

Pratiques comptables, contrôle interne et redevabilité financière dans les formations sanitaires en zone de conflit. Cas de la Zone de Santé de Beni

Accounting practices, internal control system, and financial accountability in health centers in conflict zones: Case study of the Beni Health Zone.

Auteur 1 : MUHINDO NGANGISA Jean Louis.

Auteur 2 : MBIYA MUVYELE Don.

Auteur 3 : MBUSA AHUMBA Thomas.

MUHINDO NGANGISA Jean Louis, Chercheur à l'Université Catholique du Graben, Faculté de Sciences économiques et de gestion

MBIYA MUVYELE Don, Chef de Travaux à l'Institut Supérieur de commerce de Beni, et Chercheur à l'Université Pédagogique Nationale du Congo.

MBUSA AHUMBA Thomas, Chercheur à l'Université Pédagogique Nationale du Congo

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : MUHINDO NGANGISA .J L, MBIYA MUVYELE .D & MBUSA AHUMBA .D (2026) « Pratiques comptables, contrôle interne et redevabilité financière dans les formations sanitaires en zone de conflit. Cas de la Zone de Santé de Beni », African Scientific Journal « Volume 03, Num 38 » pp: 001 – 022.



DOI : 10.5281/zenodo.22965034
Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

Dans une zone de conflit armé, la gestion financière des établissements de santé rencontre une instabilité permanente. Nous avons mené une étude mixte, à la fois quantitative et qualitative, auprès de 48 gestionnaires travaillant dans 12 structures sanitaires de la Zone de Santé de Beni, en République démocratique du Congo. L'étude examine comment les pratiques comptables d'urgence et les faiblesses du contrôle interne affectent la redevabilité financière. En mobilisant les théories de la contingence, de l'agence et des parties prenantes, le test du Chi-deux (χ^2 , $p < 0,05$) montre que les contraintes de crise sont fortement liées à l'assouplissement des normes SYSCOHADA. Chez 70,8 % des agents, l'absence de séparation des tâches augmente le risque d'erreurs d'imputation. En même temps, les exigences strictes des bailleurs internationaux – ECHO, UNICEF, OMS – imposent une redevabilité ascendante qui laisse peu de place à la transparence vis-à-vis de la communauté locale, représentée par le CODESA. Nous proposons plusieurs recommandations managériales afin de concilier une plus grande souplesse organisationnelle avec un contrôle interne plus efficace.

Abstract

In armed conflict zones, the financial management of health facilities faces chronic instability. This mixed quantitative and qualitative study ($n = 48$ managers across 12 health structures) examines the impact of emergency accounting practices and internal control deficiencies on financial accountability in the Beni Health Zone (DRC). By combining contingency, agency, and stakeholder theories, Chi-square test results (χ^2 , $p < 0,05$) demonstrate a significant relationship between conflict constraints and the relaxation of standard accounting norms (SYSCOHADA). Segregation of duties is absent for 70.8 % of respondents, increasing imputation errors, while strict donor requirements (ECHO, UNICEF, WHO) drive near-exclusive upward accountability at the expense of local community transparency (CODESA). Managerial recommendations are provided to balance operational flexibility with palliative internal controls.

Introduction

Dans les pays du Sud, les crises armées récurrentes plongent le secteur sanitaire dans une instabilité chronique, bouleversant les mécanismes traditionnels de financement et d'offre de soins (Brikci & Philips, 2007). La Zone de Santé de Beni, située dans la province du Nord-Kivu en République démocratique du Congo, illustre ces défis : déplacements de population, précarité socio-économique et insécurité permanente compromettent le fonctionnement des structures locales. Pour assurer la continuité des services vitaux, les formations sanitaires s'appuient massivement sur la couverture financière et logistique d'acteurs internationaux comme ECHO, UNICEF, OMS, Banque mondiale, etc., transformant les centres de santé en organisations hybrides d'urgence humanitaire et de service public (Dufour et al., 2018).

Pour assurer que les allocations publiques et internationales fonctionnent bien et restent légitimes, la gouvernance financière demande de suivre des normes comptables modernes, de mettre en place un contrôle interne solide et d'assurer une responsabilité financière totale. En principe, ces mécanismes doivent empêcher la perte de ressources, limiter le gaspillage et veiller à ce que les fonds soient réellement utilisés pour acheter des fournitures médicales essentielles et payer régulièrement le personnel soignant. Mais, comme le rappelle la théorie de la contingence structurelle (Chenhall, 2003), l'efficacité d'un système de gestion dépend de son adaptation aux contraintes de son environnement, ce qui soulève la question de l'applicabilité directe des normes standardisées dans un contexte instable.

À Beni, la pratique montre un gros fossé entre les règles comptables officielles, notamment le référentiel SYSCOHADA, et les besoins de survie quotidienne. L'enclave géographique, la précarité du marché informel et les routes coupées empêchent souvent d'obtenir des factures normalisées ou de payer à temps, ce qui pousse les gestionnaires à trouver des solutions d'urgence. Les gestionnaires utilisent alors la trésorerie liquide, des décharges sur papier libre et le report des écritures. Cette méthode soulève la question centrale du système d'information comptable : la flexibilité organisationnelle est-elle légitime pour assurer la mission de soins, ou devient-elle une dérive qui expose les structures à un risque d'anarchie financière ?

La pénurie de personnel administratif qualifié dans les zones de crise affaiblit le contrôle interne. Un même agent se retrouve souvent à gérer la caisse et à tenir les livres d'enregistrement, ce qui crée des fonctions incompatibles. Selon la théorie de l'agence (Jensen & Meckling, 1976), ce

manque de séparation augmente l'asymétrie d'information et le risque moral entre les gestionnaires locaux et leurs mandants. Pour combler ces faiblesses, les bailleurs de fonds imposent des contrôles stricts. Ces contrôles alourdissent les coûts de surveillance et entraînent davantage de rejets budgétaires, plongeant les équipes de santé dans une surcharge de conformité administrative.

La forte dépendance externe crée un déséquilibre dans la gouvernance des formations sanitaires, comme le montre la théorie des parties prenantes (Freeman, 1984). Les partenaires financiers imposent un reporting strict ; les structures sanitaires répondent surtout à cette exigence et oublient la redevabilité envers la communauté et le Comité de Développement de Santé (CODESA).

Face à ce dilemme permanent entre contraintes de survie opérationnelle et exigences d'orthodoxie financière, la question centrale de cette recherche s'énonce ainsi : comment l'adaptation des pratiques comptables et les failles du contrôle interne façonnent-elles la gouvernance financière et l'orientation de la redevabilité dans les formations sanitaires de la Zone de Santé de Beni ?

Lorsque la sécurité se dégrade, les formations sanitaires de la Zone de Santé de Beni mettent en place des pratiques comptables d'urgence qui privilégient la liquidité immédiate. En même temps, le contrôle interne s'affaiblit parce que les mêmes personnes cumulent plusieurs fonctions. Ces adaptations informelles ne sont pas neutres : elles augmentent l'asymétrie d'information et poussent les gestionnaires à diriger la redevabilité financière presque uniquement vers les bailleurs de fonds afin de garantir les financements. Le résultat est un déséquilibre structurel qui nuit à la transparence et à la redevabilité envers la communauté locale.

L'objectif de cette recherche est d'analyser comment les méthodes comptables d'urgence et les failles du contrôle interne affectent la transparence financière des formations sanitaires de la Zone de Santé de Beni. Elle veut mesurer l'écart entre les exigences des bailleurs de fonds et les attentes de la population locale. Plus précisément, l'étude cherche d'abord à identifier les ajustements comptables informels que les agents utilisent sur le terrain face à la rigidité des normes officielles (SYSCOHADA). Ensuite, elle évalue les faiblesses de l'organisation interne, comme le cumul des tâches ou les factures non conformes, qui augmentent le risque de mauvaise gestion. Enfin, elle mesure l'asymétrie de la redevabilité financière pour comprendre pourquoi le reporting envoyé aux financeurs internationaux passe avant l'information destinée à la communauté et au CODESA.

Cette étude, intitulée « Pratiques comptables, contrôle interne et redevabilité financière dans les formations sanitaires en zone de conflit. Cas de la Zone de Santé de Beni », a trois intérêts. D'abord,

sur le plan scientifique, elle montre comment les règles comptables s'ajustent aux zones de crise où la sécurité est fragile. Ensuite, sur le plan pratique, elle aide les gestionnaires locaux, la tutelle sanitaire et les bailleurs de fonds internationaux comme ECHO, UNICEF, OMS et la Banque Mondiale à corriger les failles d'organisation, à éviter le cumul des tâches et à simplifier les procédures d'audit. Enfin, sur le plan social, elle favorise une plus grande transparence financière envers la population et le CODESA, renforce la confiance de la communauté et garantit un accès équitable aux soins vitaux dans la région de Beni.

Pour garantir la clarté et la rigueur du travail, cette étude se limite à trois niveaux. Sur le plan thématique, elle s'inscrit dans les sciences de gestion et examine l'adaptation des normes comptables (SYSCOHADA), l'efficacité du contrôle interne et la redevabilité financière dans les structures de santé. Sur le plan géographique, elle se déroule uniquement dans la zone de santé de Beni (Nord-Kivu, RDC), auprès de l'Hôpital Général de Référence, des centres de santé et des centres hospitaliers fonctionnels. Sur le plan temporel, elle couvre la période 2021-2025, une période marquée par une insécurité accrue et un recours massif aux partenaires humanitaires internationaux, offrant ainsi un cadre idéal pour étudier la gestion financière en temps de crise.

Pour atteindre les objectifs de cette recherche, l'étude est constituée des trois grandes sections, encadrées par une introduction et une conclusion. La première section décrit le cadre théorique et conceptuel : elle passe en revue la littérature sur la comptabilité, le contrôle interne et la redevabilité financière, et s'appuie sur les théories de la contingence, de l'agence et des parties prenantes. La deuxième section expose la méthodologie et le cadre d'étude, en précisant les techniques de collecte, le modèle d'échantillonnage et les outils d'analyse statistique appliqués à la Zone de Santé de Beni. La troisième section présente les résultats empiriques, les analyses, les interprète et les tests des hypothèses de recherche. Elle se termine par une discussion des résultats à la lumière de la littérature et propose des recommandations concrètes pour les formations sanitaires, la tutelle sanitaire locale et les bailleurs de fonds internationaux.

1. Cadre théorique et conceptuel de l'étude

Ce point dresse un état de l'art sur les mécanismes comptables, les dispositifs de contrôle interne et les enjeux de redevabilité financière, en mobilisant conjointement la théorie de la contingence, la théorie de l'agence et la théorie des parties prenantes pour décrypter le fonctionnement des structures sanitaires en milieu instable.

1.1. Clarification conceptuelle

L'analyse de la gestion financière au sein des formations sanitaires opérant en milieu instable repose sur trois concepts fondamentaux interconnectés : la comptabilité d'urgence, le contrôle interne et la redevabilité financière.

1.1.1. La comptabilité d'urgence

En période de crise ou d'instabilité prolongée, les systèmes comptables traditionnels rencontrent de fortes limites opérationnelles. La comptabilité d'urgence désigne un ensemble de pratiques comptables simplifiées, flexibles et rapides, conçues pour garder la trace des flux financiers tout en répondant à l'urgence humanitaire et administrative (Gond et al., 2018).

Contrairement à la comptabilité générale classique, qui suit une stricte orthodoxie documentaire, la comptabilité d'urgence met l'accent sur la continuité des opérations financières sur le terrain. La comptabilité d'urgence utilise souvent des mécanismes d'exception comme les décharges provisoires, les avances d'urgence et des registres manuels simplifiés afin de garantir l'approvisionnement continu en soins de santé indispensables.

1.1.2. Le contrôle interne

Le contrôle interne rassemble toutes les politiques, procédures et vérifications que la direction et le personnel mettent en place pour garantir, de façon raisonnable, la réalisation des objectifs opérationnels, la fiabilité des rapports financiers et le respect des lois et règlements (COSO, 2013).

Dans le secteur de la santé, le dispositif de contrôle interne repose sur trois leviers essentiels : la séparation des fonctions, le contrôle physique des actifs – notamment la vérification croisée de la caisse et du stock de médicaments – et la validation préalable des dépenses. En période de perturbation, la faiblesse ou le contournement de ces mécanismes augmente l'exposition de l'organisation aux risques d'erreurs, de fraudes et de pertes financières.

1.1.3. La redevabilité financière

La redevabilité financière signifie que les gestionnaires d'une organisation doivent expliquer clairement comment ils utilisent les ressources financières confiées par les parties prenantes (Brinkerhoff, 2004).

La redevabilité financière demande de prouver que chaque dépense est légitime, opportune et conforme aux règles. Dans les formations sanitaires de la République Démocratique du Congo, la redevabilité financière se décline en deux aspects. D'une part, la redevabilité financière ascendante

s'adresse à l'État, à la tutelle sanitaire, et aux bailleurs de fonds internationaux ; elle impose la production de rapports financiers réguliers qui respectent les exigences contractuelles. D'autre part, la redevabilité financière descendante se tourne vers les usagers de santé, les comités de développement de santé (CODESA) et la communauté locale ; elle vise à assurer l'accès, l'équité et la transparence des tarifs des soins.

1.2. Mobilisation des cadres théoriques

L'analyse de la gestion financière au sein des formations sanitaires en zone d'instabilité ne peut se limiter à une approche descriptive. Elle nécessite la mobilisation de trois théories complémentaires de la gestion organisationnelle : la théorie de la contingence, la théorie de l'agence et la théorie des parties prenantes.

1.2.1. La théorie de la contingence organisationnelle

La théorie de la contingence, née des travaux de Lawrence et Lorsch (1967) et adaptée aux systèmes de contrôle par Chenhall (2003), refuse l'idée d'un modèle d'organisation unique. Elle affirme que la structure et les outils de gestion d'une entité varient selon des facteurs internes comme la taille ou la technologie, et selon des facteurs externes comme l'environnement ou le degré d'incertitude.

Dans les structures de santé de la Zone de Santé de Beni, la théorie de la contingence montre que l'insécurité chronique et l'instabilité des flux financiers obligent les gestionnaires à s'éloigner des normes comptables rigides. Face à ces perturbations, les gestionnaires adoptent des pratiques d'urgence et rendent le contrôle interne plus flexible pour assurer la continuité du service public de santé.

1.2.2. La théorie de l'agence

Formulée par Jensen et Meckling en 1976, la théorie de l'agence décrit la relation contractuelle entre un principal, qui délègue un pouvoir de décision, et un agent, qui exécute une mission pour le compte du principal. Cette relation comporte naturellement une asymétrie d'information et des intérêts divergents, ce qui engendre des coûts d'agence : coûts de surveillance, obligations et pertes résiduelles.

Dans le secteur sanitaire, on observe cette relation à deux niveaux. D'une part, entre les bailleurs de fonds ou l'État, qui sont les principaux, et les gestionnaires locaux, qui sont les agents. Les bailleurs exigent un contrôle strict de l'allocation des ressources, tandis que les gestionnaires doivent répondre à des urgences opérationnelles immédiates. D'autre part, entre les gestionnaires,

qui deviennent les principaux, et le personnel d'exécution, qui sont les agents. Le cumul des fonctions et l'absence de vérifications systématiques créent un risque moral et des opportunités d'asymétrie d'information sur l'utilisation réelle de la trésorerie.

Le contrôle interne agit alors comme un mécanisme de réduction des coûts d'agence et de sécurisation des relations contractuelles.

1.2.3. La théorie des parties prenantes

Initialement proposée par Freeman en 1984, la théorie des parties prenantes affirme qu'une organisation ne doit pas seulement satisfaire les exigences de ses propriétaires ou financeurs, mais aussi prendre en compte les intérêts de tous les acteurs touchés par ses activités ou capables de les influencer.

Dans le système sanitaire local, les parties prenantes comprennent les bailleurs de fonds internationaux, la tutelle administrative du Ministère de la Santé, le personnel soignant, les usagers de soins et les comités de développement de santé (CODESA). La redevabilité financière devient alors l'instrument central pour équilibrer ces exigences : elle assure une redevabilité ascendante formelle envers les partenaires financiers et une redevabilité descendante envers la communauté locale, préservant ainsi la légitimité sociale de l'hôpital ou du centre de santé.

Retenons que la validité de cette grille d'analyse théorique ne saurait être établie sans une confrontation impérative avec les réalités empiriques du terrain. C'est précisément l'objet de la section deuxième consacré au cadre méthodologique.

2. Approche méthodologique de l'étude

Pour répondre aux questions de recherche et vérifier nos hypothèses sur le terrain, cette deuxième section détaille la démarche méthodologique adoptée, en précisant notre positionnement épistémologique, la constitution de l'échantillon ainsi que les outils de collecte et d'analyse des données.

2.1. Choix épistémologique et méthode de raisonnement

2.1.1. Positionnement épistémologique

Pour étudier la gestion financière des structures sanitaires dans une zone de conflit, nous choisissons une approche post-positiviste, aussi appelée positivisme aménagé. Contrairement au positivisme classique, qui considère la réalité comme totalement neutre et mesurable sans erreur,

le post-positivisme reconnaît que le terrain, surtout dans un contexte instable comme Beni, reste complexe et comporte toujours une part d'incertitude (Girod-Seville & Perret, 2014).

Nous faisons ce choix parce que notre sujet le demande. Nous recueillons des faits concrets et vérifiables – la tenue des registres, la conformité des factures, la fréquence des contrôles – et nous examinons comment les gestionnaires s'adaptent aux urgences du terrain. Thiétart et al. (2014) montrent que cette démarche convient parfaitement aux sciences de gestion lorsqu'on veut mettre en regard les théories existantes (contingence, agence, parties prenantes) avec la réalité vécue par les acteurs locaux.

2.1.2. Mode de raisonnement

Nous adoptons un raisonnement hypothético-déductif. Cette méthode s'appuie sur la littérature scientifique pour formuler des hypothèses de départ, puis elle collecte des données sur le terrain afin de vérifier si les hypothèses tiennent (Gavard-Perret et al., 2012).

En pratique, la démarche comporte trois étapes simples. D'abord, à partir des théories de la contingence (Chenhall, 2003), de l'agence (Jensen & Meckling, 1976) et des parties prenantes (Freeman, 1984), nous définissons des hypothèses précises. Ensuite, nous interrogeons 48 gestionnaires dans 12 structures sanitaires à l'aide d'un questionnaire et d'une grille d'observation pour mettre la théorie en face de la pratique. Enfin, l'analyse des réponses valide les hypothèses et permet de tirer des conclusions sur la gestion financière en temps de crise.

2.2. Population d'étude, échantillon et choix des répondants

2.2.1. Population d'étude

La population étudiée désigne toutes les personnes ou entités qui possèdent les caractéristiques recherchées (Fortin & Gagnon, 2022). Dans ce travail, la population cible comprend toutes les structures sanitaires actives de la Zone de Santé de Beni – l'hôpital général de référence, les centres hospitaliers, les centres de santé et les postes de santé – ainsi que leurs responsables administratifs et financiers.

2.2.2. Taille de l'échantillon

À cause des difficultés d'accès et de l'insécurité sur le terrain, nous avons finalement recueilli les réponses de 48 personnes. Cet échantillon regroupe les acteurs clés de la gestion : médecins directeurs, administrateurs, comptables, infirmiers titulaires et caissiers. Evrard et al. (2009) soulignent que la taille d'un échantillon en gestion doit concilier la précision recherchée avec les

contraintes de collecte. Ces 48 acteurs offrent un aperçu représentatif pour étudier l'adaptation comptable, le contrôle interne et la redevabilité financière dans la Zone de Santé de Beni.

2.2.3. Technique d'échantillonnage et sélection des acteurs

Pour constituer cet échantillon, nous avons combiné deux méthodes d'échantillonnage non probabiliste (Gauthier & Bourgeois, 2021). D'une part, un échantillonnage stratifié des structures : les formations sanitaires ont été classées par catégorie (Hôpital Général de Référence, structures publiques, confessionnelles et privées partenaires) afin de couvrir toute la pyramide sanitaire locale. D'autre part, un choix raisonné des répondants : dans chaque structure, nous avons sélectionné de façon ciblée les agents au cœur du circuit financier (comptables, caissiers, gestionnaires, infirmiers titulaires, Médecins Directeurs). Ce choix assure la collecte de données fiables et précises sur la gestion quotidienne des fonds et les pratiques de contrôle (Miles et al., 2014).

2.3. Instruments de collecte et techniques d'analyse des données

Pour garantir que les informations soient fiables, on utilise trois outils complémentaires. D'abord, on a envoyé un questionnaire à 48 gestionnaires pour mesurer leurs pratiques de gestion avec des échelles de Likert. Ensuite, on a mené des entretiens semi-directifs avec des responsables clés afin d'approfondir les motivations d'urgence. Enfin, on a analysé les pièces comptables et administratives réelles.

L'analyse des données quantitatives se fait avec des logiciels statistiques comme SPSS, après avoir codé les réponses dans Excel. Dans un premier temps, on utilise la statistique descriptive pour dresser le profil des répondants et caractériser les pratiques de gestion financière à l'aide de pourcentages, de fréquences, de moyennes et d'écarts-types.

Dans un second temps, la statistique inférentielle teste la validité des hypothèses de recherche. On évalue les liens entre le contexte de crise, le contrôle interne et la redevabilité avec le test du chi-deux (χ^2) d'indépendance, puis on utilise le V de Cramer pour mesurer l'intensité de ces associations. Le seuil de signification est fixé à $p < 0,05$ (Howell, 2018).

Pour garantir la fiabilité scientifique et l'éthique de la recherche, la méthodologie a d'abord été testée lors d'une pré-enquête auprès de cinq gestionnaires afin d'ajuster le questionnaire. L'étude combine ensuite les questionnaires quantitatifs, les entretiens qualitatifs et la vérification des pièces comptables réelles pour croiser les sources et limiter les biais (Denzin, 2017). Enfin, la collecte des

données respecte le consentement éclairé des participants, assure le strict anonymat des personnes et des structures de la Zone de Santé de Beni, et réserve les données financières collectées à un usage uniquement académique.

3. Présentation, analyse et interprétation des résultats empiriques

Cette section constitue la fondation empirique de notre investigation. Le premier point (3.1) dresse le profil des répondants et des structures analysées. Le deuxième (3.2) présente les résultats empiriques axés sur nos trois objectifs : l'adaptation comptable, le contrôle interne et la redevabilité. Enfin, le troisième point (3.3) discute ces résultats au regard de la littérature, teste nos hypothèses et formule des recommandations adaptées au terrain.

3.1. Présentation du profil des répondants et des structures sanitaires

L'analyse de la fiabilité des données en sciences de gestion nécessite d'étudier au préalable les caractéristiques des répondants et les structures de l'échantillon (Gauthier & Bourgeois, 2021). Cette phase permet de vérifier la pertinence des acteurs interrogés et la représentativité de l'échantillon au sein de la Zone de Santé sous examen.

3.1.1. Profil sociodémographique et professionnel des répondants

La valeur des données recueillies dépend rapidement de l'expertise, de l'expérience et des responsabilités des personnes interrogées (Evrard et al., 2009). L'échantillon comprend 48 professionnels clés de la Zone de Santé de Beni, répartis en trois fonctions principales : les administrateurs, gestionnaires et comptables (41,7 %), chargés de la tenue des livres et du reporting ; les infirmiers titulaires et caissiers (33,3 %), acteurs de terrain qui exécutent les opérations quotidiennes ; et les médecins directeurs (25 %), responsables des dépenses et garants de la redevabilité envers les bailleurs.

Sur le plan académique, 91,7 % des répondants possèdent un diplôme du supérieur (54,2 % de licences ou masters et 37,5 % de diplômes Bac+3), tandis que 8,3 % détiennent un diplôme d'État du secondaire en tant que caissiers auxiliaires.

Enfin, 72,9 % des participants ont plus de cinq ans d'ancienneté dans la zone. Cette qualification élevée, associée à une solide expérience du terrain, assure la précision et la crédibilité des réponses sur le contrôle interne et les pratiques comptables d'urgence (Fortin & Gagnon, 2022).

3.1.2. Caractéristiques des formations sanitaires de l'échantillon

Conformément à l'échantillonnage stratifié, l'échantillon comprend 48 répondants provenant de 12 établissements qui reproduisent la pyramide sanitaire locale (Denzin, 2017). Selon le statut juridique, l'échantillon rassemble des structures publiques (33,3 %), des formations sanitaires confessionnelles protestantes et catholiques (50 %) ainsi que des établissements privés partenaires (16,7 %).

Ce découpage montre comment le statut influence le niveau d'exigence en matière de redevabilité et la dépendance aux financements extérieurs. Au sein de la pyramide sanitaire, l'échantillon inclut l'hôpital général de référence de Beni (8,3 %), les centres de santé (66,7 %) et les centres hospitaliers (25,3 %). Cette répartition permet de comparer les pratiques comptables entre les structures qui gèrent un grand volume de transactions et celles qui disposent de ressources plus limitées.

3.2. Evaluation empirique de la gestion financière dans la Zone de Santé de Beni

La présentation des résultats empiriques dans cette section suit une progression qui reflète la gestion financière sur le terrain. D'abord, on analyse comment les contraintes environnementales forcent une adaptation des procédures comptables habituelles (3.2.1). Ensuite, on évalue la capacité du contrôle interne à encadrer ces pratiques exceptionnelles (3.2.2). Enfin, on estime l'impact de ces mécanismes sur le respect des exigences de redevabilité financière envers les partenaires et les bailleurs de fonds (3.2.3).

3.2.1. Adaptation des pratiques comptables en contexte d'urgence

L'analyse des données de terrain montre que l'insécurité permanente et les flux financiers instables obligent les formations sanitaires de la Zone de Santé de Beni à modifier leurs procédures comptables habituelles. En période de crise, le cadre comptable étatique rigide laisse place à des pratiques d'urgence pour assurer la continuité des soins et l'approvisionnement en intrants médicaux.

Pour répondre à l'urgence opérationnelle, les gestionnaires utilisent souvent des justificatifs de caisse simplifiés ou temporaires. Le tableau ci-après montre la fréquence d'utilisation de ces mécanismes d'exception.

Tableau n° 1 : Fréquence de recours aux justificatifs d'urgence

Type de justificatif d'urgence	Toujours / Souvent	%	Rarement / Jamais	%	Total
Décharges provisoires sur papier libre	31	64,6 %	17	35,4 %	48
Bons de caisse non visés par la direction	22	45,8 %	26	54,2 %	48
Factures simplifiées sans en-tête officiel	28	58,3 %	20	41,7 %	48
Régularisation a posteriori des avances	35	72,9 %	13	27,1 %	48

Source : Nos enquêtes de terrain.

Les données montrent que 72,9 % des répondants régularisent a posteriori les avances de trésorerie, et que 64,6 % utilisent régulièrement des décharges provisoires sur papier libre. Les entretiens qualitatifs indiquent que ces pratiques apparaissent surtout quand un grand nombre de personnes déplacées arrive, ou quand il faut acheter d'urgence auprès de fournisseurs informels parce que la chaîne d'approvisionnement habituelle est bloquée.

Ces mécanismes offrent une flexibilité indispensable à court terme, mais ils compliquent la traçabilité financière. En effet, 54,2 % des gestionnaires dépassent le délai légal de 48 heures pour remplacer la décharge provisoire par la facture définitive. L'accumulation de ces documents informels provoque alors de fréquentes erreurs de classement et d'affectation budgétaire lors de la rédaction des rapports financiers destinés aux partenaires et aux bailleurs de fonds.

3.2.2. Evaluation de l'efficacité du système de contrôle interne

Le contrôle interne est le dispositif qui protège le patrimoine, garantit la fiabilité des comptes et veille au respect des procédures administratives (Pigé, 2017). Dans les établissements de santé de la Zone de Santé de Beni, l'enquête montre que le contrôle interne présente de fortes vulnérabilités, surtout au niveau de la séparation des tâches et de la fréquence des contrôles de caisse.

1° De l'analyse du cumul de fonctions et de la séparation des tâches

Le principe de séparation des fonctions constitue la pierre angulaire de tout dispositif de contrôle interne efficient. Il exige que les tâches d'autorisation, d'exécution, de conservation et

d'enregistrement soient confiées à des acteurs distincts afin de limiter les risques d'erreur et de fraude (Coopers & Lybrand, 1992).

Tableau n° 2 : de l'analyse du respect de la séparation des fonctions financières

Pratique de contrôle interne	Effectif	Fréquence en %
Séparation stricte des tâches entre le caissier, le comptable et l'ordonnateur	14	29,2
Cumul partiel de fonctions (comptable assurant la caisse ou les achats)	22	45,8
Cumul systématique (même agent qui tient la caisse, la tenue des livre comptables et les achats)	12	25,0 %
TOTAL	48	100,0 %

Source : Nos enquêtes de terrain.

Les données ci-haut montrent que seulement 29,2 % des répondants travaillent dans des structures qui séparent strictement les fonctions. La plupart, soit 70,8 %, déclarent cumuler partiellement ou totalement les tâches. Sur le terrain, un infirmier titulaire ou un comptable gère souvent en même temps la collecte des recettes, le paiement des dépenses de fonctionnement et l'enregistrement dans le livre de caisse. Cette pratique s'explique surtout par le manque de personnel qualifié et par l'absence de ressources pour payer un agent administratif dédié dans les centres de santé périphériques.

2° Fréquence et formalisation des contrôles de caisse

Pour le contrôle de la trésorerie, la rigueur fait défaut. D'une part, 62,5 % des gestionnaires indiquent que les vérifications inopinées de caisse par la hiérarchie ou l'Équipe Cadre de Zone (ECZ) sont rares et n'interviennent que lorsqu'un problème est suspecté. D'autre part, seuls 37,5 % des institutions tiennent rigoureusement un procès-verbal de contrôle de caisse chaque mois, principalement les Centres Hospitaliers (CH) et l'Hôpital Général de Référence (HGR).

3.2.3. Niveau de redevabilité financière envers les bailleurs de fonds et la communauté

La redevabilité financière signifie que l'organisation doit expliquer comment elle utilise les ressources qui lui ont été confiées, en garantissant transparence, respect des engagements contractuels et suivi des flux (Bovens, 2007). Dans la Zone de Santé de Beni, la présence

simultanée d'interventions humanitaires, de financements étatiques et de paiements directs des ménages crée une redevabilité à deux niveaux : verticale, envers les bailleurs et la hiérarchie, et horizontale, envers la communauté locale.

1° Redevabilité ascendante et exigences des bailleurs

Les rapports financiers réguliers sont le principal moyen de rendre compte aux partenaires internationaux et aux ONG internationales qui financent les programmes de santé (gratuité ciblée, primes de performance, intrants). Le tableau ci-dessous montre la situation sur le terrain.

Tableau n° 3 : Degré de respect des obligations de reporting financier

Indicateur de redevabilité	Élevé / systématique	%	Faible / irrégulier	%	Total
Respect des délais de transmission des rapports financiers	20	41,7 %	28	58,3 %	48
Conformité des pièces justificatives fournies aux bailleurs	23	47,9 %	25	52,1 %	48
Réalisation d'audits financiers externes par les partenaires	15	31,3 %	33	68,8 %	48
Publication des états financiers auprès du Comité de Santé (COSA)	11	22,9 %	37	77,1 %	48

Source : Nos enquêtes de terrain

Les résultats du tableau montrent que la redevabilité reste moyenne. D'un côté, les retards de transmission sont fréquents : seulement 41,7 % des répondants envoient leurs rapports financiers à temps, selon les exigences des bailleurs. Les 58,3 % restants justifient leurs retards par la complexité des outils de reporting et par le retard accumulé dans la régularisation des décharges d'urgence. De l'autre côté, la conformité des dossiers pose problème à 52,1 % des gestionnaires, ce qui entraîne régulièrement des rejets de dépenses ou le gel temporaire des financements.

2° De la redevabilité descendante et transparence communautaire

La redevabilité envers la communauté se mesure à travers l'affichage des tarifs de soins et la transmission des informations financières aux Comités de Santé (COSA). L'étude montre un très faible partage d'information : seulement 22,9 % des structures communiquent régulièrement leur bilan financier mensuel au COSA. La plupart des responsables considèrent la gestion financière

comme une tâche uniquement administrative ou médicale. Ce manque de transparence alimente la méfiance de la population à l'égard de la fixation des prix et de la gestion des intrants subventionnés, ce qui affaiblit l'ancrage communautaire des formations sanitaires.

3.3. Discussion des résultats, vérification des hypothèses et recommandations

L'obtention des résultats empiriques ne constitue pas une fin en soi ; elle prend tout son sens lorsqu'elle est confrontée aux réalités du terrain et intégrée au corpus théorique existant. Cette section vise à synthétiser, interpréter et mettre en perspective l'ensemble des données présentées précédemment. Il s'agit d'évaluer la portée scientifique et pratique de nos constatations au regard du cadre théorique et conceptuel établi dans les premières sections de cette étude.

3.3.1. Discussion des résultats empiriques

En confrontant nos résultats empiriques à la littérature, on voit clairement des points de convergence, des divergences liées au contexte et les particularités des structures sanitaires qui travaillent en zone de crise en RDC.

1° L'adaptation comptable d'urgence

Nos données montrent que les établissements utilisent souvent des pièces d'urgence : 72,9 % des régularisations sont faites a posteriori et 64,6 % des décharges sont émises sur papier libre. Ce chiffre rejoint les études d'Audibert et al. (2003) et de Ridde et Yaméogo (2018) sur la gestion de la santé en Afrique subsaharienne. Ces études expliquent que, lorsque les flux de trésorerie sont instables et que les urgences humanitaires s'accumulent, la flexibilité des procédures devient une stratégie de survie pour l'organisation.

Cependant, nos observations diffèrent des modèles comptables classiques d'inspiration occidentale (Pigé, 2017), qui considèrent l'usage de pièces informelles comme une défaillance de gestion. Dans la Zone de Santé de Beni, la « comptabilité d'urgence » ne reflète pas une intention de fraude ; elle représente plutôt un mécanisme d'adaptation imposé par un environnement hostile (Chenhall, 2003).

2° Les vulnérabilités du contrôle interne

Le contrôle interne révèle que 70,8 % des structures cumulent des fonctions financières et que 62,5 % manquent de contrôles de caisse imprévus. Ce résultat confirme les conclusions de Gauthier et Bourgeois (2021) et la théorie de l'agence de Jensen & Meckling (1976). L'asymétrie

d'information entre l'Équipe Cadre de Zone, qui agit comme principal, et les gestionnaires locaux, qui agissent comme agents, génère un risque moral important.

Dans notre contexte, le facteur qui explique ce cumul est différent. Dans les grandes entreprises, le cumul provient d'une faille de conception ; ici, il vient d'une contrainte budgétaire structurelle. L'incapacité des centres de santé périphériques à payer du personnel administratif oblige les infirmiers à cumuler les fonctions de soignant et de comptable.

3° Une redevabilité asymétrique

En fin de compte, nos résultats montrent que seulement 41,7 % des rapports financiers sont remis aux bailleurs et que le partage des comptes avec les Comités de Santé communautaires (COSA) ne dépasse que 22,9 %. Ces taux confirment ce que Bovens (2007) avait indiqué et correspondent à la théorie des parties prenantes de Freeman (1984) ainsi que de Donaldson & Preston (1995).

On remarque une grande irrégularité dans les décisions des gestionnaires. Pour garder leurs finances à flot, les établissements de santé donnent la priorité à la redevabilité ascendante envers les bailleurs, qui détiennent les ressources, et négligent la redevabilité descendante envers les usagers locaux. Cette orientation vers l'extérieur affaiblit l'ancrage communautaire de l'offre de soins.

3.3.2. Vérification et décision sur les hypothèses de recherche

La validation scientifique des hypothèses repose sur le croisement statistique des variables clés et sur la mesure de la signification des liaisons observées au seuil $\alpha = 0,05$.

1° Test de l'hypothèse H_1 : statut juridique et recours à l'adaptation comptable

L'examen de la première hypothèse montre que le recours aux pièces comptables d'urgence et aux décharges provisoires est nettement plus fréquent dans les établissements de santé publics et confessionnels que dans les structures privées laïques. Le test du Chi-deux confirme ce résultat ($\chi^2 = 8,42$; ddl = 2 ; $p = 0,015$) : la valeur calculée dépasse la valeur critique de 5,99 au seuil de 0,05. Avec un V de Cramer de 0,42, l'association entre le statut juridique et les pratiques comptables dérogatoires est d'intensité moyenne à forte. L'hypothèse nulle est donc rejetée et l'hypothèse H_1 confirmée. En pratique, ces résultats s'expliquent par la lourdeur des procédures d'engagement des dépenses et les retards d'acheminement des subventions étatiques ou partenariales, qui obligent les établissements publics et confessionnels à recourir à ces mécanismes d'exception pour assurer la continuité des soins.

2° Test de l'hypothèse H_2 : cumul de fonctions et fréquence des erreurs comptables

Le test du Chi-deux appliqués à la deuxième hypothèse montre un lien significatif entre le cumul de fonctions et les anomalies comptables ($\chi^2 = 11,15$; $p = 0,004 < 0,05$; $V = 0,48$). L'hypothèse H_2 est donc confirmée : les structures de santé qui ne séparent pas strictement les rôles connaissent davantage d'erreurs d'imputation et de décalages de trésorerie. Sur le plan opérationnel, confier l'encaissement, l'ordonnancement et la tenue du livre de caisse à une seule personne renforce les faiblesses du contrôle interne, ce qui entraîne de fréquents écarts de solde et de nombreux rejets de dossiers de dépense.

3° Test de l'hypothèse H_3 : suivi des contrôles internes et niveau de redevabilité envers les bailleurs

Selon l'hypothèse trois, vérifier régulièrement la trésorerie à l'aide de procès-verbaux de contrôle de caisse aide les formations sanitaires à répondre aux exigences de redevabilité des bailleurs de fonds. Le test du Chi-deux donne $\chi^2 = 7,89$ avec 1 degré de liberté, $p = 0,005$, et le V de Cramer vaut 0,40. Ces valeurs montrent une relation significative au seuil de 5 %, ce qui confirme H_3 . En pratique, cette vérification régulière simplifie la préparation des dossiers de justification et empêche les blocages documentaires lors du reporting financier pour les partenaires extérieurs.

3.3.3. Recommandations et implications managériales

Compte tenu des faiblesses relevées dans la gestion financière et le contrôle interne – risque d'erreur sur les pièces d'urgence, cumul des fonctions, manque de redevabilité – il faut mettre en place des actions concrètes. Les propositions se regroupent en trois axes.

1. Recommandations pour l'Équipe Cadre de la Zone (ECZ)

Premièrement, l'Équipe Cadre de la Zone (ECZ) doit jouer pleinement son rôle de normalisation et d'encadrement technique. L'ECZ doit rédiger et diffuser un manuel de procédures simplifiées qui régit l'usage des décharges provisoires d'urgence. Ce manuel doit limiter la durée d'utilisation à 48 heures. En même temps, l'ECZ doit mettre en place des contrôles de caisse inopinés chaque trimestre dans les structures périphériques. Chaque contrôle doit être consigné dans un procès-verbal formel afin de réduire le risque moral. Enfin, l'ECZ doit organiser des formations continues pour les infirmiers titulaires. Ces formations porteront sur la tenue des registres, l'archivage des pièces justificatives et les procédures de contrôle de caisse.

2° Recommandations à l'attention des formations sanitaires

Deuxièmement, les responsables des formations sanitaires doivent nettoyer l'organisation administrative et comptable de leurs établissements. Sans moyens pour embaucher du personnel financier dédié, les FOSA devraient mettre en place un mécanisme de contrôle croisé, en associant le Comité de Santé (COSA) ou un agent désigné à la double signature des dépenses et aux contrôles mensuels. Il est également essentiel de renforcer la redevabilité communautaire en présentant chaque trimestre le bilan financier au COSA et en affichant clairement les tarifs officiels des soins à l'entrée des structures pour restaurer la confiance des usagers. Enfin, la rigueur de gestion impose d'interdire tout paiement d'urgence sans autorisation préalable du chargé de l'ordonnancement.

3° Recommandations à l'attention des bailleurs des fonds et partenaires

Finalement, les bailleurs de fonds et partenaires techniques et financiers doivent adapter leurs exigences opérationnelles à la réalité d'un environnement incertain. Les bailleurs de fonds et partenaires techniques et financiers doivent harmoniser leurs grilles de reporting financier et accepter des formulaires de justification simplifiés pour les transactions réalisées dans les zones d'instabilité sécuritaire. Les bailleurs de fonds et partenaires techniques et financiers devraient retenir une partie de leurs subventions pour financer directement des postes d'administrateurs-comptables qualifiés dans les centres de santé, et fournir aux structures soutenues des solutions de connexion internet autonome afin d'éliminer les retards dans la transmission électronique des rapports financiers.

Conclusion

Cette étude sur la gestion financière, le contrôle interne et la redevabilité dans la Zone de Santé de Beni conclut en s'appuyant sur trois cadres théoriques complémentaires : la contingence organisationnelle (Chenhall, 2003), la théorie de l'agence (Jensen & Meckling, 1976) et la théorie des parties prenantes (Freeman, 1984). Nous avons utilisé une méthode mixte auprès de 48 répondants provenant de 12 formations sanitaires. Le test du Chi-deux ($p < 0,05$) a confirmé les trois hypothèses de recherche. Les résultats montrent d'abord que les structures publiques et confessionnelles utilisent beaucoup plus les pièces comptables d'urgence et les régularisations a posteriori (72,9 %) que les établissements privés conventionnés, afin de compenser la rigidité des budgets ($H1, \chi^2 = 8,42 ; p = 0,015$).

Ensuite, le cumul de fonctions financières chez 70,8 % des agents augmente nettement les erreurs d'imputation et les écarts de caisse ($H2, \chi^2 = 11,15 ; p = 0,004$). Enfin, la régularité des contrôles mensuels de trésorerie conditionne le respect des échéances de reporting financier envers les bailleurs de fonds ($H3, \chi^2 = 7,89 ; p = 0,005$).

Enfin, cette recherche apporte trois éclairages majeurs : théoriquement, elle prouve que les règles comptables contournées en période de crise relèvent d'une stratégie de survie sanitaire plutôt que de la fraude ; méthodologiquement, elle valide des outils statistiques adaptés aux terrains fragiles ; et pratiquement, elle fournit un guide d'action pour mieux gérer les urgences, impliquer les communautés locales (CODESA) et harmoniser le suivi des bailleurs.

Bibliographie

- Bernard, H. R. (2021). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches* (6^e éd.). Rowman & Littlefield.
- Brikci, N., & Philips, M. (2007). *Healthcare financing in fragile states: Challenges and opportunities*. *Health Policy and Planning*, 22(4), 215-224.
- Brinkerhoff, D. W. (2004). Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 19(6), 371-379.
- Carricano, M., Poujol, F., & Bertrandias, L. (2010). *Analyse de données avec SPSS* (2^e éd.). Pearson Éducation.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans J. Poupard et al. (Éds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 239-247). Gaëtan Morin.
- Chenhall, R. H. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, 28(2-3), 127-168.
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (3^e éd.). Routledge.
- Dufour, C., et al. (2018). *Gouvernance et financement de la santé dans les zones d'instabilité sécuritaire en Afrique centrale*. Éditions L'Harmattan.
- Evrard, Y., Pras, B., & Roux, E. (2009). *Market : Études et recherches en marketing* (4^e éd.). Dunod.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5^e éd.). SAGE Publications.
- Fortin, F.-A., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière Éducation.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Pitman.
- Gauthier, B., & Bourgeois, I. (Éds.). (2021). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (7^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : Réussir son mémoire ou sa thèse* (2^e éd.). Pearson Éducation.
- Girod-Seville, M., & Perret, V. (2014). Epistémologie et sciences de gestion. Dans R.-A. Thiétart (Éd.), *Méthodes de recherche en management* (4^e éd., p. 18-45). Dunod.

Gond, J.-P., Barin Cruz, L., Raufflet, E., & Charron, M. (2018). *Comptabilité et gestion des risques en contexte d'incertitude*. Éditions EMS.

Howell, D. C. (2018). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (2^e éd., trad. par M. Rogier). De Boeck Supérieur.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360.

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd.). SAGE Publications.

Savoie-Zajc, L. (2021). L'entretien semi-dirigé. Dans B. Gauthier & I. Bourgeois (Éds.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (7^e éd., p. 337-360). Presses de l'Université du Québec.

Thiétart, R.-A., et al. (2014). *Méthodes de recherche en management* (4^e éd.). Dunod.