

La corruption dans le secteur de la santé

U4 ISSUE 2009:14
Traduction d'U4 ISSUE 2008:7

La corruption dans le secteur de la santé

U4 Issue 2009:14

Traduction d'U4 Issue 2008:10



U4 Issue

Disponible en ligne sur :

www.U4.no/document/publications.cfm

Et sur commande à :

U4 Anti-Corruption Resource Centre

Chr. Michelsen Institute

Jekteviksbakken 31

5006 Bergen

Tlf: + 47 47 93 80 00

Fax: + 47 47 93 00 01

E-mail: U4@U4.no

www.U4.no

U4 (www.U4.no) est un centre de ressources virtuel à l'usage des donateurs qui souhaitent gérer efficacement les problèmes de corruption auxquels ils peuvent être confrontés dans le cadre de leurs activités. Nous y proposons des études ciblées, des formations locales ou par correspondance, un service d'assistance et enfin, un large choix de ressources en ligne – autant de services qui devraient permettre aux organismes donateurs d'entreprendre des actions à la fois mieux coordonnées et plus adaptées aux réalités du terrain.

Le Centre est géré par le Chr. Michelsen Institute (CMI : www.cmi.no), fondation privée de recherche en sciences sociales située à Bergen, en Norvège, qui se consacre à l'étude de questions liées au développement et aux droits de l'homme.

Organismes partenaires de U4 : DFID (Royaume-Uni), Norad (Norvège), Sida (Suède), Gtz (Allemagne), Cida (Canada), Ministère hollandais des Affaires étrangères, BTC (Belgique) et AusAID (Australie).

Les points de vue exprimés dans ce rapport sont ceux du ou des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion des organismes partenaires de U4 ou de CMI/U4.

Droits d'auteur 2009 – U4 Anti-Corruption Resource Centre

Traduction :

Maelle Duquesne

Index des termes employés

Secteur de la santé

Numéro de projet

29402

Titre du projet

U4 Anti-Corruption Resource Centre

La corruption dans le secteur de la santé

La présente étude de U4 constitue une source d'information essentielle pour quiconque participe à la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé ou souhaite se documenter sur les défis que pose le phénomène de la corruption dans ce même secteur. Le rapport, initialement publié en ligne, est le fruit des recherches menées par Carin Nordberg de l'organisation *Transparency International*, mises à jour en 2008 par Taryn Vian (tvian@bu.edu), de l'Université de Boston.

Table des matières

État des lieux général :

1	Les causes et les conséquences.....	7
2	La gestion des ressources financières	15
3	La gestion des approvisionnements en médicaments et matériel médical.....	21
4	Les relations entre le personnel médical et les patients	32

Zoom :

5	Quelques exemples de bonnes pratiques.....	40
6	La transparence budgétaire.....	50
7	Les salaires.....	60

Informations additionnelles sur la corruption dans le secteur de la santé :

8	Synthèse de publications utiles	70
9	Sites Internet utiles	94

1 Les causes et les conséquences

1.1 L'amélioration de la santé publique, condition sine qua non au développement humain

La santé est un facteur capital pour la croissance économique et la réduction de la pauvreté. Cette importance se reflète d'ailleurs dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) : sur huit d'entre eux, trois renvoient directement à la santé, et un objectif supplémentaire fait référence à l'accès à des médicaments abordables dans les pays en développement. Pour garantir un accès universel et équitable à des services de santé de qualité, les gouvernements doivent affecter une part suffisante des revenus publics au secteur de la santé. Or, alors que les pays à revenu élevé y consacrent en moyenne 7 % du PIB, les pays à faible revenu ne dépensent en moyenne que 4,2 % pour ce secteur.¹

En plus de devoir affronter des problèmes sanitaires croissants tels que la pandémie mondiale de sida/VIH, nombre de pays à faible revenu ou en transition ont vu leur conjoncture économique se dégrader et ont donc dû réduire leurs budgets de santé. S'en sont suivis un grave déficit en personnel médical (OMS, 2006), une pénurie de médicaments et de matériel médical, une diminution, voire une suspension, des salaires des professionnels de santé, une détérioration de la qualité des soins médicaux et un manque total d'équité dans les services de santé. Gangrenés par la corruption, à la fois cause et conséquence de leurs maux, les pays en développement ont vu la santé publique se détériorer et leur système de santé périlcliter (Banque mondiale, 2004).

Le Baromètre mondial de la corruption 2007

En 2007, dans le cadre du sondage Voice of the People (La voix du peuple), Gallup International a interrogé 63 199 citoyens dans 60 pays. A cette occasion, Transparency International (TI) a fait passer différentes questions aux personnes consultées, dont les réponses, présentées dans le Baromètre mondial de la corruption de Transparency International 2007, reflètent les perceptions, expériences et attentes des citoyens de chaque continent en matière de corruption. Globalement, le public interrogé considère le secteur médical comme modérément sujet à la corruption. La perception de la corruption dans la prestation de services médicaux est plus marquée dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé. 6 % des citoyens de pays à faible revenu qui ont bénéficié de soins médicaux au cours du mois précédent ont affirmé avoir dû verser un pot-de-vin. Les tendances par revenu sont analogues dans tous les pays, les ménages les moins aisés se déclarant plus souvent confrontés à la corruption dans les services de santé que les ménages aux revenus élevés (respectivement 7 % et 5 %). Bien qu'il soit délicat d'en tirer des conclusions, les résultats du Baromètre mondial de la corruption semblent toutefois indiquer que, d'un pays à l'autre ou à l'intérieur de chaque pays, les pauvres se voient plus souvent soutirer des pots-de-vin que les riches.

http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/gcb/2007

¹ HNPSStats – base de données statistiques de la Banque mondiale en matière de santé, nutrition et population (en anglais uniquement) : statistiques depuis 2004 : Lien vers cette page : <http://go.worldbank.org/1QXEI9FDR0> - Les derniers chiffres disponibles correspondent à 2005.

1.2 La corruption dans le secteur de la santé

« Dans tous les pays du monde, le secteur de la santé est gangrené par la corruption, mais le problème est particulièrement dramatique dans les économies en développement et en transition, déjà en manque de ressources publiques » (Vian, 2002). La corruption réduit les ressources disponibles pour le secteur de la santé, érode la qualité, l'équité et l'efficacité des services médicaux, diminue le volume et accroît les coûts des services fournis ; elle décourage les citoyens de recourir aux services de santé et de les payer, et a de ce fait un impact ravageur sur la santé publique. S'appuyant sur les statistiques de 71 pays différents, le Fonds monétaire international (FMI) a mené une étude dans laquelle il démontre que les pays affichant un taux de corruption élevé connaissent systématiquement une mortalité infantile supérieure aux autres pays (Gupta, Davoodi et Tiongron, 2000). Prévenir les abus et enrayer la corruption est donc fondamental en vue de dégager des ressources pour le secteur de la santé, d'optimiser l'utilisation des ressources existantes et enfin, d'améliorer la situation sanitaire générale de la population.

1.3 Un secteur très vulnérable à la corruption

Bien que les recherches en la matière soient pour l'instant limitées, il apparaît que le secteur de la santé est particulièrement vulnérable à la corruption. Cela s'explique notamment par la multiplicité des niveaux avérés comme extrêmement sensibles au phénomène.

1. Le secteur de la santé se caractérise à la fois par un grand déséquilibre de l'information et par le manque d'élasticité de la demande en services (Vian, 2002, 2007).
2. Du fait du pouvoir discrétionnaire des prestataires dans le choix des services qu'ils proposent, les patients se trouvent dans une position fragile. Dans la plupart des pays, les professionnels de la santé jouissent du statut culturel de guérisseurs fiables, au-dessus de tout soupçon (Savedoof, 2004). L'idée que les prestataires pourraient voir leur jugement biaisé par des conflits d'intérêt est certes déplaisante, mais s'avère bien réelle. L'étude consacrée aux « Voix des parties prenantes du secteur de la santé au Bangladesh » mentionne que le manque d'information sur les différents types de services fournis constitue un problème fondamental (Nilufur, 2003).
3. Protégés de la concurrence ou de toute responsabilité externe, les systèmes proposant des prestations publiques directes sont généralement peu productifs (Savedoff, 2004).
4. Le degré de décentralisation et d'individualisation des services est tel que la standardisation et le contrôle des prestations de services et des achats publics reste une tâche complexe, en particulier dans les pays en développement, qui disposent de faibles capacités de contrôle (PNUD, 2003).

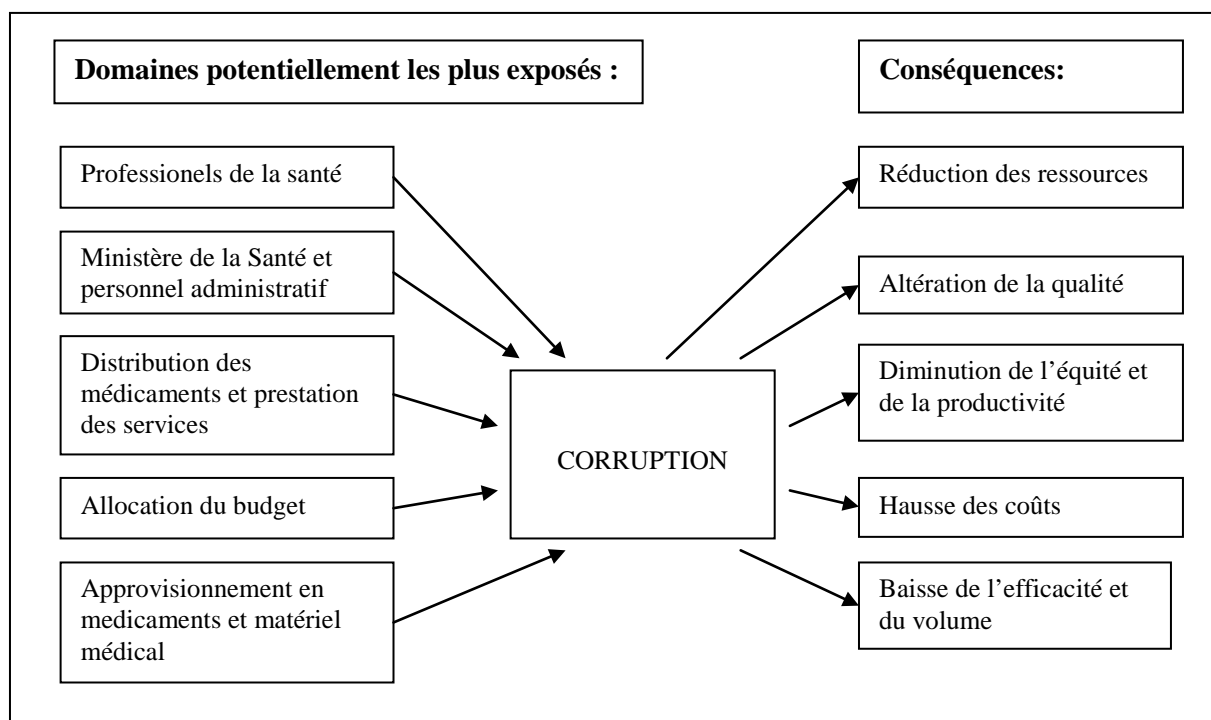
Il ressort que les risques de corruption sont particulièrement élevés aux différents niveaux suivants :

1. Prestations de services assurées par le personnel médical
2. Gestion des ressources humaines
3. Sélection et utilisation de médicaments
4. Approvisionnement en médicaments et matériel médical
5. Distribution et stockage des médicaments
6. Systèmes de contrôle, et
7. Budgétisation et détermination des prix.

Diagnostiquer, localiser et combattre les problèmes qui viennent altérer les prestations de services médicaux primaires exige d'évaluer et de documenter les cas d'abus et de corruption. Différents outils empiriques ont récemment été élaborés pour évaluer la corruption, les déperditions et l'efficacité des dépenses publiques. Le tableau 1-1 représenté page 7 dresse la liste des outils qui peuvent s'avérer utiles à l'évaluation des points sensibles à la corruption. Par exemple, dans son guide intitulé « Outils d'évaluation de la corruption et de l'intégrité dans les institutions », USAID passe plusieurs secteurs

en revue, dont celui de la santé (IRIS, 2005). Parmi les autres outils empiriques se trouvent les Etudes de groupes témoins, les Comparaisons des informations tarifaires, les Etudes de traçabilité des dépenses publiques, les Etudes quantitatives sur les prestations de services et enfin, les Enquêtes auprès des entreprises. Les conclusions dégagées grâce à ces instruments ont permis aux parties prenantes de disposer d'informations précieuses en vue de l'identification et de l'analyse des problèmes et de la conception de stratégies efficaces de lutte contre ces derniers.

Schéma 1-1 La corruption dans le secteur de la santé : domaines à risques et conséquences (Weerasuriya, 2004)



1.4 Financement de la santé et corruption

La corruption s'imisce de différentes manières et en différents points du secteur de la santé, en partie selon le système de financement en place. La plupart des cas de corruption détectés dans le secteur de la santé reflètent des problèmes plus généraux de gouvernance et de transparence du secteur public (Vian, 2002, 2007). Globalement, un système de financement du secteur de la santé sera surtout vulnérable à la corruption au niveau des contrats publics et enclin aux abus susceptibles d'entamer la qualité des services, comme par exemple les honoraires illégaux, les vols, l'absentéisme et les pots-de-vin en échange de subventions à l'achat de matériel médical. Un système qui repose sur le financement d'une institution de sécurité sociale sera quant à lui plus exposé aux détournements de fonds, par exemple lorsque le personnel médical prescrit des soins médicalement superflus ou que le gouvernement subventionne des actes qui n'ont jamais été effectués. Le premier système est appelé système intégré, tandis que le second, dans lequel financements et prestataires sont indépendants, est appelé « système financements / prestataires ». Dans les pays en développement, le système de santé publique le plus fréquent est le système intégré. En Amérique latine et en Asie, certains pays à revenu moyen reposent toutefois sur des systèmes de sécurité sociale (Savedoff, 2003, 2007). Dans un essai rédigé en contribution au Rapport mondial 2006 de Transparency International sur la corruption, William Savedoff et Karen Hussmann se sont employés à déterminer comment le type de système national de financement de la santé pouvait influencer sur le niveau de corruption (TI 2006).

Tableau 1-1: Financement de la santé et risques de corruption (Savedoff, 2003)

Méthode de financement	Caractéristiques	Risques de corruption
Impôts	Système normalement associé à des services intégralement ou presque intégralement gratuits. Limites : dans les pays à faible revenu, la perception des impôts est problématique. Les plus hauts revenus bénéficient en outre d'un taux d'allocations publiques exagérément élevé.	Détournements de fonds publics à grande échelle au niveau ministériel. Risque élevé de paiements informels ou illégaux. Corruption dans les contrats publics. Abus divers qui sapent la qualité des services.
Sécurité sociale	Obligatoire, tous les citoyens n'étant pas soumis à la même couverture et aux mêmes prestations ; les primes et les prestations sont décrites dans les conventions sociales (législation ou réglementation). Seulement applicable pour les salariés formels.	Parmi les abus les plus fréquents figurent les excès de traitements médicaux, la fraude dans les honoraires et les détournements de fonds.
Assurance maladie privée	L'assuré souscrit volontairement à l'assurance (à titre individuel ou collectif).	Voir système de sécurité sociale.
Paiements directs	Lorsque les patients paient les biens et services directement de leur poche. Les frais ne sont pas remboursables.	En l'absence de contrôles efficaces, risque élevé de gonflement des honoraires et de prescription inappropriée d'actes médicaux. Egalement risque que les employés empochent les honoraires payés par les patients. Les utilisateurs n'ont aucune garantie de qualité sur les services médicaux qu'ils contractent.
Financement communautaire	Tout dispositif de financement alimenté par les cotisations des membres d'une communauté (« pré-paiements »). Dans la plupart de ces régimes, le financement et les soins sont intégrés.	Problèmes similaires à ceux des régimes financés par les impôts, à la différence que les prestataires sont directement responsables vis-à-vis de la communauté, ce qui réduit les risques de corruption. ²

En moyenne, dans les pays à faible revenu, les impôts financent les dépenses de santé à hauteur de 40-50 %, la sécurité sociale, de 10-20 %, les paiements directs des patients, de 20-40 % et enfin, les assurances maladies privées, de moins de 10 %. Dans les économies en transition, en revanche, les paiements directs peuvent couvrir 75 à 80 % des dépenses totales de santé (Banque mondiale, 2005). Nombre de pays à faible revenu vont devoir redéfinir leur stratégie nationale de financement du secteur de la santé et devront pour cela prendre soin de considérer les fonds dont ils disposent et d'étudier l'équité et l'efficacité du système. Toute stratégie de financement se doit par ailleurs d'intégrer les mesures nécessaires à la réduction du gaspillage de ressources induit par la corruption.

D'après le schéma théorique que nous avons vu, les fonctionnaires peuvent être amenés à commettre des actes de corruption pour trois raisons principales : premièrement, l'**opportunité** de commettre de

² Les analyses par pays ont montré que la décentralisation fiscale était susceptible d'améliorer l'efficacité du système de santé lorsque la corruption y est très répandue. Consulter David A Robalino, Oscar F Picazo et Albertus Voetberg, "Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes? Evidence from a Cross-Country Analysis", Document de travail 2565 de la Banque mondiale, p. 11 (2005) : <http://go.worldbank.org/KPA7QPH7V0>

tels actes doit s'offrir à eux, du fait, par exemple, du monopole des services, du pouvoir discrétionnaire dont ils disposent, de l'absence de redevabilité, de l'impuissance de la société civile ou encore, du manque de transparence du système. Deuxièmement, les valeurs individuelles, les normes sociales et l'érosion des valeurs du service public peuvent contribuer à créer un **environnement** dans lequel la corruption semblerait justifiée et, troisièmement, l'insuffisance des salaires, d'éventuelles dettes personnelles ou d'autres raisons similaires peuvent exercer une certaine **pression** sur les fonctionnaires, qui cèderont donc à la corruption (Vian, 2008). Notons que, pour être efficace, la lutte contre la corruption doit intégrer chacun de ces trois facteurs. Prenons l'exemple d'une augmentation des salaires destinée à éradiquer les paiements informels dans le secteur de la santé. Si les paiements informels se sont généralisés parmi le personnel de santé, il est probable que l'acceptation générale de cette pratique poussera les fonctionnaires à perpétuer leurs habitudes, même après l'augmentation de leur salaire. Il est par ailleurs très difficile de réduire les opportunités de corruption lorsque cette dernière est acceptée par la société et que les professionnels de la santé et autres fonctionnaires du secteur se protègent les uns les autres.

1.5 Les conséquences de la corruption

Au niveau macroéconomique, la corruption entrave la croissance économique. Les sociétés privées, qui considèrent la corruption comme une sorte « d'impôt » supplémentaire, auront en effet tendance à investir dans les pays les moins touchés par le phénomène. Les pays corrompus, dont la croissance économique sera de ce fait limitée, dégageront donc moins de ressources publiques pour les investissements, dans le secteur de la santé notamment. Par ailleurs, la corruption affecte les décisions d'investissement des dirigeants : les gouvernements corrompus seront en effet plus enclins à investir dans des secteurs consommateurs d'infrastructures tels que les transports publics ou l'armée, dans lesquels les contrats publics sont susceptibles de leur rapporter des commissions conséquentes, plutôt que dans des secteurs sociaux tels que la santé ou l'éducation. Pour la même raison, les investissements réalisés dans le secteur de la santé privilégieront bien souvent la construction de nouveaux hôpitaux et l'achat de matériel de haute technologie très coûteux au détriment des programmes de soins primaires tels que la vaccination et le planning familial.

La corruption dans le secteur de la santé a également des répercussions négatives directes sur l'accès et sur la qualité des soins procurés aux patients. Les détournements et les fraudes dans les contrats publics induisant des pertes de ressources considérables pour le budget de la santé, le secteur en vient à manquer de fonds pour payer les salaires et financer les services de santé et l'entretien des équipements. Le personnel en ressort démotivé, la qualité des soins en pâtit et les services de santé s'en trouvent à la fois moins disponibles et moins utilisés (Lindelov et Sernells, 2006). Des études ont montré que la corruption avait un impact négatif majeur sur les indicateurs de santé tels que la mortalité infantile (même après correction en fonction des revenus), l'éducation des filles, les dépenses de santé et le niveau d'urbanisation (Gupta *et al.*, 2002). Il est démontré que la diminution de la corruption peut contribuer à l'amélioration de la santé publique, grâce à une meilleure utilisation des dépenses publiques. (Azfar, 2005).

Des recherches effectuées en Europe de l'Est et en Asie centrale font ressortir que la corruption sous forme de paiements informels des soins tend à limiter l'accès aux services de santé, en particulier pour les plus pauvres, et pousse les malades à ajourner leurs consultations médicales (Lewis, 2000). En revanche, lorsque les paiements sont effectués à titre de contribution aux coûts médicaux, ils participent de l'efficacité du système, puisqu'ils contribuent à la prise en charge d'un nombre plus élevé de patients pour un coût additionnel limité. De manière générale, il existe d'autres moyens plus efficaces d'améliorer le système, et les paiements occultes restent les plus propices aux abus de toutes sortes. Différentes études entreprises en Azerbaïdjan ont révélé que, dans les zones rurales, près de 35 % des naissances avaient lieu à domicile, en partie à cause du coût élevé des services dans des hôpitaux pourtant censés fournir des soins gratuits (Banque mondiale, 2005). Dans de nombreux pays, des familles sont contraintes de vendre leur bétail ou leurs biens, ou encore d'emprunter auprès de membres de la famille élargie ou de la communauté pour être en mesure de régler les paiements informels exigés contre les soins dont elles ont besoin.

Parallèlement aux paiements informels, les pots-de-vin versés pour contourner la réglementation en matière de médicaments et produits pharmaceutiques constituent une autre forme de corruption néfaste au système de santé, qui a notamment permis la dilution des vaccins en Ouganda et a contribué à aggraver le problème croissant de la contrefaçon de médicaments dans le monde. Dora Akunyili, Directrice générale de l'Agence nationale pour l'alimentation, l'administration et le contrôle des produits pharmaceutiques du Nigeria (NAFAC, en anglais), est éloquente sur la lutte que mène son pays contre la contrefaçon de médicaments (Akunyili, 2006). La consommation de médicaments dont le principe actif est altéré peut provoquer une pharmacorésistance, en plus de faire peser la menace d'une propagation de pandémie et de nuire gravement à la santé des patients – les composants des médicaments contrefaits peuvent en effet être toxiques ou totalement inactifs, ce qui, d'après le groupe spécial international anti-contrefaçon de produits médicaux (IMPACT) de l'OMS (2006), contribue à saper la confiance du public dans des médicaments pourtant essentiels. Par ailleurs, en raison des vols et des détournements des médicaments vers les pharmacies privées, la corruption peut également entraîner des pénuries dans les centres médicaux publics, et donc provoquer une diminution de leur fréquentation. Du fait de la corruption dans les contrats publics, les infrastructures publiques demeurent médiocres, alors que le coût des équipements augmente. Le budget restant pour les prestations de services s'en trouve donc fortement limité.

La promotion peu morale de médicaments et les conflits d'intérêts entre médecins sont d'autres facteurs qui nuisent à la qualité du secteur de la santé. D'après Jérôme Kassirer, si elles ne sont pas strictement réglementées, les activités de promotion et les différentes interactions entre sociétés pharmaceutiques et médecins peuvent amener ces derniers à déroger à la déontologie médicale (Kassirer, 2006). Des études ont en effet montré que certains professionnels en venaient à effectuer des prescriptions complètement inadaptées de médicaments (Wazana, 2000), ou encore que le surcoût induit par ces interactions n'entraînait aucune amélioration particulière en terme de santé. Les patients voient donc leur santé menacée par des praticiens qui, dans une optique d'enrichissement personnel, leur prescrivent des traitements superflus ou potentiellement dangereux (Kassirer, 2005).

1.6 Bibliographie

- Akunyili, D. (2006). "The fight against counterfeit drugs in Nigeria" *Rapport mondial 2006 de Transparency International sur la corruption*.
- Azfar, O. (2005). "Corruption and the delivery of health and education services" Chapitre 12 dans Bertram Spector (ed.) *Fighting Corruption in Developing Countries*. Bloomfield, CT: Kumarian Press
- Banque mondiale (2004). Rapport sur le développement dans le monde : « Mettre les services de base à la portée des pauvres » Banque mondiale.
- Banque mondiale (2005). "Azerbaijan Health Sector Note" Washington DC: Banque mondiale, 2005. <http://go.worldbank.org/OOO5ETTV90>
- Gupta, S., Davoodi, H., et Tiongron, E. (2000). "Corruption and the Provision of Health Care and Education Services" *Document de travail du FMI* 00/116, Annexe Tableau 9 p. 27.
- IMPACT OMS (2006). International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce (IMPACT). <http://www.who.int/impact/resources/ImpactBrochure.pdf>
Page d'accueil de l'IMPACT : <http://www.who.int/impact/en/>
- IRIS Center (2005). "Tools for Assessing Corruption & Integrity in Institutions", 2005, U.S. Agency for International Development (USAID).
- Kassirer, J. (2005). *On the Take: How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*, New York: Oxford University Press, 2005.
- Kassirer, J. (2006). "The Corrupting Influence of Money in Medicine" *Rapport mondial 2006 de Transparency International sur la corruption*.
- Lewis M. (2000). "Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?" *Département du développement humain, Région Europe et Asie Centrale*. Washington, DC : Banque mondiale. <http://sec.sec.lt/pages/alfdiskusijos/pages/discuss3/docs/Who+Is+Paying+text.pdf>
- Lindelov, M. et Sernells, P. (2006). "The performance of health workers in Ethiopia: Results from Qualitative Research" *Social Science & Medicine* 62(9).
- Nilufur, A. (2003). "Voices of Stakeholders in the Health Sector Reform in Bangladesh", dans *Health Policy Research in South Asia: Building Capacity for Reform*, Banque mondiale, p. 377. http://www-wds.worldbank.org/servlet/main?menuPK=64187510&pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&entityID=000090341_20031208111101
- OMS (2006). Le Rapport sur la santé dans le monde : « Travailler ensemble pour la santé » Organisation mondiale de la santé. <http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>
- PNUD (2003). Rapport sur le développement humain : « Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine » Programme des Nations unies pour le développement, p. 113. <http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rmdh2003/>
- Robalino, D.A., Picazo, O.F., et Voetberg, A. (2001). "Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes? Evidence from a Cross-Country Analysis" Document de travail de la Banque mondiale

2565, p. 11.

<http://go.worldbank.org/KPA7QPH7V0>

Savedoff, D.W. (2003). "The Characteristics of Corruption in Different Health Systems", Organisation mondiale de la santé, avant-projet, p. 6.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550X.pdf>

Savedoff, D. W. (2004). Note pour Transparency International, 14 juillet 2004.

Savedoff, William D.W. (2007). "Transparency and Corruption in the Health Sector: A Conceptual Framework and Ideas for action in Latin America and the Caribbean." Health Technical Note 03 Département développement durable, Division des programmes sociaux, Banque interaméricaine de développement. Washington, D.C.

<http://www.iadb.org/sds/doc/CorruptionHealthFrameworkSavedoff.pdf>

TI (2006). *Rapport mondial 2006 de Transparency International sur la corruption.*

Vian, T. (2002). "Corruption and the Health Sector" U.S. Agency for International Development (USAID) and Management Systems International (MSI).

Vian, T. (2007). "Review of corruption in the health sector" Health Policy and Planning 23(2).

Wazana A. (2000). "Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift?" Journal of the American Medical Association, 283.

Weerasuriya, S.(2004). Texte rédigé pour Transparency International, juillet 2004.

2 La gestion des ressources financières

2.1 Les problèmes

2.1.1 La procédure budgétaire

La procédure budgétaire constitue un outil important pour les gouvernements : elle leur permet de mobiliser les ressources nécessaires à la santé, de traduire leurs politiques en investissements pour les plus défavorisés et d'instaurer des services de santé de qualité, à la fois équitables et efficaces. C'est également par le biais de la procédure budgétaire que sont fixés les objectifs auxquels les gouvernements devront se tenir. Dans de nombreux pays, les institutions sont impuissantes, les procédures budgétaires sont opaques et peu démocratiques, et la participation des citoyens est limitée. Le risque y est donc grand que, dès la phase de formulation du budget et d'affectation des ressources, ces dernières soient détournées des priorités sociales du pays vers des secteurs politiquement ou financièrement plus « profitables ». Par exemple, le gouvernement peut vouloir assurer la captation des élites, par exemple en favorisant certains groupes aisés ou ceux disposant d'un important réseau relationnel. Les plus pauvres auront par conséquent un accès moindre aux soins spécialisés, et même aux soins primaires, par rapport aux élites du pays.

2.1.2 L'absence de redevabilité en matière de finances

La procédure d'affectation des fonds à la santé veut que les ressources transitent *via* différentes institutions gouvernementales nationales et locales avant de parvenir aux établissements de santé. Pour veiller à ce que les fonds alloués soient utilisés conformément aux objectifs fixés, il conviendra d'user des mécanismes de contrôle, d'audit et de comptabilité formulés conformément au cadre juridique et institutionnel national, outils en vertu desquels les différents intervenants seront contraints de rendre des comptes sur leur gestion des finances publiques. Bien souvent, dans les pays en développement, les gouvernements n'ont pas les capacités financières et techniques suffisantes pour exercer efficacement de telles fonctions de supervision et de contrôle et entreprendre le suivi et le reporting des enveloppes budgétaires, des déboursements et de l'utilisation des ressources financières. La mauvaise gestion des systèmes de dépenses, l'absence d'audit et de supervision efficaces, les déficiences organisationnelles et le laxisme des contrôles budgétaires sur les mouvements de fonds publics, sont autant de facteurs propices aux fuites, à la fraude, aux abus et à la corruption, tant au niveau politique que bureaucratique et à tout stade de la procédure budgétaire. La falsification des états financiers est un problème particulièrement aigu dans les hôpitaux privés. En effet, les cadres sont parfois tentés de déformer revenus et dépenses afin de répondre aux attentes des analystes du secteur et des actionnaires. Cependant, même dans les hôpitaux publics, la fraude peut constituer un sérieux problème. Par exemple, les bailleurs, soucieux de voir leurs fonds dépensés selon les objectifs fixés, auront tendance à baser leurs financements sur les performances des bénéficiaires. Lorsque, pour une raison ou pour une autre, ils n'ont pas atteint leurs objectifs, les dirigeants des établissements médicaux seront enclins à falsifier leurs bilans financiers pour recevoir malgré tout leurs primes.

2.1.3 Les fuites budgétaires

Pour comparer les affectations de budgets avec les dépenses réelles des établissements de santé, la Banque mondiale a entrepris une série d'études dans différents pays en développement. Elle a ainsi pu confirmer que, dans les pays analysés, les ressources allouées ne correspondaient pas aux décisions budgétaires initiales (Reinikka et Svensson, 2003). En Ouganda et en Tanzanie, par exemple, les conseils municipaux et communaux ont détourné des sommes importantes des crédits affectés par le gouvernement central, à des fins diverses, et notamment personnelles. Les fuites budgétaires s'élèvent dans ces pays à 41 % des ressources attribuées. Au Ghana, 20 % seulement des dépenses de santé publique non salariales parviennent aux services subventionnés, une grande partie des fuites ayant lieu entre les ministères et les municipalités. Au Cambodge, il semblerait que 5 à 10 % des budgets de

santé s'évaporent avant même de quitter le ministère de la Santé (Transparency International 2006:23). Une analyse menée entre 1996 et 2001 dans 64 pays vient corroborer les effets de la corruption sur les dépenses de santé : elle conclue que la corruption entraîne une diminution des dépenses publiques en matière d'éducation, de santé et de protection sociale (Delavallade, 2006).

Les fuites budgétaires pourraient également expliquer pourquoi nombre d'études n'ont pu identifier les effets du financement des soins sur la santé publique. Gauthier et Wane (2006) suggèrent que les détournements de crédits affectés à la santé et les abus pourraient expliquer pourquoi les études menées jusqu'alors n'avaient pu établir ce lien. Dans l'étude des dépenses de santé qu'ils ont effectuée au Tchad d'après des données collectées par la Banque mondiale en 2004, ils démontrent que, bien que l'administration régionale dispose de 60 % du budget ministériel, les régions n'en perçoivent que 18 %, sachant que ce budget est encore largement amputé lorsqu'il parvient aux établissements médicaux. Pour faire face aux pénuries de financement, ces derniers augmentent leurs tarifs. Les premières victimes de ces mesures peuvent être les foyers les plus pauvres qui, par manque de moyens, tendent à renoncer à se faire soigner. Gauthier et Wane considèrent que le nombre de patients en consultation pour des soins primaires serait deux fois plus élevé si les crédits affectés au secteur de la santé parvenaient dans leur intégralité à destination.

2.1.4 Les mécanismes de financements multiples et les afflux massifs de capitaux

De nombreux pays en développement, en Afrique notamment, trouvent leur principale source de financement externe dans les fonds alloués par les bailleurs. Au cours des dix dernières années, on observe que ces derniers ont eu tendance à délaissier le financement de projets uniques, pour mettre leurs ressources en commun avec les gouvernements et d'autres bailleurs de fonds et financer ainsi les budgets nationaux ou des accords de financement global. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne la santé et l'éducation. Notons toutefois qu'une part considérable des fonds des donateurs transite toujours hors budget, par le biais d'organisations internationales et non-gouvernementales. Ainsi, par exemple, le Fonds mondial a décidé d'affecter 50 % de ses ressources directement aux gouvernements et presque autant à d'autres organisations et au secteur privé. La disponibilité soudaine de sommes importantes à dépenser rapidement comporte un risque inhérent de corruption. Différentes initiatives de lutte contre le sida/VIH, financées par le Fonds mondial et le PEPFAR dans plusieurs pays en développement, en ont d'ailleurs pâti (Lewis 2005). Les contributions effectuées en dehors des budgets nationaux confèrent un certain pouvoir discrétionnaire aux gouvernements, qui peuvent être tentés de réaffecter des fonds publics attribués à la santé – réaffectation difficile à détecter, dans la mesure où les établissements médicaux peuvent très bien recevoir les montants promis. L'intensification des financements des bailleurs de fonds pourrait ainsi risquer d'étouffer les dépenses publiques de santé (Gauthier et Wane, 2006).

Soucieux de parer à d'éventuelles fuites, les bailleurs de fonds prennent des mesures visant à améliorer les pratiques comptables et effectuent des audits financiers pour vérifier l'utilisation réelle des fonds, provoquant ainsi des retards dans les décaissements des fonds promis et obligeant les établissements médicaux à faire face à des dépenses additionnelles à leurs budgets courants et officiels. De cette situation naissent parfois des partenariats informels entre acteurs privés et dirigeants régionaux et municipaux. Asante *et al* (2006) mettent en garde contre le fait que les mécanismes informels résultant des retards de décaissement des bailleurs de fonds peuvent contribuer à une recrudescence de la corruption.

2.2 Quelles solutions ?

2.2.1 Améliorer les systèmes de contrôle des ressources et de comptabilité

Les systèmes de santé doivent s'inscrire dans un cadre juridique et institutionnel régissant des normes comptables et des codes de contrats publics clairs et simples, basés sur les principes de transparence, d'exhaustivité et de ponctualité. Ils devraient également reposer sur des mécanismes de supervision et d'audit efficaces conçus pour optimiser les procédures de contrôle budgétaire et garantir le respect des

règles et l'application de sanctions en cas de mauvaise gestion financière. Dans les systèmes rongés par la corruption, le manque de transparence protège les coupables. Par conséquent, la mise en place de meilleurs systèmes de contrôle pourrait rencontrer une certaine résistance. Par exemple, lorsque, pour mettre fin aux détournements de recettes d'un hôpital kenyan, une réforme imposa la mise en place de caisses enregistreuses, les agents chargés de l'encaissement s'opposèrent à l'initiative. Pour que la réforme puisse entrer en vigueur, il fallut les renvoyer et recruter du nouveau personnel. Dans les trois mois qui suivirent, à fréquentation identique, les recettes des honoraires réglés par les patients bondirent de 50 %. Après trois ans, les recettes annuelles des honoraires avaient augmenté de 400 % par rapport à leur niveau initial (Stover, 2001).

2.2.2 Transparence budgétaire et participation

La transparence implique que les politiques, les pratiques et les dépenses publiques soient ouvertes à la surveillance des citoyens et du pouvoir législatif et que la société civile puisse s'impliquer dans chacune des phases de formulation, d'exécution et de reporting budgétaire (Fölscher *et al*, 2000). La transparence budgétaire requiert un système d'information capable de produire en temps et en heure des données fiables et précises, en fonction desquelles les agents publics seront tenus de rendre des comptes sur leur utilisation des ressources affectées. En cas d'irrégularité, la société civile doit être habilitée à utiliser ces informations et à prendre les mesures nécessaires. Les initiatives de planification budgétaire participative encouragent le plus grand nombre de parties prenantes à s'impliquer dans l'affectation de ressources en fonction des besoins de leur communauté, à entreprendre un suivi budgétaire pour s'assurer que les dépenses sont bien effectuées en fonction des priorités établies et à contrôler la qualité des biens et services acquis grâce aux budgets attribués. En Irlande, au Brésil (Porto Alegre), et en Afrique du Sud, différentes initiatives visant à étendre la planification budgétaire participative ont été entreprises avec succès (Narayan, 2002). Par ailleurs, une étude réalisée dans 64 pays a permis de démontrer que la transparence sociale modérait les effets de la corruption sur les dépenses publiques de santé (Delavallade, 2006).

Robalino *et al* (2001) présentent une étude de cas intéressante sur le Mexique. Pour plus d'informations sur la participation de la société civile à la procédure budgétaire, consulter le site Internet de l'organisation *The International Budget Partnership* : <http://www.internationalbudget.org/>.

2.2.3 La décentralisation

La décentralisation est une stratégie privilégiée pour améliorer l'efficacité de l'affectation des ressources. Elle vise à permettre une large participation du public, à faciliter la supervision locale des ressources budgétaires, à renforcer les capacités du public à demander des comptes aux dirigeants et à améliorer la réactivité du système de santé. Les études effectuées sur la question indiquent que dans les pays les plus pauvres, plus la décentralisation budgétaire est poussée, plus le taux de mortalité est faible et meilleur semble le niveau de santé publique malgré la corruption (Hofbauer, 2006). Cependant, la décentralisation est également susceptible de favoriser la corruption ainsi que la captation des élites, car elle implique un relâchement des contrôles des autorités centrales et repose parfois sur des capacités institutionnelles insuffisantes et des contrôles mutuels déficients au niveau local. Elle peut également contribuer à accroître les disparités régionales entre municipalités riches et pauvres. La décentralisation constitue une stratégie risquée, qu'il convient de mettre en œuvre avec précaution (Das Gupta et Khaleghian, 2004).

2.2.4 La privatisation des services de santé

Lorsque les pays reposent sur des institutions faibles avec peu de moyens de contrôle des dépenses publiques, ils peuvent considérer la privatisation des services comme une méthode alternative pour améliorer la qualité et de l'efficacité de leur système de santé. La privatisation brise le monopole des prestataires publics et réduit donc les possibilités de subornation. De nombreux pays en développement, particulièrement en Amérique latine et en Asie, ont vu le secteur privé se développer

de manière très rapide, sans le moindre cadre réglementaire (PNUD, 2003). Les fonctions de prévention sont toutefois généralement restées du ressort du gouvernement. Il est pour l'instant difficile d'établir les aspects positifs de cette évolution, en grande partie du fait de l'absence de cadre réglementaire qui aurait permis à la fois de contrôler et de surveiller la qualité, la fiabilité et la rentabilité des soins et des traitements privés, d'assurer un accès équitable et universel à des services de santé de qualité et de prévenir les abus et les pratiques illicites (Das Gupta et Khaleghian, 2004). En Bolivie, une étude menée dans les hôpitaux municipaux a déterminé que l'existence de nouveaux prestataires avait entraîné une diminution des paiements informels (Gray-Molina *et al* 2001). Les auteurs du rapport ont établi que la concurrence entre les prestataires publics et privés était plus susceptible de réduire les paiements informels si les prestataires publics dépendaient des recettes des honoraires réglés par les patients pour financer leurs frais d'exploitation.

2.2.5 Effectuer un suivi des ressources

Détecter d'éventuels problèmes exige d'évaluer les déperditions de ressources et l'efficacité des dépenses publiques. Les Etudes de traçabilité des dépenses publiques (PETS, en anglais), les enquêtes quantitatives sur la prestation de services et les comparaisons de prix peuvent permettre d'identifier les postes au niveau desquels les fonds ne parviennent pas aux bénéficiaires supposés ou sont utilisés à d'autres fins que ce qui était initialement prévu. Pour des informations récentes sur les outils d'évaluation des prestations de services, consulter Amin *et al* (2008).

2.2.6 Les campagnes d'information

Dans les pays institutionnellement fragiles, le gouvernement a des capacités très limitées en tant qu'auditeur et superviseur. Dans ce contexte, les mécanismes traditionnels d'audit et de surveillance risquent de constituer des méthodes unilatérales insuffisantes pour réduire les abus et la corruption dans le système de santé. En revanche, publier les conclusions des études effectuées et entreprendre des campagnes d'information permet d'exposer les mauvaises pratiques au grand jour et d'accroître les capacités du public à contrôler les abus et à les dénoncer, et donc à combattre l'impunité générale. Par exemple, sur la base des conclusions d'une PETS, l'Ouganda a décidé de publier chaque mois dans la presse les montants des transferts de fonds intergouvernementaux. L'État est ainsi parvenu à réduire les fuites d'argent public de 78 % (Reinikka et Svensson, 2005). Une autre étude ougandaise corrobore ces résultats, qui montrent que le fait que les citoyens aient connaissance des démarches à suivre pour dénoncer les mauvaises pratiques bureaucratiques a eu des répercussions sur la corruption et la qualité des services (Deiniger et Mpuga, 2005).

2.3 Bibliographie

Akin, J., Hutchinson, P., et Strumpf, K. (2005). "Decentralisation and government provision of public goods: The public health sector in Uganda," *Journal of Development Studies* 41(8).

Amin, S., Das, J., et Goldstein, M. (eds) (2008). *Are you being served? New Tools for measuring service delivery*. Banque mondiale.

LIEN :[http://www-](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/02/15/000333038_20080215064605/Rendered/PDF/424820PUB0ISBN1LIC0disclosed0Feb131.pdf)

[wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/02/15/000333038_20080215064605/Rendered/PDF/424820PUB0ISBN1LIC0disclosed0Feb131.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/02/15/000333038_20080215064605/Rendered/PDF/424820PUB0ISBN1LIC0disclosed0Feb131.pdf)

Asante, A.D., Zwi, A.B, et Ho, M.T. (2006). "Getting by on credit: how district health managers cope with the untimely release of funds," *BMC Health Services Research*(6):105.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-105.pdf>

Das Gupta, M., et Khaleghian, P. (2004). "Public Management and Essential Health Functions," Document de travail 3220 de la Banque mondiale, p. 22.

[http://www-](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/04/21/000009486_20040421095725/Rendered/PDF/wps3220Publicmgt.pdf)

[wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/04/21/000009486_20040421095725/Rendered/PDF/wps3220Publicmgt.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/04/21/000009486_20040421095725/Rendered/PDF/wps3220Publicmgt.pdf)

Deininger, K., et Mpuga, P. (2005). "Does Greater Accountability Improve the Quality of Public Service Delivery? Evidence from Uganda." *World Development*, 33(1).

Delavallade, C., (2006). "Corruption and distribution of public spending in developing countries." *Journal of economics and finance* 30(2).

Fölscher, A., Krafchik, W. et Shapiro, I. (2000). "Transparency and Participation in the Budget Process: South Africa: A Country Report" *Institute for Democracy in South Africa (Idasa): Budget Information Service and the International Budget Project (IBP)*, p.43.

<http://www.internationalbudget.org/resources/library/transparencyfinal.pdf>

Gauthier, B., et Wane, W. (2006). "Leakage of Public Resources in the Health Sector: An Empirical Investigation of Chad" *Document de travail*.

<http://www.csae.ox.ac.uk/conferences/2006-EOI-RPI/papers/csae/Gauthier.pdf>

Gray-Molina G., Pérez de Rada E., et Yañez E. (2001). "Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals" Dans Di Tella R. et Savedoff W. *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Washington, DC: Banque interaméricaine de développement.

Hofbauer, H. (2006). "'Citizens' audit in Mexico reveals paper trail of corruption," *Rapport mondial 2006 sur la corruption*, p. 43.

LIEN :

www.transparency.org/content/download/4815/28500/file/Part%201_2_scale%20of%20problem.pdf

Lewis, M. (2005). *Addressing the challenge of HIV/AIDS: Macroeconomic, fiscal and institutional issues*, Document de travail n°58. Washington, DC: Center for Global Development, Avril 2005.

<http://www.cgdev.org/content/publications/detail/2730>

Narayan, Deepa (ed.) (2002). *Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook*. Washington, DC: Banque mondiale. Juin 2002. LIEN :<http://go.worldbank.org/FD9HH8DH11>

PNUD (2003). Rapport sur le développement humain : « Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine » Programme des Nations unies pour le développement, p.113.

Reinikka, R., et Svensson, J. (2003). *Survey Techniques to Measure and Explain Corruption*, Banque mondiale, p. 7. <http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/PETS2.pdf>

Reinikka, R., et Svensson, J. (2005). “Fighting Corruption to Improve Schooling: Evidence from a Newspaper Campaign in Uganda.” *Journal of the European Economic Association* 3(2-3).

Reinikka, R., et Svensson, J. (2005). “The Power of information: Evidence from a newspaper campaign to reduce Capture of Public Funds.” Document de travail. <http://www.iies.su.se/~svenssoj/information2005c.pdf>

Robalino, D. A., Picazo, O. F., et Voetberg, A. (2001). “Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes? Evidence from a Cross-Country Analysis,” Document de travail 2565 de la Banque mondiale, p.11.

Stover, C. (2001) *Health financing and reform in Kenya: lessons from the field*. Document préparatoire à la conférence de fin de projet du Projet de finance et de soutenabilité de l’APHIA. Management Sciences for Health, Nairobi, Kenya.

Transparency International (2006). *Rapport mondial 2006 sur la corruption*. http://www.transparency.org/publications/gcr/gcr_2006/gcr_french_2006

3 La gestion des approvisionnements en médicaments et matériel médical

3.1 Les problèmes

3.1.1 Pourquoi le secteur pharmaceutique est-il particulièrement vulnérable à la corruption

1. Les écarts d'informations entre fournisseurs et consommateurs, associés à certaines motivations d'ordre financier, peuvent inciter les fournisseurs à enfreindre la loi et la déontologie de leur métier.
2. Pour assurer la sécurité sanitaire des médicaments et l'affectation adéquate des ressources, le secteur pharmaceutique est soumis à la réglementation nationale en vigueur. Si cette réglementation est censée optimiser le système, elle ouvre également la voie à la corruption bureaucratique à tous les niveaux, à savoir, pendant a) l'enregistrement des médicaments et produits pharmaceutiques, b) la sélection des médicaments, c) l'achat, d) la distribution et e) la promotion des médicaments.
3. Il est par nature difficile de différencier les médicaments authentiques des contrefaçons (Cohen, Mrazek et Hawkins, 2007).

3.1.2 Corruption du secteur pharmaceutique et santé

Dans les pays en développement, les dépenses en produits pharmaceutiques et médicaments peuvent représenter entre 20 et 50 % du budget de santé publique (Vian, 2002). En moyenne, la part de corruption s'élève de 10 à 25 % des achats publics dans le secteur de la santé (OMS, 2008). Mettre les médicaments essentiels à un prix abordable et à la portée de tous est une condition sine qua non de l'amélioration des indicateurs nationaux de santé. Un approvisionnement insuffisant en médicaments et matériel médical a une incidence directe sur l'efficacité du système de santé. La corruption dans les achats et la distribution de produits pharmaceutiques et médicaux réduit l'accès aux médicaments essentiels, en particulier pour les groupes les plus vulnérables. L'OMS estime qu'aujourd'hui, près de 2 milliards de personnes n'ont pas un accès constant aux médicaments. D'après l'organisation, améliorer l'accès aux médicaments pourrait sauver la vie de 10 millions de personnes chaque année (OMS, 2004).

3.1.3 L'enregistrement des médicaments et des pharmacies

L'homologation commerciale et l'enregistrement des produits pharmaceutiques sont généralement accordés selon des critères d'efficacité, de sécurité et de qualité. Un médicament ne peut être distribué qu'après en avoir reçu l'autorisation officielle. Pour les sociétés pharmaceutiques désireuses de commercialiser leurs produits, le respect des réglementations en matière d'autorisation, d'accréditation et d'homologation de médicaments peut s'avérer coûteux. Certaines peuvent donc être tentées de suborner ou d'influencer les autorités de contrôle pour obtenir l'enregistrement de leurs produits ou simplement pour accélérer la procédure d'autorisation. Elles peuvent, par exemple, proposer des emplois ou des missions de consulting lucratives à des représentants des organismes de contrôle, en remerciement de décisions favorables à l'industrie. De tels conflits d'intérêts peuvent également affecter la détermination du coût des droits d'enregistrement, bien souvent établis en deçà du coût réel – les gouvernements subventionnant donc de fait l'industrie privée, pour un bénéfice public très limité (Kaplan et Laing, 2003). La notion de conflit d'intérêt n'est pas toujours bien comprise.

Les pharmacies sont également tenues d'obtenir une licence de commercialisation pour exercer leurs activités. La procédure est susceptible d'être entachée de corruption, les commissions versées pouvant donner lieu à des décisions injustes (favorisant les proches ou les contacts politiques des agents du gouvernement), des inégalités géographiques ou encore, des installations non conformes aux

réglementations. Le risque de conflit d'intérêt existe également dans la procédure d'enregistrement. Les experts nationaux peuvent par exemple se voir proposer certaines compensations de la part des sociétés pharmaceutiques en échange d'une révision de leur jugement.

3.1.4 La sélection des médicaments

Après la phase d'autorisation de mise sur le marché, la plupart des systèmes publics d'approvisionnement en médicaments et d'assurance maladie disposent de mécanismes de limitation des achats ou de limitation du remboursement des médicaments, qui se basent sur un processus de comparaison entre différents médicaments et sur une évaluation de leur rapport qualité-prix. C'est ainsi qu'est constituée la « liste nationale de médicaments essentiels » (OMS, 2002). Pour procéder à la sélection des médicaments essentiels, un gouvernement doit user de critères explicites et suivre un processus consultatif et transparent. Un produit pharmaceutique inscrit sur cette liste verra ses parts de marché augmenter, c'est pourquoi, si le processus de sélection n'est pas transparent, certains groupes d'intérêts risquent de tenter de soudoyer les membres du comité de sélection afin d'obtenir l'ajout de leur produit à la liste (Baghdadi 2004). Les parties prenantes peuvent par ailleurs tenter d'influencer le responsable du comité pour s'assurer le remboursement de leurs médicaments par la sécurité sociale nationale.

3.1.5 L'acquisition des médicaments et du matériel médical

Approvisionner les centres médicaux en médicaments et matériel relève d'un processus très complexe impliquant une multitude d'acteurs, tant du secteur privé que public. Bien souvent, les ministères de la santé n'ont pas les compétences requises pour rédiger des cahiers des charges techniques, superviser des appels d'offres, contrôler et évaluer l'exécution du contrat. La corruption est susceptible d'apparaître à tous les stades du processus et d'influencer les décisions relatives au mode d'acquisition (direct plutôt que par voie d'appel d'offres), au type de fournitures acquises et à leur volume et enfin, aux cahiers des charges et aux critères de sélection – autant d'éléments qui menacent de compromettre l'accès à des médicaments essentiels de qualité.

Parmi les pratiques de corruption les plus répandues dans les procédures d'acquisition des médicaments, on observe par exemple que les soumissionnaires s'accordent parfois pour faire monter les prix des médicaments, que les fournisseurs versent des dessous-de-table en vue d'éliminer la concurrence et d'influencer la procédure de sélection ou encore, que le fournisseur choisi soudoie les fonctionnaires chargés de superviser l'exécution du contrat. Chacune de ces pratiques entraîne des dépassements de coûts et nuit à la qualité des médicaments. Le manque de compétences en matière de gestion et de supervision est par ailleurs une autre source d'abus, de fraude et de mauvaise administration. Il arrive ainsi que les fournitures ne répondent pas aux normes prévues, ou qu'elles ne soient livrées que partiellement, voire pas du tout. Dans un contexte où les contrôles de qualité sont difficiles à effectuer, le manque de moyens financiers ouvre la voie à la vente à moindre coût de médicaments de qualité douteuse, périmés, contrefaits et toxiques. Les agents des achats publics corrompus peuvent également acquérir des médicaments médiocres à la place des produits de qualité et empocher la différence.

3.1.6 Distribution et détournements

Du fait de la mauvaise gestion des systèmes nationaux et de l'insuffisance des fonds qui leur sont consacrés, de l'absence d'informations valables sur les mouvements de capitaux et de l'inefficacité des mécanismes comptables et de contrôle, de grandes quantités de médicaments et de matériel médical sont détournées des réserves centrales et stocks individuels pour être revendues à des fins personnelles, dans les cabinets médicaux privés ou sur le marché noir (Ferinho, Omar, Fernandes, Blaise, Bugalho et Lerberghe, 2004).

Ces fraudes impliquent donc la falsification de registres, la distribution de médicaments à des « patients fantômes », ou tout simplement le vol des honoraires réglés par les patients. Ces derniers s'en trouvent directement lésés, car ils se voient contraints de fournir leur propre médication ou, dans le cas d'hospitalisation, leurs draps et leurs repas. La déperdition de ressources publiques qui en résulte est considérable. L'approvisionnement des centres médicaux en matériel implique par ailleurs la gestion d'un système efficace de transports et la prévention des détournements de carburant et de véhicules à des fins privées ou non médicales.

3.1.7 La promotion des médicaments

Des stratégies marketing agressives peuvent générer des campagnes de promotion des médicaments contraires à l'éthique ou des conflits d'intérêt influençant le jugement des médecins. Les entreprises pharmaceutiques recourent à différents stratèges pour promouvoir leurs produits : distribution d'échantillons gratuits, cadeaux, voyages sponsorisés, stages de formation, etc. S'il est parfois difficile d'établir la limite entre marketing et corruption, de tels procédés sont susceptibles de générer des conflits d'intérêt et donc, de donner lieu à des décisions médicales qui ne sont plus prises dans l'intérêt du patient. Les interactions entre médecins et industrie pharmaceutique peuvent mener à des prescriptions d'ordonnances peu rationnelles et à une augmentation de la consommation de médicaments peu efficaces pour la santé, voire complètement inactifs (Wazana, 2000). Les médecins qui, pour leur profit personnel, soumettent des patients ignorants à des tests ou leur prescrivent des traitements superflus et potentiellement dangereux font preuve de motivations immorales et de comportements cupides contraires à la santé publique. Certains pays ont d'ailleurs légiféré contre les primes financières directes offertes par les prescripteurs (Kassirer, 2005).

3.1.8 Les médicaments contrefaits

D'après le programme IMPACT de l'OMS, « la mention de l'identité et de l'origine des médicaments contrefaits est délibérément et frauduleusement falsifiée : leur qualité est imprévisible car ils sont susceptibles de contenir des quantités erronées de principe actif, ou de ne pas en contenir du tout » (2006). Le problème des contrefaçons de médicaments touche autant les pays développés que ceux en développement. Aux États-Unis, près de 15 % des médicaments commercialisés sont contrefaits, ce taux pouvant atteindre 50 % dans certains pays africains. L'organisme américain de contrôle des aliments et des produits pharmaceutiques, la *Food and Drug Administration* (FDA, en anglais), estime qu'environ 10 % des médicaments vendus dans le monde sont des contrefaçons (Cockburn *et al*, 2005). Les signalements de saisies de médicaments contrefaits étant assez rares, les statistiques relatives aux conséquences sanitaires des contrefaçons restent très approximatives. L'article « The Global Threat of Counterfeit Drugs: Why Industry and Governments must communicate the dangers » (Cockburn *et al*, 2005) explique néanmoins pourquoi les médicaments contrefaits contribuent à accroître le taux de morbidité et nuisent à la santé publique.

The consequence of counterfeit medicine can be severe for those affected - increased morbidity from malaria, HIV, and other diseases when drugs are containing too little, no active ingredients or even harmful ingredients. One example would be the use of counterfeit anti-malaria drugs which may under long term use cause malaria parasite resistance to the drugs - hampering worldwide efforts to curb and prevent the spread of malaria. Because pharmaceutical companies are afraid bad publicity caused by information campaigns might harm the sale of the original product, they are reluctant to spread information about discoveries of counterfeits. This reluctance to provide the public with information might result in counterfeits being sold in neighbouring countries or shipped over great distances, thus effecting people without recourse (Cockburn *et al* 2005).

Médicaments contrefaits – quelques exemples à travers le monde (Cockburn et al, 2005)

- A. Au Nigeria, Pasteur Merieux et SmithKline Beechan ont fourni 88 000 vaccins, grâce auxquels 60 000 Nigériens furent vaccinés. On découvrit plus tard que les vaccins en question étaient des contrefaçons ne contenant aucun principe actif.
- B. Dans certains pays africains tels que le Ghana, le Nigeria et la Sierra Leone, des antipaludéens pédiatriques contrefaits étiquetés GlaxoSmithKline ont été saisis sur le marché.
- C. Un tiers des boîtes d'artésunate (médicament antipaludéen) vendues en Asie du Sud-est s'est avéré être des contrefaçons ne contenant aucun principe actif.
- D. Au Brésil, on a découvert qu'une pilule contraceptive contenait de la farine de blé – information que la société Schering a tenue confidentielle pendant 30 jours avant d'avertir les pouvoirs publics.

Les conséquences peuvent s'avérer très graves pour les patients victimes de médicaments contrefaits – morbidité croissante du paludisme, du sida/VIH et d'autres maladies, lorsque les médicaments contiennent peu ou pas du tout de principes actifs ou même, des substances toxiques. Ainsi, l'utilisation de médicaments antipaludéens contrefaits, qui, à long terme, peut entraîner une pharmacorésistance du parasite, risque de venir entraver les efforts déployés par la communauté internationale pour enrayer et prévenir la propagation du paludisme. Les sociétés pharmaceutiques, qui redoutent que la mauvaise publicité générée par les campagnes d'information ne nuise aux ventes du produit original, refusent souvent de divulguer des renseignements sur les découvertes de médicaments contrefaits. Cette réticence à informer le grand public risque de favoriser la vente de contrefaçons dans les pays voisins ou éloignés, et donc d'affecter des personnes sans ressources (Cockburn *et al*, 2005).

3.2 Quelles solutions ?

Une équipe de la Banque mondiale effectuant des recherches en Amérique latine a identifié des indicateurs permettant d'évaluer la conformité des systèmes d'enregistrement, de sélection, d'acquisition et de distribution des médicaments avec certaines procédures standardisées et différents critères décisionnels (Cohen, Cercone et Macay, 2002 ; Cohen *et al*, 2007). Par exemple, après avoir collecté des données au niveau local, les chercheurs ont procédé à l'évaluation des performances du Costa Rica. Le pays a obtenu un total de 7,7 sur 10, indiquant une vulnérabilité « marginale » à la corruption. La phase d'acquisition a été évaluée comme étant « modérément vulnérable » (avec une note de 5,4 sur 10), en raison, notamment, du manque de documentation sur les prix payés et les critères d'adjudication. Les indicateurs permettent aux responsables de mieux cerner les interventions spécifiques requises pour réduire la vulnérabilité à la corruption. Sur la base de ces recherches, l'OMS a récemment élaboré un nouveau Manuel d'évaluation de la transparence pour l'amélioration de la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique (OMS, 2006). Ce guide, qui couvre les fonctions d'enregistrement, de promotion, d'inspection, de sélection et d'acquisition, fournit des instructions en vue du recueil d'informations et du calcul de 51 indicateurs de contrôle de la transparence.

Le programme de Bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique de l'OMS (OMS, 2008)

En 2005, pour aider les gouvernements à accroître la transparence et enrayer la corruption dans les procédures d'achat public de médicaments, l'OMS a lancé son programme de Bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique. L'objectif du programme est d'aider les pays à mettre en œuvre des procédures administratives claires et transparentes en matière d'acquisition de médicaments. Il vise en outre à promouvoir un comportement éthique des travailleurs du secteur de la santé. Le programme se déroule en trois étapes. Au cours de la première phase, des experts indépendants du ministère de la Santé sont chargés d'évaluer la vulnérabilité du pays à la corruption. Deux experts sont chargés de se documenter sur le secteur pharmaceutique et d'interroger au moins une dizaine d'acteurs clés avant de présenter leur rapport, d'après lequel le programme national de Bonne gouvernance sera élaboré (deuxième phase). La mise en œuvre de ce programme est ensuite effectuée en phase 3. En 2007, 19 pays avaient réalisé un programme de Bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique.

<http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/GoodGovEvaluationflyerFR.pdf>

3.2.1 L'enregistrement des médicaments

Les instances nationales de contrôle doivent veiller à la transparence et à la responsabilité dans les procédures d'enregistrement des médicaments. Les politiques, procédures et critères réglementaires doivent être publiés publiquement et être facilement accessibles. Une commission officielle doit être établie selon des termes de référence explicites, dont les membres, sélectionnés selon des critères techniques précis, seront chargés de l'enregistrement des médicaments. Les fonctionnaires intervenant dans ce secteur doivent par ailleurs être formés sur la gestion des conflits d'intérêt (OMS, 2003a). Le tableau 3-1 fournit des indications supplémentaires sur les éléments constitutifs de législations sanitaires et de réglementations des fournisseurs du secteur privé efficaces.

3.2.2 La sélection des médicaments

Un ensemble de mesures pratiques peut être mis en œuvre pour limiter les opportunités de corruption. La première étape consiste en l'adoption des listes de médicaments essentiels qui soient basées sur les directives thérapeutiques standards élaborées au niveau national et régional. 156 pays ont déjà adopté une Liste de médicaments essentiels (OMS, 2003a) : cette liste regroupe des produits sous leur appellation générique, d'après les principes définis par l'OMS, et a pour objectif de limiter la sélection à un nombre plus restreint de médicaments appropriés. Depuis 2007, il existe également une liste de médicaments essentiels pour enfants (OMS, 2007). Ici encore, les responsables doivent s'assurer que la sélection de ces médicaments essentiels soit basée sur des critères clairement définis et sur une procédure transparente, que le comité d'experts chargé de cette mission opère selon des termes de références accessibles au public, que les membres de ce comité soient sélectionnés sur la base de leur expertise technique et que leurs décisions s'appuient sur les dernières avancées scientifiques. Ils devront par ailleurs veiller à former les parties prenantes impliquées dans la sélection des médicaments sur la gestion des conflits d'intérêt.

Un rapport publié récemment sur la mise en œuvre d'un Programme de médicaments essentiels à Delhi, en Inde (Chaudhury, Parameswar, Gupta, Sharma, Tekur et Bapna, 2005) décrit comment l'instauration d'une liste de médicaments essentiels et de procédures d'achat transparentes a permis d'abaisser les coûts et d'améliorer la qualité des médicaments.

Améliorer l'accès aux médicaments – MeTA

En décembre 2006, des représentants du ministère britannique du développement international (DFID), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale se sont réunis pour débattre de la création d'une alliance pour la transparence médicale, la MeTA (Medicine Transparency Alliance). L'organisation fut officiellement instaurée en mai 2008, avec pour objectif l'amélioration de l'accès aux médicaments grâce à une meilleure transparence à toutes les étapes des achats publics de produits pharmaceutiques. Pour cela, l'alliance réunit des acteurs du gouvernement, de l'industrie pharmaceutique et de la société civile et publie régulièrement des informations sur les procédures d'achat public, et notamment sur a) la qualité et l'enregistrement des médicaments, b) la disponibilité des médicaments, c) le prix des médicaments et d) les politiques et pratiques en matière de promotion de médicaments. Conformément aux principes de l'alliance, les pays adhérant à la MeTA doivent prendre des mesures concrètes et constituer un groupe de parties prenantes nationales composé d'acteurs du secteur public et privé et de la société civile, qui décidera des méthodes de collecte et de diffusion des informations entre les membres du groupe. Le travail réalisé par le groupe de parties prenantes sera soumis au groupe consultatif international de la MeTA (qui devrait voir le jour au cours du deuxième semestre 2008). La MeTA subventionne les pays participants. L'alliance compte actuellement sept pays adhérents : le Ghana, l'Ouganda, la Zambie, les Philippines, le Pérou, le Kirghizistan et la Jordanie. La MeTA est aujourd'hui essentiellement financée par le DFID.

Sites Internet relatifs à la MeTA :

<http://www.medicinestransparency.org/>

<http://www.dfidhealthrc.org/MeTA/index.html>

<http://www.guardian.co.uk/world/2006/oct/27/outlook.development2>

3.2.3 L'acquisition des médicaments

La lutte contre la corruption dans le processus d'achat passe avant tout par la définition de règles et de directives explicites et transparentes en matière de passation de marchés publics, de manière à limiter les pouvoirs discrétionnaires des parties prenantes et à améliorer le taux de détection et de sanction des fraudes. Pour élaborer des procédures propices à la transparence et à l'efficacité des achats publics, les gouvernements peuvent s'appuyer sur les Principes opérationnels de bonnes pratiques pour les achats de produits pharmaceutiques énoncés par l'OMS (OMS, 1999). En outre, ils peuvent par exemple publier les listes d'approvisionnements mis en adjudication, proposer une information claire et un accès public aux résultats des soumissions - effectuées si possible par le biais d'un système électronique, comme au Chili (Cohen, 2001) -, et impliquer la société civile tout au long de la procédure. Pour réduire les prix et limiter les opportunités de corruption, il conviendrait par ailleurs qu'ils établissent des listes des fournisseurs reconnus comme fiables et performants et diffusent le plus largement possible les tarifs en vigueur, en utilisant par exemple des outils analogues au service d'information de l'OMS sur les tarifs des médicaments (OMS, 2003b) ou à l'Indicateur de prix internationaux des médicaments, élaboré par le l'ONG *Management Sciences for Health* (MSH. en anglais) et l'OMS (MSH/OMS, 2007). L'instauration de systèmes d'information sur les prix permettrait de comparer les biens et services médicaux proposés sur le marché et de faire baisser les prix d'achat, comme l'a démontré l'Argentine lors d'une récente campagne contre la corruption (Tella et Schardgrotsky, 2002). Enfin, en assurant l'assistance technique et la formation des agents des achats, les gouvernements se donneront les moyens de gérer efficacement leurs appels d'offres.

3.2.4 La distribution

La lutte contre la fraude dans la distribution de médicaments implique l'instauration de systèmes efficaces de contrôle des stocks, l'amélioration des procédures d'enregistrement et de supervision des opérations, le renforcement de la sécurité contre le vol dans les réserves centrales, etc. – autant de mesures qui incombent au ministère, à l'échelon national et/ou régional/municipal. Optimiser la distribution des médicaments et limiter la corruption susceptible d'apparaître dans ce secteur passe aussi par la promotion d'un marché concurrentiel ou, le cas échéant, d'intervention sur celui-ci. Le Projet DELIVER, subventionné par USAID, fournit tout un éventail d'outils pour l'amélioration des systèmes de distribution des médicaments, dont des directives en matière de prévision, de gestion de la chaîne d'approvisionnement, de mapping informatique pour l'amélioration des performances du système logistique médical ou encore, de stockage des produits pharmaceutiques. La collection complète des publications de DELIVER est disponible sur CD Rom (DELIVER).

3.2.5 La promotion des médicaments

Afin d'enrayer la corruption dans les activités de promotion des médicaments, les gouvernements peuvent choisir d'interdire la pratique des cadeaux et du sponsoring, conformément aux directives éthiques de l'OMS sur la promotion des médicaments (OMS, 1998). De même, ils peuvent s'appuyer sur les réseaux d'organisations professionnelles pour encourager l'instauration de codes de déontologie du marketing. Ils peuvent également former médecins et étudiants à la lecture et à l'analyse critique des documents de marketing de l'industrie pharmaceutique et les sensibiliser au problème des conflits d'intérêt. Orienter l'utilisation des médicaments et protéger les intérêts des patients exige nécessairement de mieux informer la population des bénéfices, des risques et du rapport coût-efficacité de certains médicaments (Avorn, 2004). En ce sens, on a pu observer que les programmes pédagogiques de proximité, élaborés de manière accessible avec l'aide d'écoles de médecine, peuvent constituer une excellente source d'information médicale non commerciale et modifier les habitudes de prescription dans l'intérêt de la santé publique (O'Brien *et al* 2003).

3.2.6 Comment lutter contre la contrefaçon de produits médicaux ?

En 2006, l'OMS a instauré le Groupe spécial international anti-contrefaçon de produits médicaux (IMPACT, en anglais) destiné à renforcer la coopération entre l'industrie pharmaceutique, les gouvernements, les ONG et l'OMS dans la lutte contre les médicaments contrefaits. Dans le cadre de cette initiative, les gouvernements se sont engagés à entreprendre en priorité les mesures suivantes :

1. Renforcer la législation en matière de contrefaçon de médicaments
2. Consolider les initiatives réglementaires
3. Resserrer la collaboration des entités publiques
4. Elaborer une stratégie de communication

Cockburn *et al* (2006) considèrent en outre que l'industrie devrait être contrainte, ou tout au moins encouragée, à dénoncer les contrefaçons de produits médicaux dont elle peut avoir connaissance.

Autre arme potentielle dans la lutte contre les contrefaçons : le recours aux nouvelles technologies. La radio-identification (RFID), par exemple, permettrait de contrôler l'authenticité des produits. De tels outils restent cependant coûteux, c'est pourquoi l'IMPACT recommande plutôt aux pays en développement d'entreprendre une réforme de leurs institutions de contrôle.

La section régionale pour le Pacifique occidental de l'OMS a par ailleurs institué un système d'alerte rapide visant à optimiser la transmission des informations relatives aux contrefaçons de médicaments entre l'industrie et les gouvernements des États membres de l'OMS. La mise en place de ce réseau électronique d'information s'inscrit dans le cadre de la Stratégie régionale pour un meilleur accès aux médicaments essentiels dans la région du Pacifique occidental, 2005 – 2010.

Tableau 3-1 - Eléments de lois portant régulation de l'exercice de la médecine à titre privé

Domaine de droit	Obligations ou principaux éléments de loi
Habilitation à exercer la médecine	La législation doit stipuler qu'il est illégal d'exercer la médecine sans y être habilité, préciser ce qu'est « l'exercice de la médecine » et, si l'habilitation est différente selon les spécialités, spécifier les catégories et les définir
Diplômes requis pour être habilité à exercer la médecine	Formation agréée ; test d'aptitude ; références et casier judiciaire
Propriété des installations	Publication de l'acte de propriété ; limitation des types de propriétés autorisés et des emplacements ; restrictions de propriété sur les installations affiliées telles que les pharmacies, les laboratoires ou les cabinets de radiologie ; position financière requise pour accéder à la propriété
Obligations relatives aux installations physiques	Superficie et structure minimales requises ; installations ; installations sanitaires ; équipement ; autres conditions ; et obligations d'inspection et d'exécution (méthodes de détection et de correction des violations, mesures prises si les corrections exigées ne sont pas effectuées)
Recrutement	Effectifs minimums requis ; effectifs requis en fonction du volume ; formation ou expérience
Utilisation d'installations publiques à titre privé	Options / obligations : <ol style="list-style-type: none"> 1) Autoriser l'exercice privé de la médecine, spécifier le nombre d'heures, les types de procédures, les dispositifs d'assurance qualité, 2) Faire payer la location ou les services dans les hôpitaux publics, 3) Tolérer certains privilèges (critères d'acceptation, exceptions)
Réglementation tarifaire	Contrôles des prix (sont-ils souhaitables, selon quelle méthode) ; équilibrer la tarification (tarifs excédant le remboursement de l'assurance maladie) ; affichage des prix (obligation de les lister) ; non-discrimination (équilibre des tarifs différentiels)
Réglementation de la capacité à exercer	Autorisation d'exercer dans une zone géographique ; limitations des investissements et des équipements (certificats requis)
Responsabilité professionnelle	Définir la responsabilité des médecins en cas de négligence professionnelle ; définir les critères de soin ; évaluation des dommages et intérêts ; procédures de résolution des contentieux ; garanties financières
Droits du patient	Information des patients ; consentement éclairé ; droit au refus d'un traitement ; droit aux dossiers médicaux ; obligation de prise en charge ; non-discrimination ; plaintes en cas de violation des droits du patient
Instauration / cessation de la relation médecin / patient	Définition du point de départ de la relation ; définition des obligations de poursuite des soins ou de renvoi vers un spécialiste
Obligations d'information en matière de santé publique	Maladies et statistiques démographiques à signaler ; cas recensés ; signalements d'abus ; immunisation

Publicité	Interdictions ou limitations ; obligations en matière de contenu ; système d'arbitrage en cas de contentieux ; sanctions
Gestion des dossiers médicaux	Obligation formelle de gestion des dossiers médicaux ; conditions aux privilèges (limites de confidentialité)
Autorisation de prescription	Liens entre droit pharmaceutique et droit médical ; autorisation spéciale en matière de substances très dangereuses ; éventuellement, réglementation des spécialités ; prescriptions écrites (obligations) ; prescription de génériques ; autorisation de vendre des médicaments
Les assistants médicaux	Formation pour devenir assistant médical (infirmières-praticiennes, assistants-médicaux)
Enregistrement et réenregistrement : renouvellement de l'habilitation à exercer	Règlement en matière de formation médicale continue ; tests d'aptitude ; disponibilité des données relatives aux habilitations (publication)
Quel organisme est chargé de fixer la réglementation ?	Le ministère de la Santé ou un organisme indépendant ? (Si ministère de la Santé, prévoir contrôles pour parer à d'éventuels abus de pouvoir sur les habilitations accordées aux médecins privés qui se sont montrés critiques à l'égard des politiques du ministère.) Participation de membres de la médecine publique au comité indépendant (pour contrebalancer les intérêts des médecins) ; national ou régional
Suspension et retrait d'habilitation	Procédures de suspension ou de retrait d'habilitation ; action en cas d'urgences ; cause d'intervention ; abus d'alcool / de drogues ; mauvais soins médicaux (méthodes permettant de le prouver)

3.3 Bibliographie

Avorn, J. (2004). *Powerful Medicines*. New York: Alfred A. Knopf.

Baghdadi, G. (2004). Note à Transparency International.

Chaudhury, R., Parameswar, U., Gupta, S., Sharma, U. Tekur, et Bapna, J.S. (2005). "Quality medicines for the poor: experience of the Delhi programme on rational use of drugs" *Health Policy and Planning* 20(2).

Cockburn, R., Newton, P.N., Kyeremateng E.A., Akunyili, D. et White N.J. (2005). "The Global Threat of Counterfeit Drugs: Why Industry and Governments Must Communicate the Dangers" *PloS Med* 2(4).

Cohen, J.C., Montoya, J.C. (2001). "Using technology to fight corruption in pharmaceutical purchasing: lessons learned from the Chilean experience" Institut Banque mondiale.

Cohen, J.C., Cercone, J.A., et Macaya, R. (2002). "Improving Transparency in Pharmaceutical Systems: Strengthening Critical Decision Points Against Corruption". Latin American and Caribbean Region: Human Development Network. Banque mondiale, Washington, DC, 2002.

Cohen, J.C., Mrazek, M. et Hawkins, L. (2007). "Tackling Corruption in the Pharmaceutical Systems Worldwide with Courage and Conviction", *PUBLIC POLICY* par Nature Publishing Group Conviction.

http://www.baselgovernance.org/fileadmin/docs/pdfs/Tackling_corr_in_pharma_industry.pdf

DELIVER Site Internet du projet : <http://deliver.jsi.com/dhome/resources/publications>

Ferinho P, Omar M.C., Fernandes M., Blaise P., Bugalho, A.M. et Lerberghe, M.V. (2004). "Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping mechanism" *Human Resources for Health*.

IMPACT OMS (2006). International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce (IMPACT). <http://www.who.int/impact/resources/ImpactBrochure.pdf>

Kaplan, W. et Laing, R. (2003). "Paying for Pharmaceutical Registration in Developing Countries" *Health Policy & Planning* 18.

Kassirer, J. (2005). *On the Take: How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*, New York: Oxford University Press, 2005.

MSH/WHO (2007) "International Drug Price Indicator Guide". <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&id=1&temptitle=Introduction&module=DMP&language=french>

O'Brien *et al* (2004). "Educational Outreach Visits: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes" dans Cochrane Library, n°3 (Oxford: Update Software, 2003). http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000409/pdf_fs.html

OMS (1998). "Ethical Criteria for Medicinal Drug promotion", Genève, OMS, 1998.

- OMS (1999). “World Health Organization, Operational Principles for Good Pharmaceutical Procurement: Essential Drugs and Medicine Policy”.
<http://www.who.int/3by5/en/who-edm-par-99-5.pdf>
- OMS (2002). “The Selection of Medicines” *WHO Policy Perspectives on Medicines* no. 4.
<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/index.html>
- OMS (2003a). “Effective medicines regulation: ensuring safety, efficacy and quality” WHO Policy Perspectives on Medicines no. 7.
<http://www.who.int/medicinedocs/pdf/s4921e/s4921e.pdf>
- OMS (2003b). “Medicines Price Information”.
<http://www.who.int/medicines/areas/access/ecofin/en/>
- OMS (2004). “WHO Medicines Strategy: Countries at the Core 2004–2007”.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf
- OMS (2006). “Ethical Infrastructure for Good Governance in the Public Pharmaceutical Sector”.
<http://www.dfidhealthrc.org/meta/documents/GGM%20Ethical%20Infrastructure%20Draft%20Nov2006.pdf>
- OMS (2007). “Pour des médicaments au format enfants”.
<http://www.who.int/childmedicines/fr/index.html>
- OMS (2008). “Essential Medicines” *Rapport bisannuel 2006-2007*.
http://www.who.int/medicines/areas/access/EssentialMedsBiennialReport06_07.pdf
- Tella, R. et Schargrodsky, E. (2002). “Political and Economic Incentives During an Anti-Corruption Crackdown”, dans Donatella Della Porta et Susan Rose-Ackerman (eds) *Corrupt Exchanges: Empirical Themes in the Politics and Political Economy of Corruption*, 2002, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Vian, T. (2002). “Corruption and the Health Sector” *U.S. Agency for International Development (USAID) et Management Systems International (MSI)*.
- Wazana A. (2000). “Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift?” *Journal of the American Medical Association*, 283.

4 Les relations entre le personnel médical et les patients

4.1 Les problèmes

Rémunération insuffisante du personnel en raison de restrictions budgétaires, professionnels de la santé exerçant des soins exceptionnels non remarqués ou insuffisamment récompensés, non respect des règlements et sanctions du fait de l'absence de contrôles et de supervision... Les conditions sont nombreuses qui favorisent la corruption dans les centres médicaux et pervertissent les relations entre le personnel médical et les patients. L'encaissement de paiements informels, le vol de médicaments et de matériel médical, l'utilisation illégale d'équipements publics à des fins privées, le renvoi de patients vers le propre cabinet du médecin et l'absentéisme sont les formes les plus fréquentes d'abus. Ils sapent la qualité des soins médicaux et entravent l'accès et l'utilisation des services de santé.

« Comme nous étions trop pauvres pour payer le supplément d'honoraires au médecin, il a vacciné mon fils à l'eau. » (Un père, en Ouganda)

CIET International www.ciet.org

4.1.1 Les paiements informels

Un paiement informel est un paiement réalisé en liquide ou en nature pour des services facturés à un tarif supérieur aux honoraires officiels (Mæstad et Mwisongo, 2007). Pour faire face à leurs faibles salaires et à leurs difficiles conditions de vie et de travail, les employés du corps médical emploient des méthodes qui s'apparentent souvent à de la « corruption de survie » (Van Lerberghe *et al*, 2002). Les patients acquittent des frais officieux pour accéder à des services médicaux censés être gratuits, pour réduire leur temps d'attente, recevoir des médicaments, un traitement ou des repas en cas d'hospitalisation, ou encore pour s'assurer une meilleure attention du personnel ou un meilleur traitement thérapeutique. Dans les pays en développement et en transition, ces pratiques sont très courantes. En Pologne et en Ouganda, les paiements informels, synonymes d'inaccessibilité financière aux soins, sont associés à une baisse massive du recours aux services médicaux. Drainant les paiements hors du système de santé public, ils compromettent également la qualité du système de santé sur le long terme. Au cours des dernières années, de nombreuses études se sont employées à expliquer les motivations du personnel s'adonnant à cette pratique. Parvenir à déterminer ces raisons permet d'élaborer des stratégies efficaces de lutte contre ce type de fraude (Vian *et al* 2004).

« Des larcins pour survivre »

Une étude publiée en 2004, intitulée « Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy » (« Des larcins pour survivre : comment les travailleurs de la santé profitent de leur accès aux médicaments pour s'en sortir »), confirme que le personnel médical du Mozambique et du Cap Vert profite effectivement de son accès privilégié aux produits pharmaceutiques, et que ces abus sont devenus un des principaux éléments des stratégies d'adaptation des employés du secteur de la santé pour faire face à leurs difficiles conditions de vie (Ferrinho *et al* 2004). L'étude, basée sur un questionnaire soumis à un échantillon de travailleurs de la santé, identifie les raisons qui sous-tendent le mauvais usage des médicaments, apporte le point de vue du personnel médical sur le problème et amorce un débat sur les éventuelles solutions au problème.

4.1.2 Paiements informels et qualité des soins médicaux

Pour étudier les effets des paiements informels sur la qualité des soins médicaux procurés, Ottar Mæstad et Aziza Mwisongo (2007) ont mené une enquête auprès d'un groupe témoin de travailleurs de la santé en Tanzanie.

Ainsi, ils ont notamment pu déterminer que si les patients versant une commission pouvaient espérer améliorer leurs chances de recevoir des soins, ils n'avaient en revanche aucune assurance de disposer d'un meilleur traitement que celui qu'ils se seraient vu administrer dans un système de santé vertueux. Les débats du groupe témoin font ressortir que les paiements informels sont susceptibles d'altérer la qualité des soins médicaux d'au moins trois manières différentes :

1. La possibilité de soutirer des commissions peut générer des comportements cupides. Par exemple, pour amener les patients à déboursier de l'argent, le personnel médical peut être tenté de créer des files d'attente, de simuler des ruptures de stock de médicaments ou de prétendre que les médicaments les plus efficaces sont plus chers. Parce qu'elles allongent le délai de consultation et écourtent le temps dédié aux patients, les files d'attente artificielles contribuent à faire baisser la qualité des services médicaux. Un médecin qui prétend être en rupture de stock propose bien souvent de vendre des médicaments de ses réserves personnelles ou sur lesquels il touche une commission - des pratiques qui contribuent également à rallonger le temps d'attente pour les consultations et le traitement, et altèrent donc la qualité des services. De leur côté, dans ces systèmes corrompus, les patients qui refusent de payer des pots-de-vin se voient administrer des soins médicaux de qualité inférieure.
2. La qualité d'une consultation reposant généralement sur plus d'un intervenant, il est fréquent que le personnel médical exige une part du paiement dû avant d'entamer le traitement d'un patient, ce dernier étant souvent très mal reçu. De même, les employés de la santé qui suspectent une répartition inégale de commissions seront susceptibles de vouloir prendre des sanctions et d'arrêter de prodiguer de soins de qualité.
3. Enfin, il arrive malheureusement que la haute qualité des soins soit interprétée comme un signe de subornation du personnel, et que certains travailleurs dispensent délibérément des soins de qualité inférieure soucieux de montrer leur incorruptibilité auprès de leurs collègues.

Mæstad et Mwisongo (2007) ont néanmoins identifié certains mécanismes selon lesquels les paiements informels peuvent potentiellement devenir des vecteurs de qualité des soins médicaux. Tout d'abord, un employé de la santé essentiellement motivé par l'argent ne s'efforcera d'offrir des soins de qualité que s'il obtient une compensation directe pour les frais engagés. Notons qu'il ne cherchera à améliorer la qualité de ses prestations que sur les aspects visibles aux patients. Si les patients ne sont pas en mesure de juger de la qualité de la consultation, le paiement n'aura aucun effet positif sur la qualité des soins. En second lieu, la possibilité de soutirer des commissions aux patients peut générer une certaine concurrence autour de ces paiements, et donc inciter le personnel à assurer des soins de meilleure qualité – une fois de plus, uniquement là où les patients pourront en être témoins. Une telle concurrence est toutefois susceptible d'ébranler la coopération dont les cadres devraient faire preuve pour offrir des services de qualité. Enfin, on observe que la possibilité d'extorquer des paiements informels aux patients tend à réduire l'absentéisme. La présence des travailleurs de la santé dans les centres médicaux étant une des conditions élémentaires au bon niveau des soins, le phénomène des paiements informels constitue donc à ce titre un autre facteur de qualité.

Le groupe témoin ayant fait ressortir autant d'exemples positifs que négatifs de l'impact des paiements informels sur la qualité des soins médicaux, Mæstad et Mwisongo n'ont pas été en mesure d'affirmer que cette pratique améliorerait ou altérerait la qualité des soins. Les études réalisées respectivement par Azfar et Gurgur (2005) et Lewis (2006) sur les effets de la corruption sur les soins médicaux semblent indiquer que les pratiques malhonnêtes sont le corollaire des faibles rémunérations du personnel médical. Plusieurs études démontrent néanmoins que, s'il est difficile de prouver que les paiements informels sont à l'origine d'une baisse de qualité générale, on peut en revanche soutenir qu'ils sont

responsables de la détérioration de la qualité des soins prodigués aux patients les plus pauvres (Szende et Culyer, 2006).

4.1.3 Les soins privés / le renvoi de patients vers le cabinet du prescripteur / l'absentéisme

Pour compléter leur maigre salaire, les médecins du secteur public sont de plus en plus souvent autorisés à exercer des soins à titre privé. Les conséquences en sont mitigées. On constate par exemple que, pendant leurs heures de service public, les médecins effectuent des consultations privées dans les installations publiques, ou qu'ils renvoient des patients du système public vers leur cabinet privé. Il en découle un taux d'absentéisme élevé, synonyme de gaspillage considérable des ressources publiques. Au Bangladesh, des visites surprise aux hôpitaux publics ont révélé que les médecins étaient absents plus de 40 % du temps (Chaudhury et Hammer, 2003). Une autre étude a démontré que les centres de soins primaires des pays non touchés par le sida/VIH connaissaient un absentéisme de l'ordre de 28 à 42 % (Lewis, 2005). S'appuyant sur les statistiques de pays aussi disparates que le Bangladesh, l'Equateur, l'Inde, l'Indonésie, le Pérou et l'Ouganda, Chaudhury *et al* (2006) évaluent un absentéisme moyen de 19 % pour les enseignants et 35 % pour les travailleurs de la santé. L'absentéisme est souvent associé à la faiblesse des salaires, aux opportunités lucratives de vendre des services en privé et à l'absence de sanctions ou de punitions.

4.1.4 La formation, la vente d'accréditations ou de postes et l'habilitation à exercer

L'influence politique, le népotisme et le favoritisme sont susceptibles de biaiser à la fois la sélection des candidats aux formations médicales, les affectations, recrutements et promotions et l'habilitation du personnel de la santé. L'enseignement est un domaine particulièrement sensible, et les étudiants qui acceptent de verser des commissions pour obtenir leur place dans une école de médecine ou leur diplôme menacent les compétences du personnel médical bien formé. Dans son article sur la « Taxinomie de la corruption dans l'enseignement supérieur » (2005), Natalia Rumyantseva note que l'enseignement supérieur a une influence décisive sur les valeurs et les convictions des jeunes sur les notions de bien et de mal et donc, sur les dirigeants d'un pays. La corruption dans l'enseignement est donc un problème de premier ordre.

4.1.5 La fraude dans les soins médicaux

Dans les pays où le gouvernement ou les assurances maladie peuvent facturer leurs services, les possibilités de fraudes sont nombreuses, parmi lesquelles la facturation de services fictifs, la surfacturation, la prescription de traitements superflus ou la réalisation d'interventions inutiles. Les pertes sont parfois considérables : le gouvernement nord-américain estime que les paiements irréguliers versés à Medicare en règlement de services – services non hospitaliers compris – représentent entre 11,9 et 23,2 milliards de dollars EU par an, soit 6,8 à 14 % du total des paiements effectués (Becker *et al*, 2005). La complexité des procédures en vigueur rend ces pratiques extrêmement difficiles à contrôler, détecter et sanctionner.

4.1.6 Les conflits d'intérêt

La perspective de gains pécuniaires peut influencer les décisions d'un médecin et l'amener à prescrire des interventions ou des traitements inutiles. Les consultations sont donc basées sur l'aspect rémunérateur des soins effectués plutôt que sur les besoins médicaux du patient. Au Pérou, par exemple, des études ont révélé que 70 % des naissances ayant lieu dans des cliniques privées avaient lieu par césarienne, alors que ce taux se situait à 20 % dans les hôpitaux publics (Savedoff, 2003). Les relations douteuses, financières ou non, qu'entretiennent certains médecins avec les sociétés et pharmacies peuvent les influencer dans leurs pratiques.

4.2 Quelles solutions ?

La réglementation anti-corruption ne peut être efficace que si les droits des patients sont explicites et largement diffusés, que les voies de recours sont simples et clairement définies et que les organismes de contrôle sont puissants et fiables. En outre, les stratégies de lutte contre la corruption doivent non seulement permettre l'interdiction des pratiques malhonnêtes et l'application de sanctions en cas d'infraction, mais elles doivent également combattre les causes sous-jacentes de la corruption et se donner les moyens d'encourager les bonnes pratiques et les comportements honnêtes.

4.2.1 Les salaires et les conditions de vie

L'éradication des pratiques malhonnêtes est inconcevable si le personnel médical ne gagne pas un salaire suffisant. Pour nombre de pays en développement, toutefois, il n'est pas envisageable de procéder à une augmentation de salaires. On peut par ailleurs se demander si cette mesure, à elle seule, serait suffisante : des études effectuées dans d'autres secteurs tels que les douanes indiquent que, même après une augmentation non négligeable de leur salaire, les fonctionnaires corrompus continuent d'extorquer des pots-de-vin. Un État doit néanmoins disposer d'un régime salarial décent s'il souhaite que les autres mesures anti-corruption puissent porter leurs fruits. Une expérience menée à Buenos Aires a permis de démontrer que l'efficacité des politiques salariales anti-corruption dépendait en grande partie des mesures de contrôle et d'audit entreprises en parallèle. Réduire les effectifs du service public en vue de distribuer les ressources disponibles pour les salaires à un nombre de fonctionnaires plus restreint est une solution généralement très mal accueillie dans le secteur public. Promouvoir des relations contractuelles entre le gouvernement et les travailleurs de la santé plutôt qu'un statut de salariés de la fonction publique constitue une stratégie alternative qui mériterait d'être étudiée de manière plus approfondie.

4.2.2 Les honoraires officiels

L'introduction d'honoraires officiels dans les établissements médicaux visait à proscrire les paiements irréguliers, et donc à générer des revenus pouvant être réaffectés en coûts opérationnels ou en salaires convenables pour les professionnels de santé. Dans de nombreux pays, cette stratégie a produit des résultats mitigés en matière d'accessibilité financière et d'équité des soins médicaux. Elle s'est, en outre, accompagnée systématiquement d'une diminution des activités des services médicaux, et plus particulièrement des activités préventives comme la vaccination. L'application d'honoraires officiels n'est de toute évidence pas adaptée aux fonctions de prévention, d'éducation ou de surveillance des maladies (Sachs, 2001). Soulignons toutefois qu'au Cambodge, les hôpitaux et centres médicaux sont parvenus à réduire les paiements informels grâce à l'instauration d'honoraires officiels et à l'application de stratégies d'incitation au professionnalisme du personnel (Soeters et Griffiths, 2003). Par exemple, un hôpital a décidé d'instaurer des contrats individuels avec chaque membre du personnel et de revaloriser la grille des salaires, tout en veillant au bon rendement de ses services et en sanctionnant les mauvais comportements (Barber *et al*, 2004). De même, au Kirghizistan³, les réformes entreprises par le gouvernement et l'introduction des co-paiements officiels ont permis une certaine diminution des paiements informels. Enfin, en Albanie, un hôpital a également décidé de lutter contre les paiements informels en appliquant des honoraires officiels : grâce ce procédé, l'hôpital est parvenu à multiplier les salaires des médecins par cinq et à stimuler les activités de l'établissement (Vian *et al* 2004).

4.2.3 Responsabilisation hiérarchique et amélioration de la gestion

Le contrôle de l'efficacité des fonctionnaires, associé à une revalorisation des salaires, est potentiellement très efficace dans la lutte contre la corruption. Mettre en place ce genre de stratégie

³ Addressing informal payments in Kyrgyz hospitals: a preliminary assessment
<http://www.hpac.kg/MyFiles/EUROhealth%20informal%20payments%20clean.E.pdf>

exige de définir clairement les impératifs de rendement et les différents postes ainsi que les règles en vigueur et les normes de comportement. De même, il conviendra d'instaurer des politiques équitables de promotion basée sur le mérite et des instruments efficaces de contrôle, trop souvent inexploités. La supervision interne peut être complétée par des audits extérieurs, des visites surprises des établissements et une évaluation des services, effectuée par les patients et bénéficiaires eux-mêmes. L'utilisation de technologies de pointe et de procédures de gestion novatrices peut également optimiser l'efficacité et la qualité des services fournis, et par là même contribuer à réduire le temps d'attente et les opportunités de corruption. Les organismes externes de contrôle peuvent prévoir de fournir les moyens de dénoncer des actes frauduleux ainsi qu'un soutien juridique aux citoyens qui estiment avoir reçu un traitement injuste ou être victimes de pratiques malhonnêtes (Vian, 2003).

4.2.4 L'instauration d'un code d'éthique

Lorsque le personnel médical fait passer ses intérêts financiers avant le bien-être des patients et exige le versement de paiements informels, la qualité des soins médicaux s'en ressent forcément. Pour cette raison, inculquer des normes de comportement professionnel par le biais d'un code déontologique pourrait amortir certains des effets les plus nuisibles des pratiques malhonnêtes et amener les professionnels de santé à fournir de meilleurs soins. On peut en effet penser qu'un code d'éthique aiguiserait la motivation intrinsèque du personnel de santé à effectuer un bon travail. Les organisations et associations professionnelles pourraient adopter et promouvoir des codes de déontologie de la profession médicale, et traiter ainsi le problème des conflits d'intérêt. Le développement de directives objectives et rentables de traitement à l'échelon national et régional peut également limiter les opportunités de fraude.

Hong Kong – L'intégrité dans la pratique

La Commission indépendante contre la corruption (ICAC) de Hong Kong, qui produit de nombreux ouvrages sectoriels de prévention contre la corruption, a notamment publié, en collaboration avec l'Association médicale de Hong Kong, un guide pratique à l'usage des professionnels de santé. Destiné à promouvoir une déontologie poussée des pratiques médicales, le guide intitulé « *Integrity in Practice - A Practical Guide for Medical Practitioners on Corruption Prevention* » (L'intégrité dans la pratique – Guide pratique à l'usage des professionnels de santé sur la prévention de la corruption) (ICAC, non daté) a été distribué à tous les médecins de Hong Kong et mis en ligne sur Internet. Il propose des informations sur la législation anti-corruption et sur les domaines médicaux les plus vulnérables à la corruption, le tout illustré par des exemples ou des hypothèses concernant aussi bien le secteur public que privé.

4.2.5 L'accès à l'information

Lorsqu'ils recherchent des services médicaux, les patients devraient pouvoir faire des choix éclairés et sélectionner les professionnels adéquats, pratiquant des tarifs qui leur conviennent, selon des normes de qualité conformes à leurs souhaits. Pour cela les consommateurs doivent donc être informés de leurs droits, des services disponibles, des prix et des conditions d'accès aux soins. En outre, le fait de rendre ces informations publiques tend à se répercuter directement sur les professionnels, qui sont soumis à la surveillance de leurs pairs et auront donc, par exemple, plus de mal à dissimuler des activités honteuses (Savedoff, 2004). En Albanie, une évaluation des points vulnérables à la corruption a révélé le besoin de mieux informer les patients, par exemple par le biais d'une stratégie de diffusion des prix officiels en vigueur (sur la base d'analyses de tendances des prix des médicaments remboursés, effectuées dans les pharmacies privées, et d'études sur l'accessibilité des médicaments pour les patients), par la création de guides sur la réglementation médicale à l'usage des consommateurs, et par l'instauration d'un Bureau de défense des citoyens sur les affaires médicales (Savedoff, 2004).

4.2.6 Les stratégies participatives

Les stratégies participatives et informatives, qui impliquent la communauté dans les décisions la concernant et dans des activités de supervision, se sont révélées très efficaces pour réglementer les services de santé. La participation de la communauté peut s'effectuer grâce à la constitution de bureaux ou comités locaux chargés des affaires de santé, dans lesquels la société civile soit représentée et impliquée à tous les niveaux du processus décisionnel et des activités de contrôle. Dans la mesure où ces stratégies ne donnent pas des résultats visibles et immédiats pour la communauté, il est sans doute préférable de les adapter aux services publics préventifs ou éducatifs (Das Gupa et Khalegian, 2004). En Bolivie, il a été démontré que les bureaux citoyens de contrôle fonctionnant bien contribuaient à faire baisser le taux de paiements informels et les prix d'admission dans les hôpitaux municipaux (Gray-Molina *et al.*, 2001). Il conviendra également d'instaurer des mécanismes de réclamations efficaces, qui permettront aux citoyens de rapporter d'éventuels abus et d'engager des poursuites, et donc de restaurer la confiance du public dans les institutions.

4.3 Bibliographie

Azfar, O., et Gurgur, T. (2005). Does Corruption Affect Health and Education Outcomes in the Philippines? (Mai 10).

<http://ssrn.com/abstract=723702>

Balabanova, D. et McKee, M. (2002). "Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria," *Health Policy*. 62.

Barber, S., *et al* (2004). "Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia." *Health Policy and Planning*. Juillet 2004;19(4).

<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/4/199>

Becker, D., *et al* (2005). "Detecting Medicare abuse," *Journal of Health Economics*, 2005;24(1).

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=579820

Chaudhury, N., et Hammer, Jeffrey S., (2003). *Ghost Doctors: Absenteeism in Bangladeshi Health Facilities* (May 21, 2003). Document de travail de la Banque mondiale n°3065.

<http://ssrn.com/abstract=636427>

Chaudhury, N., *et al* (2006). "Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries." *Journal of Economic Perspectives* 20(1).

Ensor, T. (2004). "Informal payments for health care in transition economies," *Social Science & Medicine*. 48.

Gray-Molina, G., *et al* (2001). "Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals." Dans Di Tella, R., et Savedoff, W. (2001) *Diagnosis Corruption: Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Washington, DC: Banque interaméricaine de développement.

Ferrinho, P., *et al* (2004). "Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy." *Human Resources for Health*, avril 2004.

<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/4>

ICAC (non daté). *Integrity in Practice - A Practical Guide for Medical Practitioners on Corruption Prevention*.

LIEN :http://www.icac.org.hk/filemanager/en/Content_1216/a3%20-%20integrity%20in%20practice%20-%20a%20practical%20guide%20for%20medical%20practitioners%20on%20corruption%20prevention.pdf

Khaleghian, P., et Das Gupta, M. (2005). "Public management and the essential public health functions," *World Development* 33(7).

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VC6-4G94HXD-2&_user=2403961&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000057196&_version=1&_urlVersion=0&_userid=2403961&md5=452d8ebd072326c9bf46434111812f29

Khaleghian, P., et Das Gupta, M. (2004). *Public Management and Essential Health Functions*, Document de travail de la Banque mondiale n°3220, p. 23.

http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/04/21/000009486_20040421095725/Rendered/PDF/wps3220Publicmgt.pdf

- Lewis, M. (2005). *Addressing the challenge of HIV/AIDS: Macroeconomic, fiscal and institutional issues*. Document de travail n°58. Washington, DC: Center for Global Development. Avril 2005.
<http://www.cgdev.org/content/publications/detail/2730>
- Lewis, M. (2006). *Governance and corruption in public health care systems*. Center for Global Development, document de travail 78.
http://www.cgdev.org/files/5967_file_WP_78.pdf
- Mæstad, O. et Mwisongo A. (2007). "Informal Payments and the Quality of Health Care in Tanzania: Results from Qualitative Research," Document de travail du CMI WP 2007:5, Bergen: Chr. Michelsen Institute.
<http://www.cmi.no/publications/publication/?2918=informal-payments-and-the-quality-ofhealth-care>
- Rumyantseva, N. (2005). "Taxonomy of Corruption in Higher Education," *Peabody Journal of Education*, 80(1)
- Sachs, J.D. (présentateur) (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development - Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Organisation mondiale de la santé, p. 61.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550X.pdf>
- Savedoff, W. D. (2003). *The Characteristics of Corruption in Different Health Systems*, 2003, Organisation mondiale de la santé – avant-projet, p. 12.
- Savedoff, W. D. (2004). Note à Transparency International, 14 juillet 2004.
- Soeters, R., et Griffiths, F. (2003). "Improving government health services through contract management: a case from Cambodia." *Health Policy and Planning*, 18(1).
<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/1/74>
- Szende A, Culyer A. J. (2006). "The inequity of informal payments for health care: The case of Hungary," *Health Policy*, 75(3).
- Van Lerberghe W., Conceicao C., Van Damme W., et Ferrinho P. (2002). "When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel," *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 80 (7).
[http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80\(7\)581-584.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-7-E-2002/80(7)581-584.pdf)
- Vian, T., et al. (2006). "Informal Payments in Government Health Facilities in Albania: Results of a Qualitative Study," *Social Science & Medicine*, 62(4).
- Vian, T., et al. (2004). *Informal payments in the public health sector in Albania: a qualitative study*. Rapport final. Partners for Health Reform Plus Project. Bethesda, MD: Abt Associates, Inc.
- Vian, T. (2003). *Corruption in the health sector in Albania*. Rapport rédigé dans le cadre du projet de la société civile albanaise pour la réduction de la corruption, soutenu par USAID (Washington, DC: Management Systems International).

5 Quelques exemples de bonnes pratiques

« Les salaires, la procédure budgétaire et les contrats publics sont des questions d'ordre national, qui ne se limitent pas seulement au secteur de la santé. La question des salaires ne peut être traitée de manière isolée. »

Lise Stensrud, Consultante santé norvégienne au Mozambique, Atelier sur les bonnes pratiques en matière de santé et de corruption, Londres, septembre 2004

Par le passé, les risques de corruption dans le secteur de la santé n'ont fait l'objet que de mesures superficielles. Aujourd'hui, dans ce secteur, les bailleurs de fonds privilégient de plus en plus le soutien budgétaire ; les risques potentiels de corruption et les déperditions budgétaires prennent donc une place centrale dans leurs politiques.

Quatre programmes soutenus par les bailleurs dans le secteur de la santé ont été sélectionnés afin de présenter des exemples de bonnes pratiques : en effet, ces programmes font preuve d'une attention toute particulière aux risques de corruption lors de la phase préparatoire, celle qui précède la décision de financement du programme. Ces programmes visent avant tout la prévention de la corruption plutôt que l'application de sanctions contre les actes malhonnêtes.

Ces différents exemples ont permis de tirer les leçons générales suivantes :

- Le cadre général de corruption – le Système national d'intégrité – doit faire l'objet d'une attention particulière
- Les risques de corruption associés au système de santé doivent être identifiés et faire l'objet de mesures concrètes, et
- Le système général de gestion financière – fonctions d'audit et de passation de marchés publics comprises – doit faire l'objet d'une analyse et, le cas échéant, être renforcé.

Nous présenterons également « L'Étude de performance du secteur social au Bangladesh », qui propose un modèle de méthodologie d'investigation adaptée aux secteurs sociaux, dont celui de la santé, et vise à évaluer l'impact des réformes entreprises.

5.1 Les outils de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé

5.1.1 Les Comptes nationaux de la santé (NHA, en anglais)

Les Comptes nationaux de la santé constituent un cadre international reconnu qui permet aux gouvernements d'évaluer et de suivre l'évolution des dépenses totales de santé (dans les secteurs public et privé et vis-à-vis des financements des bailleurs).

<http://www.who.int/nha/fr>

5.1.2 Les Etudes de traçabilité des dépenses publiques (PETS, en anglais)

Les Etudes de traçabilité des dépenses publiques se basent sur des enquêtes par sondage pour suivre les ressources affectées par le gouvernement et déterminer ainsi les montants exacts réellement versés à leurs destinataires.

<http://www.u4.no/themes/pets/main.cfm>

http://www.transparency.org/content/download/4815/28500/file/Part%201_2_scale%20of%20problem.pdf

<http://www.transparency.org/publications/gcr>

5.1.3 Les Enquêtes de prestation de services publics (SDS, en anglais)

Les enquêtes de prestation des services publics permettent de collecter des informations sur les intrants, le rendement, la qualité, la tarification, la supervision, etc. Elles sont également utilisées pour évaluer les taux d'absentéisme, par exemple parmi les professionnels de santé. Pour plus d'informations sur les SDS, consulter le Centre de ressources sur la gouvernance. Banque mondiale.

http://www.grc-exchange.org/g_themes/servicedelivery_finance.html

<http://www.worldbank.org/research/projects/publicspending/tools/newtools.htm>

5.1.4 Les évaluations de la société civile (Report cards) (en anglais)

Pour la société civile, les évaluations constituent un outil d'appréciation de certaines facettes des services publics (parmi lesquelles, la corruption) dans chaque communauté. Consulter l'expérience de l'Inde à ce sujet dans le chapitre 7 du Kit d'outils 2001 de Transparency International pour la lutte contre la corruption.

http://transparency.org/tools/e_toolkit/corruption_fighters_tool_kit_2001

5.1.5 Les Etudes pays du Système national d'intégrité élaborées par Transparency International (NIS, en anglais)

Ces études visent à évaluer le Système national d'intégrité et ses composants, les piliers du NIS, à savoir l'ensemble des législations, institutions et pratiques nationales contribuant au maintien de la transparence et de l'intégrité des organismes publics, privés et de la société civile.

http://transparency.org/policy_and_research/nis/regional

5.2 Programmes d'appui au secteur de la santé en Zambie

Tableau 5-1 : Le secteur de la santé zambien

Responsable	Sida (Suède)
Projet n°	Sida 2001-00735
Partenaires	Pays-Bas, DFID, Banque mondiale, Union européenne, USAID, Danida, Ireland Aid, Unicef, UNFPA, JICA, GTZ, OMS et UNFPA (15 organismes partenaires ont signé un protocole d'accord 1999 avec le ministère zambien de la Santé, dans lequel ils définissent leur vision du processus de réforme du secteur de la santé)
Organisme chargé de la mise en œuvre du programme	Gouvernement de la République de Zambie
Période	2002-2005
Montant	(Sida) 240 millions de SEK
Documentation	Note d'évaluation à consulter sur : http://www.u4.no/themes/health/zamssessmentmemorandum.pdf

Personne à contacter à Sida	Britta Nordstrom, Division de la Santé (britta.nordstrom@sida.se) Pär Eriksson, Ambassade de Suède, Zambie (par.eriksson@sida.se)
-----------------------------	--

5.2.1 Description du projet

La note d'évaluation propose d'apporter un Programme d'appui sectoriel continu au secteur de la santé en Zambie pour la période 2002-2005, pour un montant annuel de 6 millions de dollars EU.

Le soutien financier apporté par la Suède est par définition flexible et vise en grande partie à approfondir l'approche sectorielle en elle-même. Ce soutien se base sur le Plan stratégique 2001-2005 de la Zambie pour la Santé nationale, évalué et approuvé par un grand nombre de parties prenantes.

Le Programme d'appui aux politiques sectorielles représentant un engagement à long terme, l'évolution politique et économique de la Zambie fait l'objet d'un suivi constant. La note d'évaluation insiste sur le contexte extérieur dans lequel s'inscrit le programme et, parallèlement à une analyse des risques, propose une stratégie alternative potentielle. Elle présente par ailleurs le Programme d'appui sectoriel comme la seule option durable de soutien au secteur de la santé en Zambie et suggère une stratégie de mise en œuvre dans un contexte politique délicat.

5.2.2 La dimension anti-corruption du projet

Le chapitre 3 de la note d'évaluation, « Evaluation du contexte extérieur », aborde la question de la corruption comme suit :

« Un certain nombre de rapports font état d'une corruption galopante et d'abus de pouvoir fréquents dans les plus hautes sphères politiques, et quantité d'exemples existent de corruption et/ou de détournements de fonds publics dans presque tous les secteurs, celui de la santé y compris. »

Le chapitre 4, « Analyse des risques et stratégie alternative : les risques relatifs à la bonne gouvernance et à la corruption », évalue la corruption dans une perspective à la fois technique et politique, et affirme que le soutien sectoriel optimise la gestion des risques de corruption :

« En inscrivant leur action dans le cadre d'un soutien sectoriel, la Suède et les autres organismes partenaires disposent d'une vue d'ensemble des ressources affectées au secteur de la santé. La Suède se donne donc les moyens de mieux détecter la mauvaise gestion des fonds et la corruption. Une approche sectorielle offre davantage de possibilités pour lutter contre la corruption qu'une approche traditionnelle par projets et restreint les opportunités de détournements de fonds, qu'il s'agisse de revenus du gouvernement zambien ou des partenaires. »

La perspective politique, qui réaffirme la volonté de l'élite politique de durcir la lutte contre la corruption, est « beaucoup plus compliquée ». « Cette perspective est étroitement liée à la démocratie, aux droits de l'homme et à la bonne gouvernance ».

Une révision du Plan stratégique pour la santé nationale a été publiée en 2004. Le rapport indique que le secteur de la santé a reçu des budgets croissants. Il note cependant qu'aucune mesure n'a été prise pour déterminer si les déboursements et dépenses avaient évolué comme prévu. Pour la période à venir, il est donc recommandé aux partenaires de s'employer en priorité au suivi des mouvements de fonds au sein du secteur de la santé et de mettre en œuvre une formule révisée d'affectation des ressources à chaque municipalité, qui reflète la situation relative de la mortalité/morbidité et de la pauvreté. Il n'est fait aucune mention spécifique de la corruption.

5.2.3 Lecture recommandée

Zambia National Health Accounts 2002: Main Findings, septembre 2004, de Felix Phiri et Marie Tien, financé par USAID/REDSO, Sida et l'OMS.

<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1805/>

Ce rapport inclut également une étude des sources et utilisations des financements alloués à la lutte contre le sida/VIH. La méthodologie des Comptes nationaux de santé publique est un outil grâce auquel les pays peuvent suivre les mouvements de toutes leurs dépenses de santé, des sources jusqu'à l'utilisateur final. Il inclut des estimations des dépenses des ménages, éléments que les gouvernements ne prennent généralement pas en compte dans leur évaluation des dépenses nationales de santé.

5.2.4 Autres projets de lutte contre la corruption entrepris en Zambie, à consulter sur la base de données de U4 :

- Projet de gestion du personnel et de contrôle des établissements, DFID, 2000.
<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=295>
- Bureau du Vérificateur général des comptes, NORAD, 2003.
<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=613>
- Soutien au Vérificateur général des comptes de Zambie, ministère des Affaires étrangères, Pays-Bas, 2001.
<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=66>

5.3 Fonds commun d'appui au secteur de la santé, Mozambique

Tableau 5-2 : Le secteur de la santé du Mozambique

Responsable	NORAD (Norvège)
Projet n°	MOC 2473 Fonds commun pour la santé
Partenaires	DFID, Ireland Aid, CIDA, Finlande, Pays-Bas, Union européenne, Danida, Direction du développement et de la coopération suisse et Banque mondiale
Organisme chargé de la mise en œuvre du programme	Gouvernement du Mozambique
Période	2003 – 2006
Montant	(Norad): 175 millions de NOK
Documentation	Note d'évaluation à consulter sur : http://www.u4.no/themes/health/mozassessmhealth.pdf
Personne à contacter	Lise Stensrud (lise.stensrud@mfa.no), Ambassade norvégienne à Maputo

5.3.1 Description du projet

Grâce à l'instauration d'un fonds commun, tous les financements norvégiens alloués au secteur de la santé, à l'exception du programme de l'UNFPA, sont affectés en une contribution globale au ministère de la Santé. Le choix d'apporter un appui par le biais de programmes répond à la volonté d'améliorer les services de santé grâce à une meilleure vue d'ensemble des ressources disponibles et à la création d'un cadre commun de priorités, articulé selon un plan annuel de dépenses prévoyant des mesures communes de reporting, de contrôle, de comptabilité et d'audit de toutes les activités. Les performances du secteur de la santé seront évaluées lors d'une révision annuelle commune, qui se basera sur la liste nationale d'indicateurs élaborée conjointement par les partenaires et le ministère de la Santé en amont de chaque révision annuelle. Les partenaires ont tous signé un protocole d'accord stipulant les conditions du fonds commun.

5.3.2 La dimension anti-corruption du projet

Le passage d'une approche par projet à une approche par programme n'a pas été sans difficultés. Les partenaires ont identifié les domaines suivants comme étant vulnérables à la corruption :

- Résistance au sein du ministère de la Santé de la part de fonctionnaires perdant le contrôle direct des fonds
- Résistance à révéler les différentes dispositions salariales complémentaires (les salaires les plus élevés sont en partie financés par les fonds généreux des bailleurs)
- Les coûts relatifs aux formations et/ou aux participations à des séminaires, et
- Les contrats publics, parce que chaque bailleur a des exigences différentes et que ce domaine est « traditionnellement » considéré comme exposé à la corruption.

Parallèlement au projet, le gouvernement a élaboré un nouveau système de gestion des finances publiques, le SISTAFE. L'instauration d'un système budgétaire et de planification commun devrait non seulement permettre une meilleure appropriation du gouvernement mais aussi accroître la transparence et la responsabilité dans le secteur de la santé.

Le ministère de la Santé sera le premier à pouvoir utiliser le nouveau système financier. L'État prévoit par ailleurs d'amender la loi en matière de marchés publics – un chantier qui n'avance malheureusement que très lentement, même si on a pu observer certains progrès depuis début 2005. Suivant les recommandations de l'Envoyé spécial des Nations unies sur les Droits de l'homme, les partenaires du secteur de la santé ont décidé d'évaluer la possibilité d'abolir les honoraires pour les patients, dans le but d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire la corruption. L'étude sera probablement entreprise en coopération avec le secteur de l'éducation (pour la suppression des frais de scolarité).

5.3.3 Lecture recommandée

Primary Health Care in Mozambique de Magnus Lindelöw, la Banque mondiale, Patrick Ward, OPM, Nathalie Zorzi, consultante, juillet 2003, la Banque mondiale.

<http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/ww11888final201.pdf.pdf>

Etude de traçabilité des dépenses dans le secteur de la santé et des prestations de soins primaires de santé au Mozambique, financée par le DFID, en collaboration avec la Banque mondiale et Oxford Policy Management (OPM). Cette étude évalue les entrées monétaires et non monétaires et les prestations de services d'un échantillon d'établissements de soins primaires. Elle recueille également un certain nombre d'informations sur le respect des systèmes de reporting et de contrôle, tant dans les établissements eux-mêmes que dans la hiérarchie administrative. La distribution et l'utilisation des principales ressources sont évaluées à la fois en matière d'équité et d'efficacité.

5.3.4 Autres projets de lutte contre la corruption entrepris en Mozambique, à consulter sur la base de données de U4 :

Lutter contre la corruption, NORAD, 2002.

<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=251>

Etica Mocambique, Pays-Bas, 2002.

<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=544>

La participation de la société civile au DSRP, DFID, 2001.

<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=339>

5.4 Programme sectoriel sur la santé, la nutrition et la population, Bangladesh

Tableau 5-3 : Bangladesh, santé, nutrition et population

Responsable	Sida
Partenaires	Les Pays-Bas, le DFID, la Banque mondiale, l'Union européenne et Sida sont partenaires financiers, sous la direction de la Banque mondiale
Organisme chargé de la mise en œuvre du programme	Gouvernement du Bangladesh
Période	2005 – 2010
Montant	(Sida) 500 millions de SEK
Documentation	Compte-rendu du Comité chargé de projet à consulter sur : http://www.u4.no/themes/health/pkbangladeshhealth.pdf
Personnes à contacter	Anna Kari Bill, Division de la Santé (Anna-kari.bill@sida.se) Syed Khaled Ahsan, Ambassade de Suède, Dhaka (khaled.syed@sida.se)

5.4.1 Description du projet

La Suède soutient le développement du secteur de la santé auprès du gouvernement du Bangladesh depuis 1972. En 1998, Sida s'est joint à quatre partenaires financiers, regroupés sous l'égide de la Banque mondiale, pour soutenir une initiative sectorielle appelée Programme sectoriel sur la santé et la population (1998-2003).

Fort de l'expérience de ce programme, le ministère de la Santé et du Bien-être familial (MOHFW) du Bangladesh a lancé un second programme, le Programme sectoriel sur la santé, la nutrition et la population, basé sur un Plan d'investissement stratégique pour le secteur de la santé s'échelonnant jusqu'à juin 2010. Ce programme vise à améliorer les services de santé de base de manière à les rendre à la fois rentables, équitables et accessibles.

Le programme prévoit l'instauration de mécanismes alternatifs de financement visant à limiter les obstacles à la demande tels que l'absentéisme du personnel et les paiements informels, qui nuisent à l'utilisation des services publics, en particulier pour les segments de populations les plus pauvres. Le MOHFW et ses partenaires au développement devraient renforcer leur collaboration afin de mieux définir et mieux mettre en commun leur vision des moyens nécessaires à l'amélioration de la gouvernance dans le secteur de la santé, à la réduction des pertes supportées par le système et à l'approfondissement des mécanismes de responsabilisation.

Le MOHFW financera les dispositifs de participation des communautés et des parties prenantes dans le cadre de leur supervision du programme. Dans cette optique, il prévoit de créer un Forum national pour les utilisateurs des services de santé, qui évoluera en lien avec les groupes de suivi communautaires et municipaux. Le ministère pilotera par ailleurs un mécanisme de financement destiné à améliorer le pouvoir d'achat des familles les plus pauvres et à leur permettre ainsi de consulter les professionnels de santé de leur choix.

5.4.2 La dimension anti-corruption du projet

La note d'évaluation pour la participation de la Suède au Programme sectoriel sur la santé, la nutrition et la population du Bangladesh fut présentée au Comité chargé de projet de Sida le 7 avril 2005. Sur quatre programmes d'appui au secteur de la santé présentés cette même année, celui de la Suède était le seul qui prévoyait des mesures de lutte contre la corruption.

Le Comité recommanda que la lutte contre la corruption soit intégrée au débat politique, comme l'indiquait l'Accord spécifique au programme. De plus, il demanda à l'Ambassade de Suède d'entreprendre une analyse de l'étendue de la corruption au Bangladesh, en général, et dans le secteur de la santé en particulier. L'analyse devait ensuite être jointe à la note d'évaluation finale.

Par la suite, l'Ambassade fit savoir que les risques financiers avaient fait l'objet d'une analyse et qu'ils étaient présentés en annexe de la note, sous le titre d'Evaluation des systèmes de gestion et d'audit des finances.

La contribution de la Suède devrait être groupée avec les autres ressources financières. Les révisions annuelles du programme seront coordonnées par la Banque mondiale. Les responsabilités de la Banque mondiale vis-à-vis de Sida en matière de contrôle et de reporting seront consignées dans un accord signé par les deux parties. Cet accord régira également les réponses collectives face aux comportements suspectés d'être malhonnêtes, la transparence au sein du groupe de bailleurs de fonds et les procédures de sanctions et de retraits.

5.4.3 Autres activités financées par des bailleurs de fonds au Bangladesh susceptibles de contribuer à réduire les risques de corruption dans le secteur de la santé :

Le Document d'évaluation de projet publié par la Banque mondiale, agence de référence dans le secteur de la santé, contient quantité d'informations complémentaires sur les risques de corruption et sur les mesures adoptées contre ces risques (dernière version, 14 janvier 2005). Les risques de corruption ne sont pas mentionnés directement, mais ils pourraient être réduits par le biais d'autres questions, comme par exemple la gouvernance, les capacités du secteur public, l'analyse financière, les aspects fiduciaires et la nécessaire réforme des procédures de passation de marchés publics et de la distribution des biens du secteur de la santé. Rapport n° 31144-BD.

Le DFID, en collaboration avec l'Ambassade royale des Pays-Bas, soutient un Programme de réforme de la gestion financière. L'objectif de ce programme est d'améliorer l'efficacité et le rendement de l'affectation des ressources et d'optimiser l'équité et la qualité des services publics. Les ministères devraient voir leur rôle dans l'allocation et la gestion des ressources renforcé, de même que l'Académie de gestion financière et le Vérificateur général des comptes devraient acquérir davantage de capacités de gestion.

Consulter également le soutien du DFID aux « Etudes de performance du secteur social » au Bangladesh.

La transparence et la lutte contre la corruption dans le secteur des services publics – La gestion de l'eau et des installations sanitaires, ministère des Affaires étrangères pour l'Asie du Sud-est, Pays-Bas, 1999-2002.

<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=2>

5.5 Les études de performance du secteur social, Bangladesh

Tableau 5-4 : Le secteur social du Bangladesh

Responsable	DFID (Royaume-Uni)
Partenaires	Oxford Policy Management sur http://www.opml.co.uk/

Organisme chargé de la mise en œuvre du programme	Oxford Policy Management
Période	2003 – 2005
Montant	(Sida) 500 millions de SEK
Site Internet	http://www.opml.co.uk/social_policy/health/sh3622.html

5.5.1 Description du projet

Entre 2003 et 2005, le DFID a financé trois études sectorielles au Bangladesh : les deux premières sur l'enseignement primaire et secondaire et la troisième sur les soins primaires.

Dans le cas des soins primaires, l'étude visait à stimuler le débat politique et à inciter le secteur public à inscrire son action dans la recherche de l'efficacité et la transparence, dans une perspective finale d'efficience et d'équité des dépenses publiques dans les services prioritaires.

L'étude se concentre sur le plus bas niveau de services dans les soins de santé, puisque ce niveau est essentiel pour une mise en œuvre efficace des soins primaires à la population .

Oxford Policy Management a mené ces différentes études en collaboration avec une organisation partenaire spécialisée dans les études nationales. Le rapport final de l'étude sur les soins primaires a été publié en novembre 2005. Un résumé des conclusions de la mise en œuvre de l'étude PETS du Bangladesh est disponible sur le site Internet d'OPM. Ce dernier diffusera les résultats de l'étude en coopération avec le ministère des Finances.

www.opml.co.uk/docs/qgux_Lessons_from_a_Health_PETS_in_Bangladesh_November_2005.pdf

5.5.2 La dimension anti-corruption du projet

Les études ont permis de couvrir les domaines suivants : les mouvements de ressources dans les systèmes de gestion formels et informels, le contrôle des ressources et les systèmes comptables, l'utilisation des contributions essentielles dans les établissements, les résultats obtenus et leur lien avec les contributions, l'équité et la demande de services. Les futures initiatives anti-corruption pourraient prévoir d'aborder les questions suivantes :

- Quelles sont les dépenses publiques actuelles au niveau primaire ?
- Les fournitures parviennent-elles jusqu'aux professionnels ? Quels sont les obstacles et les sources de déperdition ?
- Quelle est l'envergure des ressources informelles et quel rapport ont-elles avec les déperditions de ressources formelles ?
- Comment les paiements informels sont-ils financés ?
- Quel est le taux d'absentéisme ?

Au cours de l'étude, le suivi des dépenses du gouvernement a été effectué de chaque Direction jusqu'aux prestataires de services. De la même manière, les biens (par exemple, les médicaments) ont fait l'objet d'un suivi depuis le haut de la hiérarchie jusqu'aux derniers échelons des prestataires de services. Au niveau des établissements, les chercheurs ont passé en revue les politiques de recrutement, de formation, de supervision, les équipements et autres fournitures, et ont également évalué la qualité et le volume des services fournis. Les facteurs ayant une incidence sur la demande de services ont également fait l'objet d'une évaluation. L'étude aborde par ailleurs les paiements informels versés par les utilisateurs et leurs effets sur la demande de services.

5.6 Améliorer la santé publique au Malawi : approche sectorielle prévoyant un ensemble de mesures essentielles pour la santé et un programme d'urgence pour les ressources humaines

Tableau 5-5 : Améliorer la santé au Malawi

Responsable	DFID (Royaume-Uni)
Partenaires	Banque mondiale et Norvège/Sida comme financiers principaux, Global Fund, USAID, JICA, GTZ et différents organismes des Nations unies pour le financement de projets
Organisme chargé de la mise en œuvre du programme	Gouvernement du Malawi
Période	2005/2006 - 2010/2011
Montant	(DFID) 100 millions de £
Documentation	Note de programme, novembre 2004, à consulter sur : http://www.u4.no/themes/health/dfidmalawifinalreport.pdf
Personnes à contacter	Julia Kemp (J-Kemp@dfid.gov.uk), Consultante Santé Debbie Palmer (d-palmer@dfid.gov.uk), Assistante conseil en gouvernance

5.6.1 Description du projet

En décembre 2004, le DFID a consenti à un apport de 100 millions de livres sterling au gouvernement du Malawi en soutien au secteur de la santé, pour une période de six ans (de 2005/2006 à 2010/2011). La contribution du DFID viendra s'ajouter aux fonds déjà consacrés par la Banque mondiale et la Norvège/Sida à l'approche sectorielle pour la santé.

Un protocole d'accord régit les relations du gouvernement malawite avec ses partenaires et stipule les différents engagements, les procédures de gouvernance de l'approche sectorielle et les conditions de renforcement des capacités.

Le financement du DFID repose sur trois grands axes :

- Un ensemble de mesures essentielles pour la santé, qui doit permettre d'assurer un certain nombre de services prioritaires en fonction des principales causes de morbidité et de mortalité, en particulier dans les tranches de population les plus pauvres ;
- Un programme d'urgence pour les ressources humaines, par le biais duquel le gouvernement prévoit de doubler le nombre d'infirmières et de tripler le nombre de médecins dans le pays, grâce au développement des capacités de formation et des incitations à rester dans la profession ;
- Le développement d'une expertise en matière de gestion financière, de passation de marchés publics, de ressources humaines, de supervision et d'évaluation et enfin, de planification et gestion des services de santé.

Le DFID projette de constituer un bureau commun en matière de santé avec la Norvège/Sida pour optimiser le projet collectif et diminuer les coûts de transaction du gouvernement et des autres partenaires.

5.6.2 La dimension anti-corruption du projet

Le DFID a classé le programme dans la catégorie « à hauts risques », non pas pour sa conception, qui est classée « à moyens risques », mais en raison de certains facteurs exogènes. Globalement, le financement du secteur n'atteint pas les niveaux recommandés, et ne devrait donc pas suffire à améliorer la santé publique de manière significative. Des aides additionnelles devraient toutefois être débloquées en temps voulu.

Le nouveau gouvernement du Malawi a entamé une procédure de réformes, mais rien ne garantit que les futurs gouvernements ne la poursuivent. Parallèlement au lancement de réformes fiduciaires, le pouvoir en place s'est montré déterminé à imposer une discipline budgétaire plus stricte, les deux mesures étant indispensables à la bonne marche du programme. Le pays a par ailleurs instauré un nouveau système de passation de marchés publics.

Les bailleurs de fonds soutiennent les plans d'institutionnalisation de la réforme politique du gouvernement dans l'espoir que des institutions plus fortes pourront freiner les récidives. Des procédures de gestion financière et de passation de marchés publics ont été spécialement élaborées, qui prévoient des mesures de sauvegarde et permettront en même temps de renforcer les capacités au niveau central et municipal. Sont notamment prévus : l'exécution fidèle à l'échéancier prévu de Plans pour l'amélioration de la gestion financière et des contrats publics, l'attribution des postes de comptables vacants, la mise en œuvre d'audits indépendants des finances et des contrats publics et enfin, le recrutement sur le long terme d'Assistants techniques chargés de tâches de conseil, de gestion et de supervision.

Tant que les systèmes d'appels d'offre internationaux prévus par le gouvernement ne seront pas entièrement opérationnels, les passations de marchés publics seront effectuées conformément aux procédures de la Banque mondiale.

La corruption est devenue un fléau sous le gouvernement précédent, en particulier dans le secteur des médicaments et tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Avant d'effectuer tout déboursement, le DFID exige qu'un accord soit trouvé autour d'un plan d'action pour l'amélioration de l'efficacité et de l'intégrité des Réserves centrales et des chaînes d'approvisionnement de médicaments.

Pour retenir et attirer les professionnels de santé, le programme pour les ressources humaines prévoit notamment une augmentation de leurs salaires. Les réévaluations proposées ne seront réalisables que si elles sont intégralement financées par les bailleurs de fonds. Le DFID reconnaît que le gouvernement reste fragile en cas de retrait du financement des bailleurs et s'est engagé à prévenir ce dernier au moins deux années budgétaires à l'avance si le Royaume-Uni devait interrompre ou réduire sa contribution au soutien salarial.

5.6.3 Autres activités financées par des bailleurs de fonds susceptibles de contribuer à réduire les risques de corruption dans le secteur de la santé au Malawi :

Projet de Gestion financière, transparence et responsabilité (FIMTAP, en anglais), Banque mondiale, 2003. Ce projet, actuellement en cours, vise plusieurs objectifs : instaurer une gestion efficace et responsable des dépenses publiques, par le biais du renforcement des capacités et des institutions en matière d'exécution et de contrôle du budget ; accroître la transparence des institutions gouvernementales ; et enfin, améliorer les capacités humaines et institutionnelles à rendre des comptes en matière de dépenses publiques. La documentation relative à l'évaluation du projet est disponible sur le site Internet de la Banque mondiale.

<http://web.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64027221&piPK=64027220&theSitePK=355870&menuPK=355907&Projectid=P078408>

6 La transparence budgétaire

Les bailleurs de fonds devraient consacrer leur aide en priorité aux pays les plus pauvres et aux [Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)]. Pour être efficace, cette aide doit être déliée, sans quoi elle s'avèrera peu utile aux bénéficiaires et sera un terreau de corruption. Il est fondamental que l'aide permette de financer à la fois les dépenses locales et courantes, en particulier dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Pour optimiser l'assistance au développement, les bailleurs doivent par ailleurs harmoniser leurs procédures avec celles des systèmes des pays partenaires.

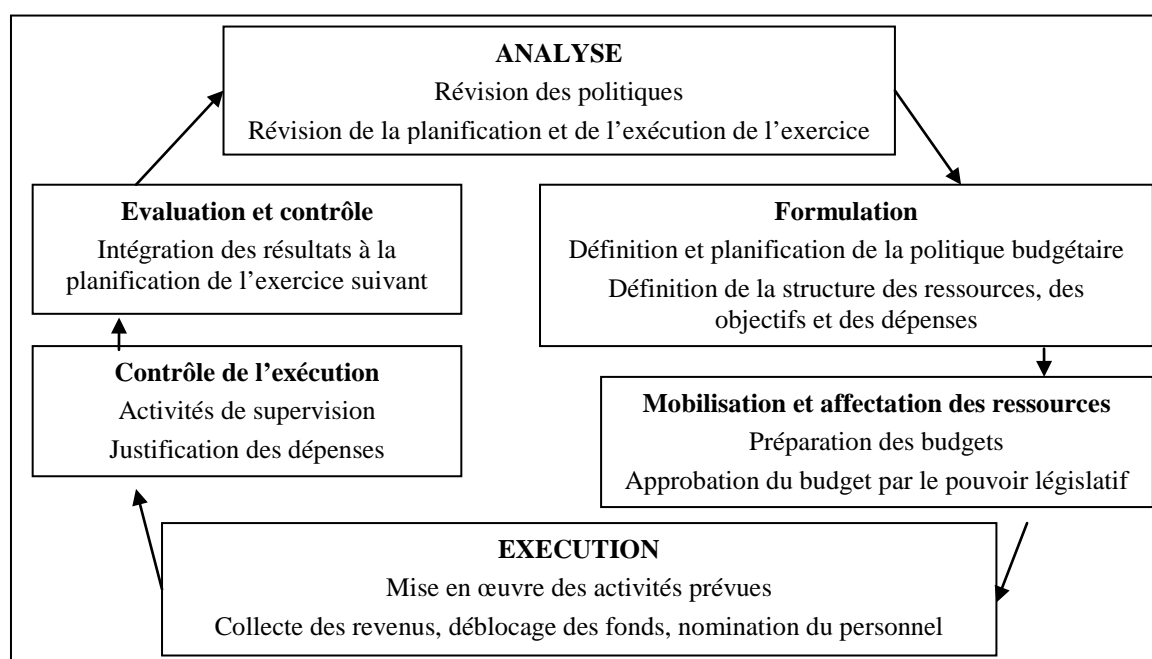
Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation, OIT, 2004
Co-présidée par T. Halonen, Présidente de Finlande et B.W. Mkapa, Président de Tanzanie

6.1 Les opportunités de corruption dans l'affectation et la gestion des budgets de santé

6.1.1 Le cycle budgétaire

Pour mieux comprendre le cycle budgétaire, il convient d'en décomposer les différentes phases. Le cycle commence lors de l'élaboration des politiques gouvernementales, qui implique une analyse de l'année budgétaire précédente, la définition des priorités et une estimation des revenus. Vient ensuite la formulation du budget, au cours de laquelle le gouvernement fixe la structure des ressources, ses objectifs et ses priorités. Une fois promulgué par le pouvoir législatif, le budget est exécuté (ou mis en œuvre) tout au long de l'année budgétaire : les revenus sont collectés, les fonds débloqués, le personnel déployé et les activités planifiées sont mises en œuvre. Le cycle budgétaire s'achève par le contrôle et l'évaluation de l'exercice : les dépenses sont justifiées, la réalisation des objectifs est évaluée et les institutions de contrôle des comptes rendent leurs conclusions au pouvoir législatif. Ces informations seront ensuite intégrées à l'analyse et à la formulation du budget de l'année suivante. Le schéma 6-1 illustre les différentes étapes du cycle budgétaire.

Schéma 6-1 : Le cycle budgétaire



6.1.2 Les opportunités de corruption au cours de la procédure de formulation du budget

Le budget constitue le principal instrument politique du gouvernement. Pourtant, on constate souvent que les objectifs et les priorités politiques ne trouvent pas leur expression dans les budgets annuels. Par exemple, alors que les rapports gouvernementaux semblent assurer l'engagement de l'État vis-à-vis des objectifs sociaux, des secteurs tels que la défense et les grands projets d'équipement reçoivent en réalité une part bien supérieure du budget, car ils sont bien plus susceptibles de rapporter de juteux pots-de-vin aux responsables politiques.

Bien souvent, les budgets sont élaborés à partir d'estimations peu réalistes, qui sur ou sous-estiment les recettes fiscales. Il est donc très difficile de comprendre une proposition de budget et d'intervenir sur le sujet. Quoi qu'il en soit, effectuer une analyse complète du budget exige de tenir compte autant des recettes que des dépenses. Les éventuelles déformations et manipulations du budget qui découlent de cette étape peuvent constituer des actes de corruption, en ce sens qu'elles favorisent les élites politiques et économiques d'un pays. Ainsi, les analyses du secteur de la santé indiquent que, dans la plupart des pays, les dépenses publiques tendent à favoriser de manière disproportionnée les plus riches. La priorité est en effet fréquemment donnée à des hôpitaux tertiaires employant des équipements coûteux, alors que certains centres de soins primaires manquent à la fois de personnel et d'équipement. On peut donc penser que certains dirigeants, sous une influence extérieure, affectent les ressources de manière à avantager un fournisseur ou un groupe donné. De même, il semble que certaines pressions puissent les amener à aménager des subventions particulières ou des exonérations fiscales au budget.

Perspectives budgétaires du droit à la santé

En avril 2004, une rencontre organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève a permis de réunir différents projets de recherche sur les moyens d'évaluer dans quelle mesure un gouvernement respecte ses obligations en matière de droit à la santé. A cette occasion, l'organisation non gouvernementale (ONG) mexicaine Fundar a présenté son travail d'évaluation systématique du droit à la santé par le biais de l'analyse budgétaire. L'ONG a ainsi expliqué que les deux conditions centrales à la réalisation des droits économiques et sociaux – la progressivité et l'utilisation de toutes les ressources disponibles – pouvaient être évaluées en analysant la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé.

<http://www.internationalbudget.org/resources/newsletter21.htm>

La procédure de formulation du budget revêt un aspect problématique : des sommes considérables n'y figurent pas, car elles sont utilisées hors budget. C'est par exemple souvent le cas lorsque les bailleurs subventionnant des projets ne se fient pas au système de gestion financière d'un pays, et font donc transiter des sommes colossales indépendamment du budget du gouvernement. En outre, les ministères peuvent préférer éviter de publier les montants des subventions accordées par les bailleurs pour leurs projets ou des fonds générés en interne, par crainte de voir le gouvernement diminuer ses financements. A en juger par les études menées en Ouganda, il est généralement difficile d'obtenir des informations dans le secteur de la santé. Le fait que le secteur privé monopolise les soins médicaux de la plupart des pays à faible revenu contribue sans doute à la difficulté de la collecte des informations. Les activités hors budget créent des systèmes parallèles opaques, qui empêchent toute analyse budgétaire et tout contrôle des dépenses efficace. Enfin, les retards de déboursement des bailleurs de fonds peuvent ajouter à la difficulté d'une estimation précise de l'enveloppe budgétaire.

6.1.3 Les opportunités de corruption au cours de l'exécution et de l'évaluation du budget

Une fois le budget adopté, le pouvoir exécutif doit veiller à ce qu'il soit mis en œuvre conformément à ce qui a été promulgué. Dans de nombreux pays, les systèmes de gestion budgétaire sont cependant si précaires que l'exécutif n'a aucun moyen de contrôler les dépenses effectuées. L'information financière dont l'État dispose sur les dépenses lui est généralement transmise en retard ; de plus, elle

est souvent incompréhensible et erronée. Bien souvent, les données les plus importantes ne sont pas mentionnées, et celles qui sont disponibles sont dépassées, insuffisantes et difficiles à obtenir.

Dans la pratique, il est donc fréquent que l'exécution des budgets diffère des prévisions : les crédits entérinés ne sont pas respectés et les fonds ne sont pas affectés aux postes de dépenses prévus. Ces pratiques ne relèvent pas nécessairement d'actes de corruption. Cependant, si les voyages des hauts fonctionnaires à l'étranger dépassent largement le budget prévu, alors que les dépenses courantes – pour les fournitures médicales, par exemple – ne sont pas assurées, on peut alors raisonnablement supposer que certains fonctionnaires sont corrompus.

En fin d'exercice, les citoyens (et le parlement qui les représente) devraient pouvoir contrôler les dépenses publiques réalisées. Une fois de plus, les retards de reporting et l'inaccessibilité des informations rendent cette supervision difficile. Et lorsque les données et statistiques sont transmises à temps, elles s'avèrent parfois incomplètes, inexactes et organisées de telle sorte (par exemple, agrégées) qu'elles sont inexploitables.

6.2 La transparence : normes et promotion

6.2.1 Les normes de transparence

Des réglementations nationales et internationales existent en matière de transparence budgétaire, qui régissent tous les secteurs des services publics. Au cours des dernières années, plusieurs pays en développement et en transition ont légiféré sur la question et ont, dans une moindre mesure, veillé à la disponibilité des informations budgétaires.

Le Code de bonnes pratiques en matière de transparence des finances publiques, élaboré par le Fonds monétaire international (FMI) au moment de l'effondrement du système financier asiatique et adopté en 1998, fournit un cadre cohérent à l'évaluation de la transparence des finances publiques, à l'identification des priorités de réformes et au suivi des progrès réalisés. Le Code préconise :

4. La clarté des rôles et responsabilités dans les finances publiques
5. L'accessibilité du public aux informations
6. Des procédures de préparation, d'exécution et de reporting démocratiques
7. Des garanties indépendantes d'intégrité (audits extérieurs)

Le FMI publie également des rapports nationaux sur la transparence budgétaire, dans lesquels il présente l'évaluation des performances d'un pays donné vis-à-vis du Code. L'OCDE a rédigé un guide des Meilleures pratiques en matière de transparence budgétaire (2001), qui constitue un repère fiable pour évaluer les performances d'un gouvernement sur la question. Enfin, sur le plan national, certains pays ont promulgué des législations spécifiques dans ce domaine. Le guide de l'OCDE définit la transparence budgétaire comme « le fait de faire pleinement connaître, en temps opportun et de façon systématique, l'ensemble des informations budgétaires. »

<http://www.imf.org/external/np/fad/trans/fre/coddef.pdf>

http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,fr_2649_34119_37000158_1_1_1_1,00.html

6.2.2 Les mesures de promotion de la transparence budgétaire

Des budgets ouverts à l'examen du public et à un contrôle efficace du parlement limiteraient les possibilités d'écarts des décisions politiques et de rectifications des affectations budgétaires. Les réaffectations entre les différents sous-secteurs seraient sans doute moins nombreuses et les élites dirigeantes seraient moins susceptibles de manipuler le budget. Si elle ne constitue pas un but en soi, la transparence budgétaire reste toutefois une condition préalable à la participation du public et à la responsabilisation des dirigeants : un budget opaque, inaccessible et inexact ne peut être correctement

analysé, de même que sa mise en œuvre est impossible à contrôler et que ses résultats sont impropres à l'évaluation. Un large éventail de mesures et d'outils existe toutefois qui favorisent la transparence budgétaire.

- **Eviter les activités hors budget :** La présentation du budget doit refléter la situation financière du gouvernement dans son intégralité. De nombreux pays en développement ont perdu le contrôle des finances publiques en raison de l'isolement des données relatives à l'exécution budgétaire et/ou du fractionnement des comptes publics. Les bailleurs devraient éviter tout financement de programmes hors budget, ou tout au moins veiller à leur totale transparence. Dans le cas contraire, leur aide sera susceptible de fausser la procédure budgétaire et le gouvernement ne sera plus en mesure de répondre de ses finances.
- **Des systèmes de gestion du budget et des dépenses sains :** Idéalement, nous l'avons dit, le système budgétaire devrait être transparent et ouvert à la surveillance du public. Grâce aux Stratégies pour la réduction de la pauvreté (SRP), de nombreux pays en développement instaurent aujourd'hui des systèmes plus performants de gestion des dépenses publiques. Ces nouveaux systèmes résultent d'un train global de réformes prévoyant notamment des réformes macroéconomiques et budgétaires, une réforme de la fonction publique et une révision des structures juridiques et réglementaires – des mesures souvent imposées par le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale comme conditions à l'octroi de prêts et d'allègements de dette. Il n'est pas rare de voir des systèmes budgétaires de pays bénéficiaires afficher des données bien plus complètes sur les dépenses financées par le gouvernement que sur les projets des bailleurs de fonds, qui font parfois l'objet de lignes uniques dans le budget.
- **Rendre les informations accessibles au public :** Le système budgétaire devrait produire des informations complètes, publiées en temps voulu. Les technologies de communication peuvent à cet effet constituer de précieux outils. L'enregistrement électronique de toutes les transactions effectuées peut contribuer à empêcher des dépenses non autorisées ou injustifiées. Au Pérou, par exemple, un portail Internet sur la transparence fiscale propose un libre accès à une information financière détaillée depuis 1999. L'organisation de campagnes d'information proactives du gouvernement ou de la société civile peut susciter l'intérêt du public vis-à-vis du contrôle des dépenses et donc, contribuer à prévenir les détournements de fonds.
- **Vulgariser le budget :** Comprendre et analyser un budget n'est pas à la portée de tous. Pourtant, pour pouvoir demander des comptes à leurs dirigeants, les citoyens doivent être en mesure de déchiffrer le budget de leur pays. De même, le pouvoir législatif sera plus à même de superviser efficacement la procédure budgétaire si le grand public montre un intérêt réel envers la question. Les médias et les ONG jouent à cet effet un rôle particulièrement important, en ce qu'il leur incombe de générer l'intérêt du public et d'instaurer un débat instructif autour du budget. Au cours de ces dernières années, de nombreuses ONG se sont spécialisées dans l'analyse budgétaire et proposent aujourd'hui des formations aux autres organisations de la société civile.
- **Développer les capacités des parlementaires :** Les membres du parlement doivent être capables d'analyser et de commenter les propositions de budget, et également de contrôler les dépenses et d'évaluer le bilan en fin d'exercice. Il est donc fondamental qu'ils aient de bonnes connaissances en matière de budget. Ils pourront de la sorte assumer le rôle indispensable qui est le leur : amorcer des débats ou des auditions publiques, instaurer des commissions spéciales ou exiger du pouvoir exécutif qu'il fournisse davantage d'informations. Les agences d'aide n'entretiennent que rarement des échanges avec les parlementaires – certains dénoncent d'ailleurs le fait que le dialogue privilégié des bailleurs avec la société civile ébranle la légitimité des représentants élus.
- **Le suivi des dépenses publiques :** Au cours de la phase d'exécution du budget, le suivi des dépenses peut contribuer à la transparence du processus. La méthode consiste à déterminer les modalités de chaque dépense effectuée et à établir comment et à quel niveau du système les crédits sont utilisés. Cela permet ainsi de repérer les mouvements de fonds publics et d'apprécier dans quelle mesure les ressources parviennent bien jusqu'à leurs destinataires. Les

Etudes de traçabilité des dépenses publiques (PETS) mesurent la transformation des dépenses publiques en biens publics et prestations de services. Sur son site Internet consacré aux PETS, la Banque mondiale propose des liens vers des documents décrivant cette méthodologie ainsi que les résultats obtenus dans différents pays. La publication de Ritva Reinikka et Nathanael Smith, *Les Etudes de traçabilité des dépenses publiques dans l'éducation*, éditée en 2004 par l'Institut international de planification de l'éducation (IIEP) de l'UNESCO, constitue également une ressource intéressante, ainsi que le site Internet d'Oxford Policy Management, qui propose les rapports et les conclusions d'équipes de consultants ayant participé à des PETS dans différents pays, parmi lesquels le Mozambique et le Bangladesh. L'étude complète de traçabilité des dépenses publiques et des prestations de services du Mozambique, associée aux études quantitatives sur les prestations de services d'établissements spécifiques, peut constituer des sources d'information utiles sur les caractéristiques de la corruption et fournir différentes pistes de réforme. La Banque mondiale et l'IIEP proposent par ailleurs des formations aux méthodologies des PETS.

<http://go.worldbank.org/SHZWCL1YI0>

<http://www.unesco.org/iiep/PDF/pubs/Reinikka.pdf>

<http://www.opml.co.uk/>

http://www.opml.co.uk/docs/qgux_Lessons_from_a_Health_PETS_in_Bangladesh_November_2005.pdf

http://www.opml.co.uk/docs/02_Aug_2005_Mozambique.pdf

<http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/ww11888final201.pdf.pdf>

- **Des institutions de contrôle des comptes solides et indépendantes :** Les organismes professionnels chargés de la révision et de l'évaluation des activités budgétaires, comme les institutions de contrôle des comptes, ne sont malheureusement pas toujours aptes à accomplir leur tâche. Il conviendrait donc que les moyens employés à améliorer la transparence budgétaire visent également à renforcer l'efficacité des institutions de contrôle. Pour mener leur mission à bien, ces dernières doivent jouir d'une totale indépendance politique et disposer des ressources financières et humaines nécessaires à la production de rapports pertinents, publiés en temps voulu. Il est par ailleurs impératif que ces institutions s'inscrivent dans un cadre juridique solide régissant efficacement les dépenses publiques et les relations budgétaires entre le gouvernement central et local.

6.2.3 Les Comptes nationaux de la santé et la procédure budgétaire

Les Comptes nationaux de la santé (NHA, en anglais) constituent un cadre international reconnu qui permet aux gouvernements d'évaluer et de suivre l'évolution de l'intégralité de leurs dépenses de santé. Les NHA retracent les mouvements de ressources d'une sphère à une autre, par exemple du ministère de la Santé à chaque prestataire de soins et chaque programme de services médicaux. Les dépenses sont rapportées dans des ensembles de tableaux standards destinés à être analysés par les dirigeants politiques et autres parties prenantes, dont les représentants de bailleurs de fonds. Pour favoriser la transparence budgétaire des systèmes de santé nationaux et conforter la lutte contre la corruption, les NHA doivent se baser sur les informations relatives aux dépenses de tous les acteurs du secteur de la santé. Effectués régulièrement, les NHA constituent des outils efficaces contre la corruption : dans la perspective de devoir partager les informations concernant la distribution de leurs ressources de santé, gouvernements, compagnies d'assurance et autres intervenants restent plus vigilants.

Le rôle des bailleurs de fonds est ici fondamental, car ils peuvent inciter les gouvernements à s'engager vis-à-vis des NHA. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, organisme élu chargé de coordonner le réseau régional des NHA africains, constitue une source précieuse d'information sur les activités des bailleurs de fonds en matière de NHA sur le continent africain. Par ailleurs, le projet « Partenaires pour la réforme de la santé » financé par USAID consacre une section entière à l'analyse

des NHA : il propose des liens vers des réseaux régionaux et des études effectuées dans de nombreux pays.

Le Secrétariat de la Communauté de la Santé régionale du Commonwealth est également une bonne source d'information sur les pays anglophones. Consulter "Brief for Donors: National Health Accounts: Supporting NHA in Africa". Consulter également les informations sur les NHA en Amérique latine.

<http://www.who.int/nha/fr/>

<http://www.phrplus.org/nha.html>

<http://www.phrplus.org/Pubs/sp7.pdf>

http://www.iadb.org/sds/specialprograms/lachealthaccounts/index_en.htm

6.2.4 La participation du public à la procédure budgétaire

La participation du public est une composante importante de la responsabilisation des acteurs du secteur public. Les réglementations, la bonne gestion et la transparence comme seuls outils ne suffisent pas à empêcher l'utilisation malhonnête des ressources. Le grand public doit faire un usage actif des informations financières dont il dispose, par exemple dans le cadre de débats publics ou de la formulation de politiques ; dans le cas contraire, la transparence budgétaire restera un vain concept. Société civile et médias doivent engager des débats publics. Enfin, dans la mesure où les citoyens financent le budget de l'État, il semble logique qu'ils soient les premiers bénéficiaires des dépenses publiques. Le public doit donc être activement impliqué dans toutes les étapes du cycle budgétaire.

- **La planification budgétaire participative :** La budgétisation participative est une pratique financière novatrice impliquant les citoyens dans la définition des priorités et l'affectation des ressources publiques. Cette méthode est devenue très populaire sous l'effet des vagues de décentralisation grâce auxquelles les citoyens et les pouvoirs législatifs locaux ont pu s'impliquer davantage. La planification budgétaire participative contribue à améliorer la transparence dans la gestion financière des autorités locales, concourt à une distribution plus équitable des ressources et élimine toute politique de parti dans les prises de décisions. Elle rompt avec la tradition qui voulait que la procédure budgétaire relève exclusivement du pouvoir exécutif et ne compte qu'avec les seules contributions de techniciens du budget et d'une poignée d'hommes politiques. Les outils de budgétisation participative sont largement employés en Amérique latine et en Europe.

http://hq.unhabitat.org/cdrom/TRANSPARENCY/html/2d_7.html

- **Le contrôle budgétaire réalisé par les organisations non gouvernementales (ONG) :** Les ONG sont de plus en plus nombreuses à effectuer des études indépendantes et à proposer des formations pour sensibiliser le public sur les questions budgétaires. Elles réalisent des analyses budgétaires, grâce auxquelles elles fournissent des informations exhaustives au public et aux médias, lesquels peuvent à leur tour intervenir sur les propositions de budget et contrôler les dépenses. Elles mènent également des études comparatives sur la transparence budgétaire dans tous les pays et exercent de ce fait une certaine pression sur les gouvernements pour une amélioration de leurs systèmes budgétaires.
- **Les audiences publiques et les évaluations des citoyens :** Les audiences publiques et les évaluations des citoyens sont deux exemples d'outils qui permettent de sensibiliser le public et de l'amener à s'engager dans les procédures budgétaires. Au niveau local, les audiences publiques permettent de faire prendre conscience aux citoyens des biens et des services qu'ils sont censés recevoir. Parce qu'elles permettent de présenter au public un suivi des dépenses exposé dans un langage simple et de confronter les responsables politiques locaux aux écarts détectés entre leurs engagements et la réalité, les audiences publiques peuvent susciter des actions civiques contre la corruption et contribuent donc à la responsabilisation des dirigeants.

Grâce aux commentaires transmis par le grand public, les évaluations des citoyens sur les services publics élaborent des indicateurs à la fois quantitatifs et qualitatifs sur les services fournis. La large diffusion des résultats de ces évaluations et des informations relatives au budget donne aux citoyens les moyens de s'impliquer dans la procédure d'allocation budgétaire et de veiller à ce que le budget réponde bien à leurs besoins.

http://www.adb.org/Governance/Pro_poor/Civil_society/default.asp

Le Réseau sur la dette en Ouganda (UDN, en anglais)

« En mai 2000, l'UDN a formé des Comités d'évaluation du fonds d'action contre la pauvreté (PAFMC, en anglais) dans 12 municipalités ougandaises. Les PAFMC sont des organisations volontaires de la société civile qui se consacrent à la supervision du Fonds d'action contre la pauvreté, au suivi de l'exécution du budget, au lancement de campagnes contre la corruption et à des activités de plaidoyer pour la responsabilisation et la transparence. Ces comités se composent de citoyens issus de différents groupes de la société civile et regroupent donc femmes, jeunes, personnes handicapées, hommes, chefs religieux et personnes âgées. Pour rendre les activités des comités vraiment participatives, l'UDN a introduit une approche communautaire des systèmes de contrôle et d'évaluation. Grâce à ces méthodes, les communautés assurent un suivi et une évaluation continus des programmes gouvernementaux et réalisent des interventions pertinentes. Le modèle de supervision des comités de l'UDN est indéniablement un succès. »

Dans « Monitoring of Poverty Action Fund: Lessons from Uganda », Basil Kandyomunda, Directeur exécutif adjoint, Réseau sur la dette en Ouganda, 2003

6.3 L'aide au développement et la transparence

6.3.1 Les modalités d'aide

L'influence des bailleurs de fonds et des différentes modalités d'aide sur les schémas de dépenses et les procédures budgétaires des bénéficiaires se manifeste de nombreuses façons. Le dernier chapitre du Rapport 2004 de la Banque mondiale sur le développement dans le monde, « Donateurs et réforme des services », fournit un point de vue intéressant sur la question. La Banque mondiale recommande que, dans les pays entreprenant des réformes de fond, les bailleurs intègrent leur soutien à la stratégie de développement, au budget et aux prestations de services du bénéficiaire. D'après le rapport, c'est aujourd'hui loin d'être le cas : nombre de donateurs gardent la mainmise sur leurs contributions, de peur que les détournements de fonds et la corruption galopante ne sapent le soutien politique national à l'aide au développement.

6.3.2 La prolifération des mécanismes de financement de la santé

Ces dernières années, les partenariats de financement public-privé du secteur de la santé se sont multipliés. Ces dispositifs, qui contournent délibérément les bureaucraties nationales et permettent un déboursement rapide des crédits, constituent des terrains potentiels de corruption. Entre 2001 et 2005, l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI, son acronyme en anglais) a déboursé plus d'un milliard de dollars EU et, au cours de ses deux premières années d'exercice, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, également instauré en 2001, a alloué 3,1 milliards de dollars EU à 128 pays. Ce dernier, qui n'affecte aucun financement *via* les gouvernements nationaux ou les organisations internationales, recourt à des Agents locaux du Fonds. Pour assurer la bonne utilisation de leurs fonds, l'alliance GAVI et le Fonds mondial utilisent tous deux des mécanismes de subvention basés sur les résultats. Il semblerait que l'application de cette formule au secteur de la santé soit assez problématique, sans doute du fait qu'elle privilégie des indicateurs faciles

à quantifier au détriment d'importantes activités médicales plus difficiles à évaluer, et qu'elle ne permette pas de garantir qu'un système de vérification bon marché résiste à la corruption.

http://www.u4.no/themes/health/bugetandoda.cfm#_ftn1

La corruption et le Fonds mondial

Alarmé par des affaires de corruption, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, également appelé Fonds mondial, a temporairement suspendu cinq subventions destinées à l'Ouganda. Cette suspension fut imposée en 2005, après qu'un témoin ougandais eut dénoncé la « gestion désastreuse des subventions ». Comme l'annonce de la suspension fit la une des médias, le gouvernement forma une commission d'enquête dirigée par le Président de la Haute Cour de justice et s'engagea, si cela s'avérait nécessaire, à récupérer l'argent perdu en vendant les propriétés des personnes coupables de ces détournements.

Sur les 213,6 millions de dollars EU de subventions approuvées par le Fonds mondial depuis juin 2003, l'Ouganda a perçu 79 millions de dollars EU destinés à la lutte contre le sida/VIH, la tuberculose et le paludisme, à l'amélioration de l'accès aux traitements et à la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables.

En décembre 2005, après avoir convenu de mesures correctives avec le Récipiendaire principal des fonds (à savoir, le ministère des Finances, de la planification et du développement économique) et l'Instance de coordination nationale, le Fonds mondial leva la suspension. L'accord en question prévoyait notamment la mise en place de nouvelles structures de supervision, la restructuration de l'Instance de coordination nationale et la mise en œuvre de mesures d'évaluation de la qualité et de l'efficacité des sous-récipiendaires des subventions. L'Instance de coordination nationale du Fonds mondial est une entité de gouvernance clé, dont le rôle consiste à faciliter à la fois la collaboration des secteurs public et privé dans l'élaboration de propositions de financement et la supervision de la mise en œuvre de ces subventions.

Source : Global Fund Observer, n° 53, 11 décembre 2005, et n° 50, 7 septembre 2005 (lettre d'information publiée par Aidspan, organisme de surveillance indépendant du Fonds mondial), et site Internet du Fonds mondial, depuis le 30 décembre 2005.

<http://www.aidspace.org/>

<http://www.theglobalfund.org/>

6.3.3 Approches sectorielles et soutien budgétaire

Lorsque les bailleurs acceptent de grouper leurs ressources pour financer un secteur particulier, ils inscrivent généralement leur démarche dans ce que l'on appelle une Approche sectorielle. Ces approches sont censées pallier les problèmes inhérents au financement « par projet », optimiser l'efficacité de l'aide et améliorer la cohérence entre politiques, programmes et budgets. Plus qu'un mécanisme de financement, l'Approche sectorielle est avant tout un dispositif de coordination des politiques. En principe, elle s'applique donc aussi bien aux accords de financement du budget que de projets, même si elle est généralement considérée comme un outil de gestion des déboursements de fonds et de comptabilité. Les approches sectorielles couvrent le financement public d'un secteur donné et comportent une aide par projet, une assistance technique, le financement de bénéficiaires spécifiques et l'octroi de fonds groupés.

Des études de l'OMS ont démontré que les Approches sectorielles permettaient de mieux diagnostiquer les obstacles à l'utilisation et à l'amélioration des services, et notamment de mieux comprendre les problèmes de corruption. En outre, elles facilitent l'instauration de procédures communes de planification, de déboursement, de comptabilité, de contrôle et de révision, lesquelles contribuent à réduire les coûts induits par la relation avec les bailleurs et apportent davantage de cohérence aux programmes.

Le Fonds des Nations unies pour la Population (FNUAP) considère quant à lui que les Approches sectorielles responsabilisent intégralement les gouvernements, améliorent la prévisibilité des financements, contribuent à la transparence dans l'utilisation des ressources, incitent les responsables à rendre des comptes et sont plus profitables.

Consulter également « Experience of Sector Wide Approaches in Health - A Simple Guide for the Confused », Publication de la Communauté européenne n° 25, 2000.

Soutien sectoriel de la santé en Zambie / Analyse des risques et stratégie alternative

« La corruption peut s'envisager tant d'un point de vue technique que politique. Du point de vue technique, la corruption est traitée de manière adéquate dans le secteur de la santé. Le fait de travailler dans le cadre d'une Approche sectorielle permet à la Suède et aux autres partenaires collaborateurs, parmi lesquels le gouvernement de la République de Zambie, de disposer d'une vue d'ensemble des ressources affectées au secteur de la santé. La Suède devrait par conséquent être mieux informée d'une mauvaise gestion des fonds ou d'actes de corruption éventuels qu'elle ne l'aurait été dans le cadre d'autres plans de financement. L'Approche sectorielle permet de mieux lutter contre la corruption qu'une approche traditionnelle par projet et l'on constate que les hommes politiques ou les fonctionnaires ont aujourd'hui moins de facilités à détourner des fonds, qu'il s'agisse de ressources du gouvernement ou des partenaires. La perspective politique, c'est-à-dire la volonté de l'élite politique de combattre sérieusement la corruption, est beaucoup plus complexe, du fait qu'elle est étroitement liée avec la démocratie, les droits de l'homme et la bonne gouvernance. Nous l'avons vu, la situation est loin d'être satisfaisante en matière de bonne gouvernance. »

Note d'évaluation, Programme d'appui sectoriel de la santé en Zambie 2002 - 2005,
Asdi 28/05/2001

Il est souvent reproché aux Approches sectorielles de favoriser la corruption. Lorsque les financements des bailleurs transitent *via* une Approche sectorielle, l'idée est de laisser le gouvernement assumer la responsabilité d'affecter les ressources en fonction des objectifs convenus. Pour les bailleurs de fonds, les possibilités de contrôles externes et d'audit sur l'utilisation des fonds sont donc réduites. Si le secteur public effectue de lui-même un contrôle plus strict de ses dépenses, parfait. Mais si les fonctionnaires y trouvent l'occasion de détourner les fonds des bailleurs de la même façon qu'ils détournent l'argent du contribuable, alors c'est un fiasco. Les parties prenantes doivent par conséquent veiller à prendre les dispositions nécessaires en matière de gestion financière, de contrôles externes et indépendants et autres contrôles mutuels tels que les comités de « basket funding » (mise en commun des financements), etc.

6.3.4 L'aide liée

Une partie de l'aide bilatérale est liée, c'est-à-dire qu'elle doit être employée à l'achat de biens et/ou de services du pays donateur. Des études de la Banque mondiale ont démontré que ce type d'aide réduisait la valeur de l'assistance fournie de près de 25 %. Rien n'indique que l'aide liée soit propice ou non à la corruption ; il est par contre avéré que les pays bénéficiant d'une aide liée sont susceptibles de payer leurs fournitures plus cher du fait de tarifs discriminatoires. Par exemple, il semble que le Mozambique ait payé des médicaments achetés auprès de sociétés multinationales grâce à l'aide liée 50 % plus cher que le tarif demandé par les mêmes sociétés à un fonctionnaire responsable des achats payant sur le compte du budget public.

6.3.5 Les financements par le biais des ONG

Aujourd'hui, une part substantielle des financements extérieurs transite par le biais d'organisations non gouvernementales locales et/ou internationales. Ce genre de procédure exige des bailleurs de fonds qu'ils appliquent les mêmes règles de justification des dépenses et de transparence que celles qui

sont recommandées pour lutter contre la corruption dans le cadre de la procédure budgétaire. Avant de décider d'octroyer des fonds à une organisation particulière, il conviendra d'en évaluer les compétences et les capacités. La liste de vérification qui suit provient d'une étude de capacités réalisée en 2001 par l'organisation caritative Save the Children (Royaume-Uni) à la demande de l'Agence suédoise de coopération au développement international (Sida).

- Structure organisationnelle (structures détaillées des services, termes de référence et protocole d'exploitation de chaque service).
- Gestion des activités (procédures d'exploitation et mandat du conseil d'administration disponibles au public, pouvoir décisionnel et ordre de délégation, mission définie, vision, objectifs, projets et politiques d'activités, indicateurs de performance).
- Systèmes et formalités administratifs (transparence, équité et documentation).
- Gestion du personnel (transparence, équité et documentation).
- Contrôle financier (promotion d'une bonne gestion, transparence des finances et mesures anti-corruption).

7 Les salaires

La faiblesse des salaires a souvent été désignée comme une des causes des subornations et des paiements informels observés dans les prestations de soins médicaux. Cependant, le versement des salaires et l'octroi de promotions peuvent également être à l'origine d'une forme de corruption. Par exemple, nombre de pays en développement sont gangrenés par l'absentéisme et le problème des salariés fantômes, qui laissent les hôpitaux vides ou en sous-effectifs. Verser des salaires à du personnel de santé absent ou inexistant représente un gaspillage considérable. A l'heure d'envisager des réformes salariales, il conviendrait que les gouvernements assimilent chacun de ces deux aspects.

Dans ce chapitre, nous passerons en revue les publications traitant du thème des salaires et des réformes salariales et tenterons de définir comment les bailleurs soutenant des projets du secteur de la santé peuvent intégrer ces questions à leurs stratégies, et ce afin de réduire les opportunités de corruption.

7.1 L'importance des salaires dans la lutte contre la corruption

Au lendemain de la chute des régimes communistes, les conditions salariales et la motivation des travailleurs de la santé d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ont atteint des niveaux particulièrement dramatiques. Dans ces pays, les paiements informels sont à cette époque devenus un aspect fondamental du financement de la santé, créant un marché informel des soins médicaux au sein du système de santé publique. Dans des pays comme l'Azerbaïdjan ou l'Arménie, les dépenses directement effectuées de la poche des patients équivalent à 75-80 % du total des dépenses de santé.

L'importance d'une rémunération suffisante pour garantir l'intégrité de la fonction publique fait l'objet de nombreux débats. Certains considèrent qu'augmenter les salaires suffit à réduire la corruption, alors que d'autres estiment que c'est une mesure certes nécessaire, mais insuffisante. D'autres encore jugent l'augmentation des salaires comme étant une stratégie insignifiante (ou difficile à réaliser) en comparaison d'autres politiques. Globalement, les chercheurs s'accordent sur le fait que des mécanismes complémentaires soient nécessaires.

Les salaires et la corruption

« Les personnes interrogées considèrent toutes le faible niveau des salaires et les retards dans le paiement des salaires comme deux des principales causes de la corruption. D'autres facteurs sont toutefois mis en cause, comme le besoin des hommes politiques nouvellement élus de couvrir leurs frais de campagne et le fait que certains n'hésitent pas à tirer profit de situations d'insécurité. Les évaluations des participants ont également fait ressortir une certaine tolérance très difficile à briser vis-à-vis de la corruption. Ainsi, ceux qui financent la construction de leurs maisons par des fonds détournés sont considérés comme des gens ayant réussi, ceux qui agrémentent leurs maigres revenus de menus pots-de-vin s'attirent une certaine compassion, ou encore, l'utilisation des ressources de l'État telles que les véhicules de fonction à des fins personnelles semble normale et n'est pas considérée comme une infraction. »

Inspection du gouvernement ougandais
Deuxième étude sur l'intégrité nationale, Rapport final mars 2003
http://www.igg.go.ug/pdfs/Final_Integrity_Report.pdf

Lorsque les postes de la fonction publique sont moins bien payés que d'autres emplois similaires, les fonctionnaires justifient leurs actes malhonnêtes par des impératifs financiers. Des fonctionnaires mal payés sont moins enclins à considérer des pots-de-vin comme répréhensibles par rapport à des fonctionnaires touchant un salaire décent.

Il serait toutefois erroné de considérer que le lien entre salaires et corruption est aussi simple, car en réalité, de meilleurs salaires n'entraînent pas nécessairement un recul de la corruption (Fjeldstad, 2003). Différentes études ont par ailleurs montré que les employés les mieux payés du secteur de la santé étaient plus souvent impliqués dans des affaires de corruption que leurs collègues moins bien payés (Miller *et al.*, 2000).

7.2 Salaires et pratiques malhonnêtes – cadre théorique

Plusieurs conditions doivent être réunies pour que les fonctionnaires décident de commettre des actes malhonnêtes :

- a) L'opportunité de commettre des actes malhonnêtes, par exemple du fait du monopole des services, d'un certain pouvoir discrétionnaire, de l'absence de redevabilité, d'une société civile faible ou inexistante ou encore, du manque de transparence du système (Vian, 2008 2).
- b) Etre disposé à se laisser corrompre. Cette prédisposition peut être influencée par des normes sociales et des traits culturels qui approuveraient ou ne désapprouveraient pas l'acceptation de cadeaux et de commissions.
- c) Avoir un motif pour s'engager dans des pratiques illicites, c'est-à-dire en attendre des revenus positifs.

Le niveau des salaires peut influencer à la fois la disposition du personnel à accepter des pots-de-vin et les motivations financières de ces derniers à le faire. Par exemple, les professionnels gagnant un salaire peu élevé seront peut-être plus disposés à accepter un pot-de-vin s'ils considèrent que la faiblesse de leurs revenus le justifie.

Théoriquement, un employé gagnant un salaire élevé peut également céder à la corruption pour des raisons financières. Le fait de toucher un haut salaire dissuadera un fonctionnaire disposé à exercer des activités malhonnêtes et capable de le faire si, et uniquement si, le risque existe qu'il soit découvert.

D'après le modèle de Becker-Stiegler (1974), les salaires sont un facteur susceptible de prévenir la corruption lorsque les gains attendus de pratiques malhonnêtes sont inférieurs à ceux obtenus en temps normal. C'est par exemple le cas lorsqu'un fonctionnaire gagne un salaire suffisamment élevé par rapport à celui qu'il pourrait obtenir en occupant un autre emploi⁴ et qu'il court le risque de perdre ce salaire s'il est découvert. Il est difficile de déterminer le montant d'un salaire suffisant, dans la mesure où cela dépend du montant des pots-de-vin auxquels le fonctionnaire devra renoncer s'il décide de ne pas s'engager dans des pratiques malhonnêtes. Par exemple, lorsque la Tanzanian Revenue Authority (TRA) décida d'augmenter les salaires de tous ses employés de 18 %, on observa dans un premier temps un recul, puis un rebond de la corruption, qui retrouva ensuite rapidement son niveau d'origine. L'augmentation de salaire n'a finalement eu aucun effet sur la corruption. D'après Fjeldstad, elle n'a probablement pas été assez importante pour compenser les pots-de-vin (2003).

Il ne faut pour autant pas en conclure que les plus hauts salaires seront moins corrompus que les autres. Cela montre seulement que les fonctionnaires gagnant plus que le taux du marché peuvent être dissuadés de commettre des actes malhonnêtes s'ils craignent de perdre leur salaire. C'est donc le salaire relatif qui va déterminer le fait qu'un fonctionnaire choisira de céder à la corruption ou non. Par exemple, une assistante médicale dont le salaire est très inférieur à celui d'un médecin peut très bien gagner plus que le taux du marché, alors que le médecin peut être sous payé par rapport à ses homologues. L'assistante médicale sera dans le cas présent moins disposée à commettre des actes malhonnêtes que le médecin.

L'hypothèse avancée dans le modèle de Becker-Stiegler a fait l'objet de différentes remises en question. Dans une étude réalisée à Buenos Aires, Di Tella et Schargrotsky soutiennent que

⁴ Un salaire suffisant est un salaire se situant au dessus du minima du marché de l'emploi dans cette branche.

l'efficacité des politiques salariales de lutte contre la corruption dépend de l'intensité des contrôles effectués. Lorsque les contrôles sont fréquents, le niveau des salaires n'a plus aucun effet sur la corruption ; en revanche, lorsqu'ils ne sont qu'épisodiques, les salaires les plus bas auront tendance à se tourner vers des pratiques malhonnêtes (2003).

Quelques exemples d'études portant sur la corruption et les salaires :

- a) En Indonésie, une étude s'est employée à comparer les salaires des fonctionnaires à différents échelons de la fonction publique avec les rémunérations offertes par quelques établissements privés. Il en est ressorti que les fonctionnaires de la tranche inférieure (soit près des trois quarts de l'ensemble des fonctionnaires) étaient parfois mieux payés que ceux du privé. Ces résultats ont permis de briser l'idée reçue voulant que la corruption qui ronge le gouvernement indonésien soit le fruit d'une fonction publique sous-payée.
- b) Une étude effectuée au Venezuela a démontré que les salaires élevés des responsables des achats des hôpitaux publics avaient un lien incontestable avec le niveau de corruption. Une étude similaire entreprise auprès des responsables des achats en Colombie a abouti à des conclusions analogues. Les deux enquêtes ont fait ressortir que les revenus élevés de ces membres du personnel étaient associés à un taux important de corruption lorsque les achats étaient effectués sans procédure d'appel d'offres mais à une moindre corruption lorsqu'ils étaient réalisés par appel d'offres.
- c) L'étude qu'ils ont menée en Ukraine, en Bulgarie, en Slovaquie et en République Tchèque a permis à Miller *et al* (2000) de corroborer ces résultats. Ayant interrogé 1307 fonctionnaires, dont 293 employés du secteur de la santé, ils ont pu établir que le personnel de santé le mieux payé était estimé plus corrompu car il lui était plus facile d'extorquer des commissions aux patients. Si cela ne réfute pas pour autant l'hypothèse des bas salaires, on peut toutefois en déduire que l'opportunité de percevoir des paiements informels reste un facteur essentiel.
- d) Fjeldstad a mené une étude comparable sur les réformes salariales au sein de l'Autorité des Revenus tanzanienne (TRA, en anglais). Cette dernière, après être devenue indépendante, a procédé à une revalorisation des salaires de ses employés de l'ordre de 18 %. Initialement, cette hausse, associée à d'autres mesures, avait été décidée dans une perspective de lutte contre la corruption au sein de l'institution. Pourtant, après un recul initial, le taux de corruption connut une nouvelle recrudescence. Après une analyse des faits, Fjeldstad conclut qu'une augmentation de salaires, même importante, pouvait être inefficace contre la corruption lorsqu'elle restait inférieure aux revenus tirés des extorsions en tous genres. De plus, les événements ont montré que dans certains pays tels que la Tanzanie, une augmentation de salaires pouvait tout simplement contraindre davantage les employés à soutirer des pots-de-vin et à les partager (2003).

En définitive, la principale gageure semble être de maintenir un rythme de contrôle soutenu sur la durée. Pour un gouvernement nouvellement élu, il peut être positif d'exposer les actes de corruption au grand jour, mais cela peut à terme devenir préjudiciable, car révélateur d'échec et d'une mauvaise gestion des finances publiques. En outre, si les dirigeants sont eux-mêmes corrompus et ne sont enclins ni à détecter ni à punir les actes de corruption, alors l'implication des citoyens (c'est-à-dire la participation et le contrôle du public) et la transparence seront décisives pour les pousser à entreprendre des contrôles.

7.2.1 Rémunérations basées sur les performances et risques de corruption

Les rémunérations basées sur les performances sont devenues des outils très populaires dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement du millénaire relatifs à la santé. Pour réduire la mortalité infantile et maternelle, Global Campaign a lancé un programme qui prévoit d'employer des incitations financières pour influencer le comportement des professionnels de santé. D'après l'association, « les faits suggèrent que de petites motivations financières bien ciblées, comme celles que nous avons décrites plus haut, suffisent à modifier les comportements de façon radicale et à

atteindre les objectifs voulus » (NORAD, 2007). Les travailleurs du secteur de la santé reçoivent ainsi une gratification lorsqu'ils accomplissent, en équipe, des actions visant à faire baisser la mortalité maternelle et infantile. Cependant, le Norwegian Knowledge Centre a récemment publié un rapport suggérant que la mise en place d'une rémunération basée sur les performances risque d'avoir des effets contraires, parmi lesquels une hausse de la corruption bureaucratique :

- a) Alourdissement de la bureaucratie, propice à la corruption.
- b) Abus sur les gratifications et népotisme.
- c) L'emploi de primes à la performance risque de pousser certains employés à tricher sur leurs activités plutôt qu'à changer de comportement.

(Oxman et Fretheim, 2008)

7.2.2 Absentéisme et salaires

L'absentéisme est un type de corruption particulier, qui désigne le fait qu'un employé revendique un salaire qui ne lui est pas dû puisqu'il a été absent de son poste de travail sans y être autorisé. García-Prado et Chawla définissent l'absentéisme comme « l'absence injustifiable ou inexplicquée des employés » (2006). Lorsque les travailleurs profitent de l'absentéisme, par exemple en tirant des revenus d'un emploi parallèle, la notion rejoint alors la définition de la corruption énoncée par la Banque mondiale, qui décrit le phénomène comme étant « l'utilisation d'une position de responsable d'un service public en vue de bénéfices personnels ».

Des études récemment menées au Bangladesh, en Equateur, en Indonésie, au Pérou et en Ouganda ont révélé un taux d'absentéisme élevé parmi le personnel de santé, s'échelonnant de 25 à 40 % suivant le pays (Chaudhury *et al*, 2006). Dans des pays qui manquent déjà cruellement de professionnels de santé, des niveaux d'absentéisme aussi élevés risquent fort d'avoir des conséquences désastreuses sur la qualité des soins médicaux et d'entraîner par exemple une diminution de la productivité, un accroissement du coût horaire (en raison de la rémunération des heures supplémentaires, des ajustements temporaires, etc.) et une baisse de la qualité des services de santé, qui à son tour peut se répercuter sur le bien-être des patients (García-Prado et Chawla, 2006). En outre, l'absentéisme étant aléatoire, les patients sont complètement dépendants du personnel et trouvent parfois les centres médicaux fermés. Les coûts induits par ces déplacements inutiles pourraient pousser les patients à renoncer aux soins médicaux.

En théorie, l'absentéisme s'explique à la fois par le niveau des salaires, la flexibilité des heures travaillées et les risques encourus (Allen, 1981). Dans les pays en développement, du fait de la faiblesse des salaires, la perte d'un emploi ne représente pas un gros risque, ce qui pourrait donc favoriser l'absentéisme. Il semble par ailleurs que les possibilités de trouver un nouvel emploi soient un autre facteur favorisant l'absentéisme (Shapiro-Stiglitz, 1984). Ainsi, lorsque le marché du travail est porteur, l'absentéisme augmente. Ceci pourrait expliquer l'absentéisme élevé des pays en développement, au sein desquels le secteur de la santé manque cruellement de main-d'œuvre.

Notons que si les professionnels de santé absents des établissements publics travaillent en fait dans des établissements privés, accroître la supervision du personnel pour en réduire l'absentéisme ne dégagera probablement pas de ressources humaines supplémentaires pour le secteur. Toutefois, les ménages les plus pauvres ayant généralement recours aux soins médicaux du secteur public, il convient que les gouvernements s'assurent de disposer du personnel suffisant pour les prendre en charge.

Certaines études menées sur l'absentéisme dans les secteurs de la santé et de l'éducation se sont interrogées sur l'importance d'une augmentation des salaires dans la lutte contre l'absentéisme des fonctionnaires, et ont fait ressortir les facteurs suivants comme étant les plus importants :

- a) Des inspections plus fréquentes.
- b) L'amélioration des conditions de travail.

- c) La mise en œuvre de mesures permettant une meilleure accessibilité, comme la construction de logements à proximité ou le développement d'un réseau de transports.
- d) L'application de sanctions en cas d'absence non autorisée.

Quelques exemples de projets de lutte contre l'absentéisme :

- a) **La surveillance par les pairs contre l'absentéisme** : Dans les années 1990, le Costa Rica a entrepris une réforme du secteur de la santé en vue de réduire l'absentéisme des professionnels de santé, notamment en choisissant de ne pas remplacer les employés absents : la pression de leurs collègues était censée dissuader les travailleurs de s'absenter. Garcia-Prado et Chawla estiment que cette réforme n'a eu aucun effet sur l'absentéisme, probablement du fait que, pour échapper à la surcharge de travail rejaillissant sur eux, les employés présents finissaient également par s'absenter (2006).
- b) **Les effets de la surveillance contre l'absentéisme des enseignants en Inde** : Pour réduire l'absentéisme des enseignants dans le district rural d'Udaipur, en Inde, le ministère a exigé de ces derniers qu'ils filment leurs classes deux fois par jour et prouvent ainsi leur présence. Leur salaire fut décomposé en une part fixe, assortie d'une part variable déterminée en fonction de l'assiduité de chacun. Une évaluation aléatoire du projet a par la suite confirmé une diminution de l'absentéisme de 36 à 18 % suivant les écoles participant au projet (Banerjee et Duflo, 2006).
- c) **Surveillance et rémunération de l'assiduité en Inde** : En Inde, une ONG a entrepris de mener une étude de terrain aléatoire pour évaluer le taux de présence des infirmières d'État. Sur la base des résultats de cette évaluation, les autorités locales ont pris des mesures visant à punir l'absentéisme et à récompenser l'assiduité. La mise en œuvre du programme, particulièrement efficace, a entraîné une augmentation du taux de présence des infirmières de près de 50 %. Après quelques mois, toutefois, ses effets se sont estompés et le groupe soumis au programme a fini par retrouver le même niveau que le groupe témoin. L'administration locale s'est alors désengagée du projet (Banerjee, Duflo et Glennerster, 2008).

7.2.3 La réforme salariale dans le contexte de la réforme de la fonction publique

Si d'aucuns considèrent que les augmentations de salaires sont fondamentales au regard de la lutte contre la corruption, les salaires des professionnels de santé doivent cependant être considérés dans le contexte plus large d'une **réforme générale des salaires de la fonction publique**. En effet, dans le secteur de la santé, les salaires sont généralement régis par des codes publics assez rigides, en vertu desquels il serait juridiquement et politiquement difficile de réformer les salaires du personnel de santé sans réévaluer ceux de tous les agents de la fonction publique en général. Dans les pays où certains services publics sont confiés à des prestataires privés, les instruments stratégiques que sont les mécanismes de paiement et les honoraires s'avèreront plus efficaces contre la corruption qu'une réforme des salaires seule.

Par ailleurs, corruption et népotisme peuvent entraver la mise en œuvre d'une réforme salariale. Un rapport publié récemment met en avant le fait que les réformes entreprises en vue de prévenir le népotisme dans le recrutement, le licenciement et la promotion du personnel n'ont eu qu'un succès mitigé (IEG, 2008). En Bulgarie, Bolivie et Albanie, ces réformes ont porté leurs fruits ; en revanche, en Guyane, en Indonésie, en République du Yémen, au Cambodge et au Sri Lanka, les réformes salariales n'ont eu qu'un impact limité, voire nul. La Banque mondiale a sinon apporté un soutien technique précieux dans la collecte de données sur les professionnels de santé, les rémunérations et le taux de présence du personnel dans les pays ayant une gestion déficiente de la fonction publique (IEG, 2008).

La réforme des salaires de la fonction publique est fondamentale au regard de la réhabilitation d'un gouvernement, et plus particulièrement en vue de l'amélioration des capacités et de la fourniture des biens et services publics. Parmi les critères mis en lumière par l'évaluation de l'IEG, la Banque

mondiale a soutenu les réformes de la fonction publique dans les pays qui avaient entrepris les mesures suivantes :

Interventions du côté de l'offre

- a) Poursuivre et licencier les employés se laissant corrompre
- b) Instaurer un code de conduite pour les employés de la fonction publique
- c) Exiger des employés de la fonction publique qu'ils déclarent l'intégralité de leurs revenus
- d) Enquêter et poursuivre les employés dissimulant des revenus

Interventions du côté de la demande

- e) Donner aux citoyens davantage de possibilités de surveillance des pratiques du secteur public et de réclamation

(IEG, 2008)

Notons bien que « si elles ne s'inscrivent pas dans le contexte politique du pays, les solutions techniques aux politiques salariales de la fonction publique ne peuvent être viables ». Pour cette raison, McCourt estime qu'il est capital que les bailleurs de fonds tiennent compte des facteurs suivants :

- a) La volonté politique par rapport à la faisabilité politique
- b) Les priorités politiques
- c) Les syndicats en tant que parties prenantes
- d) Les bailleurs de fonds en tant qu'acteurs politiques

Les bailleurs de fonds devraient être conscients du fait que les modalités d'aide peuvent avoir une réelle influence sur le caractère des réformes salariales. La forme d'assistance des bailleurs la plus critiquée est l'instauration d'Unités de mise en œuvre des projets (Project Implementation Units, PIU). Les fonctionnaires des PIU ont généralement des salaires beaucoup plus élevés que leurs collègues, ce qui peut susciter un certain mécontentement et saper le moral de ces derniers. L'édition 2004 du Rapport sur le développement dans le monde de la Banque mondiale fait également allusion à ce problème. Les défenseurs des unités de mise en œuvre des projets y reconnaissent que les dispositions prises par les bailleurs peuvent saper le renforcement des capacités locales, fausser les salaires et fragiliser l'entente entre les responsables politiques et l'organisation pourvoyeuse. Le fait que les PIU, parce qu'elles démotivent le personnel, engendrent de la corruption, dépend sans doute de la situation de chaque pays et du déroulement de chaque projet.

Réuni à Oslo en juin 2004, le réseau du CAD/OCDE sur la gouvernance s'est penché sur un projet de rapport concernant « Les politiques salariales en Afrique subsaharienne ». Le rapport, qui couvre huit pays, propose une définition complète de la notion de salaire, qui inclut quatre éléments : le salaire, les allocations de retraite, les indemnités et les avantages en nature. Le texte établit qu'en général, dans ces pays, **l'emploi croissant des indemnités et des avantages en nature** pour payer les employés de la fonction publique est souvent le signe d'une crise latente de la gestion des politiques et des pratiques salariales.

L'Inspection générale du gouvernement ougandais a récemment publié une étude qui vient corroborer l'hypothèse que, dans le secteur public, des **salaires insuffisants démotivent le personnel et favorisent la corruption**. Au cours de cette étude, les employés de la fonction publique interrogés ont été invités à estimer dans quelle mesure leur salaire influait sur leur rendement et, par extension, favorisait éventuellement la corruption. 70 % des participants ont déclaré que la médiocrité de leur salaire avait une répercussion négative sur leurs performances, alors que 29 % ont dit ne pas être influencés du tout. A noter que l'échantillon n'était composé que d'une petite minorité d'employés de

la police, de l'enseignement et de la santé. Ces derniers n'avaient bénéficié que d'une augmentation minime de leur salaire, et déclaraient qu'il était par ailleurs insuffisant pour vivre.

7.3 Les problèmes propres au secteur de la santé

Nous venons d'aborder les problèmes généraux des salaires et de la corruption dans le contexte de la réforme de la fonction publique. Penchons-nous maintenant sur les questions **spécifiques au secteur de la santé** et sur les différentes solutions à ces problèmes.

Nombre de pays connaissent des **contraintes budgétaires** en raison desquelles il leur est impossible, au moins à court terme, de réévaluer les salaires à des niveaux compétitifs avec le secteur privé. En outre, l'indexation des barèmes des salaires des employés du secteur de la santé sur ceux d'autres secteurs de la fonction publique rendrait la tâche encore plus difficile. Par ailleurs, une augmentation des salaires ne suffirait sans doute pas à briser le cercle vicieux de la corruption. Pour cette raison, les gouvernements doivent tenir compte d'autres facteurs tout aussi importants, tels que la responsabilité sociale, la réalisation personnelle, la satisfaction professionnelle, le prestige ou encore, l'accès à la technologie médicale. Le contexte social dans lequel s'enracine la corruption est également fondamental.

Un exemple de Tanzanie

Le Rapport de Warioba classe le secteur de la santé tanzanien au troisième rang sur la liste des secteurs les plus corrompus. La faiblesse des salaires n'y est mentionnée que comme l'une des différentes causes au problème... De manière générale, l'opinion publique perçoit les salaires du personnel de santé comme très bas. Les professionnels de la santé reçoivent généralement la sympathie du public, qui considère qu'ils méritent plus pour tout ce qu'ils font... Pour leur permettre d'accroître leurs revenus sans quitter le service public, le gouvernement de Tanzanie a décidé d'autoriser les médecins du système public à ouvrir des cliniques privées et à y exercer des soins à leur compte après leurs heures officielles de service.

M.J. Mwaffisi, Secrétaire permanente, ministère de la Santé
La corruption dans le secteur de la santé
9ème IACC octobre 1999, Durban

Autoriser les travailleurs de la santé à cumuler deux emplois a certainement permis aux employés de Tanzanie et d'autres pays de rallonger leur salaire. Une étude qualitative récemment menée en Tanzanie révèle toutefois que cette mesure a probablement ajouté à l'absentéisme dans les établissements publics (Lindkvist *et al*, 2008). S'il est avéré que les professionnels de santé profitent d'absences non autorisées, la possibilité qui leur est donnée de travailler à la fois dans le privé et dans le public aura alors davantage contribué à accroître la corruption bureaucratique qu'à l'éradiquer.

Contrairement aux dirigeants tanzaniens, les responsables de la réforme de la santé au Cambodge ont rejeté l'idée d'autoriser les employés du secteur de la santé publique à exercer des activités à titre privé, estimant que cela « signifierait que les professionnels de santé se font 'concurrence à eux-mêmes', exercent *de facto* un singulier monopole et ne se consacrent plus entièrement à leur travail dans le secteur public » (Soeters et Griffiths, 2003). Au lieu de cela, ils ont institué des honoraires officiels de soins et emprunté des fonds auprès de la banque de développement en vue d'instaurer un système de primes supplémentaires à la performance en remplacement des salaires fixes traditionnels. Après trois ans d'exécution de cette politique dans cinq municipalités, l'utilisation des services de santé s'est nettement améliorée et, grâce à la réduction des paiements informels, les ménages ont vu leurs dépenses de santé diminuer.

7.4 Quelques exemples de projets et des leçons qui en ont été tirées

Les bailleurs ont effectué différentes approches de la question des salaires ; ils ont d'abord soutenu les processus de réforme de la fonction publique, puis apporté un financement direct aux programmes de réforme et à différents ministères clés. U4 documente son soutien à ces programmes dans sa base de données projets. Nous présentons ci-dessous une sélection d'approches générales de réformes de la fonction publique : <http://www.u4.no/projects/main.cfm>

- a) Le projet de Réforme de la fonction publique et compression des dépenses, DFID, 2000, au Kenya, inclut notamment une étude sur les politiques salariales. Le gouvernement souhaite aujourd'hui recentrer la réforme de la fonction publique et en accélérer la mise en œuvre, de manière à pouvoir mieux maîtriser la charge salariale, à rééquilibrer les dépenses entre les coûts d'exploitation et ceux d'entretien et à promouvoir des améliorations dans les prestations de services. A cet effet, il développera donc une stratégie de moyen terme qui devrait lui permettre à la fois de mieux contrôler les effectifs de la fonction publique et de développer des objectifs réalistes et abordables en matière de charge salariale et de réforme des salaires. Le fait que le gouvernement se concentre sur les fonctions prioritaires et se désinvestisse des activités secondaires et redondantes ou les supprime, contribue à l'efficacité du système public et favorise la qualité des prestations de services.

<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=368>

- b) Le projet de Gestion du personnel et de contrôle des établissements, DFID, 2000-2003, en Zambie, vise à limiter la corruption et à dégager des ressources régulières en vue d'accroître les budgets d'exploitation ou de contribuer à limiter la compression des salaires.

<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=295>

- c) Réforme de la fonction publique en Ouganda, 2002, DFID, 2002-2003. Ce projet a permis de rationaliser la structure salariale, de monétiser les indemnités et d'augmenter le niveau des salaires de près de 100 %.

<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=303>

- d) Le Projet de Contrôles du personnel et de systèmes d'information, phase 2, DFID, 1988-2003, en Tanzanie, vise à rationaliser les coûts en vue d'optimiser la masse salariale et de contribuer à l'amélioration des prestations de services publics.

<http://www.u4.no/projects/project.cfm?id=479>

Quelques exemples de réformes salariales dans le secteur de la santé :

7.4.1 MSF au Cambodge. Le New Deal de la région de Sotnikum, première année

De meilleurs revenus pour le personnel de la santé ; un meilleur service à la population, mai 2001. Les professionnels de santé ont vu les salaires officiels augmenter, le personnel de terrain a gagné en motivation et l'utilisation des services médicaux a augmenté. Dans leur article, Soeters et Griffiths rapportent une expérience similaire (2003).

<http://www.msf.be/fr/pdf/cambodia.pdf>

http://www.u4.no/themes/health/healthsalaries.cfm#_ftn2

7.4.2 Albanie, Maternité de Tirana, 2001, renforcement du système de paiement formel

Ce projet a permis d'accroître les revenus et l'utilisation des services de santé et de faire reculer la pratique des paiements informels (Vian, Gryboski, Sinoimeri et Clifford, 2004).

http://www.u4.no/themes/health/healthsalaries.cfm#_ftn2

7.4.3 Formalisation des dessous-de-table pour mieux contrôler les dépenses hospitalières informelles au Cambodge

(Barber, Bonnet, Bekedam, 2004)

Cette étude rapporte comment un hôpital est parvenu à réduire les paiements informels en instaurant des honoraires officiels et des primes à la performance pour le personnel médical. Grâce à ce système de tarification transparent, l'utilisation des services médicaux a augmenté. Si les responsables de l'hôpital ont trouvé difficile de punir les employés réalisant de mauvaises performances, ils pouvaient retenir le versement des bonus à ces derniers, ce qui a contribué à davantage de redevabilité.

http://www.u4.no/themes/health/healthsalaries.cfm#_ftn4

7.5 Références

Allen, S. G. (1981). "An empirical model of work attendance" *Review of Economics and Statistics* 63 (1).

Banerjee, A., Deaton, A. S. et Duflo, E. (2004). "Wealth, Health and Health Services in Rural Rajasthan" *American Economic Review* 95(2).

Banerjee, A. et Duflo, E. (2006). "Addressing absence" *Journal of Economic Perspectives* 20(1).

Banerjee, A., Duflo, E. et Glennerster, R. (2008). "Putting a Band-Aid on a Corpse: Incentives for Nurses in the Indian Public Health Care System" *Journal of the European Economic Association* 6(2-3).

Barber, S., Bonnet, F. et Bekedam, H. (2004). "Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia" *Health Policy and Planning* 19(4).

Becker, G. S. et Stigler, G. J. (1974). "Law Enforcement, Malfeasance, and Compensation of Enforcers" *Journal of Legal Studies*.

Bloom, G., Han, L. Li, X. (2001). "How Health Workers Earn a Living in China" *Human Resources for Health Development Journal* 5(1-3).

http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_5_04.pdf

Chaudhury, N., Hammer, J., Kremer, M., Muralidharan, K. et Rogers, F. H. (2006). "Missing in Action: Teachers and Health Workers in Developing Countries." *Journal of Economic Perspectives* 20(1).

Di Tella R et Schargrodsky, E. (2003). "The Role of Wages and Auditing during a Crackdown on Corruption in the City of Buenos Aires" *The Journal of Law & Economics* 46(1).

IEG (2008). "Public Sector Reform: What Works, and Why?" *Evaluation de la Banque mondiale*.

http://siteresources.worldbank.org/EXTPUBSECREFF/Resources/psr_eval.pdf

Fjeldstad, OH. (2003). "Fiscal Corruption in Tanzania: lessons learned" *Public Administration and Development* 23.

García-Prado A, Chawla M. (2006). "The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica" *Health Policy and Planning* 21(2).

Maureen, L. (2007). "Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries" *Health Affairs* 26(4).

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1115413

Miller, W.L., Grødeland, Å.B. et Koshechkina, T. Y. (2000). "If you pay, we'll operate immediately" *Journal of Medical Ethics* 26.

NORAD (2007). "The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals".
http://www.norad.no/en/_binary?download=true&id=44696

Shapiro, C. et Stiglitz, J. (1984). "Equilibrium Unemployment as a Worker Discipline Device" *American Economic Review* 74(3).

Soeters, R. et Griffiths, F. (2003). "Improving government health services through contract management: a case from Cambodia" *Health Policy and Planning* 18(1).

Vian, T., Gryboski, K., Sinoimeri, Z. et Clifford, R. H. (2004). "Informal payments in the Public Health Sector in Albania" Rapport *Partners for Health Reform*.
http://www.healthsystems2020.org/files/1612_file_Tech047_fin.pdf

8 Synthèse de publications utiles

8.1 Informations d'ordre général

8.1.1 Rapport sur le développement dans le monde 2004 : Mettre les services de base à la portée des pauvres

<http://econ.worldbank.org/wdr/wdr2004/>

L'édition 2004 du Rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde porte sur les services de base, et plus particulièrement sur la santé, l'éducation, l'eau potable et les installations sanitaires, et aborde les différentes méthodes possibles pour les mettre à la portée des populations les plus pauvres. A la lumière de l'incapacité générale à rendre les services accessibles, abordables et efficaces, le rapport mentionne quelques succès et conclut que l'amélioration des services exige de placer les populations pauvres au centre des prestations de services, en leur donnant les moyens de contrôler et de sanctionner les prestataires de services, en leur donnant voix au chapitre dans l'élaboration des politiques et en incitant davantage les prestataires à se mettre au service des plus démunis.

Ce texte fournit un cadre pratique pour mettre à disposition des populations pauvres les services contribuant au développement humain. Il s'adresse aux citoyens, gouvernements et bailleurs soucieux d'agir et d'accélérer les progrès vers la réduction de la pauvreté, conformément aux Objectifs du millénaire pour le développement. Les chapitres 8, 10 et 11 intéresseront plus particulièrement les acteurs du développement intervenant dans le secteur de la santé. Le chapitre 8 aborde les services médicaux et nutritionnels et plus particulièrement la santé des populations pauvres, les échecs commerciaux et gouvernementaux, le renforcement du pouvoir du client et de la participation des plus pauvres, et la motivation des prestataires à servir les pauvres. Le chapitre 10 traite des appuis à la réforme des services, et en particulier de l'importance du renforcement des fondations du gouvernement, de la nécessité d'entreprendre les dépenses, la décentralisation, l'élaboration, la gestion et la mise en œuvre des politiques avec mesure, de l'éradication de la corruption et de la gestion de la transition. Le rapport s'achève sur le chapitre 11, qui examine le rôle des bailleurs dans la réforme des services, et aborde notamment l'aide et la responsabilité, le renforcement du pacte, la gestion effectuée par les organisations prestataires, le renforcement du pouvoir du client, la participation des pauvres, l'alignement de l'aide sur les services et les défis posés par la réforme de l'aide.

8.1.2 Rapport mondial sur le développement humain 2003 - Les Objectifs du millénaire pour le développement : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine

http://www.hdr.undp.org/en/media/hdr03_fr_complete1.pdf

L'édition 2003 du **Rapport du Programme des Nations unies pour le développement sur le développement humain** est consacrée aux huit Objectifs du millénaire pour le développement qui ont ces dernières années transformé le développement et induit une réorientation du travail des gouvernements, des agences d'aide et des organisations de la société civile du monde entier. S'il salue les engagements pris en faveur de la réduction de la pauvreté et du progrès du développement, le Rapport établit toutefois clairement que la communauté internationale est encore loin de ses objectifs, dans certains domaines en particulier.

Le rapport évalue les défis majeurs, analyse les mesures à prendre pour renverser les échecs du développement et apporte des propositions concrètes pour accélérer les progrès effectués. Il expose ainsi un Pacte du millénaire pour le développement visant non pas à proposer une énième solution globale aux problèmes du monde en développement, mais à déterminer les domaines clés d'intervention sur lesquels les gouvernements nationaux et l'aide internationale devraient se concentrer.

Les chapitres 4 et 5 intéresseront plus particulièrement les acteurs collaborant avec des agences de développement dans les secteurs de la santé des pays en développement. Le chapitre 4, intitulé « Une action publique raisonnée pour améliorer la santé et l'instruction », insiste sur la nécessité d'une définition précise des priorités politiques et présente un examen approfondi des Objectifs relatifs à la faim, à l'éducation, à la santé et à l'eau et aux installations sanitaires. Ce chapitre présente également un plan d'action visant à optimiser le niveau, l'équité et l'efficacité des dépenses publiques, ainsi que la quantité et la qualité de l'aide publique au développement en matière de services de base. Le chapitre qui suit traite du financement privé dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'eau, et aborde la question de la privatisation des services publics.

8.1.3 Le rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant

<http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>

L'édition 2000 du **Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde** est entièrement consacrée aux systèmes de santé. Reflet de l'engagement traditionnel de l'Organisation pour le bien-être physique et mental des populations, ce rapport met en avant les principaux éléments vecteurs d'efficacité et d'équité au sein des organisations, institutions et ressources consacrées à l'amélioration de la santé publique. Il analyse le rôle des individus à la fois en tant que prestataires et consommateurs de services de santé, collaborateurs financiers aux systèmes de santé, travailleurs au sein de ces systèmes et citoyens engagés dans leur gestion ou intendance. Y sont également abordés les succès et les échecs des mesures destinées à corriger les inégalités des systèmes de santé, le degré de satisfaction des attentes des citoyens et le respect de la dignité, des droits et des libertés de chacun.

Le rapport fournit également un indice de performance des systèmes nationaux de santé des États membres dans la réalisation de trois objectifs généraux : une bonne santé publique, la satisfaction des attentes de la population et l'équité des contributions financières. L'OMS comptant des pays développés parmi ses membres, le rapport ne cible pas exclusivement les économies en développement ou en transition.

8.1.4 Le rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé

<http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>

Le Rapport sur la santé dans le monde de 2006 aborde la pénurie actuelle de personnel de santé comme l'un des principaux obstacles à l'amélioration de la santé publique dans le monde. D'après le rapport, bon nombre de pays en développement ont vu l'espérance de vie de leur population chuter, et leurs taux de mortalité maternelle et infantile restent élevés. Si les pays disposent des ressources financières suffisantes pour améliorer leurs systèmes de santé, ils n'en ont en revanche pas toujours la volonté politique. Le manque de personnel motivé et qualifié constitue le principal frein auquel les États devront remédier.

Le rapport dresse un état des lieux du personnel de santé dans le monde et offre une définition très large des travailleurs de la santé, désignés comme « *l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé* ». L'OMS estime qu'il manque actuellement près de quatre millions d'agents de santé dans le monde, les pays les plus touchés par la pénurie étant ceux d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud-Est.

Pour accroître le nombre d'agents de santé motivés et qualifiés dans les secteurs les plus touchés, le rapport propose trois stratégies :

1. Améliorer l'entrée des agents de santé dans la vie professionnelle active (par une meilleure planification, l'ouverture de nouveaux établissements de formation et l'optimisation du recrutement)
2. Tirer le meilleur parti du personnel de santé existant (par le biais de la supervision, des compensations, des systèmes de soutien et d'une formation permanente)

3. Gérer l'usure des effectifs (migrations, choix professionnels, risques professionnels et départs en retraite)

Le rapport souligne le fait que la crise du personnel de santé est un phénomène mondial qui appelle la coopération de l'ensemble de la communauté internationale.

8.1.5 Good practice in the development of PRSP indicators and monitoring systems: Integrating PRSP indicators into policy formation processes

Booth, D., Lucas, H., Document de travail 172, ODI, 2002

<http://www.odi.org.uk/publications/wp172.pdf>

Ce document se base sur une étude documentaire des bonnes pratiques dans l'élaboration d'indicateurs et de systèmes de contrôle des CSLP (Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté), commanditée en 2001 par le DFID dans le cadre du Partenariat stratégique avec l'Afrique. Le rapport se divise en deux parties reflétant les deux phases de l'étude. La phase 1 a permis d'effectuer une révision critique de la documentation relative aux CSLP mis en œuvre en Afrique subsaharienne et notamment de quatre CSLP complets, 17 CSLP intérimaires et 19 Evaluations conjointes. Au cours de la phase 2, les auteurs ont rassemblé un maximum d'expériences et d'exemples sur lesquels capitaliser pour améliorer la gestion des systèmes de contrôle et des indicateurs dans le cadre des CSLP. Les résultats de ces recherches font apparaître l'objet, la méthodologie et le but des activités de contrôle.

Les informations relatives à chaque pays, ainsi que les résultats et les données utilisées pour l'étude, sont présentés en annexes du rapport. Parallèlement aux informations d'ordre général sur la réduction de la pauvreté et les prestations de services, le rapport fournit les informations suivantes sur le secteur de la santé :

L'annexe 7 analyse la coopération des responsables du secteur public de la santé d'un district de la province de Siem Reap, au Cambodge, avec le personnel de Médecins sans Frontières (MSF) dans le cadre de l'instauration d'un système de rémunération basé sur les performances couvrant non seulement les hôpitaux et les centres médicaux, mais également l'administration du district, et visant sciemment à « acheter » la coopération et la bonne volonté du personnel local.

L'annexe 8 décrit une approche du problème de pénurie d'informations administratives sur les soins effectués au sein du système de santé chinois. Si la situation en Chine semble a priori radicalement différente de celle de l'Afrique subsaharienne, les systèmes de santé des deux régions montrent pourtant un certain nombre de similitudes.

L'annexe 9 présente un projet financé par USAID, entrepris en Bolivie par Save the Children et l'Université Johns Hopkins pour promouvoir un partenariat efficace entre les prestataires et les communautés locales autour de la génération, l'analyse et l'utilisation d'information, en vue de l'instauration d'un système communautaire d'information sanitaire.

8.1.6 Réforme du secteur public : qu'est-ce qui fonctionne et pour quelles raisons ? Une évaluation de l'aide de la Banque mondiale par l'IEG

<http://go.worldbank.org/1C817NN930>

Dans un rapport publié en 2008, le Groupe indépendant d'évaluation (IEG) a examiné l'efficacité du soutien de la Banque mondiale aux réformes du secteur public entreprises entre 1999 et 2006 dans quatre grands domaines : gestion des finances publiques, administration et fonction publique, administration des recettes, lutte contre la corruption et transparence. L'efficacité et l'efficience du secteur public sont essentielles pour le développement économique, c'est pourquoi la Banque mondiale consacre près d'un sixième de son aide à ces réformes.

L'IEG fait ressortir que sur les quatre domaines de réforme ciblés, les réformes de la fonction publique sont celles qui ont le moins porté leurs fruits, moins de la moitié des pays emprunteurs ayant obtenu

des résultats probants. Les autres domaines ont connu plus de succès, malgré le manque d'efficacité manifeste des lois et commissions de lutte contre la corruption.

Les conclusions de l'IEG sur la fonction publique peuvent s'avérer très utiles pour le secteur de la santé. Les politiques visant à réduire la charge salariale de la fonction publique par des compressions et des ajustements des salaires ont échoué car, d'après l'évaluation, elles ne disposaient pas d'un réel soutien politique. La Banque mondiale a toutefois connu de bons résultats dans les réformes du personnel telles que le recrutement et l'avancement au mérite, destinées à améliorer les performances des employés et à limiter le népotisme. L'IEG recommande d'orienter davantage les SLP sur la fonction publique et l'administration.

8.1.7 USAID Anti-corruption Strategy

United States Agency for International Development (USAID). Janvier 2005. Washington, D.C.

http://www.usaid.gov/our_work/democracy_and_governance/publications/pdfs/ac_strategy_final.pdf

Ce document présente la stratégie déployée par le gouvernement des États-Unis pour réduire les opportunités et les motifs de corruption, objectifs essentiels de la politique étrangère américaine. La corruption sape la légitimité et l'efficacité des démocraties, fragilisant la cohésion sociale et la participation citoyenne à la vie économique et politique. Elle fausse l'affectation des ressources, au détriment des pauvres. La communauté internationale toute entière doit y remédier.

La nouvelle orientation stratégique anti-corruption de USAID se compose des quatre activités principales suivantes :

1. Faire face au double défi de la grande corruption et de la corruption administrative. Ces dernières années, USAID s'est principalement concentrée sur la corruption administrative (mineure) plutôt que sur la corruption en haut lieu ou à grande échelle. Si les efforts consacrés à la seule lutte contre la corruption administrative peuvent s'avérer fructueux, la grande corruption appelle quant à elle une solution plus globale et durable, et nécessite donc l'élaboration d'outils d'évaluation et de mesure.
2. Procéder à une allocation stratégique des ressources pour mieux lutter contre la corruption. USAID prévoit d'améliorer ses cadres et méthodologies d'évaluation pour mieux définir ses priorités et mieux cibler ses réponses en fonction de la nature, du lieu et de l'impact de la corruption. L'organisation cherchera également à établir des partenariats de manière à optimiser l'impact de ses investissements dans la lutte contre la corruption.
3. Intégrer des objectifs et des activités anti-corruption au travail des agences de développement. USAID intégrera ses objectifs anti-corruption aux missions et programmes de multiples secteurs, et non pas uniquement au secteur de la démocratie et de la gouvernance. Elle instaurera également des mécanismes transversaux entre équipes et institutions et des dispositifs de coordination des bailleurs pour favoriser la collaboration des acteurs.
4. Sensibiliser le public à la lutte contre la corruption. USAID consacrera davantage de ressources à l'évaluation des impacts des programmes anti-corruption, à l'étude des « meilleures pratiques » et à la promotion des synergies entre les programmes anti-corruption et ceux de soutien en faveur de l'égalité des sexes.

8.1.8 Pauvreté et santé

Lignes directrices et ouvrages de référence du CAD, OCDE/OMS, 2003

http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/924256236X_fre.pdf

Le document de référence du CAD, publié conjointement par l'OCDE et l'OMS, formule un ensemble de recommandations à l'intention de tous les agents des organismes d'aide, des décideurs et des planificateurs politiques des pays partenaires. Il vise à renforcer l'efficacité des activités de coopération pour le développement qui concourent à l'amélioration de la santé des plus démunis en tant que moyen de faire reculer la pauvreté, et à la réalisation des Objectifs du millénaire pour le

développement ayant trait à la santé. Le premier chapitre évalue l'importance qu'il y a à investir dans la santé pour faire reculer la pauvreté. Le second chapitre traite du soutien aux systèmes de santé favorables aux pauvres par le biais du renforcement des capacités du secteur public, du développement de services publics et privés efficaces et équitables, de la consolidation des partenariats public-privé et enfin, de systèmes de financement équitables. Le troisième chapitre passe en revue les principaux domaines d'intervention en dehors du secteur de la santé, comme par exemple l'éducation, la sécurité alimentaire, l'eau potable, les installations sanitaires et l'énergie. Le quatrième chapitre est consacré aux cadres stratégiques nationaux et à la valorisation des relations de long terme entre bailleurs et pays partenaires en vue de parvenir à de réelles améliorations sanitaires, à la fois durables et favorables aux pauvres. En conclusion, le rapport traite des problèmes de santé des plus pauvres dans le contexte de la mondialisation et, plus particulièrement, de la promotion du développement de biens publics mondiaux relatifs à la santé, et de l'influence croissante du commerce des biens et services et des accords commerciaux multilatéraux sur la santé des pauvres.

8.1.9 Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique

Sachs, J.D./Commission Macroéconomie et Santé, OMS, 2001

<http://whqlibdoc.who.int/HQ/2001/a74869.pdf>

Par ce rapport, l'OMS veut montrer que la communauté internationale a le pouvoir de sauver la vie de millions de personnes chaque année et de soutenir le développement des pays les plus pauvres, par le biais d'une augmentation massive des ressources consacrées par les pays en développement et les bailleurs au secteur de la santé et d'un investissement plus avisé de ces ressources. Le rapport présente la situation actuelle des secteurs de santé et des indicateurs sanitaires des pays en développement ainsi que les liens entre santé et développement. Il détaille également les dépenses actuelles des gouvernements et des bailleurs de fonds et propose un ensemble de recommandations d'ordre financier, structurel et organisationnel, destinées à améliorer les soins et les services médicaux dans les pays à faible et moyen revenu.

Le rapport fournit en outre le détail des fonds supplémentaires que les gouvernements et les bailleurs devront consacrer à la santé et explique l'impact de cette augmentation, stipule que les prestations locales de services devraient être développées en priorité et complétées par des programmes nationaux pour traiter les maladies les plus graves, et souligne que des investissements supplémentaires sont nécessaires en recherche, développement, surveillance et collecte de données concernant les maladies concentrées dans les pays pauvres.

Parallèlement à son plaidoyer en faveur d'une augmentation des dépenses, le rapport recommande : que chaque pays à faible et moyen revenu établisse une Commission nationale Macroéconomie et Santé temporaire, chargée de formuler un programme de long terme en vue de l'augmentation du nombre d'interventions de soins essentiels ; que la communauté internationale instaure un Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi qu'un Fonds mondial pour la recherche en santé ; et enfin, que l'industrie pharmaceutique internationale garantisse l'accès des pays à faible revenu aux médicaments essentiels en s'engageant à les leur fournir au prix le plus bas possible. L'annexe 1 inclut des informations relatives aux six groupes de travail, dont les rapports peuvent être consultés individuellement.

Le rapport du groupe de travail 3, « Mobilisation des ressources nationales pour la santé », est particulièrement intéressant, dans la mesure où il évalue les conséquences économiques des méthodes alternatives de mobilisation des ressources nationales pour les systèmes de santé. Il examine les meilleures possibilités de financement national des systèmes de santé, y compris par le biais de la réaffectation de budgets sectoriels et la revalorisation du rôle du secteur non gouvernemental.

8.1.10 Sector-wide approaches for health development: a review of experience

Foster, Mick, Adrienne Brown et Tim Conway, OMS, Genève, juin 2000

http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.1.pdf

En 1999, le Groupe interinstitutions sur les approches sectorielles et la coopération au développement a commandé des études de cas dans cinq pays différents, en vue de faire le bilan du recours aux approches sectorielles à cette date. Ce rapport fournit une synthèse des conclusions des études de cas entreprises au Mozambique, en Ouganda, en Tanzanie, au Cambodge et au Vietnam, ainsi que d'une visite exploratoire en Ethiopie, chacun de ces pays étant impliqué à différents degrés dans une approche sectorielle du développement de la santé. Malgré les différences notoires d'engagement et de progression dans la mise en œuvre des approches sectorielles suivant les pays, le rapport tire une série de conclusions sur la valeur de ce type d'approche en tant que mécanisme de coordination de l'aide. En amont de ces conclusions, le rapport livre des informations détaillées sur le développement, le contenu, le financement et la mise en œuvre des programmes du secteur de la santé.

Publications récentes sur les approches sectorielles de la santé. Etudes de cas individuelles. Documents en format pdf, OMS, Genève, juin 2000.

- **Uganda case study** (A. Brown)
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.3.pdf
- **Mozambique case study** (A. Brown)
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.4.pdf
- **Tanzania case study** (A. Brown)
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.6.pdf
- **Viet Nam case study** (T. Conway)
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.5.pdf
- **Cambodia case study** (T. Conway)
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_GPE_00.2.pdf

8.1.11 Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide

Gottret, P. et Schieber, G. Banque mondiale, 2006

<http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>

Ce guide se penche sur les changements les plus marquants des 10 dernières années en matière de santé mondiale et de politiques de financement. Du fait de la place centrale qu'occupe à présent la lutte contre la pauvreté dans le monde, des nouvelles menaces sanitaires mondiales telles que le sida/VIH, le SARS et la grippe aviaire, et de l'adoption des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), les politiques de santé sont aujourd'hui au cœur des questions de développement, de sécurité nationale et d'aide humanitaire pour la communauté internationale toute entière. L'aide au développement s'est donc accrue, dont une bonne partie a été affectée au secteur de la santé. Ce rapport évalue les politiques de financement de la santé selon leur capacité à améliorer la santé publique, à fournir une protection financière et à garantir la satisfaction du consommateur de manière équitable, efficiente et financièrement durable. Ce guide fournit aux décideurs politiques nationaux et internationaux une vue d'ensemble des politiques de financement de la santé dans les pays en développement, et à ce titre, il a vocation à devenir un outil de référence dans un domaine complexe.

8.2 La corruption dans le secteur de la santé

8.2.1 Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions

Vian, Taryn (2008) "Review of Corruption in the Health Sector: theory, methods and interventions"
Health Policy and Planning 23

<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/23/2/83>

Cet article, rédigé par Taryn Vian, effectue un tour d'horizon des dernières publications sur la corruption et la santé, et propose également des explications et des définitions des différentes

typologies de corruption dans le secteur de la santé, un cadre théorique expliquant le phénomène et des suggestions pour mieux intégrer ce cadre à la préparation des interventions.

Trois raisons principales peuvent pousser les fonctionnaires à commettre des actes de corruption : premièrement, la précarité des conditions de vie, l'insuffisance des salaires ou encore d'autres raisons similaires peuvent exercer une certaine pression sur les fonctionnaires, qui cèderont donc à la corruption ; deuxièmement, une certaine acceptation générale de la corruption peut émerger ou exister déjà, qui peut contribuer à créer un environnement dans lequel la corruption semblerait justifiée ; et, troisièmement, l'opportunité de commettre de tels actes peut s'offrir à eux, du fait, par exemple, du monopole des services de santé publics dans la plupart des pays en développement. L'absence de concurrence investit les acteurs du secteur de la santé d'un pouvoir discrétionnaire total quant au choix des personnes prises en charge, des méthodes de traitement et des soins prescrits, limitant de fait les options des patients.

Le message qui sous-tend cet article est que, pour être efficaces, les interventions doivent nécessairement reposer à la fois sur la théorie et sur les recherches empiriques actuelles. L'auteure fournit par ailleurs des exemples concrets de conception de telles interventions.

8.2.2 Corruption and the Provision of Health Care and Education Services

Sanjeev Gupta, Hamid Davoodi et Erwin Tiongson, Document de travail du FMI, 2000

<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp00116.pdf>

L'article reprend les modèles théoriques de référence et rend compte de la perception qu'ont les usagers de la corruption dans la prestation des services sociaux. Des rapports s'appuyant sur des études des prestations de services publics ont confirmé l'omniprésence de la corruption dans les services de santé et d'éducation. L'auteur expose clairement que la baisse de la corruption a, à tous points de vue, des effets positifs comme la baisse de la mortalité infantile et juvénile, du pourcentage de bébés ayant un poids insuffisant à la naissance et du taux d'abandon de l'école primaire.

L'objectif de cette étude est de déterminer s'il existe un lien entre la corruption et la qualité des prestations de services sociaux. L'auteur s'intéresse cependant peu aux causes de tels liens et aux méthodes de lutte contre la corruption. Les implications politiques suggérées semblent assez conventionnelles et hors contexte.

8.2.3 Transparency and Corruption in the Health Sector: A Conceptual Framework and Ideas for Action in Latin America and the Caribbean

Savedoff, William D. (2007) "Transparency and corruption in the health sector: A conceptual framework and Ideas for Action in Latin America and the Caribbean" *Health Technical note 03/2007*. Département Développement durable, Division des Programmes sociaux, Banque interaméricaine de développement.

<http://www.iadb.org/sds/doc/CorruptionHealthFrameworkSavedoff.pdf>

Pourquoi est-il important d'éradiquer la corruption dans le secteur de la santé :

- Elle limite les ressources disponibles pour le système de santé
- Elle réduit l'efficacité des services de santé
- Elle a un impact important sur la santé publique
- Elle érode la confiance de la population dans les institutions publiques

Objectif : étudier les solutions de lutte contre la corruption dans les systèmes de santé d'Amérique latine et des Caraïbes

8.2.4 Corruption and the Health sector

Taryn Vian, USAID/MSI, 2002

http://www.usaid.gov/our_work/democracy_and_governance/publications/ac/sector/health.doc

Dans ce numéro de *Sectoral Perspectives on Corruption* préparé par MSI et financé par USAID, Taryn Vian décrit les principaux points vulnérables à la corruption au sein du secteur de la santé et identifie différents outils et approches de prévention du fléau. Si l'on sait qu'aucun pays n'est épargné par la corruption, ce document se concentre cependant sur les économies en développement et en transition, qui manquent cruellement de ressources publiques et dont la faiblesse des systèmes paralyse la croissance et le développement. Deux domaines font l'objet d'une analyse plus approfondie : l'approvisionnement en médicaments et matériel médical et les activités économiques informelles des prestataires de services médicaux. Tous deux à l'origine de pertes financières considérables, ils ont en plus des répercussions directes sur la santé, car ils limitent la qualité des soins et réduisent l'accès aux services médicaux, en particulier pour les populations pauvres.

Après une analyse détaillée des typologies de corruption dans le secteur de la santé, l'auteure aborde la question de l'achat et de la gestion des médicaments, matériels et fournitures, et traite notamment de la procédure de sélection et des phases de promotion et de distribution. Elle s'intéresse ensuite aux activités économiques informelles du personnel de santé et aux réformes de santé liées aux fonds internationaux avant que les stratégies pour la santé n'aient été intégrées aux activités anti-corruption générales au niveau national. Soulignant qu'il est important d'aborder le problème de la corruption dans le secteur de la santé sous l'angle d'une stratégie anti-corruption multisectorielle plus large, le texte insiste sur la nécessité de susciter des engagements contre la corruption en démontrant comment la réduction de la corruption peut induire une meilleure santé publique, améliorer la qualité des soins et permettre un meilleur accès aux services médicaux. Pour conclure, le document propose des pistes de recherches pour ceux qui veulent aller plus loin ainsi qu'une bibliographie très complète. Depuis, ce rapport a été publié dans Bertram I spector, ed. *Fighting Corruption in Developing Countries* (Bloomfield, CT: Kumarian Press Inc., 2005).

8.2.5 Corruption and the Delivery of Health and Education Services

Azfar, Omar, USAID/MSI, 2002

http://www.usaid.gov/our_work/democracy_and_governance/publications/ac/sector/IRIS.doc (en

Dans cet autre numéro de *Sectoral Perspectives on Corruption* préparé par MSI et financé par USAID, Omar Azfar commence par faire un tour d'horizon des publications traitant des effets de la corruption sur la santé et l'éducation. En se basant sur les données d'une étude effectuée aux Philippines, il cite un effet très clair de la corruption sur les connaissances qu'ont les médecins des immunisations requises, même après correction de variables telles que le niveau des revenus, l'exposition aux médias, les retards dans les paiements des salaires et l'approvisionnement en médicaments. La corruption fait baisser la satisfaction des patients et accroît les heures d'attente, mais l'impact est statistiquement mineur. L'auteur aborde la nature de la corruption dans le secteur de la santé en terme de relations : patient-médecin, payeur-hôpital, hôpital-fournisseur et au sein du ministère de la Santé ou de tout établissement particulier. Il passe ensuite en revue les causes de la corruption, les données empiriques récentes et les recherches en cours (c'est-à-dire les études de traçabilité des dépenses publiques et les études quantitatives sur les prestations de services). A l'instar du document de Vian, ce rapport a depuis été publié dans Bertram I spector, ed. *Fighting Corruption in Developing Countries* (Bloomfield, CT: Kumarian Press Inc., 2005).

8.2.6 Diagnosis Corruption

Di Tella, Rafael et William D. Savedoff, 2001, Source : Livre (seules certaines parties sélectionnées sont disponibles en ligne)

<http://www.iadb.org/publications/book.cfm?id=419382&lang=en>

Les ouvrages sur la corruption, du moins ceux qui sont publiés en Amérique latine, abordent rarement la question des soins médicaux. Les dépenses de santé représentent plus de 7 % du PIB latino-américain, sur lesquels 3,5 % sont dépensés par le secteur public à lui seul. Plus des deux tiers des dépenses publiques sont consacrés à la construction, à l'entretien et à l'exploitation des hôpitaux

publics ainsi qu'à la prestation des services médicaux. Le terrain propice à la corruption est donc vaste.

Cet ouvrage, qui se base sur plusieurs études menées dans les hôpitaux publics, aborde différents sujets. En premier lieu, il démontre qu'il est possible de recueillir, d'analyser et d'utiliser des données objectives sur la corruption pour enrayer le phénomène. Ensuite, il évalue et décrit les abus détectés dans les hôpitaux d'Amérique latine, qui épuisent les ressources publiques et compromettent les capacités du système de santé à servir la population. Enfin, il identifie comment incitations, redevabilité et transparence pourraient être utilisées en vue de réduire l'étendue et les coûts de la corruption.

Les éditeurs soulignent le fait que cette étude ne soit qu'une première étape dans l'analyse d'un phénomène à la fois très complexe et occulte. Les études de cas contenues dans cet ouvrage ayant été conçues pour cibler la fraude et les malversations au sein des hôpitaux, elles excluent la plupart des aspects de la corruption ayant lieu dans les ministères et instituts chargés de construire, entretenir et exploiter les hôpitaux. Passant en revue les cas de pots-de-vin, de vols, d'absentéisme et de surfacturation des fournitures dans les hôpitaux publics de plusieurs pays, les auteurs démontrent qu'il est possible non seulement de mesurer la corruption par de nouvelles méthodes, mais également d'identifier les facteurs systémiques favorisant ou décourageant les actes malhonnêtes dans le secteur de la santé. Les études de cas présentées constitueront pour les dirigeants, les chercheurs et les administrateurs de services publics des outils précieux pour lutter contre la corruption, renforcer la démocratie et regagner la confiance du public.

8.2.7 The characteristics of corruption in different health systems

Savedoff, William D., OMS, 2003 (avant-projet – non disponible en ligne)

Ce document part du principe que la lutte contre la corruption nécessite une bonne compréhension des différentes formes d'abus, et que la corruption dans les soins médicaux n'est pas l'exclusivité d'un seul type de système de santé. Les auteurs commencent par proposer une définition de la corruption et de la fraude et examinent leurs différentes manifestations dans les systèmes de santé. Ils analysent ensuite comment les différentes structures de systèmes de santé mènent à différents types d'abus, et passent en revue les manifestations visibles de la corruption et de la fraude selon les typologies, leur étendue et leurs effets. Ils concluent en présentant certains des mécanismes et des politiques les plus prometteurs dans la lutte contre ce phénomène. Bien que cet ouvrage ne se limite pas aux économies en développement ou en transition, il reflète le fait que la plupart des témoignages disponibles sur la question concernent ces pays.

8.2.8 Rapport mondial sur la corruption : corruption et santé

Transparency International

<http://www.globalcorruptionreport.org/index.html>

Le Rapport mondial sur la corruption, publication annuelle de Transparency International, s'est penché en 2006 sur la corruption dans le secteur de la santé. Au fil des chapitres, il aborde les risques de corruption suivant le système de santé et la structure de gouvernance ; l'étendue du problème, tant dans les pays développés qu'en développement ; les coûts et les conséquences de la corruption dans le secteur de la santé, y compris dans les hôpitaux et les systèmes d'approvisionnement en médicaments ; les paiements informels ; et enfin, la corruption dans les programmes de lutte contre le sida/VIH.

8.2.9 Accountability and Health Systems: overview, framework and strategies – Health systems called to account: a framework and guidelines for exploring accountability issues in the health sector

Brinkerhoff, D. (2003) "Partners for Health reform plus" *PHRplus*

http://www.phrplus.org/Pubs/Tech018_fin.pdf

Les systèmes de santé prévoient tous des dispositifs de différents types pour contraindre les acteurs à rendre des comptes, avec plus ou moins de succès. Bien souvent, la perception de failles ou de lacunes dans ces systèmes finit par être le moteur de nouvelles réformes. Ce rapport constitue un cadre et un guide utile en vue du renforcement de la redevabilité dans les services publics.

L'auteur aborde les points suivants : définition et clarification de la redevabilité, cadre analytique pour la redevabilité dans les systèmes de prestations de services de santé, rôle des acteurs du secteur de la santé dans la redevabilité et enfin, stratégies d'amélioration de la redevabilité. Il décrit ensuite trois stratégies visant à renforcer la redevabilité : réduire les abus, veiller à la bonne application des procédures et des normes et améliorer les performances / l'apprentissage.

Adopter une démarche privilégiant la redevabilité peut contribuer à générer une perspective plus large de la réforme du secteur de la santé et à identifier d'éventuels liens entre les initiatives individuelles visant à améliorer le système – cela favoriserait donc les synergies, optimiserait les performances du système et contribuerait à sa durabilité.

8.2.10 Accountability, Transparency and Corruption in Decentralized Governance

Banque mondiale, 2006

<http://www1.worldbank.org/publicsector/decentralization/admin.htm#4>

Ce bref article décrit comment la participation citoyenne et la redevabilité des dirigeants peuvent renforcer la gouvernance décentralisée. La participation citoyenne permet au public d'intervenir dans l'orientation et le contenu des services publics, tandis que la redevabilité offre une « validation de participation », du fait que les dirigeants soient tenus de rendre des comptes de leurs actions.

Le document traite de deux types différents de redevabilité : celle des employés de la fonction publique vis-à-vis des élus et celle des élus vis-à-vis des citoyens. Le premier des deux types est le plus problématique et difficile à obtenir, car les employés de la fonction publique ont des motifs de vouloir échapper aux contrôles des élus et de garder des liens avec « leur » ministère. Le texte analyse plus en détail le deuxième type de redevabilité, et passe notamment en revue les questions des élections (présentées comme un instrument dépassé), les activités des partis politiques et des ONG, les stratégies d'information (médias locaux et meetings publics y compris), et les procédures formelles de réclamation.

L'article souligne que l'amélioration de la transparence ne permettra pas d'endiguer la corruption à court terme, mais contribuera à sensibiliser davantage les citoyens au fléau. Au-delà de la transparence, la lutte contre la corruption exigera également l'instauration de mécanismes de redevabilité.

8.2.11 Service accountability and community participation in the context of health sector reforms in Asia: Implication for sexual and reproductive health services

Ranjani K. Murthy et Barbara Klugman, 2004, *Health Policy and Planning*; 19 (Suppl.1) (Achat en ligne uniquement!)

La participation communautaire a souvent été préconisée comme stratégie pour mieux amener le gouvernement à rendre des comptes sur les prestations de services publics. Mais fonctionne-t-elle ? Dans cet article, les auteurs présentent 18 initiatives de réforme du secteur de la santé entreprises en Asie, et s'intéressent au lien existant entre la participation communautaire et la redevabilité. Ils en concluent que, du fait du manque de capacités des communautés, la participation communautaire n'est généralement pas vecteur de redevabilité, et recommandent de donner plus de poids aux représentants de la société civile en tant que parties prenantes.

Parmi les stratégies les plus fréquemment déployées pour amener le gouvernement à rendre des comptes, le texte cite notamment le durcissement de la concurrence du secteur privé, la décentralisation et le financement communautaire. La première stratégie se base sur la multiplication des options offertes aux citoyens, alors que la seconde et la troisième donnent davantage de poids à ces

derniers dans les prises de décisions : elles contraignent ceux qui détiennent le pouvoir à se montrer responsables de leurs actes devant les citoyens. D'après les auteurs, cette dernière fonction est la plus importante, car elle permet aux citoyens de s'assurer que leur gouvernement explique ou justifie ses actions.

L'article analyse quatre types de participation communautaire à la gestion de programmes, parmi lesquels la planification des opérations, le contrôle des prestations de services médicaux, la gestion des infrastructures, la collecte et la gestion des honoraires médicaux. Il explique comment chacune de ces approches peut contribuer à davantage de redevabilité des responsables et des travailleurs du secteur de la santé. Les auteurs suggèrent également différentes méthodes qu'un gouvernement central peut employer pour contraindre les services décentralisés à rendre des comptes sur la mise en œuvre des politiques nationales. Ils évoquent par ailleurs la formalisation de « contrats de participation » entre la société civile et le gouvernement, ainsi que le renforcement des capacités de leadership des parties prenantes de la société civile et la formation au plaidoyer, comme moyens de responsabiliser les acteurs de leurs actions.

8.2.12 Public Management and the Essential Health Functions

Das Gupta, M, Khaleghian, P. (2004) Document de travail 3220 de la Banque mondiale

http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/TW3P/IB/2004/04/21/000009486_20040421095725/Rendered/PDF/wps3220Publicmgt.pdf

Ce document décrit les liens entre plusieurs initiatives d'amélioration de la gestion du secteur public et les fonctions essentielles de la santé publique que sont par exemple la surveillance de la santé publique, l'éducation et la prévention sanitaires, la supervision et l'évaluation de l'état de santé, le développement des ressources humaines, la mise en application des lois et règlements en matière de santé publique, la recherche en santé publique et l'élaboration de politiques sanitaires (IOM 1987 ; PAHO 2002). Le document vise à la fois à synthétiser les thématiques clés du domaine de la gestion publique abordées dans les ouvrages les plus pertinents et à tirer des leçons des fonctions essentielles de la santé publique. La première partie résume les approches pour une « nouvelle gestion publique » ; la seconde partie passe en revue les approches traditionnelles de la gestion publique et leur adéquation vis-à-vis des fonctions essentielles de la santé ; la troisième partie résume les leçons tirées de ces expériences.

8.2.13 Governance and Corruption in Public Health Care Systems

Maureen Lewis, Centre for Global Development, 2006

<http://www.cgdev.org/content/publications/detail/5967%20>

Cet excellent document de travail se base sur des exemples réels pour décrire les principaux obstacles à la prestation efficace de services de santé dans les pays en développement, comme l'absentéisme, la corruption, les paiements informels et la mauvaise gestion. L'auteure conclut que la bonne gouvernance est indispensable pour assurer des services de santé de qualité et que les retours sur investissements dans la santé sont faibles lorsque les problèmes de gouvernance subsistent. Enfin, elle propose différentes mesures politiques visant à promouvoir une meilleure gouvernance.

8.3 Publications des Conférences internationales contre la corruption (IACC) consacrées au secteur de la santé

8.3.1 Global Integrity: 2000 and Beyond - Developing Anti-Corruption Strategies in a Changing World - 9^{ème} IACC - Durban, 1999

www.9iacc.org

8.3.1.1 De l'atelier intitulé « Sectoral Initiatives in Health » :

Accountability in Health Services (Anderson, N.)

http://www.9iacc.org/papers/day4/ws7/d4ws7_nanderson.html

Ce document présente les principales conclusions des « audits sociaux » entrepris en 1998 par le CIET au Bangladesh, Nicaragua, Pakistan, Afrique du Sud et Ouganda. Les audits sociaux du CIET permettent de collecter des données sur l'opinion des ménages, des communautés et des employés de la fonction publique locale sur la qualité des services publics. Ils mettent en avant les failles du système et proposent des solutions identifiées sur le terrain en vue de réformes régionales et nationales.

The Cost of Corruption in Health Institutions (Gadzekpo, A. / Lamensdorf Ofori-Atta, A.)

http://www.9iacc.org/papers/day4/ws7/d4ws7_gadzekpolamesdorf.html

Dans ce document, les auteurs étudient les effets de la corruption sur la prestation de services de santé au Ghana. Sur la base d'entretiens menés personnellement, ils démontrent comment, dans les hôpitaux publics, la corruption est chose commune dans l'adjudication de contrats, l'achat de fournitures et de nourriture, ainsi que la mauvaise gestion et le gâchis de ces mêmes acquisitions. Cette corruption a un coût, tant financier qu'humain. Parmi les principaux facteurs explicatifs de la corruption rampante, les auteurs citent une certaine complaisance des patients ; l'insuffisance des salaires des professionnels de santé ; et la faiblesse des institutions de contrôle. La planification centralisée, les pratiques désastreuses de gestion des hôpitaux et la séparation interne des pouvoirs s'ajoutent bien souvent au problème.

Corruption in the Health Sector (Mwaffisi, M. J.)

http://www.9iacc.org/papers/day4/ws7/d4ws7_mjmwaffisi.html

Ce document présente une analyse des effets de la corruption sur le secteur de la santé en Tanzanie. Ce secteur est à la fois touché par la petite et la grande corruption, et les populations pauvres sont les premières victimes de la hausse des coûts et de la baisse de la qualité des services qui en résultent. L'auteur identifie les causes de corruption suivantes dans le secteur de la santé : pénuries chroniques ; bureaucratie excessive ; salaires insuffisants ; gestion et supervision déplorables ; manque d'information des clients. Les effets en sont considérables. Il en résulte, par exemple, un fort mécontentement du public et une perte de crédibilité des professions de santé. D'après l'auteur, les mesures les plus urgentes à prendre sont, entre autres, l'amélioration de la diffusion d'informations aux patients, la reformulation de la réglementation interne et externe, la revalorisation du budget consacré à la santé et le durcissement des sanctions en cas de délit de corruption.

8.3.1.2 De l'atelier intitulé « Public Sector Financial Transparency and Accountability: The Emerging Global Architecture », et des études de cas présentées :

http://www.9iacc.org/papers/day4/ws2/d4ws2_summary.html

Fiscal transparency and participation in the Budget process. South Africa: A country report, executive summary (Folscher, A.)

http://www.9iacc.org/papers/day4/ws2/d4ws2_afolscherssummary.html

Ce rapport sur la transparence et la participation à la procédure budgétaire en Afrique du Sud est le fruit de la collaboration du Service d'information budgétaire de l'*Institute for Democracy*, en Afrique du Sud, et du Projet budgétaire international du *Centre for Budget and Policy Priorities*, à Washington. Les chercheurs trouveront sûrement dans ce document des informations pertinentes pour évaluer l'utilité du Code de Transparence budgétaire du FMI et d'autres principes de transparence et de participation au regard de la révision de la procédure budgétaire de leur pays. L'auteur s'inspire en effet du Code de transparence budgétaire du FMI, le remanie et le complète, mettant en valeur les mesures nécessaires pour faciliter une participation efficace du pouvoir législatif et de la société civile. Il décrit en détail le besoin : a) d'un cadre juridique en matière de Transparence budgétaire ; b) de clarté des rôles et des responsabilités dans la pratique ; c) de diffusion publique des informations ; d) de contrôles mutuels indépendants en matière de budget ; e) d'informations sur l'exécution budgétaire.

Il retrace par ailleurs l'exacte procédure décisionnelle en matière de budget, et propose un résumé du rapport complet.

8.3.2 Together Against Corruption: Designing Strategies, Assessing Impact, Reforming Corrupt Institutions – 10^{ème} IACC - Prague, 2001

Cultural Support for Unethical Practices: The Case of a Hospital in Kyrgyzstan (Tasirdinov, T.)
<http://www.10iacc.org/content.phtml?documents=300&art=45&c=taalai>

Corruption in an ignored sector: assessing the level of impact of bribery on patients' access to health care and suggesting possible solutions to the problem (Danilovik, I.)
<http://www.10iacc.org/content.phtml?documents=300&art=49&c=access%2Bto%2Bhealth%2Bcare>

Under-the-table Payments for Health Services (Dr. Te Kuy Seang)
<http://www.10iacc.org/content.phtml?documents=114&art=113&c=kuy>

Conflict of Interest as an ethical problem in Health Research in developing countries (Wikler, D.)
<http://www.10iacc.org/content.phtml?documents=114&art=116&c=wikler>

New Ways of Corruption and the Colombian Health System Reform (Londono Soto, B.)
<http://www.10iacc.org/content.phtml?documents=114&art=114&c=beatriz>

Some Elements of Corruption in Transition Period in Moldova (Stempovscaia, E.)
<http://www.10iacc.org/content.phtml?documents=114&art=112&c=Stempovscaia>

8.3.3 Different Cultures, Common Values - 11^{ème} IACC – Séoul, 2003

<http://www.11iacc.org/>

8.3.3.1 De l'atelier intitulé « Curbing Corruption: Healthcare and Pharmaceuticals » :

Development Of The Pharmaceutical Industry: How, Why, and When Corruption Came In (Dukes, G.)
http://www.11iacc.org/download/paper/WS_9.4_Dukes_Final_Paper.doc

Increasing Transparency in Pharmaceutical Systems: strengthening critical decisions points against corruption (Cercone, J.)
http://www.11iacc.org/download/ws_papers_extra/WS%209.4_P1_Cercone.pdf

8.4 Réformes salariales, salaires et paiements informels

8.4.1 Quand les employés sont sous-payés : faire face aux stratégies individuelles d'adaptation développées par le personnel de santé

Van Lerberghe, W., Conceicao, C., Van Damme, W., Ferrinho P., Bulletin de l'OMS, 2002
[http://www.who.int/bulletin/archives/en/80\(7\)581.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/en/80(7)581.pdf)

Dans les pays en développement comme dans les pays développés, le personnel du secteur de la santé répondent à l'insuffisance des salaires et des conditions de travail en développant diverses stratégies individuelles d'adaptation dont certaines, mais pas toutes, s'exercent au préjudice du secteur public. L'article fait le point des connaissances concernant ces pratiques et leurs conséquences potentielles (« détournement » du temps de travail, fuite des cerveaux et conflits d'intérêts). Dans l'ensemble, les pouvoirs publics ont rarement pris les devants pour faire face à de tels problèmes, surtout par réticence à aborder ouvertement la question.

L'efficacité de nombre de ces réactions ponctuelles, notamment de tentatives visant à interdire au personnel de développer des stratégies individuelles d'adaptation, s'est révélée décevante. L'article souligne la nécessité d'une approche plus préventive. Les pouvoirs publics devront reconnaître l'ampleur du phénomène et évaluer systématiquement les conséquences des politiques sur la situation et sur le comportement des membres de leur personnel.

8.4.2 Political and Economic Incentives During an Anti-corruption Crackdown

Rafael Di Tella et Ernesto Schargrotsky, 2002

<http://profesores.utdt.edu/~eschargr/Political%20and%20Economic%20Incentives.PDF>

Ce rapport analyse les motivations des employés responsables des achats et des bureaucrates du gouvernement ayant fait l'objet d'une campagne de lutte contre la corruption menée dans les hôpitaux publics de Buenos Aires. Dans le cadre de cette campagne, le gouvernement prévoyait notamment une augmentation des salaires des responsables des achats ainsi que des contrôles de niveau intermédiaire visant à veiller à la bonne application des politiques. Ces procédures de contrôle incluait, entre autres, un système obligatoire de publication des tarifs des achats effectués. L'étude examine les motivations économiques des responsables des achats et leur évolution sous l'effet du programme anti-corruption. Elle évalue également les motivations politiques des employés du gouvernement à mettre le système en œuvre.

Les contrôles effectués dans les hôpitaux ont porté leurs fruits et, pendant la phase préliminaire de la campagne, les hausses de salaires se sont accompagnées d'une baisse des prix des acquisitions, qui s'est cependant modérée au cours de la première phase de la campagne, lorsque l'intensité des contrôles était supposée être maximale. La mesure continua toutefois de porter effet et ce, jusqu'à la phase finale de la campagne, lorsque l'on pouvait s'attendre à une baisse d'intensité des contrôles. L'élasticité des prix des acquisitions aux salaires fut évaluée à 0,20. Etant donné le volume des achats effectués par les hôpitaux ciblés par la campagne, les estimations des auteurs laissent penser qu'il serait rentable d'appliquer des politiques salariales de lutte contre la corruption.

Contrastant avec les recherches antérieures, les conclusions de cette étude suggèrent que le degré d'intensité des contrôles est un facteur déterminant pour l'efficacité des politiques salariales anti-corruption. Cibler uniquement une hausse des salaires pourrait s'avérer stérile ; pour être efficace, une telle mesure doit être accompagnée de contrôles. D'un autre côté, choisir d'appliquer uniquement des mesures de contrôle est probablement difficile sur le long terme.

8.4.3 Informal economic activities of public health workers in Uganda: implication for quality and accessibility of care

McPake, B., Asimwe, D., Mwesigye, F., Ofumbi, M., Ortemblad, L., Streefland, P & Turinde, (1999) *Journal of Social science and Medicine*, 49

[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00144-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00144-6)

Cet article rend compte des conclusions d'une étude effectuée en Ouganda sur les activités économiques « informelles » des employés du secteur de la santé, définies comme étant les activités rapportant un revenu mais ne s'inscrivant pas dans le cadre d'emplois ou de revenus officiels. L'étude, entreprise dans 10 sections d'hôpitaux de différentes tailles, s'est appuyée sur toute une gamme de méthodes qualitatives et quantitatives. L'article traite exclusivement des activités menées au sein des établissements publics et ayant des répercussions directes sur la qualité et l'accessibilité des soins médicaux. Parmi les principales stratégies observées, le document cite par exemple le détournement des approvisionnements en médicaments, l'extorsion d'honoraires informels aux patients ou encore, la mauvaise gestion des revenus des honoraires officiels réglés par les patients. Rarement les services médicaux prescrivent et délivrent les médicaments qui leur sont fournis. La plupart des travailleurs de la santé en ayant l'occasion prélèvent des frais informels sur les soins. Les services collectant des frais formels montrent des niveaux élevés de déperditions, tant au point de collecte que plus haut dans la hiérarchie.

Les auteurs évaluent ensuite les répercussions de ces activités sur la qualité et l'accessibilité des services dans les établissements médicaux publics. Ils constatent entre autres que l'utilisation des services de santé des plus petites unités rurales est inférieure aux prévisions, et que la quantité de travail que cela représente est assurée par les quelques membres du personnel disponibles durant une partie de la semaine de travail. En raison des déperditions, et alors que les patients sont donc peu nombreux, dans la plupart des établissements les stocks de médicaments disponibles ne couvrent pas la moitié des besoins. Les résultats montrent par ailleurs que la motivation du personnel est très aléatoire et que seuls quelques services affichent de meilleures performances quand la motivation des employés progresse.

Les paiements informels semblent induire de meilleures performances en matière d'heures travaillées et de taux d'utilisation des services de santé. Les déperditions de médicaments semblent occasionner une dégradation des performances dans ces deux domaines et, bien entendu, dans la disponibilité des médicaments. A court terme, les stratégies destinées à améliorer ces performances pourraient se concentrer sur les stratégies extérieures (facilitées par les déperditions de fonds) plutôt que sur les stratégies internes aux services de santé (telles que les paiements informels). Sur le long terme, seule une réévaluation des financements accordés au secteur sera susceptible d'amener des changements importants. La mesure sera toutefois insuffisante si elle ne s'accompagne pas d'autres initiatives. Les stratégies d'investissement, soutenues par des politiques adéquates, doivent se baser sur une solide compréhension et un contrôle efficace de la dimension « informelle » des activités du secteur de la santé.

8.4.4 Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy

Ferrinho, P., Omar, M. C., de Jesus Fernandes, M., Blaise, P., Bugalho, A. M., et Van Lerberghe, W., (2004) *Human Resources for Health*, 2(4)
<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/4>

Dans certains pays, les stratégies d'adaptation sont devenues tellement courantes que la notion même de valeurs du service public a complètement – et sans doute irréversiblement – disparu. Ce document, qui se base sur un questionnaire adressé à un panel de travailleurs du secteur de la santé du Mozambique et du Cap Vert, décrit l'importance et la nature des vols de médicaments perpétrés par le personnel de santé. L'opinion des professionnels interrogés permet ainsi de dégager des pistes de solutions pour lutter contre les problèmes évoqués. L'étude confirme que l'accès frauduleux aux produits pharmaceutiques est devenu un élément clé des stratégies d'adaptation développées par le personnel de santé en proie à des conditions de vie difficiles.

Les différents groupes professionnels emploient des méthodes variées pour profiter de leur accès privilégié aux médicaments. Les médecins sont cependant ceux qui diversifient le plus leurs techniques. L'étude identifie les raisons avancées par les employés pour justifier leurs actes, présente leur perception du problème et analyse les méthodes potentielles pour le résoudre.

Les conclusions de l'étude reflètent, d'après le propre point de vue des professionnels de santé, le conflit entre leur perception du métier d'honnête fonctionnaire soucieux de réaliser un travail décent et la réalité brute de leur vie, qui les pousse à trahir cette image. La gêne manifeste qui en découle est une observation importante en soi. L'étude suggère en effet que, même dans les circonstances difficiles observées dans nombre de pays, les comportements déviant de la déontologie traditionnelle des services publics ne sont pas intériorisés comme étant la norme. Cette ambiguïté indique que des interventions visant à atténuer l'érosion des codes de bonne conduite seraient les bienvenues. Les gouvernements doivent agir maintenant, avant que les stratégies d'adaptation individuelles de petite envergure n'évoluent en crime organisé à grande échelle.

8.4.5 Official, unofficial and informal fees for health care, first check the wallet: what price official and under the counter payments in health systems?

Killingsworth, J .R., (Note préparatoire n°13 à la Troisième rencontre du groupe technique consultatif sur le développement du secteur de la santé, OMS, 2002)

<http://www.eldis.org/healthsystems/pdfs/corruption1.pdf>

Un patient ne fait aucune différence entre les multiples frais médicaux qu'il doit régler. Est-il vraiment nécessaire de traiter les honoraires « extérieurs » au système de santé – les honoraires officieux et informels – comme intrinsèquement différents des honoraires officiels ? Contribuent-ils à maintenir des systèmes de santé en manque de ressources ou entravent-ils la réalisation des objectifs de développement sanitaire ? Ce document préparatoire de l'OMS analyse l'impact des frais médicaux officiels, officieux et informels à travers des études de cas menées en ex-Union soviétique, en Chine et au Bangladesh. L'auteur rejette l'idée qu'il faille restreindre les paiements informels et officieux sous prétexte qu'ils génèrent une certaine irrationalité au sein du système de santé, et dénonce cette approche comme étant trop simpliste. Au fil du document, il passe en revue les études de cas menées sur les honoraires officieux au Bangladesh, les honoraires informels en Asie centrale, Europe de l'Est et ex-Union soviétique et les paiements traditionnels « de remerciement » versés au personnel médical en Chine. Il dresse ensuite une série de conclusions à partir de l'analyse de ces études de cas.

8.4.6 When is "free" not so free? Informal payments for Basic Health Services in Bolivia

Sarbani, C., Gatti, R., Klugman, J., Gray-Molina, G., Banque mondiale, 2002, avant-projet
<http://www1.worldbank.org/wbiep/decentralization/laclib/Gatti.pdf>

Si le problème de la corruption a été largement traité dans les sphères économiques et politiques, peu d'études ont cependant été capables de quantifier le phénomène. Dans ce document, les auteurs s'intéressent au cas particulier des paiements informels effectués par les patients des établissements médicaux en Bolivie. A partir des données collectées auprès d'un panel de 106 municipalités et 2800 ménages, ils tentent de cerner les facteurs déterminants des paiements informels versés en échange de services médicaux censés être gratuits car couverts par le *Seguro Basico de Salud*, un programme national qui a permis d'accroître la couverture des services essentiels de santé.

Les caractéristiques du programme et ses liens étroits avec les grandes réformes de décentralisation entreprises au milieu des années 1990 sont particulièrement propices à l'analyse de l'efficacité des mécanismes de participation et de responsabilisation contre la corruption au niveau local. En outre, les auteurs ont pu quantifier les tendances de répartition des paiements informels.

Les résultats empiriques de cette étude n'aboutissent pas à la conclusion que le Seguro est un échec. Comme le démontrent les indicateurs nationaux de services médicaux et de santé publique, celui-ci a au contraire permis d'importants progrès en matière de santé maternelle et infantile. Il reste toutefois de nombreux obstacles qui entravent l'accès des patients aux services de santé, et l'étude démontre que les programmes « gratuits » ne donnent pas tous les résultats escomptés et que les mécanismes décentralisés destinés à favoriser la participation des citoyens n'ont pas permis de compenser l'usage répandu des paiements informels dont les plus pauvres sont victimes.

8.4.7 Who is paying for health care in Eastern Europe and central Asia?

Lewis Maureen, Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 2000:
[http://lnweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/Attachments/Who+is+Paying+for+Health+Care+in+Europe+and+Central+Asia/\\$File/Who+Is+Paying+text.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/Attachments/Who+is+Paying+for+Health+Care+in+Europe+and+Central+Asia/$File/Who+Is+Paying+text.pdf)

Dans le secteur de la santé, en Europe de l'Est et en Asie centrale, les paiements informels émergent comme un aspect fondamental du financement des soins médicaux, compromettant sérieusement la réforme des systèmes de santé. Dans ce document, l'auteure aborde les tenants politiques du problème des paiements informels dans le secteur de la santé, présente les données disponibles sur l'étendue et la nature du phénomène au sein des pays d'Europe et d'Asie centrale, et en examine les implications politiques. Elle suggère également des stratégies susceptibles de pallier le problème, comme l'instauration de politiques anti-corruption globales, la réduction des effectifs de la fonction publique, la diminution du nombre de services subventionnés par le gouvernement, l'incitation au partage des

coûts pour ceux qui le peuvent, l'amélioration de la redevabilité des responsables et l'encouragement des alternatives privées.

8.4.8 Armenian reproductive health system review: structure and system inefficiencies that hinder access to care for rural populations

Washington, DC: Emerging Markets Group, Ltd. pour USAID/Arménie. Numéro de contrat GHS-I-802-03-00031-00, mai 2005

<http://www.u4.no/themes/health/armenianreproductivehealth.pdf>

Dans ce rapport, Alisa Pereira, consultante auprès d'EMG, analyse les points vulnérables à la corruption dans le secteur de la santé arménien et leurs conséquences sur la santé publique. Par le biais de ce rapport, l'auteure se propose d'explorer les moyens qui permettront aux projets mis en œuvre par USAID dans le secteur de la santé de réellement contribuer à la responsabilisation et à la transparence et de faciliter les changements organisationnels nécessaires à la lutte contre la corruption.

Parmi les obstacles à la transparence des services et à la responsabilisation des acteurs, l'auteure identifie, entre autres, les paiements informels fréquemment exigés pour les actes médicaux (plus de 90 % des personnes interrogées lors d'une étude ont indiqué avoir effectué des paiements informels pour obtenir des soins médicaux), les renvois inutiles de patients vers des professionnels de santé, et les diagnostics et traitements irréguliers effectués par du personnel médical dans le seul but de gagner des revenus supplémentaires ou de recevoir des pots-de-vin. Ces différentes formes de corruption contraignent les patients à emprunter de l'argent ou à vendre leurs biens pour accéder aux soins médicaux. Nombreux sont ceux qui, n'ayant pas les moyens de payer les frais informels parallèles aux services de santé, renoncent donc à se faire soigner. La partialité et le manque d'honnêteté des consultations viennent en plus compromettre la qualité des soins effectués.

L'auteure présente son analyse en terme de « déclencheurs » de corruption, par lequel elle désigne notamment les mouvements opaques de fonds et le reporting trop vague des achats et des dépenses effectués dans le secteur de la santé, en raison desquels il est impossible de définir les fonds disponibles aux différents niveaux du système et de tenir une comptabilité précise de l'usage des ressources. Le rapport dénonce également le fait qu'en raison de l'inexactitude du reporting, les affectations de crédits aux différents secteurs et programmes sont parfois totalement inadaptées. Il expose en outre les failles et les procédures irrationnelles du système budgétaire national.

Concernant la mise en œuvre des politiques, les points vulnérables, ou « déclencheurs », regroupent par exemple l'application aléatoire des réglementations relatives aux soins médicaux, ou encore l'absence totale de préparation ou de contrôle dans la mise en œuvre de réformes telles que la privatisation ou la décentralisation des services de santé. Enfin, le document évoque la tolérance sociétale de la corruption et les facteurs socioculturels qui expliquent cette tolérance.

L'auteure émet différentes recommandations de réforme, comme par exemple l'amélioration du système de financement du secteur de la santé, le renforcement de la gestion et de la supervision (et des structures de contrôle interne), la sensibilisation des consommateurs aux problèmes de reporting et d'absence de redevabilité, et l'instauration d'un code de déontologie professionnelle pour le personnel de santé. En annexe, le lecteur pourra consulter le questionnaire utilisé dans le cadre de l'étude, qui constitue un outil intéressant d'évaluation pour la lutte contre la corruption.

8.4.9 Reports on informal payments in countries such as Russia, Kazakhstan, Poland, China, Hungary, and Bolivia

Site Internet de CORIS

<http://www.corisweb.org/article/articlestatic/351/1/306/>

8.5 Le recrutement, l'affectation, la formation éthique et les codes de déontologie du personnel

8.5.1 Ghost doctors: Absenteeism in Bangladeshi health facilities

Chaudhury, N., et Hammer, J., Banque mondiale, Document de travail 3065, Banque mondiale, 2003
<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206821/Chaudhury.pdf>

Dans ce rapport, Chaudhury et Hammer rendent compte d'une étude menée au Bangladesh, au cours de laquelle différents centres médicaux ont fait l'objet de visites surprise visant à déterminer la part des effectifs présents à leur poste. Cette étude constitue la première tentative de quantification du problème à l'échelle nationale.

Dans les centres médicaux ruraux du pays, le taux moyen de postes de professionnels de santé vacants s'élève à 26 %. Au niveau régional, ce taux a généralement tendance à augmenter dans les zones les plus pauvres. Le taux d'absentéisme des médecins, particulièrement élevé, atteint plus de 40 %. Considéré par taille d'établissement, le taux d'absentéisme des médecins est de 40 % dans les centres médicaux les plus importants, mais atteignent jusqu'à 74 % dans les petits dispensaires ne comptant qu'un seul docteur.

Si l'objectif premier de cette étude est de décrire l'étendue du problème parmi le personnel médical, les auteurs s'attachent cependant également à analyser les facteurs déterminants de l'absentéisme. Ils ont ainsi pu établir que la proximité du lieu de travail, l'accès par route et l'électrification en milieu rural constituaient des éléments décisifs au regard du taux d'absentéisme du personnel. Ce document s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par le Groupe de recherche en développement pour évaluer et améliorer la qualité des services proposés aux populations les plus pauvres.

8.5.2 To Serve the Community or Oneself: The Public Servant's Dilemma

Barr, A., Lindelöw, M., et Serneels, P., Banque mondiale, Document de travail n° 3187, 2004
http://econ.worldbank.org/files/32554_wps3187.pdf

Partout dans le monde en développement, les détournements de fonds entravent les prestations de services publics. Les recherches sur la question se heurtent à des problèmes de mesure, que les auteurs de ce rapport ont contournés en procédant à une expérience économique visant à définir les facteurs à l'origine des comportements malhonnêtes. Le document cible trois aspects comportementaux : (i) les détournements perpétrés par des agents de la fonction publique ; (ii) les activités de contrôle entreprises par les chargés de contrôle désignés ; et (iii) les votes des membres de la communauté lorsqu'ils sont appelés à choisir un chargé de contrôle. Pour cette étude, les participants mobilisés sont des étudiants infirmiers éthiopiens. Les auteurs analysent l'effet des salaires, « l'observabilité » des efforts, les règles régissant la tâche de contrôle, et les normes professionnelles. Ils en concluent que les prestataires de services disposant des salaires les plus élevés ont tendance à détourner moins de ressources, bien que cette corrélation soit limitée.

Les détournements sont également moins fréquents lorsque l'observabilité (associée au risque d'être découvert et sanctionné) est élevée, et lorsque les prestataires de services sont confrontés à un chargé de contrôle élu plutôt que choisi au hasard. Les contrôleurs s'investissent davantage dans leur tâche en période électorale et lorsque les agents surveillés reçoivent un meilleur salaire qu'eux.

Les communautés réélisent les contrôleurs qui s'investissent davantage dans la lutte contre les détournements. La formulation – par laquelle les acteurs sont désignés comme des « professionnels de santé » et des « membres de la communauté » plutôt que par des appellations abstraites – n'affecte ni le taux moyen de détournements ni la moyenne des activités de contrôle, mais accroît très nettement leur variance. On peut donc penser que les participants répondent différemment à la formulation de l'expérience en raison de leur adhésion à des normes différentes.

8.6 Les budgets et le financement de la santé

8.6.1 Survey Techniques to Measure and Explain Corruption

Reinikka, R., et Svensson, J., Banque mondiale, 2003

<http://econ.worldbank.org/view.php?type=5&id=27279>

Les auteurs démontrent qu'en employant des méthodes d'enquête et des techniques d'entretien adaptées, il est possible de collecter de nombreuses données quantitatives très précises sur la corruption. Le document illustre différentes applications par des études de suivi des dépenses publiques, enquêtes auprès des services publics et études sur les entreprises. Si elles sont souvent menées dans un contexte très large, ces études permettent d'évaluer la corruption au niveau de chaque acteur, comme les écoles, les centres médicaux ou les entreprises. Elles permettent également d'étudier les mécanismes responsables de la corruption, y compris des déperditions de fonds et des pots-de-vin, sachant que les données sur la corruption peuvent être associées à celles recueillies dans ces enquêtes.

8.6.2 Survey Tools for Assessing Service Delivery

Dehn, J., Reinikka, R., et Svensson, J., Banque mondiale, 2002

<http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/PETS1.pdf>

Améliorer les services publics d'éducation et de santé exige de pouvoir évaluer les mouvements de fonds et l'efficacité des dépenses par des données à la fois fiables et comparables. Ce rapport propose des outils de « micro-échelon » pour l'évaluation qualitative et quantitative des services dans toute leur complexité et constitue un guide utile à l'application de ces études sur le terrain.

Les Etudes de suivi des dépenses publiques (PETS, en anglais) permettent d'évaluer (souvent par un diagnostic) les déperditions de fonds ou de ressources publiques en amont du bénéficiaire supposé. Les Enquêtes auprès des services publics (QSDS, en anglais) ciblent les établissements de services publics et les facteurs ayant une incidence sur la qualité des services fournis. Utilisées l'une après l'autre ou en parallèle, ces études permettent de déterminer les caractéristiques des prestataires de services (gouvernementaux et non gouvernementaux, publics et privés) et d'identifier les problèmes susceptibles d'apparaître tout au long de la chaîne des transferts budgétaires et dans les centres médicaux. Maniées avec précaution, elles permettent de dégager des données utiles à l'analyse des causes des échecs et des succès sur le terrain.

8.6.3 Primary Health Care in Mozambique: Service Delivery in a Complex Hierarchy

Lindelöw, M., Ward, P. et Zorzi, N., Banque mondiale 2004, Département du développement humain, Région Afrique

Série document de travail numéro 69. 2004

<http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/ww11888final201.pdf.pdf>

Cette étude de suivi des dépenses et des prestations de services publics (ETSDS) présente les conclusions d'une enquête effectuée au Mozambique sur les prestataires de soins médicaux, et plus particulièrement sur les dispositions institutionnelles, les mouvements de ressources et les prestations de services fournies. D'envergure nationale, l'ETSDS a été entreprise entre août et octobre 2002. Elle s'est concentrée sur le système de soins primaires qui, pour la majorité de la population mozambicaine, reste la source principale, voire unique, de soins médicaux.

L'étude a permis de collecter des données à cinq niveaux différents, couvrant les onze Directions provinciales de Santé, 35 Directions municipales de Santé, 90 centres médicaux, 167 professionnels de santé et 679 utilisateurs. Elle offre ainsi une perspective unique sur l'interaction entre les différents niveaux du système de santé, en particulier sur les questions de financement, d'affectation, de distribution et d'utilisation des ressources. Le rapport couvre un large éventail de thématiques, parmi lesquelles le contexte institutionnel, la gestion budgétaire, le recouvrement des dépenses, l'allocation

et la distribution des médicaments, les ressources humaines, les infrastructures et l'équipement ou encore, l'efficacité des services.

8.6.4 The Budget process and good governance

Fubbs, J. - AWEPA International, Amsterdam 1999.

http://www.awepa.org/resources/ops-no.-5-the-budget-process-and-good-governance_en.html

En 1994, l'Afrique du Sud s'est dotée d'un nouveau système budgétaire décentralisé. Quels sont les éléments clés qui ont permis une démocratisation de l'affectation des ressources ? Comment la société civile a-t-elle eu la possibilité d'intervenir davantage dans la formulation des budgets ? Ce document, publié par l'AWEPA (Association des parlementaires européens pour l'Afrique), analyse le processus qui s'est déroulé dans la province de Gauteng.

Les provinces sud-africaines ne constituent plus uniquement des organismes de dépenses vis-à-vis du gouvernement central. Elles disposent d'une plus grande autonomie en matière de fiscalité et de dépenses, et sont capables de définir et d'appliquer leurs propres priorités politiques dans certains domaines clés. Cette priorisation se traduit par l'alignement des affectations de ressources sur les objectifs politiques des provinces, sur une base pluriannuelle. Gouvernements national et local ont la responsabilité de concevoir des budgets équilibrés entre les objectifs sociaux et fiscaux et l'environnement économique.

Les comités de finances provinciaux et comités de gestion de portefeuille sont chargés de contrôler la procédure budgétaire. La société civile peut collaborer avec le pouvoir exécutif avant la présentation des budgets et participer aux rencontres des comités. Ces réformes ont contribué à instaurer une culture saine d'élaboration de politiques, de législations et de planification dans un environnement à la fois transparent et fiable. La Constitution, entrée en vigueur en 1997, est le pilier du nouveau système, de même que l'introduction d'un décret d'application et la supervision budgétaire du corps législatif et des comités de finances en sont des éléments fondamentaux. Le cas de la province de Gauteng vient corroborer le fait que les budgets ne peuvent être des instruments efficaces de mise en œuvre des politiques et de transformation que lorsqu'ils intègrent la participation du public et que, pour que les affectations de crédits reflètent réellement les attentes des citoyens, les gouvernements doivent coopérer avec eux dès les premières phases de la formulation du budget.

8.7 Les contrats publics

8.7.1 Quality medicines for the poor: Experience of the Delhi programme on rational use of drugs

Chaudhury, R., Parameswar, U., Gupta, Sharma, S., Tekur, U., et Bapna, J. S., 2005. Health Policy & Planning. 20(2)
(Achat en ligne uniquement)

Cet article décrit comment l'État indien de Delhi a instauré une réforme visant à réduire l'utilisation irrationnelle des médicaments et à étendre la disponibilité des médicaments dans le secteur public. Avant 1994, l'approvisionnement et l'utilisation des médicaments donnaient lieu à de nombreux problèmes d'achat et de prescription de produits superflus, de manque de disponibilité de médicaments essentiels, de pratiques d'acquisition contribuant à l'augmentation des prix des achats effectués, de médicaments de mauvaise qualité ou contrefaits (estimés à 15-20 % du total des approvisionnements) ou encore, de prescriptions démesurées, en grande partie dues à la pression exercée sur les médecins et au manque d'information sur les médicaments.

En 1994, l'État lança donc un nouveau Programme pour les médicaments essentiels (EDP, en anglais), dont la mission, les priorités et les objectifs furent définis lors de l'adoption d'une politique territoriale en matière de médicaments. Cette politique prévoyait notamment la sélection d'une Liste de médicaments essentiels (LME), l'instauration d'un système d'achats publics groupés, l'introduction d'un mécanisme d'assurance qualité, l'élaboration de directives de traitement standard, le

développement de formations à la prescription rationnelle de médicaments et enfin, la publication d'informations impartiales sur les médicaments, comprenant par exemple de nouvelles directives sur la publicité et la promotion des médicaments.

Le nouveau système d'achats publics impliquait la passation d'appels d'offres, la présélection des fournisseurs et l'application de mesures de promotion de la transparence tout au long de la procédure d'adjudication. Ce système centralisé de passation de marchés publics, plus transparent, permet d'acquérir des médicaments de meilleure qualité et de diminuer les coûts d'achat et ce, malgré une hausse générale des tarifs des médicaments durant la période de mise en œuvre des nouvelles mesures. On constata une économie de l'ordre de 30 % sur les achats de médicaments ; grâce à ce système, l'État de Delhi pu acquérir des médicaments à un prix inférieur de 118 à 248 % en moyenne par rapport aux acquisitions des autres agences gouvernementales. En matière de qualité, l'État a rapporté un taux d'anomalies de 1 % sur les tests effectués, comparé au taux de 20 % d'irrégularités constaté avant la mise en œuvre du Programme pour les médicaments essentiels.

Parmi les facteurs de réussite de l'EDP, le rapport cite le modèle novateur de gestion, grâce auquel des représentants non gouvernementaux ont la possibilité de s'impliquer dans la procédure de passation de marchés publics ; la sélection privilégiée d'acteurs suffisamment impliqués et influents pour impulser le changement ; la formation technique et le changement d'état d'esprit des employés de la fonction publique, vecteurs d'engagement ; et enfin, un dialogue renouvelé avec les parties prenantes.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'une approche globale et plurielle des réformes de gestion des médicaments, et privilégient l'approche modulaire (progressive), qui permet d'évoluer avant que des aspects plus controversés du nouveau programme ne soient abordés.

8.7.2 Principes opérationnels de bonnes pratiques pour les achats de produits pharmaceutiques

Organisation mondiale de la santé, 1999

<http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip49e/#Jwhozip49e>

Ce document introduit douze principes opérationnels de bonnes pratiques pour les achats de produits pharmaceutiques, divisés en quatre groupes : gestion efficace et transparente ; choix des produits et détermination des quantités à acheter ; financement et concurrence ; et choix du fournisseur et assurance de la qualité. Les auteurs justifient ces principes en expliquant comment chacun d'eux contribue à instaurer des procédures d'achat de médicaments présentant le meilleur rapport coût/efficacité, pour des produits de meilleure qualité, livrés en temps voulu et pour un coût total le plus faible possible.

Par exemple, un des principes de la « gestion efficace et transparente » des achats repose sur la répartition des fonctions d'achat (choix, détermination de la quantité, spécification du produit, présélection des fournisseurs et passation des marchés) entre différents comités et individus, chacun disposant de l'expertise et des ressources correspondant à sa fonction spécifique. L'application de ce principe devrait contribuer à minimiser le risque de voir la procédure des achats influencée par des intérêts particuliers, et par exemple de voir les préposés aux achats orienter la sélection des médicaments, interférer dans les commandes de manière à accroître les quantités de certains produits, influencer les décisions sur le choix des fournisseurs, manipuler l'adjudication ou modifier les spécifications du produit pour fausser la concurrence.

Le document conclut sur une série de suggestions concrètes pour la mise en œuvre de ces bonnes pratiques.

8.7.3 Practical Guidelines on Pharmaceutical Procurement for Countries with Small Procurement Agencies

Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour le Pacifique occidental, situé à Manille, Philippines, 2002

<http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2999e/#Jh2999e>

Rédigé à l'intention des petits pays ne disposant pas d'industrie pharmaceutique locale ni de système d'enregistrement des médicaments, ce guide est un condensé des procédures relatives à deux fonctions clés des passations de marchés publics : les appels d'offres et la présélection des fournisseurs. Il n'aborde ni la sélection ni la détermination des quantités de médicaments. Il décrit les différents types d'appels d'offres et propose des critères de sélection entre ces différentes méthodes ; il fournit des outils de présélection des fournisseurs, avec exemples et conseils à l'appui. La moitié du guide au moins est consacrée à des modèles de questionnaires, listes de vérification et autres outils adaptables en fonction des législations et contextes locaux spécifiques à chaque pays.

8.7.4 Note technique : Passation des marchés de produits de santé

Washington DC, Banque mondiale, 2002

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/PROJECTS/PROCUREMENT/0,,contentMDK:20062738~menuPK:84284~pagePK:84269~piPK:60001558~theSitePK:84266,00.html>

Sur son site Internet, la Banque mondiale propose toute une série de documents relatifs aux normes de passation de marchés, ainsi qu'une note technique sur la passation de marchés de produits de santé. Les notes et la documentation visent à guider les passations de marchés de produits pharmaceutiques, de vaccins et de préservatifs par Appel d'offres ouvert international (AAOI). La note technique concerne la passation de marchés dans le cadre des projets financés par la Banque mondiale, mais peut s'avérer utile à quiconque souhaite améliorer ses méthodes d'achats publics. Elle aborde des thématiques telles que la passation centralisée ou décentralisée de marchés, la vérification des capacités de passation de marché au niveau des organismes d'exécution ou à l'échelon national, l'importation et les autorisations de mise sur le marché et enfin, les méthodes de passation des marchés. Les questions de description et de conditionnement des médicaments sont également évoquées.

8.7.5 Indicateur de prix internationaux des médicaments

Management Sciences for Health et OMS, mise à jour annuelle

<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=DMP&language=french>

Ce guide fournit une liste de prix pratiqués par des fournisseurs, agences de développement international et organismes publics impliqués dans l'approvisionnement en médicaments. Il fournit une base de données comparative à l'intention de quiconque recherche des informations relatives aux tarifs internationaux des médicaments. Il inclut tous les produits référencés sur la Liste des médicaments essentiels de l'OMS, ainsi qu'une sélection d'autres médicaments. Grâce au guide, les utilisateurs pourront créer et sauvegarder leur liste personnalisée de médicaments et préparer leur budget.

8.7.6 Improving Transparency in Pharmaceutical Systems: Strengthening Critical Decision Points Against Corruption. Latin American and Caribbean Region

Cohen, J. C., Cercone, J. A., et Macaya, R. Réseau Développement humain. Banque mondiale, Washington, DC, 2002

http://www.u4.no/themes/health/cohen_wb_paper_pharma2002.pdf

Cette étude vise à formuler un cadre et une méthodologie de diagnostic de la vulnérabilité d'un système pharmaceutique face à la corruption et à déterminer les priorités d'une intervention anti-corruption.

Les chercheurs effectuant des études au Costa Rica ont identifié 46 indicateurs permettant d'évaluer la conformité des systèmes d'enregistrement, de sélection, d'acquisition et de distribution des médicaments avec certaines procédures standardisées et différents critères décisionnels. Les indicateurs évaluent les pratiques en vigueur par rapport aux « meilleures pratiques » en matière de politiques et de gestion pharmaceutique. Globalement, le secteur pharmaceutique public du Costa Rica a obtenu un total de 7,7 sur 10, indiquant une vulnérabilité « marginale » à la corruption. La fonction

d'acquisition a été évaluée comme étant « modérément vulnérable » (avec une note de 5,4 sur 10), en raison, notamment, du manque de documentation sur les prix payés et les critères d'adjudication. Les indicateurs permettent ainsi aux responsables de mieux cerner les interventions spécifiques requises pour réduire la vulnérabilité à la corruption.

8.7.7 Using technology to fight corruption in pharmaceutical purchasing: lessons learned from the Chilean experience

Cohen, J. C., et Carikeo Montoya, J., Institut de la Banque mondiale, 2001

http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48617/oj_chile.pdf

L'expérience de passation de marché électronique menée au Chili pour l'acquisition de produits de santé constitue un bon exemple de stratégie anti-corruption ayant porté ses fruits. Ce document explique les objectifs et les phases de mise en œuvre de ce système novateur. Le CENABAST, organisme d'approvisionnement du Service national de santé, était chargé de pourvoir en médicaments 180 hôpitaux publics et 300 centres médicaux à travers tout le pays. La réforme de la procédure de passation de marchés publics prévoyait quatre mesures : 1) des appels d'offres électroniques ; 2) la diffusion des informations *via* Internet ; 3) le changement du rôle du CENABAST, devenant médiateur entre les établissements médicaux et les fournisseurs et garant des achats en médicaments ; et 4) des campagnes de communication visant à informer et à convaincre les parties prenantes.

Le changement de rôle du CENABAST mit fin au monopole sur les achats de médicaments, et l'utilisation des nouvelles technologies permit un meilleur contrôle des prix des médicaments et des fournisseurs. La procédure électronique d'appel d'offres limita les possibilités de collusion entre fournisseurs et permit de mettre les informations relatives aux prix des médicaments à la disposition de tous les fournisseurs et clients. Un an après la mise en place du nouveau système (en 1997), le CENABAST avait tellement réduit ses coûts qu'il put réduire la marge imposée aux hôpitaux pour ses services de 14 % à 5-10 % (en fonction du volume). Les hôpitaux virent à leur tour diminuer leurs coûts directs d'achats de 5 à 7 %.

8.7.8 A multisectoral approach to improve ethical business practices: a contribution to improving access to medicine in Latin America and the Caribbean

Jaramillo, L., Discours, septembre 2000

<http://wbln0018.worldbank.org/LAC/lacinfoclient.nsf/0/921d461c069a434d8525696f00514142?OpenDocument>

Bien qu'il ne s'appuie pas sur des sources empiriques, ce discours est intéressant en ce qu'il apporte une perspective théorique de la question de la corruption autour des médicaments. L'intervenant, cadre dans une société privée de services médicaux, décrit les risques de corruption autour des médicaments d'après l'expérience de son entreprise. Il identifie ainsi les risques suivants : le vol ; les irrégularités dans la vente de médicaments (rabais et commissions) ; la manipulation des appels d'offres ; le contournement des appels d'offres (évités en fournissant directement des produits de manière à éviter la concurrence) ; les problèmes de quantification, de contrôle des stocks et d'utilisation irrationnelle des médicaments ; le « chaos administratif » dû à l'absence de planification, de budgétisation et de contrôle ; et enfin, le favoritisme politique.

8.7.9 Two case studies of corruption in Medicine and medical supplies procurement in the Ministry of Public health Part I

(Thaïlande) Civil Society and Movement against corruption, rural doctors fight against corruption in Thailand, Trirat, Dr, N/ Civil Society and Governance Programme, IDS, 2000

<http://www.ids.ac.uk/ids/civsoc/final/thailand/tha1a.doc>

8.7.10 Two case studies of corruption in Medicine and medical supplies procurement in the Ministry of Public health Part II

(Thaïlande) A framework of relationships between civil society and good governance. Corruption in medicine and medical supplies procurement in Thailand. Tumkosit, U./ Civil Society and Governance Programme, IDS, 2000

<http://www.ids.ac.uk/ids/civsoc/final/thailand/tha1b.doc>

Le Programme de société civile et gouvernance, programme de recherche de 3 ans lancé en 1998, visait à analyser les interactions entre la société civile et les gouvernements de 22 pays. Cette étude de cas sur la Thaïlande fut rédigée par des chercheurs locaux.

La première partie du document retrace l'histoire d'un mouvement de lutte contre la corruption. Présenté par ordre chronologique, le récit détaille les articles de journaux, demandes d'enquête, sondages d'opinion et interviews apparus au fil des dénonciations de corruption, illustrant ainsi comment le mouvement est parvenu à obtenir la démission du Ministre de la Santé et de son vice-Ministre.

La seconde partie complète l'analyse et passe les différents types de corruption en revue. Les principales causes de corruption identifiées sont l'élimination des contrôles tels que les réglementations en matière de plafonnement des prix des médicaments et la centralisation des achats publics au niveau des provinces, qui a vu disparaître les contrôles mutuels et permis à certains responsables de s'adonner à toutes sortes de manipulations. Les hommes politiques ont par ailleurs exercé des pressions sur les bureaucrates pour les convaincre d'acheter leurs produits auprès de certaines sources à des prix plus élevés.

Plusieurs organisations de la société civile ont contribué à dévoiler les cas de corruption publiquement et à y mettre un terme. Le forum des médecins ruraux, le forum des pharmaciens ruraux et différentes ONG locales ont participé de façon décisive à la détection des problèmes et à leur médiatisation. Leur rôle et leurs actions sont examinés en détail dans la seconde partie de l'étude de cas, qui présente également les facteurs ayant contribué au succès de la lutte de la société civile contre la corruption. Parmi les facteurs qui rendent la situation thaïlandaise unique, l'étude cite le lien avec les réformes politiques en cours et l'expérience antérieure en matière de participation au changement social.

9 Sites Internet utiles

9.1 DFID Health Resource Centre

<http://www.dfidhealthrc.org/>

Le Centre de ressources sur la santé (HRC) du ministère britannique du Développement international (DFID) est un consortium international fondé par le DFID pour apporter conseils et expertise de haute qualité sur les questions de santé publique et les systèmes médicaux des pays à faible et moyen revenu. Le HRC propose au DFID et à ses partenaires une assistance technique et un accès à des informations sur les politiques de santé en faveur des pauvres, ainsi que des financements et des services divers. Il collabore avec les initiatives nationales, régionales et internationales pour développer les capacités des systèmes de santé à procurer aux populations les plus pauvres des pays en développement des services de santé abordables.

9.2 The Network on Equity in Health in Southern Africa

<http://www.equinetafrica.org/>

Le réseau EQUINET intervient dans un grand nombre de domaines identifiés comme prioritaires au regard de l'équité dans le système de santé, relevant tant de l'économie politique de la santé ou des services médicaux que des ressources du secteur de la santé, tous regroupés sous les thématiques présentées sur le site Internet de l'organisation. EQUINET est dirigé par un comité directeur composé de représentants de quatorze institutions d'Afrique méridionale et coordonné par le *Training and Research Support Centre Zimbabwe*.

9.3 Page Santé, nutrition et population de la Banque mondiale

<http://www.worldbank.org> (effectuer la recherche par thèmes)

Cette page propose un certain nombre de ressources aux dirigeants politiques, responsables et chercheurs impliqués dans la réforme du secteur de la santé dans les pays en développement. Elle regroupe informations, matériels de formation et documentation interactive permettant à l'utilisateur de disposer d'informations ciblées et d'une expertise mondiale en économie, stratégie politique et mise en œuvre de réformes du secteur de la santé. Elle offre également des cours d'apprentissage à distance à l'intention des responsables du secteur, analystes et dirigeants soucieux d'approfondir leurs connaissances en matière d'économie et de financement des prestations de santé.

9.4 CORIS

<http://www.corisweb.org/>

CORISweb est le système virtuel d'information et de recherche sur la corruption de *Transparency International*. Ce portail fournit à toute personne intéressée par les questions de lutte contre la corruption et de gouvernance un accès facile à des informations de qualité. CORISweb propose une méthode alternative de diffusion des informations par le biais de ses pages thématiques et par pays. Editées et générées de manière dynamique, les pages thématiques offrent les dernières informations disponibles sur une sélection de thèmes liés à la corruption, parmi lesquels l'accès à l'information, les conventions internationales anti-corruption, la corruption dans le secteur de la santé ou encore, la corruption dans le secteur de l'éducation.

9.5 Id21 development research - Health

<http://www.id21.org/>

Ce site propose une base de données interrogeable de résumés d'études, concis et faciles à lire, sur des questions liées à la santé dans les pays en développement. Les recherches couvrent un large éventail de thématiques, comme par exemple la réforme du secteur de la santé, la santé maternelle et infantile, la sexualité et la reproduction, les maladies et infirmités ou encore, la santé environnementale. Id21Health publie également une lettre d'information électronique, « id21HealthNews », à laquelle ceux qui ont un accès limité à Internet peuvent s'abonner.

9.6 International Budget Project

<http://www.internationalbudget.org/>

International Budget Project aide les organisations non-gouvernementales (ONG) et les chercheurs dans leurs activités d'analyse des politiques budgétaires et leurs efforts pour l'amélioration des procédures et institutions budgétaires. L'IBP vise surtout à apporter son assistance sous forme de recherches appliquées utiles dans les débats politiques actuels et de recherches sur les effets des politiques budgétaires sur les pauvres. L'organisation travaille essentiellement avec les chercheurs et ONG des pays en développement ou des nouvelles démocraties.

9.7 Healthlink Worldwide

<http://www.healthlink.org.uk/>

[Anciennement Appropriate Health Resources and Technologies Action Group (AHRTAG)]

Cette ONG vise à renforcer les soins primaires de santé, les services pour invalides et la rééducation en communauté dans les pays du Sud. Elle s'efforce pour cela d'optimiser l'utilisation et l'impact de l'information, propose des formations et des ressources et soutient activement le renforcement des capacités de ses organisations partenaires. Elle soutient le développement de services d'information dans les pays du Sud et entreprend des missions de consulting à la demande. Elle gère une bibliothèque et un service d'information ouverts au public sur rendez-vous.

9.8 Management Sciences for Health (MSH)

<http://www.msh.org/>

MSH est une organisation non lucrative à vocation éducative et scientifique, qui œuvre à combler le fossé entre les connaissances et l'action dans le domaine de la santé publique. Depuis 1971, MSH collabore avec les dirigeants pour améliorer la gestion et l'accès aux services de santé fondamentaux tels que les soins primaires, la survie des enfants, la santé maternelle et infantile, le planning familial et la reproduction. Pour partager ses expériences, elle propose une assistance technique, des formations, des recherches appliquées, des publications et des bourses d'études. L'Indicateur de prix internationaux des médicaments élaboré par MSH peut être consulté en ligne. Grâce à ce guide, les agents responsables des achats pourront comparer les prix proposés par leurs vendeurs aux tarifs du marché international, bénéficiant ainsi d'une plus grande transparence de la procédure d'achat de médicaments.

9.9 SHARED (Scientists for health and research development)

<http://www.shared-global.org/main.asp>

Base de données de projets, citoyens et organisations. Ce site Internet vise à faire le lien entre les activités scientifiques (recherches et mise en réseau internationale) et les activités de terrain (projets d'intervention dans le secteur de la santé, systèmes nationaux d'information sur la santé et systèmes de soins médicaux).

9.10 Partners for Health reform plus

<http://www.phrplus.org/>

Le projet *Partners for Health Reform plus* (PHRplus) est le principal projet de l'*U.S. Agency for International Development* (USAID) en matière de renforcement des politiques et des systèmes de santé. La partie responsable du projet PHRplus est *Abt Associates, Inc.*, une société de recherche et d'études en sciences sociales. Par le biais de PHRplus, USAID vise à apporter une assistance technique dans les domaines de la réforme des soins médicaux, des politiques de santé, de l'amélioration de la gestion, du financement de la santé et du renforcement des systèmes. Ce projet est mené en étroite relation avec d'autres ONG et agences collaboratrices de USAID, organisations partenaires internationales et de pays en développement, parmi lesquelles la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, divers bailleurs bilatéraux, organisations bénévoles et privées, fondations, universités et organismes gouvernementaux des pays d'accueil. Une division du projet est consacrée aux données des Comptes nationaux de la santé, source importante d'information grâce à laquelle les citoyens peuvent s'assurer que les gouvernements rendent des comptes sur l'utilisation correcte des ressources publiques. Parmi les sites Internet des partenaires du projet, citons :

9.11 Organisation mondiale de la santé

<http://www.who.int/fr/>

9.12 ONUSIDA

<http://www.unaids.org/fr/default.asp>

9.13 Le Fonds mondial

<http://www.theglobalfund.org/fr/>

9.14 Harvard School of Public Health

<http://www.hsph.harvard.edu/>

9.15 DELIVER Project

<http://www.deliver.jsi.com/>

Le projet *Deliver*, également subventionné par l'*U.S. Agency for International Development* (USAID), vise à garantir un approvisionnement sûr en contraceptifs et autres médicaments essentiels. Le projet propose une assistance en formulation stratégique, quantification de besoins, conception et mise en œuvre de systèmes de gestion pour l'acquisition, le stockage et la distribution de médicaments. Des outils spécifiques ont été adaptés aux besoins du système logistique des programmes de lutte contre le sida/VIH.

9.16 Redevabilité et transparence en matière de santé

<http://www.bu.edu/actforhealth>

Le travail de Taryn Vian, experte en lutte contre la corruption et santé, ainsi que celui de ses collègues de l'Ecole de santé publique de l'université de Boston, est disponible en libre consultation sur ce site Internet.

www.U4.no

U4 - CMI
PO Box 6033
5892 Bergen, Norway
Tel: +47 47 93 80 00
U4@U4.no