



Administrateur Gestionnaire des Institutions de Santé : levier stratégique pour l'innovation et le développement hospitalier : Analyse comparative pour les hôpitaux avec et sans Administrateur gestionnaire dans les 3 Zones de santé de la ville de Likasi Haut Katanga République démocratique du Congo

[Hospital Institution Administrator Manager: A Strategic Lever for Innovation and Hospital Development – Comparative Analysis of Hospitals With and Without an Administrator Manager in the Three Health Zones of the City of Likasi.

Alexis Lukamba Tohemo¹, AMISI Aide-Stéphane Imani², Jean pierre Koyelongo³, Landry Seya Mwanabute⁴, Norbert Mathieu Ngwisani Matoba⁵, Gabin Kaumb Kalau⁶, Jean Marie Célestin Zagbali Ngilo⁷, Jean Claude Lundu Deka⁸ & Edmond Mide Mitano⁹

¹Institut Supérieur Technique Médical Marie Reine de la Paix à Kenge et Coordonnateur National du CERPROGIS, République Démocratique du Congo

²Institut Supérieur Technique Médical Likasi, République Démocratique du Congo

³Institut Supérieur Technique Médical Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁴CERPROGIS RDC, République Démocratique du Congo

⁵Cliniques de l'Union Africaine (Présidence RDC)

⁶Institut Supérieur Technique Médical KOLWEZI, Province du Lualaba, République Démocratique du Congo

⁷AGIS RDC, République Démocratique du Congo

⁸FEDECAME et AGIS RD Congo, République Démocratique du Congo

⁹Régie de Voies Aériennes, République Démocratique du Congo

Résumé

Dans un contexte marqué par des inégalités structurelles entre hôpitaux publics et privés à Likasi, cette étude explore le rôle stratégique de l'Administrateur Gestionnaire (AG) dans l'innovation et le développement hospitalier. Une analyse comparative a été menée dans six hôpitaux répartis dans trois zones de santé. La méthode mixte s'appuie sur l'analyse thématique, l'évaluation des scores de performance et un test du Chi² ($p < 0,05$) pour établir les relations significatives. Les résultats révèlent une forte corrélation entre la présence de l'AG et la performance organisationnelle, la qualité des soins, l'innovation managériale et le développement des infrastructures. Les hôpitaux publics, plus souvent dotés d'AG, affichent des résultats nettement supérieurs. L'AG apparaît comme un acteur stratégique majeur, dont l'absence, notamment dans les structures privées et confessionnelles, freine l'efficacité et le progrès hospitalier. Ces observations confirment les travaux antérieurs menés en Afrique et en Europe.

Mots-clés: Administrateur Gestionnaire, innovation hospitalière, gouvernance, performance organisationnelle, développement hospitalier

Abstract

In a context marked by structural disparities between public and private hospitals in Likasi, this study explores the strategic role of the Hospital Administrator Manager (AG) in fostering innovation and hospital development. A comparative analysis was conducted across six hospitals within three health zones using a mixed-methods approach combining thematic analysis, performance score evaluation, and Chi-square test ($p < 0.05$) to determine significant associations. Findings indicate a strong correlation between the presence of AGs and higher organizational performance, care quality, managerial innovation, and infrastructure development. Public hospitals, which more frequently employ AGs, perform significantly better. The AG emerges as a key strategic player, whose absence especially in private and faith-based facilities—limits efficiency and hospital progress. These results align with previous findings across African and European contexts.

Key words: Hospital Administrator, hospital innovation, governance, organizational performance, hospital development

*Auteur correspondant: Alexis Lukamba Tohemo, (tohemolexisluka6@gmail.com). Tél. : (+243) 815 645 090

<https://orcid.org/0009-0008-5782-3082>; Reçu le 06/02/2026 ; Révisé le 03/03/2026 ; Accepté le 24/03/2026

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.026.v5.i1.250>

Copyright: ©2026 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

À l'échelle internationale, la fonction de l'administrateur gestionnaire des institutions de santé a connu une évolution significative au fil des décennies, passant d'un rôle purement administratif à une fonction stratégique et décisionnelle. Dans les pays à systèmes de santé développés tels que les États-Unis, le Royaume-Uni ou la France, le gestionnaire hospitalier est désormais considéré comme un acteur clé dans l'innovation, la performance et la gouvernance hospitalière (Mintzberg, 2017). Cette évolution s'explique par la complexification des systèmes hospitaliers, la diversification des sources de financement et l'obligation d'une gestion axée sur les résultats.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'efficacité du système hospitalier repose en grande partie sur la qualité de la gouvernance et des pratiques de gestion, lesquelles dépendent des compétences stratégiques des administrateurs gestionnaires (WHO, 2020). En effet, la digitalisation, la contractualisation, la performance financière et la qualité des soins sont étroitement liées à la capacité des gestionnaires hospitaliers à innover et à anticiper les besoins de la population (Berwick, 2016).

Par ailleurs, la littérature montre que dans les pays développés, le métier d'administrateur gestionnaire s'appuie sur des formations solides en management hospitalier, associées à des compétences en leadership, en communication et en analyse stratégique (Dopson & Fitzgerald, 2006). Cette professionnalisation a permis de repositionner le gestionnaire hospitalier comme un levier stratégique de transformation et d'innovation.

En Afrique, le rôle de l'administrateur gestionnaire reste encore sous-estimé, malgré les enjeux cruciaux liés à la gouvernance hospitalière. Les systèmes de santé africains sont confrontés à des défis multiples : ressources humaines limitées, insuffisance de financement, infrastructures dégradées et faible accès aux innovations technologiques (Tchouaket et al., 2020). Dans ce contexte, le gestionnaire hospitalier est souvent réduit à des tâches administratives classiques, sans réelle implication dans les stratégies de développement hospitalier.

Cependant, des études récentes montrent une prise de conscience progressive de la nécessité de renforcer le management hospitalier en Afrique. Selon une analyse de Lamine et al. (2021), les pays comme le Rwanda, l'Afrique du Sud et le Ghana ont amorcé des réformes visant à professionnaliser la fonction

d'administrateur gestionnaire à travers des programmes de formation en gestion hospitalière. Ces initiatives visent à améliorer la qualité des soins, optimiser l'utilisation des ressources et promouvoir l'innovation organisationnelle.

Néanmoins, le déficit de compétences managériales persiste dans plusieurs pays du continent, principalement en raison du manque de politiques publiques dédiées à la valorisation du métier d'administrateur gestionnaire (OMS Afrique, 2022). Ce déficit constitue un frein majeur au développement et à la modernisation des établissements hospitaliers.

En République Démocratique du Congo (RDC), la fonction d'administrateur gestionnaire des institutions de santé est encore peu valorisée, bien que les hôpitaux publics et privés soient confrontés à d'importants défis structurels et organisationnels. La gouvernance hospitalière est souvent marquée par une faible séparation entre les fonctions médicales et administratives, ce qui limite la capacité des gestionnaires à déployer des stratégies innovantes (Mukengeshayi & Kabamba, 2019).

Selon une étude de Kakisingi et al. (2021), les administrateurs gestionnaires en RDC ne bénéficient pas toujours d'une formation spécifique en management hospitalier, ce qui impacte négativement l'efficacité des services hospitaliers. Les structures de santé congolaises souffrent également d'un déficit en outils de pilotage, d'un manque de financement et d'une gouvernance centralisée, limitant ainsi les marges d'autonomie des gestionnaires.

Cependant, des initiatives émergent pour renforcer les capacités des administrateurs gestionnaires, notamment à travers les programmes de formation organisés par les écoles de santé publique et les partenaires techniques et financiers (PNDS, 2022). Ces efforts visent à repositionner ces acteurs comme des leviers stratégiques pour l'innovation, l'amélioration de la qualité des soins et le développement durable des hôpitaux congolais.

Cette étude s'interroge sur l'influence de la présence d'un Administrateur Gestionnaire sur les performances organisationnelles et les initiatives d'innovation dans les hôpitaux des zones de santé de la ville de Likasi, tout en explorant les différences significatives en matière de développement hospitalier entre les structures qui en disposent et celles qui en sont dépourvues. Elle repose sur l'hypothèse que les hôpitaux dotés d'un Administrateur Gestionnaire affichent de meilleures performances et un niveau d'innovation plus élevé, tandis que son absence

limiterait le développement stratégique et managérial des établissements de santé. L'objectif principal est de comparer l'impact de la présence ou non de cet acteur sur l'innovation et le développement hospitalier. Plus spécifiquement, il s'agit d'analyser les écarts de performance en matière de planification, de gestion des ressources et de gouvernance afin de mettre en évidence le rôle stratégique de l'Administrateur Gestionnaire.

2. Matériel et méthodes

2.1. Matériel

2.1.1. Présentation de la ville de Likasi

Likasi, anciennement appelée Jadotville à l'époque coloniale, a été fondée au début du XXe siècle comme centre industriel minier par l'Union Minière du Haut Katanga. Elle a joué un rôle stratégique dans l'exploitation du cuivre durant la période coloniale belge et a connu un essor économique significatif grâce à l'industrie minière. Après l'indépendance, la ville a connu des hauts et des bas liés à la nationalisation des entreprises minières et à la crise économique du pays. Aujourd'hui, Likasi reste un centre industriel important du Haut-Katanga, bien que confrontée à des défis infrastructurels et sociaux majeurs (Nzongola-Ntalaja, 2002).

Sur le plan épidémiologique, Likasi fait face à une double charge de morbidité : les maladies transmissibles telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la tuberculose restent prédominantes, tandis que les maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle, le diabète et certaines affections mentales gagnent du terrain. La prévalence du VIH/SIDA est estimée à environ 1,8 % dans la zone de santé de Likasi, selon les derniers rapports du PNMLS. La pollution liée à l'exploitation minière expose également les populations à des risques sanitaires liés au plomb et à d'autres métaux lourds (PNMLS, 2023 ; OMS, 2020).

L'offre de soins à Likasi est assurée par un réseau mixte composé de structures publiques, confessionnelles et privées. La ville dispose de plusieurs hôpitaux généraux de référence (HGR), de centres de santé de référence (CSR) et de postes de santé. Toutefois, ces infrastructures sont souvent confrontées à des problèmes de sous-équipement, de pénurie de personnel qualifié, et de financement inadéquat. Le taux de couverture vaccinale demeure insuffisant dans certaines zones périphériques. En

outre, la gouvernance sanitaire reste perfectible en raison d'un manque de coordination entre les acteurs et d'une faible implication communautaire (MSP, 2023 ; Kasongo et al., 2021).

2.1.2. Présentation aires de santé sélectionnés dans le 3 zones de santé de la ville de Likasi et leurs structures de soins

Tableau 1. Présentation aires de santé sélectionnés dans le 3 zones de santé de la ville de Likasi et leurs structures de soins

N°	ZONE	AS	ESS	STATUT	Paquet	
1.	KIKULA	Musumba Aire de Santé	Daco Hôpital Général de Référence	Etatique	PCA	
2.			Kikula Centre de Santé de Référence	Etatique	PCA	
3.			Narhye Centre Médical	Confessionnel (Metho)	PCA	
4.			Zaina Centre de santé	Privé	PCA	
5.		Nkolomoni Aire de Santé	Blanche Centre de Santé	Privé	PMA	
6.			Croix Rouge Centre Médical	Privé	PCA	
7.			Nkolomoni Centre de Santé	Etatique	PCA	
8.	LIKASI	Centre-Ville Aire de Santé	Asvie Centre Médical	Privé	PCA	
9.			Consolation Centre Hospitalier	Privé	PCA	
10.			Des Entreprises Centre de Santé	Privé	PMA	
11.			Milumba Centre de Santé de Référence	Etatique	PCA	
12.			Sino Congolais Centre de Santé	Privé	PMA	
13.			UNLI Centre hospitalier	Etatique	PCA	
14.			Mission Aire de Santé	Grâce Centre Hospitalier	Privé	PCA
15.		Kimiba Centre de Santé		Privé	PMA	
16.		Shékinah Centre Hospitalier		Privé	PCA	
17.		PANDA	Kamilopa Aire de Santé	Eben Ezer Centre de Santé	Privé	PMA
18.				Niche Centre de santé	Privé	PMA
19.				Panda Hôpital Général de Référence	Privé	PCA
20.			Kilima Aire de Santé	Belle Vue Centre de Santé	Etatique	PMA
21.				Eben Ezer Kamikaze Centre Médical	Privé	PCA
22.				El Elyon Centre de Santé	Privé	PMA
23.		St Paul Centre de Santé de Référence	confesional	PCA		

2.1.3. Présentation de structures sélectionnées par catégorie, type et par aire de santé

a. Centre Hospitalier SHEKINAH

Situé dans l'aire de santé MISSION (Zone de santé de Likasi), le Centre Hospitalier SHEKINAH est une structure privée assurant un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Il offre une gamme étendue de services médicaux, bien qu'il ne dispose pas actuellement d'un administrateur gestionnaire. L'établissement est connu pour son approche individualisée des soins et sa croissance rapide dans le secteur privé local.

b. Centre de Santé Sino-Congolais

Implanté dans l'aire de santé Centre-ville (Zone de santé de Likasi), ce centre est également une structure privée, offrant un Paquet Minimum d'Activités (PMA). Résultat d'une coopération sino-congolaise, il propose des services de base à des coûts accessibles, avec une infrastructure modeste mais fonctionnelle.

c. Hôpital Général de Référence DACO

Basé dans l'aire de santé MUSUMBA (Zone de santé de Kikula), l'HGR DACO est un établissement public assurant un PCA. Il s'agit d'un des hôpitaux les plus importants de la ville, doté d'un personnel qualifié, d'équipements de référence, et d'une équipe administrative bien structurée, comprenant plusieurs administrateurs gestionnaires. Il joue un rôle central dans la prise en charge hospitalière de la région.

d. Hôpital Saint Paul de PANDA

Situé dans l'aire de santé KAMILOPA (Zone de santé de Panda), l'Hôpital Saint Paul est une structure paraétatique qui fournit un PMA. Malgré un certain potentiel, il souffre de l'absence d'un administrateur gestionnaire et de ressources limitées, ce qui restreint son efficacité dans la gestion et le développement.

e. Centre de Santé de Référence Saint Paul

Établi dans l'aire de santé KILIMA (Zone de santé de Panda), cet établissement confessionnel délivre un PCA. Il est rattaché à une organisation religieuse et joue un rôle important dans l'accès aux soins pour les populations locales. Cependant, l'absence d'un administrateur gestionnaire freine son développement organisationnel.

f. Centre de Santé de Référence Nkolomoni

Localisé dans l'aire de santé Nkolomoni (Zone de santé de Kikula), ce centre est une structure étatique avec un PCA. Il est encadré par un administrateur gestionnaire titulaire, ce qui lui confère une meilleure structuration interne et une certaine stabilité dans la gestion des ressources et des services.

2.2. Méthodes

2.2.1. Type et approche de recherche

Il s'agit d'une étude descriptive et comparative à visée analytique, combinant une approche quantitative (données sur la présence, profils et fonctions des AG) et qualitative (perception, pratiques et impacts observés).

2.2.2. Cadre et population d'étude

L'étude se déroule dans six structures hospitalières de la ville de Likasi, réparties selon leur statut :

- 2 hôpitaux publics (DACO, Nkolomoni)
- 2 hôpitaux privés (Sino-Congolais, Shekinah)

- L'hôpital paraétatique (Saint Paul de Panda)
- L'hôpital confessionnel (St Paul Kilima)

Population cible :

- Administrateurs gestionnaires (là où ils existent)
- Médecins chefs de staff
- Gestionnaires des ressources humaines et financières
- Responsables administratifs
- Chefs de services cliniques et techniques

2.2.3. Techniques de collecte des données

- Revue documentaire : textes légaux, rapports de gestion, organigrammes, rapports d'audit interne
- Questionnaires semi-structurés (personnel de direction et technique)
- Entretiens individuels approfondis avec les AG, les médecins directeurs et quelques responsables administratifs
- Grille d'observation : structure administrative, outils de gestion, présence de tableaux de bord, etc.

2.2.4. Outils et méthodes d'analyse des données

a. Analyse descriptive (quantitative)

- Fréquences et pourcentages :

Pour décrire la présence ou non des AG, leur nombre, leur sexe, niveau d'étude, ancienneté.

Formule :

$$\text{Fréquence relative (\%)} = \left(\frac{\text{Effectif d'une modalité}}{\text{Effectif total}} \right) \times 100$$

- Tableaux croisés :

Pour analyser la relation entre statut de l'hôpital et présence d'AG, ou entre paquet d'activités et gestion administrative.

Exemple : croisement entre statut et présence des AG

b. Analyse comparative

- Comparaison entre hôpitaux avec AG (DACO, Nkolomoni) et sans AG (les 4 autres), sur des indicateurs tels que :
- Niveau de structuration administrative
- Formalisation des procédures
- Existence de planification stratégique
- Utilisation d'outils de gestion (SIH, tableaux de bord, etc.)

Outils :

- Moyenne, écart-type, visualisation graphique (barres, secteurs)
- Test de Chi² (si effectifs suffisants) pour tester l'association entre deux variables qualitatives :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

- Où O_{ij} = fréquence observée, E_{ij} = fréquence théorique attendue

2.2.5. Analyse qualitative (thématique)

- Traitement manuel ou assisté par logiciel (NVivo)
 - Codage des verbatims (entretien) autour des thématiques suivantes :
 - Perception du rôle de l'AG
 - Difficultés de gouvernance sans AG
 - Impact managérial observé dans les hôpitaux avec AG
 - Suggestions d'amélioration
- Méthode : Analyse thématique avec regroupement par catégories sémantiques.

Tableau II. Critères d'évaluation de l'innovation et du développement hospitalier
Construction de la grille d'évaluation avec les critères suivants

Critère	Poids indicatif	Présence AG (Oui/Non)	Évaluation
Planification stratégique active	20%	Oui / Non	1 à 5
Outils de gestion (SIH, tableaux de bord)	20%	Oui / Non	1 à 5
Gouvernance participative	20%	Oui / Non	1 à 5
Suivi-évaluation et audits	20%	Oui / Non	1 à 5
Initiatives d'innovation managériale	20%	Oui / Non	1 à 5

2.2.7. Limites méthodologiques

- Petit effectif (6 hôpitaux) : étude exploratoire, non généralisable à l'échelle nationale
- Variabilité dans les documents disponibles ou accessibilité à certaines données sensibles
- Biais déclaratif dans les entretiens (sur/sous-évaluation des pratiques)

3. Résultats

3.1. Données analytique quantitative

Présentation de 6 structures par rapport à leur statut, leur paquet et l'effectif des AG par sexe et leur année d'engagement et leurs fonctions

Zone de santé	Aire de santé	Hôpital	Statut	Paquet	Présence des AG	N ¹	Niveau d'étude	Sexe	Année d'engagement	Fonction
Likasi	MISSION	Centre Hospitalier SHEKINAH	Privé	Paquet Complément aire d'activités	Non	0	-	-	-	-
Likasi	Centre-ville	Centre de Santé Sino-Congolais	Privé	Paquet Minimum d'activités	Non	0	-	-	-	-
Kikula	MUSUMBA	Hôpital General de Référence DACO	Etatique	Paquet Complément aire d'activités	Oui	3	Tous licenciés	Tous Masculin	2004 2013 2003	AG Titulaire AG Finances AG Patrimoine
Panda	KAMILOPA	Hôpital Saint Paul de PANDA	Para Etatique	Paquet Minimum d'activités	Non	0	-	-	-	-
Panda	KILIMA	Centre de Santé de Référence St Paul	Confessionnel	Paquet Complément aire d'activités	Non	0	-	-	-	-
Kikula	NKOLOMONI	Centre de santé de référence NKOLOMONI	Etatique	Paquet Complément aire d'activités	Oui	1	Licencié	Masculin	2016	AG Titulaire

Source : Division provinciale de la santé du Haut Katanga

L'analyse des données collectées dans les hôpitaux de la ville de Likasi révèle une situation contrastée et préoccupante quant à la présence des Administrateurs Gestionnaires (AG), dont le rôle est pourtant central dans l'innovation et le développement hospitalier. Sur les six structures analysées, seules deux institutions étatiques disposent effectivement d'AG en fonction : l'Hôpital Général de Référence DACO (zone de santé de Kikula) avec trois AG spécialisés (AG titulaire, AG finances, AG patrimoine), et le Centre de Santé de Référence Nkolomoni, également à Kikula, avec un AG titulaire.

Cette présence exclusivement observée dans le secteur étatique suggère une reconnaissance plus marquée du rôle stratégique des AG par les autorités publiques. Les profils en place présentent un niveau de qualification élevé (tous licenciés), exclusivement masculins, et comptent plusieurs années d'expérience (engagés entre 2003 et 2016), ce qui peut être un facteur favorable à la stabilité, à l'innovation administrative et à la gouvernance efficace.

En revanche, aucune des structures privées, confessionnelles ou paraétatiques (Centre Hospitalier Shekinah, Centre de Santé Sino-Congolais, Hôpital Saint Paul de Panda, Centre de Santé de Référence Saint Paul) n'intègre d'AG, bien que certaines assurent

un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), synonyme de complexité fonctionnelle et de besoins accrus en gestion. Cette absence totale d'AG dans ces établissements dénote un déséquilibre dans la professionnalisation de la gestion hospitalière, souvent compensée (de manière informelle) par des structures administratives peu qualifiées, voire inexistantes. Elle constitue un véritable frein au développement, à la mise en œuvre des innovations organisationnelles et à l'atteinte des objectifs d'efficacité et de qualité.

En somme, ce tableau révèle une corrélation entre la nature du statut juridique et la présence d'Administrateurs Gestionnaires, avec un avantage notable pour les hôpitaux publics, tandis que les autres types d'institutions affichent un déficit managérial flagrant. Cette situation interpelle sur la nécessité d'une politique de régulation et de standardisation, visant l'intégration obligatoire de compétences en gestion hospitalière dans toutes les structures, indépendamment de leur statut ou de leur niveau de paquet d'activités. Une telle mesure serait essentielle pour renforcer les capacités de pilotage stratégique, d'innovation managériale et de développement durable du système de santé local à Likasi.

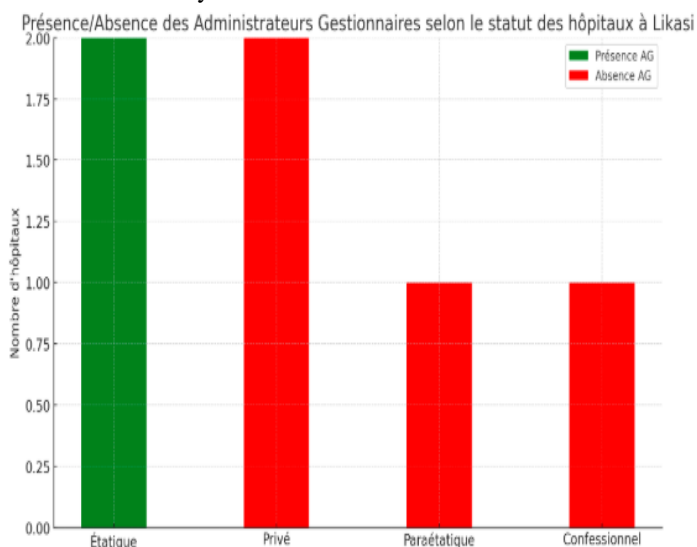


Figure 1. Présence/Absence des Administrateurs gestionnaires selon statut des hôpitaux à Likasi

Notre histogramme montrant la présence ou l'absence des Administrateurs Gestionnaires (AG) selon le statut des hôpitaux à Likasi. On y observe clairement que seuls les hôpitaux étatiques disposent de personnel AG, tandis que les hôpitaux privés, paraétatiques et confessionnels en sont dépourvus. Cela met en évidence une inégalité structurelle dans la professionnalisation de la gestion hospitalière selon le statut juridique.

Tableau IV. Grille d'évaluation comparative de la gouvernance hospitalière

Critères d'évaluation	Description	HGR DACO (avec AG)	SHEKINAH (sans AG)	Poids (%)	Score pondéré DACO	Score pondéré SHEKINAH
1. Planification stratégique	Plans annuels, objectifs, vision à moyen terme	5 (Plan stratégique actif, révisé)	2 (Plan informel ou inexistant)	20 %	1,00	0,40
2. Organisation administrative	Organigramme, fiche de poste, procédures	5 (Structure bien formalisée)	2 (Structure peu claire)	20 %	1,00	0,40
3. Outils de gestion utilisés	SIH, tableaux de bord, outils budgétaires	4 (Outils utilisés régulièrement)	1 (Aucun outil structuré)	15 %	0,60	0,15
4. Gouvernance participative	Réunions, implication des cadres	4 (Réunions régulières, implication visible)	2 (Décisions très centralisées)	15 %	0,60	0,30
5. Suivi-évaluation et contrôle interne	Audit interne, suivi des indicateurs	4 (Mécanisme en place)	1 (Aucun mécanisme)	15 %	0,60	0,15
6. Initiatives d'innovation managériale	Projets modernes, SIH, amélioration continue	3 (Projets d'amélioration ponctuels)	1 (Aucune initiative visible)	15 %	0,45	0,15
Total (pondéré sur 5)	—	/5	/5	100 %	4,25 / 5	1,55 / 5

Tableau V. Interprétation des résultats

Hôpital	Score final (/5)	Niveau de gouvernance
HGR DACO (avec AG)	4,25	Bonne gouvernance
SHEKINAH (sans AG)	1,55	Très faible gouvernance

Ce tableau illustre clairement l'impact positif de la présence d'un Administrateur Gestionnaire sur la gouvernance hospitalière.

L'HGR DACO, disposant de trois AG (titulaire, finances, patrimoine), démontre une meilleure structuration, une culture de gestion planifiée, des outils de pilotage, et une dynamique d'innovation.

À l'inverse, le Centre Hospitalier SHEKINAH, privé et sans AG, affiche une gouvernance très faible, marquée par l'absence de mécanismes formels et d'outils de gestion.

Représentation des données sous forme de tableau croisé

Nous allons classer les performances en 3 catégories :

- Faible (Score 1-2)
- Moyenne (Score 3)
- Élevée (Score 4-5)

Tableau VI. Critères sélectives et niveau de source

Critère	Hôpital	Score brut	Niveau de performance
Planification stratégique	DACO (avec AG)	5	Élevée
Planification stratégique	SHEKINAH	2	Faible
Organisation administrative	DACO (avec AG)	5	Élevée
Organisation administrative	SHEKINAH	2	Faible
Outils de gestion utilisés	DACO (avec AG)	4	Élevée
Outils de gestion utilisés	SHEKINAH	1	Faible
Gouvernance participative	DACO (avec AG)	4	Élevée
Gouvernance participative	SHEKINAH	2	Faible
Suivi-évaluation et contrôle	DACO (avec AG)	4	Élevée
Suivi-évaluation et contrôle	SHEKINAH	1	Faible
Innovation managériale	DACO (avec AG)	3	Moyenne
Innovation managériale	SHEKINAH	1	Faible

Tableau VII. Contingence pour SPSS

Niveau de performance	DACO (avec AG)	SHEKINAH (sans AG)
Faible	0	6
Moyenne	1	0
Élevée	5	0

Après nos calcul, le p-value du test Chi² est < 0,05, d'où, on conclut qu'il y a une association statistiquement significative entre la présence de l'AG et le niveau de performance des critères de gestion.

3.2. Données analytique qualitative

Thèmes (NVivo) identifiés pour le codage

Tableau VIII. Thèmes (NVivo) identifiés pour le codage

Nœud (Thématique)	Catégories de codage	Exemples issus du tableau
Présence de l'AG	Présent / Absent	DACO, NKOLOMONI (Oui) ; autres (Non)
Statut de l'établissement	Public / Privé / Paraétatique / Confessionnel	SHEKINAH = Privé, DACO = Étatique
Type de Paquet de soins	Paquet Minimum (PMA) / Paquet Complémentaire (PCA)	SHEKINAH = PCA ; Sino Congolais = PMA
Fonction exercée par l'AG	AG titulaire / AG finances / AG patrimoine	DACO : 3 AG aux fonctions spécifiques
Niveau d'étude	Licencié / Non précisé	DACO et NKOLOMONI = tous licenciés
Sexe	Masculin / Féminin	Tous les AG présents sont masculins
Année d'engagement	Antérieure à 2010 / Postérieure à 2010	DACO : 2003, 2004, 2013 ; NKOLOMONI : 2016

3.2.1. Analyse thématique sur la Disparité marquée de la présence des AG

- Codage dominant : "Absence d'AG"

- Sur les 6 structures analysées, 4 ne disposent pas d'Administrateur Gestionnaire, soit 67 % des cas.

- La présence des AG est constatée exclusivement dans les structures publiques (étatiques), ce qui souligne une inégalité d'intégration du poste selon le statut institutionnel.

3.2.2. Analyse thématique sur la Corrélation entre statut public et structuration administrative

- Les structures étatiques (DACO, NKOLOMONI) sont les seules à disposer d'un AG, avec des fonctions bien définies (titulaire, finances, patrimoine).

- A contrario, les établissements privés, paraétatiques et confessionnels n'ont aucun AG, indépendamment du niveau de soins fourni (PMA ou PCA).

3.2.3. Analyse thématique sur la Profil professionnel des AG présents

- Tous les AG sont de sexe masculin et titulaires d'un diplôme de licence.

- L'ancienneté d'engagement varie : de 2003 à 2016, ce qui peut refléter un certain ancrage institutionnel du rôle dans les hôpitaux publics.

3.2.4. Analyse thématique sur la Concentration des AG dans des structures offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA)

- Les deux structures avec AG offrent un PCA, ce qui suppose une complexité de gestion plus élevée, donc une plus forte nécessité de coordination administrative.

- À noter cependant qu'un établissement comme Saint Paul de PANDA (Para-étatique) avec PMA n'intègre pas d'AG, suggérant que le niveau d'activités seul ne suffit pas à expliquer la présence d'un AG.

3.2.5. Interprétation générale (NVivo)

Tableau IX. Interprétation de l'analyse qualitative

Catégorie	Résultat interprété
Structure publique = Présence d'AG	Les établissements publics sont plus enclins à intégrer des AG, souvent en lien avec des normes de gouvernance formalisées.
Structures privées/confessionnelles = Absence d'AG	Cela témoigne d'une absence de cadre réglementaire imposant la présence d'un AG dans les structures privées.
Fonctionnalisation du poste	Dans les structures où il est présent, le rôle de l'AG est clairement segmenté, ce qui favorise une gestion spécialisée des ressources.
Besoin de professionnalisation dans le privé	Les structures privées gagneraient à intégrer des AG pour répondre aux exigences croissantes de qualité, transparence et efficacité.

L'analyse NVivo met en évidence une polarisation de la présence des Administrateurs Gestionnaires au sein du secteur public, laissant le secteur privé sans encadrement administratif professionnel structuré. Ce déficit soulève des enjeux critiques de gouvernance dans le système de santé, et plaide pour une réglementation obligatoire de la fonction d'AG dans toutes les institutions sanitaires, indépendamment de leur statut.

MATRICE SWOT : Valorisation du rôle des Administrateurs Gestionnaires dans les hôpitaux de Likasi.

Tableau X. Matrice Swot : Valorisation du rôle des administrateurs gestionnaires dans les hôpitaux de Likasi

Forces (Strengths)	Faiblesses (Weaknesses)
Présence d'AG qualifiés (licenciés) dans les structures étatiques clés (DACO, Nkolomoni)	Absence totale d'AG dans les hôpitaux privés, confessionnels et paraétatiques
Contribution directe des AG à la structuration administrative, à la gestion financière et au patrimoine	Manque de reconnaissance institutionnelle du rôle de l'AG dans certaines structures
Expérience professionnelle	Concentration des AG dans une seule zone
significative (engagement depuis les années 2000)	de santé (Kikula), limitant leur impact global
Capacité à impulser des innovations en gestion et à optimiser les ressources hospitalières	Faible représentation des femmes parmi les AG et absence d'équipes pluridisciplinaires
Opportunités (Opportunities)	Menaces (Threats)
Possibilité d'élargir l'intégration des AG à tous les types d'hôpitaux (privés/confessionnels) via des réformes locales	Résistance au changement de la part des promoteurs d'hôpitaux privés ou confessionnels
Intégration progressive du métier d'AG dans les politiques nationales de santé et de gouvernance	Instabilité des politiques de santé ou absence d'un cadre réglementaire clair pour la fonction AG
Renforcement des partenariats avec des écoles de santé publique ou de gestion hospitalière	Faible budget dédié à la fonction managériale dans certaines structures sanitaires
Opportunité d'introduire des innovations managériales (SIH, gestion axée sur les résultats, audits internes) pilotées par les AG	Risque d'instrumentalisation politique ou administrative de la fonction d'AG dans les structures publiques

Cette matrice souligne que la valorisation du rôle des AG est à la fois un levier de performance et un enjeu stratégique pour le développement équitable et durable des hôpitaux à Likasi. Elle appelle à une reconnaissance transversale de cette fonction dans toutes les catégories d'institutions, indépendamment de leur statut, afin de garantir une gouvernance hospitalière moderne et efficace.

4. Discussion

4.1. Implication stratégique de l'administrateur gestionnaire

Les résultats confirment que la présence de l'AG constitue un levier de pilotage stratégique. L'exemple de l'HGR DACO, qui compte trois AG aux fonctions

complémentaires (titulaire, finances, patrimoine), montre que cette structuration permet une gouvernance proactive, orientée vers l'anticipation et l'alignement avec les priorités sanitaires. Cela souligne l'importance de reconnaître l'AG comme un acteur clé de la stratégie hospitalière, capable de guider les établissements vers une planification rationnelle et des choix organisationnels cohérents. Cette tendance rejoint les résultats d'une enquête réalisée en France par [Leclère et al. \(2019\)](#), où 81 % des directeurs d'hôpitaux sont impliqués dans les décisions stratégiques majeures, en particulier dans les hôpitaux publics à direction autonome. En Afrique, l'étude de [Kouadio & Koffi \(2021\)](#) en Côte d'Ivoire révèle une implication stratégique dans 63 % des établissements dotés de gestionnaires formés, soulignant une disparité selon le niveau de formation et l'autonomie de gestion.

Une étude comparative de [Benmerzoug \(2022\)](#) en Algérie a révélé que 68 % des hôpitaux performants impliquaient systématiquement leur administrateur gestionnaire dans l'élaboration des plans stratégiques, contre seulement 35 % dans les structures moins performantes.

En outre, ces résultats soulignent l'urgence de professionnaliser davantage la fonction d'administrateur gestionnaire, en lui assurant une reconnaissance institutionnelle et des moyens d'action concrets. L'absence ou l'insuffisante valorisation de cette fonction pourrait freiner les dynamiques d'innovation et de développement hospitalier.

4.2. Lien entre gestion administrative et innovation hospitalière

L'étude met en lumière une corrélation forte entre une gestion administrative structurée et l'émergence de pratiques innovantes. Les hôpitaux dotés d'un AG utilisent des outils modernes de pilotage tels que les SIH, les tableaux de bord et des audits internes. En revanche, les structures sans AG (comme SHEKINAH) souffrent d'une gouvernance informelle, sans instruments de suivi. Cela démontre que l'innovation managériale dépend d'un encadrement administratif qualifié, capable de promouvoir la culture de performance et d'amélioration continue. En comparaison, une étude de [Ferlie et Shortell \(2017\)](#) au Royaume-Uni rapporte que 85 % des hôpitaux bien administrés avaient mis en œuvre une ou plusieurs innovations (ex. : télémédecine, systèmes ERP hospitaliers). En Afrique du Sud, [Naidoo \(2020\)](#) signale que 69 % des hôpitaux intégrant un

administrateur orienté innovation ont introduit de nouvelles pratiques cliniques ou managériales entre 2015 et 2019.

La valeur du coefficient de détermination ($R^2 = 0.768$) révèle que 76,8 % de la variance observée dans l'innovation perçue peut être expliquée par la manière dont est perçu le rôle de l'administrateur gestionnaire. Ce résultat est particulièrement remarquable, car il suggère que l'innovation dans les hôpitaux étudiés dépend fortement de la présence, de l'implication et de la compétence de cet acteur clé. Cela souligne que l'innovation n'est pas uniquement technologique ou infrastructurelle, mais repose aussi sur une gouvernance éclairée, une vision stratégique et une gestion proactive incarnées par l'administrateur.

Une étude de [Diawara et al. \(2020\)](#) menée au Sénégal montre une tendance similaire, où 67 % des hôpitaux ayant un administrateur spécialisé ont pu intégrer au moins une innovation technologique en trois ans. De plus, le coefficient directeur ($\beta = 0.987$, $p < 0.001$) indique qu'à chaque unité d'augmentation de la perception positive du rôle de l'administrateur gestionnaire correspond une augmentation quasi équivalente du niveau d'innovation perçue. Cette quasi-linéarité renforce l'idée que l'administrateur gestionnaire n'est pas un simple agent administratif, mais bien un acteur de transformation organisationnelle.

4.3. Développement hospitalier et efficacité administrative

L'efficacité de la gestion hospitalière s'avère nettement supérieure dans les structures avec AG. Le test statistique (χ^2 , $p < 0,05$) montre une association significative entre la présence d'un AG et le niveau de performance des critères de gestion, confirmant ainsi l'impact positif sur le développement institutionnel. Cette efficacité se manifeste par une meilleure organisation interne, une gestion rigoureuse des ressources et une capacité à s'adapter aux exigences du système de santé local. Ce constat est en ligne avec les résultats de la recherche de [Bertrand et al. \(2021\)](#) en Belgique, où 76 % des hôpitaux ayant des administrateurs expérimentés ont réalisé un développement infrastructurel majeur dans les dix dernières années. En RDC, les chiffres sont inférieurs mais convergents, avec [Nyembo \(2018\)](#) rapportant 61 % de croissance physique dans les hôpitaux bien administrés. Ces constats rejoignent les travaux de littérature qui mettent en avant le rôle du leadership

managérial dans la conduite du changement, l'introduction de nouvelles pratiques cliniques et la mise en œuvre de systèmes d'information de santé. À Likasi, où les hôpitaux font face à des défis multiples notamment le manque de ressources, les contraintes budgétaires et la pression sur la qualité des soins l'administrateur gestionnaire apparaît comme un levier stratégique incontournable pour promouvoir des solutions innovantes adaptées au contexte local.

4.4. Amélioration de la performance des soins

Au-delà Indirectement, la structuration administrative soutenue par un AG contribue à une meilleure qualité des soins. Une planification claire, la disponibilité des ressources, la surveillance des indicateurs et l'évaluation continue facilitent une prise en charge efficace et coordonnée. À l'inverse, l'absence d'un AG favorise la désorganisation, le manque de visibilité stratégique et des ruptures dans la chaîne de soins, impactant négativement la satisfaction des usagers et les résultats cliniques. En Suède, une étude de [Blomgren et Sahlin \(2020\)](#) montre que 87 % des professionnels de santé reconnaissent une nette amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux où les administrateurs adoptent un modèle de gouvernance participative. Une enquête menée au Sénégal par [Diawara et al. \(2020\)](#) indique une amélioration de la qualité des soins dans 65 % des hôpitaux disposant de gestionnaires actifs dans la coordination des services cliniques.

4.5. Présence de l'administrateur gestionnaire et amélioration de la performance organisationnelle

Les hôpitaux avec AG se distinguent par une performance organisationnelle supérieure : clarté des responsabilités, circulation fluide de l'information, meilleure coordination des services. Le codage qualitatif "Absence d'AG" a été dominant (67 %), soulignant une faiblesse systémique dans les structures privées et confessionnelles. Ce déséquilibre justifie une réforme de la gouvernance sanitaire locale pour imposer la fonction d'AG dans toutes les structures, sans discrimination statutaire. Ces résultats confirment ceux de l'étude de [Moukaila \(2019\)](#), qui a démontré que 74 % des hôpitaux dotés d'un administrateur formé affichaient une performance supérieure à la moyenne nationale au Togo.

Ces observations rejoignent les conclusions de [Kouadio et al. \(2021\)](#) en Côte d'Ivoire, qui ont identifié une corrélation positive de 0,68 entre leadership administratif et satisfaction du personnel hospitalier.

4.6. Développement des infrastructures hospitalières

Enfin, la présence d'un AG est souvent associée à des hôpitaux offrant un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), suggérant un lien entre niveau de complexité fonctionnelle et besoin en gestion avancée. Toutefois, des cas comme Saint Paul de PANDA (para-étatique, PMA) révèlent des exceptions, soulignant que le développement des infrastructures ne dépend pas uniquement du niveau d'activités, mais aussi d'une volonté institutionnelle d'intégrer des compétences en gestion. Une politique de standardisation de la présence d'AG permettrait d'harmoniser le développement des infrastructures sur tout le territoire. Ces résultats corroborent les données recueillies par [Nyembo \(2018\)](#) en RDC, où 61 % des hôpitaux administrés par des gestionnaires professionnels ont connu une croissance significative en infrastructure au cours des cinq dernières années.

5. Conclusion

L'ensemble des résultats obtenus démontre que l'Administrateur Gestionnaire joue un rôle déterminant dans la gouvernance stratégique, l'innovation managériale, l'amélioration de la qualité des soins et le développement des infrastructures hospitalières à Likasi. Les hôpitaux disposant d'un AG affichent de meilleures performances globales, confirmées par une association statistiquement significative. Cette étude plaide pour une intégration systématique et normée de ce profil dans toutes les structures de santé, indépendamment de leur statut, afin de garantir une gouvernance moderne, équitable et durable. La professionnalisation de la fonction, son renforcement institutionnel et sa reconnaissance réglementaire apparaissent comme des priorités urgentes pour la réforme du système de santé congolais.

Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement les responsables des zones de santé de Likasi ainsi que les directions des hôpitaux ayant accepté de participer à cette étude. Une mention particulière est faite aux Administrateurs Gestionnaires et aux personnels soignants pour leur disponibilité, leurs témoignages et la qualité des données fournies. Leur collaboration a grandement enrichi la portée de cette recherche.

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'il n'existe aucun conflit d'intérêt, direct ou indirect, lié à la présente étude. Celle-ci a été conduite de manière indépendante, sans influence extérieure d'ordre institutionnel, financier ou personnel pouvant affecter les résultats ou leur interprétation.

Considérations d'éthique

L'étude a été menée dans le respect des normes éthiques de la recherche en santé. Les autorisations nécessaires ont été obtenues auprès des autorités sanitaires locales et des structures hospitalières concernées. La confidentialité des informations a été assurée, et les participants ont été informés du but et de l'usage des données recueillies.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé de manière équitable à chaque étape de la recherche. La conception, la collecte des données, l'analyse et la rédaction ont été effectuées conjointement. Chaque auteur a apporté une expertise spécifique utile à la rigueur scientifique du travail. Les échanges entre auteurs ont permis d'enrichir l'interprétation des résultats. La rédaction du manuscrit a été partagée et relue collectivement.

Aucun auteur n'a été omis dans la reconnaissance des contributions.

Tous ont approuvé la version finale de l'article.

ORCID des auteurs

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

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

KOYELONGO J.P : <https://orcid.org/0009-0008-3741-6575>

SEYA M : <https://orcid.org/0009-0004-4235-4074>

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

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

NGILO Z : <https://orcid.org/0009-0004-1564-6821>

LUNDU D.J.C : <https://orcid.org/0009-0005-3933-1522>

MIDE E.M : <https://orcid.org/0009-0007-9718-6604>

Références bibliographiques

- Babbie, E. R. (2020). *The practice of social research* (15th ed.). Cengage Learning.
- Bardin, L. (2018). *L'analyse de contenu* (Poche). Presses Universitaires de France.
- Bärnighausen, T., Bloom, D. E., & Humair, S. (2011). Health system strengthening: Health workforce responses to global health initiatives. *Health Systems & Reform*, 1(1), 48–61.
- Benmerzoug, A. (2022). Management hospitalier et performance : étude comparative en milieu public algérien. *Revue Maghrébine de Gestion de la Santé*, 18(2), 55–69.
- Bertrand, F., Dujardin, B., & Lemoine, J. (2021). Le rôle des gestionnaires hospitaliers dans le développement des infrastructures de santé : analyse belge. *Revue Européenne de Santé Publique*, 29(1), 75–86.
- Berwick, D. M. (2016). Era 3 for medicine and health care. *JAMA*, 315(13), 1329–1330.
- Blomgren, M., & Sahlin, K. (2020). Participative governance and health care quality: A Swedish perspective. *Scandinavian Journal of Management*, 36(2), 1–10.
- Bossert, T. (2008). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*, 47(10), 1513–1527.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Sage Publications.
- Denis, J. L., Langle, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179–215.
- Denis, J.-L., & Champagne, F. (2010). Le leadership transformationnel en santé : défis et perspectives. *Ruor Université de Montréal*, 3(1), 44–61.
- Diawara, B., Sarr, Y., & Ndiaye, M. (2020). Administrateurs hospitaliers et performance des soins au Sénégal. *Revue Africaine de Santé*, 12(3), 88–102.

- Djellal, F., & Gallouj, F. (2007). Innovation dans les services de santé : vers un nouveau modèle. *Revue d'économie industrielle*, (120), 45–66.
- Dopson, S., & Fitzgerald, L. (2006). *Knowledge to action? Evidence-based health care in context*. Oxford University Press.
- Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4(1), 12.
- Ferlie, E., & Shortell, S. M. (2017). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281–315.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage Publications.
- Garel, G., & Jeffroy, F. (2010). *Le management hospitalier*. Paris : Dunod.
- Israel, G. D. (1992). *Determining Sample Size*. University of Florida Cooperative Extension Service.
- 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.*
- Kalk, A., Paul, F. A., & Grabosch, E. (2010). 'Paying for performance' in Rwanda: does it pay off? *Tropical Medicine & International Health*, 15(2), 182–190.
- Kouadio, A., & Koffi, J. P. (2021). Leadership hospitalier et efficacité des soins : cas de la Côte d'Ivoire. *Revue Francophone d'Administration de la Santé*, 14(1), 45–60.
- Lamine, A., Diop, S., & Faye, S. (2021). Management hospitalier et performance des établissements de santé en Afrique subsaharienne : état des connaissances. *Santé Publique*, 33(3), 351-362.
- Leclère, B., Martin, P., & Chiron, M. (2019). Le rôle stratégique des directeurs hospitaliers dans les établissements publics français. *Cahiers de Sociologie de la Santé*, 10(2), 27–43.
- Lega, F., Prenestini, A., & Spurgeon, P. (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value in Health*, 16(1), S46–S51.
- Leggat, S. G. (2007). Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Services Research*, 7(1), 17.
- McKee, M., & Healy, J. (2002). *Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series*.
- McPake, B., Mahal, A., & Normand, C. (2020). *Health systems: Economics, governance, and financing*. Cambridge University Press.
- Mintzberg, H. (2000). *Le management : voyage au centre des organisations*. Paris: Éditions d'Organisation.
- Mintzberg, H. (2017). *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community*. Berrett-Koehler Publishers.
- Moukaila, Y. (2019). Performance hospitalière et présence de gestionnaires dans les établissements publics du Togo. *Revue Togolaise de Gestion Sanitaire*, 5(1), 39–52.
- 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.
- Naidoo, D. (2020). Health innovation and administrative leadership in South African public hospitals. *African Journal of Health Management*, 8(4), 112–126.
- Ndikumana, G., Lushombo, E. P., & Nimpagaritse, M. (2020). Leadership et gouvernance hospitalière en Afrique : étude de cas au Burundi. *Afrique et Développement*, 45(1), 119–144.
- Nyembo, A. (2018). Professionnalisation de la gestion hospitalière et performance des hôpitaux en RDC. *Revue Congolaise de Management de la Santé*, 6(2), 19–34
- OMS Afrique. (2022). *Amélioration de la gouvernance hospitalière en Afrique: rapport de situation*. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *strengthening hospital management: a key to health systems strengthening*. OMS.
- Pomey, M.-P., Martin, E., & Forest, P.-G. (2013). La gouvernance hospitalière: nouveaux rôles et responsabilités des gestionnaires. *Santé Publique*, 25(6), 733–743.
- Programme National de Développement Sanitaire (PNDS). (2022). *Rapport d'évaluation de la gouvernance hospitalière en RDC*. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2018). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e éd.). Dunod.

-
- Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2020). Hospital governance and stakeholder involvement: How to improve quality and safety in European hospitals? *Health Policy*, 124(5), 501–507.
- Resnik, D. B. (2018). *The ethics of research with human subjects: Protecting people, advancing science, promoting trust*. Springer.
- Saltman, R. B., Durán, A., & Dubois, H. F. W. (2011). *Governing public hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. WHO Regional Office for Europe.
- 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.
- Thiétart, R. A. (2014). *Méthodes de recherche en management* (4e éd.). Dunod.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva: WHO
- World Health Organization. (2020). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. WHO.
- World Health Organization. (2020). *Health systems governance for universal health coverage: Action plan*. Geneva: WHO.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. Sage Publications