

Evaluation de la mise en œuvre des modalités pratiques de changement de management des hôpitaux publics à Kinshasa

Status of the Implementation of Practical Modalities for Management Change in Public Hospitals in Kinshasa

MBONZI MBUYA Jean Norbert¹, OTSHOMAMPITA ALOKI Adalbert², BASILA ILENGI MBULA Jean Pierre², ELOKO EYA MATANGELO Gérard², TOHEMO LUKAMBA Alexis³, Gabin KALAU KAUMB⁴.

ORCID : <https://orcid.org/0009-0003-4792-856X>

1. *ISTM Kinshasa*
2. *Ecole Doctorale des sciences de santé de Kinshasa*
3. *ISTM Marie Reine de la Paix de Kenge*
4. *ISTM Kolwezi*

Résumé

Introduction : La gestion hospitalière à Kinshasa évolue vers des approches centrées sur l'amélioration continue de la qualité des soins. Les hôpitaux publics rencontrent néanmoins des défis tels que la résistance au changement, des ressources limitées et une gouvernance centralisée. Cette étude vise à analyser les modalités pratiques de mise en œuvre du changement de management et leur impact sur la performance organisationnelle et la qualité des soins.

Méthodes : Une approche mixte combinant données quantitatives et qualitatives a été utilisée. Les outils comprenaient des questionnaires semi-structurés, des entretiens semi-directifs et l'observation directe dans 70 sur 84 structures hospitalières (ZS, HGR et CS) des 28 Zones de Santé de la Ville de Kinshasa ayant mis en œuvre la Démarche qualité Intégrée en vue du changement de leur mode de management. 7 Zones de santé sur 35 n'étaient pas ciblées dans notre enquête. Les variables étudiées incluaient les stratégies de gestion, la performance organisationnelle, la qualité des soins et les obstacles à la mise en œuvre. Les analyses statistiques ont intégré des tests descriptifs, le t de Student et le Chi² pour évaluer l'association entre type de structure et succès du changement.

Résultats : Seules 41,4 % des structures disposaient d'une cellule qualité, mais seulement 11,4 % étaient fonctionnelles. Les documents normatifs étaient présents dans 67,1 % des structures et utilisés dans 85,1 % des cas. Les HGR présentaient des scores moyens significativement plus élevés que les CS (62,4 % vs 46,7 %, t = 8,27 ; p < 0,001), confirmant que la taille et le type de structure influencent la réussite du changement. Les obstacles principaux identifiés incluaient le manque de financement, la faible diffusion des normes et l'absence de suivi post-formation.

Discussion/Conclusion : Les stratégies de changement existent mais leur mise en œuvre reste limitée, particulièrement dans les centres de santé. L'amélioration durable de la gouvernance hospitalière à Kinshasa nécessite un renforcement institutionnel, un financement durable et un accompagnement systématique des équipes qualité. Les HGR sont mieux dotés et plus performants que les CS, soulignant l'importance du niveau de structuration des établissements pour le succès des réformes managériales.

Mots-clés : *Gestion hospitalière, changement de management, cellules qualité, performance organisationnelle, Kinshasa.*

Abstract

Introduction: Hospital management in Kinshasa is evolving toward approaches focused on the continuous improvement of healthcare quality. However, public hospitals face challenges such as resistance to change, limited resources, and centralized governance. This study aimed to analyze the practical modalities for implementing management change and their impact on organizational performance and quality of care.

Methods: A mixed-methods approach combining quantitative and qualitative data was used. Data collection tools included semi-structured questionnaires, semi-directive interviews, and direct observation in 70 hospital facilities (HGR and CS) in Kinshasa. The studied variables included management strategies, organizational performance, quality of care, and implementation obstacles. Statistical analyses included descriptive statistics, Student's t-test, and Chi-square test to assess the association between facility type and success in implementing change.

Results: Only 41.4% of facilities had a quality unit, but only 11.4% were fully functional. Normative documents were present in 67.1% of facilities and used in 85.1% of cases. HGRs showed significantly higher mean scores than CSs (62.4% vs 46.7%, $t = 8.27$; $p < 0.001$), confirming that facility size and type influence successful change implementation. Major obstacles identified included insufficient funding, limited dissemination of standards, and lack of post-training follow-up. Discussion/Conclusion: Management change strategies exist, but their implementation remains limited, particularly in health centers. Sustainable improvement of hospital governance in Kinshasa requires institutional strengthening, durable funding, and systematic support for quality teams. HGRs are better equipped and perform better than CSs, highlighting the importance of facility structure and level in the success of managerial reforms.

Keywords: Hospital management, management change, quality units, organizational performance, Kinshasa.

1. Introduction

La gouvernance hospitalière à Kinshasa est caractérisée par une centralisation excessive, limitant l'autonomie des établissements et entravant l'implémentation de réformes managériales. Une étude de Karemere (2020) sur l'Hôpital Général de Référence de Bagira a révélé que seulement 35 % des normes opérationnelles définies par le Ministère de la Santé étaient effectivement appliquées, suggérant des lacunes dans la gouvernance locale. De plus, Bigirinama et al. (2023) ont observé que 60 % des zones de santé présentaient des déficits en matière de gestion et d'organisation, affectant la collaboration interne et externe, ainsi que les capacités cliniques et managériales.

À l'échelle mondiale, la gestion hospitalière a évolué vers une approche axée sur l'amélioration continue de la qualité des soins. Des méthodologies telles que Six Sigma, Lean Healthcare et le cycle PDSA (Plan-Do-Study-Act) sont couramment utilisées pour optimiser les processus, réduire les erreurs et améliorer les résultats pour les patients. L'accréditation par des organismes tels que la Joint Commission et la National Committee for Quality Assurance témoigne de l'engagement des établissements envers des soins de qualité (European Hospital and Healthcare Fédération, 2025).

L'absence d'infrastructures numériques robustes limite la capacité des hôpitaux à adopter des pratiques managériales modernes. Selon une analyse de l'Hôpital de Kinshasa (2023), 75 % des établissements de santé de la capitale continuent de dépendre des dossiers papier, restreignant la prise de décisions éclairées et la gestion efficace des patients. Cette situation souligne la nécessité d'investir dans des infrastructures numériques pour soutenir les réformes managériales.

En Europe, des initiatives telles que le programme QUASER ont mis en évidence l'importance de la gestion du changement dans l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, des défis subsistent, notamment la résistance au changement et la gestion des tensions organisationnelles. Les modèles de gestion doivent prendre en compte ces dualités pour être efficaces (Nunes, 2020).

Les principaux obstacles à la mise en œuvre des changements managériaux incluent le manque de financement, la faible diffusion des normes et l'absence de suivi post-formation. Karemere et al. (2025) ont souligné que 55 % des hôpitaux de la zone de santé de Kadutu ont des performances variables, influencées par la disponibilité des ressources et la gouvernance locale. De plus, Ishoso (2021) a noté que malgré les améliorations dans la gestion des soins post-abortum, des stratégies supplémentaires sont nécessaires pour surmonter les obstacles persistants à la qualité des soins.

Aux États-Unis, des programmes tels que le Hospital Quality Incentive Demonstration ont montré que les incitations financières peuvent améliorer la qualité des soins. Cependant, des études suggèrent que les fusions hospitalières n'ont pas toujours conduit à des améliorations notables, soulignant la nécessité d'une gestion attentive du changement (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2024).

Les réformes managériales ont montré des résultats mitigés en termes d'amélioration de la qualité des soins. Ishoso (2021) a observé une augmentation de l'utilisation de la méthode d'évacuation utérine recommandée par l'OMS de 29,3 % dans les structures expérimentales ($p = 0,025$), une diminution de 19,3 % de l'utilisation de la curetage aigu ($p = 0,132$) et une réduction d'une journée de la durée d'hospitalisation des patientes ($p = 0,020$). Cependant, l'impact global sur la qualité des soins reste limité, soulignant la nécessité d'une approche systémique pour améliorer durablement la qualité des soins dans les hôpitaux publics.

En Afrique subsaharienne, des réformes centrées sur le renforcement des capacités des équipes de gestion des districts de santé ont montré des résultats positifs. Une étude en République Démocratique du Congo a révélé que des formations régulières peuvent améliorer la gestion hospitalière et la qualité des soins (Bosongo, 2023).

En RDC, des initiatives telles que le Programme Intégré de Santé ont évalué la performance des établissements de santé, mettant en évidence des progrès dans certains domaines, mais aussi des obstacles persistants liés à la gouvernance et aux ressources humaines (Data for Impact, 2022).

La RDC avait élaboré en septembre 2016 sa stratégie de mise en œuvre de la Démarche Qualité Intégrée (DQI) dans les structures administratives, techniques, des soins et services du ministère de la santé publique afin de Contribuer à l'évaluation de l'amélioration progressive de la qualité des soins et des services offerts à la population congolaise dans un cadre systémique pouvant influencer positivement sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent avec l'implication et la satisfaction effectives des bénéficiaires/usagers et des prestataires à tous les niveaux du système de santé.

Pour y parvenir, il fallait entre autre : 1. Renforcer les capacités des prestataires des soins et services ainsi que la communauté dans l'amélioration de la qualité ; 2. Impliquer la communauté bénéficiaire dans le processus d'évaluation pour s'en approprier ; 3. Evaluer régulièrement la qualité des soins et des services ; 4. Identifier les goulots d'étranglement qui entravent la bonne marche des activités ; 5. Elaborer les actions correctrices avec l'implication de tous les acteurs de la santé ; 6. Améliorer progressivement la qualité des soins et des services à tous les niveaux ; 7. Générer les données sur la qualité des soins et des services sur le plan national ; 8. Faciliter la comparabilité sur le plan national de la qualité des soins et des services offerts ; 9. Produire une base des données nationale sur la qualité des soins et services offerts ; 10. Servir de base factuelle à la planification à tous les niveaux du système de santé ; 11. Introduire dans les services et établissements de soins, une démarche qualité pragmatique centrée sur l'amélioration continue de la qualité des soins et des services; 12. Impliquer le personnel en équipes dans la gestion de la qualité des soins et des services; 13. Favoriser l'acquisition des compétences organisationnelles et relationnelles pour l'atteinte des résultats de qualité. La mise en œuvre de la dite Démarche Qualité Intégrée avait nécessité une harmonisation des différentes approches qualité jadis en vigueur au sein du Ministère de la Santé pour une démarche unique et utilisable par tous en vue de faciliter le travail et la comparaison sur les mêmes bases. Dans la phase de mise en place de la DQI, une stratégie de diffusion avait été préconisée à tous les niveaux du système de santé (National, Provincial et opérationnel) à travers des briefings sur la DQI. (Ministère de la Santé Publique RDC, Stratégie de mise en œuvre de la Démarche Qualité Intégrée (DQI), 2016.)

La formation continue et la motivation du personnel sont essentielles pour la mise en œuvre des changements managériaux. Nsubile (2023) a constaté que 72 % des zones de santé à Kinshasa manquaient de personnel infirmier qualifié, ce qui entravait l'adoption de nouvelles pratiques managériales. Julie et al. (2017) ont également noté que 68 % des hôpitaux publics de Lubumbashi ne disposaient pas de dossiers infirmiers standardisés, limitant l'efficacité des processus de soins et la mise en œuvre des réformes.

À Kinshasa, des hôpitaux publics ont bénéficié de programmes de renforcement des capacités, incluant la formation en gestion des traumatismes et l'introduction de registres de traumatologie. Ces initiatives ont conduit à des améliorations dans la prise en charge des patients, bien que des défis demeurent en termes de durabilité et d'intégration des pratiques dans le système de santé global (King's Kongo Central Partnership, 2021).

Les principaux défis rencontrés dans la mise en œuvre du changement de management hospitalier à Kinshasa incluent des limitations infrastructurelles, une gestion inefficace des ressources humaines et une coordination insuffisante entre les niveaux de gouvernance. Pour surmonter ces obstacles, il est essentiel de renforcer la formation des gestionnaires, d'améliorer la collecte et l'utilisation des données et de promouvoir une culture de qualité au sein des établissements de santé (Hotchkiss, 2025).

Les hôpitaux publics de la ville de Kinshasa, comme de nombreuses institutions publiques en Afrique, font face à des défis importants liés à la gestion et à la performance des services de santé. Le changement de management dans ces établissements, qui est censé améliorer l'efficacité et l'accès aux soins, se heurte à diverses difficultés telles que la résistance au changement, des pratiques de gestion obsolètes et une gouvernance souvent centralisée. L'enjeu est donc de comprendre comment les modalités pratiques du

changement de management sont mises en œuvre dans les hôpitaux de Kinshasa, et si ces changements sont efficaces pour améliorer la gestion des établissements et la qualité des soins.

La mise en œuvre de la DQI avait nécessité la mise en place des cellules et équipes qualité au moyen de la désignation des membres des équipes/cellules qualité au sein des structures dont une équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité (EEAQ) au niveau central, de l'Hôpital Général de Référence (Hôpital Provincial) et de l'Hôpital de Référence secondaire. Des Cellules d'Evaluation et d'Amélioration de la Qualité étaient mises en place au niveau du Centre de Santé.

Le cadre conceptuel de l'amélioration de la qualité des soins et services en République Démocratique du Congo (RDC) repose sur une démarche qualité intégrée articulée autour d'un enchaînement logique d'intrants, de processus, de produits intermédiaires, de résultats et d'un impact final. Les intrants englobent l'ensemble des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la démarche, notamment des ressources humaines qualifiées, des infrastructures et équipements fonctionnels, des médicaments et consommables de qualité, un financement adéquat, un système d'information performant et l'application des normes et stratégies nationales de santé. Le processus met l'accent sur la sensibilisation et la concertation des parties prenantes, la formation continue du personnel, la résolution des problèmes par une approche participative, l'approvisionnement régulier en intrants, la maintenance des équipements et la motivation du personnel. De ce processus découlent des produits intermédiaires tels que le renforcement du leadership et des compétences, la mise en place de cellules d'évaluation et d'amélioration de la qualité, l'amélioration de la transparence, de la gestion du temps et du cadre de travail. Ces extraits conduisent à des résultats tangibles, notamment une meilleure performance et sécurité du personnel soignant, une gestion efficace des ressources, un environnement de travail amélioré et une plus grande réactivité des prestataires. À long terme, l'impact recherché est l'amélioration globale de la qualité des soins, la satisfaction des usagers et du personnel de santé, ainsi que la réduction de la morbidité et de la mortalité. Cette démarche s'inscrit dans un contexte politique et institutionnel marqué par les orientations internationales (Alma-Ata, 1978), la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle, la décentralisation du système de santé et l'appui des partenaires techniques et financiers alignés sur la politique nationale de santé.

L'objectif de cette recherche est d'analyser les modalités pratiques de mise en œuvre du changement de management dans les hôpitaux publics de la ville de Kinshasa. L'accent sera mis sur l'évaluation de l'efficacité de ces changements dans l'amélioration de la gestion des établissements de santé. Cette analyse permettra de mieux comprendre dans quelle mesure les stratégies adoptées influencent la performance des hôpitaux, tout en mettant en lumière les défis rencontrés. En parallèle, cette étude cherche à identifier les stratégies de gestion mises en place dans les établissements hospitaliers et à évaluer leur impact sur la performance organisationnelle ainsi que sur la qualité des soins prodigués aux patients.

Un autre objectif essentiel est d'explorer les obstacles qui entravent la mise en œuvre effective de ces changements de management et de proposer des solutions pour les surmonter. Les recherches viseront à clarifier les principales modalités de changement adoptées, à évaluer leur impact sur l'organisation interne des hôpitaux, et à examiner les défis de gouvernance, de logistique et de résistance au changement, qui freinent parfois la réussite de ces réformes dans le secteur de la santé à Kinshasa.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Matériel (cadre de l'étude)

La Division Provinciale de la Santé (DPS) de Kinshasa est l'entité administrative chargée de la coordination et de la supervision des services de santé dans la capitale de la République Démocratique du Congo. Elle œuvre sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, en collaboration avec les autorités locales et les partenaires techniques et financiers. Sa mission principale est d'assurer la mise en œuvre des politiques sanitaires nationales, de garantir l'accès équitable aux soins de santé de qualité et de renforcer les capacités des établissements de santé publics. La DPS de Kinshasa joue également un rôle crucial dans la gestion des ressources humaines en santé, la planification sanitaire et la surveillance épidémiologique.

Parmi les hôpitaux publics phares de Kinshasa, on distingue plusieurs établissements de référence qui contribuent significativement à la prise en charge sanitaire de la population. L'Hôpital Général de Référence de Kinshasa, anciennement connu sous le nom de Mama Yemo, est le plus grand établissement hospitalier public du pays. Situé dans la commune de la Gombe, cet hôpital offre une gamme complète de services médicaux, allant de la médecine générale à des spécialités telles que la chirurgie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie,

l'ORL, la dentisterie et l'ophtalmologie. Il joue également un rôle important dans la formation des étudiants en médecine et en sciences infirmières (Musungu, 2015).

La Clinique Ngaliema, fondée en 1927, est un hôpital général de référence publique situé dans la même commune. Elle est spécialisée dans des domaines tels que l'ophtalmologie, l'otorhinolaryngologie, la cardiologie, l'odontologie et la dermatologie. Cet établissement est géré par le ministère de la Santé publique et jouit d'une autonomie de gestion (Clinique Ngaliema, n.d.).

2.2. Méthodes

2.2.1. Techniques et outils de collecte de données

Cette étude utilise une approche méthodologique mixte combinant des données qualitatives et quantitatives pour évaluer la mise en œuvre des modalités de changement de management dans les hôpitaux publics de la ville de Kinshasa. Les techniques de collecte de données incluent :

- Enquêtes par questionnaire : Des questionnaires semi-structurés seront distribués aux directeurs, responsables de départements, et autres membres du personnel clé des hôpitaux. Les questions porteront sur les stratégies de gestion, les changements de management adoptés, les obstacles rencontrés, et les perceptions des impacts sur la performance organisationnelle.
- Entretiens semi-directifs : Des entretiens seront réalisés avec des responsables et des agents impliqués directement dans la gestion des hôpitaux. Ces entretiens permettront de recueillir des informations détaillées et contextuelles sur les défis et les succès de la mise en œuvre du changement de management.
- Observation directe : L'observation de la gestion quotidienne dans certains hôpitaux permettra d'obtenir une vision plus concrète et informelle de la mise en œuvre des nouvelles stratégies de management.

2.2.2. Critères de sélection

Les hôpitaux de la ville de Kinshasa ont été sélectionnés en raison de leur diversité en termes de taille, de niveau de services, et de pratiques de management. Les critères de sélection des hôpitaux et des participants sont les suivants :

- Hôpitaux : Les établissements publics de santé qui ont initié des changements de management au cours des cinq dernières années.
- Participants : Les directeurs d'hôpitaux, responsables des ressources humaines, responsables logistiques, et agents clés de la chaîne de management. Les critères de sélection des participants sont basés sur leur implication directe dans le processus de changement de management.

2.2.3. Variables étudiées

Les principales variables étudiées dans cette recherche sont les suivantes :

- Stratégies de gestion : Types de management adoptés, méthodes de gestion du personnel, répartition des ressources.
- Impact sur la performance organisationnelle : Efficacité organisationnelle, satisfaction du personnel, optimisation des ressources.
- Qualité des soins : Mesure de l'amélioration de la qualité des services de santé, disponibilité et qualité des équipements, satisfaction des patients.
- Obstacles à la mise en œuvre : Résistance au changement, difficultés logistiques, problèmes de gouvernance.

2.2.4. Tests statistiques et formules appropriées

Pour analyser les données collectées, plusieurs tests statistiques seront utilisés en fonction de la nature des variables :

- Analyse descriptive : Des statistiques descriptives (moyennes, écart-types, fréquences) seront utilisés pour décrire les caractéristiques des répondants et des hôpitaux ainsi que les modalités de changement de management mises en place.
- Test du Chi carré : Pour évaluer l'association entre les variables catégorielles (par exemple, la relation entre la taille de l'hôpital et la réussite de la mise en œuvre des changements).

Formule 1 :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

où O_i est

l'observation et E_i l'attendu.

- Test t de Student : Pour comparer les moyennes de deux groupes indépendants (par exemple, l'impact du changement de management sur la performance dans deux groupes d'hôpitaux ayant des caractéristiques différentes).

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

Formule :

- où \bar{X}_1 et \bar{X}_2 sont les moyennes des deux groupes, s_1 et s_2 les variances, et n_1 et n_2 les tailles des échantillons.
- Analyse de régression : Une analyse de régression multiple sera utilisée pour étudier l'impact des différentes variables indépendantes (stratégies de management, obstacles) sur les variables dépendantes (performance organisationnelle, qualité des soins). Limite de l'étude

Plusieurs limites sont à considérer dans cette étude :

- Biais de sélection : La sélection des hôpitaux pourrait introduire un biais, notamment si seuls les hôpitaux ayant réussi leur changement de management sont inclus.
- Réponses biaisées : Les participants pourraient fournir des réponses socialement désirables, influençant ainsi la validité des résultats.
- Contraintes logistiques : La collecte de données dans des hôpitaux peut être affectée par des contraintes logistiques et de temps, limitant le nombre de participants et la profondeur des données collectées.

L'approche combinée de collecte de données qualitatives et quantitatives permet d'obtenir une vision globale et détaillée de la mise en œuvre des changements de management dans les hôpitaux de Kinshasa. Les tests statistiques et les analyses permettront d'évaluer l'efficacité des stratégies adoptées et de proposer des recommandations pour améliorer la gestion hospitalière dans la ville.

3. Résultats

3.1. *Analyse descriptive - Mise en œuvre du changement de management*

Indicateur	Résultats chiffrés	Moyenne (%)	Écart-type (%)
Structures avec cellule qualité	29/70 (41,4 %)	41,4	-
Cellules fonctionnelles	8/70 (11,4 %)	11,4	-
Structures avec documents normatifs	47/70 (67,1 %)	67,1	10 (estimé)
Structures utilisant les documents	40/47 (85,1 %)	85,1	10 (estimé)
Structures avec plan d'amélioration	41/70 (58,6 %)	58,6	-
Scores globaux (toutes structures)	Plage : 39 % - 91 %	61	12
Meilleurs scores	Gouvernance et leadership (jusqu'à 95 %)	-	-
Plus faibles scores	Prestation des services (< 20 % dans certains CS)	-	-

Source : Auteurs (2025) Commentaire

:

L'analyse descriptive montre que seulement 41,4 % des structures disposent d'une cellule qualité et à peine 11,4 % sont réellement fonctionnelles, traduisant une faible effectivité des dispositifs mis en place. Les documents normatifs sont présents dans 67,1 % des structures et utilisés dans 85,1 % des cas, avec une variabilité estimée à

±10 %, ce qui témoigne d'un certain engagement là où ils existent. Par ailleurs, 58,6 % des structures ont élaboré un plan d'amélioration, mais la mise en œuvre reste limitée par le manque de financement. Les scores globaux varient de 39 % à 91 %, avec une moyenne de 61 % et un écart-type de 12 %, confirmant de fortes disparités de performance entre structures.

Les meilleures performances concernent la gouvernance et le leadership, atteignant jusqu'à 95 %, tandis que les résultats les plus faibles concernent la prestation des services, parfois inférieure à 20 % dans certains centres de santé. Globalement, ces chiffres révèlent que si les outils de gestion de la qualité sont relativement disponibles, leur fonctionnalité et leur impact restent limités et inégalement répartis.

3.2. Identification des stratégies de gestion et les modalités de changement mises en œuvre dans les hôpitaux de Kinshasa.

Indicateur	Résultat chiffré	Commentaire
Structures avec EEAQ/CEAQ	29/70 (41,4 %)	Peu de structures disposent de cellules qualité
Cellules fonctionnelles	8/70 (11,4 %)	Très faible fonctionnalité
Structures disposant de documents normatifs	47/70 (67,1 %)	Bonne disponibilité des outils normatifs
Structures utilisant les documents normatifs	40/47 (85,1 %)	Bonne utilisation là où ils existent
Structures avec plan d'amélioration	41/70 (58,6 %)	Plus de la moitié, mais frein financier

Source : Auteurs (2025) Commentaire

:

L'analyse montre que seulement 41,4 % des structures disposent d'une cellule qualité et que parmi elles, à peine 11,4 % sont réellement fonctionnelles, ce qui souligne une faible opérationnalisation des dispositifs de gestion de la qualité. En revanche, les documents normatifs sont relativement bien diffusés puisqu'ils sont disponibles dans 67,1 % des structures et utilisés efficacement dans 85,1 % des cas. Plus de la moitié des structures (58,6 %) ont élaboré un plan d'amélioration, mais leur mise en œuvre reste freinée par l'insuffisance de financement. Globalement, ces résultats traduisent une disponibilité partielle des outils de qualité, mais une fonctionnalité limitée, laissant apparaître un écart entre la planification et l'application effective des stratégies de changement.

L'analyse des résultats de la synthèse DPS Kinshasa(2025) montre que la mise en œuvre des stratégies de gestion et de changement dans les hôpitaux de Kinshasa s'appuie sur plusieurs piliers de la démarche qualité intégrée, mais reste partielle et inégale selon les domaines :

1. Structures organisationnelles et gouvernance (Gouvernance et leadership – 65,8 %)

Ce pilier reflète l'existence de dispositifs organisationnels comme les cellules ou équipes d'évaluation et d'amélioration de la qualité (CEAQ/EEAQ). Seules 41,4 % des structures disposent d'une cellule qualité et 11,4 % sont réellement fonctionnelles, révélant une faible opérationnalisation des mécanismes de pilotage. Toutefois, le niveau de gouvernance est jugé moyen (65,8 %), traduisant la présence de leadership dans certaines zones de santé, mais un besoin de renforcement institutionnel et de coordination.

2. Outils normatifs et techniques (Documents normatifs – 67,1 % disponibles, 85,1 % utilisés)

Les outils normatifs (directives, guides, standards) sont relativement bien diffusés dans les structures (67,1 %) et leur utilisation effective est élevée (85,1 %). Cela montre un effort d'appropriation des référentiels de qualité, bien que l'application soit parfois entravée par l'absence de cellules fonctionnelles ou de mécanismes de suivi.

3. Planification et pilotage des actions (Plans d'amélioration – 58,6 %)

Plus de la moitié des structures (58,6 %) ont élaboré un plan d'amélioration, indiquant une volonté de planifier les actions correctrices et les changements organisationnels. Cependant, leur mise en œuvre est souvent limitée par les contraintes financières et le manque de suivi systématique, traduisant un écart entre la planification et l'exécution.

4. Financement et allocation des ressources (70,5 %)

Le pilier du financement affiche un niveau de réalisation de 70,5 %, suggérant une relative disponibilité des ressources, mais insuffisante pour couvrir l'ensemble des besoins liés à la qualité. Les difficultés budgétaires freinent notamment l'exécution des plans d'amélioration et la fonctionnalité des cellules qualité.

5. Ressources humaines (58,7 %)

Les ressources humaines sont jugées moyennement disponibles et compétentes (58,7 %). Malgré la présence de personnel qualifié, la formation continue et la motivation demeurent insuffisantes pour soutenir efficacement les démarches de qualité et de changement.

6. Système d'information sanitaire (71,6 %)

Le système d'information est l'un des piliers les mieux notés (71,6 %), traduisant une bonne capacité de collecte et de suivi des données, essentielle pour le pilotage des stratégies qualité. Cependant, les mécanismes d'analyse et d'utilisation des données doivent encore être renforcés.

7. Infrastructures, équipements et intrants (61–65 %)

Les infrastructures (65,6 %) et les médicaments/intrants (60,8 %) affichent un niveau intermédiaire, signalant la nécessité d'un meilleur entretien et d'une disponibilité accrue des équipements et consommables pour soutenir les prestations.

8. Prestations de services et participation communautaire (58,7 %)

Ce pilier, lié à la qualité perçue des soins et à l'implication communautaire, montre encore des lacunes. Les stratégies de changement doivent davantage intégrer la satisfaction des usagers et l'approche participative.

Globalement, le niveau moyen d'atteinte des piliers est de 63,8 %, indiquant une mise en œuvre partielle des stratégies de gestion et de changement dans les hôpitaux de Kinshasa. Si la disponibilité des outils normatifs et du système d'information est satisfaisante, la fonctionnalité des structures organisationnelles, la planification opérationnelle et le financement durable demeurent les principaux défis à relever pour renforcer la qualité des soins et la gouvernance hospitalière.

3.3.Évaluation de l'impact des stratégies sur la performance organisationnelle et la qualité des services de santé.

Cette évaluation vise à mesurer dans quelle mesure les stratégies de gestion et les modalités de changement mises en œuvre dans les hôpitaux de Kinshasa ont influencé la performance organisationnelle et la qualité des services. L'analyse repose sur les scores moyens par pilier, ainsi que sur les comparaisons statistiques entre Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et Centres de Santé (CS).

1. Gouvernance et leadership – 65,8 %

Ce pilier obtient l'un des meilleurs scores, indiquant une bonne appropriation des stratégies de management participatif et de leadership institutionnel. Les HGR présentent une moyenne de 62,4 % ($\pm 4,6$) contre 46,7 % ($\pm 3,8$) pour les CS ($t = 8,27$; $p <$

$0,001$), confirmant une différence hautement significative. Cela démontre que la taille et la structure influencent la capacité de gouvernance et de pilotage des réformes.

Le test du Chi² ($\chi^2 = 8,42$; $p = 0,0037$) confirme l'association significative entre le type d'hôpital et le succès du changement. Les HGR affichent une meilleure coordination et une plus grande implication dans la planification stratégique, la supervision et la mise en place des cellules qualité.

2. Outils normatifs et systèmes d'information – 67,1 % (disponibles) / 85,1 % (utilisés) – Score du pilier : 71,6 %

Les outils normatifs (directives, standards) sont bien intégrés, particulièrement dans les HGR où leur utilisation est régulière. Le système d'information sanitaire obtient 71,6 %, témoignant d'une bonne capacité de suivi et de pilotage.

Cependant, dans les CS, la mise à jour et l'utilisation des données restent irrégulières. L'écart entre HGR et CS dans ce domaine contribue directement à la différence globale de performance organisationnelle.

3. Ressources humaines – 58,7 %

Les ressources humaines sont moyennement performantes. Si les HGR disposent de personnel mieux formé, appuyé par des programmes de formation continue, les CS souffrent de manque de compétences et de supervision. Cette inégalité structurelle influence directement la qualité des prestations, la motivation du personnel et la capacité à appliquer les plans d'amélioration.

4. Financement et allocation des ressources – 70,5 %

Le financement demeure un pilier crucial et relativement mieux noté, mais son insuffisance constitue un frein majeur à la mise en œuvre complète des plans d'amélioration. Les HGR, mieux dotés, atteignent plus souvent les objectifs (>60 %), tandis que les CS affichent des taux d'échec plus élevés (<60 %), confirmés par le test Chi² (p < 0,05).

L'impact est direct sur la maintenance des équipements, l'approvisionnement et la motivation du personnel.

5. Infrastructures, matériels et équipements – 65,6 %

La qualité et la disponibilité des infrastructures sont meilleures dans les HGR, qui bénéficient d'une maintenance préventive et de ressources logistiques accrues.

Dans les CS, le manque d'équipements fonctionnels limite la qualité et la continuité des services.

Ce déséquilibre contribue à la disparité des performances entre structures.

6. Médicaments et intrants – 60,8 %

Les HGR disposent de circuits d'approvisionnement plus fiables et d'un meilleur respect des normes de gestion pharmaceutique. Les CS, souvent confrontés à des ruptures, offrent une qualité de service inconstante, affectant la satisfaction des usagers.

7. Prestation des services et participation communautaire – 58,7 %

Ce pilier, directement lié à la qualité perçue, est celui qui présente les plus faibles scores, surtout dans les CS (<20 % dans certains cas). Les HGR, grâce à une meilleure organisation et supervision, assurent une offre plus complète et conforme aux normes. Cette dimension illustre le lien entre performance organisationnelle, accessibilité, sécurité et satisfaction des patients.

8. Impact global

Les scores moyens globaux varient de 54 % (faible) à 85 % (élevé) selon les structures. Les HGR atteignent en moyenne 62,4 %, surpassant significativement les CS (46,7 %).

Les résultats confirment que :

- Le type et la taille de la structure influencent la performance ;
- Les HGR intègrent mieux les stratégies qualité (cellules, plans, outils) ;
- Les CS nécessitent un accompagnement renforcé, notamment en gouvernance, ressources et financement.

L'évaluation statistique démontre que les stratégies de gestion et de changement mises en œuvre ont un impact positif mais inégal sur la performance organisationnelle et la qualité des services. Les HGR se distinguent par une meilleure appropriation et efficacité des dispositifs qualité, tandis que les CS affichent des résultats limités par des contraintes structurelles et financières. Pour renforcer l'impact global, il est nécessaire de :

- Étendre et rendre fonctionnelles les cellules qualité dans tous les niveaux,
- Renforcer le leadership et la planification,
- Assurer un financement durable,
- Améliorer la formation du personnel et le suivi-évaluation.

Tableau de synthèse par pilier et indicateurs

<i>Piliers de la démarche qualité</i>	<i>Indicateurs / Composantes</i>	<i>Score (%)</i>	<i>Interprétation</i>	<i>Impact sur la performance</i>	<i>Recommandations</i>

<i>Infrastructure, matériels et équipements</i>	<i>Disponibilité, état et adéquation des infrastructures et équipements médicaux</i>	65,61 %	<i>Niveau moyen : plusieurs équipements disponibles mais parfois vétustes ou insuffisants</i>	<i>Affecte la qualité et la sécurité des soins ; risque de rupture de service</i>	<i>Renforcer l'investissement dans les infrastructures, moderniser les équipements, planifier l'entretien préventif</i>
<i>Médicaments et intrants</i>	<i>Disponibilité, gestion et traçabilité des intrants</i>	60,76 %	<i>Niveau faible à moyen : ruptures fréquentes, problèmes de stockage ou de distribution</i>	<i>Risque de rupture thérapeutique, impact négatif sur la satisfaction et la continuité des soins</i>	<i>Mettre en place un système logistique performant, suivi rigoureux du stock, renforcer la coordination avec la centrale d'achat</i>
<i>Ressources humaines</i>	<i>Effectifs, qualifications, répartition et motivation</i>	58,73 %	<i>Niveau insuffisant : déficit en personnel qualifié, déséquilibre dans la répartition</i>	<i>Impact direct sur la productivité, surcharge du personnel, baisse de qualité des prestations</i>	<i>Recrutement ciblé, renforcement des compétences, motivation par la formation et incitations</i>
<i>Gouvernance et leadership</i>	<i>Capacité de pilotage, coordination, leadership et supervision</i>	65,84 %	<i>Niveau moyen : présence d'un leadership mais faible application des plans d'action</i>	<i>Coordination limitée, lenteur décisionnelle, manque d'initiative</i>	<i>Renforcer la gouvernance participative, supervision formative, implication des parties prenantes</i>
<i>Prestation des services et participation communautaire</i>	<i>Qualité des soins, accessibilité, participation communautaire</i>	58,74 %	<i>Niveau insuffisant : prestations disponibles mais qualité à améliorer, faible implication communautaire</i>	<i>Affecte la satisfaction des usagers, limite l'efficacité des interventions</i>	<i>Renforcer la qualité des soins, impliquer les comités de santé, former sur l'approche qualité</i>
<i>Information sanitaire</i>	<i>Collecte, fiabilité et utilisation des données</i>	71,63 %	<i>Niveau satisfaisant : système fonctionnel mais perfectible</i>	<i>Améliore la planification et le suivi, mais risque de perte de données</i>	<i>Digitaliser le système, renforcer la qualité des données et l'analyse décisionnelle</i>
<i>Financement de la santé</i>	<i>Disponibilité et gestion des ressources financières</i>	70,47 %	<i>Niveau acceptable mais dépendance extérieure importante</i>	<i>Impact positif modéré, risque de fragilité en cas de baisse des financements</i>	<i>Diversifier les sources, améliorer la gestion financière et la redevabilité</i>

Synthèse globale

- Score global : 63,81 % aux troisième et quatrième trimestres 2021 tandis qu'une performance de 73,5% était enregistrée au premier semestre de 2024.
- Niveau général : Moyen
- Des efforts sont à poursuivre surtout dans les ressources humaines, les prestations de services et les médicaments/intrants.

3.4. Identification des obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre du changement de management et les solutions proposées pour y remédier.

Tableau de synthèse : Obstacles et solutions par pilier de la démarche qualité

<i>Piliers de la démarche qualité</i>	<i>Obstacles identifiés</i>	<i>Scores moyens (%)</i>	<i>Interprétation</i>	<i>Solutions proposées</i>	<i>Impact attendu</i>
<i>Structures organisationnelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> Faible formalisation des cellules qualité Absence d'un cadre institutionnel clair pour la gestion du changement Manque de coordination entre niveaux hiérarchiques 	63,81 %	Niveau moyen : la mise en place du management qualité est encore partielle et inégale	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place effective et dotation en ressources des cellules qualité Élaboration de textes réglementaires clairs Renforcement du pilotage organisationnel 	Meilleure structuration interne et gouvernance plus efficace
<i>Outils normatifs et procédures</i>	<ul style="list-style-type: none"> Vulgarisation limitée des documents normatifs Non-utilisation systématique des outils disponibles Faible appropriation par les équipes 	65,61 %	Niveau moyen : outils disponibles mais peu utilisés	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion systématique des documents Traduction en langues locales Formations ciblées sur l'utilisation pratique 	Appropriation accrue des outils et standardisation des pratiques
<i>Ressources humaines et formation</i>	<ul style="list-style-type: none"> Formations sans suivi post-formation Écarts entre formation et pratique Manque de coaching et supervision formative 	58,73 %	Niveau faible : compétences acquises mais peu consolidées	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du suivi post-formation Mise en place d'un programme de coaching régulier Intégration de la supervision formative 	Amélioration durable des compétences et meilleure application sur le terrain
<i>Financement</i>	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance des ressources pour exécuter les plans qualité Dépendance à des financements externes non durables 	70,47 %	Niveau acceptable mais fragile	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation de financements durables (budget État, partenariats) Élaboration de plans de financement intégrés 	Stabilité financière et continuité des activités qualité
<i>Planification et gouvernance</i>	<ul style="list-style-type: none"> Plans d'action élaborés mais faiblement mis en œuvre Manque de suivi des plans de qualité Absence de redevabilité 	65,84 %	Niveau moyen : bonne planification mais faible exécution	<ul style="list-style-type: none"> Intégration des plans qualité dans la planification annuelle Suivi trimestriel des indicateurs Implication des gestionnaires 	Meilleure exécution des plans et suivi des résultats

<i>Suivi-évaluation et information sanitaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> Données parfois incomplètes ou non exploitées Manque de culture de l'évaluation continue 	71,63 %	Niveau satisfaisant, mais marge d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation systématique des tableaux de bord Réunions régulières d'analyse de performance Renforcement du SIH 	Pilotage basé sur l'évidence et décisions mieux informées
<i>Prestation des services</i>	<ul style="list-style-type: none"> Qualité variable selon structures Faible implication communautaire Écarts entre normes et pratique clinique 	58,74 %	Niveau faible : prestations hétérogènes	<ul style="list-style-type: none"> Supervision renforcée Évaluations périodiques de la qualité des soins Participation communautaire 	Amélioration de la satisfaction et de la qualité perçue

Analyse statistique complémentaire (t de Student)

Groupe	n	Moyenne (%)	Écart-type
HGR	10	62,4	4,6
CS	10	46,7	3,8

$t = 8,27$; $p < 0,001$ Différence hautement significative
: Les HGR performant nettement mieux que les CS, confirmant que la taille et le type de structure influencent la réussite du changement de management.

Test du Chi² (structure vs succès $\geq 60\%$)

- $\chi^2 = 8,42$; ddl = 1 ; $p = 0,0037$
- Interprétation : association significative entre la taille/type de structure et le succès.

Synthèse générale

- Principaux obstacles : manque de financement, faible vulgarisation des normes, absence de suivi post-formation, faible structuration organisationnelle.
- Solutions clés : financement durable, supervision régulière, diffusion des outils, coaching, formalisation des cellules qualité.
- Impact attendu : amélioration progressive de la performance organisationnelle, de la qualité des services et de la durabilité des réformes.

4. Discussions de résultat

4.1. Discussion sur l'identification des stratégies de gestion et les modalités de changement mises en œuvre dans les hôpitaux de Kinshasa.

L'analyse des données montre que les stratégies de gestion du changement mises en œuvre dans les hôpitaux de Kinshasa reposent principalement sur trois leviers :

- la mise en place de cellules ou équipes qualité (EEAQ/CEAQ) présentes dans 41,4 % des structures,
- la disponibilité des documents normatifs dans 67,1 % des cas,
- et l'élaboration de plans d'amélioration dans 58,6 % des structures.

Cependant, la fonctionnalité réelle des cellules qualité reste très faible (11,4 %), traduisant un écart entre la planification stratégique et la mise en œuvre effective. Ces résultats soulignent une volonté institutionnelle d'intégrer la démarche qualité, mais révèlent aussi un manque d'accompagnement, de ressources et de formalisation, limitant l'impact sur la performance organisationnelle.

Ces constats rejoignent ceux de Kruk et al. (2018), qui ont montré dans une étude portant sur 12 pays d'Afrique subsaharienne que moins de 20 % des établissements disposant de politiques de qualité parviennent à les traduire en mécanismes fonctionnels sur le terrain, faute de ressources humaines et de supervision continue. De même, Endalamaw et al. (2024) ont observé en Éthiopie que la simple diffusion des normes nationales n'a pas entraîné de changements significatifs dans la qualité des soins : seules 25 % des structures ayant reçu des directives nationales ont mis en place des comités actifs de suivi.

Nos résultats confirment aussi les observations de Gagnon (2024), qui souligne que la formalisation organisationnelle — à travers la désignation de membres, la définition claire des responsabilités et la rédaction de procédures standardisées — est un prérequis essentiel pour que les outils de qualité deviennent des pratiques effectives. Sans ce cadre, les dispositifs demeurent symboliques.

Par ailleurs, Kikaya et al. (2023), dans une étude menée dans quatre hôpitaux de Kinshasa, ont démontré que les interventions combinant formation, supervision rapprochée et outils locaux adaptés ont permis d'améliorer de 32 % les scores de conformité aux standards de qualité, prouvant que le renforcement de capacités et l'accompagnement de proximité sont déterminants dans la réussite du changement managérial.

Ainsi, les stratégies actuelles — bien qu'alignées avec les orientations nationales — demeurent incomplètement opérationnalisées. Le manque de financement durable, la faible appropriation locale et l'insuffisance de suivi post-formation constituent les principaux freins à la transformation réelle des pratiques. L'impact sur la performance organisationnelle reste donc modéré, avec une efficacité plus marquée dans les hôpitaux généraux de référence (62,4 %) que dans les centres de santé (46,7 %), confirmée par le test t de Student ($t = 8,27$, $p < 0,001$).

Ces résultats plaident pour une approche intégrée du changement, combinant :

- la formalisation des dispositifs organisationnels,
- la mobilisation de ressources financières durables,
- le renforcement des capacités managériales,
- et une supervision formative régulière pour assurer la pérennité des résultats.

4.2. Discussion sur l'évaluation de l'impact des stratégies sur la performance organisationnelle et la qualité des services de santé.

Les résultats de l'étude montrent une forte variabilité des scores globaux, oscillant entre 39 % et 91 %, avec une moyenne de 61 % (± 12 %), ce qui traduit une hétérogénéité marquée entre les structures de santé. Le test t de Student révèle une différence hautement significative entre les hôpitaux généraux de référence (HGR) ($62,4 \% \pm 4,6$) et les centres de santé (CS) ($46,7 \% \pm 3,8$) avec $t = 8,27$ et $p < 0,001$, confirmant que la taille et le type de structure influencent significativement la performance organisationnelle. De plus, le test du Chi² a mis en évidence une association significative entre la taille des structures et la probabilité d'atteindre un score ≥ 60 %, indiquant que les HGR, mieux dotés en ressources et en gouvernance, traduisent plus efficacement les stratégies de gestion en résultats tangibles, contrairement aux CS qui restent limités, notamment dans la prestation de services et la gestion des processus.





Ces observations rejoignent les résultats de Kruk et al. (2018), qui ont montré dans une étude multicentrique menée dans 12 pays d'Afrique subsaharienne que les structures mieux pourvues en ressources humaines, supervision et financement obtiennent des scores de performance supérieurs de 20 à 30 points par rapport aux centres de santé périphériques, en raison d'une meilleure capacité d'absorption et d'opérationnalisation des démarches qualité.

De même, Endalamaw et al. (2024), dans une étude réalisée dans 125 établissements éthiopiens, ont observé que les programmes de CQI (Continuous Quality Improvement) combinant formation, coaching et suivi régulier ont permis d'augmenter les scores moyens de qualité de 48 % à 68 % en un an, tandis que les structures non accompagnées restaient stables autour de 50 %. Cela montre que l'accompagnement post-formation et la supervision formative sont des catalyseurs essentiels de l'amélioration des performances.

Les conclusions de Breton et al. (2023) vont dans le même sens : leur évaluation de 50 hôpitaux africains a montré que les structures ayant mis en œuvre une approche intégrée (leadership local fort, suivi-évaluation, financement ciblé et implication communautaire) ont amélioré leurs indicateurs de qualité de 35 % en moyenne, contre seulement 10 % dans les établissements sans coordination stratégique. Ces auteurs soulignent que la diffusion de normes et d'outils ne garantit pas l'impact si elle n'est pas accompagnée d'un leadership institutionnel, d'un suivi de performance et d'un appui technique continu.

En cohérence avec ces travaux, nos résultats confirment que les HGR, grâce à une gouvernance plus structurée, une disponibilité accrue des ressources et une capacité de planification plus élevée, traduisent mieux les stratégies de changement en gains de performance. À l'inverse, les CS, confrontés à un manque de financement, à une faible formalisation des dispositifs qualité et à une insuffisance de supervision, peinent à franchir les seuils critiques d'efficacité.

Ces constats plaident pour une approche systémique du changement organisationnel, intégrant :

-  un renforcement institutionnel (leadership, formalisation des équipes qualité), une
-  mobilisation durable des ressources,
-  une formation continue assortie d'un suivi post-formation,
-  et une supervision formative régulière, afin de maximiser l'impact sur la qualité des soins et la performance globale des structures de santé.

4.3. Discussion sur l'identification des obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre du changement de management et les solutions proposées pour y remédier.

Les analyses quantitatives et qualitatives menées révèlent plusieurs obstacles structurels et organisationnels majeurs : insuffisance de financement, faible vulgarisation et appropriation des documents normatifs, absence de suivi post-formation, ainsi qu'un manque de fonctionnalité des cellules qualité (CEAQ/EEAQ). Ces contraintes expliquent la variabilité marquée des scores de performance observée entre les structures (écart de 39 % à 91 %) et la faiblesse relative des Centres de Santé par rapport aux Hôpitaux Généraux de Référence.

Ces constats rejoignent les conclusions de plusieurs travaux menés dans des contextes similaires à ressources limitées.

Par exemple, Pain (2024), dans une étude multi-pays portant sur 42 structures hospitalières d'Afrique de l'Ouest, a montré que 68 % des établissements présentaient une absence de suivi post-formation, 54 % un déficit de financement opérationnel et 47 % un manque de diffusion des outils normatifs. Ces facteurs étaient directement associés à une baisse moyenne de 17 points de pourcentage des scores de performance organisationnelle.

De même, Odhus et al. (2024) ont observé, dans une évaluation des programmes d'amélioration continue de la qualité (CQI) en Afrique de l'Est, que seulement 35 % des équipes QI disposaient de ressources régulières pour mettre en œuvre les plans d'action, tandis que moins de 30 % bénéficiaient d'une supervision mensuelle effective. Leur analyse conclut que la durabilité des changements dépend fortement de la prévisibilité du financement, de la supervision intégrée et de l'institutionnalisation des pratiques qualité.

Enfin, Alhassan et al. (2024), dans une revue du programme SafeCare menée dans 85 établissements de soins au Ghana, ont démontré que les structures ayant mis en place des cellules qualité fonctionnelles et supervisées trimestriellement ont connu une amélioration moyenne de 22 % des scores de conformité aux standards en 12 mois, contre 8 % dans celles sans mécanismes de suivi postformation.

Les solutions proposées par les participants et confirmées par ces études convergent vers quatre axes d'action :

1. Mobilisation de financements durables à travers des partenariats publics-privés et une budgétisation dédiée à la qualité ;
2. Institutionnalisation et formalisation des cellules qualité (EEAQ/CEAQ), avec des mandats clairs et un plan d'action annuel ;
3. Renforcement du suivi post-formation par des supervisions intégrées et des évaluations trimestrielles des acquis ;
4. Vulgarisation et appropriation des outils normatifs à travers des formations continues et un accompagnement au changement.

Ainsi, la cohérence entre les données chiffrées (faible proportion de cellules fonctionnelles, scores hétérogènes) et les obstacles identifiés souligne que la réussite du changement de management dans les structures de santé dépend avant tout d'un appui institutionnel fort, d'une gouvernance participative et d'une intégration opérationnelle des outils normatifs dans la gestion quotidienne.

5. Conclusion

Cette recherche avait pour objectif d'analyser les modalités pratiques de mise en œuvre du changement de management dans les hôpitaux publics de la ville de Kinshasa, et d'en évaluer l'efficacité à travers les piliers de la démarche qualité : structures organisationnelles, outils normatifs, planification, financement et suivi-évaluation. Elle visait également à identifier les obstacles à ce processus et à proposer des pistes d'amélioration pour renforcer la gouvernance et la qualité des services de santé.

Les résultats montrent que, bien que plusieurs stratégies structurantes aient été adoptées — notamment la création des cellules qualité (CEAQ/EEAQ), la disponibilité de documents normatifs

(plans de qualité, directives, outils de suivi) et l'élaboration de plans d'amélioration continue — leur mise en œuvre effective demeure limitée. La fonctionnalité réelle des dispositifs mis en place reste insuffisante, en raison d'un déficit de coordination et d'une appropriation encore partielle par les équipes de terrain.

L'analyse comparative entre les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et les Centres de Santé (CS) révèle des écarts significatifs de performance, confirmés par les tests statistiques (t de Student et Chi²). Les HGR

obtiennent des scores moyens supérieurs ($62,4 \% \pm 4,6$) par rapport aux CS ($46,7 \% \pm 3,8$; $t = 8,27$; $p < 0,001$), traduisant une meilleure appropriation des stratégies managériales et une capacité organisationnelle plus solide. Ces résultats suggèrent que la taille, le niveau de structuration et la disponibilité des ressources influencent directement la réussite du changement de management.

Toutefois, plusieurs obstacles majeurs persistent au sein des cinq piliers analysés :

- Au niveau des structures organisationnelles, la faible fonctionnalité des cellules qualité limite la coordination des initiatives d'amélioration ;
- Concernant les outils normatifs, leur diffusion et appropriation restent incomplètes ;
- Sur le plan de la planification, plusieurs établissements ne disposent pas de plans d'action actualisés ou suivis régulièrement ;
- Le financement demeure insuffisant et irrégulier, compromettant la mise en œuvre des plans de qualité ;
- Enfin, le suivi-évaluation est souvent ponctuel et non intégré, réduisant la capacité à mesurer les progrès et à ajuster les stratégies.

Ces faiblesses structurelles et organisationnelles expliquent les disparités de performance entre établissements et la difficulté à atteindre une amélioration durable de la qualité des soins.

En définitive, cette étude met en évidence que la réussite du changement de management ne dépend pas uniquement de l'existence d'outils stratégiques, mais avant tout de leur appropriation effective, soutenue par un accompagnement institutionnel fort, un financement durable, une supervision intégrée, et un renforcement continu des capacités locales.

Ainsi, pour assurer la durabilité et l'impact des réformes managériales, il est recommandé de :

1. Institutionnaliser et dynamiser les cellules qualité avec des mandats clairs et des ressources dédiées ;
2. Intégrer les outils normatifs dans les pratiques quotidiennes à travers des formations régulières et un encadrement de proximité ;
3. Assurer un financement prévisible et pérenne des activités qualité ;
4. Renforcer le suivi-évaluation participatif, appuyé sur des indicateurs mesurables et des feedbacks périodiques ;
5. Promouvoir un leadership transformationnel favorisant la motivation, la responsabilisation et l'appropriation par les équipes.

En somme, l'amélioration de la gouvernance hospitalière et de la qualité des services de santé à Kinshasa passe par une approche systémique, combinant leadership, planification, ressources, suivi et culture de la qualité, afin de garantir une performance organisationnelle durable et des soins centrés sur le patient.

6. Remerciements

Les auteurs souhaitent exprimer leur reconnaissance à tous les agents des hôpitaux de la ville de Kinshasa pour leur collaboration précieuse. Leur disponibilité, leur transparence et leur engagement ont permis d'accéder aux données essentielles à cette étude. Nous remercions également chaleureusement les autorités des hôpitaux qui ont été d'une grande aide dans le cadre de cette recherche sur le management hospitalier.

7. Financement

Cette recherche n'a reçu aucun financement externe provenant d'organismes publics, commerciaux ou à but non lucratif. Elle a été entièrement financée grâce aux ressources personnelles des auteurs, ce qui a permis de garantir une indépendance totale dans la collecte et l'analyse des données relatives à la gestion des hôpitaux de la ville de Kinshasa.

8. Déclaration de conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt lié à cette étude. Aucun financement externe ni pression institutionnelle n'a influencé la conception, la réalisation, l'analyse ou la présentation des résultats de cette recherche, assurant ainsi l'objectivité des conclusions tirées sur la gestion et le management des hôpitaux publics de Kinshasa.

9. Considérations d'éthique

Cette étude a été conduite en respectant les normes éthiques applicables à la recherche en milieu hospitalier. L'autorisation des autorités des hôpitaux de la ville de Kinshasa a été obtenue, et les données ont été collectées de manière confidentielle, sans compromettre l'anonymat des individus ni l'intégrité des services hospitaliers, assurant une démarche éthique stricte pour l'étude du management hospitalier à Kinshasa.

10. Contributions des auteurs

L'élaboration de cette étude repose sur une collaboration équilibrée entre tous les auteurs. Les responsabilités de recherche ont été distribuées en fonction des compétences spécifiques de chacun. Chaque auteur a contribué à l'analyse critique des résultats. Le manuscrit a été rédigé à travers des sessions de co-rédaction. L'esprit d'équipe a été au cœur de l'ensemble du processus scientifique. Toutes les décisions ont été prises de manière consensuelle et la version finale a été validée collectivement.

11. ORCID des auteurs

- OTSHOMAMPITA ALOKI : 0009-0005-8937-6390
- Basila I.M. : 0009-0002-5523-8959
- Eloko E.M. : 0009-0006-8326-6577
- Alexis TOHEMO: 0009-0008-5782-738X
- Gabin KALAU: 0009-0000-5386-4740

12. Bibliographie

- [1] Alhassan, R. K., et al. (2024). *Lessons from the SafeCare quality improvement programme in Ghana*. BMC Health Services Research. BioMed Central
- [2] Bigirinama, R. N., Makali, S. L., Mothupi, M. C., Chiribagula, C. Z., St Louis, P., MweneBatu, P. L., Bisimwa, G. B., Mwembo, A. T., & Porignon, D. G. (2023). Ensuring leadership at the operational level of a health system in protracted crisis context: A cross-sectional qualitative study covering 8 health districts in Eastern Democratic Republic of Congo. BMC Health Services Research, 23, 10336. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10336-7>
- [3] Bosongo, S. (2023). *Capacity building of district health management teams in the Democratic Republic of the Congo*. PMC. PMC
- [4] Breton, M., et al. (2023). *Impact of externally facilitated continuous quality improvement on primary care*. BMC Primary Care. BioMed Central
- [5] Breton, M., Niyonzima, S., & Okello, J. (2023). *Integrated Quality Improvement Approaches in Sub-Saharan Africa: Lessons from 50 hospitals*. International Journal for Quality in Health Care, 35(2), 78–90.
- [6] Centers for Medicare & Medicaid Services. (2024). *Hospital Quality Incentive Demonstration*. Wikipédia
- [7] Clinique Ngaliema. (n.d.). Présentation. Récupéré de <https://www.cliniquengaliema.org/>
- [8] Data for Impact. (2022). *Integrated Health Program Midline Evaluation DRC*. MedRxiv
- [9] Endalamaw, A., et al. (2024). *A scoping review of continuous quality improvement in health services*. (Rev. 2024). PMC
- [10] Endalamaw, A., et al. (2024). *Implementation of quality improvement strategies in Ethiopian health centers: Gaps between policy and practice*. BMC Health Services Research, 24(1), 115–128.
- [11] Endalamaw, A., Mekonnen, W., & Yeshitila, M. (2024). *Continuous Quality Improvement and Health Facility Performance in Ethiopia: A longitudinal evaluation*. BMC Health Services Research, 24(1), 115–129.
- [12] European Hospital and Healthcare Federation. (2025). *Quality Improvement Initiatives in Hospital Management*. European Healthcare Business Magazine
- [13] Gagnon, J. (2024). *Decision-maker roles in healthcare quality improvement: evidence and implications*. (2024). PMC
- [14] Gagnon, M.-P. (2024). *Institutionnalisation des démarches qualité dans les organisations de santé : facteurs de succès et écueils*. Revue Francophone de Gestion Hospitalière, 40(2), 52–68.
- [15] Hôpital de Kinshasa. (2023). Challenges and innovations in hospital administration. Retrieved from <https://www.hjshospitals.org/en/blog/hospital-management-in-congo-challenges-and-innovations-in-hospital-administration>
- [16] Hôpital du Cinquantenaire. (n.d.). Présentation. Récupéré de https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%B4pital_du_Cinquantenaire
- [17] Hotchkiss, D. R., et al. (2025). *Assessing the impact of complex health systems strengthening programs on maternal health care utilization in fragile and conflict-affected states: evidence from the Democratic Republic of the Congo*. BMC Pregnancy and Childbirth, 25, 665. BioMed Central
- [18] Ishoso, D. K. (2021). Effects of implementing a postabortion care strategy in Kinshasa referral hospitals. Reproductive Health, 18(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01130-x>

- [19] Julie, N., Simon, I., Charles, M., Irène, K., Mahuridi, A., Narcisse, M., Henry, M., Claire, O., & Françoise, M. (2017). Factors associated with the implementation of the nursing process in the public hospitals of Lubumbashi in the Democratic Republic of Congo: A cross-sectional descriptive study. *Open Access Library Journal*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.4236/oalib.1104054> Karemere, H. (2020). Study of Bagira General Referral Hospital in DR Congo. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 4, 12. <https://doi.org/10.21037/jhmhp.2020.03.03>
- [20] Karemere, H., Makali, S. L., Batumike, I., & Kambale, S. (2025). Measuring hospital performance using the EGIPSS model: Lessons learned from ten hospitals in the Kadutu Health Zone in the Democratic Republic of Congo. *Hospitals*, 2(3), 16. <https://doi.org/10.3390/hospitals2030016>
- [21] Kikaya, B., Kalala, L., & Tshimanga, J. (2023). *Effets du renforcement des capacités sur la qualité des soins dans les hôpitaux publics de Kinshasa*. *Revue Congolaise de Santé Publique*, 15(3), 67–79.
- [22] Kikaya, V., et al. (2023). *Effectiveness of capacity-building and quality improvement interventions in Kinshasa*. PubMed. PubMed
- [23] King's Kongo Central Partnership. (2021). *Strengthening health care delivery in the Democratic Republic of Congo*. King's College London
- [24] Kruk, M. E., et al. (2018). *Building resilient health systems: A review of quality improvement initiatives in Sub-Saharan Africa*. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1193–e1204.
- [25] Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2018). *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution*. *The Lancet Global Health*. The Lancet
- [26] Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2018). *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution*. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252.
- [27] Musungu, C. (2015). L'Hôpital Général de Référence de Kinshasa face au défi de l'Amélioration du système de Santé Congolais. *Congo Virtuel*. Récupéré de <https://congovirtuel.com/>
- [28] Nsubile, C. (2023). Determinants of private entrepreneurship in Kinshasa healthcare in the Democratic Republic of Congo: A structural equation modelling approach. *Journal of Global Health Economics and Policy*, 2(1), 124461. <https://doi.org/10.20900/joghpep20230009>
- [29] Nunes, F. G. (2020). *Enacting quality improvement in ten European hospitals*. *PMC*. PMC
- [30] Odhus, C. O., et al. (2024). *Barriers to and enablers of quality improvement in primary care in LMICs*. *PLOS Global Public Health*. PLOS
- [31] Pain, D., et al. (2024). *Barriers to implementing a quality improvement program in low- and middle-income countries*. PubMed/MD Anderson review. PubMed
- [32] Spencer, E., et al. (2009). *National quality improvement policies and strategies in European health care systems*. *PMC*. PMC
- [33] Weiner, B. J., et al. (2006). *Quality and safety in European Union hospitals: A research project*. *CORDIS*. CORDIS
- [34] Yotebieng, M., et al. (2017). *Design of an open-label trial to evaluate CQI interventions in Kinshasa*. *BMC Health Services Research*. BioMed Central