

International Journal of **Public Policy and Administration**

(IJPPA) **Depreciation Allocations and Financial Resilience in Public
Health Facilities in the DRC: An Underutilized Strategic Lever. A
Qualitative Study and Reform Pathways for Sustainable Asset
Management**



**CARI
Journals**

Dotations aux Amortissements et Résilience Financière Dans les Structures de Santé Publiques de la RDC : un Levier Stratégique Sous-exploité. Analyse Qualitative et Perspectives de Réforme Pour une Gestion Patrimoniale Durable

« Depreciation Allocations and Financial Resilience in Public Health Facilities in the DRC: An Underutilized Strategic Lever. A Qualitative Study and Reform Pathways for Sustainable Asset Management »

 **Bwalya Peti Richard**

Section Techniques Biomédicales Spécialisées et Gestion des Organisation de Santé,

Institut Supérieur des Techniques Médicales I.S.T.M/Kolwezi, DRC

<https://orcid.org/0009-0004-0821-0210>

RÉSUMÉ

Objectif de l'étude : cette recherche analyse les freins à l'adoption des dotations aux amortissements dans les structures de santé publiques en RDC, évalue leur rôle potentiel comme levier stratégique de résilience financière et propose des pistes de réforme pour une intégration durable.

Méthodologie : Une étude qualitative exploratoire a été menée, entre janvier et avril 2025, auprès de 296 professionnels du secteur de la santé publique, à l'aide de questionnaires semi-structurés. L'analyse thématique inductive a permis d'identifier perceptions, obstacles et opportunités liés à l'amortissement.

Résultats : Les résultats montrent que plus de 74 % des répondants sont peu ou assez familiers aux amortissements, la majorité des structures n'intègrent pas les amortissements dans leur gestion financière. La priorité faite aux dépenses urgentes est la raison majeure du manque d'applicabilité des amortissements. Des tests statistiques (χ^2 et corrélations de Spearman) confirment que la familiarité et l'intégration des amortissements améliorent significativement la perception de résilience financière.

Contribution à la théorie, aux politiques et à la pratique : Sur le plan théorique, l'étude comble un vide dans la littérature africaine sur la gestion patrimoniale hospitalière. Sur le plan pratique, elle propose des réformes concrètes pour institutionnaliser les amortissements, former les gestionnaires et aligner les financements extérieurs sur une logique de pérennité. Enfin, elle offre aux décideurs des pistes pour réduire la dépendance des hôpitaux congolais vis-à-vis de l'aide internationale.

Mots-clés : *Dotations aux amortissements, Résilience financière, Structures de santé, Gestion hospitalière, RDC.*

ABSTRACT

Study Objective: This research examines the barriers to adopting depreciation allowances in public health facilities in the DRC, evaluates their potential as a strategic tool for financial resilience, and suggests pathways for reform to ensure sustainable integration.

Methodology: An exploratory qualitative study was conducted from January up to April 2025, with 296 professionals in the public health sector using semi-structured questionnaires. Inductive thematic analysis identified perceptions, obstacles, and opportunities related to depreciation.

Results: The results show that more than 74% of respondents have little or no familiarity with depreciation allowances; the majority of facilities do not integrate depreciation allowances into their financial management. Prioritizing urgent expenses is the main reason for the lack of applicability of depreciation allowances. Statistical tests (chi-squared and Spearman correlations) confirm that familiarity with and integration of depreciation allowances significantly improve the perception of financial resilience.

Contribution to theory, policy, and practice: On a theoretical level, this study fills a gap in the African literature on hospital asset management. On a practical level, it proposes concrete reforms to institutionalize depreciation, train managers, and align external financing with a sustainable approach. Finally, it offers policymakers ideas for reducing Congolese hospitals' dependence on international aid.

Keywords: *Depreciation Allowances, Financial Resilience, Healthcare Facilities, Hospital Management, DRC.*

INTRODUCTION

Les systèmes de santé des pays en développement sont confrontés à une fragilité structurelle liée à des contraintes budgétaires persistantes et à une forte dépendance à l'aide internationale. Dans ce contexte, la résilience financière est devenue une priorité stratégique (Wiysonge et al., 2017; Pradhan et al., 2023). Parmi les outils de gestion susceptibles de renforcer cette résilience, les dotations aux amortissements, mécanisme comptable permettant de répartir le coût des actifs sur leur durée de vie, demeurent sous-utilisées dans les structures publiques africaines (Mbelwa, 2018; Kirigia, 2016).

Dans les pays à revenu élevé, l'amortissement constitue un pilier des réformes comptables modernes, favorisant la transparence budgétaire, la planification patrimoniale et la résilience des infrastructures publiques (Brusca et al., 2015, Hepworth, 2017). En Europe, par exemple, l'intégration des normes IPSAS a permis une meilleure anticipation des coûts de renouvellement des équipements de santé et une stabilisation des budgets hospitaliers (Tsani et al., 2021). En outre, l'amortissement peut fournir un mécanisme permettant de réaffecter des fonds à des besoins de santé critiques, améliorant ainsi la résilience globale du système. L'amortissement permet l'allocation systématique de fonds, permettant aux systèmes de santé d'investir dans les infrastructures et le personnel, essentiels à la résilience (Lebedeva & Shkuropadska, 2024). Une dette publique élevée peut limiter la capacité à investir dans les systèmes de santé. Celle-ci influence de manière significative l'efficacité de l'amortissement des structures de santé en Europe, notamment dans le contexte de la gestion des crises et des dépenses de santé. (Coccia & Benati, 2023). Les politiques d'austérité ont toujours limité les dépenses de santé, sapant ainsi la résilience et la préparation (M. Workshop, 2023). La stabilité politique et la qualité de la réglementation peuvent atténuer les impacts négatifs de la dette sur les dépenses de santé, en particulier dans les pays de l'UE. Les pays dotés d'institutions solides sont mieux placés pour allouer les ressources de manière efficace, même en période d'endettement élevé (Cooray & Özmen, 2024). Les mesures d'austérité imposées pendant les crises économiques entraînent souvent des coupes dans les services de santé, aggravant ainsi la vulnérabilité des systèmes de santé (Houston et al., 2011). La relation entre la dette publique et les dépenses de santé est complexe, la croissance du PIB étant l'un des principaux moteurs des dépenses de santé, éclipsant l'influence de la dette publique (Piscopo et al., 2024). À l'échelle européenne, les systèmes de santé sont souvent financés par des modèles fiscaux robustes, permettant une couverture santé universelle (CSU) et une gestion efficace des ressources (Tapsoba et al., 2023). Cependant, Van Wyk note que même en Europe, les pays en transition vers l'accrual accounting peinent à harmoniser ces normes avec les réalités politiques (Van Wyk, 2019). Cependant, cette approche est difficilement applicable aux pays en développement, où les systèmes fiscaux sont souvent sous-développés et les ressources financières limitées (Darimont & Liu, 2013).

En Afrique, seuls 15 % des pays ont entamé une transition partielle vers une comptabilité d'exercice (accrual accounting), souvent limitée aux entreprises publiques (Anessi-Pessina et al., 2020). Les budgets publics restent focalisés sur les dépenses courantes, négligeant la capitalisation et l'amortissement (Mbelwa, 2018). Dans le secteur de la santé, cette lacune aggrave la dépendance à l'aide internationale, les structures ne pouvant pas anticiper le remplacement d'équipements médicaux obsolètes (Kirigia, 2016). La faiblesse des systèmes comptables publics et la prédominance de la logique "cash-based" limitent l'utilisation des amortissements. L'absence de planification des coûts de renouvellement décourage les investisseurs locaux, renforçant la dépendance à l'aide extérieure (Gupta et al., 2021). Les systèmes de santé dépendants de donateurs internationaux subissent des interruptions de financement, faute de mécanismes endogènes de résilience (Chansa et al., 2018). Dans de nombreux hôpitaux publics africains, la gestion est centrée sur l'administration plutôt que sur les résultats. Cette approche limite l'intégration des dotations aux amortissements dans la planification stratégique. L'hôpital public fonctionne comme une administration, sans culture du résultat, la logique dominante étant celle de l'État distributeur de crédits (Mouto Nsia, C., 2014). Le manque d'encadrement institutionnel et de leadership au niveau des ministères de la Santé ou des organes de tutelle crée une désorganisation dans la gestion financière hospitalière, en particulier pour des outils comme les amortissements, perçus comme accessoires. La forte dépendance aux financements extérieurs rend les hôpitaux vulnérables et limite leur autonomie financière, entravant la planification à long terme (Foka Tagne, et al., 2020). Le déficit de formation spécifique des gestionnaires hospitaliers en comptabilité analytique et en gestion financière stratégique empêche une intégration optimale des outils comme les amortissements dans les prises de décision. Ceci constitue une barrière majeure à l'adoption d'outils de pilotage modernes (Diallo, 2015). Dans plusieurs systèmes de santé africains, les dotations aux amortissements sont perçues comme de simples écritures comptables sans impact réel sur la trésorerie, ce qui contribue à leur négligence dans la planification stratégique. Elle est perçue comme une charge fictive sans incidence immédiate sur la gestion quotidienne (Nguena, 2017).

La résilience financière des systèmes de santé des pays à faible revenu est essentielle pour maintenir la prestation des soins de santé. En Indonésie, l'engagement communautaire a amélioré la résilience du système de santé en favorisant les mécanismes adaptatifs et la coordination entre les parties prenantes (Widhiyoga, 2022). De nombreux pays à faible revenu sont toujours confrontés à d'importants défis pour atteindre la résilience financière. En moyenne, moins de 30 % des dépenses de santé dans les pays à faible revenu proviennent de sources gouvernementales, ce qui entraîne une forte dépendance à l'égard de l'aide extérieure et des paiements personnels (Asante et al., 2020). L'assurance maladie sociale vise à fournir une protection financière et un accès équitable, mais son efficacité dans les pays à faible revenu est toujours en cours d'évaluation (Van Damme, 2007). Des défis persistent, notamment le manque d'efficacité dans l'allocation des ressources et la nécessité d'augmenter les dépenses publiques en matière de santé. Certains affirment que sans réformes

substantielles et sans investissements accrus, la résilience des systèmes de santé des pays à faible revenu pourrait rester compromise (Tangcharoensathien et al., 2022).

En République Démocratique du Congo (RDC), le système hospitalier public souffre d'une faible application des dotations aux amortissements, malgré leur prévision dans le référentiel SYSCOHADA. Cette lacune entraîne une détérioration des équipements, une dépendance excessive à l'aide extérieure et une vulnérabilité financière accrue. Les états financiers ne reflètent pas la dépréciation des actifs, faute d'une culture comptable adaptée et d'un encadrement institutionnel solide. Le ministère de la Santé manque de capacités de maintenance et de leadership stratégique, tandis que les projets d'investissement négligent les coûts de renouvellement (Ministère de la Santé de la République démocratique du Congo, 2019). Pour renforcer la résilience du système, il est essentiel d'intégrer les amortissements dans la gestion hospitalière, de mobiliser des ressources internes, de réformer le cadre réglementaire et de former les acteurs à une comptabilité durable. D'autres auteurs abordent quelques aspects de cette thématique. Kabey souligne que les dotations aux amortissements sont quasi inexistantes dans le secteur public. Le Code de Gestion des Finances Publiques congolais (2011) ne mentionne pas explicitement l'obligation d'amortir les actifs publics, privilégiant une comptabilité de caisse simplifiée (Kabey, 2022). Cette approche court-termiste compromet la capacité des structures sanitaires à programmer le remplacement de leurs équipements, les rendant fortement dépendantes de l'aide extérieure (Kirigia, 2016 ; Mushi et al., 2020). La mobilisation de ressources internes, y compris des mécanismes d'amortissement, pourrait renforcer la résilience financière des structures de santé en RDC (Tapsoba et al., 2023) . Un encadrement insuffisant et un leadership limité du ministère de la Santé affectent la gestion des dotations aux amortissements. La focalisation sur des programmes verticaux financés par des partenaires extérieurs détourne l'attention des gestionnaires des aspects essentiels de la gestion hospitalière, tels que les amortissements (Bumba, 2012). Le financement de la santé nécessite une approche intégrée qui combine des ressources publiques et privées, tout en tenant compte des réalités socio-économiques locales (Geoffroy et al., 2020) .

MÉTHODES ET MATÉRIELS

Cette étude qualitative exploratoire a été menée dans les structures de santé publiques du Katanga (RDC) auprès de 296 répondants sélectionnés par échantillonnage raisonné (gestionnaires, médecins, comptables et infirmiers). La collecte des données, réalisée entre janvier et avril 2025, s'est appuyée sur des questionnaires semi-structurés administrés en présentiel et via Google Forms. Les analyses ont combiné une approche thématique inductive pour les données qualitatives avec des traitements statistiques descriptifs et inférentiels (χ^2 , corrélations de Spearman) effectués à l'aide de SPSS 20. Le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

I. Caractéristiques sociodémographiques

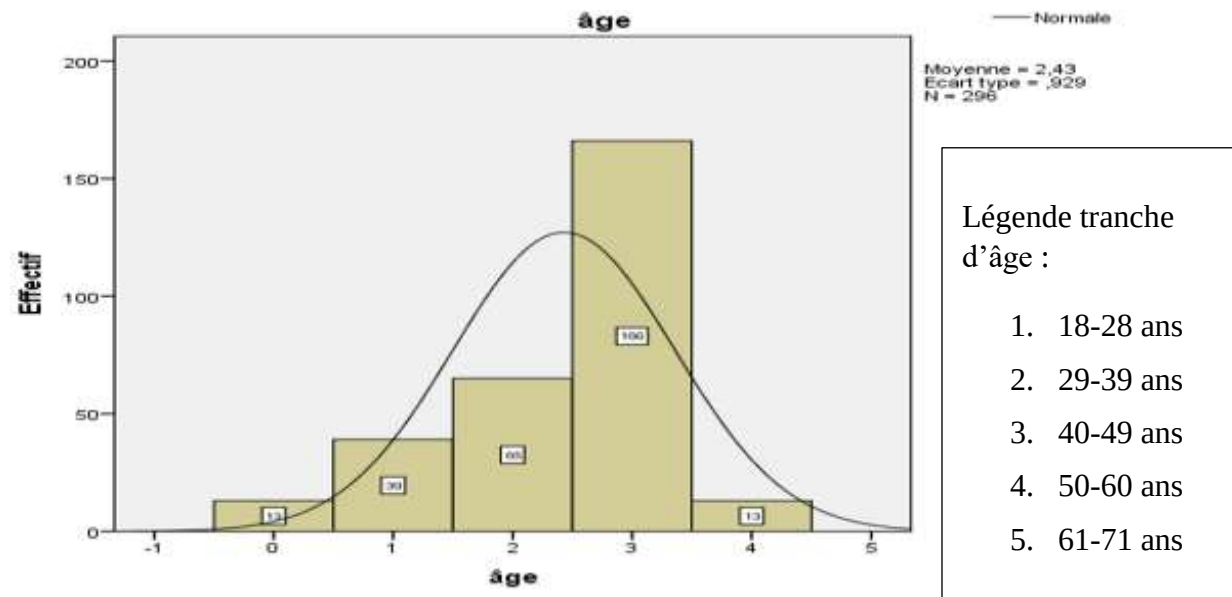


Figure 1 : Répartition des répondants selon l'âge

La tranche d'âge comprise entre 40 et 49 ans est la prédominante parmi les répondants

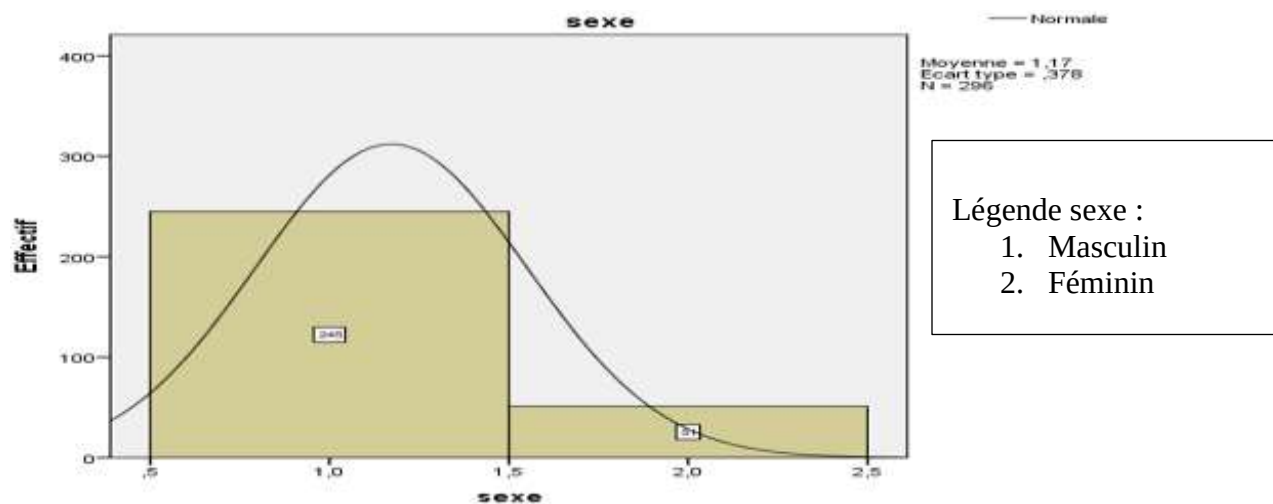


Figure 2 : Répartition des répondants selon le sexe

La répartition montre une forte domination masculine des répondants (82,8 %)

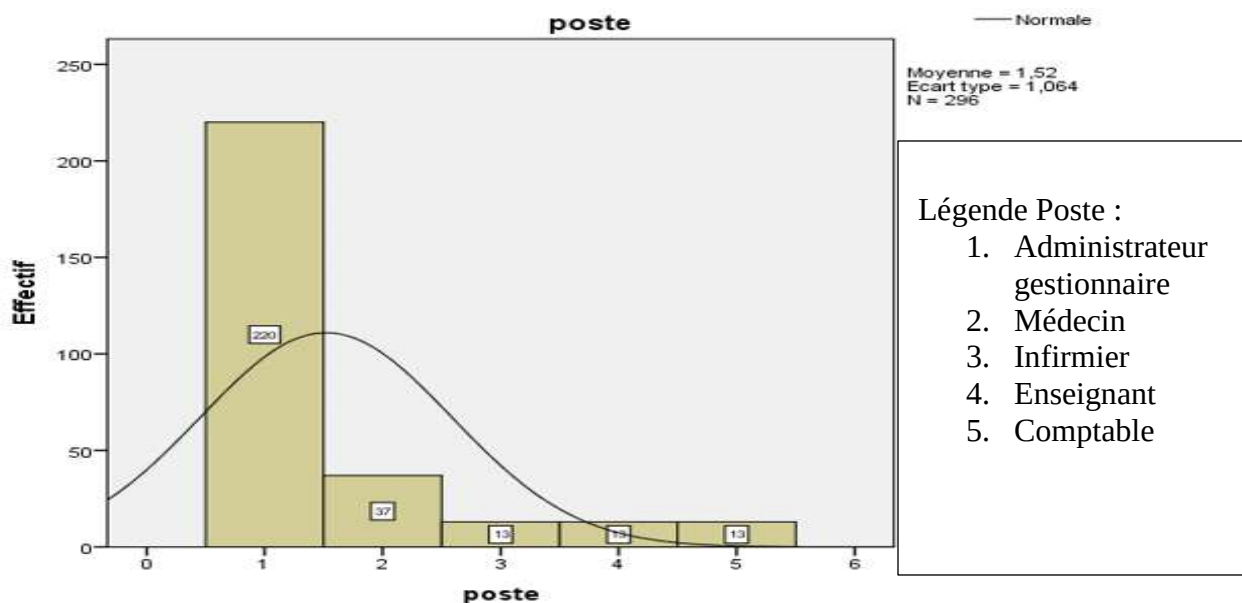


Figure 3 : Distribution des répondants selon le poste

Les postes sont concentrés dans une seule catégorie des administrateurs gestionnaires (74,3 %)

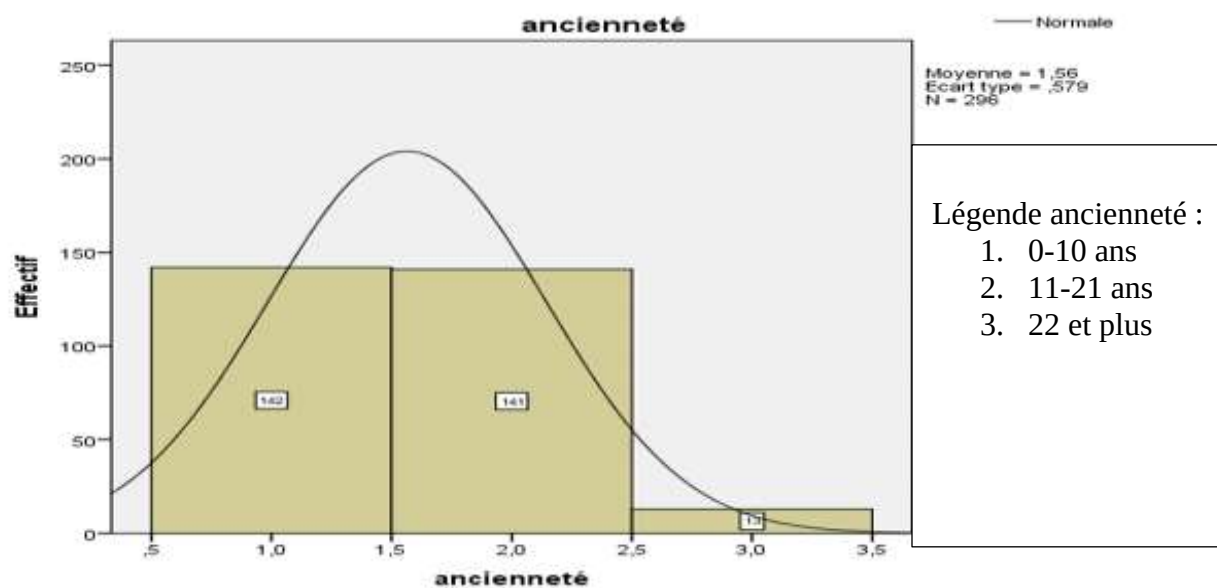


Figure 4 : Distribution selon l'ancienneté

L'ancienneté majoritairement faible (moins de 10 ans pour 95 %)

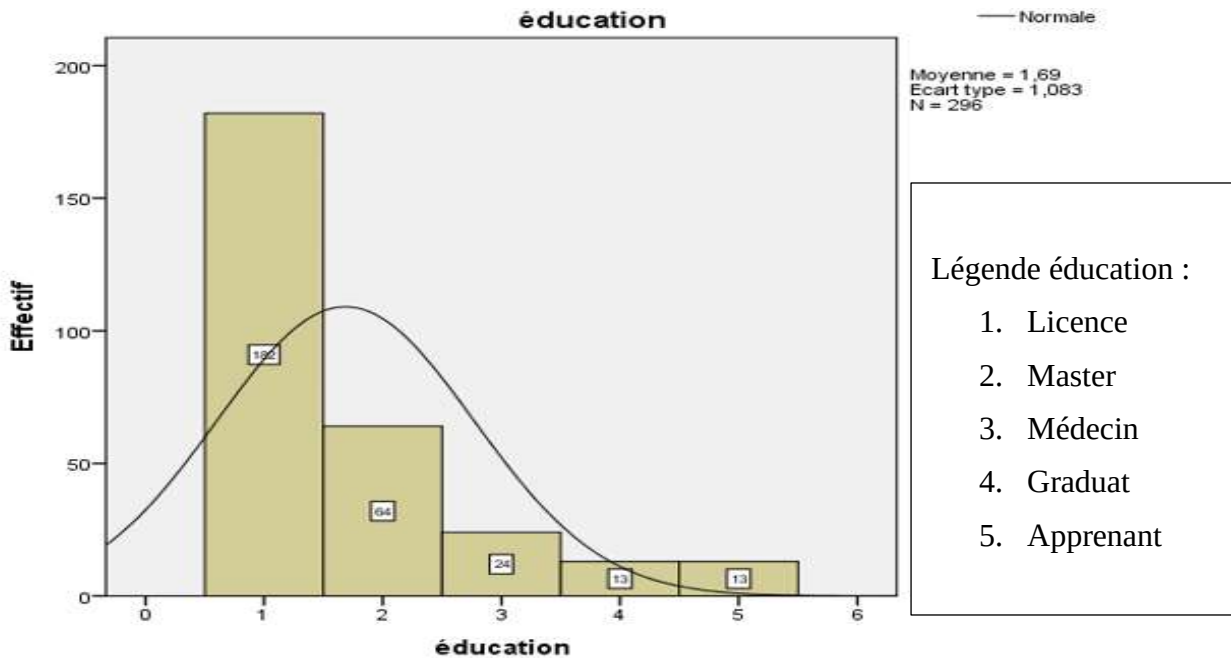


Figure 5 : Répartition selon le niveau d'éducation

Le niveau d'éducation élevé (61,5 % au premier niveau supérieur)

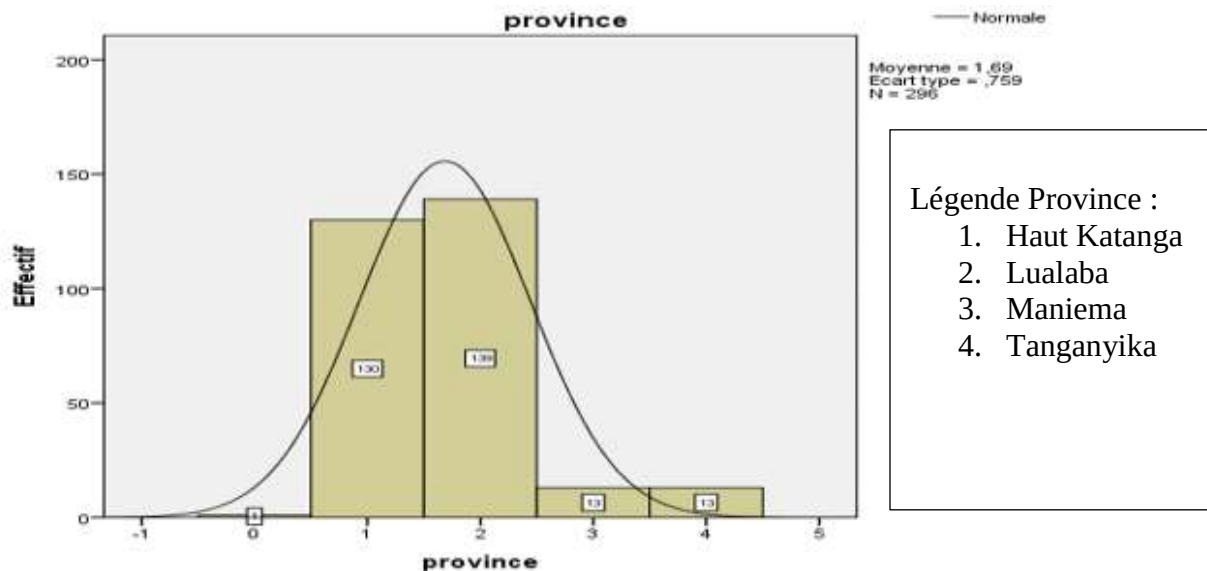


Figure 6 : Distribution selon la province

L'échantillon varié en termes de province

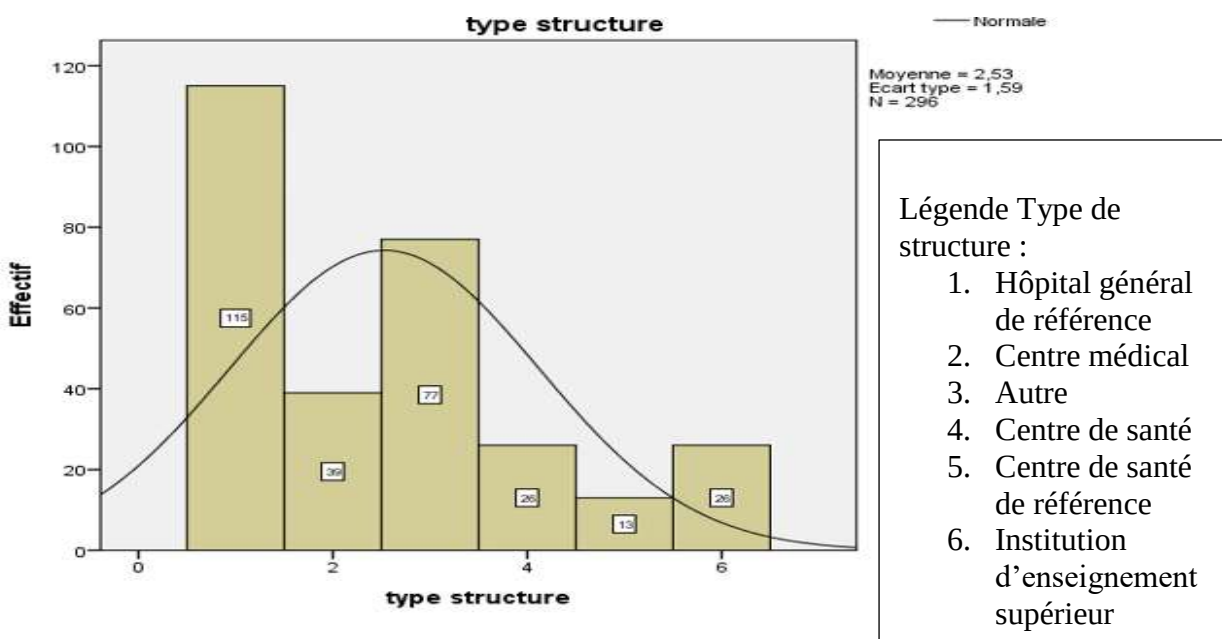


Figure 7 : Distribution selon le type de structure de santé

Les répondants proviennent en majorité des hôpitaux généraux de référence publics

II. Dotations aux amortissements et ressources financières

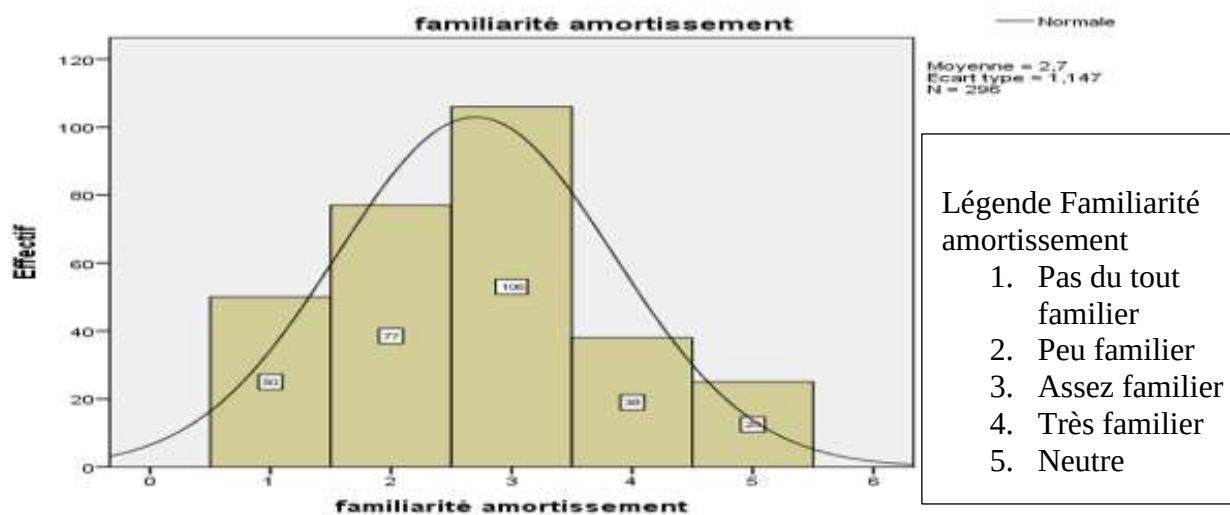


Figure 8 : Histogramme du niveau de familiarité avec les amortissements

Plus de 74 % sont peu ou assez familiers aux amortissements, une base de connaissance inégalement exploitée.

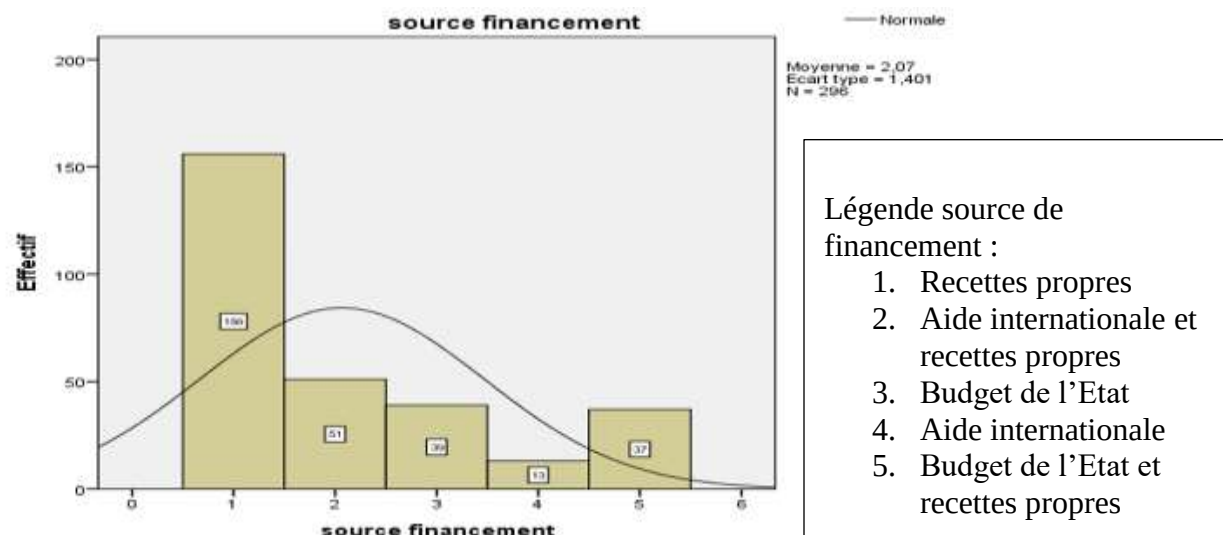


Figure 9 : Répartition des sources de financement des structures de santé

Plus de la moitié (52,7 %) dépend d'une source unique traduisant une vulnérabilité.

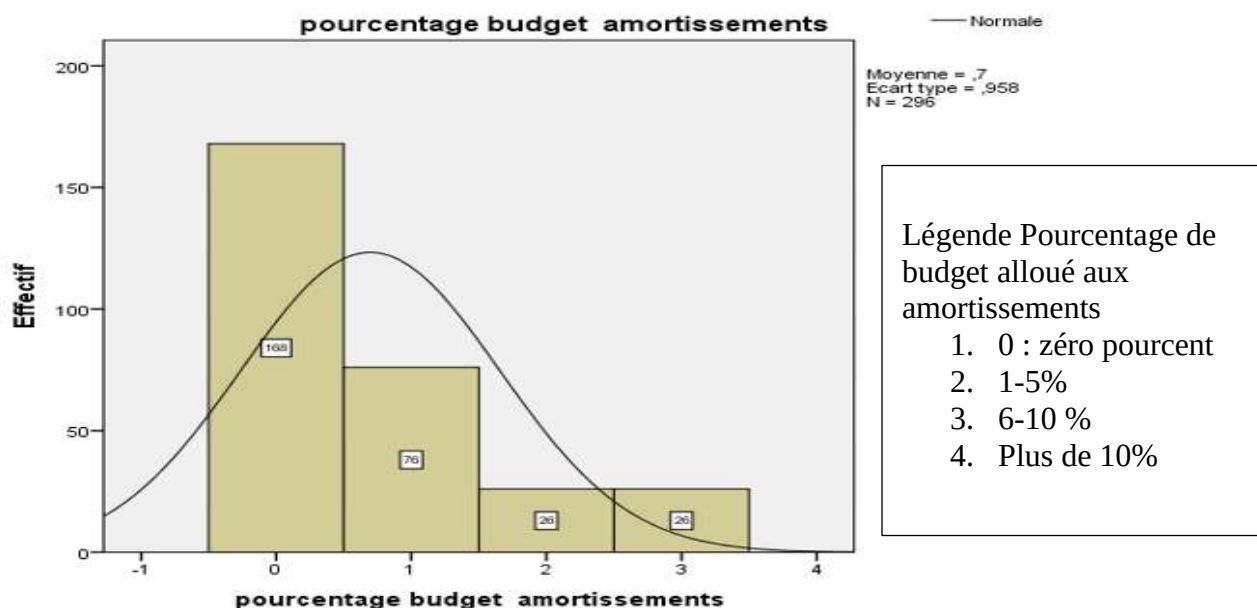


Figure 10 : Pourcentage du budget consacré aux amortissements

56,8 % n'allouent rien aux amortissements, une mise en évidence du levier sous-exploité.

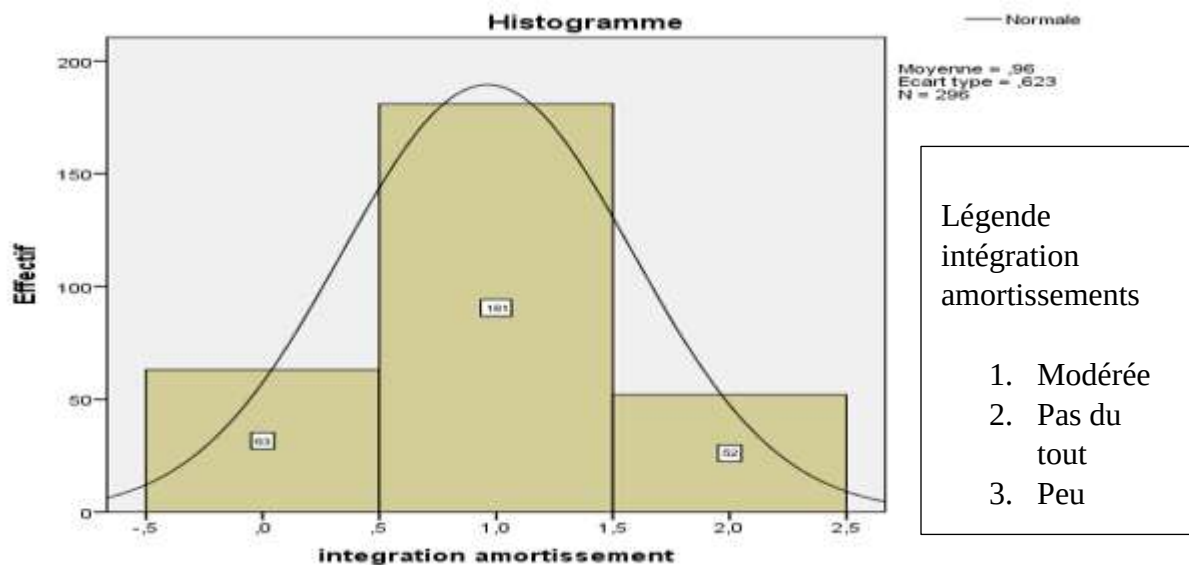


Figure 11 : Histogramme du degré d'intégration des amortissements dans la gestion financière

La majorité des structures n'intègrent pas les amortissements dans leur gestion financière.

III. Résilience financière perçue

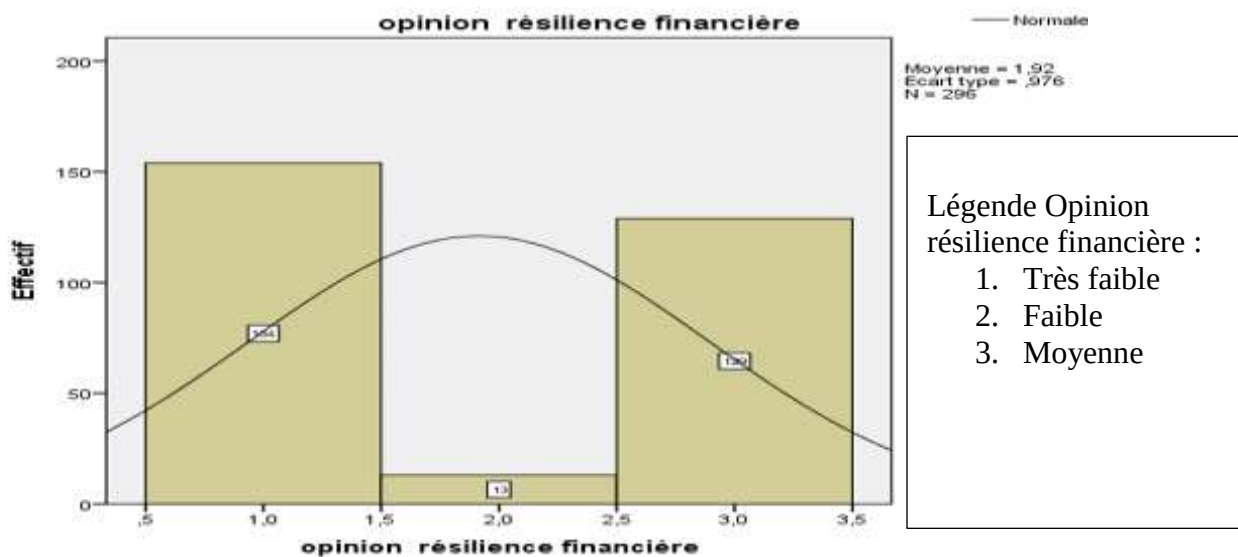


Figure 12 : Opinions des répondants sur la résilience financière de leur structure

Les répondants perçoivent une très faible résilience à grande majorité en l'absence d'amortissement.

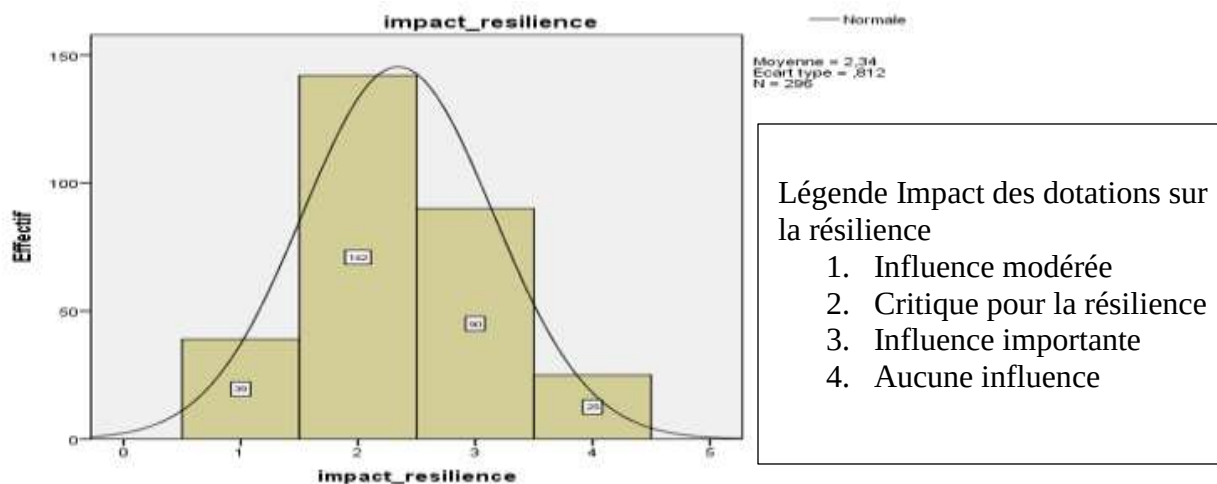


Figure 13 : Opinions sur l'impact des amortissements sur la résilience des structures

La majorité perçoit la résilience critique de l'impact de l'absence des amortissements

IV. Relations entre amortissements et résilience

Tableau 14 : Relation entre familiarité avec les amortissements et opinion sur la résilience financière

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	63,270 ^a	8	,000
Rapport de vraisemblance	61,628	8	,000
Association linéaire par linéaire	5,353	1	,021
Nombre d'observations valides	296		

a. 5 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,10.

(Test Khi-Deux : $\chi^2=63,27$; $p<0,001$). Plus la familiarité augmente, plus la résilience est perçue comme forte : levier stratégique confirmé.

Tableau 15 : Relation entre familiarité avec les amortissements et impact sur la résilience

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	214,028 ^a	12	,000
Rapport de vraisemblance	242,794	12	,000
Association linéaire par linéaire	12,855	1	,000
Nombre d'observations valides	296		

a. 4 cellules (20,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,11.

($\chi^2=214,03$; $p<0,001$) Les structures les plus familiarisées considèrent les amortissements comme ayant un fort impact.

Tableau 16 : Relation entre intégration des amortissements et impact sur la résilience

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	120,654 ^a	6	,000
Rapport de vraisemblance	160,776	6	,000
Association linéaire par linéaire	24,189	1	,000
Nombre d'observations valides	296		

a. 1 cellules (8,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,39.

($\chi^2=120,65$; $p<0,001$): L'intégration effective des amortissements renforce directement la résilience perçue.

Tableau 17 : Relation entre impact de la résilience et opinion sur la résilience

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	148,467 ^a	6	,000
Rapport de vraisemblance	170,600	6	,000
Association linéaire par linéaire	19,132	1	,000
Nombre d'observations valides	296		

a. 3 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,10.

($\chi^2=148,47$; $p<0,001$): L'évaluation de l'impact est cohérente avec les perceptions exprimées.

V. Analyses de corrélation

Tableau 18 : Corrélations de Spearman entre familiarité et l'impact sur la résilience

		Corrélations	
		familiarité amortissement	impact_resilience
Rho de Spearman	familiarité amortissement	Coefficient de corrélation	1,000
		Sig. (bilatérale)	,286**
		N	,000
	impact_resilience	Coefficient de corrélation	296
		Sig. (bilatérale)	,286**
		N	1,000

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Familiarité et Impact résilience ($p=0,286$; $p<0,01$) : corrélation modérée et significative.

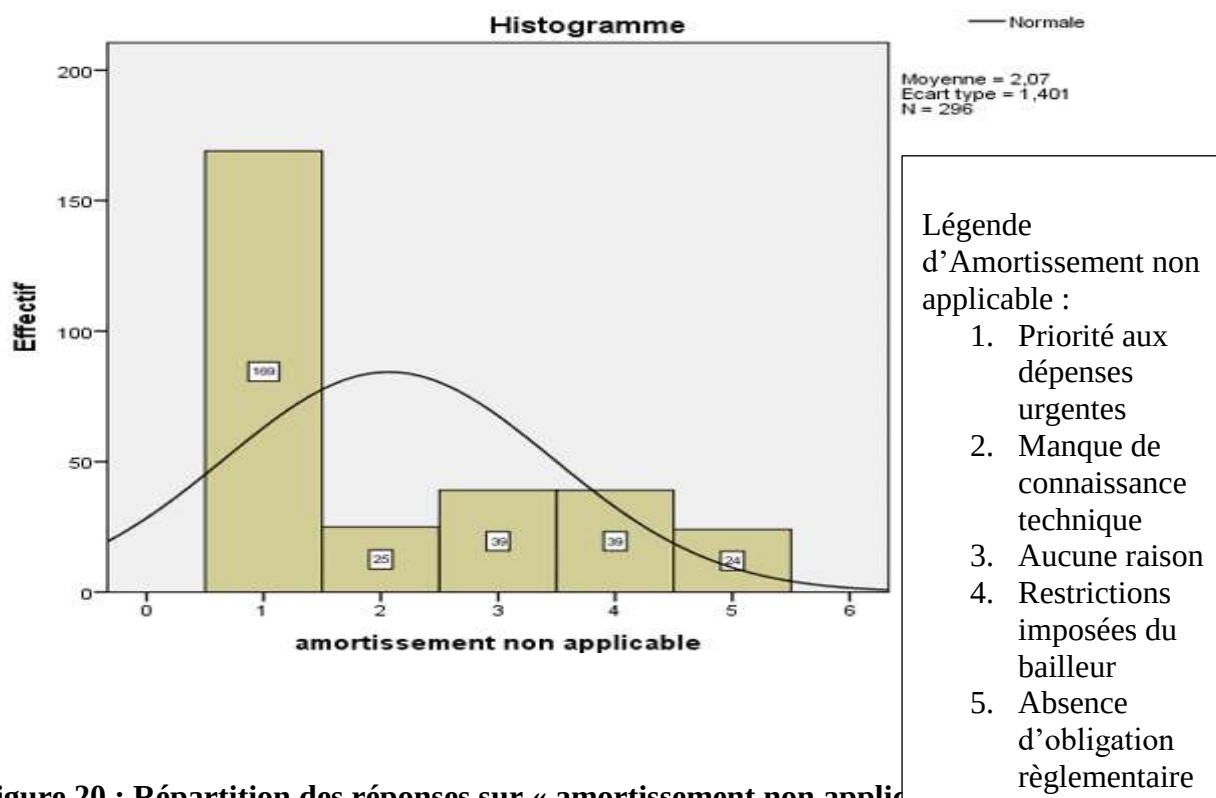
Tableau 19 : Corrélations de Spearman entre familiarité et opinion sur la résilience

Corrélations			familiarité amortissement	opinion résilience financière
Rho de Spearman	familiarité amortissement	Coefficient de corrélation	1,000	,121*
		Sig. (bilatérale)	.	,038
		N	296	296
	opinion résilience financière	Coefficient de corrélation	,121*	1,000
		Sig. (bilatérale)	,038	.
		N	296	296

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Familiarité de l'opinion résilience ($\rho=0,121$; $p<0,05$) : corrélation faible mais significative.

VI. Résultats secondaires

**Figure 20 : Répartition des réponses sur « amortissement non applicable »**

La priorité faite aux dépenses urgentes est la raison majoritaire de l'absence de l'applicabilité des amortissements

DISCUSSIONS

Les résultats confirment que les dotations aux amortissements, bien que prévues par le SYSCOHADA, sont largement négligées dans les structures de santé publiques des provinces. Plus de 80 % des gestionnaires ne les intègrent pas, ce qui reflète une faiblesse structurelle déjà observée en Zambie (Chansa et al., 2018) et au Cameroun (Foka Tagne et al., 2020). L'absence d'amortissement entraîne une dépendance accrue aux bailleurs et une obsolescence rapide des actifs.

L'association statistique entre la familiarité des gestionnaires et la perception de la résilience confirme que l'intégration des amortissements renforce la soutenabilité hospitalière. Ce résultat rejoint Brusca et al. (2015) et Anessi-Pessina et al. (2020) qui montrent qu'en Europe, la comptabilité patrimoniale a amélioré la planification et la transparence financière. Dans le contexte africain, Mbelwa (2018) et Kirigia (2016) soulignent que l'absence de tels mécanismes prive les hôpitaux d'un outil crucial d'anticipation des besoins en capital.

Par ailleurs, l'étude révèle un paradoxe : la majorité reconnaît l'importance stratégique des amortissements, mais l'absence de cadre réglementaire (95,6 %) en bloque l'application. Ce constat corrobore Kabey (2022), qui dénonce le décalage entre normes et pratiques en RDC. Un environnement réglementaire adapté, combiné à la formation des gestionnaires et à des financements alignés sur des objectifs de durabilité, apparaît indispensable. Enfin, cette recherche enrichit la littérature africaine en établissant un lien empirique entre amortissements et résilience financière, un champ encore peu étudié. Elle ouvre de nouvelles perspectives sur l'importance des mécanismes comptables dans le renforcement de la gouvernance hospitalière et de l'autonomie financière des systèmes de santé.

L'étude remédie aux lacunes dues à l'absence d'analyse sur l'intégration des dotations aux amortissements, longtemps inusitée, dans la gestion financière des structures de santé publiques en RDC. Elle introduit un levier innovant permettant de valoriser les actifs et diversifier les outils financiers qui, en fin de compte, contribuant ainsi à réduire la dépendance aux financements internationaux renforcerait la résilience financière des structures de santé. Quant aux limites, l'utilisation exclusive d'une approche qualitative via des questionnaires en ligne limite la généralisation des résultats, notamment en raison de la représentativité restreinte des répondants, qui devrait inclure aussi des décideurs, et des disparités contextuelles régionales. De plus, la subjectivité inhérente aux perceptions des acteurs interrogés pourrait influencer l'objectivité des conclusions. En ce qui concerne les perspectives, il serait pertinent d'élargir l'échantillon à plusieurs provinces de la RDC. Une analyse comparative avec d'autres contextes régionaux ou

internationaux permettrait également d'affiner le modèle de gestion proposé, renforçant ainsi sa robustesse et sa pertinence pour le secteur public de la santé en RDC.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude montre que la non-intégration des dotations aux amortissements freine la résilience financière des structures de santé publiques en RDC, en raison notamment d'un déficit de compétences, de l'absence de cadre légal et de la dépendance aux financements extérieurs. Cependant, les résultats indiquent qu'une intégration effective peut accroître la soutenabilité et l'autonomie des hôpitaux. Pour favoriser cette intégration, il convient d'instaurer un cadre légal obligeant les amortissements dans toutes les structures publiques de santé, d'intégrer systématiquement les dotations dans les budgets hospitaliers et dans les systèmes d'information pour automatiser leur suivi, et de former massivement les gestionnaires en comptabilité patrimoniale et planification financière. Il est aussi nécessaire d'aligner les financements des bailleurs sur des stratégies de pérennisation patrimoniale et de mettre en place un dispositif national de suivi-évaluation des amortissements. Enfin, l'institutionnalisation des dotations aux amortissements doit être envisagée non seulement comme une exigence comptable mais comme un levier stratégique de résilience et d'autonomie financière pour le système de santé congolais.

CONFLIT D'INTERET

L'auteur déclare qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts concernant la rédaction de cet article. Toutes les données, analyses et conclusions présentées sont le résultat d'un travail indépendant et impartial, réalisé dans le respect des principes d'intégrité scientifique. Aucun financement externe ou influence institutionnelle n'a affecté les processus de recherche ou de rédaction.

REFERENCES

- Anessi-Pessina, E. Et al.(2020). Public Sector Accounting in Africa: Status and Reforms. Elsevier.
- Asante, A., Wasike, W. S. K., & Ataguba, J. E. (2020). Health Financing in Sub-Saharan Africa: From Analytical Frameworks to Empirical Evaluation. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(6), 743–746. <https://doi.org/10.1007/S40258-020-00618-0>
- Brusca, I. Et al.(2015). IPSAS and Governmental Accounting in Europe. Springer.
- Bumba Moaso Djongi, E. A. (2012). Déterminants socioéconomiques influençant l'accessibilité aux soins dans la zone de santé de Masa (Province Orientale/RDC) [Mémoire de licence, Université de Kisangani]. Mémoire Online. <https://www.memoireonline.com/12/12/6542/Determinants-socioeconomiques-influençant-laccessibilite-aux-soins-da.html>
- Chansa, C. Et al.(2018).Donor Dependency in African Health Systems. *Health Policy and Planning*.

- Coccia, M. (2024). Country Risk to Face Global Emergencies: Negative Effects of High Public Debt on Health Expenditures and Fatality Rate in COVID-19 Pandemic Crisis. *Igmin Research*, 2(7), 537–545. <https://doi.org/10.61927/igmin214>
- Coccia, M., & Benati, I. (2023). Negative effects of high public debt for health planning: lessons from covid-19 pandemic crisis in europe. <https://doi.org/10.22541/au.169389726.67100280/v1>
- Collectivités locales. (2022). Plan de comptes M57. https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/Finances%20locales/1.%20pr%C3%a9parer%20et%20ex%C3%a9cuter%20un%20budget/3.%20instruction%20bdgr/1.%20M57/2022/M57D_01012022.pdf
- Cooray, A., & Özmen, İ. (2024). The role of institutions on public debt: A quantile regression approach. *International Review of Economics & Finance*, 93, 912–928. <https://doi.org/10.1016/j.iref.2024.03.065>
- Darimont, B. And Liu, D. (2013). Le système de santé de la république populaire de chine: entre privatisation et système public de santé. *Revue Internationale De Sécurité Sociale*, 66(1), 105-125. <https://doi.org/10.1111/issf.12005>
- Diallo, A. (2015). Évaluation de la gestion financière dans les structures hospitalières publiques du Mali. Mémoire de Master, Université de Bamako.
- Foka Tagne, A. G., Tankeu, R. T., & Siewe, S. A. M. (2020). Appréciation de la performance hospitalière des hôpitaux publics au Cameroun. *Journal of Academic Finance*, 11(2), 69–87. <https://www.academia.edu/124585124/>
- Geoffroy, N., Daniel, N., Hervé, S., Romuald, T., & Ladifatou, G. (2020). Covid-19, capital humain et crise économique en afrique subsaharienne : une analyse prospective. *European Scientific Journal Esj*, 16(31), 162. <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n31p162>
- Gupta, S. Et al.(2021).Fiscal Resilience in Developing Countries. World Bank Report.
- Hepworth, N.(2017).Accrual Accounting in the Public Sector: A Systematic Review. IMF Working Paper.
- Houston, M., Day, M., de Lago, M., & Zarocostas, J. (2011). Health services across Europe face cuts as debt crisis begins to bite. *BMJ*, 343. <https://doi.org/10.1136/BMJ.D5266>
- Kabey, M.(2022). La Gestion Financière Publique en RDC : Enjeux et Perspectives. PU Kinshasa.5
- Kirigia, J.(2016).Health Financing in Africa: Challenges and Opportunities. WHO Bulletin.
- Lebedeva, L., & Shkuropadska, D. (2024). Resilience of eu healthcare systems. *Зовнішня Торгівля: Економіка, Фінанси, Право*. [https://doi.org/10.31617/3.2024\(133\)07](https://doi.org/10.31617/3.2024(133)07)
- M. Workshop: Rethinking health system resilience for Europe: Health System Functions in a time of Permacrisis. (2023). *European Journal of Public Health*, 33. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.476>
- Mbelwa, L.(2018). Public Financial Management in Sub-Saharan Africa. Routledge.

- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la République Démocratique du Congo. (2016). Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020. <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/RDC-Plan-National-de-Developpement-Sanitaire-2016-2020.pdf>
- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la République Démocratique du Congo. (2019). Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/COD-CC-10-010-PLAN-STRATEGY-2012-fra-National-Health-Development-Plan-2019-2022.pdf>
- Mouto Nsia, C. (2014). Contribution du contrôle de gestion à la performance des hôpitaux publics au Cameroun. Mémoire en ligne.
- Mushi, H. Et al.(2020).Health Infrastructure Financing in the DRC. The Lancet Global Health.
- Nguena, C. (2017). Comprendre les systèmes budgétaires hospitaliers dans les pays en développement : une analyse critique des pratiques en Afrique subsaharienne francophone. *Revue Africaine de Finances Publiques*, 4(2), 101–119.
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/COD-CC-10-010-PLAN-STRATEGY-2012-fra-National-Health-Development-Plan-2019-2022.pdf>
- Piscopo, J. A., Groot, W., & Pavlova, M. (2024). Determinants of public health expenditure in the EU. *PLOS ONE*, 19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299359>
- Pradhan, N. A., Ali Samnani, A. A. B., Abbas, K., & Rizvi, N. (2023). Resilience of primary healthcare system across low- and middle-income countries during COVID-19 pandemic: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01031-4>
- République Démocratique du Congo. (2011). Décret n° 011/05 du 21 janvier 2011 fixant des directives visant l'assainissement des états financiers des entreprises publiques transformées en sociétés commerciales. <https://www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/epub/D.11.05.21.01.2011.htm>
- République Démocratique du Congo. (2017). *Arrêté ministériel n° 004/1250/CAB/ MINIS/ GMC/
- République Démocratique du Congo. (2017). Arrêté ministériel n° 004/1250/CAB/ MINIS/ GMC/CAJ/OWE/2017 du 15 septembre 2017. <https://www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/SANTE/AM.004.15.09.2017.html>
- République Démocratique du Congo. (2022). Évaluation de la gestion des investissements publics – PIMA et PIMA Changements climatiques. <https://infrastructuregovern.imf.org/content/dam/PIMA/Countries/DRC/documents/DRC%20PIMA%20-%20French%20version.pdf>

République Démocratique du Congo. (2022). Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention: Accueil. <https://sante.gouv.cd/>

République du Congo. (2017). Mettre en œuvre des réformes de la gestion des finances publiques pour stimuler la croissance et assurer le partage de la prospérité. <https://documents.worldbank.org/curated/pt/762331495565571819/pdf/ACS14289-FRENCH-OUO-9-22-5-2017-11-54-0-congopemfarfrnmainreportweb.pdf>

République Française. (2022). Décret n° 2022-608 du 21 avril 2022 fixant les règles nationales d'amortissement. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045638719>

République Française. (2022). Document d'appui méthodologique- Europe en France. https://www.europe-en-france.gouv.fr/sites/default/files/20212027_dame_eligibilite_0.pdf

République Française. (2022). Document d'appui méthodologique. https://www.europe-en-france.gouv.fr/sites/default/files/20212027_dame_eligibilite_0.pdf

République Française. (2022). Guide des imputations budgétaires et comptables. <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/finances-locales/Documentation/Guide%20des%20imputations%20budgetaires%20et%20comptables.pdf>

République Française. (2022). Guide des imputations budgétaires et comptables. <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/finances-locales/Documentation/Guide%20des%20imputations%20budgetaires%20et%20comptables.pdf>

République Française. (2022). Plan de comptes M57 - Collectivités locales. https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/Finances%20locales/1.%20pr%C3%a9parer%20et%20ex%C3%a9cuter%20un%20budget/3.%20instruction%20bdgr/1.%20M57/2022/M57D_01012022.pdf

République Française. (2022). Régime de l'amortissement dégressif spécifique à certains biens. <https://bofip.impots.gouv.fr/bofip/4744-PGP.html/identifiant%3DBOI-BIC-AMT-20-20-50-20150902>

République Française. (2022). Revue de dépenses : les dispositifs médicaux. <https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/Rapports%20de%20mission/2024/2023-M-106-03%20Rapport%20RDD-Dispositifs%20m%C3%a9dicaux.pdf>

Tangcharoensathien, V., Panichkriangkrai, W., Witthayapipopsakul, W., & Patcharanarumol, W. (2022). COVID-19 Aftermath: Direction Towards Universal Health Coverage in Low-Income Countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 12. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7519>

Tapsoba, Y., Ndokabilya, E., Wema, J., Engels, T., & Paul, É. (2023). Cartographie et analyse du financement de la santé dans la province du sud-kivu (rdc). *Santé Publique*, Vol. 35(3), 315-328. <https://doi.org/10.3917/spub.233.0315>

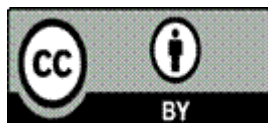
Tsani, S., Riza, E., Tsiamagka, P., & Nassi, M. (2021). Public financing and management for a sustainable healthcare sector: some lessons from the covid-19 pandemic (pp. 233–254). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-69284-1_12

Van Damme, W. (2007). World social health insurance: strengthening health systems in low-income countries. *PLOS Medicine*, 4(3), 596–597. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.0040137>

Van Wyk, J.(2019).Challenges in Implementing Accrual Accounting in the Public Sector. *OECD Journal*.

Widhiyoga, G., & Ikawati, N. (2022). Health System Resilience and Community Participation amidst the Covid 19 Pandemic: A Case Study of SONJO (Sambatan Jogja) in the Special Region of Yogyakarta, Indonesia. *JSP: Jurnal Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik*, 26(1), 17. <https://doi.org/10.22146/jsp.68825>

Wiysonge, C. S., Paulsen, E. J., Lewin, S., Ciapponi, A., Herrera, C. A., Opiyo, N., Pantoja, T., Rada, G., & Oxman, A. D. (2017). Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9), 0. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011084.PUB2>



©2025 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)