



Programme des Nations Unies pour le Développement

**LUTTE CONTRE LA CORRUPTION
DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ :**
MÉTHODES, OUTILS ET BONNES PRATIQUES

Copyright © Octobre 2011

Programme des Nations Unies pour le développement
Bureau des politiques de développement
One United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

Email : pacde@undp.org
Site Web : www.undp.org/governance et www.undp.org/poverty

Remerciements

La présente étude a été commandée par le PNUD et rédigée par le Docteur Jillian Clare Kohler, professeur associé à la Faculté de pharmacie Leslie Dan et l'Institut Munk des relations internationales de l'Université de Toronto au Canada. Les études de cas présentées à l'Annexe 5 ont été rédigées par Allen Asiimwe avec l'aide d'Ashaba Ahebwa et de Victor Agaba (consultants indépendants).

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). L'étude a été réalisée avec l'appui d'un comité consultatif qui a apporté ses conseils et révisé les versions préliminaires du rapport. Ce comité était composé comme suit : Guitelle Baghdadi-Sabeti (OMS), Karen Hussmann (Consultante), Shantanu Mukherjee (UNDP), Renata Nowak-Garmer (UNDP) et Taryn Vian (Université de Boston). L'auteur exprime également sa gratitude envers Shajar Gleiser et Ashley Pereira pour leur assistance dans les travaux de recherche.

L'étude a également été enrichie par les débats tenus lors de la quatrième Réunion de communauté de pratique du PNUD et les différents ateliers organisés durant la 14^{ème} Conférence internationale contre la corruption (Novembre 2010, Bangkok, Thaïlande). Ces remerciements sont également adressés à : Gerardo Berthin, Tuva Bugge, Francesco Checchi, Arkan El-Seblani, Samuel de Jaegere, Dan Dionisie, Tsegaye Lemma, Siphosami Malunga, Job Ogonda, Christianna Pangalos, Paavani Reddy, Charmaine Rodrigues et Pauline Tamesis, pour leurs précieuses contributions et suggestions tout au long de ce projet. Enfin, nous remercions Jeff Hoover pour avoir révisé ce rapport.

Le PNUD est le réseau mondial de développement dont dispose le système des Nations Unies. Il prône le changement, et relie les pays aux connaissances, expériences et ressources dont leurs populations ont besoin pour améliorer leur vie. Le PNUD est présent dans 135 pays en voie de développement, les aidant à identifier leurs propres solutions aux défis nationaux et mondiaux auxquels ils sont confrontés en matière de développement

Editeurs : Phil Matsheza, Anga R Timilsina et Aida Arutyunova
Conception et mise en forme: First Kiss Creative



Avant-propos	3
Acronymes et abréviations	5
Résumé	6
1. Analyse du contexte : Contexte et aperçu	8
1.1 Objectif du rapport	8
1.2 Méthodologie et structure de l'étude	9
1.3 Reconnaissance à l'échelle globale de l'impact de la corruption sur le développement humain	10
1.4 La corruption, la santé et les Objectifs du millénaire pour le développement	11
1.5 Dans quelle mesure et pourquoi le secteur de la santé est-il vulnérable par rapport à la corruption	12
2. Outils de diagnostic pertinents pour l'évaluation de la vulnérabilité du secteur de la santé par rapport à la corruption	15
2.1 Programme good governance for medicines de l'OMS	16
2.2 Cadre de la Banque mondiale pour l'évaluation rapide dans le secteur pharmaceutique	19
2.3 La technologie utilisée par l'USAID pour effectuer des tests sur la corruption dans le secteur de la santé	19
2.4 Partenariats internationaux : l'exemple de MeTA	21
3. Les risques de corruption dans le secteur de la santé et les interventions stratégiques	22
3.1 Prestataires de soins de santé	22
3.1.1 Absentéisme	22
3.1.2 Le vol des médicaments et des fournitures médicales	23
3.1.3 Paiements informels	23
3.1.4 Fraude	26
3.2 Organismes publics de réglementation du marché pharmaceutique	30



TABLE DES MATIÈRES

3.3	Acquisition de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales	33
3.4	Distribution et stockage des médicaments	38
3.5	Budgets pour la santé	41
4.	Dix principaux enseignements tirés de cette étude	45
	Références	48
	Annexe 1. Présentation des outils clés pour identifier, suivre et mesurer les risques de corruption et la corruption	53
	Annexe 2 : Sélectionner les résultats du programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique (GGM) de l’OMS	55
	Annexe 3 : Partenaires ciblés pour la santé et la lutte contre la corruption	57
	Annexe 4. Proposition des termes de référence pour les études de cas de pays sur la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé	58
	Annexe 5. des études de cas en Uganda, Malawi et Tanzanie : Cartographier les bonnes pratiques contre la corruption en Afrique subsaharienne	61



Au cours de la dernière décennie, des progrès impressionnants ont été faits dans la réalisation des engagements globaux définis dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Les cadres juridiques, les systèmes et les procédures sont en place dans de nombreuses sociétés ; une augmentation substantielle des dépenses publiques agrégées consacrées aux services sociaux tels que l'éducation, la santé, l'eau, et l'assainissement a été observé dans la plupart des pays. Cependant, les données désagrégées sur la réalisation des OMD donnent l'image d'une progression inégale selon les régions et les pays.

La raison de cette progression inégale n'est pas seulement due à l'incapacité de certains pays à faire face aux disparités et aux inégalités ancrées ou à l'insuffisance, en termes de quantité et de qualité, des ressources financières en provenance de/ou allouées aux pays en développement ; elle s'explique également par d'énormes goulets d'étranglement, tels que la corruption systémique qui entraîne un détournement de précieuses ressources. En fin de compte, ce sont les populations pauvres et vulnérables qui souffrent des conséquences de la corruption.

Le document final du Sommet des Nations Unies sur les OMD de 2010 désigne la corruption comme étant le premier obstacle à la réalisation des OMD. Il appelle à prendre des mesures décisives pour lutter contre la corruption sous toutes ses formes. Pour que cela soit possible, il est impératif de comprendre comment la corruption se manifeste et d'identifier les risques dans les différents secteurs afin d'élaborer des stratégies visant à s'attaquer aux goulets d'étranglement qui freinent les progrès relatifs aux OMD dans l'amélioration de la gouvernance et la lutte contre la corruption.

Cette étude, financée par le PNUD, présente des méthodes, des outils et des bonnes pratiques permettant d'identifier les risques de corruption, d'élaborer des stratégies et d'entretenir des partenariats pour supprimer les goulets d'étranglement et lutter contre la corruption dans le secteur de la santé. Elle complète le Cadre d'accélération de la réalisation des OMD du PNUD (MAF), approuvé par le Groupe des Nations-Unies pour le développement, qui permet aux gouvernements et aux partenaires de développement, dans le cadre des processus nationaux, d'identifier et de hiérarchiser de manière systématique les goulets d'étranglement qui bloquent la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), puis de trouver les moyens de les supprimer.

L'étude compile les efforts du PNUD visant à aider les pays à élaborer des cadres adéquats pour accélérer les mesures qu'ils ont prises aussi bien pour réaliser les OMD que pour remplir correctement les engagements de la Convention des Nations-Unies contre la corruption. Elle permet également, de manière plus précise, de faire progresser les objectifs du PNUD en matière d'élaboration d'approches sectorielles pour lutter contre la corruption dans différents secteurs.

Les OMD 4, 5 et 6 fixent les objectifs de base pour la réduction des décès évitables et des souffrances remédiables. Ces objectifs de santé contribuent également de façon très significative aux autres objectifs. Un grand nombre d'études quantitatives et qualitatives existent, parmi lesquelles certaines sont formulées dans le rapport, qui analysent et fournissent la preuve de l'impact négatif de la corruption sur les objectifs en matière de santé. Cette étude va cependant, plus loin que les précédentes. En effet, elle reconnaît la nature complexe du secteur et l'asymétrie en termes d'informations qui prévaut dans le système. Dans ce cadre, elle passe en revue la littérature existante et aborde les méthodes, outils et bonnes pratiques afférents à la lutte contre la corruption à plusieurs niveaux dans le secteur de la santé. Elle fournit les éléments plaidant en faveur de l'établissement de



AVANT-PROPOS

partenariats multipartites incluant les bénéficiaires directs du secteur public de la santé, afin de promouvoir la responsabilité et améliorer la fourniture de services.

Nous espérons sincèrement que cette étude inspirera dans chaque pays une analyse plus approfondie des risques de corruption dans le secteur de la santé. Nous avons également bon espoir que les méthodes, approches et bonnes pratiques présentées dans cette étude serviront de ressource pour le développement d'interventions au niveau national et l'établissement de partenariats durables.

Cordialement,

Geraldine Fraser-Moleketi
Directrice, Groupe de la gouvernance démocratique
Bureau des politiques de développement, PNUD

Selim Jahan
Directeur, Groupe de la réduction de la pauvreté
Bureau des politiques de développement, PNUD



OSC	Organisation de la société civile
DFID	Département du développement international du Royaume-Uni
GGM	Programme good governance for medicines (de l’OMS)
FMI	Fonds monétaire international
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
MeTA	Alliance pour la Transparence des médicaments
MS	Ministère de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
USAID	United States Agency for International Development
OMS	Organisation mondiale de la santé



UN Photo/Evan Schneider

Plusieurs études quantitatives et qualitatives mettent en évidence le tribut que paie la population pauvre à cause de son accès limité aux ressources, en raison de l'impact plus négatif de la corruption sur le secteur de la santé. Les femmes pauvres, par exemple, n'obtiennent pas nécessairement les services de santé essentiels simplement à cause de leur incapacité à payer les frais informels : une étude récente sur la santé maternelle conduite par Amnesty International au Burkina Faso a révélé que les principales causes de décès de plusieurs milliers de femmes enceintes chaque année (y compris à la naissance de l'enfant) étaient dues à la corruption du personnel de santé. D'autres données collectées par le FMI montrent que la corruption a un effet négatif considérable sur les indicateurs de santé tels que la mortalité infantile, et cela même suite à l'ajustement sur la base du revenu, de l'éducation des femmes, des dépenses en soins de santé et du niveau d'urbanisation. La corruption fait baisser le taux d'immunisation des enfants et ne favorise pas le recours aux structures de santé publiques. Dans bon nombre de pays, son caractère omniprésent constitue une entrave à l'amélioration des conditions de santé, ce qui fait d'elle par conséquent, un obstacle majeur à la réalisation des OMD.

Cette étude s'attache à mettre en évidence les domaines dans lesquels la corruption constitue une menace pour le secteur de la santé, tout en montrant comment effectuer un diagnostic en vue de trouver les remèdes idoines. Les pratiques corrompues qui sont courantes dans le secteur de la santé incluent l'absentéisme, le vol de fournitures médicales, les paiements informelles, la fraude, les faibles procédures réglementaires, les procédures d'achat opaques et mal conçues, le détournement de fournitures provenant du circuit de distribution à des fins personnelles et les détournements de fonds appartenant au système de santé. Chacune de ces pratiques représente à elle seule un défi majeur pour beaucoup de pays en développement.



Les interventions effectives destinées à faire face à ces vulnérabilités doivent être conçues pour faciliter l'atteinte des objectifs de santé. Cette étude fournit des exemples d'interventions anti-corruption susceptibles d'aider les décideurs et les professionnels de la santé à déterminer les options qui conviennent le mieux à leur situation. À titre d'exemple, la publication des prix de fournitures médicales peut contribuer à prévenir la collusion ; des audits externes et internes peuvent permettre de s'assurer que les budgets sont alloués et dépensés de façon adéquate et les tableaux de bord peuvent aider les décideurs à anticiper sur les problèmes éventuels. Les interventions anti-corruption autonomes ne peuvent toutefois pas éliminer tous les risques. Il faudrait plutôt mettre en œuvre une approche à plusieurs volets incluant différentes interventions de soutien dans les principaux secteurs.

L'étude se conclue par des pistes de réflexions destinées au personnel du PNUD ainsi qu'aux tiers travaillant sur des projets ayant trait à la santé. Les dix leçons essentielles suivantes sont identifiées et abordées:

- Les objectifs des directives pour la santé incluent des points relatifs à la lutte contre la corruption.
- Il n'y a pas de modèle unique de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé.
- Plusieurs interventions contre la corruption doivent être employées pour faire face à un seul risque.
- La hiérarchisation des priorités est indispensable : sur la base de données factuelles, les gouvernements et autres structures impliqués dans les programmes et projets sanitaires doivent hiérarchiser les secteurs prioritaires du système de santé qui sont les plus vulnérables à la corruption, en vue de mettre en œuvre les interventions appropriées.
- Il est important de travailler conjointement avec d'autres secteurs dans la lutte contre la corruption.
- La prévention constitue la meilleure stratégie : voilà pourquoi il faut prendre les devants en vue de lutter efficacement contre la corruption.
- De nombreux outils de diagnostic empirique doivent être utilisés.
- Les partenaires disposant d'une certaine expérience dans la mise en œuvre de stratégies et de tactiques de lutte contre la corruption doivent être identifiés en vue de fournir un appui technique.
- La participation élargie aux directives pour la santé et la planification est souhaitable.
- Les personnes ayant un bon comportement doivent être récompensées alors que celles qui adoptent une conduite répréhensible sont à punir.



1. ANALYSE DU CONTEXTE : CONTEXTE ET APERÇU



UN Photo/Sophia Paris

1.1 Objectif du rapport

Commandée par le Groupe de la gouvernance démocratique du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), cette étude analyse les outils d'évaluation de la corruption et des interventions visant à lutter contre la corruption et relatifs au secteur de la santé¹. Elle s'adresse au personnel du PNUD mais également aux décideurs travaillant dans le domaine des politiques de santé ainsi qu'aux autres personnes s'intéressant à l'impact de la corruption sur le secteur de la santé. Cette étude permet de jeter les bases de travaux ultérieurs à conduire par le PNUD en vue d'élaborer une méthodologie pour l'intégration des initiatives de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé.

La base de connaissances existante se rapportant à la corruption (y compris les exemples provenant de secteurs autres que celui de la santé) et au renforcement des systèmes de santé, est d'une importance considérable. Cette étude s'attache à effectuer la synthèse des connaissances critiques et à fournir des exemples, des références limitées pouvant illustrer les thèmes les plus récurrents ainsi que les interventions les plus courantes.

1 La définition du concept de corruption utilisée dans cette étude renvoie à l'abus d'une position de confiance en vue d'un enrichissement personnel.



1.2 Méthodologie et structure de l'étude

L'étude est basée principalement sur une sélection de rapports de directives publiques et de travaux de recherche sur la santé et la corruption dans les pays en développement. Les données sont extraites d'une documentation initiale incluse dans les termes de référence et proviennent, en outre, d'une recherche documentaire utilisant les mots-clés « santé » et « corruption ». Les études citées fréquemment provenant du pool initial de ressources ont été incluses, de même que la documentation suggérée par les membres d'un comité consultatif.

Le consultant tire, en grande partie, ses conclusions à partir des données provenant de plusieurs études dont la plupart ont été publiées au cours des cinq dernières années. Plusieurs études remarquables sont répertoriées ci-dessous. Elles sont toutes à recommander à ceux qui souhaitent approfondir leurs connaissances sur les questions liées à la santé et la corruption:

- Vian, Savedoff & Mathisen 2010²;
- Lewis & Pettersson 2009³;
- Vian 2008⁴;
- Cohen et al 2007⁵;
- Lewis 2006⁶; and
- Di Tella & Savedoff (2001)⁷.

L'étude est structurée comme suit:

- des récapitulatifs se rapportant à l'impact de la corruption sur le développement et aux raisons expliquant la vulnérabilité du secteur de la santé par rapport à la corruption (Sections 1.4 à 1.5) ;
- des exemples de diagnostics internationaux du secteur de la santé et d'initiatives lancées à l'échelle internationale (Section 2) ;
- analyse des risques de corruption spécifiques munie d'exemple de bonnes pratiques et de tableaux mettant en exergue les interventions effectuées dans le cadre de la lutte contre la corruption (Section 3) ; et
- les principales leçons tirées de l'étude et qui sont susceptibles de servir au personnel du PNUD et à des tiers impliqués dans les politiques de santé (Section 4).

2 Vian, T., Savedoff, W. & Mathisen, H. (2010) *Anticorruption in the Health Sector : Strategies for Transparency and Accountability*, Kumarian Press, West Hartford, CT (USA).

3 Lewis, M. & Pettersson, G. (2009), 'Governance in health care delivery : raising performance'. World Bank Policy Research Working Paper 5074.

4 Vian, T. (2008). 'Review of corruption in the health sector : theory, methods and interventions'. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83-94.

5 Cohen, J., Mrazek, M., & Hawkins, L. (2007). 'Corruption and pharmaceuticals : strengthening good governance to improve access' in Campos, J. E., & Pradhan, S., eds., *The Many Faces of Corruption : Tracking Vulnerabilities at the Sector Level*. World Bank, Washington, DC (USA).

6 Ibid.

7 Di Tella, R. & Savedoff, W., eds., (2001). *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Latin American Research Network, Inter-American Development Bank, Washington, DC (USA).



1. ANALYSE DU CONTEXTE : CONTEXTE ET APERÇU

Limitations

Il convient de reconnaître d'emblée certaines limitations relatives à l'étude. L'étude s'appuie, en premier lieu, sur de la documentation et des travaux de recherche relatifs aux directives de santé, qui sont à la disposition du grand public (avec quelques exceptions). Cependant, en raison de restrictions liées aux ressources et des contraintes de temps, elle n'inclut pas d'informations contextuelles qui auraient pu être obtenues en réalisant une enquête auprès des informateurs. Elle décrit ensuite les données empiriques permettant de distinguer les interventions efficaces de celles qui sont moins efficaces. Des études de cas par pays qui sont à mener ultérieurement par les bureaux régionaux ou nationaux du PNUD contribueront au renforcement de la base de données empiriques servant à identifier les interventions susceptibles de contribuer le plus efficacement à l'atteinte des objectifs de santé.

1.3 Reconnaissance à l'échelle globale de l'impact de la corruption sur le développement humain

L'impact de la corruption sur le développement humain constitue un domaine d'intervention de plus en plus important pour les Nations Unies et les autres structures⁸. Par exemple, la Convention des Nations Unies contre la corruption (UNCAC) qui a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en octobre 2003 et qui est entrée en vigueur en 2005, a permis d'attirer l'attention au plan mondial sur l'importance de la lutte contre la corruption à l'échelle planétaire.

Le PNUD est l'agence leader dans le domaine de la gouvernance démocratique dans le système des Nations Unies. L'agence s'est engagée dans une dynamique de lutte contre la corruption depuis les années 90, dans le cadre de son mandat de lutte contre la corruption pour la promotion de la bonne gouvernance.⁹ Cette initiative qui bénéficie du soutien du Programme thématique mondial du PNUD sur la corruption pour l'efficacité du développement (PACDE), assistera les gouvernements aux niveaux régional, national et local dans la mise en œuvre des initiatives de lutte contre la corruption.

D'autres agences des Nations Unies ainsi que des institutions financières internationales sont également impliquées dans les activités visant à combattre le fléau de la corruption. La Stratégie de l'OMS en ce qui concerne les médicaments de 2004-2007 a fait de la corruption une question prioritaire, ce qui a conduit au lancement de son programme Bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique (GGM). Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) reconnaît la relation entre la mortalité infantile et la corruption et a identifié le lien entre la promotion des droits de l'enfant et la bonne gouvernance. Le Fonds des Nations pour la population (UNFPA) et ONU Femmes (précédemment UNIFEM) contribuent à faire connaître les corrélations entre les questions de genre et la corruption. Dans le secteur de la santé, les femmes sont plus affectées par la corruption du fait de leur besoin en services de santé plus spécialisés et plus fréquents. Par ailleurs, le Groupe chargé des ressources publiques et de la gestion économique de la Banque mondiale constitue le centre

8 La communauté internationale qui soutient les initiatives de développement reconnaît de plus en plus l'importance de la mise en œuvre de projets de bonne gouvernance afin d'atteindre les objectifs de santé. Le Projet pour le renforcement de l'éthique et de l'intégrité pour la bonne gouvernance dans le secteur de la santé en Mongolie, et le Projet de recherches sur la gouvernance des systèmes de santé du Basel Institute of Governance qui évalue les initiatives, processus et résultats en matière de bonne gouvernance au Tadjikistan et dans la République de Tanzanie, constituent deux exemples pertinents.

9 Suite à l'adoption le 28 janvier 1997 de la résolution A/RES/51/59 des Nations Unies.



d'échanges d'information pour la lutte contre la corruption au sein de ladite institution. Le Centre de ressources pour la lutte contre la corruption U4¹⁰ qui est financé par un certain nombre de donateurs, constitue un référentiel de données sur la santé et la corruption pour les spécialistes du développement et les décideurs¹¹.

1.4 La corruption, la santé et les Objectifs du millénaire pour le développement

Les OMD¹² sont constitués de huit objectifs de développement que les États Membres se sont engagés à atteindre à l'horizon 2015. Ces huit objectifs dont trois concernent spécifiquement la santé (numéros 4, 5 et 6), sont répertoriés ci-dessous. Des mesures spécifiques indiquant le progrès ont été définies pour chaque objectif:

- Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim
- Assurer l'éducation primaire pour tous
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- Réduire la mortalité infantile
- Améliorer la santé maternelle
- Combattre le VIH / SIDA, le paludisme et d'autres maladies
- Assurer un environnement durable
- Mettre en place un partenariat global pour le développement

La corruption dans le secteur de la santé constitue le reflet des défis structurels qui caractérisent le système de santé mais également la conséquence de la localisation de ceux-ci dans ledit secteur.

L'atteinte des OMD suppose certaines conditions préalables incluant la bonne gouvernance qui jusqu'ici n'a été abordée que de façon insuffisante dans les débats concernant ces objectifs¹³. En 2009 cependant, le Secrétaire général des Nations Unies M. Ban Ki-moon a mis en exergue l'impact de la corruption sur les OMD. Il a souligné que la corruption peut tuer le développement dans l'œuf et est de nature à entraver les efforts visant à atteindre les OMD¹⁴. Voilà pourquoi la conception d'un plan d'actions relatif aux OMD afin d'intégrer de manière effective les interventions de bonne gouvernance à celles visant à combattre la corruption, est essentielle pour l'atteinte des objectifs fixés. La validité de ce principe est confirmée par des données factuelles. Une analyse réalisée par Transparency International en 2010 a démontré que l'amélioration de la transparence, de la responsabilité et de

10 Rendez-vous sur la page: www.u4.no/index.cfm.

11 Les donateurs du Centre de ressources pour la lutte contre la corruption U4 incluent Norad (Norvège), DFID (Royaume-Uni), l'ACDI (Canada), la GTZ (Allemagne), MinBuZa (Pays-Bas), SIDA (Suède), la CTB (Belgique) et AusAID (Australie).

12 Les OMD se rapportant directement à la thématique de la santé sont les numéros 4, 5 et 6. Les autres qui sont liés de façon indirecte à la santé, sont néanmoins d'une certaine importance pour le secteur. Par exemple, une cible contenue dans l'OMD 8 spécifie qu'« en coopération avec les compagnies pharmaceutiques, offrir un accès aux médicaments essentiels à bas coût dans les pays en développement. »

13 Pour obtenir un aperçu complet, reportez-vous à l'étude Wagstaff, A., & Claeson, M. (2004). 'The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges'. World Bank, Washington, DC (USA).

14 Le discours du Secrétaire général des Nations Unies à l'occasion de la journée internationale de lutte contre la corruption du 9 décembre 2009. Disponible en ligne : www.un.org/News/Press/docs/2009/sgsm12660.doc.htm.



1. ANALYSE DU CONTEXTE : CONTEXTE ET APERÇU

l'intégrité dans 48 pays a une forte corrélation avec l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé, d'éducation et de gestion de l'eau.¹⁵ Ce fait demeure valable indépendamment du niveau de richesse du pays ou de l'ampleur des dépenses dans un secteur spécifique.

1.5 Dans quelle mesure et pourquoi le secteur de la santé est-il vulnérable par rapport à la corruption

Parmi les facteurs multiples expliquant la prévalence de la corruption dans le secteur de la santé, nous pouvons citer la faiblesse ou l'absence de règles, l'excès de réglementation, le manque de responsabilité, le manque de rétribution ou la faiblesse des salaires ainsi que l'offre limitée de services (par exemple, la supériorité de la demande par rapport à l'offre). Le niveau de corruption peut également varier : il peut s'agir de corruption mineure (telle que la corruption bureaucratique ou administrative qui prévaut à l'étape de mise en œuvre, dans le cadre des relations des bénéficiaires de services avec des agents publics) ou de corruption de haut niveau (la corruption qui affecte l'échelon supérieur, notamment au niveau politique).

Quelle qu'en soit la motivation ou le type, il est certain que la corruption affecte négativement le secteur de la santé. Plusieurs études quantitatives et qualitatives illustrent de quelle manière la corruption fait payer un lourd tribut aux pauvres, en raison de la limite de leur capacité à satisfaire aux exigences imposées par la corruption. Par exemple, les personnes démunies et marginalisées peuvent ne pas bénéficier de l'accès aux soins requis lorsque ceux-ci requièrent le paiement de frais médicaux¹⁶. En Bulgarie, les patients disposant de revenus importants et vivant dans des zones urbaines sont plus susceptibles d'effectuer des paiements informels et par conséquent, de recevoir les soins nécessaires, que les patients aux revenus plus faibles¹⁷. Une étude récente sur la santé maternelle conduite par Amnesty International au Burkina Faso a révélé que la principale cause de décès de plusieurs milliers de femmes enceintes chaque année (y compris à la naissance de l'enfant) était due à la corruption du personnel de santé. Les femmes pauvres, n'obtiennent pas nécessairement les services de santé essentiels simplement à cause de leur incapacité à payer les frais informels¹⁸. D'autres données révélées à travers un rapport du FMI montrent que la corruption a un effet négatif considérable sur les indicateurs de santé tels que la mortalité infantile, et cela même suite à l'ajustement sur la base du revenu, de l'éducation des femmes, des dépenses en soins de santé et du niveau d'urbanisation¹⁹. La corruption fait baisser le taux d'immunisation des enfants. Elle peut empêcher la fourniture des soins nécessaires en particulier pour la population pauvre et ne favorise pas le recours aux structures de santé publiques.²⁰ Deux conclusions évidentes et liées concourent à révéler que la corruption a un impact négatif sur les résultats à atteindre en matière de santé et la population pauvre en paie le plus lourd tribut.

15 Reportez-vous à Transparency International (2010). 'The anti-corruption catalyst : realising the MDGs by 2015', Berlin, Germany, p. 1.

16 Lewis, M. (2000). 'Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?' International Bank for Reconstruction/World Bank Publications, Washington, DC (USA).

17 Ibid., cité à partir de l'étude de cas observatoire de Balabanova, D. (1999). 'intitulée Informal payments for health care in Bulgaria', London School of Economics, London, UK.

18 Voir également www.amnesty.org/en/news-and-updates/report/pregnant-women-burkina-faso-dying-because-discrimination-20100127.

19 Gupta, S., Davoodi, H. & Tiongron, E. (2000). 'Corruption and the provision of health care and education services', IMF Working Paper 00/116, Appendix Table 9, p.27.

20 Azfar, O. & Tugrul, G. (2005). 'Does corruption affect health and education outcomes in the Philippines?'. Disponible sur le site Web du Social Science Research Network (Réseau de recherches en sciences sociales) : <http://ssrn.com/abstract=723702>.



Tel que noté dans le Diagramme 1 ci-dessous, le secteur de la santé est vulnérable par rapport à la corruption et cela pour plusieurs facteurs liés à son organisation. Il convient de noter, en premier lieu, qu'il s'agit d'un secteur bien plus complexe que beaucoup d'autres. L'incertitude prévaut au sein du secteur : il n'est pas possible de prédire les personnes qui tomberont malades ou de prévoir le moment de leur maladie. Cela rend difficile la prévision des fournitures et services médicaux nécessaires, de même que le moment requis ou les quantités adéquates. Il s'agit également d'un secteur caractérisé par l'asymétrie de l'information, ce qui se matérialise par de graves disparités dans les relations fournisseurs/patients et fournisseurs de produits/fournisseurs de services de soins. Les médecins prescrivent par exemple, des médicaments aux patients et ceux-ci présument que ces médicaments constituent le traitement adéquat pour eux. Les médecins peuvent cependant prescrire un produit particulier car une compagnie pharmaceutique lui offre des incitations financières ou alors ce produit peut faire l'objet d'une recommandation de la part des concepteurs des directives de santé au plan national pour les mêmes raisons, ce qui n'a rien à voir avec son efficacité ou sa sûreté.

Dans cette même veine, il existe un grand nombre de parties prenantes qui assument une responsabilité limitée et/ou indirecte dans le secteur, qui peuvent entretenir des relations complexes²¹. Les professionnels de la santé doivent être responsables devant les structures réglementaires. En revanche, l'application de normes et de sanctions en raison du non-respect des règles, est parfois limitée ou ineffective à cause des ressources financières et humaines limitées. Par ailleurs, les agences réglementaires ne font pas toujours preuve d'impartialité et peuvent subir une influence indue de la part de ceux dont ils doivent surveiller le comportement. En fin de compte, la distinction entre la corruption et le manque d'efficacité n'est pas chose aisée dans le secteur de la santé en raison des faiblesses des structures de gestion/de l'administration²².

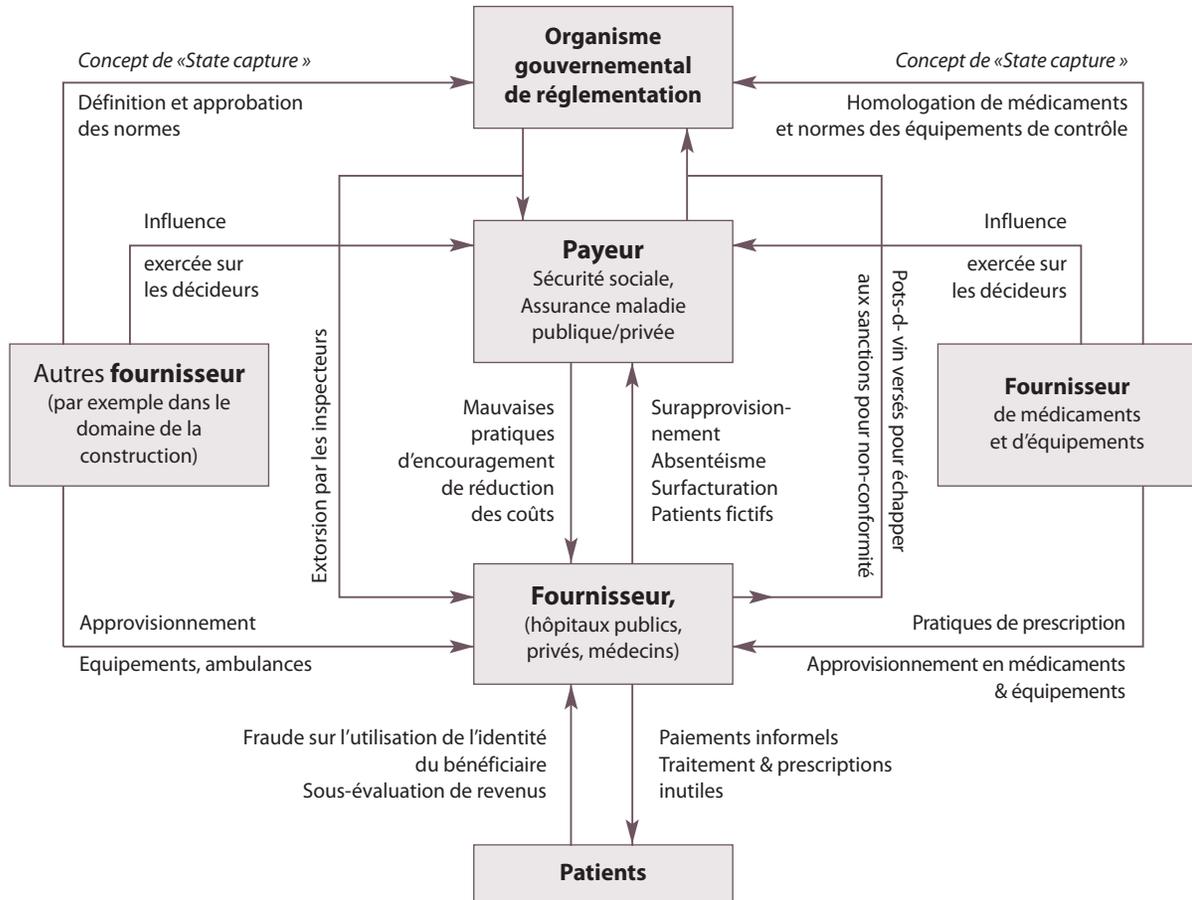
Un autre défi est lié à la question de la responsabilité. En effet, en ce qui concerne ce nouveau domaine d'investigation dans le secteur de la santé, l'atteinte des résultats positifs en matière de santé (qu'ils soient liés aux OMD ou non) peut être entravée ou stoppée complètement, si des efforts ne sont pas faits en vue d'augmenter la responsabilité et la transparence pour comprendre les leviers permettant de prévenir la corruption dans le système de santé.

Le Diagramme 1 ci-dessous offre un cadre pour l'analyse des risques et acteurs pouvant aider les acteurs intervenant dans la lutte contre la corruption, à comprendre les principales questions en vue de concevoir les stratégies pour apporter la réponse adéquate.

21 Savedoff, W. & Hussmann, K. (2006). 'Why are health systems prone to corruption?'. Global Corruption Report, Transparency International.
22 Lewis, M. (2006). 'Governance and corruption in public health care systems'. Working Paper 78, Center for Global Development, Washington, DC (USA)

1. ANALYSE DU CONTEXTE : CONTEXTE ET APERÇU

Schéma 1. Les principaux domaines du secteur de la santé et les risques de corruption associés



Source: Hussmann, K., 'How-to-note: Addressing corruption in the health sector. A DFID Practice Paper', November 2010. Online: www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/How-to-Note-corruption-health.pdf



UN Photo/G Pirozzi



Sont abordées dans cette section certaines méthodologies principales de diagnostic/évaluation pouvant servir aux donateurs, aux gouvernements et aux ONG d'instruments de mesure de la vulnérabilité du secteur de la santé par rapport à la corruption. L'idéal serait que les diagnostics aident les professionnels et les décideurs à concevoir des stratégies de lutte contre la corruption.

Les outils identifiés comme pertinents pour la corruption et le secteur de la santé peuvent être classés en deux catégories. Des outils tels que les instruments d'évaluation des risques de l'OMS et de la Banque mondiale qui sont décrits dans les Sections 2.1 et 2.2, ont été conçus pour identifier tous les points faibles d'un secteur de santé donné (et dans les cas ci-dessous, ils mettent spécifiquement l'accent sur le secteur pharmaceutique). D'autres outils tels que l'Indice de perception de la corruption de Transparency International et les enquêtes menées auprès des ménages sont plus spécifiquement conçus pour évaluer sur le plan national, régional ou local, le niveau de corruption dans un pays. Cependant, puisque cette seconde catégorie d'outils est basée sur la perception, son utilisation doit être effectuée en combinaison avec d'autres instruments afin de garantir sa validité.

²³ En plus des initiatives et programmes mentionnés dans cette section, il est également utile de faire référence aux évaluations de la responsabilité développées par le PNUD pour la Mongolie, le Basel Institute on Governance, la Banque mondiale, etc.



2. OUTILS DE DIAGNOSTIC PERTINENTS POUR L'ÉVALUATION DE LA VULNÉRABILITÉ DU SECTEUR DE LA SANTÉ PAR RAPPORT À LA CORRUPTION

Les deux types de méthodologies présentent des avantages certains, notamment la compréhension de la manière dont la corruption affecte le secteur de la santé et l'identification des domaines dans lesquelles des interventions pourraient s'avérer nécessaires. Tous ces outils sont importants dans la mesure où ils fournissent des normes servant de référence pour l'évaluation des interventions au moment voulu, même si ces mesures peuvent s'avérer imparfaites. (L'annexe 1 de ce rapport inclut un aperçu des principaux outils permettant d'identifier, d'effectuer le suivi et de mesurer la corruption, y compris les outils décrits avec plus de détails ci-dessous.)

2.1 Programme good governance for medicines de l'OMS

L'OMS a conçu un outil d'évaluation, faisant partie intégrante du programme GGM qui a été lancé en 2004, permettant d'identifier les domaines de l'industrie pharmaceutique qui sont vulnérables à la corruption²⁴. Le programme GGM s'appuie sur deux stratégies principales. La première est basée sur une approche dite du « sommet vers la base » visant à assister les gouvernements dans la mise en place de lois pour la lutte contre la corruption ainsi que dans l'amélioration de la législation et des règlements gouvernant l'industrie pharmaceutique. La seconde stratégie adopte une approche dite de « la base vers le sommet » visant à aider les gouvernements à renforcer l'intégrité institutionnelle à travers la promotion de pratiques éthiques.

La mise en œuvre s'effectue en trois phases:

- Phase I : évaluation nationale du niveau de transparence et de la vulnérabilité éventuelle du système pharmaceutique national par rapport à la corruption, à travers la mise en œuvre d'un instrument d'évaluation (décrit ci-dessous et mis en exergue dans cette révision).
- Phase II : développement d'un cadre national pour le programme GGM, suite à un processus de consultation incluant les principales parties prenantes. Une fois officiellement adopté, le document cadre du programme GGM inclut généralement un cadre éthique et un code de conduite, des réglementations et des procédures administratives, des mécanismes de collaboration avec d'autres initiatives de bonne gouvernance et de lutte contre la corruption, des mécanismes de dénonciation d'abus et des sanctions pour actions corrompues.
- Phase III : mise en œuvre du programme GGM national. Cela inclut la formation en faveur des agents de l'État et des professionnels de santé, de même que les campagnes de communication et de plaidoyer.

L'instrument d'évaluation du GGM était basé sur un diagnostic précédent développé en 2002 pour les activités de la Banque mondiale dans le secteur de la santé du Costa Rica²⁵. La méthodologie de la Banque mondiale a également été appliquée en Macédoine et a servi de base à une étude conduite par l'Agency for International Development (USAID) mise en application par les États-Unis dans le système de santé de la Bulgarie en 2004.

24 Instrument d'évaluation de l'OMS WHO/EMP/MAR/2009.4 intitulé « 'Measuring transparency in the public transparency sector ». Lien pour y accéder: www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/AssessmentInstrumentMeastranspENG.PDF.

25 Cohen, J., Cercone, J., & Macaya, R. (2002). 'Improving transparency in pharmaceutical systems : strengthening critical decision points against corruption : a case study of Costa Rica'. Human Development Network, Latin America and Caribbean Region, World Bank, Washington, DC (USA).



L'évaluation effectuée au niveau national lors de la Phase I du GGM peut examiner jusqu'à huit fonctions principales : l'enregistrement des médicaments, l'octroi de licences et l'inspection d'établissements pharmaceutiques, la promotion, les essais cliniques, la sélection, l'approvisionnement et la distribution. Le résultat final escompté est la mise en place d'une référence permettant d'effectuer la surveillance des progrès réalisés par le pays dans la durée en ce qui concerne la gouvernance dans le secteur pharmaceutique (par exemple, le niveau de responsabilité, la transparence dans les divers processus du secteur pharmaceutique). L'obtention de données de référence constitue un objectif commun pour la plupart des diagnostics pour avoir une idée des faiblesses éventuelles à l'origine de la corruption ou du niveau de corruption à proprement parler.

Deux assesseurs au minimum sont responsables de l'évaluation. Ils doivent provenir d'organisations jouissant d'une certaine crédibilité, être indépendants vis-à-vis du Ministère de la santé et du secteur privé et disposer d'une bonne connaissance du secteur pharmaceutique du pays. Afin que ce processus puisse fonctionner efficacement, un soutien de la part de l'État est essentiel. L'information disponible sur les sites Web publics de l'État ou provenant d'autres sources sert à vérifier la disponibilité et la diffusion des directives et procédures. L'analyse documentaire est complétée par des entretiens avec les informateurs clés.

Dix informateurs clés au moins sont interrogés pour les besoins de chaque fonction principale du secteur pharmaceutique ou jusqu'à ce qu'il y ait saturation. Les informateurs représentent les différentes parties prenantes : le gouvernement, les hôpitaux publiques, le secteur privé (pharmacies, entreprises, fabricants), associations professionnelles, société civile, organisations gouvernementales et non gouvernementales. Cela contribue à s'assurer que différentes perspectives sont représentées afin de fournir un aperçu complet sur le secteur. Des questions binaire « oui/non » et des questions ouvertes sont utilisées. Dans certains cas, les informateurs clés peuvent être invités à justifier certaines de leurs réponses en apportant des preuves. Une fois que l'information est compilée dans son intégralité, les réponses sont évaluées et converties en valeurs comprises sur une échelle simple de 1 à 10 représentant la vulnérabilité du point de décision par rapport à la corruption variant entre un potentiel minimum et un potentiel maximum.

Les assesseurs nationaux analysent les résultats et préparent un rapport incluant les recommandations basées sur les données factuelles présentées aux agents de l'État et validées au cours des ateliers nationaux et régionaux par les parties prenantes. La valeur de l'évaluation nationale est basée sur, et reflète la structure réelle du système, les mécanismes permettant de prévenir des pratiques contraires à l'éthique ainsi que les procédures administratives visant à mesurer la transparence et la responsabilité. Elle donne également aux acteurs la possibilité de jauger la compréhension des différentes parties prenantes et d'évaluer l'utilisation que celles-ci font des procédures et mécanismes au sein du secteur pharmaceutique. L'évaluation nationale indique également les failles constatées dans les politiques et procédures existantes. L'inconvénient que présente cette évaluation réside en sa mise en œuvre, il s'agit d'un processus de longue haleine accompagné du risque d'obtenir des informations non fiables car certains informateurs clés se sentant menacés par les questions, ont tâché de fournir des réponses en se basant sur ce qu'ils croient être la réponse attendue plutôt que de donner la vraie réponse.

Le cadre GGM est alors défini suite à une consultation à l'échelle nationale avec les parties prenantes. Ce processus inclut généralement le développement de cadres éthiques et de codes de conduite, des réglementations et des procédures administratives, des mécanismes de collaboration avec des



2. OUTILS DE DIAGNOSTIC PERTINENTS POUR L'ÉVALUATION DE LA VULNÉRABILITÉ DU SECTEUR DE LA SANTÉ PAR RAPPORT À LA CORRUPTION

initiatives de bonne gouvernance et de lutte contre la corruption, des mécanismes de dénonciation d'abus et des sanctions en cas de violation. S'ensuit, en dernier lieu, la mise en application de nouvelles procédures administratives visant à améliorer la transparence et la responsabilité ainsi que le leadership dans ce domaine.

À ce jour, la mise en application de l'instrument d'évaluation a été effectuée dans plus de 26 pays et certains rapports y afférents sont disponibles sur le site Web du GGM²⁶. Il s'agit d'un bon début pouvant mener vers une investigation plus complète sur la vulnérabilité du secteur pharmaceutique par rapport à la corruption. L'outil est cependant limité dans la mesure où les informateurs clés peuvent manifester de la réticence à révéler le niveau de corruption réel. Il exige également une connaissance suffisante du secteur pharmaceutique et sanitaire local et nécessite l'adhésion de l'État afin de garantir l'accès aux fonctionnaires publics.

Sur la base des évaluations nationales effectuées à ce jour, la promotion des médicaments est souvent identifiée comme la fonction la plus susceptible de donner lieu à des actes de corruption alors que la distribution passe souvent pour la fonction présentant le plus d'intégrité et de transparence que toutes celles qui sont à l'étude²⁷. Les études permettent souvent de jeter une nouvelle lumière sur le manque d'accès uniforme aux informations publiques concernant le secteur pharmaceutique (par exemple, pour ce qui est des réglementations, de la législation et des procédures écrites). Un bon nombre de pays sont caractérisés par un manque de politiques en matière de conflit d'intérêts ou de défaillances dans la mise en application de celles-ci. Ces pays peuvent également souffrir de l'absence de critères de sélection à l'usage des décideurs (tels que les personnes impliquées dans le processus de sélection de médicaments) dans le secteur pharmaceutique. L'accès limité provient parfois de l'absence de telles informations ou alors, dans d'autres cas, de la non mise à disposition de ces renseignements en faveur du grand public²⁸.

Depuis son lancement, le programme GGM a eu un impact positif sur les systèmes pharmaceutiques dans la plupart des 26 pays où il a été mis en œuvre. Les pratiques nationales utilisées pour l'approvisionnement en médicaments se sont améliorées. La législation et la réglementation relatives au secteur pharmaceutique ont fait l'objet d'une révision visant à assurer une meilleure gouvernance dans le secteur tout en renforçant les systèmes pharmaceutiques. Des procédures plus transparentes en matière d'octroi de licences pharmaceutiques et d'enregistrement ont été mises en place et leur disponibilité au public à travers les sites Web des Ministères de la santé est garantie. L'Annexe 2 contient des exemples spécifiques de résultats liés au programme GGM et relevés dans les pays au cours de la Phase II ou de la Phase III²⁹.

27 Toutefois, il est à noter que l'instrument d'évaluation ne couvre pas la chaîne de distribution dans son ensemble. L'impact de cette donnée factuelle positive concernant la distribution est quelque peu limité.

28 Kohler, J. & Bagdadhi-Sabeti, G. (forthcoming). 'Good governance for pharmaceuticals' in WHO World Medicine Situation.

29 Les résultats disponibles en annexe sont issus du programme GGM de l'OMS « An innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector », background paper for World Health Report 2010 (en préparation).



2.2 Cadre de la Banque mondiale pour l'évaluation rapide dans le secteur pharmaceutique

Le cadre de la Banque mondiale pour l'évaluation rapide dans le secteur pharmaceutique est un outil de diagnostic pour assister les décideurs et les spécialistes du développement à organiser l'information concernant le secteur pharmaceutique³⁰. L'inconvénient que présente cet outil est qu'il demande d'assimiler beaucoup d'informations relatives au secteur pharmaceutique. De plus, sa mise en œuvre représente un processus de longue haleine même si la personne utilisant l'outil dispose d'une longue expérience dans le secteur pharmaceutique dans le pays concerné par l'étude. Il présente cependant l'avantage de faciliter l'organisation des informations qui sont de nature à servir d'exercice de référence pour les interventions pouvant faire l'objet d'une évaluation dans le secteur pharmaceutique.

L'outil d'évaluation peut servir de mécanisme autonome entrant dans le cadre d'une analyse des systèmes de santé du pays concerné. Les principaux domaines couverts sont les suivants : le marché des produits pharmaceutiques, les politiques et la réglementation en matière de médicaments, les dépenses publiques comme privées en produits pharmaceutiques, la tarification des médicaments, l'achat, l'approvisionnement, le remboursement, la fourniture de services et la logistique, l'industrie et le commerce et la rationalisation de l'usage de produits pharmaceutiques. Une publication de document de travail de la Banque mondiale explique en détails de quelle manière cet outil d'évaluation a été appliqué dans un bon nombre de pays, tout en indiquant les résultats associés³¹. Les données factuelles à caractère général tirées de ces évaluations incluent le rôle dominant du secteur privé dans la fourniture de produits pharmaceutiques mais également une réglementation inefficace en ce qui concerne les médicaments et un manque de pouvoir de la part des clients.

2.3 La technologie utilisée par l'USAID pour effectuer des tests sur la corruption dans le secteur de la santé

L'étude menée sur la corruption dans le système de santé en Bulgarie qui a pris fin en 2005, constitue un bon exemple des activités de l'USAID dans ce domaine³². Le projet s'est servi d'un cadre pour la transparence, la responsabilité, la prévention, la mise en application et l'éducation (TAPEE) pour élaborer des exigences institutionnelles d'intégrité, afin d'examiner les principaux composants du système de santé de ce pays. Il s'est intéressé en particulier à la sélection des médicaments dans le système de santé public mais également aux procédures d'approvisionnement en médicaments pour les hôpitaux. Sa méthodologie à la fois qualitative (groupes de consultation et interrogation des informateurs clés) et quantitative (passage en revue des hôpitaux existant à travers le pays), était basée sur les processus. Plus de 30 entretiens semi-structurés avec les informateurs clés ont été effectués avec des représentants constitués d'agents de l'État et de personnes du secteur privé. La partie quantitative du projet était constituée par l'enquête sur les pratiques en matière d'achats de

30 Voir également Diack, et al, 'Assessment of governance and corruption in the pharmaceutical sector : lessons learned from low- and middle-income countries', Document d'analyse HNP. World Bank Human Development Network, Washington, DC (USA).

31 Ibid.

32 Iris Center for USAID (2005). 'Governance in Bulgaria's pharmaceutical sector : a synthesis of research findings'. Iris Center, Baltimore, MD (USA).



2. OUTILS DE DIAGNOSTIC PERTINENTS POUR L'ÉVALUATION DE LA VULNÉRABILITÉ DU SECTEUR DE LA SANTÉ PAR RAPPORT À LA CORRUPTION

produits pharmaceutiques utilisées par 148 hôpitaux. Les données étaient basées sur les rapports des fournisseurs, des médecins et infirmières concernant la corruption, les rapports d'audit mais également sur les tarifs d'approvisionnement.

USAID a également élaboré un guide sur l'évaluation en matière de lutte contre la corruption incluant un diagnostic destiné au secteur de la santé³³. Cet ouvrage pose des questions essentielles relatives à la fourniture de services par les professionnels de premier plan de la santé. Ces questions concernent également la fraude liée au système de santé, l'approvisionnement et la gestion d'équipements de fourniture, la réglementation sur la qualité des produits, services, équipements et professionnels, la formation des professionnels de la santé ainsi que l'embauche et la promotion. Le diagnostic du secteur de la santé peut être utilisé en combinaison avec d'autres éléments (mettant l'accent sur l'approvisionnement) fournis dans le guide. Il aide l'utilisateur à poser les bonnes questions lors des activités d'évaluation conduites dans un pays donné. Le diagnostic est limité car il ne permet pas une estimation complète des risques encourus³⁴. Il peut cependant servir de guide pour les questions destinées à l'informateur clé mais également de point de départ pour une collecte de données ultérieure.



UN Photo/Olivier Chassot

33 USAID (2009), 'Anti-corruption assessment handbook'.

34 Voir également www.irisprojects.umd.edu/anticorruption/Files/IRIS_Assessment_Handbook.pdf.



2.4 Partenariats internationaux : l'exemple de MeTA

L'Alliance pour la Transparence des médicaments (MeTA) est un partenariat multipartite conduit par le Département du développement international du Royaume-Uni (DFID), avec la participation de la Banque mondiale et de l'OMS. Elle examine les problèmes liés aux tarifs de produits pharmaceutiques, à la qualité, la disponibilité, la promotion, la transparence et la responsabilité ainsi que les relations multipartites. MeTA vise principalement à améliorer l'accès aux médicaments, et leur abordabilité. En outre, l'alliance fonctionne sur la base du principe que l'accès réduit aux médicaments essentiels est dû à la faiblesse de la gouvernance et à un manque de transparence dans la sélection, la réglementation, l'approvisionnement, la distribution et la promotion des médicaments.

MeTA utilise un large éventail d'outils de diagnostics permettant d'effectuer la collecte des informations. Ces outils incluent le passage en revue du secteur pharmaceutique, l'étude de la disponibilité des données tarifaires, l'enregistrement et les politiques en matière de promotion ainsi que le mappage des parties prenantes. MeTA utilise également la méthodologie tarifaire de l'OMS/Action sanitaire internationale qui évalue les prix des médicaments, leur disponibilité, leur abordabilité ainsi que les coûts des composants³⁵. Les informations prioritaires recherchées incluent la qualité et l'état d'enregistrement des médicaments, leur disponibilité, leurs prix, les politiques, les pratiques ainsi que les données sur la promotion de ceux-ci. Le contexte politique spécifique, le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement, l'abordabilité des médicaments, l'utilisation rationnelle ainsi que l'accès aux produits médicaux font également l'objet d'activités de recherche.

MeTA conduit des activités dans sept pays à travers le monde : Le Ghana, la Jordanie, le Kyrgizstan, le Pérou, les Philippines, l'Ouganda et la Zambie³⁶. Les sept pays pilotes de MeTA ont mis sur pied des groupes multipartites dénommés conseils qui ont accepté des plans de travail incluant des propositions visant à générer et à divulguer des informations relatives aux prix, à la qualité, la disponibilité et la promotion des médicaments. Les pays définissent leurs propres priorités dans chaque domaine et mettent l'accent sur l'information concernant les prix pratiqués dans la chaîne. Beaucoup reconnaissent cependant la nécessité d'une approche allant au-delà des questions liées aux prix.

Les interventions effectuées dans le cadre de l'Alliance MeTA ont jusqu'ici produit les résultats suivants : i) participation accrue au dialogue politique (Philippines) ; ii) détection de médicaments d'une qualité inférieure (Ghana, Kyrgizstan) ; iii) améliorations dans le processus de sélection des médicaments (Jordanie) ; et iv) mesures tarifaires et autres mesures liées à la transparence (Pérou, Ouganda, Zambie).

35 World Health Organization and Health Action International (2008). *Measuring Medicine Prices, Availability, Affordability and Price Components* (2nd ed.). Geneva, Switzerland.

36 Voir également Ollier, E. (2010). 'Evaluation of the medicines transparency alliance : phase 1 2008-2010' and Medicines Transparency Alliance (2010). 'Affecting change : the MeTA annual review 2009-2010'.



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



UN Photo/Staton Winter

Cette section aborde principalement les principaux domaines du secteur de la santé qui sont particulièrement exposés au risque lié à la corruption : les prestataires (Section 3.1), les agences gouvernementales de régulation du marché des produits pharmaceutiques (Section 3.2), l'acquisition de produits pharmaceutiques et fournitures médicales (Section 3.3), la distribution et le stockage des médicaments (Section 3.4), ainsi que les payeurs (Section 3.5). Pour chaque domaine, sont traités les aspects suivants : l'analyse du problème et la preuve du risque. En plus un ou plusieurs exemple (s) de bonne pratique y est (sont) partagé (s) Les interventions devant être éventuellement menées pour chaque domaine sont incluses dans les tableaux à la fin de ce document.

3.1 Prestataires de soins de santé

Cette sous-section traite la question de la corruption chez les prestataires de soins de santé tels que les médecins, les infirmières et les pharmaciens. La petite corruption associée aux prestataires de soins de santé inclut entre autres l'absentéisme (par exemple ne pas se présenter pour un travail donné et revendiquer un salaire), le vol (de fournitures médicales ou de produits pharmaceutiques) ou encore exiger de façon informelle un paiement en contrepartie d'un service censé être gratuit. Ce type de petite corruption a un impact direct sur la population pauvre en ce sens qu'il s'agit là d'un moyen de lui refuser l'accès aux services et de ce fait mettre en péril sa santé.

3.1.1 Absentéisme

Analyse des problèmes et éléments de preuve

Tout comme dans d'autres secteurs publics tels que l'éducation, l'absentéisme dans le secteur de la santé est un phénomène fréquent dans les pays en développement. En Argentine par exemple, il a été

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



constaté que l'absentéisme est la forme de corruption la plus fréquente chez les médecins et les infirmières travaillant dans les hôpitaux publics.³⁷ Une enquête au Costa Rica a révélé que plus des deux tiers des médecins et infirmières auraient atteint des niveaux élevés d'absentéisme dans leur hôpital.³⁸

L'absentéisme prolongé peut entraîner une baisse du volume des soins de santé, la dégradation de la qualité des soins et l'augmentation des coûts du système de santé.³⁹ Pourtant, l'absentéisme n'est pas à tous les coups perçu comme une forme de corruption. Selon certaines études, il peut être compris comme un moyen de survie ou un « mécanisme d'adaptation » associé aux niveaux de salaires relativement bas et à la nécessité d'avoir plus d'une source de revenus pour s'assurer un niveau de vie décent. Dans une étude du PNUD menée en Mongolie, la plupart des répondants ont estimé que le niveau élevé de corruption dans le secteur de la santé s'explique principalement par les niveaux relativement bas de salaires des médecins et professionnels de santé.⁴⁰ Même si par la suite le gouvernement a décidé d'augmenter les salaires, cette mesure semblait insuffisante pour juguler la corruption dans le long terme. Cela signifie qu'il existe plusieurs facteurs favorisant la corruption et que le fléau ne saurait être attribué à une seule variable.⁴¹

Cependant, l'hypothèse de la faiblesse du niveau de salaires ne saurait expliquer pourquoi la corruption gangrène le secteur de la prestation de services. Les raisons de l'absentéisme sont plus complexes : Ces raisons pourraient entre autres être le manque de motivation, la médiocrité de la qualité de l'enseignement professionnel de santé, le manque de qualifications ou l'incompréhension des rôles / responsabilités qui leur incombent en tant que travailleurs de la santé, structures de responsabilités parallèles ainsi que l'inexistence d'une pratique d'embauche basée sur le mérite.

La petite corruption a un impact direct sur la population pauvre en ce sens qu'il s'agit là d'un moyen de lui refuser l'accès aux services et de ce fait de mettre en péril sa santé.

Exemples de bonnes pratiques

- Une étude menée sur les professionnels de santé dans quatre hôpitaux péruviens a révélé que les médecins ayant des contrats à durée indéterminée et jouissant d'une bonne sécurité professionnelle étaient plus susceptibles de s'absenter que les médecins recrutés sur la base d'un contrat temporaire. Ceci voudrait dire que la responsabilisation de l'employé par l'employeur pourrait contribuer à réduire l'absentéisme et améliorer les performances.

37 Schargrofsky, E., Mera, J., & Weinschelbaum, F. (2001). Di Tella, R. & Savedoff, W., eds., (2001). *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Latin American Research Network, Inter-American Development Bank, Washington, DC (USA).

38 Savedoff W. (2007). 'Transparency and corruption in the health sector : a conceptual framework and ideas for action in Latin America and the Caribbean'. Inter-American Development Bank, Health Technical Note.

39 Lewis & Petterson 2009.

40 De Jaegere, S. & Finley, S. (2009). 'Mapping accountability in the health sector and developing a sectoral assessment framework', UNDP mission report.

41 Nordberg, C., & Vian, T. (2008). 'Corruption in the health sector'. U4 Brief 10, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

3.1.2 Le vol des médicaments et des fournitures médicales

Analyse des problèmes et éléments de preuve

Le vol de médicaments et de fournitures médicales par les professionnels de la santé est devenu monnaie courante dans le monde. Au Venezuela, environ les deux tiers du personnel hospitalier interrogés étaient informés des cas de vols de fournitures médicales et de médicaments. De même, au Costa Rica, 71 % des médecins et 83 % des infirmières ont déclaré avoir été victimes de vols d'équipements ou de matériel médical dans leur hôpital.⁴² Une étude réalisée en Ouganda a révélé que la revente de médicaments représentait la plus grande source de revenus pour le personnel soignant.⁴³

Il a été constaté une recrudescence des vols dans les cas où l'acte pouvait amener à des profits substantiels, lorsque la probabilité d'être découvert est faible ou encore lorsque la sanction correspondant au forfait est mineure.⁴⁴

Exemple de bonnes pratiques

- L'implication des citoyens via la mise en place de « comités de surveillance » du bien public permet de détecter les cas de corruption dans la prestation de services. En Bolivie, par exemple, des directions locales de services de santé (qui étaient composées des représentants des collectivités locales et des représentants des citoyens) ont été mises en place avec pour objectif de surveiller une bonne partie des établissements de santé⁴⁵. La surveillance exercée par les citoyens sur les services et prestations en matière de soins de santé peut avoir un effet dissuasif sur les actes de corruption.

3.1.3 Paiements informels

Analyse des problèmes et éléments de preuve

Quelles sont les raisons qui poussent les gens à exiger de façon informelle des paiements ? pourquoi les gens sont disposés à payer ? voilà deux questions importantes qu'il serait pertinent de se poser. Nul n'est sans savoir que les paiements informels exigés en contrepartie des services médicaux sont plus fréquents dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé, ce qui équivaldrait à dire plus d'obstacles à l'accès aux services pour les patients ayant des ressources limitées.⁴⁶ Une étude sur les paiements informels en République-Unie de Tanzanie a révélé que les patients

42 Di Tella, R. & Savedoff, W. (2001). 'Shining light in dark corners' in Di Tella, R. & Savedoff, W., eds., (2001). *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Latin American Research Network, Inter-American Development Bank, Washington, DC (USA).

43 Ferrinho, P. & Van Lerberghe, W. (2002). 'Managing health professionals in the context of limited resources : a fine line between corruption and the need for moonlighting' World Bank, Washington, DC (USA).

44 Jaén, M., & Paravisini, D. (2001). 'Wages, capture, and penalties in Venezuela's public hospitals' in Di Tella, R. & Savedoff, W., eds., (2001). *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Latin American Research Network, Inter-American Development Bank, Washington, DC (USA).

45 Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). 'Governance in health care delivery : raising performance' World Bank Policy Research Working Paper 5074.

46 Nordberg, C., & Vian, T. (2008). 'Corruption in the health sector'. U4 Brief 10, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



effectuaient fréquemment des paiements informels pour bénéficier d'une meilleure qualité de soins (en d'autres termes, ces paiements ne sont pas toujours perçus par les patients comme des pots-de-vin). Les agents de santé en Tanzanie ont su tirer parti de la « volonté » de la population de payer en contrepartie des services fournis en créant délibérément des pénuries pour soutirer davantage d'argent aux patients.⁴⁷ Une étude menée sur les hôpitaux publics en Amérique latine a révélé que la plupart des frais versés en contrepartie des services de santé publique sont considérés comme étant illégaux.⁴⁸

Indépendamment du fait que les paiements informels sont considérés comme une pratique acceptée dans le secteur des services de soins de santé ou comme une forme de corruption, l'imposition d'une « taxe » sur les services de soins de santé publique qui en principe devraient être gratuites a un impact négatif sur la prestation des soins de santé.⁴⁹ Le résultat final est que la population pauvre n'aura pas accès aux services de santé.

Exemples de bonnes pratiques

- En Hongrie, l'introduction officielle d'un système de co-paiement visait à réduire les cas de paiements informels. Cependant, cette mesure à elle seule n'a pas suffi à modifier le comportement des patients qui continuaient à effectuer des paiements de façon informelle.⁵⁰
- Le système officiel de co-paiement pourrait être complété par d'autres mesures notamment par le système de financement basé sur la performance (PBF) afin de contribuer à la création de mesures incitatives et ainsi amener les gens à adopter un meilleur comportement. Le PBF pourrait fonctionner correctement à condition qu'il existe un important soutien politique et de gestion, que des changements puissent être apportés si nécessaire pour optimiser les performances, des informations fiables sur la santé et un système de notification.⁵¹ Ce type de financement basé sur la performance a récemment été mis en place au Rwanda, entre autres⁵².
- Dans le cadre d'un projet du PNUD en Mongolie, les hôpitaux ont commencé à accorder des primes de rendement pour promouvoir une meilleure prestation de service et un comportement éthique⁵³.

47 Mæstad, O., & Mwisongo, A. (2007). 'Informal pay and the quality of health care : lessons from Tanzania'. U4 Brief 9, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

48 Di Tella, R. & Savedoff, W. (2001). 'Shining light in dark corners' in Di Tella, R. & Savedoff, W., eds., (2001). *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Latin American Research Network, Inter-American Development Bank, Washington, DC (USA).

49 Rose, R. (2006). 'Corruption is bad for your health : findings from Central and Eastern Europe', in *Global Corruption Annual Report : Corruption and Health*. Transparency International, Berlin, Germany.

50 Baji, P., Pavolova, M., Gulaszi, L. & Groot, W. (2010). 'Short-term effects of the introduction of official patient fees on informal payments : the case of Hungary'. Presentation, ECHE 2010, Helsinki, Finland

51 Pour plus d'information sur PBF, consulter Eldridge, C. & Palmer, N. (2009), 'financement basé sur la performance : some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions', *Health Policy and Planning* 24 : 160-166.

52 Consulter USAID (2008). 'Corruption assessment of Rwandan Health Sector'.

53 Lkhagvasuren, N. (2009). 'Integrity in the health sector : Mongolia project assessment'. UNDP, New York, NY (USA).



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Encadré 1. Suivi participatif de la lutte contre la corruption (SPLC) en Arménie

Le projet de mettre en œuvre un suivi participatif pour lutter contre la corruption (SPLC) en Arménie vise à évaluer l'impact des initiatives et des mesures contre la corruption dans le secteur de la santé grâce à une surveillance communautaire.

L'effort a consisté à mettre en place un système de suivi à trois niveaux pour contrôler et évaluer les problèmes systémiques, les risques de corruption et les manifestations de la corruption à travers quatre aspects indissociables et complémentaires : la qualité de l'accès aux services, aux finances et circulations monétaires parallèles, aux droits et à la légalité, à l'administration et aux fonctions.

Même si les principes de suivi communautaire sont bien connus, des outils spécifiques pour assurer le contrôle de qualité ont du être mis en place, tels que des directives sur les responsabilités des membres d'un groupe communautaire, des normes d'éthique et des règles de base ainsi que des instruments pour la conduite des observations, des entretiens avec des experts, des groupes de discussion et des entrevues en profondeur. Les groupes communautaires engagés pour effectuer le suivi ont ainsi été équipés avec les outils et les connaissances nécessaires pour entreprendre l'effort, même si certains parmi eux n'avaient aucune expérience antérieure pertinente.

Le suivi a été effectué du mois d'avril au mois d'octobre 2007 à Erevan, la capitale, et ainsi que dans 10 autres villes dans différentes régions du pays. Un total de 22 cliniques et hôpitaux ambulatoires ont été examinés.

Les résultats du projet ont décrit la situation au démarrage de la mission dans le secteur de la santé, en particulier les risques et les manifestations de la corruption dans les différents secteurs et à tous les niveaux du système de santé, selon les catégories fonctionnelles (ressources humaines, médicaments, technologies médicales et questions financières). Sur cette base, des recommandations de changements systémiques ont été élaborées et communiquées aux autorités publiques en charge et au premier ministre. En fin de compte, la majorité des recommandations du projet ont été acceptées et intégrées dans la nouvelle stratégie nationale de lutte contre la corruption.

Source : <http://europeandcis.undp.org/uploads/public1/files/ACPN/I%20Report%20Findings%20of%20the%20Anti-Corruption%20Participatory%20Monitoring%20conducted%20in%20the%20health%20and%20education%20sectors%20by%20civil%20society%20anti-corruption%20groups%5B1%5D.pdf>

3.1.4 Fraude

Analyse des problèmes et éléments de preuve

En moyenne 5,59 % des dépenses annuelles pour la santé mondiale ne sont jamais dépensées comme elles le devraient à cause de la fraude, une tromperie intentionnelle pouvant conduire à un avantage injustifié pour la personne qui perpétue la fraude.⁵⁴ Ainsi l'OMS estime que les dépenses

54 European Healthcare Fraud and Corruption Network (2009). 'The financial costs of health care fraud'

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



mondiales concernant la santé sont d'environ 4 700 milliards de dollars, ce qui se traduit par environ 260 milliards de dollars détournés à l'échelle mondiale à cause de la fraude et d'erreur..

La fraude dans le système de la santé comprend l'encaissement des frais d'un usager par un fournisseur de services ou la surfacturation d'une agence d'assurance maladie par un médecin. Dans un hôpital, cela implique la diversion des frais des patients ou la collusion entre un administrateur hospitalier et un agent acheteur. Par exemple, au Liberia, la Commission générale d'audit a découvert que les irrégularités financières par l'équipe du ministère de la santé et des affaires sociales avaient détourné près de 4 millions USD dans un fonds⁵⁵.

Exemples de bonnes pratiques

- Des contrôles et des équilibres institutionnels, tels que la répartition des fonctions entre caissiers et comptables, peuvent aider à contrôler la fraude.
- La comparaison des revenus réels, prévus et réguliers des audits internes et externes est une mesure recommandée pour prévenir la fraude.
- La Banque interaméricaine de développement (BID) a procédé à un audit externe des hôpitaux publics à Bogota, en Colombie. Cette étude externe assurée par le secrétariat de la santé à Bogota a prouvé que la fraude avait bien eu lieu et en retour, des mesures ont été prises pour réduire le vol et la facturation inappropriée dans les hôpitaux.⁵⁶ Cet exemple montre que les outils de transparence et de contrôle sont des mesures efficaces pour lutter contre la fraude.

UN Photo/Evan Schneider



55 Consultez le site www.liberianobserver.com/node/5767.

56 Savedoff W. (2007). 'Transparency and corruption in the health sector : a conceptual framework and ideas for action in Latin America and the Caribbean'. Inter-American Development Bank, Health Technical Note, p. 11.



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Tableau 1. Sélection des interventions pour une amélioration de la performance du fournisseur

Intervention	Type	Commentaire
Financement basé sur la performance	Gestion	Des récompenses financières ont contribué à assurer une meilleure performance. Domaine du gouvernement national ou régional en fonction de la structure du système de santé.
Augmentations des salaires	Gestion	Fonctionne si d'autres mesures sont appliquées en parallèle, telles que des sanctions « sévères » pour les violations de conduite professionnelle et les taux du marché correspondant. Domaine du gouvernement national ou régional en fonction de la structure du système de santé.
Une législation qui rend les cadres juridiquement responsables des actes de leurs subordonnés	Gestion	Peut contribuer à réduire la corruption en veillant à ce que la surveillance des pratiques soit appliquée de manière plus efficace. ⁵⁷ . Domaine du gouvernement national.
Poursuivre ou établir des sanctions administratives pour les violations individuelles	Responsabilité/surveillance	Aide à donner l'exemple, mais exige aussi un système judiciaire qui fonctionne bien. ⁵⁸ . Doit être initiée au niveau des établissements mais prise en charge par le gouvernement national.
Introduire ou améliorer des mécanismes de contrôle interne	Responsabilité/surveillance	Peut aider à minimiser le vol des fournitures médicales dans les hôpitaux et les cliniques de santé publique, y compris la surveillance de la direction. ⁵⁹ . Doit être faite au niveau de l'établissement.
Adopter et appliquer un code de conduite pour les fonctionnaires et les professionnels qui spécifie les attentes et exige également de la part des fonctionnaires une déclaration de leurs avoirs ⁶⁰	Gestion et transparence	Exige la supervision et le soutien des systèmes de gestion

57 Ibid.

58 Nordberg, C., & Vian, T. (2008). 'Corruption in the health sector'. U4 Brief 10, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway, p. 55.

59 Ibid. p. 92.

60 Ibid.

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



Intervention	Type	Commentaire
Procède à des évaluations externes, y compris des visites inopinées dans les établissements de santé et l'évaluation des services par les clients et les bénéficiaires	Responsabilité/ surveillance	Domaine du gouvernement national, régional ou local.
Mettre en place une ligne téléphonique sécurisée dédiée à la lutte contre la corruption pour les citoyens et les professionnels	Responsabilité/ surveillance	Doit être liée à un suivi adéquat, une rétroaction et une protection des informateurs. Domaine du gouvernement national, régional ou local.
Surveiller la performance au travail et répondre aux attentes de performance; standardiser des descriptions d'emploi, mettre en œuvre et appliquer des règles transparentes, des normes de comportement et des politiques de promotion fondées sur le mérite ⁶¹	Gestion	Responsabilité au niveau des établissements
Formalise les frais d'utilisation des régimes d'exemption pour la population pauvre	Transparence	Est également efficace en Albanie, au Cambodge et au Kirghizistan. Augmentation des fonds pour les établissements, suppléments de salaires pour le personnel, contribution à l'achat de fournitures et élimination progressive du soutien des donateurs. Exige également un plan d'éducation publique solide. ⁶² Domaine du gouvernement national.

61 Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). 'Governance in health care delivery : raising performance'. World Bank Policy Research Working Paper 5074.

62 Miller, K. & Vian, T. (2010). 'Strategies for reducing informal payments' in Vian, T., Savedoff, W. & Mathisen, H. (2010). *Anticorruption in the Health Sector : Strategies for Transparency and Accountability*, Kumarian Press, West Hartford, CT (USA).



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

3.2 Organismes publics de réglementation du marché pharmaceutique

Cette section met l'accent sur le rôle du gouvernement dans la régulation du marché pharmaceutique et, plus précisément, dans la sélection des médicaments.⁶³ Le processus de sélection pharmaceutique implique l'enregistrement et l'autorisation de la commercialisation des médicaments sur le marché pharmaceutique, ce processus gouvernemental précise également les médicaments inclus dans un formulaire public et donc soumis aux politiques de remboursement.

L'enregistrement des médicaments et l'autorisation de commercialisation relèvent de la responsabilité des agences nationales du médicament. Malheureusement, ces agences sont souvent mal financées et disposent d'un personnel et d'une capacité institutionnelle limités. Si les cadres législatifs et régle-

mentaires sont faibles et qu'il existe un manque de transparence et de responsabilité dans les processus, les fournisseurs peuvent soudoyer les fonctionnaires pour enregistrer leurs médicaments sans avoir les informations nécessaires, ou des fonctionnaires du gouvernement peuvent retarder délibérément le processus d'enregistrement pour solliciter un paiement illicite ou favoriser un autre fournisseur. Ce qui peut créer des ouvertures sur le marché de médicaments contrefaits et de qualité inférieure.

L'OMS définit un médicament contrefait comme un médicament « qui est délibérément et frauduleusement mal étiqueté quant à son identité et / ou sa source. La contrefaçon peut s'appliquer aussi bien aux produits de marque

La réglementation des produits et des services de santé est une fonction essentielle du gouvernement. Les gouvernements doivent veiller à ce que les professionnels de la santé disposent d'une licence adéquate et que les produits de santé soient fiables et efficaces.

qu'aux produits génériques et les produits contrefaits peuvent contenir de bonnes ou de mauvaises molécules, sans ou avec des composants actifs insuffisants ou dans un emballage trompeur ».⁶⁴

De manière problématique, les médicaments utilisés pour traiter certaines des maladies les plus répandues dans le monde, telles que le paludisme, la tuberculose et les infections bactériennes, sont les plus fréquemment contrefaits.⁶⁵ Tout le point ci-dessus traite des risques extrêmes pour la santé qui sont associées lorsque les médicaments contrefaits et les faux sont disponibles dans un marché pharmaceutique en raison de l'absence de la bonne gouvernance et la faiblesse des systèmes de santé.

Une fonction clé dans le processus de sélection pharmaceutique consiste à vérifier si les médicaments sont enregistrés et conformes aux exigences du marché afin d'être disponibles dans le formulaire des médicaments autorisés. Les risques dans le processus de sélection comprennent :

63 Cette section est basée au préalable sur le travail que le consultant a effectué sur le sujet. See Cohen, J., Mrazek, M., & Hawkins, L. (2007). 'Corruption and pharmaceuticals: strengthening good governance to improve access' in Campos, J. E., & Pradhan, S., eds., *The Many Faces of Corruption: Tracking Vulnerabilities at the Sector Level*. World Bank, Washington, DC (USA).

64 Consulter le site de l'OMS : www.who.int/medicines/services/counterfeit/faqs/05/en/.

65 Pincock, S. (2003). 'WHO tries to tackle problem of counterfeit medicines in Asia'. *British Medical Journal* 327, (7424), 1126.

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



des pots-de-vin provenant des fournisseurs et des avantages afin que les médicaments sur les formulaires ne soient pas adaptés aux besoins de santé de la population ou rentables. Une étude de l'USAID sur la corruption dans le système pharmaceutique en Bulgarie a révélé que le formulaire national des médicaments autorisés a eu des cas de sélection de nouveaux (généralement plus chers) agents pharmaceutiques et une exclusion des agents les plus anciens tous aussi efficaces dans le traitement de la condition pertinente et aussi relativement rentables.⁶⁶

Les listes des médicaments prioritaires peuvent prévenir la corruption dans le processus de sélection des médicaments, car elles comprennent généralement des médicaments étudiés par l'OMS et considérés comme nécessaires pour la plupart des maladies courantes. Mais l'utilisation d'une liste de médicaments prioritaires doit être accompagnée par d'autres initiatives contre la corruption ainsi que tout au long de la chaîne d'approvisionnement en médicaments. Par exemple, dans les Balkans, la dose prescrite pour un produit dans la liste des médicaments prioritaires a été mise en place afin que le fabricant local puisse gagner l'offre d'achat⁶⁷.

Exemples de bonnes pratiques

- L'OMS a publié depuis 1977 une liste des médicaments prioritaires qui peut être utilisée comme un guide pour les pays. Chaque édition établit une liste limitée de médicaments prioritaires; incluant les maladies courantes ainsi que les produits pharmaceutiques les plus efficaces et accessibles pour la plupart des pays.
- La transparence aide à prévenir la corruption dans le processus de sélection des médicaments.
- Le gouvernement de Mongolie a mis au point une base de données publique en ligne pour l'enregistrement des médicaments. La base de données a permis de réduire le nombre de médicaments non homologués sur le marché de même qu'elle a contribué à accélérer le processus d'enregistrement.
- Même lorsque les pays n'ont pas les ressources ou la taille pour justifier une agence du médicament à grande échelle, l'évaluation de la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments commercialisés sur leurs marchés restent possibles sans tests complets. Par exemple, un produit candidat peut déjà disposer d'une autorisation de marché via une agence du médicament reconnue par un autre pays (par exemple, les Etats-Unis Food et Drug Administration ou par l'organisation européenne des médicaments). Dans de tels cas, certains pays peuvent qualifier les documents présentés à ces agences comme suffisants. Si la documentation n'est pas disponible, le pays peut sous-traiter le test nécessaire dans un laboratoire neutre ou il peut se livrer à ses propres essais⁶⁸.

66 Iris Center for USAID (2005). 'Governance in Bulgaria's pharmaceutical sector : a synthesis of research findings'. Iris Center, Baltimore, MD (USA).

67 Cohen, J., Mrazek, M., & Hawkins, L. (2007). 'Corruption and pharmaceuticals : strengthening good governance to improve access' in Campos, J. E., & Pradhan, S., eds., *The Many Faces of Corruption : Tracking Vulnerabilities at the Sector Level*. World Bank, Washington, DC (USA).

68 Ibid., p. 43.



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Tableau 2. Sélection des interventions pour l'amélioration de la fonction de réglementation publique

Intervention	Type	Commentaire
Mettre en place une agence du médicament indépendante bien dotée en ressource	Gestion	Doit être réalisée par le gouvernement national.
Assurer un enregistrement et des procédures d'approbation de commercialisation appliquées de manière uniforme, en cours pour tous les fournisseurs, et accessibles au public par le biais d'un site web public	Transparence	Les directives d'enregistrement du Nigeria ont été mises à jour dans le cadre d'une stratégie de lutte contre la corruption. ⁶⁹ Domaine du gouvernement national.
Garantir une organisation de réglementation afin de fournir au public une justification pour la transparence des décisions	Transparence	Implique la publication régulière sur un site web du gouvernement de l'enregistrement des médicaments et des décisions d'autorisation sur le marché. Le processus devrait être complété par un processus d'appels formel. Domaine du gouvernement national.
Exiger le personnel chargé de l'organisation de la réglementation et les membres du comité complémentaire impliqués dans les décisions d'approbation et d'enregistrement du marché de signer un document de conflit d'intérêts diffusé publiquement	Transparence	La diffusion publique des conflits d'intérêts devrait également faire partie de cette stratégie. Domaine du gouvernement national.

69 Ibid., p. 41.

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



Intervention	Type	Commentaire
Mettre en place une organisation chargée de la gestion des conflits d'intérêts.	Responsabilité/surveillance	Doit prévoir un processus de notification et d'examen des conflits d'intérêts et déterminer les mesures à prendre. Un tel processus doit garantir que les personnes ayant des conflits réels ou apparents ne sont pas impliquées dans le processus décisionnel. Domaine du gouvernement national.
Mettre en œuvre et maintenir une surveillance continue du marché pharmaceutique avec une campagne d'éducation publique complémentaire pour enseigner aux consommateurs la manière d'identifier un produit contrefait. ⁷⁰	Responsabilité/surveillance	Inclure des tests aléatoires et des rapports courants pour les utilisateurs et les patients afin que tous les problèmes potentiels soient identifiés. En Azerbaïdjan, par exemple, les médicaments ayant passé l'inspection du gouvernement avec succès ont reçu un autocollant hologramme de sorte qu'ils soient facilement identifiables. Domaine du gouvernement national.

3.3 Acquisition de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales⁷¹

Analyse des problèmes et éléments de preuve

L'objectif d'acquisition des médicaments ou des fournitures médicales consiste à garantir que la bonne quantité d'un produit est achetée avec la bonne qualité à un prix rentable. L'acquisition peut avoir lieu au niveau du gouvernement national ou elle peut être décentralisée et se déroule au niveau des établissements. Il n'existe pas de preuve claire sur la démarche la plus fiable pour lutter contre la corruption. Car ce n'est pas le niveau d'acquisition qui importe, mais plutôt la manière dont le processus d'achats est mis en place.

Des spécifications peuvent être manipulées pour favoriser un fournisseur, des fournisseurs peuvent soudoyer les fonctionnaires chargés des marchés pour obtenir un avantage dans le processus d'appel d'offres, de passation des marchés et des achats de produits qui peuvent se produire lorsque il n'existe aucune raison justifiable de santé.

⁷⁰ Ibid., p. 42

⁷¹ Cette section se base sur Cohen, J., Mrazek, M., & Hawkins, L. (2007). 'Corruption and pharmaceuticals : strengthening good governance to improve access' in Campos, J. E., & Pradhan, S., eds., *The Many Faces of Corruption : Tracking Vulnerabilities at the Sector Level*. World Bank, Washington, DC (USA).



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

L'acquisition de médicaments financée par l'État est particulièrement sensible à la corruption parce que les volumes de médicaments sont généralement importants et les contrats sont très lucratifs, motivant certains acteurs à commettre des actes de corruption.

En Albanie, par exemple, les cas de corruption lors des acquisitions de produits pharmaceutiques comprenaient des intérêts financiers privés qui déterminent quels médicaments se procurer pour le système de santé publique, des commissions occultes ou des pots-de-vin ont permis aux soumissionnaires d'avoir accès à des informations confidentielles, et utiliser l'approvisionnement direct au lieu d'un appel d'offres sans justification.⁷² La fraude aux marchés publics est particulièrement risquée dans les hôpitaux puisque presque toutes les dépenses sur le capital impliquent des achats, une expertise technique et le temps qui sont souvent limités.⁷³

Encadré 2. La Banque mondiale et la corruption dans les marchés : projets de santé en Inde

L'étude de la Banque mondiale Examen détaillé de la mise en œuvre en Inde en 2007 - 2008 comprenait une vaste étude des pratiques d'acquisition dans cinq projets sur la santé de la Banque mondiale dont l'achat. La fraude et la corruption ont été traitées dans tous les projets et comprennent : collusion, corruption, prix des offres manipulés, travaux déficients de génie civil certifiés complets, matériel cassé ou endommagé certifié conforme aux spécifications, sous-prestation des services, audit de projet inadéquat et systèmes de contrôle.⁷⁴

Des interventions contre la corruption sont maintenant en place. Elles comprennent des audits sur les achats, le contrôle et suivi communautaire, les cartes de la communauté sociale et les audits sociaux, la publication en ligne de tous les processus d'achats, les conditions plus rigoureuses pour les ONG, les passations de marchés et les audits sur les achats. Nestor Pharmaceuticals Ltd et Pure Pharma Ltd, deux entreprises reconnues coupables de collusion dans le cadre du projet Reproductive and Child Health sur la santé en Inde, ont également été empêchées de participer aux appels d'offres de la banque mondiale sur une période de temps définie.

72 Vian, T. (2003). 'Corruption in the health sector in Albania'. USAID/Albanian Civil Society Corruption Reduction Project.

73 Vian, T. (2006). 'Corruption in hospital administration'. Transparency International, Berlin, Germany.

74 World Bank Group (2008), 'Annual integrity report : protecting development's potential'.

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



Exemples de bonnes pratiques

- Les procédures et systèmes d'achats doivent garantir que les médicaments achetés sont de haute qualité et conformes aux normes internationales, car les produits peuvent varier considérablement dans la formulation et la biodisponibilité, selon le fournisseur. Lorsque cette différence est thérapeutiquement significative, des changements réguliers de fournisseurs peuvent avoir des conséquences sur la qualité du produit. Même lorsque de nouveaux produits correspondent parfaitement en contenu, les changements de forme posologique peuvent être problématiques, nécessitant une nouvelle formation du patient et du fournisseur.
- Des systèmes efficaces d'assurance qualité impliquent la sélection des fournisseurs fiables utilisant des mécanismes existants tels que le WHO Certification Scheme on the Quality of Pharmaceutical Products Moving in International Commerce ;pour établir un programme de notification des défauts des produits et des épreuves ciblées de contrôle de la qualité.
- La sélection des fournisseurs avec une expérience avérée pour fournir des produits de haute qualité peut contribuer à l'assurance qualité, et ce aussi longtemps que les contrôles appropriés seront en place.
- La transparence des prix sur les marchés contribue à freiner les prix abusifs et trop élevés pour les produits, et peut être légèrement coûteuse à mettre en œuvre. Un exemple à cet égard est l'affichage public de fournitures médicales achetées pour les hôpitaux publics par le gouvernement de la ville de Buenos Aires, en Argentine. Les autorités ont informé l'ensemble des responsables d'achat de la décision du gouvernement de la ville d'afficher les prix, par conséquent, ces derniers ont chuté au cours des premiers mois de cette intervention en prévision du relevé des prix. Mais la baisse des prix n'est pas effective, ce qui suggère le manque de souffle de cette initiative et la nécessité d'interventions complémentaires telles que l'imposition de sanctions en cas de comportement contraire à l'éthique.
- Le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement de l'USAID (SGCA) a créé un système d'achat (conforme aux directives d'achat du gouvernement fédéral des États-Unis en ligne) qui répertorie des informations sur les appels d'offres et les prix⁷⁵.
- L'achat électronique, comme ce qui se fait pour le système d'achats au Chili, est souvent cité comme un outil efficace pour prévenir la corruption dans l'acquisition des médicaments. Grâce au recours aux offres électroniques et à la diffusion d'informations sur les processus et les résultats d'achats, la corruption a été freinée considérablement. Ces interventions contre la corruption sont encore plus efficaces lorsqu'un grand nombre de fournisseurs sont en compétition pour chaque produit afin que la concurrence des prix soit encouragée et les possibilités de collusion réduites⁷⁶.

75 Vian, T. (2010). 'Preventing drug diversion through supply chain management'. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

76 See Cohen, J., & Montoya, J. (2001). 'Using technology to fight corruption in pharmaceutical purchasing : lessons from the Chilean experience'. World Bank Institute, Washington, DC (USA).



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

- Des chercheurs de l'Université de Boston aux États-Unis ont mis au point deux outils possibles de transparence pour aider les acheteurs de médicaments (par exemple, les gouvernements et les ONG) et limiter la corruption dans les marchés⁷⁷. Le premier outil est l'analyse aberrante des prix à haute valeur, il examine chaque médicament antirétroviral (utilisé pour traiter l'infection au VIH) et permet aux utilisateurs d'évaluer si les prix payés sont excessivement plus élevés que la répartition mondiale des prix pour le même produit. Cet outil peut être utilisé en interne pour identifier les domaines pouvant causer des problèmes dans le processus d'achats et être suivi avec des études de cas afin de détailler davantage le processus d'achats. Le second outil permet la comparaison entre les prix nationaux et les prix mondiaux en moyenne pour des produits identiques. Les chercheurs ont comparé 90 pays et ont révélé que les pays devraient s'efforcer d'avoir la plupart de leurs achats entre 25e à 50e centile. Ce qui semble indiquer que leurs produits sont au même niveau ou au-dessous des prix mondiaux médians.

Tableau 3. Sélection des interventions pour l'amélioration des fournisseurs de médicaments et de fourniture : Achat

Intervention	Type	Commentaire
Garantir une politique claire sur la méthodologie de quantification des fournitures	Transparence	Limite la discrétion individuelle et l'approbation par un comité d'experts impartiaux. Dépend du lieu de l'achat qui peut être le domaine du gouvernement national, régional ou local ou d'un établissement de santé
Garantir que la date de clôture de l'ensemble des contrats d'achats sera respectée, que toutes les offres seront enregistrées et toutes les sentences et décisions d'arbitrage seront prises par le comité des achats ou le conseil d'offre.	Transparence et gestion	Met en place des critères clairs pour le processus d'achats. Domaine du gouvernement national, régional, local ou d'un établissement de santé.
Publier toutes les offres d'achats et les résultats des adjudications en ligne	Transparence	Les prix affichés en public pour les médicaments ou autres fournitures peuvent aider à ce que les prix soient transparents et à éviter la manipulation des prix. Domaine du gouvernement national, régional, local ou d'un établissement de santé.

77 Waning, B., & Vian, T. (2010). 'Transparency and accountability in an electronic era : the case of pharmaceutical procurement' in T. Vian, 'Preventing drug diversion through supply chain management'. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



Intervention	Type	Commentaire
Utiliser des offres électroniques lorsque c'est possible	Transparence	Peut être fait à n'importe quel niveau du système de santé où l'approvisionnement se déroule
Présélection des fournisseurs (par exemple, via le programme de requalification de l'OMS)	Gestion	Augmente la probabilité des fournisseurs crédibles. Domaine du gouvernement national, régional, local ou d'un établissement de santé.
Surveiller les prix des fournitures	Transparence	Permet de découvrir des coûts cachés causés par la mauvaise qualité des produits, la performance médiocre des fournisseurs ou la courte durée de vie. Domaine du gouvernement national, régional, local ou d'un établissement de santé.
Vérifier les prix contre des références internationales	Responsabilité/ surveillance	Le guide Management Sciences for Health's International Drug Price Indicators ⁷⁸ et les outils de l'université de Boston cités dans la section 3.3 peuvent aider à comparer les prix. Domaine du gouvernement national, régional, local ou d'un établissement de santé.
Utiliser des lignes directrices internationales pour des pratiques d'approvisionnement dans la santé	Gestion	Par exemple the World Bank, Standard Bidding Document for the Procurement of Health Sector Goods (May 2004) and WHO Operational Principles for Good Pharmaceutical Procurement (1999). Domaine du gouvernement national, régional, local ou d'un établissement de santé.
Mandater des rapports réguliers des indicateurs de performance clés pour les achats	Responsabilité/ surveillance	Le domaine des rapports dépendra de l'endroit où l'achat a eu lieu.

78 Disponible sur www.msh.org/resource-center/international-drug-price-indicator-guide-electronic.cfm (accessed 24 August 2010).



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Intervention	Type	Commentaire
Un comité des experts de la commission de surveillance dans tous les marchés	Responsabilité/ surveillance	Une large participation est un outil efficace pour lutter contre la corruption. Domaine du gouvernement national, régional, local ou d'un établissement de santé.
Fournir une assistance technique et une formation aux responsables d'achats ⁷⁹	Gestion	Les responsables des achats devraient idéalement signer un contrat pour être maintenus en poste durant un nombre d'années fixes. Ce qui peut être amélioré en particulier par les bailleurs de fonds si le financement est fourni pour aider à renforcer la capacité d'achat. Domaine du gouvernement national, régional, local ou d'un établissement de santé.

3.4 Distribution et stockage des médicaments⁸⁰

Analyse des problèmes et éléments de preuve

De mauvaises conditions de stockage peuvent entraîner des pertes, soit par la mauvaise gestion des produits pharmaceutiques (conduisant à leur expiration) ou par une corruption ordinaire (vol de médicaments). Les livraisons peuvent être volées en de nombreux points du système de distribution, notamment au niveau du personnel portuaire, des syndicats du crime qui organisent des vols importants commis dans les entrepôts et des conducteurs le long de l'itinéraire de livraison. Même si les médicaments atteignent leur destination, les fonctionnaires et les travailleurs des établissements de santé peuvent les voler pour leur propre usage ou profit.

Il n'est pas surprenant que le détournement de médicaments augmente les coûts des soins de santé, étant donné que les médicaments peuvent représenter environ entre 10 % et 30 % des budgets récurrents pour la santé dans les pays à faible revenu.⁸¹ Ainsi, les pertes de stocks ont évidemment un impact sur l'accès de la population aux médicaments. Des mesures incitatives de détournement peuvent être plus risquées dans la distribution et le stockage des médicaments coûteux tels que les médicaments antirétroviraux. Un engagement à grande échelle pour le traitement met la pression aux autorités sanitaires pour qu'ils dépensent les fonds rapidement, ce qui signifie qu'ils disposent de peu de temps pour surveiller la chaîne d'approvisionnement ou fournir des contrôles efficaces sur la demande⁸².

79 Nordberg, C., & Vian, T. (2008). 'Corruption in the health sector'. U4 Brief 10, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

80 Cette sous-section est basée sur Cohen, J., Mrazek, M., & Hawkins, L. (2007). 'Corruption and pharmaceuticals : strengthening good governance to improve access' in Campos, J. E., & Pradhan, S., eds., *The Many Faces of Corruption : Tracking Vulnerabilities at the Sector Level*. World Bank, Washington, DC (USA).

81 Vian, T. (2010). 'Preventing drug diversion through supply chain management'. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway, p. 10.

82 Information drawn from Vian, T. (2010). 'Preventing drug diversion through supply chain management'. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



Exemples de bonnes pratiques

- Le plan d'urgence du président américain contre le sida (PEPFAR) et le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement (SCMS) sont de bons exemples de gestion de la chaîne d'approvisionnement qui accroissent la responsabilité et le contrôle de la livraison de médicaments par des fonctions de séparation. Dans ces systèmes, les fournisseurs privés sont employés par le secteur public pour fournir des médicaments à des points précis du système de santé.
- PHD, une entreprise en Afrique du Sud⁸³, a signé un contrat avec le gouvernement pour la livraison de médicaments au gouvernement et aux points de livraison du secteur privé. Elle a 9 000 livraisons et produits de fournitures provenant de 30 fournisseurs. Les services comprennent les éléments suivants : stockage sécurisé, gestion des stocks et distribution des médicaments aux grossistes, détaillants, hôpitaux, cliniques et cabinets de médecins à travers l'Afrique du Sud.

Tableau 4. Sélection des interventions pour l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments et autres fournitures : distribution⁸⁴

Intervention	Type	Commentaire
Enregistrer les livraisons en temps réel pour détecter le détournement à travers toute la distribution et le stockage grâce à l'utilisation de systèmes informatisés et automatisés	Responsabilité /surveillance	Des systèmes optimaux utilisent le codage à barres et des scanners ou une identification via une technologie de radiofréquence (RFID).
Créer des systèmes pour le suivi électronique des véhicules de transport et pour la vérification de l'inventaire (pour chaque lot)	Responsabilité /surveillance	Peut nécessiter une intervention avec un coût plus élevé.
Mettre en œuvre une enquête de suivi des dépenses publiques (ESDP) pour valider la prestation et le financement des médicaments	Responsabilité /surveillance	Egalement pertinente pour d'autres domaines dans le secteur de la santé.

83 Consulter www.phdist.co.za (accessed 24 August 2010).

84 Le secteur du gouvernement dépendra des niveau(x) du gouvernement (national, étatique/provincial ou municipal) engagés dans le suivi de la distribution des médicaments.



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Intervention	Type	Commentaire
Mettre en œuvre une protection des établissements physiques et des mesures de sécurité notamment l'embauche du personnel de sécurité, le dépistage de tous les employés avant l'embauche (tous les ans) pour le crédit et le casier judiciaire, les polygraphes annuels, et la surveillance ⁸⁵	Gestion	Un composant de base, mais souvent négligé.
Mandater et respecter la séparation de la main d'œuvre et des fonctions	Gestion	Dans une PHD en Afrique du Sud, les entrepôts sont divisés en trois unités, divisée chacune en : physiques, politiques du personnel et procédures d'exploitation. ⁸⁶
Engager des groupes de la société civile dans le suivi des systèmes d'administration des médicaments	Responsabilité /surveillance	Engager des organisations de la société civile (OSC) en tant qu'« observateurs » du bien public reste une intervention peu coûteuse et efficace.
Exécuter des analyses régulières du risque pour le transport et la livraison	Responsabilité /surveillance	Le risque de vol durant le transport et la livraison est réduit grâce à l'analyse des risques des itinéraires de livraison avec des mesures d'accompagnement appropriées. ⁸⁷
Créer des conseils de santé chargés de la distribution et un suivi régulier des stocks au niveau des établissements	Responsabilité /surveillance	Les membres du conseil de santé doivent être bien blindés afin d'éviter des conflit d'intérêts potentiels.

85 Ibid.

86 Ibid.

87 Ibid.

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



3.5 Budgets pour la santé

Analyse des problèmes et éléments de preuve

A l'instar des autres domaines de financement du secteur public, les budgets pour la santé peuvent être soumis à la corruption si la surveillance fait défaut. Des systèmes budgétaires de gestion sont limités en particulier dans de nombreux pays en développement, dans de tels contextes, le suivi des budgets est difficile, les données critiques sont portées disparues et l'information financière sur les dépenses peut être faussée. Le processus de formulation du budget est souvent un point faible et vulnérable aux politiques d'intérêt. D'importantes mesures ont été prises pour améliorer ces situations : en particulier, les budgets de santé dans de nombreux pays en développement bénéficient désormais du soutien des institutions internationales et des mécanismes de financement tels que l'Alliance GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Les processus budgétaires et les vulnérabilités correspondantes à la corruption seront différents en fonction du budget qui est géré au niveau national et / ou pris en charge par des programmes traditionnels bilatéraux ou des initiatives mondiales. Cette différenciation devrait être prise en compte pour déterminer quelles mesures sont les plus appropriées à employer pour prévenir la corruption.

Le financement des bailleurs de fonds peut être très vulnérable à la corruption. Deux raisons principales expliquent que le financement provenant de cette source puisse être considérablement plus élevé que le budget national de la santé et elles disposent d'une courte période de temps pour le décaissement. Avec des délais plus courts, le suivi des décaissements peut ne pas avoir lieu ou être insuffisant. En outre, le financement des bailleurs de fonds peut être plus difficile à suivre quand il est converti en monnaie locale, un problème similaire peut se produire parce que les transactions sont souvent des trésoreries basées sur des ressources limitées (et donc moins facile à suivre).⁸⁸.

La Zambie est un cas de financement des bailleurs de fonds pour la santé soumis à la corruption. Le pays est la destination d'un grand nombre de bailleurs de fonds pour la santé, dont beaucoup ont été mis en commun via une démarche sectorielle (SWAp).⁸⁹. Même si le fort potentiel de corruption en Zambie était bien connu, les bailleurs de fonds n'ont pas pris les mesures nécessaires pour s'assurer que les processus de lutte contre la corruption et la bonne gouvernance étaient suffisamment en place avant l'octroi des fonds. En 2009, la commission de lutte contre la corruption en Zambie a constaté que les hauts fonctionnaires du ministère de la santé et de la sécurité sociale avaient détourné 1,4 millions de dollars. Les fonctionnaires étaient payés comme consultants pour des ateliers qui n'ont pas eu lieu.⁹⁰. Dès que la corruption a été découverte dans le secteur de la santé, le soutien des bailleurs de fonds, qui représente la moitié du budget national de la santé, a été gelé, ce qui a conduit à une interruption des services de soins de santé. Après le scandale de la corruption, un certain nombre de mesures ont été préconisées par les bailleurs de fonds. Elles consistent notamment à assurer la transparence dans les décisions budgétaires, le renforcement des systèmes de gestion financière, obligeant régulièrement des audits et rapports financiers et la hiérarchisation du suivi pour assurer la mise en œuvre des recommandations d'audit pour les gouvernements.

88 Semrau, K., Scott, N., & Vian, T. (2010). 'Embezzlement of donor funding in health projects' in Vian, T., *Preventing Drug Diversion Through Supply Chain Management*. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway. p. 25.

89 Consulter le site : www.who.int/trade/glossary/story081/en/ for more information about SWAps.

90 Pour plus d'information voir Pereira, J. (2009). 'Zambia aid effectiveness in the health sector', Action for Global Health.



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Exemples de bonnes pratiques

- Le gouvernement et les bailleurs de fonds ont mis en place un fonds de contrôle social en Colombie. Selon les termes du fonds, les citoyens surveillent le financement des secteurs clés comme la santé. Il est estimé que près de 5,4 millions de dollars auraient été perdus à cause de la corruption⁹¹.
- Les enquêtes de suivi des dépenses du secteur peuvent aider à identifier les détournements budgétaires éventuels ainsi que la manière dont l'argent est dépensé. Cependant, une mise en garde importante est que le suivi des dépenses globales pour la santé est souvent difficile car il existe de multiples sources et mécanismes de financement⁹².
- Il est utile de savoir quels fonds sont utilisés dans le secteur de la santé (budget de base, bailleurs de fonds, etc.) afin d'assurer leur cohérence dans le décaissement et la gestion financière ainsi que les dépenses appropriées à la clinique et aux niveaux des hôpitaux⁹³.

Tableau 5. Sélection des interventions pour l'amélioration de la performance du payeur⁹⁴

Intervention	Type	Commentaire
Appliquer et mettre en œuvre le Code de bonnes pratiques révisé en matière de transparence des finances publiques du FMI (2007) ⁹⁵	Transparence	Rôle du gouvernement national à ériger en norme. Les donateurs peuvent garantir que ce point est inclus dans les projets de promotion de la santé.
Mettre en œuvre le cadre des dépenses publiques et de la responsabilité financière (PEFA).	Responsabilité /surveillance	Les indicateurs PEFA utiles pour le secteur de la santé sont : i) les dépenses globales comparées au budget initial approuvé ; ii) l'efficacité des contrôles de paie ; et iii) la disponibilité des informations sur les ressources reçues par les unités de prestation de services ⁹⁶ .

91 Transparency International (2010). 'The anti-corruption catalyst : realising the MDGs by 2015', Berlin, Germany, p. 7.

92 Voir Azfar, O., & Gurgur, T. (2006). 'Local-level corruption hits health service delivery in the Philippines', extrait du rapport annuel de Transparency International.

93 Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). 'Governance in health care delivery : raising performance'. World Bank Policy Research Working Paper 5074.

94 Les interventions décrites dans le Tableau 5 sont extraites de Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). 'Governance in health care delivery : raising performance'. World Bank Policy Research Working Paper 5074.

95 Le manuel peut être téléchargé à partir du site Web du FMI : www.imf.org/external/np/fad/trans/manual.htm (visité le 25 août 2010).

96 Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). 'Governance in health care delivery : raising performance'. World Bank Policy Research Working Paper 5074.

3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES



Intervention	Type	Commentaire
Initier et soutenir les enquêtes de suivi de dépenses publiques et les révisions de dépenses publiques	Responsabilité /surveillance	Généralement utilisée par des institutions telles que la Banque mondiale pour déterminer si le financement public atteint son objectif.
Institutions d'audit ou unités de lutte contre la fraude	Responsabilité /surveillance	Le UK Counter Fraud Service, qui a pour objectif de protéger le Service national de la santé contre la fraude et la corruption, constitue un bon exemple d'institution d'audit indépendante ⁹⁷ .
Utiliser les comptes nationaux de la santé (NHA)	Transparence	Les NHA mesurent et assurent le suivi des dépenses globales pour les soins de santé dans un pays. Certains observateurs clés soutiennent que le besoin de transparence pour les comptes nationaux de la santé en fait un outil de lutte contre la corruption s'il est régulièrement mis en œuvre ⁹⁸ .
Développer la participation du public au processus de budgétisation	Transparence	La participation à grande échelle est un outil efficace.
Établir un système de fiches d'évaluation par les citoyens	Responsabilité /surveillance	Moyens efficaces de contrôler la prestation des services de santé.
Promouvoir et améliorer le contrôle des dépenses par les ONG	Transparence	Permet un meilleur examen du budget de l'État et augmente la sensibilisation du public.
Mettre en œuvre une budgétisation basée sur les performances	Gestion	Contribue à garantir un comportement éthique.
Assurer la formation des équipes clés dans les domaines concernés, comme la gestion financière, la budgétisation, la comptabilité et la gestion des risques	Gestion	Peut être mise en œuvre par la gestion dans le secteur de la santé ainsi que les donateurs si les projets de santé comportent un module de formation. Domaine des donateurs et du gouvernement.

97 Gee, J. (2006). 'Fighting fraud and corruption in Britain's National Health Service'. Transparency International, Berlin, Germany.

98 Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). 'Governance in health care delivery : raising performance'. World Bank Policy Research Working Paper 5074.



3. LES RISQUES DE CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET LES INTERVENTIONS STRATÉGIQUES

Intervention	Type	Commentaire
Améliorer le contrôle interne à travers une meilleure supervision, des audits et des processus rationalisés.	Responsabilité /surveillance	Les contrôles recommandés incluent la séparation des tâches, en comparant le revenu actuel et le revenu prévu, les audits internes/externes et en investissant dans la lutte contre la fraude ⁹⁹ .
Utiliser les enquêtes quantitatives sur la prestation de services (QSDS) ¹⁰⁰	Responsabilité /surveillance	Recherche l'efficacité des dépenses publiques et la structure incitative associée.
Simplifier les systèmes de reporting	Gestion	En rédigeant des rapports simples, il y a moins de risques de dissimuler des informations.
Sous-traiter l'allocation des fonds à une tierce partie indépendante	Responsabilité /surveillance	Pour qu'elle soit effective, cette étape exige des mesures de sécurité appropriées telles que la transparence, le reporting régulier, etc.

99 Semrau, K., Scott, N., & Vian, T. (2010). 'Embezzlement of donor funding in health projects' in Vian, T., *Preventing Drug Diversion Through Supply Chain Management*. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

100 Pour consulter un exemple, voir : www.gaportal.org/tools/quantitative-service-delivery-surveys-qsdss.

4. DIX PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE CETTE ÉTUDE



UN Photo/Michel Szulc-Kryzanowski



L'effort pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) d'ici 2015 ont permis d'éveiller la conscience de la communauté internationale sur la nécessité de considérer les interventions contre la corruption comme partie intégrante de la politique et de la planification du secteur de la santé. Cette étude a expliqué la raison pour laquelle le secteur de la santé est vulnérable à la corruption, a mis en exergue des exemples de corruption dans ledit secteur et a abordé les diagnostics sélectionnés et des interventions contre la corruption. Elle a également souligné un ensemble d'enseignements qui peuvent aider n'importe quelle partie prenante (décideurs, professionnels du développement, citoyens, etc.) à concevoir des interventions contre la corruption dans le secteur de la santé. Parmi les enseignements les plus importants, dix sont résumés ci-dessous.

Leçon 1 Il n'existe pas une approche unique pour lutter contre la corruption dans le secteur de la santé. Les professionnels doivent prêter une attention particulière à l'identification de la/des stratégies potentielles qui seraient efficaces contre les risques spécifiques déterminés par le diagnostic.

Leçon 2. Plusieurs interventions contre la corruption doivent être employées pour faire face à un seul risque. Par exemple, les hausses de salaire peuvent contribuer à lutter contre la probabilité de l'absentéisme. Cependant, elles seraient peut-être plus efficaces s'il existait des systèmes mis en place pour noter le taux d'absentéisme et les sanctions imposées.



4. DIX PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE CETTE ÉTUDE

Leçon 3. La hiérarchisation est essentielle : les gouvernements et les autres parties prenantes aux projets de santé et à la programmation doivent hiérarchiser les domaines du système de santé qui sont les plus exposés à la corruption et mettre en œuvre les interventions appropriées. Même une solution facile peut avoir des impacts significatifs dans la lutte contre la corruption. Par exemple, le fait d'afficher les tarifs des fournitures médicales et des produits pharmaceutiques peut aider à éviter la tarification abusive. L'identification des domaines prioritaires est particulièrement importante lorsque les ressources sont rares.

Leçon 4. La collaboration avec les autres secteurs est importante. La lutte contre la corruption dans le secteur de la santé ne peut pas être efficace sans l'implication des autres secteurs stratégiques, tels que les secteurs des infrastructures et des finances.

Leçon 5. Les objectifs des directives pour la santé incluent des points relatifs à la lutte contre la corruption. Les investissements dans le secteur de la santé peuvent être vains sauf si les stratégies de lutte contre la corruption sont intégrées aux projets de santé. Les interventions préventives peuvent sécuriser les investissements.

Leçon 6. La prévention est la meilleure stratégie : par conséquent, l'idéal est de ne pas attendre que la corruption se produise pour tenter de l'enrayer. L'un des échecs majeurs du secteur de la santé est la mise en œuvre d'interventions contre la corruption uniquement lorsque des cas de corruption sont suspectés ou avérés. Le contrôle régulier des divergences de normes dans le secteur de la santé est essentiel.

Leçon 7. Des outils de diagnostic empiriques doivent être utilisés. Du fait de la complexité du secteur de la santé, plusieurs outils de diagnostic peuvent être utilisés pour garantir la précision des informations. Cela nécessite également une évaluation et une réévaluation appropriées. Les examens réguliers peuvent servir à mesurer le niveau d'efficacité des stratégies contre la corruption, pour un point donné du système de soins de santé.

Leçon 8. Les partenaires disposant d'une certaine expérience dans la mise en œuvre de stratégies et de tactiques de lutte contre la corruption doivent être identifiés en vue de fournir un appui technique. Cette étude a identifié un certain nombre d'ONG, institutions internationales de développement, groupes de recherches et experts impliqués dans la mise en œuvre de stratégies et tactiques de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé.

Leçon 9. La participation élargie aux directives pour la santé et la planification est souhaitable. L'implication des ONG, des citoyens et des experts identifiés dans la budgétisation, le suivi et la consultance, etc., dans le secteur de la santé, peut permettre de renforcer la transparence et réduire les cas de corruption.

Leçon 10. Les comportements exemplaires doivent être récompensés et les comportements répréhensibles, sanctionnés. Pour ce faire, il est possible de définir des structures incitatives appropriées qui contribuent à promouvoir l'adoption de comportements exemplaires, tels que le financement basé sur les performances. Il est également important de sanctionner les personnes impliquées dans des activités de corruption, si possible. Cela prouve que la corruption n'est pas tolérée.

4. DIX PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE CETTE ÉTUDE



Il existe un nombre croissant de preuves indiquant que les stratégies de lutte contre la corruption fonctionnent dans le secteur de la santé. Cependant, il est nécessaire d'en savoir plus sur : les informations relatives à l'impact des stratégies de lutte contre la corruption sur les revenus du secteur de la santé, les parties prenantes au processus, les conditions de réussite les plus probables et la manière de maintenir les résultats positifs. Il est également important de comprendre s'il est possible de transférer les bonnes pratiques (si non, pourquoi). Quelles actions entreprendre au niveau local, régional ou national pour réduire au minimum le risque de corruption dans le secteur de la santé ? Cette étude permettra de démarrer un travail empirique pour répondre aux questions soulevées et à d'autres problématiques.



Azfar, O. (2005). 'Corruption and the delivery of health and education services' in B. I. Spector ed., *Fighting Corruption in Developing Countries : Strategies and Analysis*. Kumarian Press, Bloomfield, CT (USA).

Azfar, O., and Gurgur, T. (2005). 'Does corruption affect health and education outcomes in the Philippines?' Lien pour y accéder: <http://ssrn.com/abstract=723702> (visité le 22 août 2010).

Azfar, O., & Gurgur, T. (2006). 'Local-level corruption hits health service delivery in the Philippines', extrait du rapport annuel de Transparency International.

Cohen, J., & Montoya, J. (2001). 'Using technology to fight corruption in pharmaceutical purchasing : lessons from the Chilean experience'. World Bank Institute, Washington, DC (USA).

Cohen, J., Cercone, J., & Macaya, R. (2002). 'Improving transparency in pharmaceutical systems : strengthening critical decision points against corruption : a case study of Costa Rica'. Human Development Network, Latin America and Caribbean Region, World Bank, Washington, DC (USA).

Cohen, J., Mrazek, M., & Hawkins, L. (2007). 'Corruption and pharmaceuticals : strengthening good governance to improve access' in Campos, J. E., & Pradhan, S., eds., *The Many Faces of Corruption : Tracking Vulnerabilities at the Sector Level*. World Bank, Washington, DC (USA).

De Jaegere, S. & Finley, S. (2009). 'Mapping accountability in the health sector and developing a sectoral assessment framework', rapport de mission PNUD.

Department for International Development (2008). 'Evaluation of DFID country programmes : Zambia', Rapport d'évaluation EV689 DFID. Lien pour y accéder: www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/evaluation/ev689.pdf (visité le 15 août 2010).

Diack, A., Seiter, A., Hawkins, L., & Dweik, I. (2010). 'Assessment of governance and corruption in the pharmaceutical sector : lessons learned from low- and middle-income countries', Document d'analyse HNP. World Bank Human Development Network, Washington, DC (USA).

Di Tella, R. & Savedoff, W. (2001). 'Shining light in dark corners' in Di Tella, R. & Savedoff, W., eds., (2001). *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Latin American Research Network, Inter-American Development Bank, Washington, DC (USA).

Eldridge, C. & Palmer, N. (2009), 'Performance-based financing : some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions', *Health Policy and Planning* 24 : 160-166.

Ferrinho, P. & Van Lerberghe, W. (2002). 'Managing health professionals in the context of limited resources : a fine line between corruption and the need for moonlighting'. World Bank Publications, Washington, DC (USA).

Freeman, L. (2005). 'Achieving the MDGs : health systems as core social institutions'. *Development* 48 : 19-24.



Gee, J. (2006). 'Fighting fraud and corruption in Britain's National Health Service'. Transparency International, Berlin, Germany.

Gellar, S., Fall, A., Kimonyo, J., & Friday, B. (2008). 'Corruption assessment of Rwandan Health Sector'. USAID, Washington, DC (USA).

Gilson, L. (2003). 'Trust and development of health care as a social institution'. *Social Science & Medicine* 56, 1453-1468.

Global Programme against Corruption – Centre for International Crime Prevention (2001). United Nations Manual on Anti-Corruption Policy. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, Vienna, Austria.

Gupta, S., Davoodi, H., & Tiongson, E. (2000). 'Corruption and the provision of health care and education services'. IMF Working Paper 00/116, International Monetary Fund, Washington, DC (USA).

Hanif, M., Mobarak, M., Ronan, A., Rahman, D., Donovan, J., et al. (1995). 'Fatal renal failure caused by diethylene glycol in paracetamol elixir : the Bangladesh epidemic'. *British Medical Journal* 311, 88-91.

International Drug Price Indicator Guide. (n.d.). Lien pour y accéder: www.msh.org/resource-center/international-drug-price-indicator-guide-electronic.cfm (visité le 24 août 2010).

International Monetary Fund (2007). Manual on Fiscal Transparency. Lien pour y accéder: www.imf.org/external/np/fad/trans/manual.htm (visité le 25 août 2010).

Iris Center for USAID (2005). 'Governance in Bulgaria's pharmaceutical sector : a synthesis of research findings'. Iris Center, Baltimore, MD (USA).

Jaén, M., & Paravisini, D. (2001). 'Wages, capture, and penalties in Venezuela's public hospitals' in Di Tella, R. & Savedoff, W., eds., (2001). *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Latin American Research Network, Inter-American Development Bank, Washington, DC (USA).

Kohler, J. & Bagdadhi-Sabeti, G. (forthcoming). 'Good governance for pharmaceuticals' in WHO World Medicine Situation.

Lewis, M. (2000). 'Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?' International Bank for Reconstruction/World Bank Publications, Washington, DC (USA).

Lewis, M. (2006). 'Governance and corruption in public health care systems'. Working Paper 78, Center for Global Development, Washington, DC (USA).

Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). 'Governance in health care delivery : raising performance'. World Bank Policy Research Working Paper 5074. Online : <http://ssrn.com/abstract=1492554> (visité le 1er août 2010).



Lkhagvasuren, N. (2009). 'Integrity in the health sector : Mongolia project assessment'. UNDP, New York, NY (USA).

Mæstad, O., & Mwisongo, A. (2007). 'Informal pay and the quality of health care : lessons from Tanzania'. U4 Brief 9, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

Medicines Transparency Alliance (2010). 'Affecting change : the MeTA annual review 2009-2010'. Lien pour y accéder: www.medicinestransparency.org/ (visité le 5 août 2011).

Nordberg, C., & Vian, T. (2008). 'Corruption in the health sector'. U4 Brief 10, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

Ollier, E. (2010). 'Evaluation of the medicines transparency alliance : phase 1 2008-2010'. Lien pour y accéder: <http://94.126.106.9/Documents/publications1/hdrc/eval-med-trnsp-all-phse-one-main-rpt.pdf> (visité le 15 août 2010).

Oxford Analytica Global Strategic Analysis (2007). 'Battle against fake drugs intensifies'. Online à partir de PHD : www.phdist.co.za (visité le 24 août 2010).

+ Pincock, S. (2003). 'WHO tries to tackle problem of counterfeit medicines in Asia'. *British Medical Journal* 327, 74241126.

Rose, R. (2006). 'Corruption is bad for your health : findings from Central and Eastern Europe', in Global Corruption Annual Report : Corruption and Health. Transparency International, Berlin, Germany.

Savedoff, W. (2003). 'The characteristics of corruption in different health systems'. WHO, Geneva, Switzerland.

Savedoff, W. (2006). 'A tale of two health systems' in J. Kotalik & D. Rodriguez, eds., *Global Corruption Report 2006* (pp. 14-15). Transparency International, Berlin, Germany.

Savedoff W. (2007). 'Transparency and corruption in the health sector : a conceptual framework and ideas for action in Latin America and the Caribbean'. Inter-American Development Bank, Health Technical Note.

Schargrotsky, E., Mera, J., & Weinschelbaum, F. (2001). 'Transparency and accountability in Argentina's hospitals' in Di Tella, R. & Savedoff, W., eds., (2001). *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals*. Latin American Research Network, Inter-American Development Bank, Washington, DC (USA).

Semrau, K., Scott, N., & Vian, T. (2010). 'Embezzlement of donor funding in health projects' in Vian, T., *Preventing Drug Diversion Through Supply Chain Management*. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.



SIDA (2001). 'Sector programme support to the Zambian health sector 2002-2005 – assessment memorandum'. Lien pour y accéder: www.u4.no/themes/health/bugetandoda.cfm (visité le 31 août 2010).

Tanzi, V. (1997). 'The changing role of the state in the economy : a historical perspective'. IMF Working Paper, International Monetary Fund, Washington, DC (USA).

Toebes, B. (2007). 'The impact of acts of corruption on the enjoyment of the right to health', un rapport rédigé pour le Conseil international sur les politiques des droits humains (ICHRP), Genève, Suisse.

Transparency International (2010). 'The anti-corruption catalyst : realising the MDGs by 2015', Berlin, Germany.

Transparency International, page Web de la FAQ sur la corruption. Lien pour y accéder: www.transparency.org/news_room/faq/corruption_faq (visité le 21 août 2010).

Transparency International, page Web sur les Évaluations du système national d'intégrité : Methodology and Approach. Lien pour y accéder: www.transparency.org/policy_research/nis/methodology (visité le 2 août 2010).

Transparency International, page Web sur les enquêtes et les indices : Méthodologie. Online : [/www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2009/methodology](http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2009/methodology) (visité le 2 août 2010).

U4 Anti-Corruption Resource Centre, page Web sur la transparence budgétaire : www.u4.no/themes/health/bugetandoda.cfm (visité le 24 août 2010).

Nations Unies, Page Web sur les Objectifs du millénaire pour le développement. Online : www.un.org/millenniumgoals/ (visité le 31 août 2010).

United Nations Development Programme (2007). 'Governance for sustainable human development'. UNDP Policy Document, New York, NY (USA).

United Nations General Assembly, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966). United Nations Treaty Series, Vol. 993, p. 3. Online : www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36c0.html (visité le 3 août 2010)

United Nations Secretary General (2009). Speech on International Anti-Corruption Day. Lien pour y accéder: [ww.un.org/News/Press/docs/2009/sgsm12660.doc.htm](http://www.un.org/News/Press/docs/2009/sgsm12660.doc.htm) (visité le 1er août 2010).

United States Agency for International Development (2009). 'Anti-corruption assessment handbook'. Lien pour y accéder: www.usaid.gov/our_work/democracy_and_governance/technical_areas/anti_corruption_handbook/index.html (visité le 2 août 2010).

Vian, T. (2003). 'Corruption in the health sector in Albania'. USAID/Albanian Civil Society Corruption Reduction Project. Lien pour y accéder: www.bu.edu.actforhealth (visité le 2 août 2010)



- Vian, T. (2006). 'Corruption in hospital administration'. Transparency International, Berlin, Germany.
- Vian, T. (2008). 'Review of corruption in the health sector : theory, methods and interventions'. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83-94.
- Vian, T. (2008). 'Transparency in health programmes'. U4 Brief 9, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.
- Vian, T. (2010). 'Preventing drug diversion through supply chain management'. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.
- Vian, T., Sayedoff, W. & Mathisen, H. (2010) *Anticorruption in the health sector : strategies for transparency and accountability*, Kumarian Press, West Hartford, CT (USA).
- Wagstaff, A., & Claeson, M. (2004). 'The Millennium Development Goals for health : rising to the challenges'. World Bank, Washington, DC (USA).
- Waning, B., & Vian, T. (2010). 'Transparency and accountability in an electronic era : the case of pharmaceutical procurement' in T. Vian, 'Preventing drug diversion through supply chain management'. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.
- Wazana, A. (2000). 'Physicians and the pharmaceutical industry : is a gift ever just a gift?' *Journal of the American Medical Association* 283, 373-380.
- World Bank concept note on medicines procurement, internal document, 18 May 2010.
- World Bank, Web page on Governance & Anti-Corruption. Lien pour y accéder: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/WBI/EXTWBIGOVANTCOR/0,,menuPK:1740542~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:1740530,00.html> (visité le 4 août 2010).
- Groupe Banque Mondiale (2008). Annual Integrity Report : Protecting Development's Potential. Lien pour y accéder: http://siteresources.worldbank.org/INTDOI/Resourses/INT_AnnualReport_web.pdf (visité le 5 août 2010).
- World Health Organization (n.d.), Web page on Medicines. Lien pour y accéder: www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/documents/en/index.html (visité le 24 août 2010).
- World Health Organization (2009). 'Measuring transparency in the public pharmaceutical sector : assessment instrument'. Lien pour y accéder: www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/AssessmentInstrumentMeastranspENG.PDF (visité le 27 juillet 2010).
- World Health Organization and Health Action International (2008). *Measuring Medicine Prices, Availability, Affordability and Price Components* (2nd ed.). Geneva, Switzerland.
- World Health Organization GGM Programme (in preparation). 'An innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector'. Background paper for World Health Report 2010.



Domaine	Sortie	Outils pour identifier et assurer le suivi des problèmes
Générale	Transversalité	Vulnérabilité aux évaluations de la corruption Analyse de chaîne de valeur Évaluation de la responsabilité sectorielle Analyse de la gouvernance dans les systèmes de soins de santé
Budget Et Ressourcesgestion	Processus de budgétisation	Cadre des dépenses publiques et de la responsabilité financière (PEFA) Groupes de discussion et entretiens avec les fonctionnaires, les institutions bénéficiaires et la société civile
	Détournements de paie	Enquêtes de suivi et révision des dépenses publiques Enquêtes sur les ménages Groupes de discussion avec les fonctionnaires et les agents de santé
	Détournements d'espèces	Enquêtes de suivi des dépenses publiques Enquêtes quantitatives sur la prestation de services Enquêtes sur les équipements Groupes de discussion avec les fonctionnaires, les institutions bénéficiaires et les agents de santé
Fournisseurs Individuels	Achat de tâches	Dossiers administratifs officiels combinés aux enquêtes sur les équipements Entretiens avec les fonctionnaires en activité et d'anciens fonctionnaires Enquêtes de diagnostic sur la gouvernance et la lutte contre la corruption à l'échelle nationale
	Absentéisme de l'agent de santé	Enquêtes quantitatives sur la prestation de services Visites surprises Observation directe Dossiers sur les équipements Groupes de discussion ou entretien avec les responsables d'équipements et les patients



ANNEXE 1. PRÉSENTATION DES OUTILS CLÉS POUR IDENTIFIER, SUIVRE ET MESURER LES RISQUES DE CORRUPTION ET LA CORRUPTION

Domaine	Sortie	Outils pour identifier et assurer le suivi des problèmes
Paiements informels	Paiements informels	Enquêtes sur les ménages (par exemple, les enquêtes sur la mesure des niveaux de vie de la Banque mondiale et les enquêtes démographiques et de santé) Enquêtes de sortie des équipements et fiches d'évaluation Groupes de discussion/entretiens avec les fournisseurs/patients et le personnel de santé Enquêtes de diagnostic sur la gouvernance et la lutte contre la corruption à l'échelle nationale (Banque mondiale)
Corruption perceptions & Expérience	Perceptions de corruption	Enquêtes de diagnostic sur la gouvernance et la lutte contre la corruption à l'échelle nationale (Banque mondiale) Enquêtes de perception au niveau national par les OSC et autres
	Expérience de la corruption	AfroBarometer, LatinBarometer, EuroBarometer, enquêtes nationales basées sur l'expérience Enquêtes sur la satisfaction des patients et cartes de rapport Enquêtes / études sur le groupe de discussion

Source : Hussmann, K (2010). Adapted from Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). 'Governance in health care delivery : raising performance'. World Bank Policy Research Working Paper 5074.



Liban

L'évaluation de la Phase 1 a recommandé la mise à jour des Bonnes pratiques de fabrication (GMP) au niveau national étant donné que celles-ci n'avaient pas été révisées depuis 1983. Par conséquent, un comité GMP national a été mis sur pied en 2008. Il a procédé à la révision des normes GMP en 2009. Le ministère de la santé a récemment adopté le cadre GGM pour inclure un code national de bonne conduite, une compilation des réglementations et des procédures administratives, des mécanismes de collaboration avec d'autres initiatives de bonne gouvernance et de lutte contre la corruption, des mécanismes de dénonciation et des sanctions contre les manquements aux normes.

Malaisie

Les résultats du programme GGM incluent le développement des activités de promotion publiques en vue de d'accroître la sensibilité aux dangers de la corruption dans le secteur pharmaceutique. De même, il existe plus d'informations disponibles pour le public concernant la législation et les processus pharmaceutiques via le site Web du ministère de la santé.

Moldavie

L'Agence nationale du Médicament dirige la mise en œuvre des actions relatives au programme GGM y compris la collaboration avec les pharmaciens pour combler les déficits en matière de réglementation et la rédaction des procédures d'exploitation de chaque fonction que l'instrument d'évaluation a considéré comme faible. Depuis lors, le ministère de la santé a approuvé un guide d'approvisionnement pharmaceutique, un code d'éthique pour les professionnels de la santé et système de suivi de la promotion des médicaments.

Mongolie

Depuis la Phase I, il y a eu plus de procédures transparentes au niveau du ministère de la santé et des réglementations ainsi que le développement de directives telles que les normes nationales sur l'enregistrement des médicaments. En outre, les principes généraux pour les pharmacies et les agences d'approvisionnement de médicaments ont été révisés et mis à jour. En collaboration avec le PNUD, le ministère de la santé et le Département des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux ont défini un système d'enregistrement en ligne pour améliorer l'octroi de licence et la surveillance des médicaments et des appareils médicaux.

Philippines

Le gouvernement des Philippines a développé un manuel technique pour la bonne gouvernance qui traite de l'enregistrement, la sélection et l'approvisionnement de médicaments. En août 2008, le gouvernement a lancé un système de récompenses GGM, en collaboration avec MeTA (Alliance pour la transparence des médicaments). Il encourage les services des administrations locales, les équipements nationaux de santé ou le secteur privé pour développer des initiatives innovantes qui fournissent des modèles de bonne gouvernance.



Thaïlande

Le nombre d'hôpitaux publics ayant adopté les meilleures pratiques en matière d'approvisionnement de médicaments a augmenté. Les hôpitaux ont établi un schéma d'achat groupé avec une liste agréée des médicaments et fournisseurs, ce qui rend l'approvisionnement plus rentable. Les lois et réglementations nationales sur les produits pharmaceutiques ont été révisées pour garantir qu'elles reflètent les bonnes pratiques actuelles.

La communication avec le public s'est développée grâce à l'utilisation des médias, brochures et sites Web. Les minutes des réunions du Comité national des médicaments sont maintenant disponibles et la rubrique sur la bonne gouvernance a été ajoutée au programme des 15 facultés de pharmacie. L'Assemblée nationale de la santé s'est également focalisée sur les problèmes politiques tels que la promotion contraire à l'éthique de médicaments et la lutte contre l'influence des compagnies pharmaceutiques sur les médecins.

ANNEXE 3 : PARTENAIRES CIBLÉS POUR LA SANTÉ ET LA LUTTE CONTRE LA CORRUPTION



Basel Institute on Governance : www.baselgovernance.org/

European Healthcare Fraud & Corruption Network : www.ehfcn.org

Alliance pour la transparence des médicaments (MeTA) : www.medicinestransparency.org/

Réseau Poverty Reduction and Economic Management (PREM), Banque mondiale :
www1.worldbank.org/prem

Système de gestion de la chaîne d'approvisionnement (SCMS) :
<http://scms.pfscm.org/scms/working/partnerships>

Transparency International : www.transparency.org/

UK Counter Fraud Service : www.nhsbsa.nhs.uk/fraud

Programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique (GGM) :
www.who.int/medicines/ggm/en/index.html



Contexte

La corruption dans le secteur de la santé aggrave l'ensemble des défis existants auxquels les systèmes de santé peuvent être confrontés et limite de la population, particulièrement les personnes pauvres et vulnérables, aux services de soins de santé essentiels. L'absence de règles et réglementations, le manque de responsabilisation, les bas salaires et les offres de services limitées (c'est-à-dire, une demande supérieure à l'approvisionnement) constituent quelques-unes des principales causes de corruption dans le secteur de la santé. Le type de corruption découvert dans le secteur de la santé découle de la structure du système de soins de santé et de sa localisation (par exemple, collusion dans l'approvisionnement de médicaments ou pots-de-vin aux professionnels de la santé pour des services de santé publics). L'ampleur de la corruption est soit insignifiante (paiements informels effectués sur les services de santé publics) soit importante (la fabrication de médicaments contrefaits destinés à une large distribution). Ces deux types ont des impacts négatifs sur les résultats des systèmes de soins de santé. Malgré la reconnaissance répandue de l'importance de lutter contre la corruption pour atteindre les objectifs de santé, tels que les OMD, il existe un nombre substantiel de preuves empiriques qui indiquent les bonnes pratiques.

Objectif

La recherche sur le terrain aura pour objectif d'identifier les risques de corruption sélectionnés dans le secteur de la santé et les interventions contre la corruption qui ont été appliquées aux niveaux local et/ou national pour faire face aux risques. Les facteurs favorables et/ou les obstacles aux interventions contre la corruption seront examinés de près.

Méthodologie

Première étape : examen de documents

Les documents qui sont pertinents pour la corruption et/ou la santé spécifique au pays faisant l'objet de l'investigation doivent être compilés et analysés pour dégager les thèmes clés. Ils peuvent comprendre les rapports rédigés par des agences des Nations Unies, des gouvernements, des donateurs, des organisations de la société civile (Transparency International, en particulier), des universités et des médias. Les thèmes communs, particulièrement les points forts et les points faibles du secteur de la santé, doivent être identifiés. L'objectif de cette étape est de fournir des informations de base sur le secteur de la santé et comprendre la raison pour laquelle une intervention contre la corruption était justifiée. Les domaines cible incluent : les professionnels de la santé, la fourniture et la distribution de médicament, les finances et l'allocation budgétaire.

Deuxième étape : identifier les interventions prioritaires contre la corruption

En fonction des résultats de l'analyse des documents, les interventions contre la corruption dans les domaines prioritaires peuvent être identifiées pour des examens plus approfondis en procédant à des entretiens semi-structurés avec les informateurs clés. À ce niveau, les questions pertinentes pour le secteur de la santé et la corruption peuvent être tirées des documents tels que USAID Anti-corruption Assessment Handbook et WHO Measuring Transparency in the Public Pharmaceutical Sector.



Troisième étape : entretiens avec les informateurs clés

Les informateurs clés du secteur de la santé doivent être identifiés en fonction de leurs connaissances sur les interventions contre la corruption et le secteur de la santé en général. Ces informateurs peuvent être des représentants des ministères de la santé, des finances et de la justice, des institutions de lutte contre la corruption, des hôpitaux, des compagnies pharmaceutiques, des fabricants et grossistes locaux de médicaments, des structures communautaires de soins de santé, des agences internationales de développement, des donateurs, des ONG, des médias et des patients. La technique de boule de neige (demander à un informateur clé de suggérer une personne à interroger) peut également être utile dans ce cas.

Les questions aux informateurs clés peuvent être basées sur les documents existants afin de garantir qu'elles sont adaptées à l'intervention contre la corruption et au domaine cible du secteur de la santé. Les questions doivent également inclure d'autres questions générales comme:

- Pourquoi l'intervention contre la corruption a-t-elle été initiée ?
- Quel était votre rôle dans l'intervention contre la corruption ?
- Quel(uelles) fonction(s) dans le secteur de la santé constitue(ent) une (des) cibles ?
- Quels risques de corruption spécifiques ont été abordés ?
- Quel type d'approche a été utilisé dans cette intervention contre la corruption ?
- Qui a participé à l'intervention (par exemple, gouvernement national, gouvernement local, agence des Nations Unis, donateur) ?
- Quels autres secteurs ont été ciblés pour faire partie de cette intervention contre la corruption ?
- Quels ont été les résultats de l'intervention contre la corruption ? Quelle en est la preuve ?
- Quels sont les facteurs favorables et les obstacles aux résultats de l'intervention contre la corruption ?
- Comment les contraintes ont-elles été surmontées ?
- Quels mécanismes de pérennisation ont été construits durant l'intervention contre la corruption ?
- Ceux-ci ont-ils été efficaces ?
- Quelles sont les enseignements qui peuvent être tirés de cette intervention contre la corruption ?
- Est-il possible de répéter cette intervention ? Si oui, dans quelle mesure ?

Quatrième étape : cartographie des risques et des interventions contre la corruption

À partir de l'analyse des documents et des entretiens avec les informateurs clés, cartographiez les risques de corruption dans le secteur de la santé. Analysez chaque risque et essayez d'évaluer le niveau de risque de corruption ; bas ou élevé. En plus de la cartographie des risques de corruption, cartographiez également les interventions contre la corruption comme ci-dessous. Les informations concernant chaque intervention contre la corruption doivent inclure:



Fonction de santé	
Risque de corruption	
Durée de l'intervention	
Résultats	
Facteurs de réussite / d'échec	
Les facteurs d'entrave / de promotion	
Politiques favorisantes et caractéristiques du contexte	
Durabilité des interventions	

Cinquième étape : produit final

L'étude de cas doit traiter chaque étape énumérée ci-dessous en se focalisant particulièrement sur les bonnes pratiques, et faire une analyse de la possibilité de généraliser les résultats. Elle doit être limitée à 30 pages au maximum.

Composition de l'équipe:

Chef d'équipe : expérience solide dans le domaine de la corruption et du développement et expérience dans la préparation des documents de politique

- Spécialiste en finances : connaissance solide du financement dans le secteur de la santé
- Spécialiste en approvisionnement : connaissance des problèmes d'exploitation liés à l'approvisionnement dans le secteur de la santé
- Spécialiste en santé : expertise en matière de questions relatives au système de santé et bonne connaissance de la structure et des fonctions du système de santé faisant l'objet de l'investigation
- Spécialiste des méthodes qualitatives : expérience dans la compilation des informations à partir de l'analyse des documents et la tenue d'entretiens avec les informateurs clés ainsi que la préparation des études de cas
- Assistant de recherche : expérience en gestion des projets et bonnes compétences organisationnelles



1. Objectifs et méthodologie

Cette annexe présente les résultats, conclusions, enseignements et recommandations sur les bonnes pratiques contre la corruption dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne. Les études de cas spécifiques sont tirées du Malawi, de la Tanzanie et de l'Ouganda, qui, comme beaucoup d'autres pays, ont été confrontés à des défis de gouvernance dans le secteur de la santé, défis qui ont contribué à élever les niveaux de corruption dans divers sous-secteurs y compris la fourniture et la gestion de médicaments, la gestion des ressources humaines et l'approvisionnement. Ces trois pays mettent tous en œuvre un ou plusieurs programmes de bonne gouvernance et de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé qui ne sont pas abordés dans ce rapport.

Les documents revus incluaient des rapports rédigés par des agences des Nations Unies, des gouvernements, des donateurs, des organisations de la société civile (Transparency International, en particulier), des universités et des médias. Les thèmes communs, particulièrement les points forts et les points faibles du secteur de la santé, ont été identifiés. L'objectif de cette étape était de fournir des informations de base sur le secteur de la santé et comprendre la raison pour laquelle une intervention contre la corruption était justifiée. Les domaines cible incluaient les professionnels de la santé, la fourniture et la distribution de médicament, les finances et l'allocation budgétaire.

La portée de l'étude de cas était quelque peu limitée puisque celle-ci était plus une recherche documentaire ; s'y ajoute la rareté des informations en ligne (surtout les informations mises à jour). Il est essentiel que ce processus soit poursuivi plus tard à travers les évaluations du pays et celles des études de cas identifiées. Des questions supplémentaires pertinentes pour le secteur de la santé et la corruption peuvent être tirées des documents tels que USAID Anti-Corruption Assessment Handbook et WHO Measuring Transparency in the Public Pharmaceutical Sector. Les informateurs clés du secteur de la santé peuvent inclure des représentants des ministères de la santé, des finances et de la justice, ainsi que des institutions de lutte contre la corruption, des hôpitaux, des compagnies pharmaceutiques, des fabricants et grossistes locaux de médicaments, des structures communautaires de soins de santé, des agences internationales de développement, des donateurs, des ONG, des médias et des patients.

2. Étude de cas en Ouganda : Sensibiliser davantage le public et débattre de la corruption dans le secteur de la santé à travers une campagne « Stop Stock-outs » (Non aux ruptures de stock)

2.1 Introduction

Conformément au Troisième rapport sur les OMD en Ouganda (préparé par le ministère des finances, de la planification et du développement économique en 2010), l'Ouganda n'est pas en bonne voie d'atteindre les OMD liés au secteur de la santé. Les progrès vers l'atteinte de plusieurs objectifs de santé, y compris ceux qui sont liés à la mortalité infantile et maternelle, l'accès à la santé de la reproduction et l'incidence du paludisme et d'autres maladies, ont été lents. La mortalité infantile reste à 85 % pour 1 000 naissances vivantes tandis que la mortalité maternelle est à 435 % pour

101 Ces études de cas ont été commanditées par le PNUD et préparées par AVID Development Ltd. en mars 2011. L'équipe de recherche était conduite par Allen Asiimwe avec la collaboration Ashaba Ahebwa et de Victor Agaba.



World Bank/Yosef Hadar

100 000 naissances vivantes. 16 décès de femmes par jour dus à des complications maternelles sont enregistrés. Après avoir chuté pendant des années, la prévalence du taux de VIH adulte s'est stabilisée autour de 6,4 %, et les nouvelles infections annuelles ont augmenté chez les groupes plus âgés et les mariés/ceux qui cohabitent.

La croissance rapide de la population de 3,2 % par an continue à mettre en difficulté le système de santé tandis que la crise économique et financière mondiale pourrait aboutir à la réduction de l'aide au développement en Ouganda.

À ces défis s'ajoute le déficit grave de financement du secteur de la santé par rapport au montant nécessaire pour la mise en œuvre de la Politique nationale de la santé (NHP), le Plan stratégique du secteur de la santé (HSSP) et l'atteinte des cibles définies dans les OMD. Les dépenses budgétaires du gouvernement dans le secteur de la santé représentent actuellement 11,6 % (exercice 2008/09), un niveau encore en-dessous de l'objectif d'Abuja qui est de 15 %. Les déficits de financement pour l'approvisionnement individuel des services de santé avec les dépenses par habitant sont à hauteur de 25 dollars US (dont seulement 7 dollars US proviennent du gouvernement) comparé à l'objectif HSSP II de 28 dollars US et 40 dollars US pour l'OMS. Dans le budget 2009/10, 301 milliards de shillings ougandais étaient consacrés aux fournitures de produits pharmaceutiques y compris les médicaments, ce qui représentait 47 % de l'allocation budgétaire totale au secteur de la santé. Seuls 2 % du budget du secteur de la santé sont affectés à la Surveillance et l'évaluation.



2.2 Lutte contre la corruption dans le secteur de la santé

Cependant, une importante partie du montant alloué aux médicaments et aux fournitures se perd dans des détournements et le coulage ; selon une analyse, une perte de 22,3 milliards de shillings (7,9 millions de dollars US) a été enregistrée au cours de l'exercice 2006/07 (Bjorkman and Svenson). Par conséquent, l'accès aux médicaments et fournitures essentiels en Ouganda, y compris les médicaments contre le paludisme, les antirétroviraux (ARV), les contraceptifs, les gants, les mama kits reste limité. Actuellement, on note un déficit de 41 % pour les contraceptifs (UDHS, 2006) et il a été rapporté que 300 personnes meurent chaque jour des suites de complications liées au paludisme. Selon la Révision des dépenses publiques (PER) sur le secteur de la santé en 2008, la disponibilité de médicaments est le facteur le plus significatif pour savoir si les individus se rendent dans les structures de santé publiques.

Il existe un manque de données fiables sur la distribution et l'utilisation des médicaments essentiels. Cependant, plusieurs études indiquent de nombreux cas de détournements de médicaments et des ruptures de stock massives. Le PER 2008 sur le secteur de la santé a relevé que les données sur les médicaments distribués par les Dépôts médicaux nationaux (NMS) expliquaient seulement 7 % des données sur les médicaments reçus par les établissements de soins, tandis que la révision du Programme de gestion financière (FINMAP) (novembre 2009) mentionnait de faibles niveaux d'enregistrements et de mises à jour des stocks dans les structures visitées.

Le secteur de la santé avait récemment été frappé par une vague de scandales de corruption très médiatisés, notamment le coulage de médicaments et l'utilisation abusive des ressources. Des millions de dollars ont été perdus suite à la suspension du financement provenant d'initiatives internationales telles que le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme et GAVI Alliance. Les enquêtes et les poursuites judiciaires d'officiels accusés sont en cours ; toutefois, le suivi et l'imposition de sanctions restent faibles.

Dans les districts et établissements de soins, la corruption se manifeste largement à travers les pots-de-vin et les paiements informels pour des services et des médicaments, le coulage et l'utilisation abusive des établissements et équipements de soins de santé, et l'absentéisme. Par exemple, le taux d'absentéisme dans le secteur s'élève à 40 % dans l'ensemble des établissements et avoisine 50 % chez les sages-femmes et les infirmiers¹⁰².

2.3 Risques qui aggravent l'inefficacité et la corruption dans le secteur de la santé

- La politique existante et le cadre institutionnel¹⁰³ pour la gestion des médicaments sont favorables aux chevauchements potentiels et à la duplicité et favorisent probablement les opportunités et un environnement propice à la mauvaise gestion, la corruption et le coulage.

102 Uganda Ministry of Health, Uganda Service Provision Assessment Survey 2007.

103 La gestion des médicaments dispose d'un large réseau d'entités institutionnelles interdépendantes, y compris le ministère de la santé, les Dépôts nationaux de médicaments (NMS), le National Drug Authority (NDA), le ministère des finances, de la planification et du développement économique, les gouvernements locaux, les organisations du secteur privé, les organisations donatrices, les programmes tiers (tels que le Fonds mondial et PEPFAR) et les ONG. Les politiques, lois et réglementations existantes sont également importantes, notamment le Public Procurement and Disposal of Public Assets Act of 2003 (PPDA),



- Difficultés dans le suivi des médicaments dans les ministères de la santé, les districts et les centres de soins de santé¹⁰⁴
- Faiblesses du système de planification de l'approvisionnement (par exemple, certains approvisionnements n'ont pas été approuvés par les comités contractuels et des irrégularités ont été notées dans l'approvisionnement d'antirétroviraux)
- Irrégularités dans le stockage et la distribution de médicaments (par exemple, en ce qui concerne le transport des médicaments, la conciliation des registres, la collecte de médicaments à partir des districts par les centres de santé)
- Pénuries et ruptures de médicaments, équipements de stockage inadéquats et médicaments expirés
- Mauvaises supervision et surveillance

L'impact inclut la mauvaise utilisation de l'équipement médical et les ruptures de stock massives de médicaments essentiels, vaccins et contraceptifs. Les placards à médicaments vides sont la règle et les stocks de vaccins ne sont pas réapprovisionnés par les centres de santé. Il existe des millions d'ougandais qui n'ont toujours pas accès aux médicaments essentiels dans les établissements de santé nationaux et l'effort du gouvernement ougandais pour respecter ses engagements à améliorer les droits à la santé de ses citoyens est entravé. Dans certains cas, les ruptures de médicaments ont abouti à des décès (par exemple, dans les cas où les médicaments n'étaient pas disponibles pour le traitement du paludisme).

2.4 Réformes actuelles

Pour tenter d'améliorer la gestion des médicaments et minimiser les détournements, le gouvernement ougandais a centralisé, en novembre 2009, l'ensemble du financement de médicaments dans les Dépôts médicaux nationaux (NMS). Les fonds pour l'achat de médicaments parviennent directement au NMS via le ministère de la santé, de la planification et du développement économique (MoFPED) contrairement au système précédent qui acheminait les fonds directement aux districts et établissements de santé. Cela se matérialise par le transfert de 75 milliards de shillings (27 millions de dollars US) au NMS pour l'exercice 2009/10, un montant qui est passé à 110 milliards de shillings (39 millions de dollars US) au cours de l'exercice 2010/11. Une révision des recommandations faites par les études précédentes¹⁰⁵ indique que la centralisation du financement et de l'approvisionnement de médicaments et des fournitures de produits pharmaceutiques essentiels a été une recommandation constante qui peut résoudre certains problèmes du secteur.

Plusieurs études/révisions¹⁰⁶ de NMS ont souligné les défis et les contraintes clés qui affectent ses performances efficaces et se rajoutent aux faiblesses de gouvernance existantes. Les NMS ont été récemment restructurés et font l'objet d'une nouvelle gestion ; néanmoins, des engagements ont été

104 Audit mené par le Bureau de l'auditeur général dans la gestion des programmes de santé dans le secteur de la santé (mars 2009).

105 Y compris la révision technique de NMS par Euro Health Group Consultants (mai 2004) et une étude de la Banque mondiale (août 2006) sur le rôle de NMS dans le système de santé public et privé en Ouganda.

106 Y compris le NMS Task Force Report (2008) ; et une évaluation des entrepôts soutenue par l'USAID, des informations sur la distribution et la gestion (octobre 2007).



pris pour combler les déficits et définir une politique d'éradication définitive de la corruption. Les réformes internes¹⁰⁷ sont en cours avec un nouveau produit prioritaire de 256 articles développés, un manuel opérationnel révisé et une enquête sur les prix entreprise pour revoir les articles excessivement chers.

Des propositions sont en cours pour établir une liste de médicaments essentiels et d'articles qui doivent être disponibles dans chaque centre de santé I et II, y compris les médicaments contre le paludisme, les contraceptifs et les mama kits. NMS tente de piloter la livraison de médicaments dans les centres de santé de sous-districts de niveau plus bas, contrairement à la politique actuelle de livraison au niveau du district. NMS a également développé une politique d'approvisionnement et un manuel de processus, avec les modifications requises attendues pour prendre en considération les particularités spécifiques de l'approvisionnement de médicaments et réduire les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des réglementations et des dispositions de Public Procurement and Disposal of Public Assets Act of 2003 (PPDA) act. Le manuel révisé était soumis au PPDA pour accréditation en février. 2010.

L'Alliance pour la transparence des médicaments (MeTA) travaille avec un groupe multipartite (le conseil MeTA¹⁰⁸) pour mettre en œuvre un plan de travail conçu pour donner des informations au public (par exemple, sur le coût des produits pharmaceutiques au point d'entrée et la reconnaissance des médicaments essentiels. MeTA entreprend également une enquête sur les prix des médicaments en Ouganda et une cartographie de la chaîne d'approvisionnement des médicaments.

Cependant, des lacunes subsistent dans la chaîne de valeur tel que démontré par les divers études, audits et rapports de médias.

2.5 Ruptures massives de stock dans les établissements de santé

En dépit de ces réformes, les centres de soins de santé à tous les niveaux continuent à faire face aux ruptures de stock massives de médicaments essentiels. Ces produits pharmaceutiques étaient définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹⁰⁹ comme ceux qui répondent aux besoins d'une grande partie de la population et, par conséquent, ils doivent être disponibles à tout moment, en quantité adéquate, avec des formulaires de dosage approprié et à un prix accessible pour la communauté et ses membres individuels. L'identification des produits pharmaceutiques considérés comme essentiels relève de la responsabilité nationale. Malheureusement, la corruption interfère largement avec ce processus.

Il y a rupture lorsqu'une pharmacie (dans un dépôt médical ou établissement de santé) ne dispose pas, de manière temporaire, de médicaments en rayons. Cela peut affecter un ou plusieurs produits pharmaceutiques, ou dans le pire des cas, tous les produits. Une rupture de stock peut être consignée

107 NMS Progress Report (July-December 2009).

108 Le Conseil MeTA est composé, entre autres, par des représentants du ministère de la santé (y compris les compagnies pharmaceutiques), le National Drug Authority, le Pharmaceutical Society of Uganda, et les organisations de la société civile incluant le Uganda National Health Users Organisation (UNCHCO), HEPS et le Uganda Protestant Medical Bureau. De même, les partenaires au développement tels que la Banque mondiale et OMS.

109 See www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/.



à un moment donné ou pour un nombre de jours, de semaines ou de mois. Lorsqu'il existe des systèmes de gestion de stock appropriés en place, la durée de la rupture est minime ou il ne se produit jamais de rupture. En Ouganda, il n'est pas clairement établi que le pourcentage de ruptures est la conséquence de la corruption ou de la mauvaise gestion.

En 2010, le ministre de la santé a déclaré ce qui suit : « Seuls 26 % des établissements publics ont pu terminer l'année passée sans rupture de stock d'un des 6 produits pharmaceutiques traceurs du secteur. Les facteurs sont, entre autres, le financement inapproprié de médicaments, de faibles niveaux de ressources humaines formées de manière appropriée pour les soins de santé dans les établissements de santé et de manière plus particulière, les faibles compétences en matière de gestion aux différents niveaux et l'inefficacité. »¹¹⁰

2.6 La campagne « Stop Stock-outs » (Non aux ruptures de stock) : impliquant le public dans la surveillance

La campagne « Stop Stock-outs » (Non aux ruptures de stock) est une campagne régionale dans six pays en Afrique, y compris, le Kenya, le Madagascar, le Malawi, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe avait pour objectif de mettre fin aux ruptures de stock de médicaments essentiels dans les établissements de santé publics. Au niveau régional, la campagne est menée par Health Action International (HAI)-Africa et Oxfam et soutenue par d'autres parties prenantes telles que MeTA, Open Society Foundations et les organisations de la société civile (CSO).

En Ouganda, la campagne a été coordonnée par un consortium de cinq OSC (HEPS Uganda, AGHA, AIDE, ACFODE, et NAFOPAHU)¹¹¹ et lancée en mars 2009 pour une année.¹¹² La campagne « Stop Stock-outs » (Non aux ruptures de stock) a été élaborée comme campagne médiatique publique dans le but d'inscrire la question dans le programme national. Sur la base des informations tirées des études précédentes entreprises par les membres du consortium,¹¹³ une référence a été établie sur la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments dans les établissements de santé publics et dans le secteur privé, y compris les hôpitaux des missions. L'analyse a indiqué que certains médicaments spécifiques et communément utilisés étaient disponibles seulement 50 % du temps dans les établissements de santé publics. Le chiffre comparable dans le secteur privé était supérieur à 70 %, mais les médicaments étaient plus chers dans ledit secteur et, par conséquent, non accessibles financièrement à beaucoup de personnes.

La campagne avait été lancée avec une série d'ateliers de renforcement pour les OSC et les médias travaillant sur les questions relatives à la santé. La formation était essentielle pour simplifier les problèmes liés à la santé et favoriser la compréhension chez les OSC et les médias par rapport aux

110 Extrait d'un discours de Stephen Mallinga, alors ministre de la santé lors d'un atelier sur les options de politique sur les produits pharmaceutiques, soutenu par l'USAID à Kampala, le 15 avril 2010.

111 La coalition pour la promotion de la santé et le développement social en Ouganda (HEPS), le Groupe d'action pour la santé, les Droits de l'homme et HIV/AODS (AGHA), le Forum national des personnes vivant avec le VIH/Sida en Ouganda (NAFOPHANU), Action pour le développement (ACFODE) et l'Alliance pour le développement intégré et la responsabilisation (AIDE).

112 Bien qu'elle ait été lancée pour une année, la campagne a encore lieu. Le site Web Ushaidi www.stopstockouts.org/ushaidi est encore opérationnel et montre les situations de ruptures de stock dans différents pays

113 HEPS a entrepris de nombreuses études à partir de 2005 sur la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments et les données figuraient dans ses rapports d'évolution trimestriels



problèmes liés aux médicaments et à la surveillance. En outre, des messages clairs, simples et bien définis ont été préparés pour leur utilisation dans le plaidoyer dans les médias.

Après la formation, le consortium a entrepris un « Pill Check Week »¹¹⁴. Cette action impliquait une vérification ponctuelle des ruptures de stock dans les établissements de santé publics. Elle a été menée dans 11 districts sur les 81 du pays, chacun étant représenté par un établissement national. La vérification concernait 10 médicaments essentiellement et a décelé que des ruptures de stocks, particulièrement des préparations pédiatriques et des médicaments antipaludiques posaient toujours un problème majeur.¹¹⁵

Après avoir visité les diverses cliniques et pharmacies, les activistes ont rapporté leurs résultats à l'aide de leurs téléphones mobiles avec des SMS qui étaient chargés sur un site Web dénommé *Ushahidi*, qui signifie « déclaration » en Swahili¹¹⁶. Le site Web utilisait Google Maps pour indiquer les emplacements spécifiques d'un maximum de 250 ruptures de stock de produits pharmaceutiques essentiels. En fonction des résultats du Pill Check Week, la coalition ougandaise a fait un communiqué de presse et invité le gouvernement ougandais à:¹¹⁷

- Donner une autonomie financière et fonctionnelle au NMS, à l'agence nationale d'approvisionnement et de fourniture de produits pharmaceutiques
- Nommer une représentation de la société civile au conseil d'administration de NMS
- Mettre fin à la corruption dans la chaîne d'approvisionnement de produits pharmaceutiques
- Arrêter le vol et le détournement de produits pharmaceutiques essentiels
- Jouer un rôle proactif dans le renforcement de la fonction de surveillance des mécanismes de responsabilisation tels que le Parlement, l'Inspectorat du gouvernement (IGG) la Direction des poursuites (DPP) et les OSC en les impliquant de manière significative dans la prise de décision et la surveillance de la prestation de soins de santé et l'utilisation de ressources pour la santé
- Fournir un poste budgétaire consacré aux produits pharmaceutiques essentiels
- Respecter les engagements à consacrer 15 % du budget national aux soins de santé
- Fournir des produits pharmaceutiques essentiels à toutes les institutions de santé publiques

La campagne ougandaise a utilisé diverses approches qui, en grande partie, avaient pour objectif de sensibiliser davantage le public et susciter le débat sur les problèmes clés relatifs aux ruptures de stock. Ces approches ont inclus l'utilisation de supports publicitaires tels que des t-shirts, des bannières, des fiches d'informations, des prospectus et des dossiers de politique et l'identification

114 Le Pill Check Week a eu lieu dans l'ensemble des cinq pays africains participant aux campagnes « Stop Stock-out » (Non aux ruptures de stock) et a utilisé Google map pour identifier les zones où les ruptures de stock étaient effectives. Lien pour y accéder: <http://stopstockouts.org/ushahidi/>.

115 Consulter www.heps.or.ug. Le Pill Check Week a eu lieu en juin 2009.

116 *Ushahidi* est un site Web qui a initialement été développé pour cartographier les rapports sur la violence au Kenya dans la période post-électorale au début de l'année 2008. Lien pour y accéder : <http://stopstockouts.org/ushahidi/>.

117 Consulter <http://stopstockouts.org/2009/08/26/narrative-report-stop-the-stock-outs-campaign/>



de défenseurs y compris un artiste local et une femme membre du Parlement. Les communiqués de presse et les conférences, les rassemblements publics, les émissions radiodiffusées et les articles dans les médias ont été utilisés pour susciter un débat public dans les médias.

Encadré 1. Utilisation de Frontline SMS¹¹⁸

FrontlineSMS est un logiciel open source qui transforme un ordinateur portable et un téléphone mobile en plate-forme de communications centralisées. Après installation, le programme permet aux utilisateurs d'échanger des SMS avec un nombre important de personnes via des téléphones mobiles. Il était d'une importance capitale pour la campagne de lutte contre les ruptures de stocks car il encourageait le public à fournir spontanément des informations sur la situation des médicaments dans les centres de santé, grâce à sa facilité d'utilisation et son coût accessible.

FrontlineSMS a été utilisé lors de la campagne Pill Check Week pendant laquelle les SMS étaient envoyés par les collecteurs de données sur la situation des ruptures de stock des produits pharmaceutiques essentiels. Les messages étaient reçus sur des téléphones au Malawi, au Kenya, en Ouganda et en Zambie où des ordinateurs disposant de FrontlineSMS traitaient et validaient les données avant de les envoyer à une interface *Ushahidi* pour être visualisés sur le Web. Après avoir visité les cliniques et pharmacies, les activistes ont rapporté leurs résultats à l'aide de leurs téléphones mobiles avec des SMS qui étaient chargés sur un site Web dénommé *Ushahidi*. Les données étaient reportées sur une carte du site Web qui indiquait les emplacements spécifiques d'un maximum de 250 ruptures de stock de produits pharmaceutiques essentiels.

2.7 Réussites de la campagne et enseignements retenus¹¹⁹

La campagne « Stop Stock-outs » (Non aux ruptures de stock) était initialement prévue pour une année, au début du mois de mars 2009, mais elle a été renouvelée en juillet 2010 et continue actuellement en raison de ses succès. La campagne a été largement relayée par les médias y compris la radio, la télévision, la presse écrite et Internet. Elle a suscité des réponses provenant de larges segments de la société et posé un débat public sur les ruptures de stock de produits pharmaceutiques, leurs causes et les solutions possibles. Des articles et des récits continuent de paraître concernant les ruptures de stocks de produits pharmaceutiques dans les établissements publics de soins de santé, y compris les arrestations et poursuites judiciaires de professionnels de la santé pris en délit de vol de médicaments.

La campagne a également attiré l'attention des principales agences gouvernementales. Par exemple, NMS a répondu aux rapports des médias par une déclaration et des professionnels ont été cités dans des articles de presses expliquant les causes de ruptures de stock (y compris les défis) ; plusieurs personnes ont également blâmé d'autres acteurs, particulièrement des établissements de santé,

118 Consulter www.frontlinesms.com et <http://stopstockouts.org/partners/>.

119 Interview avec Rosette Mutambi, directeur exécutif de HEPS, qui coordonnait le consortium des OSC qui ont développé et mis en œuvre la campagne « Stop Stock-Outs » (Non aux ruptures de stock) en Ouganda



pour des commandes en retard. Les membres du Comité des services sociaux du Parlement ont fait une visite inopinée au NMS pour déterminer les niveaux de stock et les causes de rupture de stock.

On attribue également à la campagne le fait d'avoir contribué à influencer la décision du gouvernement de centraliser l'approvisionnement et la distribution de médicaments par NMS et limiter la responsabilité des districts nationaux concernant l'approvisionnement de médicaments. Le 31 août 2009, le Parlement a voté le budget national 2009-2010, en approuvant, pour la première fois, un poste budgétaire séparé pour NMS. Cela signifie que l'argent pour les médicaments ne passera plus par le ministère de la santé. Cette décision est censée réduire les lenteurs administratives et la fragmentation et augmenter les ressources pour l'approvisionnement de produits pharmaceutiques, toujours de manière opportune.

En octobre 2009, le président du bureau a annoncé l'établissement de Medicines and Health service Delivery Monitoring Unit of State House, investi du devoir d'enquêter et lutter contre le vol de médicaments dans les hôpitaux nationaux et améliorer la fourniture régulière de médicaments et les services de santé aux populations ougandaises. Plusieurs professionnels de la santé et des officiels (y compris des médecins, des aide-infirmiers, des assistants de cliniques) ont été arrêtés, particulièrement ceux qui sont au bas niveau de la chaîne d'approvisionnement de médicaments. Un rapport présenté par l'Unité des produits pharmaceutiques en septembre 2010 a déclaré qu'environ 5 milliards de shillings (1,77 millions de dollars US), montant représentant la valeur des médicaments volés, ont été récupérés. À ce jour, jusqu'à 80 cas ont été portés devant la justice à travers le pays, avec au moins cinq condamnations pour le moment.

Dans l'ensemble, la campagne « Stop Stock-outs » (Non aux ruptures de stock) a davantage sensibilisé sur le droit à la santé et l'accès aux produits pharmaceutiques essentiels. Le public participe plus activement au débat sur les problèmes, la signalisation des ruptures de stock et l'invitation des institutions à faire des comptes-rendus. Simultanément, le gouvernement réagit de manière positive à la campagne et des changements sont en cours concernant la politique et la mise en œuvre.

Enseignements retenus:

- La campagne « Stop Stock-outs » (Non aux ruptures de stock) a été le fruit d'un effort conjugué de plusieurs parties prenantes. L'atelier de renforcement des capacités (soutenu par MeTA) au début de la campagne était stratégique pour favoriser la compréhension par les OSC et les médias des problèmes liés aux produits pharmaceutiques et l'établissement de bancs-d'essai pour la surveillance.
- Le consortium s'est appuyé sur les données et les informations existantes fournies par les membres et le ministère de la santé. Elles ont été utilisées pour créer un support et des preuves suffisantes pour la campagne. Le Conseil MeTA (un consortium de parties prenantes dans le secteur de la santé) a servi de plate-forme pour donner des idées et des supports pour le débat qui ont été utilisés pour la campagne, améliorant ainsi le soutien des parties prenantes. Ce soutien a contribué à favoriser la réussite de la campagne.
- Le consortium d'OSC a également travaillé via ses réseaux au sein de plusieurs communautés (y compris, Kisenyi et Kawempe), renforçant ainsi l'appropriation de la campagne par la communauté.



UN Photo/Evan Schneider

Par des messages clairs, simples et bien définis, le consortium pouvait simplifier les questions relatives à la santé et amener la population locale à apprécier la campagne.

- À travers l'utilisation d'outils de médias sociaux simples et abordables, tels que les SMS, les OSC pouvaient engager le public à identifier les manquements et lutter contre la corruption dans la chaîne d'approvisionnement de médicaments. Le soutien du public obtenu pendant la campagne était stratégique pour pousser les responsables à initier des réformes pour lutter contre le coulage de médicaments.
- Le besoin de renforcer l'efficacité de la campagne particulièrement par le suivi et la sanction des cas de corruption a été noté. Les lois actuelles sont faibles et aboutissent donc à des sanctions faibles ou inefficaces contre ceux qui ont été arrêtés et condamnés. De même, les agents chargés de l'application de la loi ont un pouvoir limité concernant les enquêtes et les poursuites judiciaires de délits liés aux médicaments. En outre, un leadership et une volonté politique forts sont nécessaires pour appliquer les réformes de gestion et institutionnelles qui réduiront les inefficacités et les opportunités de corruption et de vol de médicaments.

3. Étude de cas au Malawi : Mesure des niveaux de transparence et de vulnérabilité dans le système de santé à travers le Programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique

3.1 Introduction

Les indicateurs de santé au Malawi sont extrêmement pauvres. L'espérance de vie a chuté de 48 à 39 ans entre 1990 et 2000, surtout à cause du Sida. La mortalité maternelle est terriblement élevée et a empiré depuis 1990, laissant redouter une dégradation significative de l'infrastructure globale



de santé et de la capacité à fournir des services obstétricaux d'urgence accessibles. L'atteinte des OMD au Malawi est un défi majeur face aux niveaux croissants de la pauvreté. 65 % de la population ne peut pas satisfaire ses besoins nutritionnels quotidiens. Les taux de fertilité sont élevés et l'épidémie du VIH/Sida a augmenté la demande de services de santé, tout en réduisant la capacité du secteur de la santé.

L'accès aux services de santé est réduit et semble limité aux populations non pauvres et urbaines. Seuls 54 % de la population rurale ont accès aux équipements de santé sur un rayon de cinq kilomètres. Seuls 10 % de l'ensemble des établissements de santé ont la capacité de fournir le package sanitaire essentiel. Les services de santé de première ligne souffrent du manque de médicaments, des relations faibles personnel-patients et des diagnostics et des traitements de mauvaise qualité. Les services publics sont gratuits au point de prestation, mais les dépenses individuelles représentent 26 % des dépenses globales de santé, avec les dépenses des ménages les plus pauvres estimées à hauteur de 10 % de leurs dépenses en soins de santé. Les pauvres ressentent le plus le poids des problèmes de santé et ont le plus de difficultés à accéder aux services de santé¹²⁰.

3.2 Lutte contre la corruption dans le système de santé

Le Malawi était autrefois classé comme pays avec un fort taux de corruption et la corruption a été un problème majeur dans l'approvisionnement de médicaments et la chaîne d'approvisionnement. La Banque mondiale a évalué le risque comme élevé lorsqu'elle a mené une révision de l'évaluation de l'approvisionnement à l'échelle nationale en 2004, suite à l'évaluation de la capacité d'approvisionnement du ministère de la santé et des Dépôts médicaux en décembre 2003.

Encadré 1. Les risques liés à la gouvernance et aux défis dans le système de santé au Malawi

- Déficit de financement chronique dans le financement du secteur de santé aboutissant à la prestation de services de mauvaise qualité
- Systèmes d'approvisionnement et de distribution inefficaces
- Pratiques non éthiques qui incluent la corruption et le coulage
- Le manque régulier de médicaments essentiels et de fournitures médicales aux points de prestation de services
- Base de fabrication de produits pharmaceutiques limitée et dépendance excessive vis-à-vis de l'importation de médicaments auprès de fabricants étrangers
- Capacité inadéquate du Pharmacy, Medicine and Poisons Board pour appliquer la législation et les réglementations relatives au contrôle des médicaments au Malawi
- Le taux de pauvreté élevé et les coûts élevés de médicaments amènent les pauvres à rechercher des alternatives moins coûteuses et souvent non sécurisées

120 DFID Programme Memorandum, 'Improving health in Malawi : a sector-wide approach including essential health package and emergency human resources programme' (2005/06 – 2010/11). Lien pour y accéder: www.u4.no/themes/health/dfidmalawifinalreport.pdf.



3.3 Réformes actuelles:

Le Malawi a, au cours de la dernière décennie, introduit une plus grande discipline fiscale et des réformes fiduciaires. La mise en œuvre d'un nouveau système d'approvisionnement est en cours. Les donateurs soutiennent les plans du gouvernement d'institutionnaliser la réforme politique dans l'espoir que les institutions rendront plus difficile la récidive. La gestion financière et les procédures d'approvisionnement ont été développées pour l'approche sectorielle, offrant ainsi des garanties tout en renforçant les capacités aux niveaux des centres et des districts. Elles incluent une gestion assortie des délais et des plans d'amélioration de l'approvisionnement, un engagement à lancer des offres d'emploi pour comptables, des audits financiers et d'approvisionnement indépendants, et des assistants techniques à long terme ayant des responsabilités de conseil, gestion et supervision.¹²¹.

Plusieurs stratégies ont été conçues, particulièrement par les partenaires au développement, afin d'améliorer le fonctionnement du système de santé et lutter contre la corruption dans le secteur. En décembre 2004, DFID a accepté de fournir 100 millions de livres sterling (158 millions de dollars US) au gouvernement du Malawi pour soutenir le secteur de la santé sur une période de six ans (2005 à 2011). DFID combine sa contribution à l'approche sectorielle de la santé avec la Banque mondiale et quelques autres partenaires bilatéraux. D'autres donateurs bilatéraux et le Fonds mondial soutiennent le secteur de la santé à travers le financement de projets.

3.4 Évaluation de la vulnérabilité dans le système de santé à travers le Programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique

+En mettant en œuvre le Programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique (GGM) au niveau du pays, deux stratégies¹²² ont été identifiées pour lutter contre la corruption:

- Stratégie basée sur la discipline : établissement de lois contre la corruption, ainsi qu'une législation et une réglementation pour la gestion du secteur pharmaceutique.
- Stratégie basée sur les valeurs : création de l'intégrité institutionnelle à travers la promotion de pratiques morales et éthiques.

Une approche à trois phases a été identifiée par l'OMS comme suit¹²³:

Phase I : *Évaluation nationale de la transparence et de la vulnérabilité potentielle à la corruption à l'aide de l'instrument d'évaluation normalisé de l'OMS qui se focalise sur les fonctions centrales suivantes du secteur pharmaceutique:*

121 Consulter www.u4.no/themes/health/healthgoodpracticeex5.cfm.

122 WHO (2010), 'Good governance for medicines : curbing corruption in medicines regulation and supply'. Lien pour y accéder: www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/ENCurbingCorruption4May2010.pdf.

123 Ibid.



- enregistrement de médicaments et contrôle de leur promotion
- inspection et octroi de licence d'établissements
- sélection, approvisionnement et distribution de produits pharmaceutiques essentiels
- contrôle des essais cliniques

Phase II : Développement d'un cadre national de promotion du Programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique public Une fois l'évaluation terminée, la définition des composants de base du cadre GGM sera entreprise à travers un processus de consultation à l'échelle nationale avec les principales parties prenantes. Ces composants peuvent inclure : un cadre éthique et un code de bonne conduite, des réglementations et des procédures administratives, des mécanismes de collaboration avec d'autres initiatives de bonne gouvernance et de lutte contre la corruption, des mécanismes de dénonciation et des sanctions contre les actes répréhensibles et un groupe d'action mettant en œuvre le programme GGM.

Phase III : Mise en œuvre du Programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique, un effort qui incorpore un processus d'apprentissage institutionnel entièrement intégré dans l'application des nouvelles procédures administratives pour une plus grande transparence/responsabilité et le développement des capacités de leadership.

Tableau 3. Approche à trois étapes du programme GGM¹²⁴

Dédouanement du ministère de la santé		
Phase I	Phase II	Phase III
Évaluation nationale de la transparence	Développement d'un programme GGM national	Mise en œuvre d'un programme GGM national
Rapport d'évaluation	Cadre GGM officiellement adopté	Programme GGM intégré au plan du ministère de la santé

3.5 Mise en œuvre de la Phase I et II du programme GGM au Malawi¹²⁵

Le Malawi était le premier pays africain à démarrer la mise en œuvre du programme GGM. Deux officiels du gouvernement ont été nommés ainsi que deux évaluateurs du bureau local des sciences de la gestion pour la santé (MSH). Ils ont été formés à la méthodologie d'évaluation de la transparence en mars 2007. Ensuite, une évaluation à l'échelle nationale a été entreprise pour aider à mesurer le niveau de corruption dans le secteur pharmaceutique. Cela a entraîné une évaluation du niveau de transparence et de la vulnérabilité potentielle à la corruption dans quelques domaines du secteur de

¹²⁴ Ibid.

¹²⁵ Rapport sur le progrès du Programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique de l'OMS, février 2009. Lien pour y accéder: <http://jmsc.asia/6047/wp-content/uploads/2009/11/s16218e1.pdf>.



la santé, c'est-à-dire, l'enregistrement des médicaments, le contrôle de la promotion des produits pharmaceutiques, l'inspection des établissements, la sélection des produits pharmaceutiques et l'approvisionnement de produits pharmaceutiques.

Un rapport d'évaluation et des recommandations ont été préparés et adoptés par un atelier national en juillet 2007. En mai 2008, le ministère de la santé du Malawi a autorisé l'OMS à publier le rapport qui a été formellement lancé en juillet 2009. L'évaluation a indiqué que les fonctions du secteur pharmaceutique au Malawi sont très vulnérables à la corruption, principalement en raison d'un certain nombre de défaillances dans la bonne gouvernance pour les mécanismes de produits pharmaceutiques. Les domaines identifiés comme les plus vulnérables à la corruption dans le secteur pharmaceutique étaient la promotion des médicaments, suivis par la sélection, l'approvisionnement et l'enregistrement de médicaments¹²⁶.

L'évaluation du niveau de transparence et de la vulnérabilité potentielle à la corruption ne constitue pas une fin en soi mais plutôt le début d'un long processus conçu pour favoriser la bonne gouvernance dans le secteur de la santé. Suite à l'adoption du rapport aux niveaux les plus élevés du gouvernement, une équipe GGM nationale a été nommée par le ministère de la santé. Elle était chargée i) du développement et de la finalisation du document cadre en consultation avec les principales parties prenantes et ii) la gestion globale, la coordination et l'évaluation du programme GGM. Le rapport autorise l'équipe GGM à mettre en œuvre et promouvoir la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique. La formation GGM pour les Phases II et III a été organisée pour lancer la mise en œuvre¹²⁷.

3.6 Réussites et enseignements tirés du programme GGM au Malawi

La méthodologie utilisée est essentielle pour garantir l'objectivité et la précision des informations. Au Malawi, l'évaluation nationale a été menée par des assessseurs nationaux indépendants, en utilisant l'instrument d'évaluation normalisé de l'OMS. Les évaluateurs nationaux ont collecté des informations à travers une combinaison de recherche documentaire et des entretiens semi-structurés avec les informateurs clés, ensuite, ils ont organisé et analysé les données pour générer les résultats présentés dans un rapport. Ce rapport a indiqué que le Malawi doit effectuer un travail de titan dans la lutte contre la corruption dans le secteur pharmaceutique. Les résultats de l'étude indiquent que généralement, le secteur souffre d'une vulnérabilité extrême à la corruption (c'est-à-dire, un score de 3,36 sur une échelle de 1 à 10). Certains domaines fonctionnels clés affichent de faibles niveaux de transparence à cause des mauvais mécanismes de bonne gouvernance tandis que d'autres n'ont presque pas de mécanismes de transparence et de bonne gouvernance¹²⁸.

- L'évaluation a fait des recommandations essentielles qui servent de conseils dans la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé au Malawi. Elles incluent notamment¹²⁹:

126 WHO (2008), 'Measuring transparency to improve good governance in the public pharmaceutical sector in Malawi', p. vii.

127 Consulter <http://infocooperation.org/hss/documents/s16777e/s16777e.pdf>.

128 Ibid.

129 Ibid.



- Le besoin de partager davantage les informations dans le secteur pharmaceutique à travers la formation et la motivation des personnes directement ou indirectement impliquées dans les médicaments.
- Le gouvernement doit fournir des procédures et des directives d'exploitation standard sur le conflit d'intérêt (COI) sous forme écrite (y compris les procédures à suivre dans le processus de déclaration des conflits d'intérêt et des formulaires clairs, simples à remplir par ceux qui sont impliqués).
- Des conditions préalables doivent être disponibles pour le public et facilement accessibles.
- Le gouvernement doit veiller à la promotion de procédures de soumissions appropriées, accessibles au public et rapides pour les médicaments.
- Le gouvernement doit veiller à l'instauration d'une communication améliorée avec toutes les institutions impliquées dans l'enregistrement, la promotion, l'inspection, la sélection, l'approvisionnement et la distribution de médicaments.

En conséquence de cette étude de transparence, le gouvernement du Malawi a une meilleure idée des domaines vulnérables du système de santé et est en mesure d'identifier des stratégies efficaces pour éradiquer la corruption et fournir des services de meilleure qualité à la population. Dans le cadre des réformes, le gouvernement a commencé à mettre en place des mécanismes pour garantir la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels et le renforcement des capacités institutionnelles pour surveiller la distribution et la qualité des médicaments. Suite à l'achèvement réussi de l'étape d'évaluation, la formation GGM pour les Phases II et III a été organisée et en cours.

Les enseignements tirés incluent ce qui suit¹³⁰:

- L'évaluation/processus GGM n'est pas achevé(e) mais constitue une intervention à long terme qui nécessite un engagement à tous les niveaux. Au Malawi, le processus entre l'évaluation en 2007 et son adoption en 2009 était long et il est important de reconnaître que certains pays ont besoin de plus de temps que d'autres, en fonction de leur situation politique et de la disponibilité des ressources humaines pour mener les activités GGM.
- L'engagement à haut niveau et le pouvoir politique et la responsabilité aux niveaux les plus élevés du gouvernement sont stratégiques pour la réussite du programme. Au Malawi, le ministre de la santé et le Président ont invité l'OMS à mettre en œuvre ce programme et ont manifesté leur intérêt à la conduite fiable de l'évaluation. L'engagement de haut niveau s'est révélé bénéfique, non seulement pour donner plus d'ampleur à un tel programme délicat, mais également pour garantir sa durabilité.
- Le partenariat avec les entités nationales de lutte contre la corruption ou de bonne gouvernance est extrêmement utile, ainsi que la communication et les débats constants sur les problèmes et la formation du personnel. Au Malawi, les équipes ont entrepris une série de formation aussi bien dans le pays qu'à l'étranger.

130 Rapport sur le progrès du Programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique de l'OMS, février 2009. Lien pour y accéder: <http://jmsc.asia/6047/wp-content/uploads/2009/11/s16218e1.pdf>.



UN Photo

4. Étude de cas en Tanzanie : Renforcement des capacités institutionnelles de l'Autorité tanzanienne pour l'alimentation et les médicaments à travers la collaboration régionale d'OMS-HAI Afrique pour l'action pour les médicaments essentiels

4.1 Présentation du secteur pharmaceutique

Le budget total alloué aux médicaments pour le secteur public de la Tanzanie pour l'année 2000 était de 14,1 millions de dollars US, mais le montant annuel avait presque triplé en 2008, pour atteindre 44 millions de dollars. Les systèmes d'approvisionnement, de fourniture et de distribution dans le secteur public sont organisés à travers le Département des magasins médicaux (MSD), qui reçoit les commandes des hôpitaux régionaux, des districts et des hôpitaux de mission. L'approvisionnement s'effectue à travers un système compétitif de soumissions et le MSD s'approvisionne à des prix qui sont inférieurs aux prix de référence internationaux. La disponibilité globale des produits pharmaceutiques est d'environ 70 %. Les problèmes principaux incluent le transport et des infrastructures en mauvais état, ce qui affecte le processus de distribution. La fabrication locale de produits reste inadéquate pour satisfaire la demande nationale. Environ 70 % des médicaments nécessaires pour le pays sont importés¹³¹.

130 Rapport sur le progrès du Programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique de l'OMS, février 2009. Lien pour y accéder: <http://jmsc.asia/6047/wp-content/uploads/2009/11/s16218e1.pdf>.



L'Autorité tanzanienne pour l'alimentation et les médicaments (TFDA), établie en 2003, réglemente diverses activités du secteur pharmaceutique, de l'alimentation, des produits cosmétiques et les appareils médicaux. Le Conseil pharmaceutique, établi en 2002, régule les pharmaciens, les techniciens pharmaciens et les assistants pharmaciens. Le nombre de personnel pharmaceutique aussi bien dans les secteurs privé que public est nettement inadéquat. La capacité d'inscription globale des cinq institutions de formation existantes est d'environ 90 étudiants, 40 pour un diplôme, 20 pour un certificat.

4.2 Situation de la corruption dans le secteur de la santé

Le secteur de la santé en Tanzanie est l'un des domaines qui souffre le plus de la corruption et, pendant plusieurs années, il était classé¹³² troisième sur la liste des secteurs ayant le taux de corruption le plus élevé. La corruption se manifeste souvent au niveau inférieur et implique le personnel des établissements de santé publics qui reçoivent des pots-de-vin comme un complément à leur maigre revenu. Les individus sont souvent contraints de payer de petites sommes d'argent afin d'obtenir des services normalement gratuits ou qui nécessitent un petit paiement. Les patients paient des pots-de-vin dans la presque totalité des services d'hôpital ; les services de consultation externe, rayon X, salle d'accouchement et morgue sont particulièrement notoires. La pharmacie et les services d'hospitalisation ne sont pas non plus exempts de corruption. En réalité, aucune zone n'est épargnée par la corruption, contrairement à ce que l'on rapporte¹³³.

Au niveau plus élevé la corruption dans le secteur de la santé implique principalement le paiement d'importantes sommes d'argent par des individus et des institutions riches à certains agents corrompus du gouvernement afin de remporter des soumissions pour la fourniture de produits pharmaceutiques, l'équipement et les fournitures médicaux. En raison de cette concurrence déloyale entre les soumissionnaires, la valeur des fournitures que le gouvernement reçoit ne correspond pas au montant d'argent qu'il verse¹³⁴.

Les risques et défis clés de la corruption dans le secteur de la santé en Tanzanie incluent¹³⁵:

- Pénurie de médicaments et autres fournitures médicales, comme conséquence de la faible allocation budgétaire.
- Opérations chirurgicales À un certain niveau, les hôpitaux étaient obligés de procéder à des chirurgies sélectives et à faire uniquement des opérations d'urgence, ce qui favorise la corruption.
- Paperasserie excessive et longues files d'attente. Certains processus et procédures que les patients doivent suivre ne sont pas nécessaires. Ces procédures combinées aux pénuries et à l'inefficacité aboutissent aux longues files d'attente qui créent un environnement favorable pour solliciter et donner des pots-de-vin.

131 WHO (2009), United Republic of Tanzania Country Pharmaceutical Profile and NPO.

132 The Presidential Commission of Inquiry against Corruption (Warioba Commission), December 1996.

133 Ibid.

134 Comme cité dans une présentation par Mwaffisi, M.J., un secrétaire permanent au ministère de la santé, pendant la 9ème conférence mondiale de lutte contre la corruption en 1999. Lien pour y accéder : http://9iacc.org/papers/day4/ws7/dnld/d4ws7_mjmwaffisi.pdf.

135 Ibid.



- Bas salaires des professionnels de la santé. À un moment, le gouvernement a décidé d'autoriser les médecins travaillant dans le secteur privé à ouvrir des cliniques privées et à s'engager dans la pratique médicale privée après leurs heures de service officielles dans le but d'augmenter leurs revenus tout en les gardant dans la fonction publique. Cependant, cette décision a eu quelques conséquences négatives:
 - Les médecins passent des heures officielles dans leurs cliniques privées, délaissant les patients dans les établissements de soins publics.
 - Les docteurs utilisent les établissements publics et les fournitures médicales pour traiter leurs patients privés qui bénéficient souvent de services en priorité sur les autres patients
 - Les médecins utilisent les établissements publics pour orienter les clients vers leurs établissements privés.
 - Les médecins prescrivent sciemment des médicaments indisponibles dans les établissements publics et recommandent aux patients de les acheter dans leurs établissements.
 - Des incidences croissantes de vol de médicaments et d'équipements dans les établissements de santé publics ont été notées. En raison de ces conséquences fâcheuses, le gouvernement reconsidère actuellement cette décision politique.
- Les failles dans la gestion et la supervision des professionnels de la santé laissent aux professionnels le choix de faire tout ce qu'ils veulent. On note une dégradation générale de l'éthique qui laisse imperturbables les professionnels même lorsqu'ils violent leurs propres codes éthiques qui leur conféraient leur crédibilité et leur identité.
- Le manque d'information sur les types de services fournis, l'endroit et le moment où ils sont fournis, celui qui les fournit et les procédures à suivre crée un environnement de sollicitation et paiement de pots-de-vin.
- Faible capacité institutionnelle pour la surveillance et l'application

4.3 Renforcement des capacités institutionnelles via la collaboration régionale OMS HAI-Afrique

Le programme de collaboration régionale d'OMS-HAI Afrique pour l'action pour les médicaments essentiels 2002-2008¹³⁶ a été financé par DFID à travers une contribution de 6 million de livres (9,5 millions de dollars US). Le programme a impliqué 15 pays : Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, République démocratique du Congo, Éthiopie, Ghana, Kenya, Mali, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Tanzanie, Ouganda et Zambie. Dans trois pays (Ghana, Kenya et Ouganda), une collaboration beaucoup plus étroite avec la société civile a été mise en œuvre.

Le programme utilise un modèle de partenariat transsectoriel pour faire des progrès dans les cinq domaines essentiels afin de garantir des médicaments sûrs et accessibles : mise en œuvre et surveillance des politiques relatives aux médicaments ; plaidoyer pour un financement et une accessibilité financière ; systèmes de fourniture de médicaments qui fonctionnent bien ; réglementations

136 WHO-HAI Africa Regional Collaboration for Action on Essential Medicines in Africa 2002-2008. Evaluation report to DFID, August 2009.



sécuritaires et assurance qualité ; promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments. En plus de soutenir les politiques et programmes nationaux, développer l'engagement mutuel du gouvernement et de la société civile, la collaboration a également créé un réseau de agents professionnels nationaux (NPO) qui fournissent une assistance technique et l'expertise pharmaceutique dans chacun des 15 pays¹³⁷.

En Tanzanie, l'accent a été mis sur le renforcement de capacité de mise en œuvre et de performance dans les principales agences responsables de l'approvisionnement et de la gestion des fournitures (Département des dépôts médicaux), et de la qualité et la sécurité des produits (TFDA). La collecte de données et la base de preuves pour le secteur ont été renforcées : pour la première fois, il y a eu des évaluations excellentes du point de vue méthodologique, menées sur la situation des produits pharmaceutiques, les systèmes d'approvisionnement et sur la disponibilité et l'accessibilité financière des produits pharmaceutiques. Le programme a donné la priorité au renforcement des capacités et aux recommandations techniques sur la politique, la réglementation, l'approvisionnement et la gestion des fournitures, l'évaluation de la situation des produits pharmaceutiques et la recherche afin d'améliorer la base de preuves pour l'accès (disponibilité, accessibilité financière et études de prix)¹³⁸.

En outre, la Tanzanie est le seul pays NPO sans financement spécifique pour la collaboration de la société civile à avoir commencé des activités de surveillance du prix et de la disponibilité des médicaments avec HAI-Afrique ; un projet réalisé par le département de pharmacie de l'université de Muhimbili et la structure de coordination du secteur basée sur la confession religieuse et soutenue par HAI-Afrique et l'OMS.

4.4 Autorité tanzanienne pour l'alimentation et les médicaments (TFDA)

La lutte du gouvernement tanzanien contre la corruption a été appuyée par la contribution de l'OMS à la réforme réussie des entités réglementaires, avec la séparation du Comité d'administration du secteur pharmaceutique dans le Conseil pour le secteur pharmaceutique et l'Autorité tanzanienne pour l'alimentation et les médicaments (TFDA) en vertu du Tanzania Food, Drugs and Cosmetics Act of 2003. L'agence de régulation, TFDA, fait preuve de beaucoup d'amélioration des performances et de la transparence, par exemple, à travers son nouveau système de gestion de la qualité et son site Web. Aujourd'hui, les médicaments sont régulièrement testés aux frontières et sur les sites d'importation et les établissements sont inspectés pour vérifier l'application des bonnes pratiques en matière de fabrication. Les clients du secteur (par exemple, ceux qui sont représentés par l'Association tanzanienne du secteur pharmaceutique) signalent une amélioration des services, aussi bien en termes de qualité que d'efficacité, une amélioration du processus d'inscription¹³⁹.

L'OMS et d'autres organisations telles que MSH via son programme SEAM ont contribué au renforcement des capacités au sein de TFDA, qui est aujourd'hui considéré comme l'un des plus puissants dans la communauté de l'Afrique de l'Est. Les processus sont soutenus par les conseils

136 WHO-HAI Africa Regional Collaboration for Action on Essential Medicines in Africa 2002-2008. Evaluation report to DFID, August 2009.

137 Consulter www.who.int/medicines/areas/coordination/who_hai_partnership/en/index.html.

138 WHO-HAI Africa Regional Collaboration for Action on Essential Medicines in Africa 2002-2008. Evaluation report to DFID, August 2009, p. 26.

139 Ibid., p. 37.



normatifs de l'OMS dans le domaine réglementaire, la formation et l'assistance technique. Les inspecteurs tanzaniens participent maintenant au sein de l'équipe OMS Genève, au programme de pré-qualification. La formation a inclus l'enregistrement efficace de médicaments (focus sur la bioéquivalence), les conseils sur les dons de médicaments et l'élimination propre des médicaments, l'assurance qualité pour les inspecteurs de médicaments. Des systèmes de surveillance de l'assurance qualité ont été introduits pour les antirétroviraux et les médicaments antipaludiques ainsi qu'un nouveau système de gestion de la qualité pour l'enregistrement de produits, les essais cliniques et l'approvisionnement. Les clients commerciaux font état d'une meilleure satisfaction vis-à-vis du processus, même s'ils notent encore des retards¹⁴⁰.

En mettant TFDA sur pied et en renforçant ses systèmes internes, la Tanzanie a fait un effort majeur pour renforcer ses capacités réglementaires relativement aux produits pharmaceutiques. Les produits locaux ainsi que ceux importés doivent maintenant être enregistrés. L'enregistrement vaut pour cinq ans aux termes desquels les produits doivent être enregistrés à nouveau¹⁴¹. On note également une plus grande transparence avec tous les documents d'appels d'offres disponibles pour le public en ligne. TFDA garde également une liste en ligne, mise à jour, de tous les fabricants enregistrés.

Le renforcement du système d'inscription de TFDA basé sur l'inspection des usines a amélioré, de manière significative, la qualité des médicaments vendus dans les structures privées¹⁴². Certains commerçants internationaux qui, habituellement, importaient les produits fabriqués de l'extérieur sur une base contractuelle ne sont plus dans le circuit. Aussi bien les fabricants locaux qu'étrangers ont été forcés de se mettre à niveau. Toutefois, des problèmes subsistent encore, puisque les ressources TFDA sont limitées et ses standards ne sont pas aussi élaborés qu'aux États-Unis et en Europe.

Il existe également un besoin de renforcer les capacités de TFDA pour surveiller non seulement la spécification de standards, mais également pour déterminer si les fabricants suivent les procédures et respectent les garanties pour veiller à la production de médicaments sûrs et efficaces. Sa capacité d'application reste également incertaine.

Néanmoins, la structure et les domaines de TFDA en font une entité potentiellement efficace qui est capable de s'acquitter de son mandat et non d'exister en tant que tigre de papier. Cela se manifeste par les directives qu'il rend publiques à travers divers communiqués de presse tels que celui posté sur son site Web le 17 janvier dans lequel il annonçait la suspension temporaire de la fabrication, l'importation, la distribution, la vente et l'utilisation de certains produits de mauvaise qualité¹⁴³.

140 Ibid

141 Chaudhuri, S., Mackintosh, M. & Mujinja, P. (2010), 'Indian generics producers, access to essential medicines and local production in Africa : an argument with reference to Tanzania'. *European Journal of Development Research*, 22(4), pp. 451-468. Lien pour y accéder: <http://oro.open.ac.uk/26384/2/FD41259A.pdf>.

142 Ibid.

143 Consulter www.tfda.or.tz/.



5. Références

- Azfar, O. (2005). 'Corruption and the delivery of health and education services' in B. I. Spector ed., *Fighting Corruption in Developing Countries : Strategies and Analysis*. Kumarian Press, Bloomfield, CT (USA).
- Celarier, M. (1996), 'The search for the smoking gun'. *Euromoney (September)* : 49.
- Cohen, J., Mrazek, M., & Hawkins, L. (2007). 'Corruption and pharmaceuticals : strengthening good governance to improve access' in Campos, J. E., & Pradhan, S., eds., *The Many Faces of Corruption : Tracking Vulnerabilities at the Sector Level*. World Bank, Washington, DC (USA).
- De Jaegere, S. & Finley, S. (2009). 'Mapping accountability in the health sector and developing a sectoral assessment framework', rapport de mission PNUD.
- Diack, A., Seiter, A., Hawkins, L., & Dweik, I. (2010). 'Assessment of governance and corruption in the pharmaceutical sector : lessons learned from low- and middle-income countries', Document d'analyse HNP. World Bank Human Development Network, Washington, DC (USA).
- DFID (2008). 'Evaluation of DFID country programmes : Zambia, Evaluation Report EV689. Online : www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/evaluation/ev689.pdf.
- Freeman, L. (2005). 'Achieving the MDGs : health systems as core social institutions'. *Development* 48 : 19-24.
- Gellar, S., Fall, A., Kimonyo, J., & Friday, B. (2008). 'Corruption assessment of Rwandan Health Sector'. USAID, Washington, DC (USA).
- Global Programme against Corruption – Centre for International Crime Prevention (2001). *United Nations Manual on Anti-Corruption Policy*. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, Vienna, Austria.
- Gupta, S., Davoodi, H., & Tiongson, E. (2000). 'Corruption and the provision of health care and education services'. IMF Working Paper 00/116, International Monetary Fund, Washington, DC (USA).
- Lewis, M. (2000). 'Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?' International Bank for Reconstruction/World Bank Publications, Washington, DC (USA).
- Lewis, M., & Pettersson, G. (2009). 'Governance in health care delivery : raising performance'. World Bank Policy Research Working Paper 5074.
- Medicines Transparency Alliance (2010). 'Affecting change : the MeTA annual review 2009-2010'. Lien pour y accéder : www.medicinestransparency.org/ (visité le 11 janvier 2011).
- Mwaffisi, M.J., presentation during the 9th International Anti-Corruption Conference in 1999. Lien pour y accéder : [+http://9iacc.org/papers/day4/ws7/dnld/d4ws7_mjmwaffisi.pdf](http://9iacc.org/papers/day4/ws7/dnld/d4ws7_mjmwaffisi.pdf).
- Nordberg, C., & Vian, T. (2008). 'Corruption in the health sector'. U4 Brief 10, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.
- Ollier, E. (2010). 'Evaluation of the medicines transparency alliance : phase 1 2008-2010'. Online : <http://94.126.106.9/Documents/publications1/hdrc/eval-med-trnsp-all-phse-one-main-rpt.pdf> (visité le 5 janvier 2011).



Preker, A. Langenbrunner J., et al. (2005). 'Spending wisely : buying health services for the poor'. World Bank, Washington DC.

Semrau, K., Scott, N., & Vian, T. (2010). 'Embezzlement of donor funding in health projects' in Vian, T., *Preventing Drug Diversion Through Supply Chain Management*. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

SIDA (2001). 'Sector programme support to the Zambian health sector 2002-2005 – assessment memorandum'. Lien pour y accéder: www.u4.no/themes/health/bugetandoda.cfm (visité le 31 août 2010).

Transparency International (2010). 'The anti-corruption catalyst : realising the MDGs by 2015', Berlin, Germany.

Transparency International, page Web sur les Évaluations du système national d'intégrité : Methodology and Approach. Lien pour y accéder: www.transparency.org/policy_research/nis/methodology

United Nations Secretary General (2009). Speech on International Anti-Corruption Day. Lien pour y accéder: ww.un.org/News/Press/docs/2009/sgsm12660.doc.htm (visité le 1er août 2010).

United Republic of Tanzania, the Presidential Commission of Inquiry against Corruption (Warioba Commission), December 1996.

United States Agency for International Development (2009). 'Anti-corruption assessment handbook'. Lien pour y accéder: www.usaid.gov/our_work/democracy_and_governance/technical_areas/anticorruption_handbook/index.html (visité le 2 août 2010).

Vian, T. (2002). 'Corruption and the health sector', in the Sectoral Perspectives on Corruption Series (USAID/MSI).

Vian, T. (2008). 'Review of corruption in the health sector : theory, methods and interventions'. *Health Policy and Planning*, 23(2), 41.

Wagstaff, A., & Claeson, M. (2004). 'The Millennium Development Goals for health : rising to the challenges'. World Bank, Washington, DC (USA).

Waning, B., & Vian, T. (2010). 'Transparency and accountability in an electronic era : the case of pharmaceutical procurement' in T. Vian, 'Preventing drug diversion through supply chain management'. U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.

World Bank concept note on medicines procurement, internal document, 18 May 2010.

World Health Organization and HAI-Africa Regional Collaboration for Action on Essential Medicines in Africa 2002-2008.

Evaluation report to DFID, August 2009.

World Health Organization (2010), 'Good governance for medicines : curbing corruption in medicines regulation and supply'. Lien pour y accéder: www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/ENCurbingCorruption4May2010.pdf.

World Health Organization Good Governance for Medicines programme progress report, February 2009. Lien pour y accéder: <http://jmsc.asia/6047/wp-content/uploads/2009/11/s16218e1.pdf>.



World Health Organization (2008), 'Measuring transparency to improve good governance in the public pharmaceutical sector in Malawi'.

World Health Organization (2006), 'World health report 2006 : working together for health'. Statistical annexes.

World Health Organization and Health Action International (2008). *Measuring Medicine Prices, Availability, Affordability and Price Components* (2nd ed.). Geneva, Switzerland.



Democratic Governance Group
Programme des Nations Unies pour le Développement
Bureau des politiques de développement
One United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA
Email : pacde@undp.org
Site Web : www.undp.org/governance et www.undp.org/poverty