

**Plaidoyer pour le magnétisme hospitalier en République démocratique du
Congo : la gestion des ressources humaines de la santé face au double
impératif de qualité des soins et de sécurité des patients**

**Advocacy for hospital magnetism in the Democratic Republic of Congo: the
management of human resources in health in the face of the dual
imperative of quality of care and patient safety**

NDUU NAWEJ Frank

Chercheur

Institut d'études et Recherches pour la Qualité en Santé (IReQS) et Directeur Qualité du Centre
Médical Du Centre-ville (CMDC)
République démocratique du Congo

Date de soumission : 17/12/2024

Date d'acceptation : 15/01/2025

Pour citer cet article :

NDUU NAWEJ. F. (2025) « Plaidoyer pour le magnétisme hospitalier en République démocratique du Congo : la gestion des ressources humaines de la santé face au double impératif de qualité des soins et de sécurité des patients », Revue Française d'Économie et de Gestion « Volume 6 : Numéro 1 » pp : 629- 650.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons
Attribution License 4.0 International License



Résumé

En République démocratique du Congo (RDC) et ailleurs, les soins de mauvaise qualité persistent et continuent de provoquer de nombreux préjudices. Réputées pour leur rôle dans la fourniture de meilleurs soins, les ressources humaines de la santé (RHS) bénéficient paradoxalement d'une gestion peu optimale, conduisant à des soins de moindre qualité. Par ailleurs, plusieurs études font état du rôle positif que jouent les déterminants managériaux et organisationnels des hôpitaux magnétiques pour garantir la bonne qualité de vie au travail (QVT) des RHS et du lien de cette dernière avec de meilleurs soins. Cette étude avait pour but de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé de la RDC via l'appropriation et la mise en œuvre des pratiques magnétiques. Notre méthodologie prend pied sur une revue de littérature ayant pour positionnement épistémologique l'interprétativisme. Les résultats recensent les pratiques d'organisation et de gestion des hôpitaux magnétiques ainsi que les mécanismes d'action par lesquels elles impactent positivement la qualité des soins et la sécurité des patients. Ces pratiques pourraient être dupliquées en RDC. Néanmoins, l'étude étant exploratoire, elle manque de recul sur le contexte réel d'applicabilité de ces pratiques. Ainsi en appelons-nous à des études empiriques de type expérimental.

Mots clés : hôpital ; magnétique ; qualité des soins ; sécurité ; RHS.

Abstract

In the Democratic Republic of Congo (DRC) and elsewhere, poor-quality care persists and continues to cause a great deal of harm. Renowned for their role in providing better care, human resources for health (HRH) paradoxically benefit from less-than-optimal management, leading to poorer-quality care. On the other hand, several studies point to the positive role played by managerial and organizational determinants in magnet hospitals in ensuring good quality of working life (QWL) for HHR, and its link to better care. The aim of this study was to contribute to improving the quality of care in DRC health care facilities through the appropriation and implementation of magnetic practices. Our methodology is based on a literature review with an interpretivist epistemological approach. The results identify the organizational and management practices of magnetic hospitals, as well as the mechanisms of action by which they positively impact the quality of care and patient safety. These practices could be duplicated in the DRC. However, as the study is exploratory, it lacks hindsight on the real context of applicability of these practices. We therefore call for empirical studies of an experimental nature.

Keywords : hospital; magnetic; quality of care; safety; HHR.

Introduction

Les soins de santé de mauvaise qualité sont annuellement responsables du décès de 5,7 à 8,4 millions des personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) dus à des soins de mauvaise qualité sont, selon l'organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2021), « l'une des dix principales causes de décès et d'invalidité dans le monde. » Les préjudices causés par la non-qualité des soins dépassent largement le cadre du seul individu affecté. Leur rôle dans l'augmentation de la charge mondiale de la morbidité et des besoins sanitaires non satisfaits est clairement établi, de même que leur impact sur l'économie. Plusieurs coûts peuvent ainsi être associés à des EIAS : les coûts directs médicaux, les coûts directs non médicaux, les coûts indirects et les coûts intangibles. Si ces derniers coûts sont difficilement évaluables du fait qu'ils ne donnent pas « lieu à des flux financiers » (Saillour-Glénisson et al., 2008 ; Nduu et al., 2021), les pertes financières occasionnées par les autres coûts sont en revanche colossales. Par exemple, le coût mondial de la non-qualité spécifique aux erreurs médicamenteuses (EM) est d'environ 42 milliards de dollars américains par an (OMS et al., 2019).

En RDC, la qualité des soins offerts dans les établissements de santé est en règle générale faible. Dans un rapport de la banque mondiale (BM) sur l'état de santé et la pauvreté en RDC (BM, 2005 ; RDC, 2016), il est renseigné que 82% des ménages sont insatisfaits de la qualité des services de soins dont ils bénéficient. Et cette situation semble perdurer comme en témoignent les mauvais chiffres de principaux indicateurs de la santé dans ce pays (World health statistics [WHO], 2023). Face à ce défi, la qualité des soins apparaît être une impérieuse nécessité. Cependant, produire et fournir des soins de qualité est une entreprise qui ne va pas de soi, elle résulte d'un certain nombre des facteurs dits déterminants parmi lesquels le plan national de développement sanitaire de la RDC (2016), évoque « (i) la problématique liée au personnel soignant, (ii) la vétusté des infrastructures et équipements de base, (iii) les ruptures fréquentes de médicaments. »

De nombreux facteurs d'organisation et de gestion des établissements de santé, en l'occurrence ceux qui caractérisent l'hôpital magnétique, ont fait la preuve de leur efficacité non seulement aux Etats-Unis où ce concept est apparu dans les années 1980, mais aussi ailleurs comme au Canada ou en Europe. En RDC, nous n'avons pas trouvé une étude relative à une démarche d'amélioration de la qualité des soins s'inspirant des outils de l'hôpital magnétique. Et pourtant les défis actuels du pays relatifs, par exemple, aux principaux processus de GRH tels que le recrutement (en qualité et en quantité), la formation continue, la rémunération,

l'insuffisance/vétusté des infrastructures de santé, le travail empêché, etc. sont précisément au cœur des pratiques « aimantes ». Par ailleurs, la relative facilité avec laquelle les pratiques « aimantes » peuvent être mises en œuvre ailleurs dans des établissements de santé, devrait plutôt inciter notre système de santé à les considérer de manière attentive.

- ❖ Quelles sont les pratiques organisationnelles et de gestion des hôpitaux magnétiques qui sont susceptibles d'impacter la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé de la RDC ?
- ❖ Comment ces déterminants organisationnels et managériaux opèrent-ils pour amener les établissements de santé à générer des soins de qualité ?

Le but de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en RDC par l'appropriation des pratiques de GRHS caractéristiques de l'hôpital magnétique.

Les objectifs poursuivis par cette recherche sont les suivants :

- Faire ressortir l'importance et les dimensions de la qualité des soins ;
- Identifier les pratiques « aimantes » liées à la gouvernance, au leadership ainsi qu'au management des RHS exerçant un impact positif sur la QVT ;
- Expliciter les liens entre déterminants organisationnels et de gestion, QVT et qualité des soins (y compris la sécurité des patients) ;
- Recommander les pratiques « aimantes » aux instances gestionnaires des établissements de santé de la RDC.

Sur le plan méthodologique, nous avons mené une étude de type qualitatif et la démarche méthodologique ayant servi de soubassement prend pied sur une revue de littérature non exhaustive ayant pour positionnement épistémologique l'interprétativisme. Il s'est agi d'interpréter la situation faisant l'objet de l'étude réalisée, en conférant à nos résultats un caractère explicatif. Cette méthode est adaptée à la nature exploratoire de l'étude qui vise à identifier les déterminants organisationnels et de gestion des RHS ayant un impact sur la qualité des soins et la sécurité des patients au sein des établissements de santé de la RDC. La recherche documentaire a été réalisée entre décembre 2022 et juin 2023 à partir de trois bases de données (Google Scholar, Cairn Info et ProQuest) en utilisant une combinaison de mots clés pertinents : déterminants organisationnels et de gestion, QVT + qualité des soins, GRH + santé, management + santé, Qualité des soins + management, Management + sécurité des patients, magnetic hospital + healthcare quality, hôpitaux + magnétiques, facteurs organisationnels + travail à l'hôpital. Seules les données pertinentes, c'est -à -dire celles portant sur les facteurs

organisationnels et de gestion susceptibles d'avoir un lien avec la qualité de vie au travail et la qualité des soins, ont été retenues pour alimenter cette recherche de type qualitatif.

Après l'introduction, notre plan prévoit une revue de littérature suivie d'une synthèse des travaux, une analyse des données, une discussion des résultats et une conclusion.

1. Revue de littérature

1.1. Qualité de santé et gestion des ressources humaines de la santé en RDC

Bien qu'il n'y ait que très peu d'enquêtes à large échelle portant sur la qualité des soins en RDC, le taux des ménages non satisfaits de la qualité des soins reçus dans ce pays se situaient à 82% (BM. 2005 ; RDC. 2016). Les données ultérieures rapportées à la fois par le gouvernement à travers son Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2021-2030 (2021) et par l'OMS (2023) dans son rapport sur les statistiques sanitaires mondiales suggèrent d'importants gaps en matière de la qualité des services de santé et de la sécurité des patients. A titre illustratif, sur les 516 zones de santé (ZS) que compte le pays, 123 d'entre elles manquent des hôpitaux généraux de référence (HGR) et la grande majorité de ceux qui existent nécessitent, au moment de l'enquête, des travaux de réhabilitation en profondeur. Sur les 26 provinces que compte la RDC, seules 4 d'entre elles disposent des hôpitaux de niveau provincial.

Malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires pour rendre disponible le plan stratégique national d'approvisionnement en médicaments génériques essentiels et autres intrants spécifiques, force est de constater que le taux de disponibilité moyen des médicaments génériques n'est que de 29% au niveau des établissements de santé (RDC. 2021).

Reconnue comme permettant d'épargner la vie de deux à trois millions d'enfants dans le monde, la vaccination de routine en RDC demeure toutefois une offre qui varie grandement selon les situations géographiques et le secteur d'établissements de santé. Plus globalement, seul un établissement sur trois assure l'offre de services de vaccination de routine 1 à 2 jours par semaine. Pour le gouvernement, cette faible fréquence hebdomadaire et la multiplicité des vaccinations supplémentaires (campagnes de vaccinations) constituent des facteurs limitant de la vaccination de routine. De notre point de vue, il faut toutefois nuancer cette affirmation : les campagnes de vaccination devraient être vues comme une tentative de réponse pour compenser la faiblesse de la vaccination de routine et non un facteur limitant cette dernière.

La couverture des services de santé en RDC reste très faible soit environ 30%, ce qui limite l'accès aux soins de 70% des Congolais (RDC. 2021 ; OMS. 2023). Par conséquent le pays a du mal à assurer le déploiement de la stratégie de soins de santé primaires, pourtant considérée

comme « la pierre angulaire d'un système de santé propice pour accélérer les progrès vers la CSU. » (RDC. 2021). L'indice de couverture des services essentiels de santé de la RDC est faible (41,5%) en comparaison à la moyenne africaine (46%) et tendrait même à la baisse (RDC. 2021). Cette situation serait due à l'insuffisance de la couverture géographique du pays et à la faiblesse de l'intégration des interventions répondant aux normes (RDC. 2018). L'utilisation des soins et services de santé disponibles par la population connaît également des restrictions du fait, précisément, de la faible disponibilité de l'offre mais aussi à cause des barrières financières, géographiques et culturelles. Et lorsqu'après plusieurs entraves la population accède enfin aux services et soins offerts, elle se trouve souvent confrontée à leur qualité inférieure. Les autorités attribuent cette dernière à l'insuffisance de la capacité opérationnelles des établissements de santé et aux limites « du processus d'assurance qualité » (RDC. 2018). Sur le plan de la gouvernance, les textes relatifs à la GRHS font souvent défaut. C'est le cas de la gestion de carrières, un volet principal renfermant d'importantes activités qui vont du « recrutement à la mise à la retraite » mais qui n'était pas disponible (RDC. 2017). Et cela se ressent dans la gestion quotidienne du personnel qui reste peu optimale dans de nombreux établissements de santé. Par exemple, le degré de motivation et celui de fidélisation des employés y sont faibles, en particulier dans les établissements publics (RDC. 2018). En cause, la faiblesse des mesures incitatives non financières (mauvaises conditions de travail, non valorisation des acquis d'expériences, manque des opportunités de professionnalisation, primes de brousse et d'éloignement non disponibles, manque d'avancement en grade, médicalisation de principaux postes de commandement du secteur de la santé, etc.) et financières (salaires inexistantes pour la grande majorité des prestataires, modiques et irréguliers pour les rares qui en bénéficient). En 2017 par exemple, sur les 161 966 RHS répertoriées, seules 47 052 soit 29 % avaient bénéficié de leurs salaires (RDC. 2018). Il est pourtant établi qu'un salaire attractif contribue à l'attraction et à la rétention des RHS tandis que des salaires modiques peuvent constituer un facteur dissuasif pour l'entrée dans une profession. Par ailleurs les méfaits des salaires modiques sur la motivation et la qualité des services de santé ont été documentés, de même que leur responsabilité dans la fuite des cerveaux vers les pays riches (Bossert & WHO, 2010).

Le niveau de certains professionnels de santé est jugé faible du fait de la qualité insuffisante de l'enseignement qui leur est destiné. Le gouvernement congolais attribue cette situation à la pullulation des institutions d'enseignement (secondaire, supérieur et universitaire) qui ne correspondraient pas aux standards requis et au manque d'un système fonctionnel de formation

continue (RDC. 2018). Toutefois, la faible qualité de l'enseignement ne serait pas la seule à blâmer. Le recrutement sur concours étant l'exception, de nombreux employés peu performants pourraient – par le fait des influences politiques et de la corruption - se retrouver employés des établissements de santé, perpétuant ainsi des soins de moindre qualité. Le caractère inadapté des formations initiales observé dans de nombreux pays africains pourrait expliquer également le faible niveau de performance des RHS (Kane et al., 2018).

La faible couverture sanitaire, l'accès restreint de la population à des soins de santé et la faible qualité des soins, expliqueraient le mauvais état de principaux indicateurs de la santé en RDC.

Tableau N°1 : Principaux indicateurs de santé en RDC.

Indicateurs	Valeur	Année/période
Densité de dentistes (pour 10 000 habitants)	<0,1	2013-2021
Densité de pharmaciens (pour 10 000 habitants)	0,2	2013-2021
Densité de médecins (pour 10 000 habitants)	3,6	2013-2021
Densité du personnel infirmier et obstétrical (pour 10 000 habitants)	10,7	2013-2021
Espérance de vie à la naissance Homme/Femme (années)	60,0 /64,8	2019
Espérance de vie en bonne santé à la naissance Homme/Femme (années)	52,8/55,4	2019
Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	318	2021
Incidence du paludisme (pour 1000 habitants à risque)	318,3	2021
Nombre signalé de personnes nécessitant des interventions contre les MTN	52044663	2021
Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension chez les adultes âgés de 30 à 79 ans (%)	34,3	2019
Proportion de femmes en âge de procréer dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes (%)	33	2013-2021

Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	79	2021
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	547	2020
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	26	2021

Source : Extrait de statistiques sanitaires mondiales de l'OMS (2023).

Au regard de nos questions de recherche évoquées dans l'introduction, nous formulons deux hypothèses : la première est que des facteurs organisationnels et de gestion des établissements de santé exercent, selon le cas, un impact positif ou négatif sur la QVT des RHS ; et la seconde est que la QVT impacte à son tour de manière positive ou négative la qualité des soins fournis et la sécurité des patients.

1.1.1 Synthèse des travaux

Le concept de Magnet Hospital ou l'hôpital magnétique a vu le jour aux Etats-Unis d'Amérique dans les années 1980. Il désigne une OS disposant d'une capacité d'attraction et de rétention de meilleurs employés et des patients et qui assure également le bien-être des employés. Plus qu'une directive de bonnes pratiques de GRHS, l'hôpital magnétique se veut un mode de gestion alliant QVT et performance organisationnelle (Sibé. 2014 ; Sibé & Alis., 2016, Diallo, 2020). L'article d'Yvonne Brunelle (2009) *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner*, est, à ce titre, bien plus qu'évocateur.

Si à l'origine le concept des hôpitaux magnétiques portait principalement sur le personnel infirmier, par la suite, il est devenu évident que les pratiques organisationnelles et de gestion de type « aimant » concernent également l'ensemble du personnel clinique et non clinique, le personnel infirmier devant être considéré comme « un cas traceur » (Brunelle, 2009).

Les travaux successifs des chercheurs ont permis de stabiliser à 8 le nombre de principales dimensions constitutives de déterminants organisationnels et managériaux caractéristiques de l'hôpital magnétique (McClure et al. 1983 ; Kramer & Schmalenberg, 2004, 2008 ; Sibé, 2014 ; Sibé & Alis ; Brunelle, 2009) :

- ❖ La reconnaissance et la prise en compte de l'expertise des soignants ;
- ❖ Le support administratif ;
- ❖ La collégialité des relations professionnelles entre médecins et soignants ;
- ❖ Le leadership transformationnel
- ❖ L'empowerment structurel et le style de management participatif.

- ❖ La gestion adéquate des effectifs et des horaires de travail ;
- ❖ L'autonomie clinique des soignants ;
- ❖ La culture des soins centrés sur le patient (focus user) et l'amélioration de la qualité à tous les niveaux.

Il existe également d'autres dimensions que l'on pourrait désigner de secondaires et qui sont aussi caractéristiques des hôpitaux magnétiques.

S'appuyant sur deux modèles organisationnels existants (hôpitaux magnétiques et communautés stratégiques), Kornig et ses collègues (2018) ont d'abord effectué l'analyse de leurs facteurs de réussite. Ensuite, ils les ont confrontés à la littérature sur la qualité des soins pour identifier les déterminants majeurs. Leur constat est que des facteurs comme le travail d'équipe et la coopération, mettre en discussion le travail autour des professionnels de terrain et autonomiser le personnel, sont essentiels pour à la fois « prendre soin des soignants » et améliorer la qualité des soins. Cependant, pour que le travail d'équipe fonctionne de façon optimale, le soutien managérial est requis.

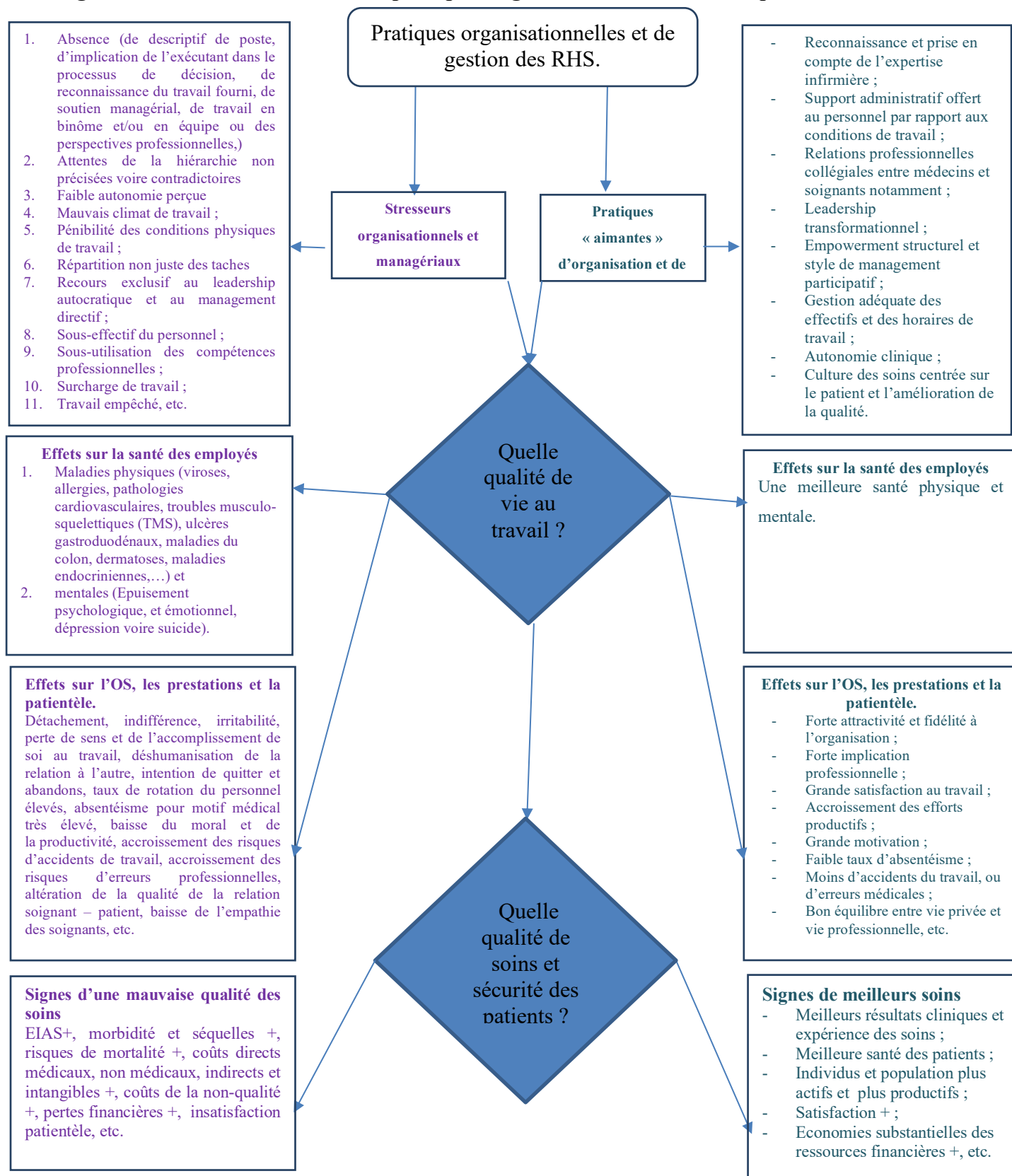
Lejeune et ses collaborateurs (2017) ont réalisé une étude empirique de type exploratoire en Oncologie pédiatrique pour établir le lien entre des déterminants managériaux et organisationnels avec la Santé psychologique au travail (SPT) et cette dernière et la qualité des soins fournis. L'étude conclut que par le biais de la démarche participative et des facteurs organisationnels, les managers joueraient un rôle clé dans l'avènement de la SPT et de meilleurs soins de santé.

Dans son étude sur l'influence des pratiques de GRHS sur la qualité des soins dans les centres hospitaliers universitaires du Mali, Diallo (2020) s'est interrogé sur l'influence des processus comme le recrutement et la description des postes/tâches, la rémunération, la gestion des carrières et l'organisation des formations ou encore l'évaluation et le contrôle de la qualité des soins. L'étude suggère un lien statistiquement fort entre la qualité des soins et la rémunération des employés, la conduite du personnel en fonction du mode de son recrutement ou encore la disponibilité d'un descriptif de poste.

Néanmoins, l'étude semble peu explicite sur ce qu'il faut entendre par le niveau et le mode de rémunération ou encore sur celui de recrutement. Par ailleurs, l'étude semble ne pas confirmer ni infirmer les hypothèses sur le rôle des pratiques telles que la gestion des carrières et les formations sur la qualité des soins.

1.1.2 Analyse des données

Figure N° 1 : Modèle du lien entre pratiques organisationnelles, QVT et qualité des soins



Source : Mémoire de master en management de la santé de Nduu, F. (2023). Unicaf university

Les déterminants organisationnels et managériaux des RHS (palier n° 01) peuvent être mis en relation avec la qualité de vie au travail des employés (palier n° 02) ainsi que la qualité des soins fournis à la patientèle (palier n° 03).

Le premier palier (pratiques organisationnelles et managériales) est subdivisé en deux sous paliers : les stressseurs organisationnels et de gestion, c'est-à-dire les pratiques d'organisation et de gestion impliquées dans la survenue du stress et du burnout du personnel (Sous palier A), et les pratiques caractéristiques des hôpitaux magnétiques (sous palier B).

Les stressseurs organisationnels et de gestion comprennent, sans s'y limiter, les pratiques organisationnelles et managériales telles que l'absence de descriptif de poste pour l'employé, le défaut de soutien administratif de la hiérarchie, un mauvais climat de travail, l'absence de reconnaissance du travail fourni, le recours exclusif au leadership autocratique ou au management directif, voire le « travail empêché ». Ces facteurs sont générateurs du stress et du burnout, phénomènes susceptibles de provoquer chez le personnel des pathologies physiques et mentales et induire une mauvaise QVT. Cette dernière est associée à des attitudes et pratiques peu propices à la performance organisationnelle (qualité des soins). C'est le cas du détachement, de l'indifférence, de l'irritabilité, de la perte de sens et de l'accomplissement de soi au travail, de la déshumanisation de la relation à l'autre, de l'intention de quitter et abandons, d'absentéisme pour motif médical très élevé, de baisse du moral et de la productivité, de l'accroissement des risques d'accidents de travail et des risques d'erreurs professionnelles, de l'altération de la qualité de la relation soignant – patient, etc. les soins de mauvaise qualité sont caractérisés par notamment l'accroissement des EIAS +, de la morbidité et des séquelles, des risques de mortalité, des coûts (directs médicaux, non médicaux, indirects, intangibles voire de la non-qualité), des pertes financières, de l'insatisfaction de la patientèle, etc.

Les pratiques organisationnelles et de gestion caractéristiques des hôpitaux magnétiques (Palier n° 01, sous palier B) sont, notamment, la reconnaissance et la prise en compte de l'expertise infirmière, le support administratif offert au personnel par rapport aux conditions de travail (sécurité au travail, équipement, soutien informatif), la collégialité des relations professionnelles, le leadership de type transformationnel, ou encore la culture des soins centrée sur le patient et l'amélioration de la qualité. Contrairement aux stressseurs, ces pratiques contribuent à une meilleure santé physique et mentale des employés (Palier n° 02, sous palier B) et à des attitudes positives des employés vis-à-vis de l'organisation et des usagers. Ceci se traduit par une forte attractivité et fidélité à l'OS, une forte implication professionnelle, une grande satisfaction au travail, une grande motivation, un accroissement des efforts productifs,

un faible taux d'absentéisme, de moindres risques d'accidents du travail ou d'exposition au sang, de faibles taux d'erreurs médicales ou encore un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle. La bonne qualité de vie au travail améliore la performance de l'organisation ce qui se traduit par la fourniture des soins de meilleure qualité et une sécurité accrue pour les patients (Palier n° 03, sous palier B) (Armstrong & Laschinger, 2006 ; Brunelle, 2009 ; Kramer et al. 2011 ; Sibé & Alis, 2016 ; Rodriguez-García et al., 2020). Ces soins de qualité comprennent, sans s'y limiter, les dimensions ci-après (Baker, 2001); Franco et al., 2002 ; EngenderHealth, 2008 ; OMS, 2019 ; Nduu, 2020 ; OMS et al., 2021) : l'efficacité, la sécurité, la priorisation de la personne, la rapidité, l'équité, l'intégration, et l'efficacité. Les meilleurs soins apportent des effets positifs pour les individus, la communauté et l'économie (OMS et al., 2019) : de meilleurs résultats cliniques et une meilleure expérience des soins pour les patients, une meilleure santé, les individus et populations en meilleure santé sont plus actifs et plus productifs, ils sont plus satisfaits, des économies substantielles des ressources financières sont réalisées et elles pourraient être investies dans d'autres secteurs vitaux, etc.

1.2. Discussions

1.2.1. Des objectifs poursuivis par l'étude

La présente étude poursuivait les objectifs de faire ressortir l'importance et les dimensions de la qualité des soins, d'identifier les pratiques des hôpitaux magnétiques liées à la GRHSS exerçant un impact positif sur la QVT, d'explicitier les liens entre déterminants organisationnels et de gestion, la QVT et qualité des soins et de recommander ces pratiques « aimantes » aux instances gestionnaires des établissements de santé de la RDC.

L'analyse des données qualitatives secondaires issues de la revue de littérature réalisée dans le cadre de la présente étude suggère une corrélation entre des pratiques organisationnelles et de gestion des RHS et la qualité de vie au travail, et entre cette dernière et la qualité des soins (Armstrong & Laschinger, 2006 ; Brunelle, 2009 ; Kramer et al. 2011 ; Perlo et al., 2015 ; Sibé & Alis, 2016 ; Halliday, 2017 ; Lejeune et al. ,2017 ; Kornig et al., 2018 ; Rodriguez-García et al., 2020). Ainsi donc, alors que certaines pratiques génèrent de la souffrance au travail, d'autres permettent en revanche d'améliorer la QVT. Néanmoins pour accroître les chances de succès d'une telle démarche, des auteurs comme Kornig, Lvet et Ghadi (2018) ou l'équipe de Lejeune (2017) insistent rôle d'accompagnement du management.

1.2.2. Des stressors organisationnels et managériaux

Les mauvaises pratiques d'organisation et de GRHS agissent par le biais du stress et du burn-out qu'elles génèrent. C'est le cas de l'absence de reconnaissance du travail fourni, du défaut

du soutien managérial, de l'absence du travail en binôme/équipe, du manque des perspectives professionnelles, du mauvais climat de travail, des attentes de la hiérarchie non précisées voire contradictoires, d'une faible autonomie perçue, du recours exclusif au leadership autocratique ou au management directif, voire du « travail empêché » (Wilkinson et al., 2004) ; Gollac & Bodier. 2011 ; Lejeune et al., 2017 ; Shadili et al., 2018 ; Massin. 2021 ; Mushagalusa et al., 2021 ; Nduu, 2023). A leur tour, le stress et le burnout découlant de ces mauvaises pratiques organisationnelles et managériales provoquent chez le personnel des pathologies physiques et mentales : affections virales ou allergiques, maladies cardiovasculaires, risque accru des TMS, ulcères gastroduodénaux, dermatoses, maladies endocriniennes, épuisement psychologique et émotionnel, dépression, suicide, etc. (Merck et al., 2009). Il sied de noter que les conséquences du stress et du burnout débordent la sphère du seul employé impacté et s'étendent également à ses relations, à son organisation et même aux usagers de cette dernière, c'est-à-dire à la patientèle (Wilkinson et al., 2004) ; Gollac & Bodier, 2011 ; Lejeune et al., 2017 ; Shadili et al., 2018 ; Massin, 2021 ; Mushagalusa et al., 2021 ; Nduu. 2023). Dès lors, il s'observe dans le chef du personnel impacté, des attitudes négatives telles que le détachement, l'indifférence, l'irritabilité voire la baisse de l'empathie. Par ailleurs, l'intention de quitter le travail voire les abandons, les taux de rotation du personnel (turn-over), le risque d'accidents de travail et celui d'erreurs professionnelles augmentent. L'absentéisme pour motif médical est très élevé et inversement, il y a baisse du moral et de la productivité des travailleurs ainsi qu'une altération de la qualité de la relation soignant-soigné. Ainsi donc, le stress et le burnout générés par les mauvaises pratiques organisationnelles et de gestion altèrent-ils la QVT. Celle-ci, à son tour, impacte négativement la performance organisationnelle des établissements de santé. Il sied de noter toutes fois que tous les individus ne réagissent pas de la même manière au stress, certains étant plus sensibles que d'autres. Dans la présente étude nous nous sommes principalement appesantis sur les facteurs organisationnels et managériaux du stress mais le poids de ce que Grebot (2011) appelle « facteurs individuels » peut être aussi déterminant. Une approche individualisée permettrait de mieux gérer cette problématique.

1.2.3. Des bonnes pratiques organisationnelles et de gestion

Mais si certains facteurs organisationnels et de gestion peuvent ainsi être source de souffrance au travail et d'une mauvaise qualité des soins, il en existe d'autres qui peuvent générer le bien-être au travail et conduire à la performance organisationnelle. Il s'agit de ce qu'on pourrait désigner par Bonnes pratiques d'organisation et de gestion des RHS. A ce sujet, l'hôpital magnétique constitue une entité où il fait à la fois bon pour travailler et bon pour se faire soigner

(Brunelle, 2009). En effet, ces types d'établissements de santé proposent des pratiques organisationnelles et de gestion qui ont fait la preuve de leur efficacité pour générer le bien-être au travail et in fine, de meilleurs soins de santé :

- ❖ La reconnaissance et la prise en compte de l'expertise infirmière, les soignants disposant des compétences cliniques avérées grâce à un niveau de qualification élevé (Sibé & Alis, 2016).
- ❖ Le support administratif apporté au personnel en lien avec ses conditions de travail sous forme de la sécurité au travail, des infrastructures, équipements et fournitures ou du soutien informatique (Brunelle, 2009 ; Sibé & Alis, 2016).
- ❖ Les relations de type collégial (et non hiérarchique) entre médecins et soignants, notamment, chaque acteur étant « reconnu et respecté dans sa sphère d'expertise du patient », et les différents corps (administratif, soignant et médical) se perçoivent comme complémentaires (McClure et al. 1983 ; Sibe & Alis. 2016).
- ❖ Le leadership transformationnel dans lequel les employés sont amenés à subordonner leurs intérêts personnels à ceux de l'OS, mais aussi à prendre en compte leurs besoins de développement au long cours. Il s'appuie sur un management individualisé, qui inspire et motive ses subordonnés, stimule et imprime une vision stratégique tout en se préoccupant de la préservation des relations interpersonnelles (Sibé & Alis. 2016).
- ❖ L'empowerment structurel et le style de management participatif. A l'échelle d'un établissement de santé, l'empowerment structurel requière la possibilité pour l'employé de progresser dans sa carrière ainsi que l'accès à l'information, aux ressources et à l'appui du management et de ses pairs (Kanter. 1979) ; Dariel. 2015). Il se traduit par une réelle emprise des soignants sur l'organisation des soins et un pouvoir formel de prise de décision et de partage de la décision avec les médecins.
- ❖ La gestion adéquate des effectifs et des horaires de travail, par le biais d'une politique d'encadrement cohérente avec les exigences de prise en charge qui préconise des ratios élevés de personnel avec une proportion élevée des soignants ayant une grande qualification, ce qui augurerait de meilleurs résultats en termes de soins de santé offerts (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, Zelevinsky. 2002 ; Brunelle. 2009). Bien qu'il semble que les hôpitaux magnétiques n'imposeraient pas de Ratio patient par infirmière (RPI) standard, Massin (2021) rapporte qu'en moyenne, le RPI observé dans ces hôpitaux était de 4,8. En RDC, la norme suggère un RPI de 6,3 au sein des HGR (RDC. 2006).
- ❖ L'autonomie clinique des soignants qui se traduit par une « forte décentralisation de la gestion au niveau des unités et la capacité d'innover » (Brunelle, 2009) et se réalise au moyen des choix

des modèles et des protocoles des pratiques cliniques basés sur les recommandations professionnelles édictées par les sociétés savantes. Pour Sibé et Alis (2016), l'hôpital de type aimant prend en compte la partition particulière que joue chacune des parties prenantes impliquées dans le processus des soins, soignants ou médecins. L'autonomie professionnelle est ainsi perçue comme une valeur du magnétisme hospitalier qui garantit à chaque profession la réalisation des rôles escomptés dans le cadre d'interdisciplinarité et « de prise de décision partagée » (Sibé et Allis, 2016). Cependant, cette autonomie ne devrait pas être assimilée à de l'indépendance professionnelle ou tribalisme médical caractérisé par le cloisonnement des acteurs en fonction de leur corps professionnel et aboutissant à la « fragmentation du travail d'équipe » (Ebert, Hoffman, Levett-Jones, Gilligan ; Adam. (2024).

- ❖ La culture des soins centrés sur le patient (focus user) et l'amélioration de la qualité à tous les niveaux (chaque employé de chaque poste et ce, dans chaque département, est pleinement impliqué dans la qualité des services et des soins). Les besoins, les valeurs et les attentes du patient sont pris en compte et ce, dans une approche de gestion de la qualité totale (Université Unicaf, 2022). Le patient est et demeure « le point de départ et d'arrivée des discussions, initiatives et changements. » (Brunelle, 2009).

Autres traits caractéristiques des hôpitaux magnétiques

- ❖ Les membres du groupe se perçoivent comme une famille, ce qui se traduit par un fort sentiment d'appartenance, d'implication et de motivation, des relations positives ainsi que de confiance. Les membres du groupe se savent soutenus et sont eux-mêmes « portés à soutenir les autres » (Brunelle, 2009).
- ❖ L'action est privilégiée avec, sur le fond, l'idée que « L'action chaotique est préférable à l'inaction ordonnée » (Kramer, Schmalenberg. 1988, Brunelle, 2009).
- ❖ Présence et accessibilité de la Direction, très peu et très faibles paliers hiérarchiques, leadership essentiellement clinique ;
- ❖ Une « culture juste » qui, selon James Reason (2000 ; Maille, 2023), désigne une culture d'entreprise dans laquelle les personnes qui commettent des erreurs ne sont pas punies mais aussi celle « dans laquelle les négligences graves, les violations délibérées et les actes destructeurs ne sont pas tolérés ».
- ❖ Feedbacks fournis régulièrement aux personnels par leurs managers et une aide concrète apportée en cas des difficultés. De cette manière, le soignant peut porter toute son attention sur le soigné, sachant qu'il y a des gens qui prennent aussi (ou déjà ?) soin de lui-même (Kramer, Schmalenberg, 1988 ; Brunelle. 2009).

- ❖ Un management « souple et ferme à la fois » (Brunelle. 2009), qui serait à mi-chemin entre les styles de leadership laisser aller et autocratique voire démocratique.

En définitive, il apparaît que les pratiques aimantes contribuent à la création d'un environnement professionnel qui répond de manière positive aux principales attentes des employés (O'Neil et Reimann. (2010). Ce faisant, ces pratiques ont pour effet d'impacter positivement la santé physique et mentale des RHS et contribuent de facto à de bonnes attitudes que ces dernières affichent vis-à-vis de l'organisation, des prestations et de la patientèle. Le personnel est ainsi plus satisfait, plus impliqué professionnellement, plus attaché à l'OS et fournissant davantage d'efforts productifs. En parallèle, l'environnement professionnel présente moins de risques d'accidents du travail ou d'exposition au sang, un faible taux d'absentéisme pour raisons médicales et peu de rotations. Dès lors, ce climat favorable de travail permet de garantir la performance organisationnelle de l'établissement de santé, en l'occurrence, la production et la fourniture de meilleurs soins de santé. Les liens entre les pratiques « aimantes » de GRHS et l'amélioration de la qualité des soins se trouvent ainsi affirmés (Kramer et al., 2011 ; Armstrong & Laschinger, 2006 ; Brunelle, 2009 ; Sibé & Alis. Ainsi que le résume si bien Haliday (2017), les établissements de santé ne devraient plus regarder la QVT sous le seul angle de leur obligation morale et éthique vis-à-vis du personnel mais plutôt comme une pratique qui participe d'un management juste et de qualité, et qui impacte durablement leurs performances, ce qui se traduit par des gains financiers, un budget en équilibre, des employés plus satisfaits et une meilleure qualité des soins de santé fournis.

Conclusion

En RDC et un peu partout dans le monde, les soins de mauvaise qualité persistent et continuent de provoquer de nombreux préjudices aussi bien en termes de morbidité et de mortalité que des pertes financières colossales qui auraient pu être investies dans de nombreux autres secteurs vitaux.

Connues pour leur rôle dans la fourniture des soins de qualité et la sécurité des patients, les ressources humaines de la santé (RHS) bénéficient paradoxalement d'une gestion peu optimale, comme en témoignent les signes croissants de mal-être auquel elles sont exposées (stress, burnout, abandons de profession, etc.) et qui suggèrent une mauvaise qualité de vie au travail. A son tour, cette dernière est susceptible d'impacter négativement la performance organisationnelle des établissements de santé aboutissant à des soins de moindre qualité.

Dans le cadre de la présente étude, ce sont les questions de recherche suivantes qui nous ont servi de fil conducteur :

Quelles sont les pratiques organisationnelles et de gestion des hôpitaux magnétiques qui sont susceptibles d'impacter la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé de la RDC ?

Comment ces déterminants managériaux et organisationnels opèrent-ils pour amener les établissements de santé à générer des soins de qualité ?

Pour tenter d'y répondre, nous avons eu recours à une revue de littérature ayant un positionnement épistémologique interprétativiste.

Les résultats recensent les pratiques d'organisation et de gestion des ressources humaines de la santé caractéristiques des hôpitaux magnétiques. Il s'agit, notamment, de la reconnaissance et de la prise en compte de l'expertise infirmière, du support administratif apporté au personnel par rapport à ses conditions de travail (sécurité au travail, équipement, soutien informatique), de la collégialité des relations professionnelles entre médecins et soignants notamment, du leadership transformationnel ; de la gestion adéquate des effectifs et des horaires de travail, de la culture des soins centrés sur le patient (priorisation du patient) ou encore de l'amélioration de la qualité à tous les niveaux. Ces pratiques sont reconnues comme impactant positivement la QVT des RHS. Celle-ci se traduit par une meilleure santé physique et mentale du personnel, une plus grande satisfaction, une plus grande implication sur le plan professionnel, une motivation et une fidélisation plus fortes, et davantage d'efforts productifs fournis. En parallèle, l'environnement professionnel présente moins d'accidents du travail ou d'exposition au sang, un faible taux d'absentéisme pour raisons médicales et peu de turnover.

La bonne QVT permet au personnel de réaliser des prestations qui garantissent la performance organisationnelle de l'établissement de santé, ce qui se traduit, notamment, par une meilleure qualité des soins et une sécurité accrue pour les patients.

Les pratiques de GRHS des hôpitaux magnétiques ont déjà fait leurs preuves en dehors de leur lieu d'origine (USA) et elles pourraient être ainsi dupliquées dans un environnement comme celui de la RDC. Ceci pourrait se faire par exemple, au moyen d'une politique de GRHS qui intègre les pratiques magnétiques dans les principaux processus tels que la planification de l'offre du personnel, le recrutement et l'intégration, l'élaboration et l'implémentation des descriptifs de poste, la gestion de la performance, les conditions de travail, la formation en cours d'emploi, la rémunération, les besoins en fournitures, équipements et infrastructures de santé ainsi que le développement des compétences des managers.

Dans le contexte congolais où l'accès même à des soins de santé primaires demeure un défi pour des millions d'habitants, parler de leur qualité peut sembler une gageure. La contribution

de notre étude est précisément de réaffirmer à la fois le caractère intrinsèque de la qualité pour tous les soins de santé et pour les bénéficiaires ainsi que la prééminence du facteur humain (RHS) dans le processus d'amélioration de ces soins.

Les limites de cette étude résident essentiellement dans son caractère exploratoire et dans son manque de recul quant à l'applicabilité, dans le contexte réel de la RDC, du magnétisme hospitalier. Néanmoins, l'étude ouvre des perspectives, notamment pour des recherches empiriques de type expérimental sur ce sujet. Par ailleurs, la RDC amorce sa mise en œuvre de la CSU afin de garantir à chaque congolais l'accès aux soins requis par son état. En vue d'accroître les chances de succès d'une entreprise aussi ambitieuse et complexe, il y a des opportunités pour des recherches sur la manière d'améliorer durablement notre système de santé au travers de ses principales fonctions, à savoir la gestion (y compris la gouvernance et le leadership), l'offre des services de santé, les intrants de santé ainsi que l'accès aux financements de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Articles de revue

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, (1), 39-48.

Dariel, O. P. D. (2015). L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(4), 197-204.

Diallo, B. (2020). Influence des pratiques de gestion des ressources humaines sur la qualité des soins dans les centres hospitaliers universitaires du Mali. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 3(2).

Haliday, H. (2018). Le management en santé au service de la qualité de vie au Travail des professionnels. *Ethique & santé*, 15(2), 118-124. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.03.003>

Kane, H., Jabot, F. & Hsairi, M. (2018). Les ressources humaines en santé : planification et parcours individuels. *Santé Publique*, S, 7-8. <https://doi.org/10.3917/spub.180.0007>

Kornig, C., Ghadi, V., & Levet, V. (2018). La qualité de vie au travail et les déterminants de la qualité des soins. *Risque et qualité*. <https://www.risqual.net/publication-scientifique/la-qualite-de-vie-au-travail-et-les-determinants-de-la-qualite-des-soins>

Lejeune, J., Chevalier, S., Coillot, H., Gillet, N., Michon, J., Dupont, S., & Colombat, P. (2017). Déterminants managériaux et organisationnels, santé psychologique au travail des

soignants et qualité de prise en charge des enfants en oncologie pédiatrique. Revue d'oncologie hématologie pédiatrique, 5(2), 84-93. <https://doi.org/10.1016/j.oncohp.2017.04.004>

Levet, P. (2013). Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail : Équiper les acteurs pour négocier le travail, l'expérience de l'ANACT. *Négociations*, 19, 97-111. <https://doi.org/10.3917/neg.019.0097>

Maille, A. (2023). En quoi la prise en compte des facteurs humains peut-il réduire les risques d'évènements indésirables en établissement de santé? Arnaud MAILLÉ, pilote de ligne, nous sensibilise sur cette question de sécurité des soins. (Partie 2/3). <https://managersante.com/2023/12/29/en-quoi-les-facteurs-humains-peuvent-ils-etre-impliques-sur-les-risques-devenements-indesirables-en-etablissement-de-sante-arnaud-maille-pilote-de-ligne-nous-sensibilise-sur-cette-question-a-pa/>

Massin, B. (2021). La “QVT organisationnelle”: un modèle alternatif pour l'hôpital? *La revue des conditions de travail*, (12), 122-132.

Mushagalusa, D. B., Innocent, S. N., Nkulu, L. N., Ilunga, M. K., & Ngoy, D. W. K. (2021). Le stress au travail et l'épuisement professionnel du personnel soignant de l'Hôpital Général de Référence de Gemena/Sud-Ubangi en République Démocratique du Congo. *International Journal of Social Sciences and Scientific Studies*, 1(2), 16-29. <https://ijssass.com/index.php/ijssass/article/view/11>

Nduu, F., Shindano, R., Samba, C., Naweji, N., Kintambo, F., Kambaji, A., Nduwa, C. (2021). Coûts de la non-qualité dans les établissements des soins de santé : à propos d'une observation. *Revue de l'Infirmier Congolais*. 5(1):22-27 (2). <https://www.ric-journal.com/index.php/RIC/article/view/107>

Nduu, F. N. (2023). Rethinking the Management of Health Human Resources in Light of Social Determinants and Hospital Magnetism. *Journal of Medicine and Healthcare*. SRC/JMHC-268. DOI: [doi.org/10.47363/JMHC/2022\(4\),220](https://doi.org/10.47363/JMHC/2022(4),220),

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Bmj*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. V., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L., & Granados-Gámez, G. (2020). How magnet hospital status affects nurses, patients, and organizations: A systematic review. *AJN The American Journal of Nursing*, 120(7), 28-38. DOI : [10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16)

Shadili, G., Goumard, D., Provoost, J. & Le Pallec, G. (2018). Burnout of doctors and others practitioners. *Psychiatric Information*, 94, 13- 18. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1735>

Sibé, M. & Alis, D. (2016). L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif. Paris : Dunod, collection Psychothérapies, 133-145. Repéré à https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/sibe_alis_2016_les_hopitaux_magnetiques_en_7_qu_estions.pdf

2. Ouvrages

Baker, A. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* (Vol. 323, No. 7322, p. 1192). British Medical Journal Publishing Group. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7322.1192>

Bossert, T., & World Health Organization, (2010). Planification stratégique des ressources humaines pour la santé : évaluation des facteurs financiers, éducationnels, administratifs et politiques. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44377/9789242547313_fre.pdf

EngenderHealth, (2008). Guide COPE : un processus pour améliorer la qualité des services de santé (Edition révisée). New York, © EngenderHealth. Repéré à <https://www.mhtf.org/document/guide-cope-un-processus-pour-ameliorer-la-qualite-des-services-de-sante/>

Franco, L. M., Silimperi, D. R., Van Zanten, T. V., MacAuley, C., Askov, K., Bouchet, B., & Marquez, L. (2002). Pérenniser la qualité des soins de santé : l'institutionnalisation de l'assurance de qualité. Série de monographies d'AQ, 2. Bethesda, MD : Projet d'Assurance de Qualité.

Grebot, E. (2011). *Stress et burnout au travail : identifier, prévenir, guérir*. Editions Eyrolles.

Haliday, H. (2017). Tenants et aboutissants de la Qualité de Vie au Travail dans les établissements de santé : une revue de littérature." Rapport publié dans le cadre des préconisations de la Fédération Hospitalière de France (FHF) sur la QVT.

Merck, B., Sutter, P.E, Baggio, S., Loyer, E. & Landier, H. (2009). Evitez le stress de vos salariés : Diagnostiquer, mesurer, analyser, agir. Paris : Éditions d'Organisation Groupe Eyrolles.

Nduu, F.N. (2020). Politique de qualité santé. Guide pratique à l'intention des établissements des soins de santé, 2e. éd. Lubumbashi : Editions Talenta.

OMS. (2019). Sécurité des patients. Action mondiale pour la sécurité des patients. Rapport du Directeur Général EB144/29 11 décembre 2018. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-fr.pdf

OMS, OCDE et BIRD/BM. (2019). La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Genève : 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.)
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324737/9789242513905-fre.pdf>

OMS. (2021). Des services de santé de qualité : un guide de planification. Organisation mondiale de la Santé. Repéré à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345385>. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO

O'Neil, M. et Reimann, S. (2010). La gestion des ressources humaines. Systèmes de santé en action : un e-guide pour les gestionnaires et les dirigeants (2ème édition, pp. 195-225). Management Sciences for Health. <http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-e-handbook-for-leaders-and-managers>

Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. (2017). IHI Framework for Improving Joy in Work. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. <https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Framework-Improving-Joy-in-Work.aspx>

République démocratique du Congo. (2006). Recueil des normes de la zone de santé. http://www.scogo.cd/_iserv/dlfiles/dl.php?ddl=normes-zs-actualisees-juillet-2012x.pdf

République démocratique du Congo. (2016). Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle. <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/RDC-Plan-National-de-Developpement-Sanitaire-2016-2020.pdf>

République démocratique du Congo. (2017). Manuel de procédures de gestion des ressources humaines de la santé en République démocratique du Congo. Kinshasa : (s.n).

République démocratique du Congo. (2018). Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle. https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/DRC_Investment_Case_FR.pdf

Wilkinson, Richard, Marmot, Michael & Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. (2004). Les déterminants sociaux de la santé : les faits, 2e éd. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107343>

World Health Organization, (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>.

3. Thèses/mémoires

Adam, J. (2024). Mémoire, y compris stage professionnalisant [BR]-Séminaires méthodologiques intégratifs [BR]-Mémoire: De Eux à Nous: La collaboration médico-infirmière au sein d'unités wallonnes de soins intensifs à l'aune du tribalisme médical. Repéré à <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/20118>

Sibé, M. (2014). *L'hôpital magnétique : définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail* (Doctoral dissertation, Rennes 1).