Revue de l'Infirmier Congolais

Article Original e-ISSN: 3006 - 2187 p-ISSN: 2520 - 0844

# Utilisation des professionnels de santé matriculés non mécanisés : état de lieux dans les établissements sanitaires publics de la Zone de Santé de Kipushi, Haut - Katanga, République Démocratique du Congo

**Baudouin L. Abedi[1,2], Jacob Katunga[3], Leonard Tshizubu[1], Christian Tshilondi[1], Leddy M. Nyembo[4], Michel Ntanga[4], Pascal M. Kabwe[4], Simon K, Ilunga[5], Tony K. Kayembe[4], Astride M. Katumbo[4]**

[1] *Université des Sciences et de Technologie de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.*
[2] *Zone de santé de Kipushi, Ville de Kipushi, Kipushi, République Démocratique du Congo.*
[3] *Ecole de Santé Publique, Université de Mwene-Ditu, Mwene-Ditu, République Démocratique du Congo.*
[4] *Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.*
[5] *Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.*

**Résumé**

*Introduction*. Dans la Zone de Santé de Kipushi, en République Démocratique du Congo, de nombreux professionnels de santé disposent d'un numéro matricule officiel sans être mécanisés, c'est-à-dire sans percevoir de salaire de l'État. Cette situation paradoxale soulève des questions majeures sur la motivation, la rétention du personnel et la qualité des soins. La présente étude vise à dresser un état des lieux de l'utilisation de ces agents et à analyser les conséquences de leur non-mécanisation.

*Matériel et Méthodes*. Une étude mixte (quantitative et qualitative) a été menée de février à juin 2026 dans quatorze établissements sanitaires publics de la Zone de Santé de Kipushi. Le volet quantitatif a inclus 44 professionnels de santé matriculés non mécanisés par échantillonnage aléatoire simple, avec collecte via KoboCollect et analyse sur SPSS ; le volet qualitatif a reposé sur des entretiens semi-structurés avec les responsables, analysés par thématique avec ATLAS.ti. Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université de Lubumbashi, et le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité ont été respectés conformément à la Déclaration d'Helsinki.

*Résultats*. L'échantillon était majoritairement masculin (63,6 %), marié (79,5 %) et expérimenté, avec une ancienneté médiane de douze ans. Les infirmiers (50,0 %) et les médecins (27,3 %) constituaient les principales catégories professionnelles. La quasi-totalité des agents exprimait une insatisfaction professionnelle : 75,0% se déclaraient « pas satisfaits » et 22,7% « peu satisfaits ». Par ailleurs, 70,5% ne se déclaraient pas motivés au travail en raison de l'absence de salaire. La non-mécanisation était associée à un absentéisme accru (93,2 %), à une quête de revenus parallèles (81,8 %) et à une dégradation de la qualité des soins (65,9%). Une association statistiquement significative a été observée entre l'insatisfaction liée à la prime locale et l'intention d'abandonner le poste

***Correspondance***:
Baudouin L. Abedi. Université des Sciences et de Technologie de Lubambashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
Téléphone: +243 850 056 785 -Email: abedibaudouin@gmail.com
**Article reçu**: 20-07-2026 **Accepté**: 04-10-2026
**Publié**: 24-10-2026

Copyright © 2026. Baudouin L. Abedi *et al*. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

*Pour citer cet article:* Abedi BL, Katunga J, Tshizubu L, Tshilondi C, Nyembo LM, Ntanga M, Kabwe PM, Ilunga SK, Kayembe TK, Katumbo AM. Utilisation des professionnels de santé matriculés non mécanisés : état de lieux dans les établissements sanitaires publics de la Zone de Santé de Kipushi, Haut – Katanga, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2026;10(1):39-50. https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

(p =0,009). Les entretiens avec les responsables ont confirmé ces constats, évoquant des difficultés majeures de gestion du personnel, d'indiscipline et une menace permanente de départ des agents.

*Conclusion*. La non-mécanisation des professionnels de santé à Kipushi constitue un problème systémique aux lourdes conséquences sur la motivation, la stabilité des équipes et la qualité des soins de santé. La mécanisation intégrale des agents matriculés, couplée à une budgétisation préalable des postes et au renforcement de la gouvernance des ressources humaines en santé, s'impose comme une mesure urgente pour garantir un système de santé performant et équitable.

***Mots-clés :*** *Professionnels de santé, non-mécanisation, motivation au travail, satisfaction professionnelle, qualité des soins de santé, gestion des ressources humaines, Zone de Santé de Kipushi, République Démocratique du Congo.*

## Introduction

La crise mondiale des ressources humaines en santé constitue un obstacle majeur à la réalisation de la couverture sanitaire universelle, particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'Organisation mondiale de la Santé estime que la pénurie mondiale de personnels de santé atteindra 11,1 millions d'ici 2030, avec une concentration disproportionnée dans la Région africaine où le déficit projeté pourrait atteindre 6,1 millions de professionnels [1]. Cette pénurie est aggravée par des dynamiques de rétention défavorables : une part croissante des professionnels formés en Afrique migre vers les pays à revenu élevé, avec des différences salariales atteignant un rapport de 1 à 5 pour les médecins et de 1 à 7 pour les infirmiers entre les pays de l'OCDE et l'Afrique [2]. Au-delà des départs, les systèmes de santé africains demeurent confrontés à des problèmes chroniques de performance et de motivation du personnel [3].

En Afrique subsaharienne, la prévalence de l'absentéisme chez les professionnels de santé de première ligne oscille entre 14 % et 49 %, et il est désormais établi que ce phénomène n'est pas simplement individuel mais structurellement ancré dans les défaillances des systèmes de santé [4]. Les revues systématiques récentes ont identifié parmi les causes majeures l'insuffisance des salaires, les retards de paiement, la pratique duale des médecins, la corruption et l'absence de mécanismes de sanction [5]. Ces constats convergent avec les données congolaises : une étude menée à Kolwezi a révélé que huit professionnels sur dix exprimaient une insatisfaction liée à la pression de la charge de travail, au manque de ressources et à la faible implication dans les décisions, la rémunération et les conditions de travail étant identifiées comme des facteurs transversaux de démotivation [6].

La République Démocratique du Congo illustre de manière particulièrement aiguë cette problématique. Le pays fait face à une crise profonde de son système de santé, marquée par des déficits budgétaires chroniques, des retards de paiement des salaires et une fragmentation des mécanismes de rémunération [7]. Les professionnels de santé se trouvent souvent contraints de développer des stratégies de survie, notamment par le biais d'activités parallèles dans le secteur privé, au détriment de leur disponibilité dans les structures publiques [8]. Cette dynamique a été documentée dans des contextes similaires : au Rwanda, la faiblesse de la rémunération des prestataires du secteur public a été identifiée comme un facteur majeur de migration vers le privé, ce qui a conduit à la mise en œuvre d'une politique de double pratique clinique visant à retenir les professionnels dans les établissements publics [9]. Les tentatives de réforme du secteur public échouent fréquemment à traiter les préoccupations du personnel concernant les mauvaises conditions de travail et la rémunération inadéquate, compromettant ainsi la rétention des professionnels et la qualité des soins [10].

Dans ce contexte, la situation des professionnels de santé « matriculés non mécanisés » en République Démocratique du Congo représente une configuration particulière : ces agents disposent d'une reconnaissance administrative formelle, matérialisée par l'attribution d'un numéro matricule, mais demeurent exclus du système de paie de l'État [11]. Cette situation produit une forme de paradoxe institutionnel où la reconnaissance statutaire ne s'accompagne d'aucune contrepartie salariale, contraignant ces professionnels à exercer dans



https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

des conditions de précarité extrême [12]. La littérature existante documente largement les conséquences de la précarité salariale sur la motivation et la rétention des agents de santé en Afrique subsaharienne [13], mais peu d'études se sont spécifiquement intéressées à cette catégorie d'agents se trouvant dans un « entre-deux » administratif [14]. La Zone de Santé de Kipushi, dans la province du Haut-Katanga, constitue un terrain d'étude pertinent pour documenter cette problématique, car elle concentre un nombre significatif de professionnels matriculés non mécanisés exerçant dans des établissements sanitaires publics.
La présente étude vise à dresser un état des lieux de l'utilisation des professionnels de santé matriculés non mécanisés dans les établissements sanitaires publics de la Zone de Santé de Kipushi, et à analyser les conséquences de cette situation sur leur motivation, leur satisfaction professionnelle et la qualité des soins.

## Matériel et Méthodes

*Milieu et cadre de l'étude*

Notre étude a été réalisée dans le territoire de Kipushi, province du Haut-Katanga en République Démocratique du Congo dont les structures sanitaires publiques de la zone de santé de Kipushi ont servi de cadre de recherche pour cette étude.

*Type et Période de l'étude*

Nous avons mené une étude mixte quantitative et qualitative sur l'utilisation des professionnels de santé matriculés non mécanisés dans les établissements de soins de santé étatiques de la zone de santé de Kipushi pour une période allant de février à juin 2026.

*Population d'étude*

Notre population d'étude a été constituée des professionnels de santé matriculés non mécanisés et des responsables des établissements de soins de santé travaillant dans les établissements de soins de santé étatiques de la zone de santé de Kipushi.

- *Echantillonnage*

Un échantillonnage aléatoire simple a été effectué sur l'ensemble des deux groupes de la population concernée par cette étude notamment les professionnels de santé matriculés non mécanisés et les responsables des établissements de santé ; cela nous permettra d'obtenir un échantillon d'une taille de 48 individus sur un effectif de 184 professionnels de santé matriculés que regorge la zone de santé de Kipushi.

- *Echantillon*

- Volet quantitatif : Echantillon de 44 professionnels de santé répartis dans 14 établissements de santé étatiques
- Volet qualitatif : c'est une étude empirico-inductive où la taille de l'échantillon ne pas à priori à déterminer, l'étude a été arrêtée après avoir atteint la saturation et la redondance.

- *Critères d'inclusion*

Ont été inclus dans cette étude les professionnels de santé matriculés œuvrant dans les Etablissements de santé de la zone de santé de Kipushi, ne touchant pas le salaire de l'état et acceptant de participer à l'étude.

*Collecte des données*

- *Volet quantitatif :*

La collecte des données au niveau de chacun des 14 établissements de santé étatiques a été rendu possible grâce à l'enquête transversale par l'utilisation d'un questionnaire d'enquête saisi sur le logiciel kobo collect version 2025.2.4 installé sur un Smart phone.

- *Volet qualitatif :*

S'agissant du volet qualitatif, la collecte des données a été faite par l'enquête phénoménologique.
A cette fin, nous avons utilisé un instrument guide d'interview et les informations ont été recueillies au moyen de l'enregistreur du type Smartphone et l'entretien semi-structuré en face à face a servi pour échanger avec les enquêtés ainsi que l'analyse documentaire : (registre du personnel, listes déclaratives, listing de paie).

*Analyse des données*

- *Volet quantitatif :*

Après la collecte de données, nous avons exporté la base vers Microsoft Excel 2016. Des associations entre variables ont recouru aux tests appropriés dont : la valeur p, l'Intervalle de confiance à 95%. L'analyse des données quantitatives a été effectuée grâce au logiciel SPSS.

- *Volet qualitative :*

Après avoir auditionné au moins sept fois le verbatim, avons transcrit en respectant le langage des enquêtés, le verbatim a été décliné en thème et sous-thème et ATLAS ti nous a permis de réaliser les analyses.



https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

L'Excel 2016 a permis de présenter les résultats sous forme des figures et le logiciel Zotero pour les références.

*Considérations éthiques*

Notre protocole a été soumis à l'approbation du comité éthique médicale de l'Université de Lubumbashi et par la suite nous avons obtenu les autorisations auprès du Médecin chef de Zone de Santé de Kipushi. L'information à chaque participant a été énoncée de façon la plus claire qui soit concernant l'objet de l'étude et à la protection des informations tout en sachant que les interviews et entretiens seront menés sous respect de l'anonymat et le consentement éclairé sera observé.

## Résultats

*Volet quantitatif*

**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques**

| Variables | Effectif *(n=44)* | Pourcentage |
|---|---|---|
| **Age des professionnels de santé *(Moyenne : 44,7± 8,6 ans)*** | | |
| ]27-33] | 5 | 11,4 |
| ]33-39] | 6 | 13,6 |
| ]39-45] | 12 | 27,3 |
| ]45-51] | 10 | 22,7 |
| ]51-57] | 7 | 15,9 |
| ]57-63] | 4 | 9,1 |
| **Sexe** | | |
| Femmes | 16 | 36,4 |
| Hommes | 28 | 63,6 |
| **Etat civil** | | |
| Célibataire | 4 | 9,1 |
| Divorcé(e) | 1 | 2,3 |
| Marié(e) | 35 | 79,5 |
| Veuf (ve) | 4 | 9,1 |

La tranche d'âge de 39 – 45 ans était la plus représentée (27,3%), la moyenne d'âge était de 44,7±8,6 ans. Les résultats montrent que 64% des professionnels de santé matriculés non mécanisés étaient des hommes. La majorité des professionnels de santé matriculés non mécanisés était marié (79,5%). Le CSR Betty était la structure la plus représentée (13,6%). Les infirmiers et sage-femmes du niveau A1 représentaient 47% et les médecins (27%). Le personnel infirmier représentait 50% de l'effectif total. La médiane du nombre d'année de service dans la structure était de 12 ans avec l'écart interquartile (EIQ) de 9 ans (Q3 = 15 ans et Q1 = 6 ans). Le service d'hospitalisation était le plus représenté avec 27,3% *(tableau 1).*

**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques (suite)**

| Variables | Effectif *(n=44)* | Pourcentage |
|---|---|---|
| **Lieu d'affectation (structure)** | | |
| Bureau central de la zone de santé | 2 | 4,5 |
| Centre de santé (CS) Boma Prison | 1 | 2,3 |
| CS Grain de Sénevé | 2 | 4,5 |
| CS Kinsevere | 4 | 9,1 |
| CS Mose | 2 | 4,5 |
| CS Mukoma | 1 | 2,3 |
| CS Saint Charles | 3 | 6,8 |
| CS Ubumi de Kawama | 2 | 4,5 |
| Centre de Santé de Reference (CSR) Betty | 6 | 13,6 |
| CSR Kandulwe | 4 | 9,1 |
| CSR Kifita | 3 | 6,8 |
| CSR Kipopo | 3 | 6,8 |
| CSR Shinga | 4 | 9,1 |
| Hopital Cinquantenaire de Kipushi | 3 | 6,8 |
| **Niveau d'étude** | | |
| A1 | 21 | 47,7 |
| A2 | 3 | 6,8 |
| Licence | 8 | 18,2 |
| Médecin | 12 | 27,3 |
| **Catégories professionnelles** | | |
| Administrateur gestionnaire | 3 | 6,8 |
| Administratif | 1 | 2,3 |
| Infirmier(ère) | 22 | 50,0 |
| Laborantin | 3 | 6,8 |
| Médecin | 12 | 27,3 |
| Pharmacien | 1 | 2,3 |
| Sage-femme | 2 | 4,5 |
| **Ancienneté au travail *(Médiane : 12 ans ; EIQ : 9 ans ; Q3 = 15 ans et Q1 = 6 ans)*** | | |
| 1 – 3 ans | 3 | 6,8 |
| 4 – 6 ans | 11 | 25,0 |
| ≥ 7 ans | 30 | 68,2 |
| Service d'affectation | | |
| Administration | 11 | 25,0 |
| Consultation externe | 9 | 20,5 |
| Hospitalisation | 12 | 27,3 |
| Laboratoire | 3 | 6,8 |
| Maternité | 8 | 18,2 |
| Urgences | 1 | 2,3 |



https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

**Tableau 2. Conditions de travail et de rémunérations des professionnels de santé matriculés non mécanisés**

| Variables | Effectif *(n=44)* | Pourcentage |
|---|---|---|
| **Charge horaire par semaines [Médiane : 48 heures, (EIQ : 14,75]** | | |
| [40 heures] | 11 | 25,0 |
| [50–60 heures] | 23 | 52,3 |
| ] 40–50 heures] | 10 | 22,7 |
| **Autre remuneration en dehors du salaire formel octroyé par l'état** | | |
| Non | 8 | 18,2 |
| Oui | 36 | 81,8 |
| **Services de garde effectué** | | |
| Non | 14 | 31,8 |
| Oui | 30 | 68,2 |
| **Sources de financement** | | |
| Appui partenaire | 5 | 11,4 |
| Gouvernement provincial | 3 | 6,8 |
| Sans rémunération aucune | 8 | 18,2 |
| Prime de risques | 10 | 22,7 |
| Prime locale (recouvrement des coûts) | 18 | 40,9 |
| **Satisfaction professionnelle** | | |
| Pas satisfait | 33 | 75 |
| Peu satisfait | 10 | 22,7 |
| Satisfait | 1 | 2,3 |
| **Motivation au travail** | | |
| Oui | 13 | 29,5 |
| Non | 31 | 70,5 |
| **Influence de la mécanisation au rendement** | | |
| Non | 2 | 4,5 |
| Oui | 42 | 95,5 |
| **Absentéisme et irrégularité au travail suite à la non mecanisation** | | |
| Non | 3 | 6,8 |
| Oui | 41 | 93,2 |
| **Intentions d'abandonner le travail** | | |
| Non | 30 | 68,2 |
| Oui | 14 | 31,8 |
| **Motifs de continuer le travail** | | |
| Avec espoir de toucher un jour | 28 | 63,6 |
| Je sais que je dois me payer moi-même | 4 | 9 |
| Par manque d'un autre emploi | 12 | 27,4 |
| **Effets de non mécanisation sur la qualité de soins** | | |
| Aucun effet | 15 | 34,1 |
| Négativement la qualité des soins | 29 | 65,9 |
| **Perception liée à leurs statuts** | | |
| Exploitation | 21 | 47,7 |
| Exploitation Injustice salariale | 1 | 2,3 |
| Injustice salariale | 20 | 45,5 |
| Injustice salariale Manque de reconnaissance | 1 | 2,3 |
| Manque de reconnaissance | 1 | 2,3 |
| **Solutions proposées** | | |
| Que le gouvernement congolais arrête de nous exploiter et nous payer le salaire selon l'ordre de recrutement | 23 | 52,3 |
| Que le gouvernement congolais considère le salaire comme un droit fondamental de l'agent et mécaniser tous les agents de santé | 8 | 18,2 |
| Que le gouvernement congolais paie le salaire à tous les agents pour renforcer la motivation au travail | 11 | 25 |
| Que le gouvernement congolais mécanise tous les agents pour limiter le conflit interpersonnel | 2 | 4,5 |

La médiane du nombre d'heures de service par semaine s'établit à 48 heures avec un écart interquartile de 14,75 heures. La grande majorité (81,8%) des professionnels de santé matriculés non mécanisés bénéficient d'une source de rémunération alternative en dehors du salaire formel octroyé par l'état. La grande majorité (68,2%) des



https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

professionnels de santé matriculés non mécanisés montaient les gardes de service au sein de leurs structures d'affectation. Les professionnels de santé matriculés non mécanisés (40%) vivaient de la prime locale liée au recouvrement des coûts aux malades. Presque quasi-totalité des professionnels de santé matriculés non mécanisés (97,7%) exprime soit une insatisfaction totale au travail (75%) soit une satisfaction très limitée au travail (22,7%). Les (70,5%) professionnels de santé matriculés non mécanisés affirment ne pas être motivés au travail par manque du salaire. Les (95,5%) professionnels de santé matriculés non mécanisés estiment que la mécanisation exerce une influence positive sur le rendement. Les professionnels de santé matriculés non mécanisés (93,2%) affirment que l'absence de la mécanisation favorise l'absentéisme et les irrégularités au travail. La majorité des professionnels de santé matriculés non mécanisés (68,2%) disaient ne pas avoir l'intention d'abandonner le travail. L'espoir d'être payé un jour en salaires et autres avantages sociaux était le seul motif qui les pousse de continuer à travailler chez 63,6% des professionnels de santé matriculés non mécanisés. Plusieurs (65,9%) professionnels de santé matriculés non mécanisés soit estimaient que la non mécanisation ou l'absence de la mécanisation affecte négativement la qualité de service de santé. Les (47,7%) professionnels de santé matriculés non mécanisés avaient une perception selon laquelle, l'état congolais les exploite en les utilisant dans les établissements étatiques de soins de santé avec des numéros matricules mais sans salaire. La majorité (52,3%) demandent l'arrêt de ce qu'ils qualifient d'exploitation par le gouvernement congolais et réclament l'alignement de la paie de salaire en respectant strictement l'ordre chronologique d'engagement *(tableau 2)*.

**Tableau 3. Facteurs associés à la motivation au travail en absence du salaire**

| Variables | Motivation au travail en absence du salaire | | OR (IC à 95%) | P – value |
|---|---|---|---|---|
| | Oui n=25 (%) | Non n=19 (%) | | |
| **Perception de la prime** | | | | |
| Oui | 22 (61,1) | 14 (38,9) | 1,19 [0,88 –1,62] | 0,262 |
| Non | 3 (37,5) | 5 (62,5) | | |
| **Sexe** | | | | |
| Oui | 16 (57,1) | 12 (42,9) | 1,01 [0,64 –1,59] | 1,000 |
| Non | 9 (56,25) | 7 (42,75) | | |
| **Satisfaction avec la prime** | | | | |
| Oui | 9 (88,8) | 2 (18,9) | | |
| Non | 16 (48,5) | 17 (51,5) | 0,71 [0,51 – 0,99] | 0,054 |
| **Rendement négatif** | | | | |
| Oui | 24 (57,1) | 18 (42,9) | 1,01 [0,88 – 1,15] | 1,000 |
| Non | 1 (50,0) | 1 (50,0) | | |
| **Absentéisme au travail** | | | | |
| Oui | 22 (53,7) | 19 (46,3) | 0,88 [0,76 – 1,01] | 0,247 |
| Non | 3 (100,0) | 0 (0,0) | | |
| **Envi de quitter le travail** | | | | |
| Oui | 6 (42,9) | 8 (57,1) | | |
| Non | 19 (63,3) | 11 (36,7) | 1,31 [0,84– 2,04] | 0,327 |
| **Influence sur la qualité du travail** | | | | |
| Oui | 8 (53,3) | 7 (46.7) | | |
| Non | 17 (58,6) | 12 (41,4) | 1.07 [0,69-1,66] | 0,759 |

Une association statistiquement significative a été trouvée entre la motivation au travail en absence du salaire de l'état et la non satisfaction de la prime locale ou prime de risque (p = 0,054) *(tableau 3)*.



https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

**Tableau 4. Facteurs associés à l'intention d'abandonner le travail**

| Satisfaction de la prime | Intention d'abandonner le travail | | OR (IC à 95%) | P – value |
|---|---|---|---|---|
| | Oui n (%) | Non n (%) | | |
| Oui | 0 (0,0) | 11 (100,0) | | |
| Non | 14 (42,4) | 19 (57,6) | 1,73 [1,29 –2,32] | 0,009 |
| **Total** | **14** | **30** | | |

Une association statistiquement significative a été trouvée entre l'intention d'abandonner le travail et la non satisfaction de la prime locale ou prime de risque (p = 0,009) *(tableau 4)*.

*Volet qualitatif*

- *Les résultats obtenus auprès des responsables des établissements de soins*
- *L'analyse des attitudes et perception des responsables des Etablissements de soins de santé sur la non-mécanisation*

Thème 1 : Importance de la non-mécanisation des agents matriculés

Sous-thème 1.1. Situation des agents matriculés non mécanisés

Les répondants indiquent que la majorité des professionnels de santé exerçant dans les établissements de soins de santé étatiques travaillent sans salaire étatique malgré leur statut officiel.

« …. La grande majorité des agents ont un numéro matricule mais ne touchent pas de salaire…, la grande majorité, donc 50 au moins sur 52 agents n'ont pas de salaire de l'état…. » [P1]. « … Certains agents totalisent plus de vingt ans de service sans avoir bénéficié de la mécanisation…. » [P2]. « …. Ahh, il y a des gens qui ont déjà fait 27 ans ou 28 ans de service et ne touchent toujours pas de salaire…. » [P2]. « … hun, plus de 95 % de nos agents ne sont pas mécanisés…. » [P3]. «… Nous n'avons que deux agents qui touchent le salaire sur 28 agents…. » [P3]. « …ya! Cette situation nous rend Presque fou, nous avons plus de 98% des professionnels de santé avec matricules mais sans salaire dans notre établissement de soins, une seule personne touche sur les 27 agents que nous gérons…. » [P4].

Signification : l'analyse des déclarations des responsables des établissements de soins montre que la grande majorité des professionnels de santé de la zone de santé de Kipushi travaille sans salaire ; selon leurs estimations, plus de 95% sont ceux qui travaillent sans salaire de l'état tel que tous les participants ont confirmé l'existence d'un nombre élevé de professionnels de santé disposant d'un numéro matricule mais ne bénéficiant pas d'un salaire de l'État.

Thème 2 : connaissance des effets de la non-mécanisation sur la motivation du personnel.

Tous les participants considèrent l'absence de salaire comme un facteur majeur de démotivation. Les agents survivent principalement grâce à de faibles primes locales jugées insuffisantes pour couvrir leurs besoins.

« … Les agents ne sont pas satisfaits parce que ce qu'ils reçoivent est largement insuffisant pour faire face aux dépenses du mois, la prime locale n'arrive même pas à 30 % de ce qu'ils doivent dépenser au cours du mois…. » [P1]. «… Ils ne sont pas satisfaits, la prime locale ne représente rien mon frère…. » [P2]. « … Le rendement et la motivation sont vraiment faibles car ils se dissent bénévoles et par conséquent même leurs manières d'accueillir les maladies découragent par moment la communauté à fréquenter nos installations…. » [P3]. « … hun, ils sont insatisfaits et même démotivés mon frère, parfois quand nous voulons instaurer l'ordre et la discipline ils nous dissent: ventre creux n'a pas d'oriel…. » [P4].

Les répondants rapportent que la frustration est généralisée parmi les professionnels concernés et l'analyse des discours de tous les responsables d'établissements de soins de santé révèle que le salaire est considéré comme un élément essentiel de reconnaissance professionnelle et de motivation au travail. Plus ces agents n'ont pas de salaire, plus la démotivation s'installe et la qualité de service offert baisse ; en outre, plus ces agents n'ont pas le salaire, plus ils développent des stratégies de survie et c'est les bénéficiaires de soins qui en paient le prix.

Thème 3 : Conséquences sur la qualité des soins

Les participants ont souligné unanimement que l'absence de salaire affecte négativement la qualité des prestations de soins.



https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

« … nous assistons à des rechutes et résistances dans beaucoup de cas et cela se justifie par le fait que les prestataires sont toujours pressés de terminer et aller ailleurs où ils trouvent mieux. … » [P1,P3,P4]. « … les professionnels de santé n'ont plus beaucoup de temps d'écouter les maladies et faire un bon diagnostic dans les structures de l'état, ils préfèrent passer beaucoup de temps chez les privés qui les paient bien et cela a des conséquences sur la qualité de soins ; beaucoup d'échec et des décès évitables sont enregistrés … » [P2].

Signification : dans cette partie, les responsables expliquent que plusieurs agents sont obligés de travailler dans d'autres établissements de soins de santé privés afin de subvenir à leurs besoins. Ce qui entraine les difficultés de maintien du personnel, le manqué de concentration avec le risque sur la qualité des soins, la baisse de motivation, la recherche d'emplois parallèles.

- *L'analyse des attitudes des responsables des ESS sur l'organisation de services*

Thème 1 : horaire de service

Sous-thème 1 : Par rapport à la charge horaire

« … Il n'y a pas de différence dans la charge de travail. Tout le monde participe aux activités de soins. … » [P1]. «…. Non aucune différence de charge de travail … » [P2]. «… Ceux qui touchent le salaire et ceux qui ne le touchent pas accomplissent exactement les mêmes tâches…. » [P3]. « …. non, non et les payés et les non payés tous sont soumis au même horaire de travail pour les perméances et pour les gardes…. » [P4].

Signification : cette situation indique que tous les agents ont la même charge de travail bien que certains soient mécanisés et d'autres non mais pas de différence de charges de travail, ce qui confirme les déclarations individuelles de ces derniers qui se sentient victimes dans l'injustice sociale et d'exploitation professionnelle.

Sous-thème 1.2 : Difficultés de gestion des ressources humaines

Catégorie 1. Conséquences de non mécanisation

La non-mécanisation entraîne plusieurs problèmes de gestion du personnel ; Les répondants évoquent notamment : l'absentéisme ; l'indiscipline ; les abandons de poste, les difficultés de fidélisation.

« …. Cela crée un problème de gestion du personnel et même de discipline au travail ; ils viennent toujours en retard sous prétexte qu'ils ont commencés ailleurs pour trouver le transport de venir ici et cela affecte négativement la qualité des services…. » [P1]. « … C'est difficile de maintenir le personnel au service étant donné qu'il n'est pas payé, il peut vous dire qu'il a un appel d'urgence à la maison mais c'est un appel d'un centre privé pour une intervention chirurgicale et il va abandonner les maladies ici…. » [P2]. «… Nous avons un souci majeur dans l'encadrement d'un personnel non payé, c'est difficile même d'imposer un système stable de gestion et cela favorise même les absences et l'indiscipline, toutes les fois qu'il ne vient pas au service il vous dira qu'il n'avait pas le transport et pourtant qu'il a travaillé ailleurs…» [P3]. …. Cette situation a des répercussions sur les maladies qui paient la peau à notre absence, ils sont incontrôlables surtout la nuit quand l'administration n'est pas là…» [P4].

Donc ici, ces responsables ont voulu montrer que gérer un personnel non payé n'est pas facile sur le plan administratif que technique.

Catégorie 2. Intentions d'abandonner le travail par les agents

« …. Chaque jour, nous perdons des professionnels de santé qui cherchent de meilleures opportunités ailleurs. …. » [P1]. « …. Le départ du personnel est devenu une menace permanente….. » [P2]. «… C'est la menace de tous les jours…. » [P3]. « … Chaque jour nous perdons des professionnels de santé, surtout les médecins …» [P4].

Signification : les réponses de ces responsables montrent comment le fait de ne pas être payer pousse le personnel à chercher là où il va trouver mieux, ce qui cause la fuite des cerveaux car la formation de son personnel est un investissement et le départ crée une perte de la main d'œuvre et un manque à gagner.

Catégorie 3. Perception sur la gestion du personnel

« … Nous avons beaucoup de difficultés à assurer des soins de qualité avec un personnel non payé… » [P1]. « …. Nous avons un grand problème pour prétendre assurer la qualité des soins avec un personnel qui n'a pas de salaire….» [P2,P3]. «… nous assistons à une désobéissance chaque fois que nous voulons instaurer l'ordre au service comme ils doivent toujours chercher le transport ailleurs avant de venir ici…. » [P4].

catégorie 4. Stratégies de maintien et de fidélisation du personnel

Les responsables ont déclaré que leurs principales stratégies consistent à sensibiliser et encourager le



https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

personnel à rester en poste malgré les difficultés car le bon moment viendra.

«… nous les sensibilisons à rester fidèle et que un jour ça va aller…. » [P1]. «… c'est un combat je vous dis, nous les sensibilisons à rester fidèle et que un jour la situation va changer…. » [P2]. «… nous les sensibilisons seulement et donnons beaucoup des conseils…. » [P3] «… je les conseille à persévérer malgré le non-paiement nous avons juré persévérance…. » [P4].

Thème 3 : Perception de l'État et perspectives d'amélioration
Sous-thème 3.1 : Connaissance sur la perception de l'état au statut des agents

Les participants considèrent que les agents non mécanisés se sentent victimes d'une injustice sociale.
«… Presque tout le monde dit que le gouvernement les exploite et les plonge dans une injustice sociale…. » [P1]. « … Les agents estiment être exploités par l'État…. » [P2]. « …. Ils parlent souvent d'injustice sociale…..» [P3]. « …. Ils parlent d'un manque de considération de la part de l'État congolais…. » [P4].

Sous-thème 3.2 : Les propositions des solutions

Concernant les solutions envisagées, les participants recommandent principalement : la mécanisation de tous les agents matriculés ; la budgétisation préalable des postes avant toute affectation ; l'amélioration de la politique nationale de gestion des ressources humaines en santé.

« …. Je demanderais au gouvernement de commencer par budgétiser le poste avant d'affecter un agent…. » [P1]. «… je recommande la mécanisation effective de tous les agents matriculés, la budgétisation préalable des postes avant toute affectation » [P2]. «… je recommande le renforcement de la politique nationale de gestion des ressources humaines en santé … » [P3]. « Le gouvernement doit payer tous les agents car c'est plus qu'une urgence sanitaire. » [P4].

Interprétation :

Pour les données qualitatives :
L'analyse thématique a permis de comprendre en profondeur les conséquences de la no-mécanisation sur la motivation et satisfaction professionnelle, la stabilité du personnel, les conditions de travail, les difficultés administratives, les perceptions sur la qualité des services offerts ainsi que les motivations à continuer de travailler malgré l'absence de salaire.

Les résultats qualitatifs ont été triangulés avec les données quantitatives pour avoir une compréhension holistique de l'utilisation de professionnels de santé matriculés non mécanisés dans les ESSE de la zone de santé de Kipushi.
Les conclusions de l'analyse thématique ont servi à formuler des recommandations concrètes pour améliorer l'utilisation de professionnels de santé matriculés dans les établissements publics de soins de santé.

## Discussion

La présente étude avait pour objectif de dresser un état des lieux des professionnels de santé matriculés non mécanisés dans les établissements sanitaires publics de la Zone de Santé de Kipushi, en République Démocratique du Congo. Les résultats mettent en évidence une situation de précarité professionnelle généralisée, caractérisée par une charge de travail élevée, une rémunération essentiellement informelle, une insatisfaction professionnelle majeure et une intention de quitter le poste non négligeable. Ces constats rejoignent largement la littérature scientifique consacrée à la gestion des ressources humaines en santé en Afrique subsaharienne, tout en révélant des spécificités propres au contexte congolais.
Au sujet de la non-mécanisation : un phénomène structurel et documenté, le premier constat de cette étude est la prévalence très élevée de professionnels disposant d'un numéro matricule mais ne percevant pas de salaire de l'État. Cette situation n'est pas propre à Kipushi. Esanga et al., à travers l'introduction d'un système d'information sur les ressources humaines en RDC, ont montré que 57 à 73 % des agents de santé enregistrés dans les provinces du Kasaï-Central et du Kasaï-Oriental ne recevaient aucune rémunération régulière de l'État [11]. De même, Bertone *et al.*, ont documenté la fragmentation profonde du système de rémunération des agents de santé en RDC, où les salaires publics sont faibles, souvent retardés, et où les paiements informels et les primes locales constituent l'essentiel des revenus [7]. Nos résultats, avec 81,8 % des enquêtés bénéficiant d'une rémunération alternative, confirment cette réalité structurelle.
Dans notre étude, la charge horaire médiane de 48 heures par semaine, associée à l'obligation de gardes pour 68,2 % des agents, témoigne d'une intensité de travail équivalente à celle des agents mécanisés. Cette équité de charge sans équité de traitement est un facteur majeur de démotivation. Olbara *et al.*, dans une étude menée au Kenya et en Indonésie, ont montré que la pratique duale des médecins c'est-à-dire l'exercice simultané dans le public et le privé entraîne des retards de diagnostic, une supervision réduite des agents juniors


https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

et une altération de la qualité des soins [15]. Nos données qualitatives corroborent ces observations : les responsables d'établissements évoquent des absences justifiées par des « appels d'urgence » qui correspondent en réalité à des interventions dans des structures privées. Bosongo *et al.*, à Kisangani, ont également montré que les médecins de première ligne, souvent non intégrés au système de paie, exercent une activité professionnelle non reconnue qui fragilise l'organisation du district sanitaire [16]. Notre étude prolonge ces travaux en documentant les conséquences de cette pratique sur la motivation, la discipline et la qualité des soins dans un contexte semi-urbain du Haut-Katanga.

Le taux d'insatisfaction de 97,7 % observé dans la Zone de Santé de Kipushi est supérieur à celui rapporté dans plusieurs études africaines. Asres *et al.*, dans une méta-analyse éthiopienne, rapportent une prévalence globale de l'intention de quitter l'établissement de 63,5 % chez les professionnels de santé [17]. Molla *et al.*, dans la zone d'East Gojjam en Éthiopie, ont identifié l'insatisfaction liée à la rémunération comme un facteur significativement associé à l'intention de départ [18]. Nos résultats vont dans le même sens : la non-satisfaction liée à la prime locale est significativement associée à l'intention d'abandonner le poste (p = 0,009).

Cependant, une spécificité congolaise mérite d'être soulignée. Bogren et al., ont montré que, malgré des conditions de travail très difficiles, les sage-femmes congolaises restent motivées par un sentiment de mission et par la valeur sociale de leur travail [19]. Baba *et al.*, en Ituri, ont décrit des stratégies de survie similaires aux nôtres : agriculture, recours à des organisations locales et formation de relais communautaires [20]. Dans notre étude, la principale motivation à rester en poste demeure toutefois « l'espoir d'être payé un jour » (63,6 %), ce qui suggère une fidélisation fragile, fondée sur une attente plutôt que sur une satisfaction professionnelle réelle.

Nos résultats montrent que 93,2% des enquêtés estiment que la non-mécanisation favorise l'absentéisme et l'irrégularité, et que 65,9 % considèrent qu'elle dégrade la qualité des soins. Ces constats sont cohérents avec les travaux d'Agwu *et al.*, au Nigeria, qui ont montré que l'absentéisme des agents de santé n'est pas seulement un problème individuel, mais la conséquence de défaillances institutionnelles et structurelles, notamment l'incohérence des règles et l'absence de sanctions [21]. Dans une autre étude nigériane, Agwu *et al.*, ont établi que l'absentéisme compromet directement les quatre piliers de la couverture sanitaire universelle : la demande, l'accessibilité, la qualité et la résilience [22].

Nos données qualitatives enrichissent ces constats : les responsables décrivent des soins expédiés, des diagnostics incomplets et une incapacité à maintenir la discipline, en particulier la nuit. Ces éléments convergent avec les observations de Fox *et al*, dans la province du Katanga, qui avaient déjà signalé que les agents de santé non payés développaient des stratégies de survie au détriment de la qualité des services offerts à la population [8].

Les recommandations formulées par nos enquêtés mécanisation de tous les agents matriculés, budgétisation préalable des postes avant affectation, renforcement de la politique nationale de gestion des ressources humaines sont directement soutenues par la littérature. Esanga *et al.*, ont démontré qu'un système d'information fiable permettait d'identifier les agents fantômes et de redéployer les ressources vers les agents réellement en service, améliorant ainsi l'équité et l'efficacité de la paie [11]. Kayumba *et al.*, au Rwanda, ont montré que la formalisation de la pratique duale pouvait améliorer la rétention des médecins spécialistes, à condition d'être encadrée par des règles claires [9].

Ces expériences suggèrent que la mécanisation intégrale, bien que coûteuse, constitue une réponse structurelle indispensable. Elle doit toutefois s'accompagner d'une planification rigoureuse des effectifs, d'une budgétisation préalable des postes et d'un suivi régulier des indicateurs de motivation et de qualité des soins.

## Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. D'abord, la taille de l'échantillon quantitatif (n = 44) limite la puissance statistique et la précision de certaines estimations, comme en témoignent les intervalles de confiance larges de certains odds ratios. Ensuite, l'étude ne concerne qu'une seule zone de santé, ce qui restreint la portée des conclusions à l'échelle nationale. Enfin, l'étude transversale ne permet pas d'établir de relations causales entre la non-mécanisation et les variables dépendantes (motivation, absentéisme, qualité des soins). Des études longitudinales multicentriques (plusieurs Zones de santé) seraient nécessaires pour confirmer ces associations et mesurer l'impact réel de la mécanisation sur la performance du système de santé.

## Conclusion

Cette étude montre que la non-mécanisation des professionnels de santé matriculés dans la Zone de Santé de Kipushi constitue un problème systémique aux conséquences graves sur la motivation, la stabilité des équipes et la qualité des soins. Alors qu'ils assurent une



https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

charge de travail équivalente à celle de leurs collègues mécanisés, ces agents exercent sans salaire de l'État, développent des stratégies de survie au détriment de leur disponibilité et expriment une profonde injustice professionnelle.

Ces constats appellent des mesures urgentes : la mécanisation intégrale des agents matriculés, la budgétisation préalable des postes avant toute affectation et le renforcement de la gouvernance des ressources humaines en santé. Sans ces réformes, le système de santé congolais continuera de perdre ses professionnels et de compromettre l'accès à des soins de santé de qualité.

Des études multicentriques et longitudinales demeurent nécessaires pour mesurer l'impact réel de la mécanisation sur la performance du système de santé.

*Conflits d'intérêt : Aucun.*

## Références


1. Organisation mondiale de la Santé. Rapport du Directeur général : Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé. Conseil exécutif, 156e session, document EB156/15. Genève : OMS ; 2024.
2. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and "universal" health coverage? BMJ Glob Health. 2022;7(6):e009316.
3. McIsaac M, Abu-Agla A, Campbell J. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030—A Five-Year Check-In. Hum Resour Health. 2024;22:71.
4. Tweheyo R, Reed C, Campbell S, Davies L, Daker-White G. 'Nobody is after you; it is your initiative to start work': a qualitative study of health workforce absenteeism in rural Uganda. BMJ Glob Health. 2017;2(4):e000455.
5. Agwu P, Odii A, Orjiakor C, Ogbozor P, Mbachu C, Onwujekwe O. Private money-making indulgence and inefficiency of primary healthcare in Nigeria: a qualitative study of health workers' absenteeism. Int J Public Health. 2020;65(7):1019-26.
6. Kalau KG, *et al.* Analyse des facteurs influençant la motivation de personnel de santé dans les structures de soins de la ville de Kolwezi. Revue du Conseil Scientifique National. 2025;4(4).
7. Bertone MP, Lurton G, Mutombo PB. Investigating the remuneration of health workers in the DR Congo: implications for the health workforce and the health system in a fragile setting. Health Policy Plan. 2016;31(9):1143-51.
8. Fox S, Witter S, Wylde E, Mafuta E, Lievens T. Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. Health Policy Plan. 2014;29(1):96-105.
9. Kayumba K, Ntihabose C, Musange Furere S, Ngabo B, Irakiza P, Rubuga FK, *et al.* Dual Clinical Practice (DCP) policy to improve the retention of human resources for health in Rwanda: a mid-term review using a cross-sectional and retrospective study design. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):192.
10. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. Hum Resour Health. 2004;2(1):14.
11. Esanga JR, Viadro C, Nzuzi R, *et al.* How the introduction of a human resources information system helped the Democratic Republic of Congo to mobilise domestic resources for an improved health workforce. Health Policy Plan. 2017;32(suppl_3):iii25-iii31.
12. Baba A, Martineau T, Theobald S, *et al.* Developing strategies to attract, retain and support midwives in rural fragile settings: participatory workshops with health system stakeholders in Ituri Province, Democratic Republic of Congo. Health Res Policy Syst. 2020;18(1):133.
13. Kiwanuka SN, *et al.* Health workforce incentives and dis-incentives during the COVID-19 pandemic: experiences from Democratic Republic of Congo, Nigeria, Senegal, and Uganda. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):422.
14. Bogren M, Alesö A, Teklemariam M, *et al.* Midwives' challenges and factors that motivate them to remain in their workplace in the Democratic Republic of Congo—an interview study. Hum Resour Health. 2020;18(1):65.
15. Olbara G, Martijn H, Njuguna F, *et al.* Impact of Physician Dual Practices on a Pediatric-Oncology Outreach-Program. Asian Pac J Cancer Prev. 2023;24(8):2647-51.
16. Bosongo S, Chenge F, Mangala S, *et al.* L'influence des prestations des médecins à la première ligne de soins sur le système intégré de district sanitaire à Kisangani, République Démocratique du Congo : une étude qualitative. Pan Afr Med J. 2021;39:215.
17. Asres GD, Mekonen AM, Tilahun B, *et al.* Intention to leave the current health facility among healthcare workers in Ethiopia: Systematic review and meta-




https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017

analysis. PLOS Glob Public Health. 2024;4(8):e0003548.
18. Molla F, Alamneh AA, Endalew B, *et al.* Intention to leave and associated factors among health professionals working at public hospitals in East Gojjam zone, Northwest Ethiopia, cross-sectional study. PLoS One. 2024;19(3):e0301235.
19. Bogren M, Alesö A, Teklemariam M, *et al.* Midwives' challenges and factors that motivate them to remain in their workplace in the Democratic Republic of Congo—an interview study. Hum Resour Health. 2020;18(1):65.
20. Baba A, Martineau T, Theobald S, *et al.* 'Being a midwife is being prepared to help women in very difficult conditions': midwives' experiences of working in the rural and fragile settings of Ituri Province, Democratic Republic of Congo. Rural Remote Health. 2020;20(2):5677.
21. Agwu P, Odii A, Orjiakor C, *et al.* Targeting systems not individuals: Institutional and structural drivers of absenteeism among primary healthcare workers in Nigeria. Int J Health Plann Manage. 2024;39(2):417-431.
22. Agwu P, Odii A, Orjiakor C, *et al.* Implications of absenteeism of health workers on achieving universal health coverage in Nigeria: exploring lived experiences in primary healthcare. Int J Qual Health Care. 2024;36(1):mzae015.



https://doi.org/10.62126/zqrx.20261017