absence de contrôle financier interne.

3.2.4. Variable 4 : Perception de l'impact de l'absence d'un gestionnaire qualifié

Thèmes dominants : vide de leadership – absence de vision – manque de pilotage – instabilité – crise

Agent 3 (H) : « Il n'y a pas de capitaine dans le bateau. Chacun rame dans son coin. »

Agent 1 (H) : « S'il y avait un gestionnaire formé, tout serait structuré différemment. »
Patiente 1 (F) : « On voit que ça manque d'organisation, sûrement parce que personne ne gère tout ça correctement. »
Patient 1 (H) : « C'est comme une maison sans chef. On le sent. »

Les discours convergent fortement sur le manque d'un leadership centralisé et compétent. La métaphore de « l'absence de capitaine » revient plusieurs fois, soulignant un besoin pressant de pilotage professionnel.

4. Discussion

4.1. Gouvernance hospitalière et leadership administratif

Nos Pour notre étude l'analyse des verbatims fait émerger une forte cohérence entre les discours des patients et des agents sur les faiblesses structurelles de l'hôpital. L'absence d'un gestionnaire qualifié apparaît comme le nœud systémique expliquant les autres dysfonctionnements : mauvaise coordination, désorganisation interne, inefficacité financière et perte de confiance des usagers.

Nos résultats du tableau N°12 confirment la perception dominante du rôle structurant de l'AGIS dans les établissements de santé. En effet, l'AGIS est généralement chargé de la planification, de la coordination, du suivi administratif et de l'optimisation des ressources, éléments clés pour assurer un fonctionnement efficient de l'organisation hospitalière. La minorité (20 %) de répondants qui ne perçoivent pas d'amélioration organisationnelle liée à la présence de l'AGIS pourrait s'expliquer par des expériences individuelles, des contextes institutionnels spécifiques ou une méconnaissance des fonctions réelles de ce professionnel.

De nombreuses études soulignent l'importance cruciale d'un leadership administratif qualifié dans le bon fonctionnement des hôpitaux. La gouvernance hospitalière repose sur une vision stratégique, une coordination efficace et la capacité à prendre des décisions fondées sur des données probantes. Pour Minvielle, (2012) lui affirme que l'absence de gestionnaires professionnels dans les établissements de santé mène à une désorganisation croissante, affectant tant la qualité des soins que la satisfaction du personnel. Tandis que Dopso & Fitzgerald (2005) mettent en évidence la nécessité d'un leadership hybride alliant compétences médicales et managériales, condition essentielle pour une gouvernance efficiente. Et afin Mintzberg (2011) critique le manque de formation managériale des dirigeants hospitaliers et plaide pour une professionnalisation de la gestion hospitalière. Notre tableau N°13, montre une perception majoritaire selon laquelle le rôle de l'AGIS dépasse la seule gestion administrative ou financière, et contribue indirectement mais significativement à la qualité des prestations de soins, en assurant une bonne organisation, une allocation efficace des ressources, et une coordination fluide des services.

4.2. Organisation interne et gestion des ressources humaines

La coordination des services, la répartition des tâches et la gestion efficace des ressources humaines dépendent fortement d'un management structuré. L'absence d'un administrateur compétent conduit souvent à une gestion improvisée. Leggat (2007) a démontré que le leadership administratif favorise l'engagement du personnel et réduit les tensions entre corps médical et administratif.

Les résultats du tableau N°7 indiquent qu'une majorité significative (60 %) considère que la coordination interservices est généralement fluide et fonctionnelle, ce qui peut être le signe d'une bonne organisation interne, d'une communication efficace ou de procédures bien établies.

Cependant, les 40 % restants (répartis équitablement entre "parfois" et "souvent") révèlent l'existence de dysfonctionnements ponctuels ou fréquents dans certains contextes. Cela met en évidence la nécessité de renforcer les mécanismes de coordination, en particulier dans les structures où l'absence d'un cadre structurant (comme un AGIS) pourrait limiter la collaboration entre services.

Alors que World Health Organization (2007) insiste sur le rôle central de la gestion des ressources humaines pour atteindre les objectifs de performance dans les hôpitaux. Et afin Fallon & Zgodzinski, (2011) indiquent que la désorganisation interne est souvent le résultat d'une mauvaise planification et d'un manque de coordination, accentué par l'absence de gestionnaires qualifiés.

Notre analyse démontre que les réseaux lexicaux tournent autour de termes tels que désordre, improvisation, manque, flou, vide, crise, traduisant une situation de gestion anarchique, non professionnelle et délétère. Les participants expriment de manière explicite que l'intégration d'un

administrateur gestionnaire serait une solution structurante et urgente.

4.3. Gestion financière hospitalière

L'intervalle Les résultats du tableau N°10 montrent une tendance globalement positive dans les pratiques de suivi et de gestion budgétaire au sein des structures de santé concernées. Le fait que 80 % des répondants perçoivent une rigueur budgétaire traduit probablement l'existence de mécanismes formels de planification, d'exécution et de contrôle budgétaire, renforcés par des outils de suivi et une responsabilisation accrue des gestionnaires.

Les études montrent que l'absence d'une supervision administrative rigoureuse est directement liée à la détérioration de la situation financière des établissements de santé. Pour Fottler et al. (2010) soulignent que la santé financière des hôpitaux dépend de la capacité des gestionnaires à équilibrer efficacité économique et qualité des soins.

Tandis que les résultats de notre tableau XI indiquent qu'une majorité relative (60 %) reconnaît l'existence de contraintes budgétaires récurrentes, ce qui peut avoir un impact négatif sur : le fonctionnement quotidien des services, la capacité à acquérir les intrants essentiels (médicaments, équipements), la motivation du personnel, et la qualité des soins offerts aux patients. À l'inverse, les 40 % de répondants qui ne constatent pas de tensions pourraient évoluer dans des structures : mieux dotées ou mieux financées, bénéficiant d'un meilleur pilotage financier, ou disposant de mécanismes de gestion plus efficaces.

Cette disparité souligne l'importance de renforcer la gouvernance financière dans les structures de santé, en assurant un meilleur alignement entre les ressources disponibles et les besoins réels.

Et Pomey, et al. (2005) relèvent que l'instabilité financière est souvent liée à l'absence d'un contrôle budgétaire systémique et de compétences financières dans la direction. Et afin pour Pink & Song (2011) montrent que les hôpitaux dotés d'administrateurs qualifiés présentent de meilleures performances économiques à long terme.

Le tableau XIV de nos analyses montre une large majorité qui confirme l'idée selon laquelle la présence de l'AGIS est perçue comme essentielle pour assurer une gestion financière saine et efficiente dans les structures hospitalières. Elle souligne l'importance stratégique de ce professionnel dans la planification, l'allocation des ressources, le contrôle budgétaire et la durabilité financière des institutions de santé. Le désaccord d'une minorité (20 %) peut toutefois refléter d'autres facteurs contextuels ou structurels influençant la situation financière des établissements

5. Conclusion

L'analyse des études antérieures converge vers une même réalité : l'absence d'un administrateur gestionnaire qualifié dans les établissements hospitaliers constitue un facteur déterminant des dysfonctionnements organisationnels et des déséquilibres financiers.

Le Centre Hospitalier de Mont-Amba, à l'instar de nombreuses structures similaires en contexte africain, en est une illustration concrète. La documentation scientifique plaide pour une gouvernance hospitalière professionnalisée, où l'expertise administrative est intégrée au même titre que les compétences cliniques. La mise en place d'un leadership managérial structuré devient une condition sine qua non pour garantir une performance durable, une efficacité organisationnelle et une viabilité économique dans le secteur de la santé.

Remerciements

Les auteurs expriment leur gratitude à la direction et au personnel du Centre Hospitalier de Mont-Amba pour leur accueil, leur collaboration et la mise à disposition des données nécessaires à cette étude. Nous remercions également les agents administratifs et soignants qui ont accepté de partager leurs expériences de manière ouverte et constructive.

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'ils n'ont aucun conflit d'intérêt lié à cette recherche. Aucun financement, ni influence extérieure n'a orienté la collecte, l'analyse ou l'interprétation des données présentées dans cet article.

Considérations d'éthique

Cette étude a été réalisée dans le respect des principes éthiques de la recherche en milieu

hospitalier. L'autorisation formelle de la direction du Centre Hospitalier de Mont-Amba a été obtenue, et la confidentialité des données recueillies a été rigoureusement respectée. Les participants ont été informés du but et de la portée de l'étude.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué de manière équitable à la conception, à la réalisation et à la rédaction de l'étude.

Ils ont participé ensemble à la validation des données et à leur interprétation.

Le travail d'équipe a été essentiel à chaque phase du projet.

Les responsabilités ont été partagées selon une dynamique horizontale.

Le manuscrit a été élaboré avec une implication égale de chacun.

L'approche collaborative a renforcé la qualité scientifique.

Chaque auteur a validé le contenu final de l'article.

ORCID

Amisi I.A.S : https://orcid.org/0009-0009-7928-546X
Tohemo L.A : https://orcid.org/0009-0008-5782-738X
Tabibi M.B : https://orcid.org/0000-0003-0878-1254
Koyelongo J.P.: https://orcid.org/0009-0008-3741-6575
Bobazodisa D.A : https://orcid.org/0009-0001-6271-5998
Ngwisani M.N.M : https://orcid.org/0009-0009-6452-3082
Kalau K.G : https://orcid.org/0009-0000-5386-4740
Mitano M.E : https://orcid.org/0009-0007-9718-6604

Références bibliographiques

Berwick, D. M. (2016). Era 3 for medicine and health care. *JAMA*, 315(13), 1329–1330.

Dopson, S., & Fitzgerald, L. (2005). *Knowledge to Action? Evidence-Based Health Care in Context*. Oxford University Press.

Fallon, L. F., & Zgodzinski, E. J. (2011). *Essentials of Public Health Management*. Jones & Bartlett Publishers

Fottler, M. D., Savage, G. T., & Blair, J. D. (2010). *Strategic Management of Health Care Organizations*. Wiley.

Hernandez, S. R., & Bernet, P. M. (2019). Organizational models for health care delivery.*Health Care Management Review*, 44(4), 254–262. https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000207

Kakisingi, M., Mukadi, J., & Tshibanda, P. (2021). Gouvernance hospitalière et gestion des ressources en République Démocratique du Congo : état des lieux et perspectives. *Revue Congolaise de Santé Publique*, 12(2), 115-125.

Leggat, S. G. (2007). Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Services Research*, 7(1), 17

Mintzberg, H. (1997). *Structure et dynamique des organisations*. Les Éditions d'Organisation.

Mintzberg, H. (2011). *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community*. Berrett-Koehler Publishers.

Mintzberg, H. (2017). *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community*. Berrett-Koehler Publishers.

Minvielle, E. (2012). Management hospitalier : vers une gouvernance renouvelée. *Revue Hospitalière de France*

Mukengeshayi, K., & Kabamba, J. (2019). Les défis de la gouvernance hospitalière en RDC : le rôle des administrateurs gestionnaires. *Bulletin de la Santé en RDC*, 9(1), 42-51.

OECD. (2020). *Health at a glance: Europe 2020 – State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/82129230-en

Organisation mondiale de la santé. (2020). *Strengthening hospital management: a key to health systems strengthening*. OMS.

OMS Afrique. (2022). *Amélioration de la gouvernance hospitalière en Afrique: rapport de situation*. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Pink, G. H., & Song, P. H. (2011). Financial performance of rural hospitals: a national comparison. *The Journal of Rural Health*, 27(1), 13–21

Programme National de Développement Sanitaire (PNDS). (2022). *Rapport d'évaluation de la gouvernance hospitalière en RDC*. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention.

Tchouaket, E., Kameli, Y., & Noubissie, E. (2020). Gouvernance hospitalière et performance des hôpitaux en Afrique : revue de littérature. *Journal Africain de Management en Santé*, 8(1), 45-60.

World Health Organization. (2020). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. WHO.

World Health Organization. (2007). *working together for health: The World Health Report 2006*. Geneva: WHO