

Compétences comportementales et gestion hospitalière : perceptions des cadres hospitaliers et infirmiers dans la zone de santé de Bandundu (RD Congo)

Laurette LHEKE SHITO^{1,*}, Jacques LOFANDJOLA MASUMBUKO²,
Leyka MUKANDU BASUA BABINTU²

¹Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bandundu-Ville, RD Congo ;

²Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo ;

RESUME:

Dans les structures de santé en République Démocratique du Congo, et plus particulièrement dans la zone de santé de Bandundu, la qualité des soins repose autant sur les savoir-faire techniques que sur le "savoir-être" des professionnels. Cette étude s'intéresse à la manière dont les responsables hospitaliers et les infirmiers perçoivent ces compétences comportementales, et aux répercussions que cela peut avoir sur la gestion quotidienne des soins. Pour cela, une approche qualitative de type phénoménologique a été adoptée. Les données ont été collectées via des entretiens semi-directifs menés auprès de 18 personnes (9 infirmiers et 9 responsables hospitaliers), choisies de manière raisonnée. L'analyse des échanges a fait émerger cinq grands thèmes : la compréhension des compétences comportementales, les facteurs qui influencent leur mise en pratique, leur impact sur la cohésion d'équipe et la relation soignant-soigné, les difficultés rencontrées, ainsi que des pistes pour les renforcer. Les résultats montrent que ces compétences sont perçues comme cruciales, mais restent souvent sous-estimées dans l'organisation hospitalière. Parmi les freins identifiés : surcharge de travail, manque de formation spécifique, encadrement peu inclusif et conditions de travail parfois précaires. Malgré ces défis, les participants soulignent l'importance d'un leadership humain, d'une communication fluide entre professionnels et d'une culture d'établissement fondée sur le respect. Cette recherche met en avant la nécessité d'intégrer les compétences comportementales dans les politiques de formation et de gouvernance hospitalière, afin d'améliorer non seulement la qualité humaine des soins, mais aussi le climat professionnel au sein des hôpitaux congolais.

Mots clés : Comportements, leadership, soins infirmiers, relation soignant-soigné, gestion hospitalière, Bandundu.

ABSTRACT :

In healthcare facilities across the Democratic Republic of Congo, particularly in the Bandundu health zone, quality of care depends not just on technical skills but also on how professionals behave and interact, their "soft skills." This study explores how hospital managers and nurses view these behavioral competencies and what impact they have on day-to-day healthcare management. A qualitative, phenomenological approach was used, with data collected through semi-structured interviews involving 18 participants (9 nurses and 9 hospital managers), selected through purposive sampling. Thematic analysis of the conversations brought to light five key areas: how behavioral skills are defined, what influences their expression, their effects on teamwork and patient relationships, the challenges encountered, and suggestions for strengthening these competencies. Participants widely agreed that behavioral skills are essential, yet they often go unrecognized or undervalued in hospital operations. Main challenges included excessive workloads, lack of targeted training, top-down leadership styles, and unstable working conditions. Still, many highlighted the positive influence of empathetic leadership, strong communication between teams, and a culture of mutual respect. This study emphasizes the urgent need to embed soft skills into training and hospital management strategies to promote not only better patient care but also a healthier and more supportive work environment in Congolese healthcare institutions.

Keywords : Behavior, leadership, nursing care, patient-provider relationship, hospital management, Bandundu

*Adresse des Auteur(s)

Laurette LHEKE SHITO, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bandundu-Ville, République Démocratique du Congo ; E-mail : laurettelheke67@gmail.com

Jacques LOFANDJOLA MASUMBUKO, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

Leyka MUKANDU BASUA BABINTU, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

I. INTRODUCTION

Dans les systèmes de santé actuels, améliorer la qualité des soins ne passe plus uniquement par la maîtrise technique des gestes médicaux. De plus en plus, ce sont aussi les qualités humaines et relationnelles des soignants qui font la différence. Ces compétences, souvent qualifiées de « non techniques » ou « soft skills », regroupent des aptitudes comme la communication interpersonnelle, l'empathie, la gestion du stress, le leadership, la conscience de soi ou encore la capacité à travailler en équipe [1,2]. Elles sont aujourd'hui reconnues comme essentielles, que ce soit pour garantir la sécurité des soins, favoriser la satisfaction des patients ou renforcer la cohésion entre collègues. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ces compétences sont même incontournables dans tout le système de santé à la fois performant et humain [3].

Dans les pays à revenu élevé, leur efficacité est bien documentée. Des approches pédagogiques comme la simulation, la supervision éthique ou les ateliers de collaboration interprofessionnelle ont montré qu'elles renforcent à la fois la qualité des soins et la résilience des équipes [4,5]. Parmi les cadres théoriques de référence, le modèle de Spencer et Spencer met en évidence que ces compétences résultent d'un subtil mélange entre les motivations, la personnalité, les connaissances, les aptitudes et les comportements observables [6].

Sur le continent africain, ces compétences gagnent peu à peu en reconnaissance, notamment dans des contextes marqués par la pénurie de personnel, le manque de formation continue et des conditions de travail souvent difficiles. Des recherches menées au Ghana [7], au Nigeria [8] et au Cameroun [9] montrent que les hôpitaux où l'on pratique un leadership

participatif, l'écoute active et une communication éthique obtiennent de meilleurs résultats sur le plan organisationnel.

En République Démocratique du Congo (RDC), ces compétences restent peu explorées par la recherche. Les études existantes se concentrent principalement sur des enjeux techniques comme la mortalité maternelle, l'accès aux soins ou la couverture vaccinale, laissant de côté les dimensions relationnelles et humaines pourtant centrales dans le quotidien des soins [10,11].

Les rares travaux disponibles dressent un constat préoccupant : conflits interpersonnels, pratiques autoritaires, manque de reconnaissance mutuelle et défaut de communication structurée sont monnaie courante dans de nombreux établissements, fragilisant aussi bien les équipes que la qualité de la relation soignant-soigné [12].

La zone de santé de Bandundu, située dans la province du Kwilu, illustre bien cette réalité. Elle fait face à de nombreux défis : surcharge de travail, manque de personnel qualifié, accès limité à la formation continue, encadrement peu structuré, etc. Dans ce contexte, les compétences comportementales devraient être considérées comme une priorité stratégique. Pourtant, elles restent peu mises en valeur, que ce soit dans la pratique quotidienne ou dans les politiques de gestion hospitalière.

Les infirmiers comme les cadres hospitaliers se retrouvent souvent livrés à eux-mêmes, sans véritable accompagnement pour développer leur savoir-être. Or, selon la théorie du comportement planifié [13], la perception qu'un professionnel a de l'intérêt et de l'utilité d'un comportement influence directement sa motivation à l'adopter. Autrement dit, si ces compétences sont perçues comme secondaires, elles risquent fort de rester à la marge des pratiques.

C'est face à ce constat que s'inscrit cette étude. Elle cherche à comprendre comment les responsables hospitaliers et les infirmiers de la zone de santé de Bandundu perçoivent les compétences comportementales, à travers leurs représentations, leurs jugements de valeur, les freins rencontrés mais aussi les leviers identifiés pour les mettre en œuvre. L'objectif est double : explorer les définitions et expériences liées à ces compétences, et cerner les écarts entre ce qui se fait aujourd'hui et ce qui serait souhaitable, en tenant compte du contexte culturel, institutionnel et organisationnel spécifique à la région.

Pour cela, une approche qualitative de type phénoménologique a été privilégiée, centrée sur l'expérience vécue des professionnels. L'étude s'appuie sur des entretiens semi-directifs menés auprès de 18 participants (9 infirmiers et 9 cadres hospitaliers), choisis pour la diversité de leurs parcours et leur position stratégique dans la gestion des soins.

Ce travail vise à produire des connaissances contextualisées, utiles pour réorienter les politiques locales de formation, d'évaluation et de supervision, en mettant davantage l'accent sur les dimensions humaines du métier infirmier. En mettant en lumière les forces, les obstacles et les besoins exprimés sur le terrain, il entend formuler des recommandations concrètes pour renforcer les compétences comportementales dans les équipes hospitalières. L'enjeu est clair : améliorer durablement le climat professionnel, la qualité des relations avec les patients et, in fine, la performance globale du système de soins dans la zone de santé Bandundu. Cette recherche répond ainsi à une double urgence-scientifique, en comblant un vide dans la littérature ; et sociale, en contribuant à une transformation plus humaine et éthique du système de santé congolais

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Devis de recherche

Dans le cadre de cette étude, un devis de recherche qualitatif de type descriptif-interprétatif a été retenu. Ce choix s'est imposé en raison de l'objectif principal de la recherche : comprendre en profondeur les perceptions, expériences et représentations que les professionnels hospitaliers notamment les responsables et les infirmiers se font des compétences comportementales dans leur pratique quotidienne.

Plutôt que de mesurer ou quantifier des phénomènes, cette approche vise à explorer les significations subjectives que les acteurs attribuent à leurs comportements, attitudes, capacités relationnelles, et à leurs interactions dans le cadre du travail.

II.2. Population d'étude

La population cible de cette recherche est constituée de professionnels de santé exerçant dans les structures sanitaires de la zone de santé de Bandundu, précisément deux groupes ayant une influence déterminante sur les dynamiques de soins et la qualité des relations interpersonnelles. D'une part, les responsables hospitaliers (directeurs d'hôpitaux, chefs de services, surveillants, infirmiers chefs d'unité), qui assument des fonctions de coordination, de supervision et de gestion d'équipes, et d'autre part, les infirmiers de terrain, directement impliqués dans la dispensation des soins quotidiens au chevet du patient.

II.3. Type d'échantillon

Le type d'échantillonnage adopté est un échantillonnage intentionnel, aussi appelé échantillonnage raisonné. Ce procédé consiste à sélectionner des participants sur la base de critères préalables liés à la pertinence de leur expérience et à leur aptitude à fournir des données riches et éclairantes sur le phénomène étudié.

II.3.1. Technique et taille d'échantillon

La technique employée repose sur le principe de saturation théorique, qui implique l'arrêt progressif du recrutement des participants dès lors que les nouvelles données recueillies n'apportent plus d'éléments substantiellement nouveaux. Autrement dit, la saturation est atteinte lorsque les discours commencent à se répéter, confirmant ainsi que les dimensions majeures du sujet ont été explorées en profondeur. La saturation des données a servi de critère d'arrêt : les entretiens n'apportaient plus de nouvelles informations, les thèmes devenaient répétitifs, confirmant l'exhaustivité des perceptions.

Signes concrets observés : répétition des définitions du savoir-être, convergence sur les obstacles (surcharge, manque de formation), absence de nouveaux thèmes après le 16e entretien et nous avons continué l'entretien jusqu'à 18e entretien enfin de nous rassurer que nous avons épousé l'exploration de tout le thème, un nombre conforme aux standards méthodologiques des recherches qualitatives approfondies, qui recommandent généralement entre 10 et 30 participants selon la complexité du sujet et la diversité des profils.

L'échantillon a été constitué de manière équilibrée : 9 responsables hospitaliers et 9 infirmiers de terrain.

II.4. Critères

• Inclusion

Etre infirmier diplômé d'État ou responsable hospitalier actuellement en fonction dans une structure de la zone de santé de Bandundu ; Justifier d'une ancienneté professionnelle d'au moins deux ans dans un service hospitalier actif ; Avoir donné un consentement libre et éclairé pour participer à l'étude ; Être capable de s'exprimer couramment en français ou en lingala, langue vernaculaire largement utilisée dans la zone.

• Exclusion

Les agents de santé absents pour cause de congé de longue durée, maladie ou indisponibilité administrative ; Le personnel administratif ou technique non impliqué directement dans les soins ; Les professionnels ayant refusé de participer ou ayant interrompu l'entretien avant son achèvement.

II.5. Technique de collecte des données

La collecte des données a été réalisée à l'aide de la méthode qualitative d'entretien individuel semi-directif. Cette technique, très répandue en sciences sociales et humaines, offre un cadre souple et interactif qui permet aux participants d'exprimer librement leurs opinions, émotions et

expériences, tout en assurant une certaine structure pour couvrir l'ensemble des dimensions du sujet.

Chaque entretien a été conduit en face-à-face, dans un environnement calme, propice à la confidentialité, afin de favoriser un climat de confiance. L'entretien s'est déroulé selon une trame préétablie (guide d'entretien), tout en laissant une marge d'adaptation en fonction des réponses et de la dynamique de l'échange.

II.6. Instrument de collecte des données

L'outil principal utilisé est un guide d'entretien semi-directif, conçu sur base des dimensions-clés des compétences comportementales identifiées dans la littérature scientifique : communication, écoute active, intelligence émotionnelle, leadership, gestion des conflits, respect, collaboration interprofessionnelle, etc. Le guide était structuré autour de cinq axes thématiques principaux, à savoir :

- Définitions et compréhension des compétences comportementales ;
- Perceptions et représentations des comportements observés dans la pratique quotidienne ;
- Expériences vécues en matière de relations interpersonnelles (communication, respect, collaboration) ;
- Comportements observés (positifs ou problématiques) chez les collègues et responsables ;
- Suggestions et attentes concernant l'amélioration des compétences comportementales au sein des équipes.

Chaque entretien a duré entre 45 et 60 minutes. Les propos ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique (avec l'accord explicite des participants), puis transcrits intégralement afin de garantir la fidélité des données.

II.6.1. Validité et fidélité de l'instrument

Pour assurer la validité de contenu du guide d'entretien, ce dernier a été soumis à l'appréciation de trois experts : deux enseignants-chercheurs spécialisés en sciences infirmières et un psychologue clinicien expérimenté en dynamique organisationnelle.

Le guide d'entretien a été pré-testé auprès de deux professionnels hors échantillon.

II.7. Considérations éthiques

Ce travail a été approuvé par le Comité de Bioéthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa sous le n°0099/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2024 du 08/07/2024.

• Confidentialité et anonymat

L'anonymisation des verbatims, le codage (P1, P2, etc.), la suppression des informations identifiantes, les enregistrements et notes stockés ont été sécurisés, permettant de vérifier la pertinence des formulations, la cohérence des thématiques et la durée moyenne des entretiens. Quelques ajustements ont été opérés à la suite de ce test afin de renforcer la clarté et la fluidité des questions.

La fidélité du processus a été assurée par l'application rigoureuse du même guide pour tous les entretiens, la transcription mot à mot de l'ensemble des enregistrements, la triangulation des points de vue entre les infirmiers et les responsables hospitaliers, permettant une validation croisée des interprétations.

• Biais potentiels et stratégies de limitation

Nous avons tenu compte de ces 3 paramètres : la désirabilité sociale (assurance d'anonymat et cadre sécurisant), la hiérarchie (entretiens individuels hors supervision directe, codes anonymes) et la subjectivité du chercheur (triangulation infirmiers/responsables ; validation par encadreurs ; relecture croisée des données).

L'analyse thématique a été réalisée en se servant de la méthode inductive de Braun & Clarke (2006), en six étapes : familiarisation, codage initial, identification des thèmes, révision, nomination, rédaction. Le tableau d'analyse matricielle (thèmes, sous-thèmes, catégories, verbatim) a été utilisé comme outil.

II.8. Déroulement de la collecte des données

La phase de terrain s'est déroulée sur une période de trois semaines, entre mai et juin 2025, dans quatre structures sanitaires de la zone de santé de Bandundu, à savoir : un hôpital général de référence, deux centres de santé urbains, et une clinique privée.

Ce choix de diversification des lieux, Les participants ont été choisis pour varier l'âge, l'ancienneté professionnelle et le type de structure (hôpital général de référence, centres de santé urbains, clinique privée). Cette diversification a assuré la richesse des données et la confrontation de points de vue hiérarchiques visait à enrichir la compréhension du phénomène en prenant en compte différents contextes organisationnels.

Après avoir obtenu les autorisations administratives et éthiques nécessaires, les participants ont été contactés individuellement. Une information détaillée sur l'objet de la recherche leur a été fournie, suivie de la signature d'un formulaire de consentement libre et éclairé. Les entretiens ont

été réalisés en journée, dans des bureaux réservés à cet effet, à l'intérieur des structures, afin de préserver la confidentialité et la concentration requises pour ce type d'exercice.

II.9. Limitation de l'étude

Cette étude est limitée par la taille de son échantillon (18 personnes), l'absence d'observation directe des comportements en situation réelle, les limites de généralisation (contexte spécifique à Bandundu), l'influence possible du statut hiérarchique des répondants et la subjectivité interprétative du chercheur malgré les mesures de rigueur (triangulation, validation par encadreurs) prises en compte.

III. RESULTATS

L'analyse des entretiens semi-directifs, menée selon une approche thématique inductive, s'est appuyée sur les trois grandes questions de recherche. Cette démarche a permis de faire émerger à la fois des points de convergence, des nuances entre les discours, et des dynamiques souvent implicites autour des compétences comportementales en milieu hospitalier à Bandundu. Les verbatim présentés ici illustrent les tendances les plus marquantes relevées dans les propos des participants.

• Comment les compétences comportementales sont perçues dans la pratique quotidienne ?

Dans l'ensemble, les participants, qu'ils soient infirmiers ou responsables, ont unanimement reconnu l'importance des compétences comportementales dans leur pratique. Pour eux, ces qualités humaines sont tout aussi cruciales que les gestes techniques, surtout dans des contextes marqués par le manque de moyens. Écoute, empathie, patience, respect, gestion des émotions, leadership éthique et travail d'équipe ont été les dimensions les plus fréquemment citées. Un infirmier résume bien cette vision : « *Un infirmier compétent ne se limite pas à savoir piquer ou panser. Il doit aussi rassurer, écouter, apaiser une famille, et bien s'entendre avec ses collègues* ».

Cette phrase reflète une approche globale du soin, dans laquelle la relation humaine fait pleinement partie du professionnalisme attendu.

Du côté des cadres, les compétences comportementales sont souvent associées à un style de gestion plus humain : écoute active, motivation des équipes, décisions partagées. Toutefois, plusieurs d'entre eux reconnaissent un décalage entre cette posture idéale et la réalité du terrain, où la pression institutionnelle, la rigidité hiérarchique et le manque de moyens limitent la mise en pratique d'un véritable leadership participatif.

Autre point saillant : le manque de reconnaissance institutionnelle. Ces compétences ne sont ni valorisées, ni évaluées dans les fiches de performance. Une infirmière témoigne : « *Même si je fais l'effort d'être humaine avec les patients, ça ne change rien dans mon évaluation. Ce qui compte, c'est le nombre d'actes techniques.* »

Un constat qui souligne un désalignement entre les valeurs professionnelles vécues par les soignants et les indicateurs institutionnels qui les encadrent.

Tableau 1 : Perception des compétences comportementales (Question 1)

Thème principal	Catégorie/so us-thème	Verbatim illustratif	Participants votants
Importanc e accordée aux compétences comportementales	Communication, écoute, empathie	« Un bon infirmier, c'est aussi quelqu'un qui sait parler calmement et écouter les patients. »	14/18
	Coopération et cohésion d'équipe	« Travailler en équipe, c'est la base. Sans ça, même les bons soins techniques ne suffisent pas. »	12/18
Sens accordé au savoir-être	Humanisation du soin	« Les patients veulent être respectés, même s'il n'y a pas de médicaments. »	11/18
	Valeur morale et professionnelle	« Je considère ces compétences comme des valeurs humaines fondamentales. »	9/18
Reconnais sance institutionnelle	Absence dans les évaluations	« On n'évalue que les actes, jamais la façon dont on se comporte. »	16/18
	Manque de valorisation	« Même si on fait des efforts humains, ça ne compte pas pour la hiérarchie. »	13/18

- **Quels sont les freins et leviers qui influencent l'expression du savoir-être ?**

Les données recueillies révèlent une interaction complexe entre des facteurs individuels et organisationnels. Côté personnel, les qualités comme la maturité émotionnelle, le sens moral ou l'expérience de terrain jouent un rôle clé dans le développement du savoir-être. Plusieurs participants expliquent avoir appris à « gérer les conflits » ou à « rester calme en situation difficile » avec le temps.

Mais ces ressources personnelles se heurtent souvent à des réalités pesantes. La surcharge de travail revient dans tous les entretiens comme un frein majeur, érodant la disponibilité émotionnelle et la qualité des relations humaines. A cela s'ajoutent l'absence de formations spécifiques, un management perçu comme autoritaire, un climat tendu, des rôles mal définis et un manque criant de matériel. Résultat : certains soignants adoptent des stratégies d'évitement ou se protègent par une forme de détachement émotionnel.

Un cadre l'exprime ainsi : « *On nous forme aux gestes, aux protocoles... mais jamais à parler, à écouter, à gérer les tensions. On fait avec, on improvise.* » Heureusement, certains facteurs favorables ont aussi été identifiés. Des leaders bienveillants, une bonne entente entre collègues, ou encore des petites équipes soudées créent des « bulles positives » où le respect, la solidarité et l'écoute peuvent s'exprimer, même dans un contexte difficile.

Tableau 2 : Facteurs facilitateurs ou bloquants (Question 2)

Thème principal	Catégorie/sous-thème	Verbatim illustratif	Participants votants
Facteurs individuels facilitateurs	Expérience professionnelle	« Avec les années, j'ai appris à mieux gérer les conflits et les émotions. »	10/18
	Sens moral, patience, engagement	« Je suis motivée par le respect du malade, même dans les pires conditions. »	9/18
Facteurs organisationnels bloquants	Surcharge de travail	« On est débordés, on n'a plus le temps d'écouter. »	18/18
	Absence de formation spécifique	« On nous forme aux gestes techniques,	17/18

		mais jamais à parler ou gérer un conflit. »	
	Management autoritaire	« Nos chefs ne nous écoutent pas, ils donnent juste des ordres. »	14/18
Facteurs contextuels	Manque de matériel et tension ambiante	« L'ambiance est tendue, tout le monde est frustré. »	13/18
Espaces de pratique positifs	Travail d'équipe spontané	« Heureusement, entre nous, on s'aide, on se comprend. »	11/18
	Leadership collaboratif	« Quand le responsable est humain, toute l'équipe se sent mieux. »	7/18

- **Quels impacts concrets des compétences comportementales sur les soins et l'organisation?**

Les effets positifs du savoir-être ne sont pas théoriques : ils sont visibles, mesurables, vécus. Les participants ont décris des liens directs entre la qualité des relations humaines et l'efficacité des soins. Par exemple, une attitude empathique permet souvent d'éviter les conflits, de gagner la confiance des patients et d'améliorer l'observance des traitements. Un infirmier explique : « *Quand j'explique calmement pourquoi un médicament manque, le patient comprend. Mais si je l'ignore ou si je suis brusque, c'est là que les tensions commencent.* »

Au niveau des équipes, les compétences comportementales influencent fortement le climat de travail. Une bonne communication, une gestion humaine des conflits et le partage des responsabilités renforcent la cohésion, réduisent le stress et stabilisent les effectifs. A l'inverse, leur absence alimente les tensions, les malentendus, le découragement et le turn-over.

Les participants expriment également des attentes claires envers leur institution : ils souhaitent que ces compétences soient mieux reconnues, intégrées aux référentiels de formation continue, et prises en compte dans les évaluations. Certains suggèrent même l'organisation de moments d'échange en équipe, pour partager les expériences relationnelles et développer des réponses collectives aux défis du terrain.

Les résultats montrent un consensus fort : les compétences comportementales sont perçues comme fondamentales par les infirmiers et les cadres hospitaliers de la zone de santé de Bandundu. Elles influencent directement la qualité des soins et la dynamique des équipes. Pourtant, elles restent peu reconnues, peu enseignées et souvent freinées par des obstacles structurels. Cette étude souligne l'urgence de repenser les environnements de travail pour donner enfin au savoir-être la place qu'il mérite, au même titre que les compétences techniques.

IV. DISCUSSION

IV.1. Quel regard les infirmiers et les responsables hospitaliers portent-ils sur les compétences comportementales, et quelle place leur donnent-ils dans leur pratique ?

Les résultats de l'étude montrent clairement que les participants, qu'ils soient cadres ou infirmiers, accordent une grande importance aux compétences comportementales. Pour eux, ces qualités humaines sont essentielles à la qualité des soins, au bon fonctionnement des équipes, et à la gestion des situations tendues. Cette reconnaissance s'aligne avec les travaux de Flin et collaborateurs et également à l'étude de Salas et collaborateurs qui soulignent le rôle central des compétences non techniques dans les environnements cliniques complexes [1,2]. Cependant, cette reconnaissance reste largement théorique : ces compétences ne sont ni enseignées de façon structurée, ni intégrées dans les évaluations ou les parcours professionnels.

Ce paradoxe, également relevé par Leonard, Frankel et Simmonds en 2018, montre que ces compétences, bien que perçues comme essentielles, demeurent « invisibles » dans les pratiques de gestion hospitalière [5]. On continue de valoriser avant tout la technique, au détriment du relationnel. Cette situation invite à repenser ce que signifie être « compétent » en milieu hospitalier. Le modèle de Spencer qui inclut des dimensions comme les valeurs, la personnalité et les comportements observables, propose une approche plus globale, mieux adaptée aux défis humains du secteur de la santé [6].

IV.2. Quels éléments freinent ou favorisent l'expression des compétences comportementales sur le terrain ?

L'étude met en lumière une série de facteurs individuels, organisationnels et contextuels qui influencent le développement et l'usage des compétences comportementales.

Sur le plan personnel, l'expérience, la maturité émotionnelle et l'éthique professionnelle jouent un rôle facilitateur. Ce constat rejoint les travaux de Tchouaket et al. [9], qui

insistent sur l'importance du vécu professionnel dans l'apprentissage de comportements adaptés. Toutefois, ces ressources individuelles sont souvent étouffées par des contraintes lourdes : surcharge de travail, manque d'équipement, absence de formations ciblées, encadrement peu à l'écoute, climat tendu,... Ces freins sont également relevés dans d'autres études en Afrique subsaharienne et semblent constituer un obstacle systémique [7,8]. Il est donc essentiel de ne pas faire reposer uniquement sur les individus la responsabilité du savoir-être. Comme le rappelle la théorie du comportement planifié d'Ajzen, un professionnel n'adoptera un comportement que s'il se sent soutenu par son environnement [13]. Si le contexte est perçu comme hostile ou autoritaire, les soignants se replient, se protègent ou se désengagent.

Cela dit, tout n'est pas sombre. Des éléments positifs existent : l'appui d'un leader humain, la solidarité entre collègues ou encore l'émergence de « micro-cultures » bienveillantes dans certaines unités. Ces espaces de confiance, bien que rares, montrent que le changement est possible, même sans réforme d'envergure.

IV.3. Quels impacts concrets les compétences comportementales ont-elles sur les soins, les équipes et le climat de travail ?

Les témoignages recueillis montrent que lorsqu'elles sont présentes, les compétences comportementales ont un effet direct et bénéfique : meilleure communication avec les patients, réduction des tensions, amélioration de la coopération, baisse du stress dans les équipes...

Sur le plan clinique, elles renforcent la relation thérapeutique et favorisent l'adhésion des patients, comme l'ont aussi montré Robbins & Judge [14].

Sur le plan organisationnel, elles participent à créer un climat plus apaisé, plus équitable et plus propice à la collaboration.

A l'inverse, leur absence crée des environnements toxiques : méfiance, isolement, tensions, démobilisation... On peut donc voir dans ces compétences des leviers de résilience collective, capables d'améliorer non seulement la qualité des soins, mais aussi la santé globale de l'organisation.

Cela renforce l'idée que ces compétences doivent être pleinement intégrées aux référentielles qualités, aux formations continues et aux systèmes d'évaluation. Mettre en place des espaces d'échange, reconnaître les comportements vertueux ou introduire des critères de savoir-être dans les évaluations pourrait transformer positivement la culture professionnelle dans les hôpitaux.

V. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en lumière la manière dont les compétences comportementales sont perçues, utilisées et (sous-)valorisées par les infirmiers et cadres hospitaliers dans la zone de santé de Bandundu (RDC).

Si leur utilité est largement reconnue sur le terrain, leur prise en compte dans les formations, les évaluations ou les politiques de gestion reste marginale. Cette déconnexion freine leur mise en œuvre effective, d'autant plus que les professionnels doivent composer avec des conditions de travail difficiles et un encadrement souvent peu participatif.

Il est donc urgent de réévaluer la place du savoir-être dans le système de santé congolais. Humaniser les soins ne peut plus être un simple idéal : cela doit devenir un axe central des politiques publiques en santé, au même titre que les compétences techniques.

Comme recommandations, nous formulons les suivantes :

- Formation continue : intégrer les modules de communication, la gestion des conflits, l'intelligence émotionnelle et le leadership éthique ;
- Gestion des ressources humaines : instaurer la supervision participative, la valorisation du savoir-être dans les évaluations, la reconnaissance formelle du travail comportemental ;
- Climat de travail et relation soignant-soigné : promouvoir le respect mutuel, la prévention des conflits, l'instauration de groupes de parole pour renforcer la confiance ;
- Intégrer officiellement les compétences comportementales dans les référentiels de formation, d'évaluation et de progression professionnelle à tous les niveaux ;
- Mettre en place des dispositifs de supervision éthique, de soutien psychologique et de retours d'expérience réguliers dans les établissements de santé ;
- Favoriser une culture organisationnelle bienveillante, en accompagnant les responsables hospitaliers dans l'adoption de pratiques de management collaboratif et humain.

.REFERENCES

1. Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills*. Boca Raton: CRC Press; 2008.
2. Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a “big five” in teamwork? *Small Group Research*. 2005;36(5):555–599.
<https://doi.org/10.1177/1046496405277134>
3. World Health Organization (WHO). *Human factors in patient safety: Review of topics and tools*. Geneva: WHO Press; 2009.
4. Reason J. Human error: Models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768–770.
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
5. Leonard MW, Frankel AS, Simmonds T. Why are we still talking about leadership? *J Patient Saf Risk Manag*. 2018;23(1):1–3.
<https://doi.org/10.1177/2516043517748472>
6. Spencer LM, Spencer SM. *Competence at work: Models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons; 1993.
7. Ofori-Atta AL, Banning M, Osei H. Nurses' perceptions of professional caring in Ghana. *Nurs Open*. 2017;4(2):94–103.
<https://doi.org/10.1002/nop2.72>
8. Okafor UV, Ekwere IT, Nwafor AM. Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary hospital. *J Hosp Adm*. 2019;8(1):1–8.
<https://doi.org/10.5430/jha.v8n1p1>
9. Tchouaket E, Kaboré JL, Obiang AM, Dubois CA. Factors influencing patient-centered care in African health systems: A systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2020;32(6):387–394.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa052>
10. Mukini JM, Mukuna BN, Mukandu BBL. Caractérisations des ménages et risques de décès infantile dans la Zone de Santé de Kisenso à Kinshasa, République Démocratique du Congo. *Rev Cong Sci Tech*. 2025;4(3):409–416.
11. Ramazani-Tabora J, Atuba PM, Ramazani-Bongolu B, Botokomoy OM, Ngbolua KN, Mbungu RM, et al. Determinants of neonatal mortality in hospitals in the Tshopo province of the Democratic Republic of Congo. *Orapuh J*. 2025;6(9):e1290.
<https://dx.doi.org/10.4314/orapj.v6i9.90>
12. Sara K, Naïke B, Annemarie R-C, Young ML. Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict: A scoping review. *J Interprof Care*. 2017;31(3):1–9.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1272558>
13. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179–211.
[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
14. Robbins SP, Judge TA. *Organizational behavior*. 15th ed. Harlow: Pearson Education; 2014.