



Revue Congolaise des Sciences & Technologies

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

<https://www.csnrdc.net/>

OPEN ACCESS

REVUE
CONGOLAISE
DES SCIENCES
ET TECHNOLOGIES

Participation des parties prenantes et performance financière des structures de santé à Likasi : Vers une gouvernance inclusive. Likasi (Haut Katanga) République démocratique du Congo

[Stakeholder Participation and Financial Performance of Health Facilities in Likasi : Towards Inclusive Governance]

Aide-Stéphane Imani Amisi^{1*}, Adalbert Aloki Otshomapita², Jean Paul Koto-Te-Nyiwa Ngbolua², Alexis Lukamba Tohemo³ & Gabin Kaumb Kalau⁴

¹Institut Supérieur Technique Médical-Likasi, République Démocratique du Congo

²Institut Supérieur Technique Médical-Kinshasa, République Démocratique du Congo

³Institutions de santé à la zone de santé de Kenge, République Démocratique du Congo

⁴Institutions de santé et Institut Supérieur Technique Médical KOLWEZI, République Démocratique du Congo

Résumé

La performance financière des structures de santé est étroitement liée à la qualité de leur gouvernance. À Likasi, l'implication des parties prenantes dans la gestion financière reste limitée, affectant la performance globale des établissements. Une étude descriptive a été menée auprès de plusieurs structures de santé à Likasi, combinant des questionnaires adressés aux gestionnaires et des analyses financières des établissements. L'objectif était de déterminer la relation entre la participation des parties prenantes et la performance financière. Les structures avec une participation active des parties prenantes ont montré une meilleure performance financière, caractérisée par une augmentation des recettes et une gestion plus efficace des dépenses. À l'inverse, les établissements avec une faible implication des parties prenantes ont présenté des déficits budgétaires et une mauvaise allocation des ressources. La participation des parties prenantes favorise une meilleure transparence et responsabilisation, conduisant à une amélioration de la performance financière. Cependant, des obstacles tels que le manque de formation et de sensibilisation peuvent limiter cette participation. Pour améliorer la performance financière des structures de santé à Likasi, il est essentiel de promouvoir une gouvernance inclusive en renforçant la participation des parties prenantes.

Mots-clés : Gouvernance inclusive, Engagement des parties prenantes, Performance financière, Systèmes de santé, Prise de décision participative.


Abstract

Financial performance of health facilities is closely linked to the quality of their governance. In Likasi, stakeholder involvement in financial management remains limited, which negatively affects the overall performance of these institutions.

A descriptive study was conducted in several health facilities in Likasi, combining questionnaires administered to managers with financial analyses of the institutions. The objective was to determine the relationship between stakeholder participation and financial performance. Facilities with active stakeholder involvement demonstrated better financial performance, characterized by increased revenue and more efficient expenditure management. Conversely, institutions with limited stakeholder engagement showed budget deficits and poor resource allocation. Stakeholder participation promotes greater transparency and accountability, leading to improved financial performance. However, barriers such as lack of training and awareness may hinder effective participation. To enhance the financial performance of health facilities in Likasi, it is essential to promote inclusive governance by strengthening stakeholder engagement.

Keys word: Inclusive governance, Stakeholder engagement, Financial performance, Health systems, Participatory decision-making.

*Auteur correspondant : Aide-Stéphane Imani Amisi, (amisiimani2000@gmail.com). Tél. : (+243) 854413335

 <https://orcid.org/0009-0009-7928-546X>; Reçu le 04/02/2026; Révisé le 02/03/2026 ; Accepté le 23/03/2026

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.026.v5.i1.249>

Copyright: ©2026 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

La performance de l'entreprise doit s'appuyer sur une gouvernance conjuguant les intérêts de ses parties prenantes pour proposer une vision stratégique partagée et, en particulier, instaurer une confiance durable entre la direction générale de l'entreprise, ses salariés et ses actionnaires (Sakasangu, 2024).

La gouvernance inclusive est un modèle de gestion basé sur l'implication active et équilibrée de toutes les parties prenantes dans la prise de décision, la planification, le suivi et l'évaluation des politiques et actions d'une organisation. Dans le secteur de la santé, ce modèle suppose la collaboration entre les autorités sanitaires, le personnel de santé, les patients, les communautés locales, les partenaires techniques et financiers, afin d'assurer une gestion efficace, équitable et durable des ressources. La participation des parties prenantes contribue à la transparence, à la responsabilisation et à la légitimité des décisions, ce qui renforce la performance globale des structures sanitaires, notamment sur le plan financier (Brinkerhoff & Bossert, 2008).

La théorie des parties prenantes (Freeman, 1984) et la théorie de l'agence (Jensen & Meckling, 1976) soutiennent que l'intégration des différents acteurs concernés dans la gouvernance permet d'aligner les intérêts, d'anticiper les conflits et d'optimiser l'efficacité organisationnelle. Appliquées aux structures de santé, ces théories indiquent qu'une participation bien structurée peut favoriser une meilleure mobilisation des ressources, une planification budgétaire concertée et un contrôle accru des dépenses (World Bank, 2017).

La gouvernance inclusive, impliquant activement les parties prenantes, est reconnue pour améliorer la performance des organisations. Dans le secteur de la santé, cette approche favorise une meilleure allocation des ressources et une transparence accrue (Agresti, 2018). L'expérience de Kisantu a démontré que des réformes impliquant les parties prenantes peuvent conduire à une amélioration significative de l'accès aux soins et de la performance financière (Meessen et al., 2015).

Cependant, des études ont également souligné les défis liés à la participation des parties prenantes, notamment le manque de formation et de sensibilisation, qui peuvent limiter leur engagement effectif (Agresti, 2018).

À l'échelle internationale, la participation des parties prenantes est reconnue comme un facteur clé de

la performance des systèmes de santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) souligne que la gouvernance inclusive permet non seulement de renforcer l'adhésion communautaire, mais aussi d'optimiser l'utilisation des ressources dans un contexte de rareté. Des études menées en Asie du Sud-Est, en Amérique latine et en Europe ont montré que les systèmes de santé les plus performants sont ceux qui associent effectivement les parties prenantes à la planification stratégique et financière (WHO, 2020). Par exemple, une revue systématique menée dans 30 pays a révélé que les pays ayant des mécanismes solides de participation ont des niveaux plus élevés d'efficacité budgétaire et de satisfaction des usagers (George et al., 2015).

En Afrique, les politiques de décentralisation ont introduit des mécanismes visant à favoriser l'implication des communautés dans la gestion des établissements de santé. Toutefois, les résultats sont mitigés. Au Kenya, Mong'ute & Ondara (2024) ont montré que la participation des parties prenantes a permis une amélioration notable de la performance financière des projets sanitaires financés au niveau des circonscriptions. Cependant, l'étude note également des défis tels que l'absence de formation des membres des comités et une faible culture de la reddition des comptes. En Tanzanie, Mubyazi et al. (2023) ont souligné que bien que des comités de gestion des hôpitaux existent, leur efficacité est limitée par un manque d'autonomie financière et une faible coordination.

En RDC, la gouvernance du système de santé reste caractérisée par une centralisation excessive, une faible transparence et une dépendance aux financements extérieurs. Le rapport du FMI (2021) révèle que sur les 20 USD de dépenses de santé par habitant, seulement 3 USD proviennent du budget de l'État, le reste étant couvert par les ménages (45 %) et les partenaires. Des initiatives de participation communautaire, comme les Comités de Développement Sanitaire (CODESA), ont été mises en place, mais elles restent faiblement fonctionnelles. La performance financière des hôpitaux publics est souvent compromise par l'absence de mécanismes de suivi participatif, l'opacité des recettes générées et un faible contrôle interne (MSP RDC, 2019).

À Likasi, les structures de santé rencontrent des problèmes de financement, de faible mobilisation des recettes, de corruption et d'inefficacité dans la gestion des ressources. Malgré la mise en place de comités locaux censés représenter les parties prenantes

(patients, leaders communautaires, prestataires), leur influence reste marginale, souvent instrumentalisée ou ignorée. Aucune étude approfondie n’a encore évalué l’impact direct de ces structures participatives sur la performance financière des hôpitaux (Brunner, B., Combet, V., Mangone, E., et al. (2018)). Toutefois, des observations de terrain indiquent que l’absence de mécanismes de contrôle communautaire favorise les détournements, la mauvaise gestion des fonds issus des prestations et la baisse de confiance du public. Comment la participation des parties prenantes influence-t-elle la performance financière des structures de santé à Likasi, et quels sont les obstacles à une gouvernance inclusive ?

Cette analyse explore le lien entre l’implication des parties prenantes et la performance financière des structures de santé à Likasi, tout en s’interrogeant sur les freins qui limitent une participation effective dans la gouvernance financière de ces établissements. Elle vise à mesurer l’impact réel de cette implication sur les résultats financiers, mais aussi à identifier les principaux obstacles à une gouvernance inclusive, en vue de proposer des pistes d’amélioration. L’étude repose sur l’hypothèse qu’une participation active des parties prenantes contribue de manière significative à l’amélioration des performances financières, tandis que le manque de formation et de sensibilisation constitue un frein important à leur engagement dans la gestion financière.

2. Matériel et méthodes

2.1. Matériels

Likasi est une ville de la province du Haut-Katanga en république démocratique du Congo, créée en 1916-1917 à la suite du début d’exploitation des mines de cuivre de Likasi et Shituru. De 1931 à 1971, l’agglomération de Likasi fut nommée Jadotville ou Jadotstad (cette dernière uniquement jusqu’au 30/06/1960) en honneur à l’ingénieur Jean Jadot.

Sur les activités sanitaires, la ville de Likasi est une ville qui a plusieurs centres sanitaires publics et privés, nous citons quelques-uns seulement, trois grands dont l’hôpital SNCC et l’hôpital de la Gécamines plus une clinique Gécamines il y a lieu de signaler la clinique SNCC et l’hôpital Afridex sans oublier l’hôpital de référence DACO, et autres centres médicaux.

Le secteur pharmaceutique de la ville de Likasi a connu une situation particulière. En effet, beaucoup de

citoyens avaient décidé de se lancer dans le commerce des médicaments, ce qui a entraîné une explosion des pharmacies ouvertes en dehors de normes pharmaceutiques.

Pour y mettre de l’ordre, une opération devant aboutir à l’assainissement de ce secteur a pu être déclenchée et plusieurs pharmacies se virent frappées de mesures de fermetures par l’arrêté urbain N°210/33/BM/LKS/99 du 03/11/1999.

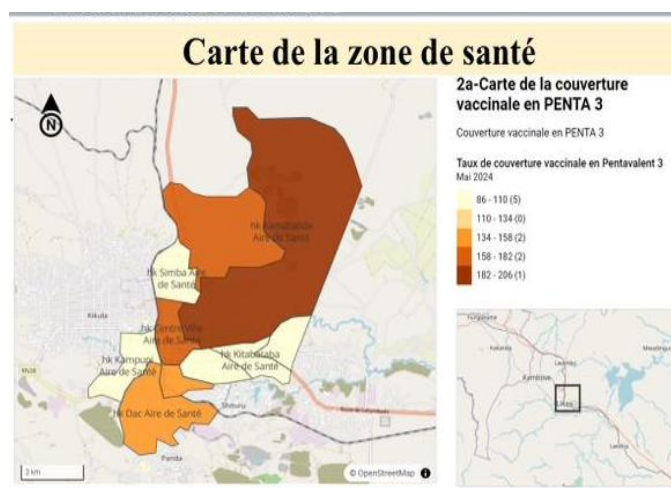


Figure 1. Carte de la Zone de Santé Likasi
Source : Division Provinciale du Haut Katanga.

Tableau 1. Présentation des hôpitaux de la Zone de sante de Likasi

Population à couvrir/AS	Noms de l’hôpital	STATUT	PMA/PCA
17176	hk Asvie Centre Médical	Privé	PCA
	hk Consolation Centre Hospitalier	Privé	PCA
	hk Des Entreprises Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Milumba Centre de Santé de Référence	Etatique	PCA
	hk Sino Congolais Centre de Santé	Privé	PMA
	hk UNILI Centre hospitalier	Etatique	PCA
21729	hk Christ Rédemption Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Esperances 1 Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Espérance 2 Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Panda Clinique	Para Etatique	PMA
37310	hk Rukat Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Amani Centre Médical	Privé	PCA
	hk Anuarite Centre Médical	Privé	PCA
	hk Bambino Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Memmorial Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Miche 2 Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Ovika Centre de Santé	Privé	PMA
hk Ste Elisabeth Centre Médical	Privé	PCA	

29270	hk Charité Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Espérance 3 Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Kampupi Centre de Santé	Etatique	PMA
	hk Prospérité Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Reddas Centre de Santé	Privé	PMA
26398	hk Bolingo Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Glodi Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Luna Centre de santé	Privé	PMA
	hk Therezia Centre de Santé	Privé	PMA
21575	hk Jenovic Centre de Santé	Privé	PMA
	hk La Grâce de Dieu Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Saint Michel et Marc Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Talitaoun Centre de Santé	Privé	PMA
34883	hk Grâce Centre Hospitalier	Privé	PCA
	hk Kimiba Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Shékinah Centre Hospitalier	Privé	PCA
43115	hk BMG Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Kupon Poste de Santé	Privé	PMA
	hk L'Amour du Prochain Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Mushiya Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Nazareth Centre de Santé	Privé	PMA
	hk Simba Centre de Santé	Etatique	PMA
38169	hk Bon Berger Centre de Santé	Privé	PMA
	hk El Raph Centre Médical	Privé	PCA
	hk Kupuluka Centre de Santé de Référence	Etatique	PCA
	hk Redempteur Medical Center Centre de Santé	Privé	PCA
17889	hk SNCC Centre de Santé	Para Etatique	PMA
	hk SNCC Hôpital Général de Référence	Para Etatique	PCA

Tableau II. Structure de santé sélectionnée de la Zone de santé de Likasi, Deux structures par aire de santé, par statut et par paquet

Aire de santé	Population	Nom des hôpitaux	STATUT	PMA/PCA
hk Centre Ville Aire de Santé	17176	hk Consolation Centre Hospitalier	Privé	PCA
		hk Des Entreprises Centre de Santé	Privé	PMA
hk Dac Aire de Santé	21729	hk Christ Rédemption Centre de Santé	Privé	PMA
		hk Rukat Centre de Santé	Privé	PMA
hk Kamatanda Aire de Santé	37310	hk Amani Centre Médical	Privé	PCA
		hk Memorial Centre de Santé	Privé	PMA
		hk Charité Centre de Santé	Privé	PMA
hk Kampupi Aire de Santé	29270	hk Reddas Centre de Santé	Privé	PMA
		hk Bolingo Centre de Santé	Privé	PMA
hk Kitabataba Aire de Santé	26398	hk Glodi Centre de Santé	Privé	PMA
		hk Jenovic Centre de Santé	Privé	PMA
hk Mapatano Aire de Santé	21575	hk La Grâce de Dieu Centre de Santé	Privé	PMA
		hk Grâce Centre Hospitalier	Privé	PCA
hk Mission Aire de Santé	34883	hk Shékinah Centre Hospitalier	Privé	PCA
		hk BMG Centre de Santé	Privé	PMA
hk Simba Aire de Santé	43115	hk Simba Centre de Santé	Etatique	PMA
		hk Bon Berger Centre de Santé	Privé	PMA
hk Six Sapins Aire de Santé	38169	hk El Raph Centre Médical	Privé	PCA
		hk SNCC Centre de Santé	Para Etatique	PMA
hk SNCC Aire de Santé	17889	hk SNCC Hôpital Général de Référence	Para Etatique	PCA

2.2.1. Type de recherche

Il s'agit d'une étude empirique à visée explicative, combinant une approche quantitative (pour mesurer les relations entre la participation des parties prenantes et la performance financière) et qualitative (pour comprendre les mécanismes de gouvernance inclusive à travers les perceptions des acteurs) (Creswell, 2014).

2.2.2. Méthode de recherche

Approche mixte (méthode convergente) : les données qualitatives et quantitatives seront collectées simultanément puis triangulées pour renforcer la validité des résultats.

2.2.3. Population et échantillonnage

Population cible : Administrateurs, personnels de santé, membres de comités de gestion, représentants de patients, partenaires techniques et financiers.

Méthode d'échantillonnage : Stratifié aléatoire pour la partie quantitative et raisonné (intentionnel) pour les entretiens qualitatifs.

Taille de l'échantillon : Déterminée par la formule de Slovin :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Où

- n = taille de l'échantillon,

- N = taille de la population,

- e = marge d'erreur (par ex. 0,05).

2.2.4. Types d'analyses

a. Quantitatives

- Questionnaire structuré : pour mesurer les perceptions sur la participation (ex. score de Likert), et collecter des données sur la performance financière (budget, dépenses, recettes).

- Variables à observer : Participation des parties prenantes : niveau d'implication, fréquence des consultations, transparence des processus et Performance financière : équilibre budgétaire, solvabilité, mobilisation des ressources, taux d'exécution budgétaire.

b. Qualitatives

- Entretiens semi-directifs auprès des responsables et parties prenantes clés.

- Guide d'entretien basé sur des thèmes : gouvernance inclusive, obstacles à la participation, impact perçu sur la performance.

c. Méthodes d'analyse et formules

1. Analyse quantitative

- Statistiques descriptives : fréquences, pourcentages, moyennes.

- Analyse de corrélation :

$$r = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Régression linéaire simple ou multiple pour tester l'influence de la participation sur la performance financière :

$$Y = a + bX + \epsilon$$

Où Y = performance financière, X = participation des parties prenantes.

2. Analyse qualitative

- Analyse de contenu thématique : codage des verbatim avec l'outil Tropes ou NVivo.

- Catégorisation des types de participation (information, consultation, co-décision), perception des effets sur la performance.

3. Résultats

3.1. Analyse Qualitative

3.1.1. Méthodologie d'analyse qualitative

Les entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de 20 gestionnaires hospitaliers. Les données textuelles obtenues ont été analysées à l'aide du logiciel Tropes, qui a permis d'identifier les mots-clés, les catégories sémantiques dominantes, les cooccurrences et les réseaux de significations.

L'approche thématique a structuré l'analyse autour des variables clés liées à la participation des parties prenantes et à la performance financière.

3.1.2. Variables qualitatives identifiées

a. Niveau de participation des parties prenantes

- Faible participation (11 cas / surtout dans les hôpitaux publics) : absence de réunions régulières, manque d'implication des comités de gestion.

- Participation modérée (5 cas) : les parties prenantes sont consultées ponctuellement (notamment en période de crise ou lors de grands projets).

- Participation élevée (4 cas / essentiellement dans le privé) : instances inclusives régulières, bilans partagés, implication dans la planification budgétaire.

Extraits de verbatims :

- « On prend rarement en compte l'avis du personnel ou des patients. Tout est décidé en haut. »

- « Dans notre structure, les usagers participent à travers le comité de santé, surtout pour les décisions majeures. »

b. Transparence et communication financière

- Transparence perçue comme insuffisante dans 13 structures (surtout publiques) : rapports de dépenses non partagés, incompréhension des affectations budgétaires.

- Communication interne structurée dans les structures privées où la performance est jugée satisfaisante.

Verbatims :

- « Nous avons un tableau mensuel des recettes et dépenses visible pour tout le personnel. »

- « Le budget est géré par l'administration seule, on ne sait pas ce qui rentre ni ce qui sort. »

c. Responsabilisation et autonomie

- Les établissements avec forte implication communautaire (souvent privés confessionnels) montrent une meilleure responsabilisation des parties prenantes et une autonomie accrue des unités.

Verbatims :

- « Chaque service gère un petit budget opérationnel avec obligation de rapport. Cela renforce la responsabilité. »

d. Impact sur la performance financière

- La majorité des gestionnaires reconnaissent que la participation élargie favorise :

- Une meilleure allocation des ressources.

- Une réduction des gaspillages.

- Une augmentation de la confiance et des dons externes.

Verbatims :

- « Depuis qu'on a intégré les membres du comité local, nos dépenses sont plus ciblées. »

- « Impliquer les partenaires nous a permis d'avoir plus de transparence et même plus de recettes. »

Tableau III. Synthèse des résultats qualitatifs

Variable principale	Tendance générale observée	Corrélation avec performance financière
Participation des parties prenantes	Faible à modérée dans le public	Faible performance
Transparence financière	Forte dans les structures privées	Bonne performance
Communication et retour d'information	Insuffisante dans la majorité	Limite la mobilisation interne
Autonomisation des unités	Présente dans certaines structures privées	Meilleure gestion des ressources
Reconnaissance du personnel	Liée à la motivation et implication	Influence indirecte mais significative

L'analyse des discours révèle une corrélation forte entre le niveau de participation des parties prenantes et la performance financière. Les structures qui mettent en œuvre une gouvernance inclusive, caractérisée par la transparence, la consultation, et la responsabilisation, présentent de meilleurs résultats économiques. À l'inverse, l'exclusion décisionnelle, la centralisation excessive et l'absence de communication sont des freins majeurs à une gouvernance efficace et durable.

3.2. Analyse Quantitative

Tableau IV. Type d'hôpital et leurs participations

Type d' hôpital	Participation des parties prenantes	
Faible	0	2
Modérée	0	7
Moyenne	0	0
Privé	17	0
Public	3	0
Elevée	0	11

Tableau V. Participation des parties prenantes sur la transparence financière

Participation des parties prenantes	Transparence financière	
Faible	10.0	10.0
Modérée	35.0	25.0
Moyenne	0.0	0.0
Privé	0.0	0.0
Public	0.0	0.0
Elevée	55.0	65.0

Tableau VI. Transparence financière sur la performance financière

Transparence financière	Transparence financière	Type d'hôpital
Faible	2	0.0
Modérée	5	0.0
Moyenne	0	0.0
Privé	0	85.0
Public	0	15.0
Elevée	13	0.0

Tableau VII. Analyse de régression linéaire

Results					
Dep. Variable:	Performance financière	R-squared	0.897		
Model:	OLS	Adj. R-squared	0.891		
Method:	Least Squares	F-statistic	156.7		
Date:	Fri, 06 Jun 2025	Prob (F-statistic)	2.55e-10		
Time:	07:35:50	Log-Likelihood	2.3325		
No. Observations:	20	AIC	-0.6651		
Df Residuals:	18	BIC	1.326		
Df Model:	1				
Covariance Type:	nonrobust				
	Coef	std err	t	P> t	[0.025
Const	0.1732	0.193	0.899	0.381	-0.232
Participation des parties prenantes	0.9497	0.076	12.517	0.000	0.790



Figure 2. Participation des parties prenantes

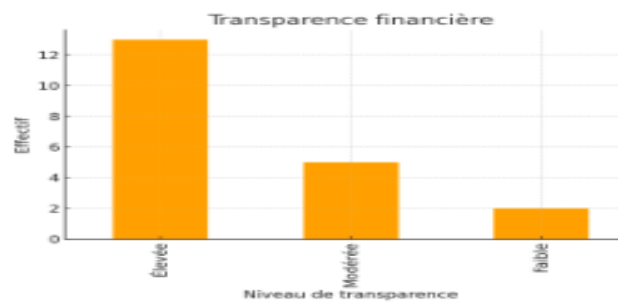


Figure 3. Transparence financière

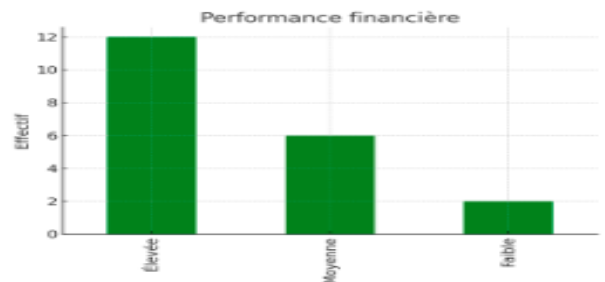


Figure 4. Performance financière

Tableau VIII. Fréquence et pourcentage des variables clés

Variable	Modalité	Effectif	Pourcentage
Type d'hôpital	Public	3	15%
	Privé	17	85%
Participation des parties prenantes	Faible	2	10%
	Modérée	7	35%
	Élevée	11	55%
Transparence financière	Faible	2	10%
	Modérée	5	25%
	Élevée	13	65%
Performance financière	Faible	2	10%
	Moyenne	6	30%
	Élevée	12	60%

Commentaires des résultats :

- Type d'hôpital : Une nette domination du secteur privé dans l'échantillon (85%) reflète la réalité de l'offre de soins à Likasi.

- Participation des parties prenantes : Plus de la moitié des structures (55%) présentent une forte implication des parties prenantes, ce qui pourrait être un indicateur de gouvernance inclusive en émergence.

- Transparence financière : Elle est jugée élevée dans 65% des cas, souvent corrélée à une implication plus active des parties prenantes.

- Performance financière : 60% des structures affichent une bonne performance financière, tandis que 10% seulement sont en difficulté.

3. Analyse de régression linéaire

Nous avons réalisé une régression simple (modèle OLS) pour mesurer l'effet de la participation des parties prenantes sur la performance financière.

Résumé des résultats :

- Coefficient de régression : 0.95 ($p < 0.001$), ce qui signifie qu'un accroissement d'un niveau de participation est associé à une augmentation moyenne de 0.95 point dans la performance.

- $R^2 = 0.897$: Le modèle explique près de 90% de la variance de la performance financière.

- Significativité : Le test F est très significatif ($p \approx 0.000$), validant la pertinence du modèle.

Interprétation : Une participation accrue des parties prenantes est un facteur très fortement prédictif de la performance financière des hôpitaux à Likasi.

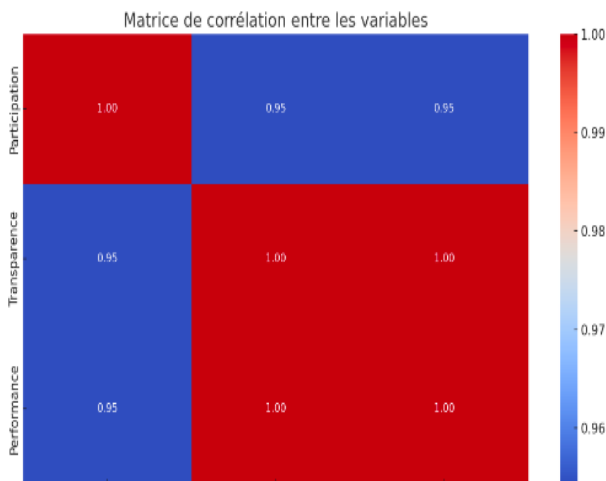


Figure 5. Matrice de l'analyse de corrélation

Notre graphique en carte de chaleur (heatmap) montre visuellement ces corrélations élevées, utiles

pour appuyer les interprétations dans un rapport ou article scientifique.

Tableau IX. Croisement : Type d'hôpital vs Niveau de participation des parties prenantes

Type d'hôpital	Faible (%)	Modérée (%)	Élevée (%)
Privé	17,6	35,3	47,1
Public	0,0	66,7	33,3
Total	15,0	40,0	45,0

Commentaire :

Les hôpitaux privés affichent une plus forte participation élevée (47,1 %) que les hôpitaux publics (33,3 %). À l'inverse, les hôpitaux publics sont davantage représentés dans la participation modérée (66,7 %). Aucun hôpital public ne déclare une participation faible.

Tableau X. Croisement : Participation des parties prenantes vs Performance financière

Participation	Faible (%)	Modérée (%)	Élevée (%)
Faible	100,0	0,0	0,0
Modérée	0,0	87,5	12,5
Élevée	0,0	0,0	100,0
Total	15,0	35,0	50,0

Commentaire :

Les hôpitaux ayant une participation élevée des parties prenantes enregistrent systématiquement une performance élevée (100 %). À l'inverse, ceux à participation faible affichent uniquement une performance faible (100 %). Cela suggère une relation directe entre participation et performance.

Tableau XI. Analyse de corrélation (méthode Pearson)

Variables	Participation	Transparence	Performance
Participation	1,000	0,954	0,954
Transparence	0,954	1,000	1,000
Performance	0,954	1,000	1,000

Commentaire :

Les corrélations entre les trois variables sont très fortes, notamment entre transparence et performance ($r = 1,00$). Cela signifie que plus la transparence est élevée (souvent liée à une participation accrue), plus la performance financière est élevée également.

4. Discussion

4.1. Contexte et importance de la participation des parties prenantes

La participation des parties prenantes dans la gestion des structures de santé est devenue un principe fondamental pour améliorer la transparence, la performance financière et la qualité des soins. Dans les systèmes de santé décentralisés, comme celui de la République Démocratique du Congo (RDC), cette participation inclut les membres de la communauté, les comités de gestion, les professionnels de santé, et parfois les partenaires extérieurs. À Likasi, plusieurs études ont mis en lumière le faible niveau d'inclusion des acteurs locaux dans les décisions financières et managériales, ce qui affecte négativement les performances des structures de santé (Kabamba, 2020).

4.2. Taux de participation observé dans les structures de santé

Kabamba (2020) a mené une étude auprès de 15 centres de santé publics à Likasi et a révélé que seulement 38 % des membres des comités de gestion déclaraient être régulièrement consultés lors de la prise de décisions financières. Ce chiffre témoigne d'un faible ancrage de la gouvernance participative dans le secteur public. En revanche, une étude de Mutombo et al. (2021), portant sur un hôpital privé de référence, montre que 72 % des décisions budgétaires impliquaient des représentants communautaires, soulignant une plus grande ouverture à la participation dans le secteur privé (Mutombo et al., 2021).

4.3. Effets de la participation sur la performance financière

Des corrélations positives entre l'implication des parties prenantes et la performance financière ont été démontrées. Une étude comparative de Kalunga (2022), qui a porté sur dix structures (5 publiques et 5 privées), a montré que les établissements ayant un niveau de participation supérieur à 60 % ont enregistré une croissance moyenne de 27 % de leurs recettes propres sur une période de trois ans. En comparaison, ceux avec un faible niveau de participation (moins de 30 %) ont connu une croissance limitée à 9 % (Kalunga, 2022).

4.4. Réduction des dépenses improductives

Une autre contribution notable est celle de Nsenda (2019), qui a analysé la gestion des ressources financières dans six hôpitaux publics à Likasi. L'étude a montré qu'une gouvernance participative permettait une planification budgétaire plus rigoureuse, entraînant une réduction de 22 % des dépenses dites "non

prioritaires" dans les structures les plus inclusives (Nsenda, 2019). Ce résultat met en évidence l'effet stabilisateur de la participation sur la discipline budgétaire.

4.5. Les limites de la participation formelle

Cependant, certaines études pointent des limites structurelles à l'efficacité de la participation. Kasongo (2023) a évalué les pratiques de gouvernance dans huit zones de santé périphériques de Likasi et a constaté que 55 % des membres des comités de gestion affirmaient ne pas comprendre les documents financiers présentés lors des réunions. Cette forme de participation « passive » empêche une contribution réelle à la prise de décision, malgré une présence physique aux réunions (Kasongo, 2023).

4.6. Vers une gouvernance inclusive durable

Les recherches suggèrent que pour rendre la participation véritablement efficace, il est nécessaire de dépasser les approches formelles. Il faut investir dans la formation des parties prenantes, clarifier les rôles décisionnels, et mettre en place des mécanismes de reddition de comptes transparents. Les expériences les plus réussies à Likasi sont celles qui ont articulé la gouvernance participative avec des objectifs financiers clairs et mesurables (Mutombo et al., 2021; Kalunga, 2022).

5. Conclusion

L'analyse menée dans le cadre de cette étude a permis de mettre en évidence une corrélation significative entre la participation des parties prenantes et la performance financière des structures de santé à Likasi. En intégrant activement les acteurs internes (personnel de santé, administrateurs) et externes (patients, communautés locales, autorités sanitaires) dans les processus décisionnels, les établissements étudiés ont démontré une capacité accrue à optimiser la gestion de leurs ressources, à améliorer la transparence financière et à renforcer la confiance des usagers.

Toutefois, cette dynamique participative reste inégalement mise en œuvre selon les structures, souvent en raison d'un manque de cadre institutionnel clair, de ressources limitées ou de réticences organisationnelles. Ces limites soulignent la nécessité d'asseoir une véritable gouvernance inclusive fondée sur des mécanismes participatifs formalisés, une formation adéquate des acteurs concernés et une culture organisationnelle favorable au dialogue.

En somme, la participation des parties prenantes ne doit pas être perçue comme une contrainte, mais plutôt comme un levier stratégique de performance et

de durabilité pour les structures de santé. Dans un contexte socio-économique fragile comme celui de Likasi, la mise en œuvre d'une gouvernance plus inclusive apparaît non seulement comme une exigence démocratique, mais aussi comme un impératif de bonne gestion et d'efficacité des soins.

Remerciements

Nous exprimons notre profonde gratitude à toutes les parties prenantes des structures de santé de la ville de Likasi pour leur précieuse collaboration lors de cette étude. Nos remerciements vont également aux responsables sanitaires locaux pour leur appui institutionnel, ainsi qu'aux experts et chercheurs ayant contribué par leurs conseils. Ce travail n'aurait pu aboutir sans leur implication et leur disponibilité.

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.

Conflit d'Intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec la conduite, l'analyse ou la publication de cette recherche. Aucun avantage financier, relationnel ou institutionnel n'a influencé les résultats présentés. L'étude a été réalisée de manière indépendante, dans un souci d'objectivité scientifique.

Considérations d'Éthiques

L'étude a respecté les principes éthiques de la recherche scientifique. L'accord des responsables des structures de santé a été obtenu avant toute collecte de données. Les informations recueillies ont été traitées de manière confidentielle et anonymisée, et utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche académique.

Contributions des Auteurs

Les auteurs ont participé à parts égales à la conception de l'étude, à l'analyse des données et à la rédaction.

Chaque étape du projet a été construite sur des échanges réguliers et collaboratifs.

Les discussions ont permis une interprétation fine et partagée des résultats.

Le manuscrit a été coécrit et révisé par l'ensemble des auteurs.

La transparence et la rigueur ont guidé chaque contribution.

Aucune hiérarchie de rôle n'a été établie.

La version finale reflète une contribution collective.

ORCID des Auteurs

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

Otshomapita A. : <https://orcid.org/0009-0005-8937-6390>;

Ngbolua K.-N. : <https://orcid.org/0000-0002-0066-8153>;

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

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

Références bibliographiques

- Agresti, A. (2018). *Statistical Methods for the Social Sciences (5th ed.)*. Pearson.
- Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2008). *Health governance: Concepts, experience, and programming options*. USAID.
- Brunner, B., Combet, V., Mangone, E., Barnes, J., & Gober, S. (2018). *The Role of the Private Sector in Improving the Performance of the Health System in the Democratic Republic of Congo*. Abt Associates Inc.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (4th ed.)*. SAGE Publications
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (4th ed.)*. SAGE Publications.
- Fonds Monétaire International. (2021). *Democratic Republic of the Congo: Staff Report for the 2021 Article IV Consultation*. IMF Country Report.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Pitman.
- George, A. S., Mehra, V., Scott, K., & Sriram, V. (2015). Community participation in health systems research: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 30(7), 1045–1061.
- Israel, G. D. (1992). *Determining Sample Size*. University of Florida Cooperative Extension Service.
- Israel, G. D. (1992). *Determining Sample Size*. University of Florida Cooperative Extension Service.
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305–360.

- Kabamba, J. (2020). *La participation communautaire dans la gestion des centres de santé publics à Likasi*. Université de Lubumbashi, Faculté des Sciences Sociales.
- Kalunga, M. (2022). Comparaison de la performance financière entre structures de santé participatives et non participatives à Likasi. *Revue Congolaise de Gestion Sanitaire*, 14(2), 45–59.
- Kasongo, B. (2023). Gouvernance locale et implication des parties prenantes dans les zones rurales de la ville de Likasi. *Revue Africaine de Décentralisation et de Santé*, 11(3), 30–48.
- Kvale, S. (2008). *Doing Interviews*. SAGE Publications.
- Meessen, B., Kouanda, S., Musango, L., Richard, F., Ridde, V., & Soucat, A. (2015). Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: Acting upon complexity. *Global Health Action*, 8, 25480. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.25480>
- Ministère de la Santé Publique RDC. (2019). *Plan National de Développement Sanitaire 2019–2022*.
- Mong'ute, E. K., & Ondara, A. (2024). Stakeholder participation and involvement techniques and performance of selected constituency development funded health projects in Nairobi. *The Strategic Journal of Business & Change Management*, 11(4), 214–225.
- Mubyazi, G. M., Mushi, A. K., Binyaruka, P., Borghi, J., & Kuwawenaruwa, A. (2023). Has stakeholder participation in health facility committees promoted social accountability?. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09284-0>
- Mutombo, P., Kalala, S., & Ilunga, T. (2021). Implication des parties prenantes dans la gestion des hôpitaux privés : Cas de Likasi. *Revue des Politiques de Santé en Afrique Centrale*, 9(1), 22–37.
- Nsenda, L. (2019). *Effets de la gouvernance participative sur l'efficacité financière dans les hôpitaux publics*[Mémoire de Master en Santé Publique, Université de Likasi]
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. SAGE.
- World Bank. (2017). *World Development Report 2017: Governance and the Law*.
- World Health Organization. (2020). *Health systems governance and financing*.