

ROYAUME DU MAROC
LE PREMIER MINISTRE



ETUDE SUR LE PHENOMENE DE LA CORRUPTION
DANS LE SECTEUR DE LA SANTE :
EVALUATION ET DIAGNOSTIC

Rapport de synthèse



Version juin 2011

SOMMAIRE

TABLE DES FIGURES	3
LISTE DES TABLEAUX	4
INTRODUCTION	5
1. Contexte général de l'étude	5
2. Points clés de la démarche	6
1. POLITIQUES ET PRATIQUES EN MATIERE DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA CORRUPTION	9
1.1 La prévention et la lutte contre la corruption, un engagement global	9
1.2 ...et des mesures spécifiques pour le secteur de la santé	10
2. LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE	13
2.1 Les caractéristiques de la corruption dans le secteur de la santé	13
2.2 Implication des acteurs dans les pratiques de la corruption	19
3. FACTEURS FAVORISANT LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE ET LEVIERS D'ACTION	21
3.1 Un comportement banalisé	21
3.2 Une confiance altérée envers les services de santé	24
3.3 Une connaissance limitée des mesures anticorruption mises en place	24
3.4 Une insuffisance des mécanismes de dénonciation	25
3.5 Une couverture spatiale en personnel de santé non équilibrée	26
3.6 Un environnement de travail faiblement adapté	27
3.7 Une faible optimisation de la gestion du matériel, des fournitures médicales et des médicaments	28
3.8 Des mécanismes de contrôle peu renforcés	28
4. IMPACTS DE LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE	29
4.1 Impact économique	29
4.2 Impact sur les principes fondamentaux de la société	30
5. CARTOGRAPHIE DES RISQUES ET ANALYSE DE LA FREQUENCE ET DE L'INTENSITE DE LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR	32
5.1 Identification des risques de corruption potentiels	33
5.2 Cotation des risques de corruption identifiés	34
5.3 Qualification de la probabilité d'occurrence des risques de corruption	34
5.4 Scoring des risques de corruption par nature d'impact	35
5.5 Cotation du niveau d'impact des risques	37
5.6 Criticité des risques de corruption	38
5.7 Qualification des risques de corruption	40
5.8 Traitement des risques	41
6. FEUILLE DE ROUTE POUR PREVENIR ET LUTTER CONTRE LE PHENOMENE DE LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR.....	44
7. CONCLUSION.....	49

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des formes de la corruption par dispositif	15
Figure 2 : Répartition des montants des pots-de-vin.....	15
Figure 3 : Taux de corruption par ville et par nature de prestation.....	17
Figure 4 : Taux de corruption global par dispositif	17
Figure 5 : Patients disposant d'une couverture médicale et ayant donné un pot-de-vin	18
Figure 6 : Corruption pour l'obtention d'un certificat d'indigence et sa répartition par type d'acteur	18
Figure 7 : Acteur déclencheur de la corruption	19
Figure 8 : Niveau d'incrimination par les citoyens des professionnels de santé.....	20
Figure 9 : Répartition des paiements dans le cadre du tiers payant par type de prestataire de soins	30
Figure 10: Répartition du nombre des risques analysés selon leur criticité	38
Figure 11 : Distribution du cumul de la criticité.....	38
Figure 12 : Distribution du cumul de la criticité par la méthode ABC.....	39
Figure 13 : Distribution des risques par niveau de criticité.....	39
Figure 14 : Positionnement des risques par criticité et probabilité d'occurrence	40
Figure 15 : Classification des risques	40
Figure 16 : Les familles de risques recensés	42
Figure 17 : Les mesures de maîtrise de risques en fonction de leur nature	43
Figure 18 : Les facteurs influençant le niveau de la corruption	21
Figure 19 : Taux de corruption vécu vs perçu comme "souvent" et "toujours".....	22
Figure 20 : Connaissance par les citoyens des mesures anticorruption	24
Figure 21: Appréciation des citoyens du niveau d'efficacité des mesures anti-corruption	25
Figure 22 : Raisons de non dénonciation de la corruption	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des risques de corruption par dispositif	33
Tableau 2 : Répartition des risques de corruption par type d'organisme.....	34
Tableau 3: Répartition des risques selon la probabilité d'occurrence	34
Tableau 4: Grille de cotation de l'impact économique est la suivante	35
Tableau 5: Répartition des risques selon les critères retenus pour l'appréciation	35
Tableau 6: Répartition des risques de corruption selon le niveau d'impact économique	35
Tableau 7: Répartition des risques selon les critères de cotation de l'impact social	36
Tableau 8: Répartition des risques selon le niveau de leur impact social.....	36
Tableau 9: Critères d'analyse du niveau d'impact culturel et comportemental	37
Tableau 10: Répartition du nombre des risques de corruption selon les critères retenus pour l'appréciation de l'impact culturel et comportemental potentiel	37
Tableau 11 : Répartition du nombre des risques de corruption selon leur niveau d'impact.....	37
Tableau 12 : Répartition du nombre des risques analysés	38
Tableau 13 : Répartition des risques par dispositif	41
Tableau 14: Critères d'évaluation du niveau de maîtrise des risques.....	41
Tableau 15: Répartition des risques de corruption selon leur niveau de maîtrise	42
Tableau 16 : Recommandations par familles de risques	43

INTRODUCTION

1. Contexte général de l'étude

Le Maroc a initié plusieurs réformes de fond en matière de bonne gouvernance dans l'Administration Publique qui se basent notamment sur la moralisation de la vie publique et l'instauration d'une relation de confiance et de transparence entre l'Administration et ses usagers. Ces réformes ont été construites sur la base des hautes orientations pour la prévention et la lutte contre la corruption édictées par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, des recommandations des instances internationales (Convention des Nations Unies contre la corruption, Convention anti-corruption de l'OCDE, stratégie de Gouvernance et de lutte contre la corruption de la Banque Mondiale, le Fonds Monétaire International, l'USAID...), du rapport du cinquantenaire, ainsi que des propositions de la société civile à travers les ONG et les associations à but non lucratif.

Ces réformes ont été traduites par la mise en place par le Gouvernement en 2010 d'un plan d'actions de prévention et de lutte contre la corruption qui comporte des mesures transversales urgentes à mettre en place à court terme ainsi que des mesures d'accompagnement devant garantir et assurer le succès de réalisation des mesures précitées à moyen terme. Par ailleurs, certains secteurs ont fait l'objet de mesures spécifiques.

Dans ce cadre, six axes d'intervention ont fait l'objet de plan d'actions à savoir :

1. Institution de relations transparentes entre l'Administration et ses usagers ;
2. Consolidation des valeurs d'intégrité et de mérite au sein de l'Administration ;
3. Renforcement du contrôle interne dans les Administrations Publiques ;
4. Consolidation de la transparence dans la gestion financière et dans les marchés publics ;
5. Poursuite de la réforme du système réglementaire ;
6. Encouragement du partenariat et de la coopération entre les différents intervenants au niveau national et international.

Au niveau du secteur de la santé de manière spécifique, le Ministère de la Santé a mis en place un plan d'actions intégrant des mesures visant à prévenir et à lutter contre la corruption au sein des établissements de santé.

Le renforcement des actions d'information et de transparence ainsi que la vulgarisation de l'accès à l'information ont constitué les axes structurants de ce plan d'actions. Le suivi et l'évaluation des actions ont été confiés à une commission créée à cet effet ; la commission de « la moralisation, la transparence et la gouvernance du secteur de la Santé ».

Par ailleurs, les études et les enquêtes menées (notamment celles réalisées par l'ICPC et Transparency Maroc) ont démontré la dimension prépondérante que prend le phénomène de la corruption dans ce secteur et qui nuit à sa performance.

Conscient de l'ampleur des enjeux social, économique et culturel de la corruption dans le secteur de la santé, l'Instance Centrale de Prévention de la Corruption (ICPC) a diligenté une étude portant sur le diagnostic et l'évaluation de ce phénomène en vue de mieux le comprendre, le qualifier et le quantifier.

Cette étude s'inscrit dans le sillage des études sur le phénomène de la corruption, lancées ou en cours de lancement, dans des secteurs jugés prioritaires et à forts enjeux sociaux (santé, transport, éducation, immobilier, justice...).

Elle s'inscrit par ailleurs dans le cadre des deux premières orientations stratégiques de l'ICPC, à savoir : « Diagnostic préliminaire du phénomène de la corruption au Maroc » et « Evaluation des politiques et pratiques concernant la prévention et la lutte contre la corruption au Maroc ». Ces deux étapes d'analyse et de compréhension du phénomène sont nécessaires et très importantes pour l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention et de lutte contre la corruption.

2. Points clés de la démarche

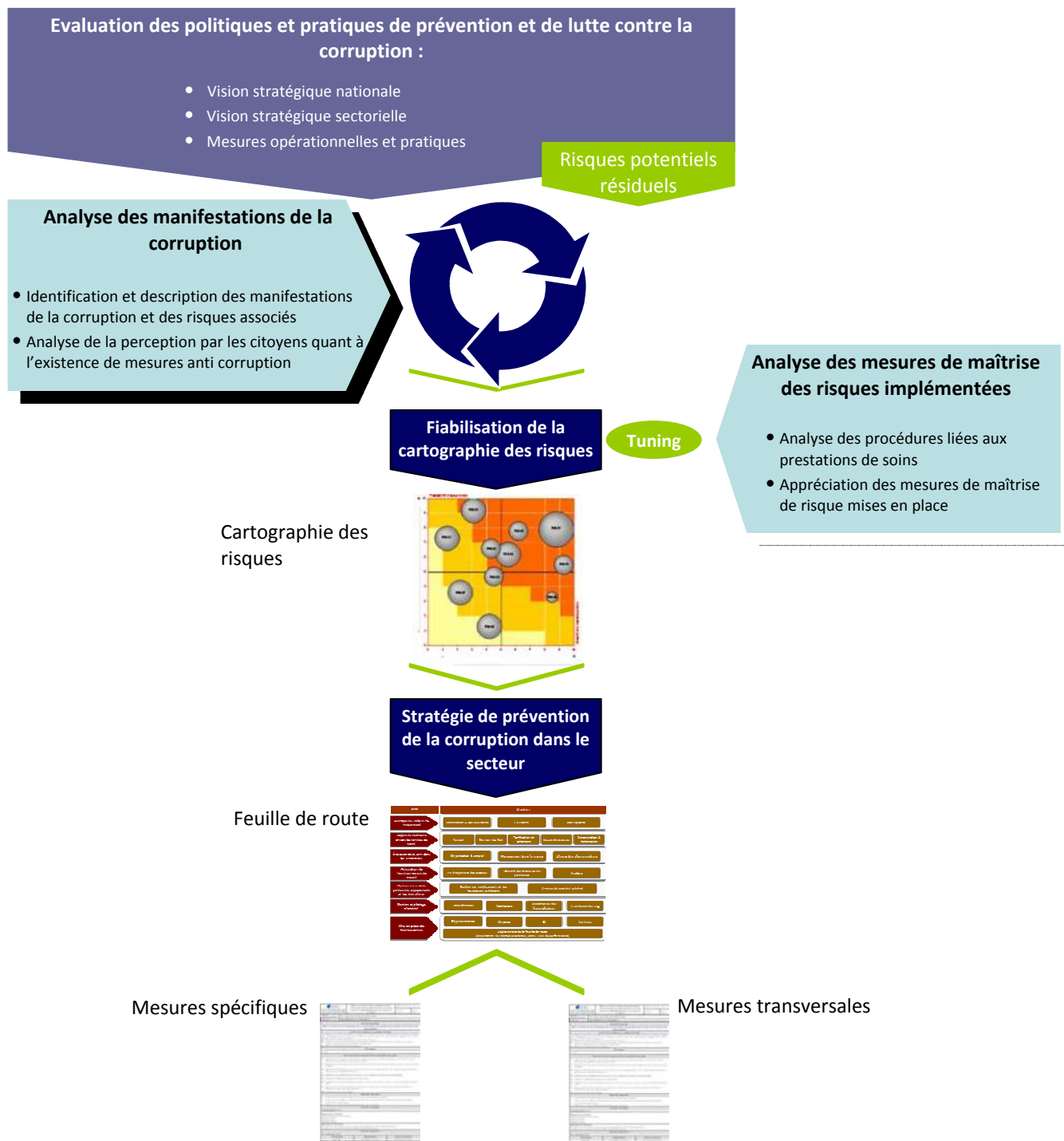
Les différents niveaux d'analyse de cette étude ont été construits autour d'une approche globale impliquant l'ensemble des principaux acteurs intervenant dans le secteur (Hauts responsables du Ministère de la Santé, Directeurs et responsables de centres de santé, corps médical, citoyens ayant eu recours à l'offre de soin,...).

Organisée en deux volets, l'étude a porté dans un premier temps sur l'analyse des politiques, stratégies et pratiques en matière de prévention et de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé. Une comparaison avec les orientations internationales en la matière a complété ce diagnostic.

Dans un second temps, l'étude a analysé les manifestations, la fréquence et l'intensité ainsi que les causes et les implications de la corruption. Cette analyse a permis d'identifier et de qualifier les risques de corruption, d'évaluer leur impact et d'identifier les facteurs qui les favorisent. La cartographie des risques réalisée dans ce cadre a eu pour objectif d'identifier les fondements sur lesquels doit reposer la stratégie de prévention et de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé.

L'approche par les risques permet en effet de tenir compte des particularités et de la complexité du phénomène de la corruption. Les volumes humain et opérationnel ne permettent pas un contrôle exhaustif de tous les actes potentiels de corruption et certaines personnes morales ou physiques présentent, de par leurs caractéristiques, des niveaux de risques élevés ou réduits. Les efforts doivent d'abord être dirigés vers ce qui est le plus risqué et qui peut avoir des impacts significatifs. Par définition, l'exhaustivité ne peut être atteinte en matière d'identification des risques de corruption. L'objectif consiste à s'en approcher de manière à obtenir l'assurance raisonnable que les principaux risques ont été identifiés. On entend par risque de corruption une manifestation potentielle du phénomène au niveau d'une situation. Elle correspond à une motivation (exemple : avoir un passe droit dans un service) exploitant une vulnérabilité (exemple : pouvoir discrétionnaire non contrôlé).

Le schéma ci-après illustre les étapes clés de cette démarche :



La définition de la corruption retenue dans le cadre du présent rapport est celle énoncée par Transparency International, à savoir : « **l'abus d'un pouvoir reçu en délégation à des fins privées** ». Elle consiste, pour un acteur public ou privé du secteur, de s'abstenir de faire, de faire, de faciliter ou de bloquer une procédure, du fait de sa fonction, en échange d'une promesse, d'un cadeau, d'une somme d'argent, d'avantages divers...

Le présent document constitue la synthèse de cette étude. Il a pour objectifs :

- d'élaborer un bilan des réalisations du gouvernement en matière de prévention et de lutte contre la corruption ;
- de dresser un état des lieux de la corruption dans le secteur de la santé permettant de mieux comprendre les caractéristiques, les formes, les niveaux d'implication des acteurs dans les pratiques de la corruption liée au secteur ;
- d'apprécier le niveau d'impact de ce phénomène sur les différents acteurs concernés (victime, Etat et tiers payeurs) sur les plans économique, social et culturel ;
- d'analyser les facteurs ayant favorisé le recours à la corruption dans le secteur et proposer les leviers pour l'éradiquer ;
- de présenter les résultats d'identification et de qualification des risques de corruption liés au secteur de la santé ;
- de dresser une feuille de route pour prévenir et lutter contre la corruption dans le secteur.

Points d'attention

L'analyse du phénomène de la corruption dans le secteur de la santé s'est basée sur une approche participative impliquant l'ensemble des acteurs de l'offre de soins. Elle a consisté en une restitution fidèle de données issues de différentes sources d'information : les orientations des hauts responsables, l'appréciation des professionnels de santé et le récit d'expériences vécues par la population couverte. Une enquête a dans ce cadre été menée au niveau de 5 villes du Royaume.

Cette approche présente néanmoins certaines limites :

- L'analyse des expériences de corruption vécues par les citoyens au sein des établissements de soin s'est limitée à la restitution de leurs déclarations. Lesdites déclarations pourraient être exagérées ou dramatisées, voire non fondées. La taille de l'échantillon retenu (plus 3500 interviews) permet néanmoins d'atténuer cette situation.
- Les appréciations des professionnels de santé quant à certaines manifestations n'ont pas été appuyées par un diagnostic approfondi pour vérifier leur véracité (ex. affectation et mutation du personnel, détournement de fonds et de biens publics,...). Cette analyse a été réalisée à travers des focus-groups organisés au niveau des établissements de soins (plus de 187 professionnels de santé dont 65% sont des médecins)

La restitution croisée des différents témoignages permet dans ce cadre d'avoir une assurance raisonnable quant aux conclusions présentées.

1. POLITIQUES ET PRATIQUES EN MATIERE DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA CORRUPTION

1.1 La prévention et la lutte contre la corruption, un engagement global...

Au cours des dernières années, le Gouvernement du Royaume du Maroc s'est engagé à mettre la prévention et la lutte contre la corruption au cœur de ses politiques et stratégies nationales. Il a ainsi entrepris une vaste réforme de l'administration publique ayant eu pour objectif de moderniser et d'améliorer la gouvernance dans la gestion de la chose publique.

Cette réforme s'inscrit dans un contexte national et international marqué notamment par :

- La redéfinition des missions de l'administration à la lumière du nouveau rôle de l'Etat ;
- Le renforcement de la déconcentration administrative ;
- La simplification des procédures administratives ;
- Le développement de l'Administration électronique ;
- La transparence et la moralisation de la vie publique ;
- La modernisation de la fonction publique et de la gestion des ressources humaines de l'administration ;
- La modernisation du système budgétaire de l'Etat à travers la mise en place d'une importante réforme budgétaire axée sur les résultats et la performance.

Les politiques et les stratégies de prévention et de lutte contre la corruption au Maroc, (notamment celles relatives au renforcement de la transparence et de la moralisation de la vie publique), découlent des Hautes Orientations de Sa Majesté le Roi Mohammed VI et des engagements pris par le Maroc dans le cadre de la Convention Internationale des Nations Unies Contre la Corruption signée par le Royaume en 2003 et ratifiée en 2007.

De plus, les plans d'actions aussi bien gouvernementaux que ceux relevant du secteur de la santé montrent l'engagement gouvernemental en faveur de l'éradication de ce phénomène. Ils s'inscrivent dans une logique d'accompagnement de la Vision de Sa Majesté le Roi Mohamed VI et de l'opérationnalisation de la Convention onusienne contre la corruption. Ainsi, le gouvernement s'est attaché à décliner ces hautes instructions par des programmes nationaux et des mesures opérationnelles transverses et sectorielles.

Plusieurs initiatives ont été ainsi initiées dans le cadre de programmes nationaux telles que:

- La mise en place en 1999 d'un système national de lutte contre la corruption qui a conduit à l'élaboration d'un plan national de prévention et de lutte contre la corruption en 2005 ;
- La signature en 2003 de la Convention des Nations Unies relative à la lutte contre la corruption et sa ratification en Mai 2007 ;
- L'élaboration d'un plan national de prévention et de lutte contre la corruption en 2005
- L'élaboration d'un nouveau plan national de prévention et de lutte contre la corruption en 2010.

Cette démarche concertée et participative a été couronnée par l'élaboration d'un plan d'actions formel 2010-2012 contenant des actions de prévention et de lutte contre la corruption urgentes et à mettre en place à court terme. Ce plan d'actions s'articule autour de six axes d'intervention, à savoir :

- Institution de relations transparentes entre l'Administration et ses usagers ;
- Consolidation des valeurs d'intégrité et de mérite au sein de l'Administration ;
- Renforcement du contrôle interne dans les Administrations Publiques ;
- Consolidation de la transparence dans la gestion financière et dans les marchés publics ;
- Poursuite de la réforme du système réglementaire ;
- Encouragement du partenariat et de la coopération entre les différents intervenants au niveau national et international.

Le plan d'actions 2010-2012 a pour objectifs de consolider les acquis en termes de réalisation des mesures du plan d'actions de 2005, de dresser un état d'avancement, d'ajuster et de proposer des mesures en complément à celles figurant dans le plan d'actions 2005 et de faire adhérer toutes les composantes de la société civile autour de ce plan d'actions.

1.2 Des mesures spécifiques pour le secteur de la santé.

Concernant le secteur de la santé de manière spécifique, le Maroc s'est attaché à promouvoir des politiques sanitaires adaptées aux contextes historique, politique et économique en essayant de surmonter les contraintes posées par une démographie croissante, une situation épidémiologique marquée par des maladies transmissibles à forte létalité, une offre de soins très peu développée et concentrée dans les grandes agglomérations, un sous encadrement en personnel médical et paramédical, une insuffisance chronique de financement et enfin des structures organisationnelles d'administration du secteur inadaptées.

Ces déficits se traduisent pour le patient par un accès insuffisant et inéquitable, une mauvaise qualité et une inefficacité des services de soins. Dans de nombreux cas, cette situation favorise l'émergence de différentes pratiques de corruption.

Ainsi, une stratégie nationale du Ministère de la Santé a été conçue en concertation avec tous les départements relevant du ministère et traduite par un plan d'actions sur le quinquennat 2008-2012.

Les efforts consentis s'inscrivent dans une volonté de gérer plus efficacement les déficits en système de gestion, les insuffisances chroniques en personnel médical et les pénuries de médicaments et de matériel médical.

Dans l'ambition de relever ces défis et d'assurer de manière équitable des services de santé de qualité aux citoyens, le Ministère de la Santé a mis en place une nouvelle stratégie visant à réconcilier le citoyen avec le système de santé. « Moraliser le secteur de la santé par l'élaboration d'un plan de lutte contre la corruption au sein des établissements de soins » a été un des chantiers prioritaires de ce plan d'actions. La mise en œuvre de ce chantier s'est traduite par la programmation d'actions prioritaires articulées essentiellement autour de deux ambitions : le renforcement des actions d'information et de transparence ainsi que la vulgarisation et la facilitation de l'accès à l'information du citoyen au sein des établissements de santé.

Le renforcement des actions d'information et de transparence a concerné notamment les actions suivantes :

- Réalisation de campagnes de sensibilisation du grand public sur les droits et les obligations du citoyen à l'égard des établissements de soins ;
- Création d'un numéro vert pour que les citoyens puissent dénoncer et signaler les tentatives de corruption en milieu hospitalier ;
- Création de guichets spéciaux au niveau des hôpitaux pour recevoir les doléances et plaintes des citoyens ;
- Création des comités locaux de transparence au sein des hôpitaux ;
- Introduction de l'outil informatique dans la gestion des prises en charge au niveau des hôpitaux (rendez vous, hospitalisation, facturation,...).

S'agissant des mesures pour la vulgarisation et la facilitation de l'accès à l'information du citoyen, celles-ci ont concerné essentiellement les actions suivantes :

- Conception et mise en place de circuits pour les patients au sein des hôpitaux publics ;
- Incitation des opérateurs privés à afficher leurs tarifs et les noms des médecins exerçant au sein des établissements de santé publics et privés ;
- Affichage des tarifs au sein des établissements de santé publics ;
- Affichage de la liste des personnes responsables et de garde au sein des établissements de santé publics.

Par ailleurs, le plan d'actions a prévu d'autres mesures non associées directement au volet de prévention et de lutte contre la corruption mais qui contribuent de manière significative à sa réduction, dont les principales sont reprises ci-dessous :

- Mise en place d'indicateurs de performance hospitalière retenus lors de la première rencontre nationale des hôpitaux, suivi et évaluation des activités hospitalières sur cette base ;
- Accompagnement et renforcement des missions d'inspection des structures publiques de soins ;
- Mise en place des procédures des bureaux des admissions et de facturation (BAF) dans l'ensemble des hôpitaux publics ;
- Organisation du parcours de soins à l'intérieur de l'hôpital selon le type de recours. Six circuits de recours sont envisagés : Urgences, Accouchement, Consultation spécialisée externe, examens externes (Imagerie, laboratoire, exploration)... ;
- Disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux vitaux au niveau des services des urgences ;
- Mise en place dans tous les hôpitaux publics des pharmacies hospitalières gérées par des pharmaciens et dont les locaux sont aux normes ;
- Institutionnalisation de la commission des prix des médicaments ;
- ...

Au niveau du suivi opérationnel de la mise en œuvre des actions programmées, celui-ci a été confié à une commission créée à cet effet : « Commission de la moralisation, de la transparence et de la gouvernance du secteur de la Santé ». Cette commission a pour rôle d'assurer l'exécution, le suivi et le contrôle des activités relatives à ces actions dans le cadre d'une démarche basée sur la concertation et la participation de tous les partenaires, notamment les commissions chargées du suivi des autres mesures de ce plan d'actions.

Par ailleurs, la mise en œuvre du plan d'actions de la santé a rencontré différents blocages qui ne sont pas nécessairement liés au secteur de la santé. D'autres dysfonctionnements relevés lors de la phase de diagnostic (ex. insuffisance des outils de pilotage et de contrôle, faible synergie entre les établissements de soin et les

organes de coordination dépendant du Ministère de la Santé, ...) ont constitué une entrave pour la concrétisation de certains chantiers.

Au niveau du déploiement des différents projets en matière de prévention et de lutte contre la corruption, le faible niveau de connaissance par les citoyens des différentes actions mises en place a porté préjudice à leur efficacité. Par ailleurs, la mise en œuvre de ces différentes actions a été marquée par certaines insuffisances, dont les principales sont reprises ci-après (non exhaustif) :

- La faible attractivité et de visibilité des bureaux d'accueil et d'orientation a limité leur fréquentation par les usagers qui préfèrent davantage recourir aux agents de sécurité, pour se renseigner ;
- Les agents d'accueil ne sont pas généralement en mesure d'identifier le besoin des patients pour pouvoir les orienter vers les services compétents. Leur formation ne contient pas de modules portant sur les prestations de soins offertes par l'établissement, sur les spécialités ou sur les programmes de consultation. Ils ne disposent pas par ailleurs de qualification en matière de gestion du stress et de l'agressivité de certains patients ; comportements fréquemment observés chez les usagers des centre de santé ;
- L'organisation de l'accueil au niveau de l'hôpital se limite à l'accueil physique, elle n'a pas été construite autour d'une offre intégrée (accueil téléphonique, accueil informatique et accueil physique).
- L'affichage des prestations hospitalières en vigueur est présenté en des termes techniques méconnus par les usagers. Par ailleurs, la liste des médicaments disponibles renseigne sur la molécule mère du médicament ou de son générique.
- Les règles d'affichage ne sont pas harmonisées au niveau de l'ensemble des établissements de soins (support d'affichage, caractère, taille et police,...) ;
- Le port du badge par le personnel de la santé n'est pas systématique et non généralisé ;
- L'affichage des tarifs et des noms du personnel médical au niveau du secteur privé ne fait l'objet d'aucune mesure répressive ;
- Les procédures et modes opératoires pour le traitement et le suivi des doléances en matières de dénonciation de la corruption ne sont pas formalisés aussi bien pour le Numéro Vert que pour les guichets spéciaux mis en place;
- ...

Il est toutefois important de noter que la prévention et la lutte contre la corruption est un chantier de longue haleine qui nécessite la contribution de tous les acteurs. L'analyse et l'appréciation de l'impact des efforts consentis dans ce cadre doivent s'inscrire dans le long et le moyen termes.

Aujourd'hui, les professionnels de santé et les citoyens s'accordent globalement sur le grand progrès réalisé en la matière. Toutefois, des manifestations de ce phénomène persistent toujours et concernent différents aspects et à différents niveaux.

2. LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE,

Un phénomène toujours persistant

Les différents efforts mis en place par l'administration pour lutter contre la corruption s'inscrivent aussi bien dans le court que dans le moyen terme. En effet, le Ministère de la Santé a engagé d'importantes actions pour la modernisation du secteur et la lutte contre la corruption. Ces actions sont en relation avec l'organisation des services (parcours de soins, accueil, urgences, affichage...), la gestion des ressources humaines (recrutement, avancement, mouvement...), la gestion des médicaments (centralisation des achats, encouragements des génériques, construction des dépôts régionaux de médicament...) et avec le contrôle et l'inspection (audit de performance, inspections des services, inspection des cliniques privées...). En revanche, l'impact attendu de ces actions, malgré leur importance, n'est pas encore suffisamment perceptible par les citoyens.

La corruption dans le secteur de la santé est un phénomène qui se manifeste à travers différentes typologies d'événements. Les manifestations de la corruption peuvent être différenciées principalement selon le type d'établissement, la ville, la nature de la prestation médicale rendue et la catégorie socioprofessionnelle du patient.

L'analyse de la corruption dans le secteur de la santé s'est basée notamment sur une enquête terrain auprès des citoyens, visant à recueillir leurs expériences vécues de corruption ainsi que leur perception de ce phénomène dans ce secteur. Cette enquête a eu pour objectifs de :

- Mesurer la fréquence et l'intensité des différents actes de corruption dans le secteur ;
- Evaluer la perception des citoyens quant aux causes, conséquences et implications de la corruption ;
- Evaluer le niveau de connaissance par les citoyens des mesures anti-corruption implémentées ;
- Sonder leurs appréciations quant à l'efficacité desdites mesures.

L'indicateur retenu dans le cadre de cette analyse est le **taux de corruption**. Cet indicateur correspond au nombre de personnes ayant déclaré avoir eu recours à la corruption pour bénéficier d'un service, de droit ou en passe-droit, sur le total des personnes interviewées ayant bénéficié du même service.

2.1 Les caractéristiques de la corruption dans le secteur de la santé

Au niveau du secteur de la santé, différents types de corruption existent. Dans le cadre de cette étude, les principales typologies rencontrées sont reprises ci-après.

- **Rétribution induite et pot-de-vin** : paiement pour un traitement/service/prestation gratuit ou de droit (accueil et orientation, hygiène et nourritures, changement de draps,...). il peut résulter de l'initiative du patient ou de son accompagnant, ou encore suite à une extorsion exercée par le personnel de santé.
- **Favoritisme (ou népotisme)** : divers types de faveurs accordées par les professionnels de santé, directement, aux membres de leurs familles, leurs amis ou leurs collègues, ou indirectement à travers un intermédiaire ou une personne influente (administration centrale, autorités locales, élus,...) sans considération du mérite ou de l'équité, des aptitudes ou des capacités. Les faveurs accordées concernent aussi bien les prestations rendues dans le cadre de l'offre de soins (accueil, traitement de faveur, admission,...) que les modes transversaux de gestion (affectation du personnel de santé, mutation, marchés publics,...).

- **Gratification (ou cadeaux) :** paiement initié par le patient à titre volontaire et non exigé par le personnel de santé, pour être privilégié par rapport aux autres patients (en quête de qualité/traitement de faveur ou tout simplement pour accorder une gratification post traitement).
- **Traitement abusif :** lorsque le patient subit des traitements/services/prestations non nécessaires. Le traitement abusif est souvent un prétexte pour justifier la sur-tarification des prestations.
- **Sur-tarification (des services ou des prestations offerts) :** lorsque le patient paie pour un service plus que ce qu'il ne doit payer (poches de sang, kit maternité,...) ou dans le cadre d'un traitement abusif.
- **Facturation frauduleuse pour des soins fictifs :** facturation de services ou de prestations de soins non réalisés (transfusion sanguine, injections,...).
- **Paiement pour des services ou des prestations non-conformes/illícites :** lorsqu'un patient paie pour bénéficier d'un service ou une prestation auxquels il n'a pas droit (certificat de maladie, opération d'avortement, certificat d'aptitude,...).
- **Détournement de deniers ou de biens publics :** utilisation des biens ou des fonds publics à des fins privées (détournement des marchés publics pour l'acquisition du matériel, médicaments, autorisation de médicaments,...).
- **Accaparement du temps, du matériel et des locaux à titre privé :** peut être associé à l'abus de biens sociaux, ce type de corruption se manifeste lorsqu'il y a utilisation du temps, du matériel et des locaux d'établissements publics à titre privé. Il se traduit notamment par :
 - L'exercice de manière illégale par les professionnels de santé de la fonction publique (médecins, infirmiers,...) d'activités de médecine dans les cliniques ou les laboratoires privés sans avoir d'autorisation et au détriment des établissements publics se traduisant par des absences et des retards
 - L'usage au niveau des établissements de soins publics (centre de radiologie, laboratoires, ...) des équipements, du matériel et des consommables au profit des laboratoires d'analyse biologique ou de radiologie privés ;
 - La vente de médicaments par les pharmacies des établissements de soins publics aux officines privés.

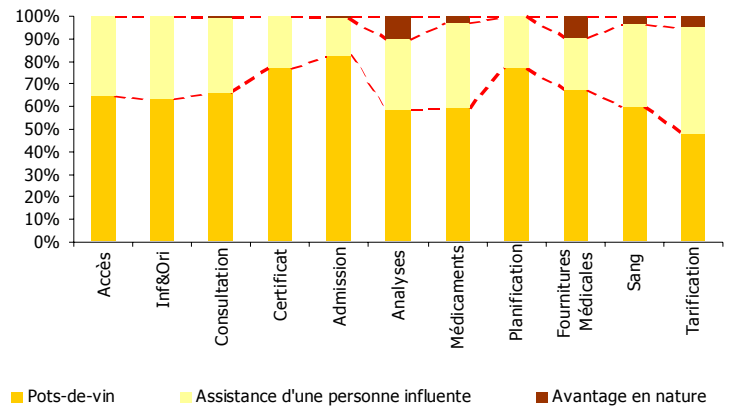
L'événement de la corruption peut prendre différentes formes

Les formes que prend la corruption dans le secteur peuvent être regroupées en trois catégories : les pots-de-vin, l'assistance de personnes influentes (favoritisme) et les avantages en nature. Les pots-de-vin et les petits pourboires constituent la forme de corruption la plus observée dans les établissements de soins.

Figure 1 : Répartition des formes de la corruption par dispositif

Selon les professionnels de santé, cette forme de corruption est généralement déclenchée par les citoyens.

Les montants des pots-de-vin sont à 75% inférieurs à 100 Dhs. Les acteurs rencontrés s'accordent sur la prépondérance des montants compris entre 20 et 50 Dhs. Les petits pourboires (moins de 20 Dhs) sont plus répandus dans les hôpitaux publics.

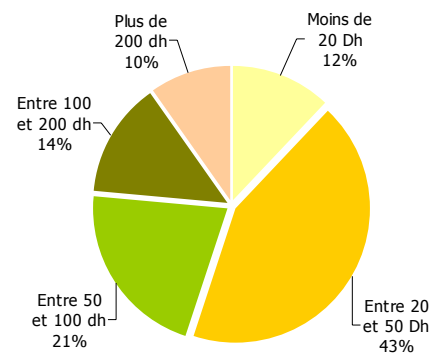


Les dispositifs les plus « contaminés » par ces pourboires sont l'accueil, l'information & l'orientation et la délivrance des certificats médicaux.

Figure 2 : Répartition des montants des pots-de-vin

La planification des interventions chirurgicales est le dispositif qui coûte le plus cher en matière de corruption, aussi bien au niveau des établissements de soins publics que privés.

Au-delà de la planification des interventions, les hôpitaux publics affichent les montants de la corruption les plus élevés respectivement au niveau des dispositifs liés à l'attribution de fournitures médicales, la transfusion sanguine, l'admission et la tarification.



Au niveau des centres de santé dans le milieu rural, les cadeaux en nature constituent une forme de corruption relativement répandue.

« Dans le monde rural, le personnel de santé doit être disponible 24/24, vis-à-vis de la population du « douar ». Les cadeaux offerts par cette population sont considérés comme une gratification par rapport aux efforts fournis.

Etant convaincu de la situation « pitoyable » du personnel de santé, les gratifications sont aussi considérées comme une motivation pour fidéliser et pérenniser le dévouement dont fait preuve ce personnel ».

Médecin généraliste d'un hôpital provincial sur Tanger

Un phénomène plus marqué dans les établissements de santé publics

Les résultats de cette étude ont révélé que, indépendamment de sa forme (pot-de-vin assistance de personnes influentes, ...), **3 personnes sur 10 ont déclaré avoir eu recours à la corruption pour bénéficier de prestations de soins.**

D'une manière globale, les pratiques de corruption sont plus répandues dans les établissements publics (hôpitaux et centres de santé publics) que privés (cliniques privées). L'enquête menée auprès des citoyens montre que le rapport est du simple au double en terme de fréquence du phénomène.

Selon les professionnels de la santé, les aspects culturel et comportemental des citoyens sont les principaux facteurs qui favorisent la corruption dans les établissements de soins publics.

Dans le secteur privé, les manifestations de la corruption concernent essentiellement les pratiques de sur-taxation des prestations, des traitements abusifs ou non nécessaires ainsi que la facturation de traitements fictifs. D'autres pratiques résultent des diverses interactions avec le secteur public. Elles se traduisent notamment à travers des ententes entre les professionnels de santé publique et privée pour :

- L'orientation des patients vers les cliniques et les laboratoires d'analyse biologique et de radiologie privés ;
- L'exercice à titre privé par certains médecins fonctionnaires dans des établissements de soins privés ;
- L'usage de biens publics à des fins privées (locaux, temps, matériel de radiologie, réactifs,...).

« La faible attractivité et la gratuité de certaines prestations rendues par les établissements de l'Etat sont des facteurs qui dévalorisent les services aux yeux des citoyens. Le patient qui peut faire preuve d'une grande patience et d'une attitude remarquable et citoyenne dans les cliniques privées, peut faire un scandale si dans un hôpital l'infirmière lui demande d'attendre quelques minutes ».

Gynécologue d'un centre hospitalier sur Casablanca

« La corruption est un phénomène qui concerne au premier rang les hôpitaux. En ce qui concerne les centres de santé, la médicalisation et la mise en place de règles rigoureuses de traçabilité dans la gestion des médicaments ont permis d'éradiquer les pratiques historiques de détournement des médicaments »

Médecin chef d'un centre de santé sur Marrakech

...et qui touche davantage les hôpitaux que les centres de santé (CS)

Le taux de corruption calculé sur la base des déclarations des citoyens dans les hôpitaux publics est de 32% contre 20% pour les centres de santé. La longueur des circuits de prise en charge des patients et la diversité des acteurs intervenants dans le cadre des procédures de gestion au niveau des hôpitaux sont les principaux facteurs favorisant le développement des pratiques de la corruption dans les hôpitaux.

Cet écart entre les deux types d'établissements peut être expliqué par la nature des soins offerts dans les centres de santé, concentrée essentiellement sur les soins préventifs et dans certains cas les accouchements. Par ailleurs, les centres de santé ont mis en place différentes mesures pour renforcer les mesures de contrôle interne ayant permis la maîtrise des risques liés à la corruption (registre d'attribution des médicaments par exemple).

...avec une concentration au niveau des grandes agglomérations

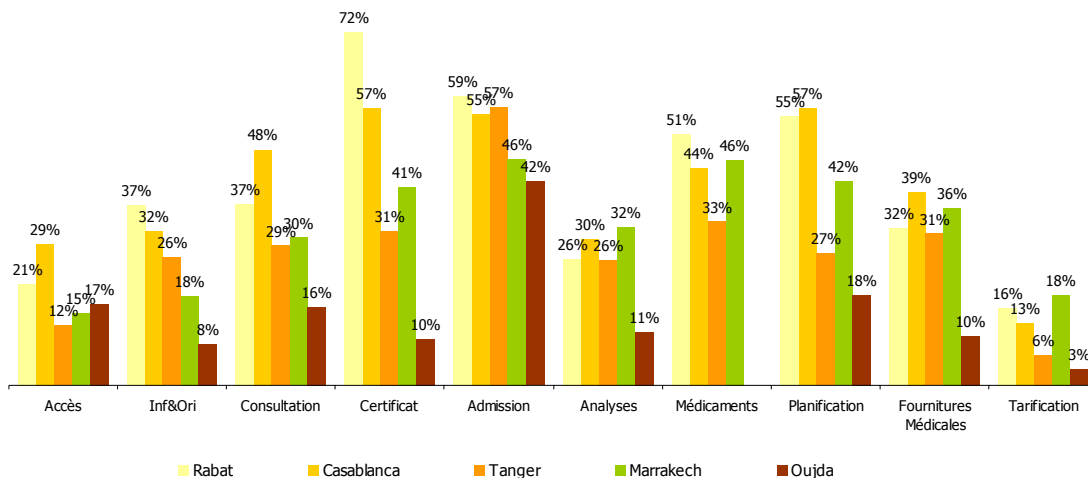
L'analyse des manifestations de la corruption par ville et par nature de prestation montre une concentration de la corruption dans les grandes agglomérations. Ainsi, les villes de Casablanca et de Rabat affichent les taux de corruption les plus importants, respectivement de 33% et de 32% selon le sondage réalisé auprès des citoyens.

Cette situation est essentiellement liée aux importants afflux que connaissent les grandes agglomérations en matière d'accueil des patients. En effet, de par l'importante couverture des différentes spécialités ainsi que le niveau avancé en équipement dont disposent les établissements de santé des grandes villes (Casablanca, Rabat, Marrakech,...), ils constituent un fort attrait pour les populations des petites villes limitrophes. Les flux importants générés dans ce cadre, combinés aux insuffisances en matière de ressources humaines, médicaments et matériels médicaux, amplifient le niveau d'exposition au phénomène de la corruption.

Au sein de chaque ville, le taux de corruption varie selon la prestation (accueil et information, consultation, certificats...).

La Ville de Rabat est caractérisée par des pratiques de la corruption liée essentiellement à l'octroi des certificats médicaux (72%), à l'admission aux établissements de soins (59%) et à la planification des interventions chirurgicales (55%). La ville de Casablanca enregistre les taux de corruption les plus élevés au niveau de la planification des interventions chirurgicales (57%), suivi par l'admission (55%) et par les consultations (57%). En revanche, la ville d'Oujda est globalement marquée par les taux de corruption les plus faibles.

Figure 3 : Taux de corruption par ville et par nature de prestation



La corruption concerne toutes les prestations de prise en charge du patient à des degrés variables ...

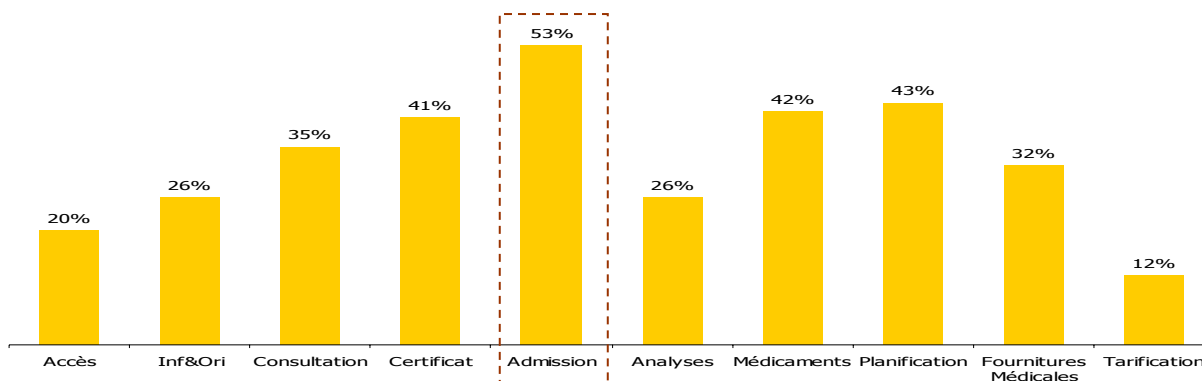
Les manifestations de la corruption se traduisent tout au long du circuit de prise en charge du patient.

Ces manifestations sont répandues au niveau de l'ensemble des spécialités/services de l'offre de soins avec une forte concentration au niveau des services dits chauds (urgence, accouchement et hospitalisation).

« La corruption est déclenchée depuis l'entrée de l'hôpital »
Pédiatre d'un CHP sur Casablanca

De par leur caractère urgent et critique sur la santé, l'admission et la planification/programmation des opérations chirurgicales semblent être les points où la vulnérabilité des victimes de la corruption est la plus importante avec des taux de corruption respectivement de 53% et de 43%. La population manifeste plus de vulnérabilité et cède à la facilité de la corruption.

Figure 4 : Taux de corruption global par dispositif



Un nombre important de patients serait concerné...

Les résultats de cette étude ont révélé que près de 3 personnes sur 10 ont recours à la corruption au sein des établissements de santé publics. Selon les professionnels de la santé, les patients et/ou leurs accompagnants ont toujours été l'élément déclencheur des pratiques de la corruption. Les formes et les montants que peut prendre cette corruption dépendent fortement de la catégorie socioprofessionnelle et de la tranche d'âge, avec des

proportions quasiment égales entre les hommes et les femmes. Dans ce cadre, les personnes âgées et ceux à revenus modestes sont généralement les plus vulnérables à ce genre de pratiques.

Pour les usagers, la corruption dans le secteur de la santé est devenue un **comportement banalisé**. Pour plus de la moitié des personnes interrogées, elle est devenue un comportement habituel et généralisé.

Les motivations de la corruption peuvent prendre différentes dimensions selon la nature de la prestation offerte (accueil & orientation, médicament, planification,...) et la catégorie socioprofessionnelle des personnes concernées. Plus du quart de la population interrogée a déclaré avoir eu recours à la corruption pour bénéficier, tout simplement d'un traitement approprié. 30% déclarent avoir corrompu pour disposer d'un passe droit (avoir plus de médicaments que prescrit, ne pas faire la queue, avoir un certificat médical non justifié, avancer un RDV,...). Par ailleurs, la corruption peut être motivée par différentes raisons : bénéficier d'un service de qualité supplémentaire, être suivi par le médecin de son choix, bénéficier de prestations avantageuses,...

...même ceux disposant d'une prise en charge médicale.

Les enquêtes menées auprès des citoyens montrent que 45% des patients disposant d'une couverture médicale ont été amenés à donner des pots-de-vin aussi bien dans des hôpitaux publics que dans des cliniques privées.

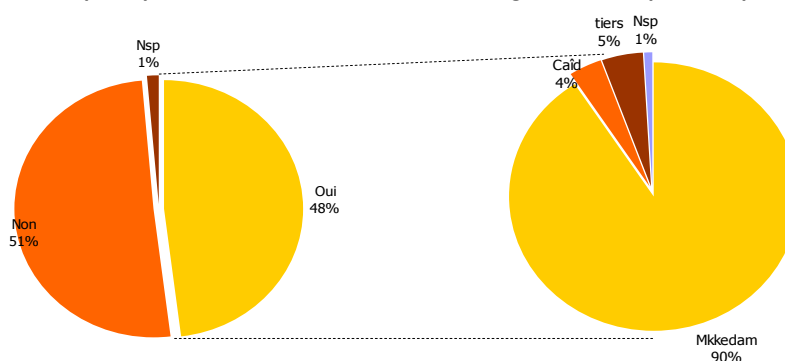
Figure 5 : Patients disposant d'une couverture médicale et ayant donné un pot-de-vin



S'agissant des patients à revenu modeste, le certificat d'indigence est la base de la prise en charge médicale dans les hôpitaux publics. Dans ce cadre, le mécanisme d'identification des personnes démunies, comporte de multiples dysfonctionnements et inadaptations (procédures non formalisées sur les enquêtes à mener, faible coordination entre les autorités locales pour la centralisation des données,...), ce qui affecte la pertinence et l'efficacité sociale de ce système.

En effet, 48% des bénéficiaires de certificats d'indigence ont dû corrompre pour l'obtenir. La moitié des montants de cette corruption sont compris entre 100 et 200 Dhs. La délivrance de ces certificats est du ressort des « Mkkadem » qui sont bénéficiaires de la corruption dans 90% des cas révélés par la population interrogée.

Figure 6 : Corruption pour l'obtention d'un certificat d'indigence et sa répartition par type d'acteur



Selon les professionnels de santé, les défaillances liées à la gestion des certificats d'indigence pèsent lourdement sur les recettes des établissements de soins publics.

« Les patients indigents représentent près de 70% des cas traités par l'hôpital ce qui constitue une entrave à l'amélioration des recettes et par conséquent de la qualité des services offerts par l'établissement. Une bonne proportion des bénéficiaires ne méritant pas cette prise en charge gratuite aurait eu recours à la corruption de l'organisme délivrant pour l'avoir ».

Directeur d'un CHP sur Marrakech

2.2 Implication des acteurs dans les pratiques de la corruption

Un acte de corruption pourrait concerner aussi bien un échange entre deux intervenants (le corrupteur et le corrompu) qu'une interaction entre différents acteurs (le corrupteur, l'intermédiaire et le corrompu). Il est difficile de séparer l'acteur de la victime de la corruption.

Des citoyens à la fois victimes et complices

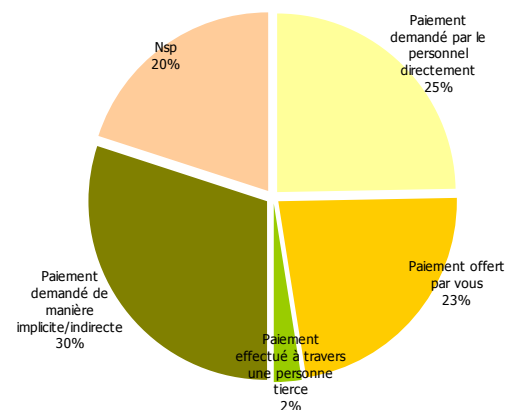
Les avis divergent quant à l'acteur initiateur de la corruption dans les rapports liant le citoyen avec le personnel de santé.

Figure 7 : Acteur déclencheur de la corruption

Selon les professionnels de santé, «Le citoyen est l'élément déclencheur de tout acte de corruption ». Il serait complice dans la majorité des pratiques de la corruption.

En revanche, les citoyens dénoncent les extorsions exercées par le personnel de santé : ils déclarent à 55% que les pots-de-vin versés ont pour origine une demande du personnel de santé dont 25% seraient des extorsions explicites.

Par ailleurs, la non dénonciation des extorsions qui seraient exercées par le personnel de santé peut être assimilée à une implication tacite du citoyen. La réticence à la dénonciation encourage les acteurs de la corruption à poursuivre leurs démarches d'extorsion et de chantage, le cas échéant.



Des intermédiaires profitant des défaillances du système

L'ignorance par les citoyens des procédures de prise en charge des patients a notamment favorisé l'émergence d'agents intermédiaires. Ces acteurs constitueraient selon les professionnels de santé la pierre angulaire des pratiques de la corruption au sein des hôpitaux. Les intermédiaires, appelés aussi les « rabatteurs » de l'hôpital, profitent de l'affolement et de la vulnérabilité des usagers pour leur proposer des circuits parallèles. Ils maîtrisent les circuits des prestations et connaissent les membres du corps médical et leurs spécialités.

Le rôle de l'intermédiation pourrait être également joué par :

- les professionnels de santé (major, infirmiers,...) ;
- les agents de la sous-traitance (femmes de ménage, agents de sécurité,...) ;
- les acteurs d'appui au corps médical (croissant rouge, ambulanciers, agents communaux,...).

« Ces intermédiaires sont parfois des personnes ayant, eux même ou leurs proches, bénéficié d'un traitement au niveau de l'hôpital. Ils peuvent être aussi des personnes du quartier où est situé l'hôpital. Ils ont réussi à tisser des relations rapprochées avec les membres du corps médical ».

Médecins d'un centre hospitalier sur Casablanca

« ...ils se baladent dans les couloirs de l'hôpital ou à l'entrée. On peut même les trouver au café d'en face ».

Directeur d'un CHP sur Rabat

Ces intermédiaires agissent pour leur compte ou pour le compte de l'acteur « corrompu » en contrepartie d'un pourcentage sur les pots-de-vin perçus.

Ils percevaient la corruption auprès des citoyens le plus souvent en contrepartie d'une présentation aux médecins comme étant des membres de leurs familles pour les faire bénéficier de traitements de faveur (accès direct, bon traitement,...).

Des professionnels de santé potentiellement bénéficiaires

Les professionnels de santé (médecins et infirmiers) seraient également des bénéficiaires directs de la corruption mais affirment que les individus concernés par ces pratiques constituent une minorité par rapport à l'effectif global.

« Aujourd'hui, des négociations sont entamées au quotidien entre certains médecins avec les patients pour la vente de service additionnel et/ou illicite (césarienne et avancement des RDV dans la majorité des cas) ».

Infirmière d'un CHP sur Casablanca

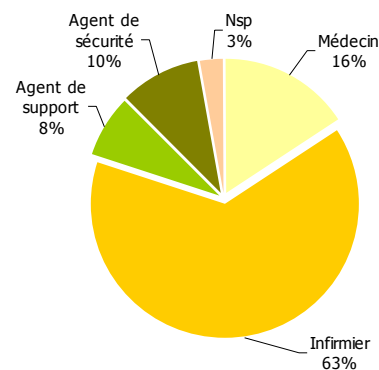
Les professionnels de santé impliqués dans les pratiques de corruption seraient généralement connus et identifiables par la population et par les intermédiaires de la corruption (acteurs de « référence » de la corruption).

« Pour bénéficier d'un accouchement par césarienne, certaines femmes accèdent aux services des urgences au moment où leurs médecins « complice » sont de garde. La patiente est enregistrée en tant que « extra-utérine » nécessitant une intervention d'urgence. Le dossier médical de cette opération est renseigné dans ce cadre avec de faux signes cliniques ».

Délégué Provincial de santé

Du point de vue des patients, les expériences de corruption vécues concernent en premier lieu les infirmiers (63%), suivis par les médecins (16%) et des agents de sécurité (8%).

Figure 8 : Niveau d'incrimination par les citoyens des professionnels de santé



Les ambulanciers seraient également impliqués dans des pratiques de corruption. Ils exercent des extorsions sur les accompagnateurs des patients transportés/transférés (ex. mettre du carburant pour le trajet). Les commentaires relevés au cours des enquêtes montrent que cette pratique est répandue aussi bien pour les ambulanciers privés que publics

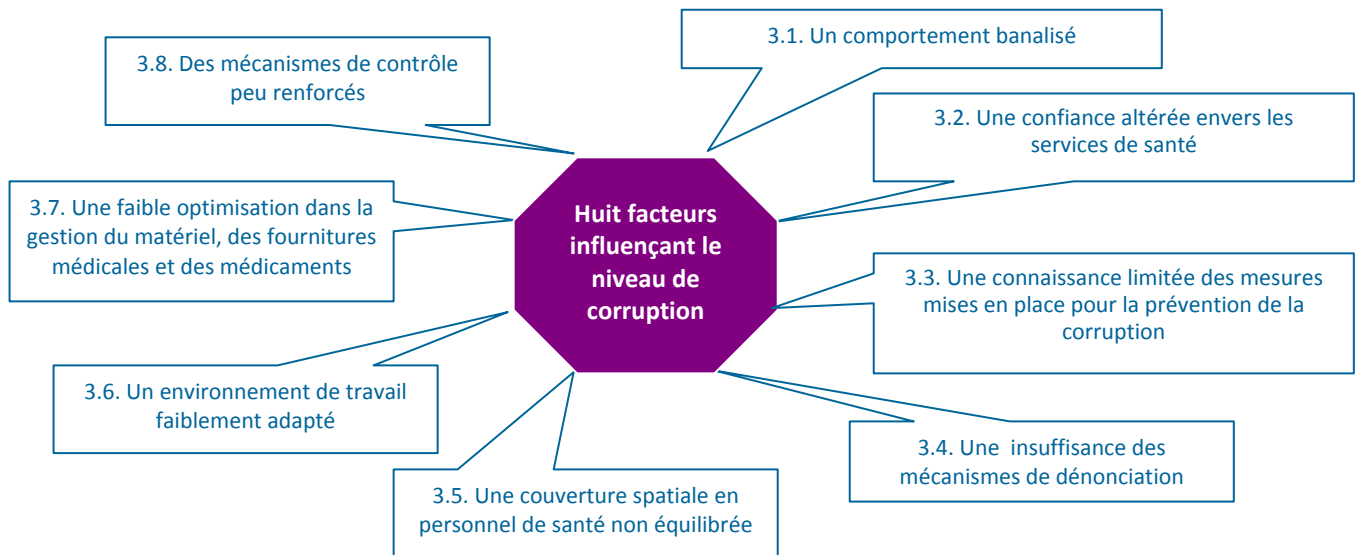
« Les prix par trajet sont désormais définis par les ambulanciers. Ils font par ailleurs un tri selon la solvabilité du patient. Les patients bénéficiant d'une couverture médicale sont orientés vers les cliniques privées. Une somme de 500Dhs serait accordée en contre partie de toute affaire apportée »

Médecin dans un CHP sur Casablanca

3. FACTEURS FAVORISANT LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE ET LEVIERS D’ACTION

Différents facteurs interviennent dans la propagation du phénomène de la corruption à tous les niveaux dans le secteur de la santé. Huit facteurs ont été retenus dans le cadre de cette étude. Ces derniers constituent autant de leviers qui doivent être pris en compte dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la corruption.

Figure 9 : Les facteurs influençant le niveau de la corruption



3.1 Un comportement banalisé

La corruption, sous ses différentes formes, est devenue un fait de société qui touche tous les secteurs, elle pourrait être ainsi qualifiée de « maladie de société ».

Une prédisposition de la population à corrompre

L’influence exercée sur la victime de la corruption par son environnement direct ou indirect (famille, entourage, média, ...) accentue la propagation de ce phénomène et sa transmission vers les générations futures. Cette influence se traduit notamment à travers les messages et proverbes autour de la corruption ainsi que les anecdotes véhiculées qui entachent la profession de santé.

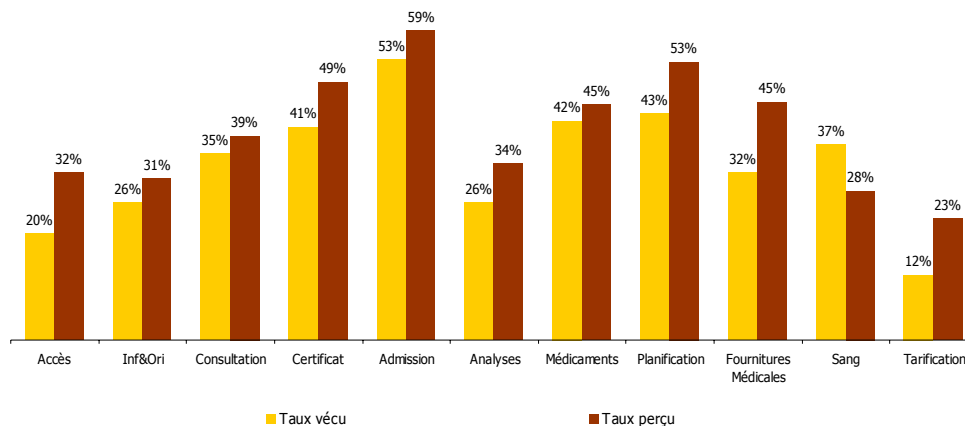
« ... les patients et leurs accompagnants viennent désormais avec une prédisposition de corrompre pour bénéficier de traitements de faveur ou tout simplement de services auxquels ils ont droit ».

Une infirmière d’un CHP sur Casablanca

Aujourd’hui, la pratique de la corruption est jugée par les populations comme un élément routinier et indispensable au bon fonctionnement des services.

L’écart entre le taux de perception du phénomène de la corruption par les citoyens et celui qui a été déclaré comme vécu, montre également l’acceptation du phénomène par la population.

Figure 10 : Taux de corruption vécu vs perçu comme "souvent" et "toujours"



Par ailleurs, « donner des petits cadeaux » fait partie des actes quotidiens de la population marocaine, le plus souvent au nom d'un remerciement pour un service rendu. Les formes et les valeurs des cadeaux varient selon les catégories socioprofessionnelles et le niveau de satisfaction.

La méconnaissance des différentes formes que pourraient prendre la corruption ou la volonté de leur ignorance par le personnel de santé, est également un facteur qui favorise l'émergence de ce phénomène.

En effet, le personnel de santé condamne par principe toute pratique de corruption mais « légitimise » des supposés cadeaux et gratifications.

« On ne peut parler de corruption que si le médecin/infirmier traitant reçoit une contrepartie en amont de l'acte thérapeutique et pour une faveur induite. Néanmoins, quand cette gratification est perçue à posteriori, et pour un service normal rendu, il s'agit d'un «cadeau », lequel est considéré légitime ».

Médecin chef d'un centre de santé sur Tanger

Par ailleurs, le favoritisme n'est pas toujours condamné comme étant une pratique de corruption. Il est parfois considéré par certains professionnels de santé comme étant des actes de solidarité.

« La femme de ménage m'avait présenté une patiente comme étant un membre de sa famille ayant fait le déplacement d'une autre ville pour se faire soigner et qui, faute de moyens, ne peut suivre la procédure normale (accueil, rendez-vous,...). J'ai appris par la patiente elle-même qu'elle a dû corrompre la femme de ménage pour bénéficier de ce traitement.

Mes collègues ont vécu des histoires similaires aussi bien avec le personnel de santé (major, infirmier,...) que les agents des services externalisés (agents de sécurité, femmes de ménage, gardien,...) ».

Médecin généraliste d'un CHP sur Rabat

Des pressions exercées par des personnes influentes

Certaines personnes influentes entretiennent le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé. En effet, le contexte sanitaire au Maroc est caractérisé par l'intervention de différents acteurs dans le cadre de l'exécution des procédures de prise en charge des patients. Les pressions exercées par les personnes et institutions influentes perturbent le cours normal des activités et accentue l'émergence de réseaux de favoritisme.

Les interventions des tierces personnes et/ou des personnes influentes portent préjudice aux établissements de soins et leur procurent des difficultés pour respecter leurs programmes d'activité (ex. le programme opératoire).

Administration centrale

Selon les professionnels de santé, les interventions de personnes influentes de l'Administration Centrale sont plus marquées au niveau de la ville de Rabat.

« Nous recevons assez fréquemment des sollicitations par des personnes influentes, voire des responsables du Ministère de la santé, pour que le patient recommandé bénéficie d'un traitement de faveur (avancement du rendez-vous, meilleures conditions d'admission, apport de plus d'attention,...) ».

« Les personnes influentes nous sollicitent par ailleurs pour garantir un suivi plus rapproché dudit patient. Nous recevons régulièrement des appels téléphoniques nous demandant de « jeter un coup » à la personne hospitalisée ».

« Nous répondons positivement à ces sollicitations pour éviter tout problème à posteriori ».

Médecins d'un CHP sur Rabat

Société d'industrie pharmaceutique

La subvention des congrès et la prise en charge des médecins par les sociétés d'industrie pharmaceutique constituent des éléments d'influence sur le corps médical pour prescrire les médicaments et/ou les génériques issus des dites industries.

« L'inscription, à elle seule, à un congrès international coûte près de 800 euro. En l'absence d'un accompagnement par le Ministère de la tutelle pour participer aux congrès organisés, aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale, les professionnels de santé se voient accepter les propositions de prise en charge par les sociétés d'industrie pharmaceutique ».

Chirurgien d'un CHP sur Rabat

Pour les professionnels de santé, les congrès médicaux organisés sont un rendez-vous incontournable pour mettre à jour les acquis professionnels, plus particulièrement pour les médecins de spécialité. Ils sont également un espace d'échanges pluri disciplinaires de la profession.

« ... ils nous gâtent, il serait indigne pour nous de ne pas prescrire leurs médicaments ».

Chirurgien d'un CHP sur Casablanca

Les échantillons médicaux, constituent à leur tour, une manière pour influencer la décision des médecins dans le cadre de la prescription desdits médicaments.

Autres personnes influentes

La corruption peut prendre la forme d'échange de services avec les acteurs institutionnels interagissant avec les établissements de soin (les responsables de la commune, la police,...). Lesdits acteurs interviennent en tant que personnes influentes pour recommander leurs proches, amis et voisins, pour bénéficier de la prise en charge par l'hôpital.

« Ne pas accorder un traitement privilégié à un patient recommandé par la Commune pourrait se traduire à posteriori par une indisponibilité des agents communaux mis à la disposition de l'hôpital.

Pour les patients recommandés par la police, la non satisfaction de cette recommandation pourrait se traduire par des retards d'intervention par les forces de l'ordre ».

Médecins d'un CHP sur Casablanca

La promotion des valeurs citoyennes dans ce cadre est le premier levier qui permettrait de limiter le phénomène à plusieurs niveaux :

- Prise de conscience de la gravité du phénomène de la corruption comme fléau entachant le développement économique et social du pays
- Amélioration de la connaissance des différentes formes de corruption et réduction des incitations pour en faire l'usage
- Développement des capacités du personnel médical à faire face aux pressions exercées par les réseaux de favoritisme et les lobbies

3.2 Une confiance altérée envers les services de santé

Le contexte sanitaire au Maroc est caractérisé par une régression de la confiance des citoyens envers les services de santé rendus par l'Etat.

En effet, aujourd'hui, tout comportement par le personnel de santé, positif ou négatif, est souvent interprété comme une pression morale ou une incitation implicite à la corruption (un sourire ou plaisanterie, un message d'accueil destiné au citoyen ou à autrui, une application rigoureuse des procédures et des règles en vigueur,...).

« Les patients ou leurs accompagnants ne prennent jamais le temps pour lire l'affichage ».

« Nous n'avons reçu aucune réclamation au niveau de la boîte à suggestions/réclamations et ce depuis sa mise en place qui remonte à 2 ans ». Médecins de centres de santé sur

Les citoyens sondés dans le cadre de cette étude sont à 66% peu ou non satisfaits en termes de la qualité des prestations rendues par les professionnels de santé de l'Etat.

L'instauration de la confiance envers les services de santé devrait permettre :

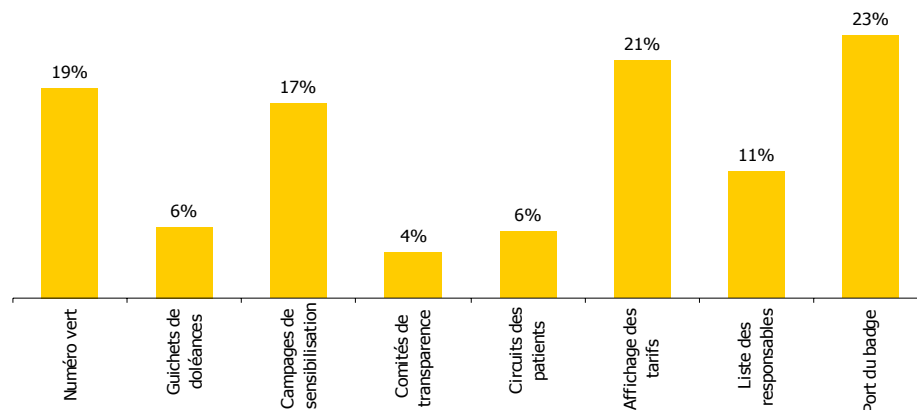
- L'amélioration de la crédibilité des services de santé aux yeux des citoyens ;
- La reconnaissance du professionnalisme et de la qualité de service du personnel soignant ;
- L'amélioration de la satisfaction des usagers ;
- La reconnaissance des efforts mis en place pour améliorer les services et réduire la corruption dans le secteur.

3.3 Une connaissance limitée des mesures anticorruption mises en place

Le Ministère de la Santé a mis en place, au titre de « l'humanisation des locaux » et de l'amélioration des services rendus par l'Etat, des actions ayant pour objectifs d'améliorer l'accueil et la fourniture de l'information (bureaux d'accueil et d'orientation à l'entrée, livret d'accueil, boîtes à suggestions,..). Mais la connaissance par les citoyens desdites mesures est relativement limitée.

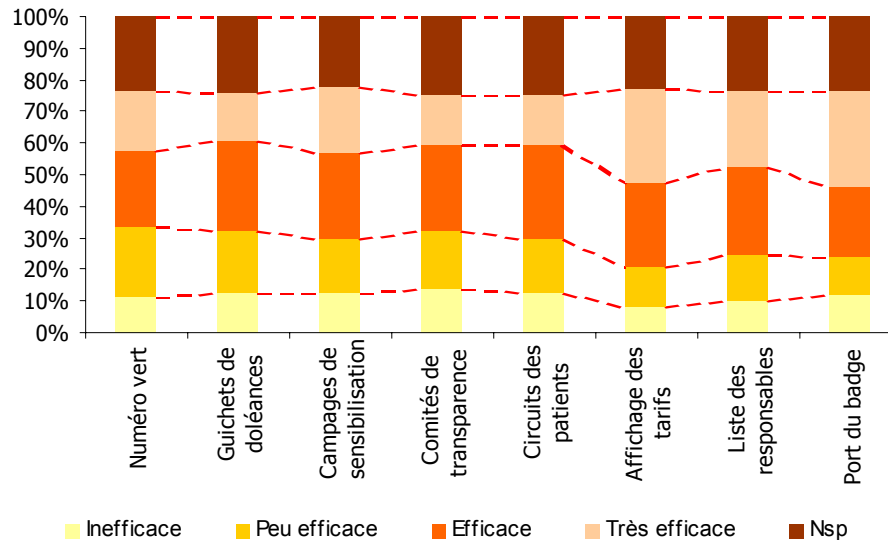
Cette situation peut être expliquée à la fois par le fort taux d'analphabétisme de la population et par l'insuffisance des outils de communication autour des droits et obligations des usagers.

Figure 11 : Connaissance par les citoyens des mesures anticorruption



Pour les citoyens ayant pris connaissance desdites mesures, l'appréciation de leur efficacité est mitigée. En effet, en fonction des dispositifs, le tiers des personnes interrogées et averties des dispositifs de prévention et de lutte contre la corruption les considèrent comme inefficaces à peu efficaces.

Figure 12: Appréciation des citoyens du niveau d'efficacité des mesures anti-corruption



En outre, certaines dispositions prises par le Ministère de la Santé en faveur des citoyens sont mal comprises. En effet, la non satisfaction de leurs besoins considérés dès lors comme des acquis offerts par l'Etat est souvent interprétée par une incitation à la corruption.

« Certains patients refusent le paiement des prestations rendues, argumenté par la gratuité des services déclarée par le Gouvernement.

L'hôpital a vécu des expériences, des scandales et de menaces à armes blanches du personnel en cas de demande de paiement ou en cas d'indisponibilité des médicaments ».

Administrateur d'un CHP sur Casablanca

« On se retrouve à chaque fois entrain de jurer au nom de dieu la non disponibilité d'un médicament ou d'un traitement pour que le patient nous croit. Le refus d'accepter la corruption est aussi interprété dans certains cas par une incitation à donner plus ».

Pharmacienne d'un CHP sur Casablanca

3.4 Une insuffisance des mécanismes de dénonciation

En l'absence d'un cadre régissant les dénonciations des actes de corruption et de procédures formelles pour le traitement et le suivi des doléances, les établissements de soin se voient obligés d'improviser des démarches d'investigation, souvent abandonnées par le dénonciateur lui-même.

L'enquête terrain a révélé que le taux de dénonciation par les usagers des pratiques de la corruption est très faible. En effet, moins de 1% de la population interrogée a déclaré avoir dénoncé un acte de corruption.

Les expériences de dénonciation des actes de corruption se rapportent le plus souvent aux cliniques privées. Aucune déclaration de dénonciation de la corruption n'a concerné les centres de santé (urbains et ruraux).

« Le citoyen est souvent l'élément déclencheur des actes de corruption, sa complicité rend difficile l'identification des niveaux d'implication des acteurs de la corruption.

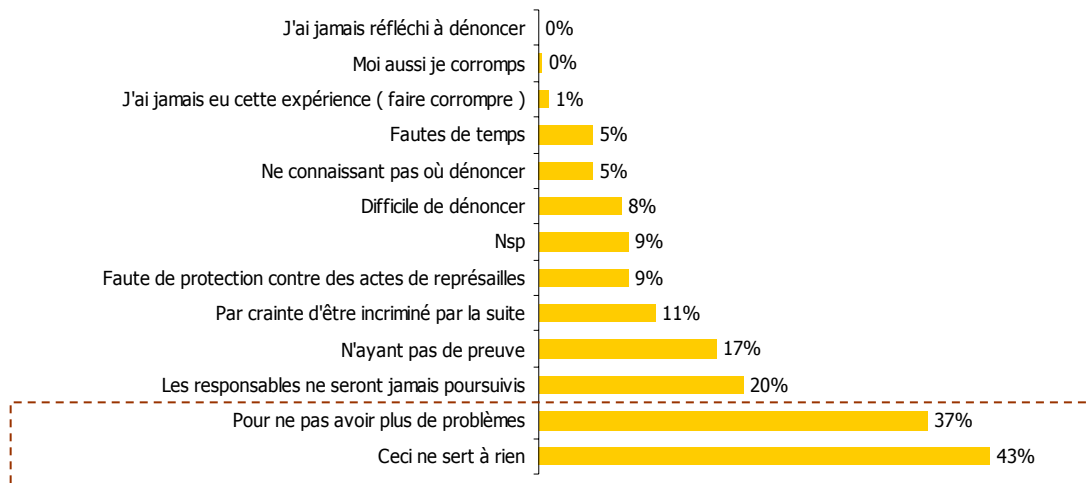
... à l'occasion des rares cas où nous avons reçu une réclamation d'extorsion exercée par un professionnel de santé, les dénonciateurs se sont abstenus de formaliser leurs doléances. Cette réticence pourrait être expliquée à la fois par la non véracité de cet acte ou par crainte qu'il soit accusé pour sa part d'un acte d'incitation à la corruption (le corrupteur et le corrompu)».

Directeur d'un CHP sur Casablanca

Pour le grand public, l'impunité de certains acteurs de la corruption pris sur le fait et en flagrant délit accentue la suspicion du grand public envers l'équité du système réglementaire et judiciaire et décourage toute dénonciation par les victimes de la corruption.

Alors que près de 63% de la population juge que la dénonciation des actes de la corruption ne sert à rien ou que les responsables pris sur le fait ne seront jamais poursuivis, les 37% restants souhaitent tout simplement ne pas avoir des problèmes.

Figure 13 : Raisons de non dénonciation de la corruption



3.5 Une couverture spatiale en personnel de santé non équilibrée

Le système de santé au Maroc est caractérisé par une pénurie notoire en personnel de santé particulièrement au niveau des médecins, sages-femmes et infirmiers d'une part et par des dispositifs de management de la performance insuffisants d'autre part.

« Face à la pénurie en ressources humaines, les usagers n'hésitent pas à nous accuser de relâchement et de laxisme. L'indisponibilité du personnel de santé est interprétée dans certains cas comme une incitation à la corruption ».

Infirmière d'un centre de santé sur Rabat

Le développement de la gestion des ressources humaines permettrait de pallier :

- à l'insuffisance en termes de capacité de formation et de recrutement par rapport aux besoins ;
- aux besoins pressants dans certaines spécialités médicales telles que l'anesthésie, la gynécologie obstétrique, la chirurgie générale, la pédiatrie et la psychiatrie ainsi que l'apparition de nouveaux besoins tels que la gériatrie, la cancérologie et la néphrologie ;
- à la mauvaise répartition spatiale de la plupart des spécialités dont la concentration est évidente dans les grands centres urbains notamment à Casablanca, Rabat, Kénitra, Marrakech, Agadir et Tanger, (environ 51% des spécialistes exercent dans ces préfectures).

La mise en œuvre par le Ministère de la Santé de la carte sanitaire ainsi que du nouveau dispositif pour la mutation du personnel de santé a permis d'améliorer la couverture géographique des prestations médicales, aussi bien en termes de nombre de médecins que de spécialités.

3.6 Un environnement de travail faiblement adapté

L'environnement de travail est un facteur favorisant le développement de la corruption. Son impact se traduit à plusieurs niveaux :

- Dévalorisation de la qualité des prestations aux yeux des patients qui pensent que sans corruption, ils n'auront pas droit à un service de qualité ;
- Démotivation du personnel de santé ;
- Création de goulots d'étranglement, parfois artificiels, incitant les patients à corrompre ;
- Difficultés de gestion des flux des entrées et sorties limitant la sécurité dans les locaux des établissements de soin et favorisant l'émergence « d'intermédiaires » ;
- Rallongement des circuits des patients accentuant leur vulnérabilité à la corruption.

En effet, selon les professionnels de santé, la vétusté et le faible niveau d'équipement des établissements de soins dévalorisent la qualité des prestations rendues aux yeux des citoyens. L'environnement de travail n'offre pas les conditions sanitaires, d'hygiène ou de sécurité de base pour l'exercice des activités.

« Les locaux de travail ne sont pas dignes pour l'exercice des professions de santé. Il faudra définir par le Ministère de la Santé une stratégie nationale pour l'humanisation de l'ensemble de ces établissements ».

Médecins des centres de santé sur Oujda

Par ailleurs, l'aménagement de la majorité des centres hospitaliers au Maroc rend difficile la gestion des flux des usagers de l'hôpital. L'interconnexion des différents services (maternité, diagnostic, consultation,...) génère différents flux d'entrée/sortie non maîtrisés.

Cette situation conduit à la création de goulots d'étranglement, au désordre et à l'affolement des usagers. Ces défaillances constituent pour les acteurs et les intermédiaires de la corruption une opportunité pour « la création de circuits parallèles ».

Par ailleurs, les usagers des hôpitaux, en l'absence d'une connaissance suffisante de l'organisation des établissements de soins, se trouvent confrontés à un univers inconnu, inquiétant, et même hostile, sans disposer de repères, et en situation d'infériorité psychologique et culturelle profonde. Cette situation accentue la vulnérabilité des victimes aux pratiques de la corruption.

« L'hôpital abrite différents services accessibles à travers une seule entrée principale. Cette situation entraîne la création de flux importants de patients et une difficulté à les gérer.

Les patients / visiteurs accèdent à l'hôpital avec ou sans motif valable (ex. faire semblant qu'il est malade pour accéder au centre de diagnostic). Ils se baladent au sein des couloirs et services. Ils profitent dans certains cas de leur présence à l'hôpital pour rendre visite à des proches en attendant l'heure de leur rendez-vous de consultation.

C'est aussi le même comportement qui conduit à la création de « groupes de discussion » entre les différents usagers sur soi-disant les bonnes pratiques pour bénéficier d'un traitement privilégié ».

Médecins d'un CHP sur Casablanca

Administrateur d'un hôpital sur Marrakech

L'organisation des prestations au sein de certains centres hospitaliers n'obéit pas toujours à des circuits cohérents de prise en charge des patients. Cette faible organisation conduit généralement à rallonger le circuit et par conséquent à l'amplification des risques de la corruption.

« Les bénéficiaires de la corruption seraient dans la quasi-totalité des cas des personnes étrangères au corps médical (croissant rouge, agent communaux, femme de ménage,...). Les citoyens présumant à tort, en l'absence d'un habillement distinctif entre le personnel de la santé et les autres agents, que c'est le personnel de la santé qui en est bénéficiaire. Lesdits agents percevaient la corruption auprès des citoyens en contre partie de les présenter aux médecins comme des membres de leurs familles, et bénéficier par conséquent d'un traitement de faveur (accès direct, bon traitement,...) ».

Médecins d'un CHP sur Casablanca

L'éloignement géographique entre différents centres de santé offrant des prestations complémentaires pourrait également accentuer le rallongement de ce circuit.

« Pour bénéficier de son RDV d'hospitalisation, un patient doit préparer son bilan médical conformément au délai prescrit par le médecin traitant. Toutefois, les tests du bilan à réaliser obéissent à d'autres systèmes de prise de RDV, conditionnés par la disponibilité du matériel et du personnel médical. La non synchronisation entre les différents RDV conduit les patients à influencer le personnel de la santé pour programmer les tests avant la date d'hospitalisation et conformément aux prescriptions du médecin traitant ».

Radiologue d'un hôpital sur Tanger

3.7 Une faible optimisation de la gestion du matériel, des fournitures médicales et des médicaments

Une gestion non optimale des ressources matérielles, (fournitures médicales, médicaments,...) est également un facteur favorisant la rareté et créant des situations propices au développement de la corruption.

« Cette situation est plus marquante au niveau des régions du nord et de l'oriental, elle reflèterait la faible organisation des circuits de distribution des médicaments. Elle pourrait refléter par ailleurs des pratiques d'entente entre l'administration centrale avec des sociétés d'industrie pharmaceutique pour l'écoulement de médicaments dont les dates de péremption sont proches ».

Pharmaciens d'un hôpital sur Tanger

En effet, au niveau des circuits de médicaments, certains professionnels de santé ont revendiqué des retards importants dans la livraison et qui se traduisent parfois par la réception de médicaments dont les dates de péremption sont imminentes.

« Nous prescrivons des médicaments autres que certains génériques disponibles au niveau de la pharmacie de l'hôpital, on se demande toujours pourquoi le MS a autorisé la circulation de tels médicaments ».

Pharmacienne d'un CHP sur Casablanca

Ils ont manifesté par ailleurs une faible confiance en certains médicaments génériques.

« ...la procédure d'autorisation des médicaments génériques ne serait pas respectée pour certains médicaments. Le Ministère de la Santé ne se baserait pour l'autorisation de la circulation des génériques que sur les certificats de bioéquivalence que devront présenter les sociétés d'industrie pharmaceutique ».

Médecin chef d'un centre de santé sur Oujda

L'optimisation de cette gestion permettrait en effet de réduire la vulnérabilité des citoyens face à la corruption résultante de :

- La non disponibilité présumée des médicaments et des fournitures médicales au niveau des hôpitaux ;
- Les défaillances récurrentes du matériel médical.

3.8 Des mécanismes de contrôle peu renforcés

Les insuffisances en matière des mécanismes de contrôle de conformité des activités, aux dispositions réglementaires régissant les professions de la médecine concernent aussi bien le secteur privé que public. Le renforcement de ces mécanismes permettrait de réduire substantiellement la corruption dans le secteur.

En effet, le phénomène de la corruption prend différentes formes selon le secteur concerné.

- Pour le secteur public : exercice à titre privé de la médecine par des médecins fonctionnaires, détournement des ressources en médicament et en matériel, ...
- Pour le secteur privé : non respect de la tarification nationale, orientation des patients,....

« Il remonte à plus de 2 ans le dernier contrôle de conformité des conditions d'exercice de l'activité de la médecine. Il faudra plutôt opter pour des inspections régionales coordonnées au niveau central ».

Directeur d'un hôpital sur Tanger

« Nous n'avons aucun pouvoir de contrôle sur les cliniques privées. Les inspections desdits établissements obéissent à des procédures longues, complexes et faisant intervenir différents acteurs (Ministère de la Santé, Inspection Générale de santé, Ordre National des Médecins et Direction Régionale de Santé) ».

Délégué Provincial

4. IMPACTS DE LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

La corruption est un phénomène qui porte préjudice à la bonne gestion des ressources, entrave les efforts visant à améliorer la qualité des services rendus par l'Etat et fait obstacle aux efforts consentis en matière de développement humain et d'équité sociale. Elle entraîne l'apparition de grandes inégalités et donc la privation relative de droits économiques, sociaux et culturels d'une population exclue.

4.1 Impact économique

Les effets de la corruption, désastreux dans la majorité des cas, s'étendent sur différents acteurs et entités (patients et leurs accompagnants, administration publique, tiers payeurs,...).

La corruption a un impact économique sur la victime ...

Aux yeux du commun des mortels, la santé n'a pas de prix. Lorsque l'individu craint pour sa santé, voire sa vie, ou celle d'un proche, il peut être conduit à des comportements illégaux si c'est le prix à payer pour la satisfaction d'un besoin.

Le coût de la corruption, qui vacille entre 10 Dhs pour accéder à un établissement de soins à 3000 Dhs pour bénéficier d'une programmation avancée d'une intervention chirurgicale, constitue un fardeau embarrassant sur le budget des citoyens.

Un autre impact économique réside dans l'augmentation des coûts des biens et des services. Une augmentation qui touche à toute la population et non seulement aux victimes de la corruption. Elle résulte de différentes conséquences de la corruption dont notamment :

- La pénurie des ressources issue des détournements des fonds publics et des ressources matérielles de l'usage auquel ils étaient destinés ;
- L'achat de biens et de matériels inadaptés aux besoins de la population dans le cadre de projets d'acquisition qui sont déterminées eux mêmes par la corruption.

...sur l'Etat

Du point de vue économique, l'impact de la corruption pour l'Etat se traduit par une importante perte des ressources publiques (détournement du matériel et des médicaments, limitation des recettes des établissements de soins,...) ou par des dépenses inutiles qui auraient dû être employées à la production de biens et services essentiels.

“ Les pays qui prennent des mesures pour lutter contre la corruption et promouvoir le respect de la légalité pourraient augmenter leur revenu national de 400 % ”

Banque Mondiale

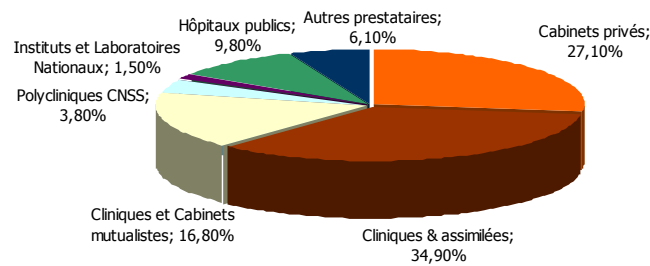
Elle entache également la qualité de la gestion des affaires publiques et remet en cause la confiance envers les services de l'Etat. Elle fausse le jeu de la concurrence, la prise de décision, le choix des projets et des fournisseurs et l'établissement des prix.

D'une manière générale, elle conduit à la régression des indicateurs de performance du pays. En 2007, selon le classement de Transparency International, le Royaume était 72e sur 180 pays avec une note de 3,5. Une année plus tard, le Maroc a gardé la même note sur le même nombre de pays, mais est passé au 80e rang. En 2009, il a chuté encore de 9 places, passant de la 80e position avec un score de 3,5 à la 89e avec une note de 3,2. L'année 2010 a été marquée par une reprise de 4 points faisant passer le Maroc à la 85 place avec un score de 3,4.

... et sur le tiers payeur.

L'avance des frais par les assurés est le principe de base pour le remboursement des frais médicaux engagés par les régimes de couverture médicale (organismes gestionnaires de l'AMO, mutuelles et entreprises d'assurance). Le remboursement se fait sur la base du taux de couverture et d'un tarif de remboursement. Cependant, ces régimes concluent des conventions de tiers payeurs avec les prestataires de soins, notamment en ce qui concerne les hospitalisations et les soins lourds, afin d'éviter l'avance des frais par leurs assurés.

Figure 14 : Répartition des paiements dans le cadre du tiers payant par type de prestataire de soins



La sur-tarification des prestations rendues, les traitements abusifs ou non nécessaires et les traitements fictifs constituent des pratiques de la corruption qui pèsent lourd sur les budgets des tiers payeurs. Ces pratiques concernent le plus souvent le secteur privé.

A titre indicatif, les remboursements des frais médicaux réalisés au sein des établissements de soins privés (cliniques privées & assimilées, cabinets privés et cliniques & cabinets mutualistes) ont constitué en 2009 plus de 75% des remboursements de l'AMO engagés dans le cadre des remboursements par le tiers payeur.

4.2 Impact sur les principes fondamentaux de la société

La corruption entraîne une distribution inéquitable des biens publics entre les différentes classes sociales. Sous ses différentes formes, la véritable victime finale est le patient.

Altération de l'équité sociale

La manifestation de ce phénomène dans le secteur de la santé entraîne en effet la dégradation de la santé des patients issus des circuits normaux à travers des traitements non appropriés, des retards dans la prise des RDV, des indisponibilités fréquentes des ressources (matériel, médicament,...). La dégradation de la qualité de l'offre de soins pourrait alterner entre la sur-personnalisation et la déshumanisation des citoyens.

« Donner un pourboire ou connaître quelqu'un sembleraient être les deux formules qui permettent d'avoir un soin approprié. Se montrer plus généreux serait encore une troisième formule pour bénéficier d'un traitement personnalisé ou de privilège. Les faveurs accordées se font au détriment des patients issus des circuits normaux qui doivent encaisser les effets de ces pratiques (retards de RDV, indisponibilité des ressources,...) ».

Pédiatre d'un hôpital sur Marrakech

Elle se traduit généralement par des rapports de domination (pouvoir discrétionnaire des acteurs, personnes influentes...) qui dénaturent les processus communs au détriment des personnes les plus démunies.

Droits de l'homme

Se soigner est un besoin fondamental de l'être humain auquel il doit avoir accès dans des conditions équitables. Les diverses formes de corruption (favoritisme et népotisme, chantage,...) constituent une entrave au développement d'une politique

« ...aux services des urgences, en l'absence de petits pourboires ou d'accompagnateurs influents, il n'est pas rare de voir des personnes abandonnées gémissant ou baignant dans leur sang sans que personne ne se soucie de leur sort ».

Infirmière d'un centre de santé sur Rabat

sanitaire construite autour de l'équité et de la démocratie. Elles provoquent une violence intrinsèque aux victimes directes ou indirectes de cette corruption.

Un effet d'amplification de la corruption peut conduire à des formes de privation des personnes les plus démunies de leurs droits les plus fondamentaux.

Dégradation de la santé publique

Les pratiques de la corruption entraînent des souffrances pour les patients et ont des conséquences directes sur leur bien être, quand elles ne provoquent pas leur décès.

En ce qui concerne les médicaments, les pratiques contraires à l'éthique entraînent aussi bien une réduction des stocks de médicaments disponibles dans les établissements de santé, du fait du détournement de produits ainsi qu'une mise sur le marché de médicaments dangereux ou inopérants.

Détérioration de la confiance des citoyens envers les services de santé

La corruption est porteuse d'une pression sur le moral de la population, qui n'arrive plus à faire confiance aux services de santé rendus par l'Etat. Passé un certain point, elle remet en cause leur légitimité.

« Aujourd'hui, et au-delà des questions de rémunération, la demande ou l'acceptation de la corruption sont devenues des comportements habituels pour certains professionnels de santé. Il ne faut jamais croire qu'on arrivera à l'éradiquer en améliorant les salaires, de nouvelles portes seront ouvertes ».

Médecin dans un hôpital sur Oujda

Elle deviendrait un instrument indispensable pour bénéficier des prestations, aussi bien légales qu'illicites. Les caractéristiques socioculturelles du Maroc favorisent la propagation du « complexe de la corruption » et sa transmission vers les générations futures.

5. CARTOGRAPHIE DES RISQUES ET ANALYSE DE LA FREQUENCE ET DE L'INTENSITE DE LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

La corruption dans le secteur de la santé est un phénomène complexe qui prend des formes et des dimensions différentes selon le contexte et le cadre dans lequel elle est pratiquée et les motivations qui lui sont associées.

Les points suivants illustrent cette complexité et les dimensions d'analyse adoptées dans le cadre de cette étude:

- ⇒ Les pratiques de corruption se trouvent différenciées selon leurs motivations. Certaines ont un caractère urgent voire vital (disposer d'un rendez-vous pour une opération chirurgicale vitale), d'autres motivations ont un caractère moins critique (ne pas faire la queue pour bénéficier d'un service). Le niveau d'exposition au risque, la fréquence de chacune de ces motivations ainsi que les impacts y afférent sont différents. Il s'agit de tenir compte de cette composante lors de l'analyse des résultats de l'étude.
- ⇒ Les services fournis par les établissements de soins, leur vocation et les logiques de leur management sont autant d'éléments qui font qu'intrinsèquement le risque de corruption est différent selon le type d'établissement (Hôpital, centre de santé, clinique...).
- ⇒ Le phénomène de la corruption comporte en lui également une dimension régionale et culturelle. Celle-ci dépend du tissu socio-économique et du caractère cosmopolite des régions et des villes du Maroc.
- ⇒ Si les différentes manifestations de la corruption sont au même niveau de condamnation sur le plan éthique, il n'en est pas moins vrai qu'elles impliquent des impacts différenciés sur le plan économique, social, culturel ou comportemental.
- ⇒ Les pratiques de la corruption et leur prolifération peuvent être réduites ou favorisées par des facteurs hétérogènes et d'ordres différents. Dans ce cadre, le gouvernement et les autorités de tutelle ont adopté un ensemble de mesures qui permettent de manière directe ou indirecte de réduire ou de prévenir ce phénomène.
- ⇒ L'étude d'un phénomène aussi complexe nécessite l'approfondissement de l'analyse des différentes dimensions citées ci-dessus, afin de disposer de toutes les données nécessaires pour la détermination des stratégies et des actions préventives ou correctives qui s'imposent.

Dans ce contexte, une approche par les risques permet aujourd'hui de tenir compte de l'ensemble de ces difficultés pour identifier **les différentes manifestations potentielles ou avérées** de la corruption dans le secteur de la santé, de les organiser et les hiérarchiser selon leur probabilité d'occurrence respective et de l'acuité des implications et des impacts qui en résultent.

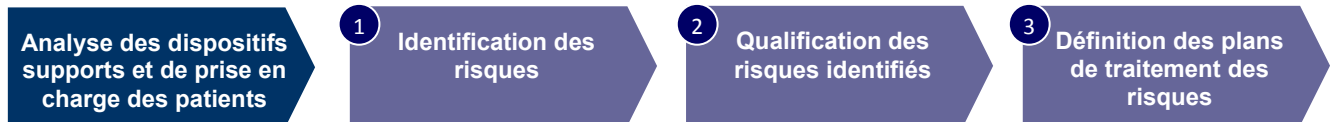
Cette analyse a été complétée avec une appréciation de l'efficacité des mesures anti-corruption observées et discutées lors des rencontres avec les professionnels de la santé. Ceci a permis de définir des stratégies et des actions à entreprendre en fonction de la criticité des risques de corruption et du niveau d'efficacité des mesures anti-corruption implémentées.

Ainsi, cette cartographie a pour finalité de qualifier les risques de corruption liés au secteur, d'analyser et d'apprécier les facteurs les favorisant. Elle a également pour objectif de proposer les fondements d'une nouvelle stratégie pour la prévention et la lutte contre la corruption dans le secteur et de définir les mesures concrètes, spécifiques et opérationnelles pour la maîtriser.

La conception de la cartographie des risques s’est basée dans un premier temps sur **un inventaire des risques de la corruption** (manifestations potentielles ou avérées) associés aux différents dispositifs étudiés (accueil et orientation, planification, gestion des médicaments, ...). Les différents risques identifiés ont fait l’objet, dans un second temps, **d’une qualification selon des grilles de cotation pour apprécier leur impact et leur probabilité d’occurrence**. Cette qualification a permis d’évaluer la criticité relative des différents risques analysés.

Le croisement entre le niveau de criticité des risques avec le niveau d’efficacité des mesures de maîtrise de risques (MMR) mises en place (procédures, contrôle interne, points de contrôle,...) a permis au final de définir, par famille de risques (majeurs, moyens et faibles), les plans de traitement correspondants.

Le schéma ci-dessous présente les étapes clés de réalisation de la cartographie des risques :



5.1 Identification des risques de corruption potentiels

L’identification des risques de corruption a consisté en un travail d’inventaire et d’analyse des différentes motivations qui sont ou pourraient être à l’origine d’un acte de corruption. Ce travail a été réalisé suite à l’analyse des différents dispositifs et des procédures liés au secteur de la santé et porte, selon une approche par les risques, sur l’identification des dysfonctionnements et des insuffisances qui pourraient constituer des facteurs favorisant la corruption (ex. faible niveau de formalisme, absence/insuffisance des mécanismes de contrôle et de suivi,...).

Le travail d’analyse des différents dispositifs étudiés a permis d’identifier 87 risques répartis comme suit :

Tableau 1: Répartition des risques de corruption par dispositif

Dispositif	Nombre de risques de corruption identifiés
Accès et admission	1
Acquisition des médicaments	4
Acquisition et maintenance des équipements	4
Admission	10
Analyses&Radio	7
Consultation / Traitement	17
Enregistrement des médicaments	4
Information et orientation	6
Médicaments	7
Opérations	5
Prescription / Certificat	12
Ressources humaines	2
Tarifcation / Paiement	5
Transfusion sanguine	3
Total	87

Tableau 2 : Répartition des risques de corruption par type d'organisme

Type d'organisme	Nombre des risques identifiés
Administration centrale du ministère de la santé	14
Centre de santé	15
Clinique	12
CRTS	2
Hôpital	42
Laboratoires privés	2
Total	87

5.2 Cotation des risques de corruption identifiés

L'étape de cotation des risques de corruption analysés représente un préalable pour l'élaboration de la cartographie des risques de corruption, outil de base pour la décision des mesures et des stratégies à prendre pour la prévention et la lutte contre la corruption.

L'objectif assigné à la cotation des risques est de hiérarchiser les risques de corruption en fonction de leur degré d'exposition / probabilité d'occurrence relatifs et de leur niveau d'impact potentiel.

Les impacts liés aux risques de corruption prennent des formes et des degrés différents selon l'acte en soi et le contexte dans lequel ils se manifestent :

- Impact économique : Sur les acteurs de la corruption et sur les tiers payeurs (société...);
- Impact social : Équité – Justice – Droits humains – Confiance en les institutions...
- Impact comportemental et culturel : Imprégnation de la culture et transmission des comportements...

5.3 Qualification de la probabilité d'occurrence des risques de corruption

L'objectif de ce travail de qualification est de positionner les risques de corruption analysés selon une échelle de 1 à 4 (1 étant le niveau le plus faible et 4 le niveau de plus fort) afin de refléter le degré d'exposition / probabilité d'occurrence comparatifs de ces risques.

Modalités de calcul :

- Les données d'appréciation de cette dimension d'analyse sont issues de l'enquête et complétées avec les ateliers réalisés avec les professionnels de la santé.
- Pour chaque risque, la fréquence d'occurrence a été évaluée sur la base du retour de l'enquête terrain
- Cette fréquence calculée est rapportée sur la fréquence la plus élevée obtenue.

Les risques de corruption sont répartis, selon leur probabilité d'occurrence, comme suit :

Tableau 3: Répartition des risques selon la probabilité d'occurrence

Probabilité d'occurrence	Total
1	61
2	14
3	10
4	2
Total	87

5.4 Scoring des risques de corruption par nature d'impact

L'objectif de ce travail de cotation a été d'apprécier le niveau de l'impact des différents risques de corruption sur le plan social, économique, culturel et comportemental.

→ Impact économique :

La corruption peut entraîner des impacts économiques sur :

- les victimes de la corruption qui se traduisent par les montants payés en guise de pots de vin (dans le cas d'extorsion) ou les frais payés auprès des établissements de soins privés, en cas de refus de recourir à la corruption ou en cas d'insatisfaction des services fournis ;
- l'état par le détournement de fonds destinés à l'intérêt général ;
- les tiers payeurs en cas de fraude ou de passe droit.

Modalités d'appréciation :

Pour l'appréciation de l'impact économique de la corruption, les critères retenus sont :

- Le manque à gagner ou perte potentiels pour l'état ou les tiers payeurs ;
- Le coût de la corruption sur le budget d'un ménage (en prenant en considération le niveau socio économique moyen des acteurs impliqués dans l'acte).

A chaque risque est associée une appréciation du niveau d'impact économique sur les citoyens victimes potentielles d'une part, et sur l'Etat ou les tiers payeurs d'autre part.

Tableau 4: Grille de cotation de l'impact économique est la suivante

	Sur le citoyen*	Sur l'état et les tiers payeurs
1- Faiblement grave	Peu grave	Peu grave
2- Moyennement grave	Peu grave	Grave
3- Grave	Grave	Peu grave
4- Très grave	Grave	Grave

* victimes potentielles de la corruption

La répartition du nombre des risques analysés selon les critères retenus pour l'appréciation de leur impact économique potentiel :

Tableau 5: Répartition des risques selon les critères retenus pour l'appréciation de leur impact économique potentiel

Niveau d'impact	Peu grave	Grave
Sur les victimes potentielles de la corruption	55	32
Sur l'Etat et les tiers payeurs	44	43

La répartition du nombre des risques analysés selon leur niveau d'impact économique :

Tableau 6: Répartition des risques de corruption selon le niveau d'impact économique

Cotation	Total
1	24
2	31
3	19
4	13
Total	87

➔ **Impact social**

Sur le plan social, la corruption entraîne :

- des conséquences négatives sur le moral des citoyens qui n’arrivent plus à faire confiance aux institutions ;
- la distribution inéquitable des biens et des fonds publics entre les différentes classes moyennes ;
- l’apparition de grandes inégalités et injustices et donc la privation relative d’un droit fondamental qui est l’accès aux services de soins, pour la partie de la population exclue à cause de la corruption.

Par ailleurs, des considérations purement économiques peuvent parfois l’emporter sur le devoir qu’ont les acteurs concernés de protéger la santé des populations.

Modalités d’appréciation :

Pour l’appréciation de l’impact social, les critères retenus sont :

- La remise en cause de l’équité et de la justice dans le traitement réservé au « citoyen » ;
- L’implication de conséquences graves sur l’état de santé du « citoyen » ;
- La privation du droit à un service ;
- La remise en cause de la confiance du « citoyen » envers l’institution concernée.

Pour chaque risque, il y a lieu d’apprécier les attributs cités ci-dessus en associant 0 ou 1 (0 associé à un impact faible ou non significatif, 1 associé à un impact significatif ou fort), selon le contexte et la nature du risque.

La cotation finale de l’impact social est la somme des appréciations accordées aux 4 attributs analysés.

Tableau 7: Répartition des risques selon les critères de cotation de l’impact social

Attribut	0	1
Droit humain	45	42
Confiance	5	82
Equité et justice	11	76
Etat de santé	55	32

Tableau 8: Répartition des risques selon le niveau de leur impact social

Cotation	Total
1	9
2	31
3	27
4	20
Total	87

➔ **Impact culturel et comportemental**

La corruption entraîne des impacts culturels et comportementaux dans la mesure où chaque acte manifesté marque la mémoire individuelle des acteurs directement impliqués et collective des personnes qui en sont témoins. Chaque cas vécu influence notre perception du caractère condamnable de la corruption et notre

comportement futur en cas d'exposition à une situation potentielle de corruption. D'ailleurs, l'enquête terrain a révélé des cas de personnes qui assimilent certaines manifestations de la corruption à des pourboires et qui la « légitiment » dans d'autres mesures.

L'impact culturel et comportemental est fortement corrélé d'une part, avec la nature et la forme de l'acte (extorsion, ou passe droit), et d'autre part, avec sa subordination à des besoins naturellement courants et récurrents dans la vie d'un citoyen.

Modalités d'appréciation :

Pour l'appréciation de l'impact culturel et comportemental de la corruption, les critères retenus sont :

- La nature du risque de corruption (extorsion, passe droit) ;
- Sa correspondance à des besoins qui sont de nature à se manifester de manière récurrente et/ou bien à des besoins spécifiques ou accidentels dans la vie d'un citoyen normal.

Pour chaque risque analysé, il est apprécié s'il entraîne une privation d'un droit légitime, et s'il correspond à un besoin récurrent. Le tableau suivant présente la synthèse de cette analyse :

Tableau 9: Critères d'analyse du niveau d'impact culturel et comportemental

	Corruption entraînant une privation d'un droit	Correspondance à des besoins récurrents
1- Faiblement grave	Non	Non
2- Moyennement grave	Non	Oui
3- Grave	Oui	Non
4- Très grave	Oui	Oui

Le tableau suivant reprend la répartition du nombre des risques analysés selon les deux critères retenus pour apprécier l'impact culturel et comportemental :

Tableau 10: Répartition du nombre des risques de corruption selon les critères retenus pour l'appréciation de l'impact culturel et comportemental potentiel

	Oui	Non
Corruption entraînant une privation d'un droit	42	45
Correspondance à des besoins récurrents	37	50

Tableau 11 : Répartition du nombre des risques de corruption selon leur niveau d'impact

Cotation de l'impact culturel et comportemental	Nombre des risques
1	34
2	11
3	16
4	26
Total	87

5.5 Cotation du niveau d'impact des risques

La complexité du phénomène de la corruption fait que l'impact de ses manifestations peut prendre des formes et des niveaux différents. Afin de pouvoir comparer des dimensions difficilement comparables, il est considéré que la cotation globale d'un risque de corruption correspond au niveau le plus élevé parmi les cotations attribuées à l'impact « économique », « social » et « culturel et comportemental ».

Tableau 12 : Répartition du nombre des risques analysés selon leur niveau d'impact global

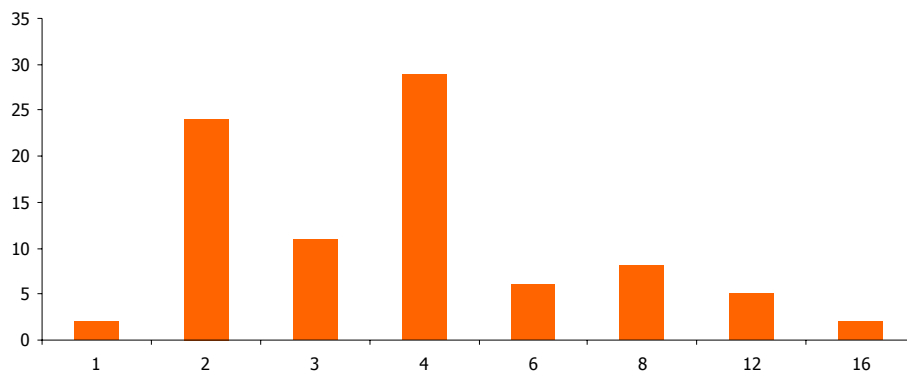
Niveau d'impact global Max (Cotations)	Total
1	3
2	32
3	12
4	40
Total	87

5.6 Criticité des risques de corruption

La criticité des risques de corruption se mesure par la probabilité de son occurrence et par le niveau de son impact.

L'approche par les risques implique l'analyse de ces deux dimensions à travers la criticité des risques qui n'est que la multiplication de la probabilité d'occurrence des risques avec le niveau d'impact global estimé.

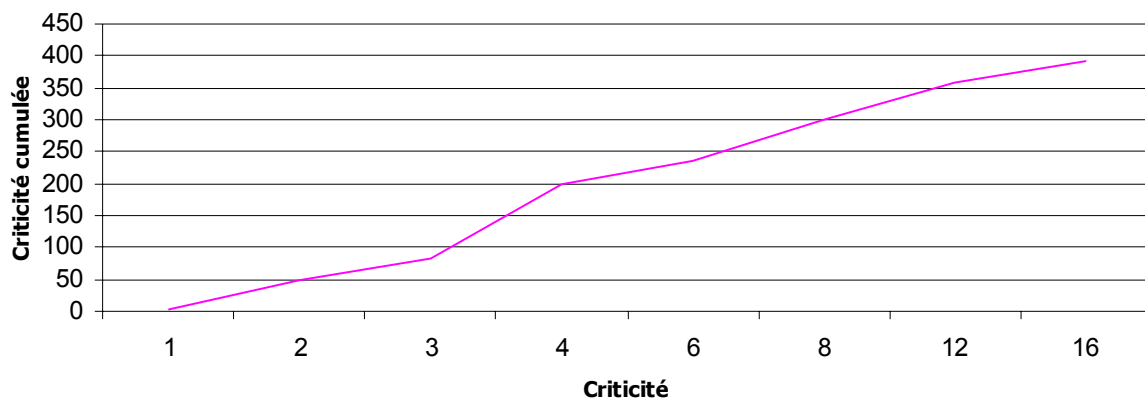
Figure 15: Répartition du nombre des risques analysés selon leur criticité



Le schéma ci-dessous présente la répartition du cumul de la criticité des risques analysés :

Figure 16 : Distribution du cumul de la criticité

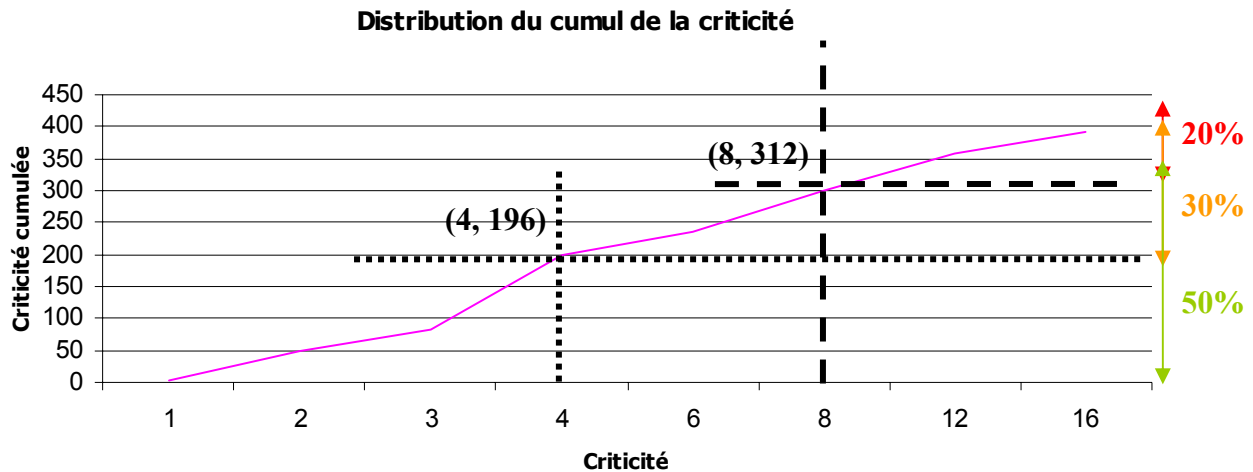
Distribution du cumul de la criticité



La stratification des risques selon leur niveau de criticité se base sur la méthode ABC qui détermine les niveaux d'iso-criticité donnant une première délimitation des risques majeurs, moyens et faibles :

- **A**: 20% de la criticité totale
- **B**: 30% de la criticité totale
- **C**: 50% de la criticité totale

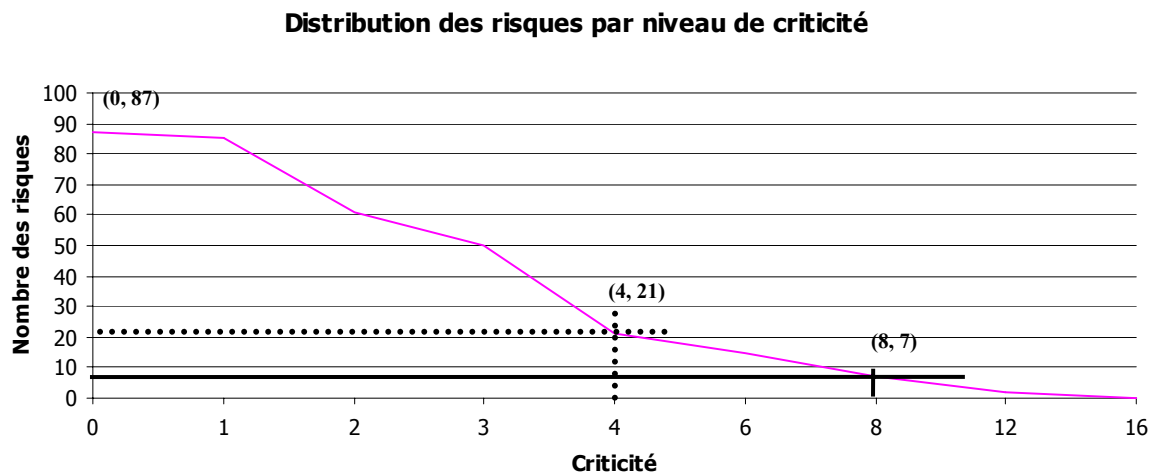
Figure 17 : Distribution du cumul de la criticité par la méthode ABC



La distribution du nombre des risques par niveau de criticité est présentée dans le graphique suivant :

- Axe (x) ; Niveau de criticité ;
- Axe (y) : Nombre de risques ayant un niveau de criticité supérieur à x.

Figure 18 : Distribution des risques par niveau de criticité

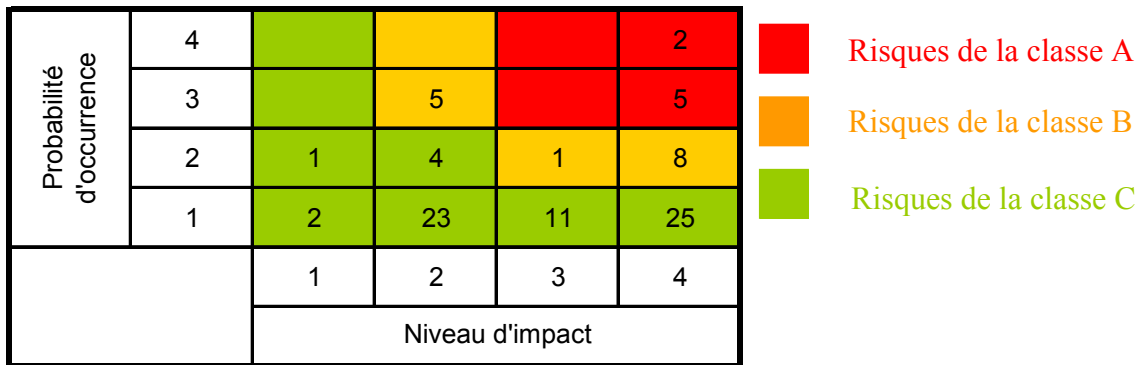


Il s'avère d'après les deux graphiques précédents que :

- les risques dont les criticités sont strictement supérieures à 8, qui sont au nombre de 7, contribuent à hauteur de 20 % du cumul global de la criticité ;
- les risques dont les criticités sont strictement supérieures à 4, qui sont au nombre de 21, contribuent à hauteur de 50 % du cumul global de la criticité ;
- les risques dont les criticités sont comprises entre 1 et 4, qui sont au nombre de 66, contribuent seulement à 50% du cumul global de la criticité.

Le positionnement du nombre des risques en fonction de leur niveau de criticité et de leur probabilité d'occurrence est illustré par le graphique suivant.

Figure 19 : Positionnement des risques par criticité et probabilité d'occurrence



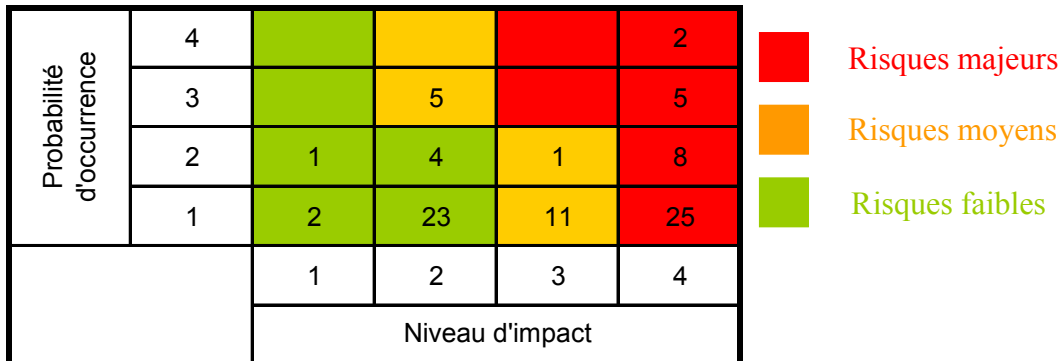
5.7 Qualification des risques de corruption

La qualification des risques doit traduire leur criticité. De ce fait, il a été choisi de retenir les critères complémentaires suivants :

- La contribution des risques dans le cumul global de la criticité (la répartition des risques selon la méthode A B C) ;
- Le niveau estimé de leur impact.

La répartition des risques prend la forme suivante :

Figure 20 : Classification des risques



La répartition des risques selon leur degré (Majeur, Moyen et Faible) est la suivante :

Tableau 13 : Répartition des risques par dispositif

Dispositif	Faible	Moyen	Majeur	Total
Accès et admission			1	1
Acquisition des médicaments	1		3	4
Acquisition et maintenance des équipements	1		3	4
Admission	3	2	5	10
Analyses&Radio	5		2	7
Consultation / Traitement	7	3	7	17
Enregistrement des médicaments	1		3	4
Information et orientation	3		3	6
Médicaments	2	3	2	7
Opérations	1	1	3	5
Prescription / Certificat	5	4	3	12
Ressources humaines	1	1		2
Tarification / Paiement		2	3	5
Transfusion sanguine		1	2	3
Total	30	17	40	87

5.8 Traitement des risques

Les stratégies de traitement des risques prennent en considération leur qualification (Majeur, Moyen et Faible) et leur niveau de maîtrise. Ce dernier est estimé sur la base des mesures anti-corruption analysées.

L'évaluation du niveau de maîtrise des différents risques analysés a été réalisée conformément à la grille suivante :

Tableau 14: Critères d'évaluation du niveau de maîtrise des risques

Efficacité des mesures anti-corruption	Cotation du niveau de maîtrise
Défaillant / inexistant	1
Peu efficace	2
A renforcer	3
Efficace	4

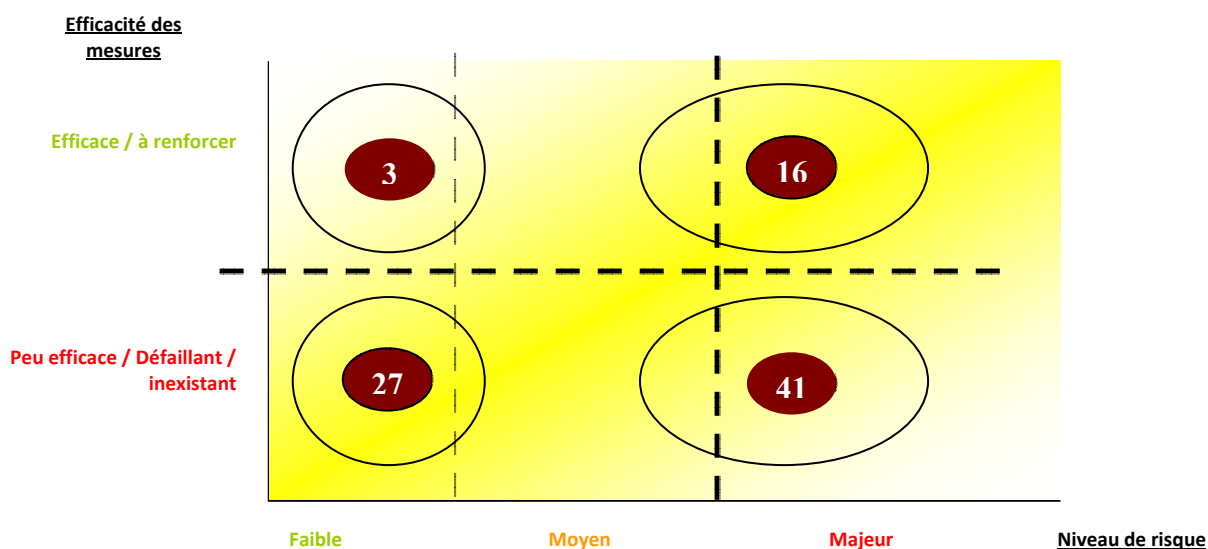
La répartition des risques selon leur niveau de maîtrise est représentée dans le tableau suivant :

Tableau 15: Répartition des risques de corruption selon leur niveau de maîtrise

Nombre de Code risque	Niveau de maîtrise				
	1	2	3	4	Total
Dispositif					
Accès et admission	0	1		0	1
Acquisition des médicaments	0	1	3	0	4
Acquisition et maintenance des équipements	0	1	3	0	4
Admission	5	5	0	0	10
Analyses&Radio	4	3	0	0	7
Consultation / Traitement	13	3	1	0	17
Enregistrement des médicaments	0	0	4	0	4
Information et orientation	4	2	0	0	6
Médicaments	0	4	3	0	7
Opérations	1	4	0	0	5
Prescription / Certificat	3	8	1	0	12
Ressources humaines	0	0	2	0	2
Tarification / Paiement	0	4	1	0	5
Transfusion sanguine	0	2	1	0	3
Total	30	38	19	0	87

Par l'analyse qui consiste en un croisement de la qualification des risques et de leur niveau de maîtrise, quatre familles de risques sont identifiées. Le schéma suivant représente ces familles de risques en indiquant le nombre de risques concernés.

Figure 21 : Les familles de risques recensés



Pour chacune de ces 4 familles de risques, est identifié un type de traitement spécifique :

- Vérifier le niveau de maîtrise déclaré à travers un plan d'audit ;
- Vérifier s'il n'y a pas un surinvestissement pour la couverture de certains risques faibles ;
- Mettre en place des outils de veille ;
- Mettre en place des outils de surveillance de risques ;
- Mettre en œuvre des plans d'actions pour remédier aux risques.

Figure 22 : Les mesures de maîtrise de risques en fonction de leur nature

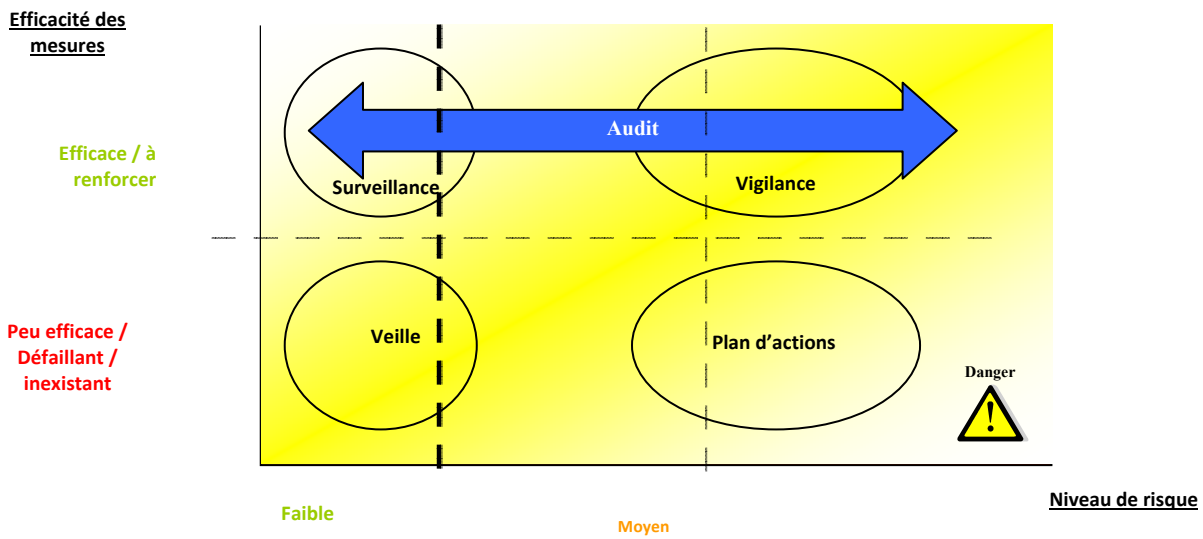


Tableau 16 : Recommandations par familles de risques

Surveillance	Vigilance
<p>Intégrer au niveau du plan d’audit des points de contrôle réguliers permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier la réalité du niveau de maîtrise de ces risques par les mécanismes de contrôle instaurés ; ▪ Apprécier s’il y a un surinvestissement en termes de contrôle interne par rapport à la criticité de ces risques (apport / coûts), et dans tels cas, identifier les possibilités de réduire les contrôles déployés (pour faciliter les procédures) sans augmenter significativement l’exposition au risque. 	<p>Intégrer au niveau du plan d’audit des points de contrôle réguliers permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier la réalité du niveau de maîtrise de ces risques par les mécanismes de contrôle instaurés ; ▪ Apprécier si les contrôles instaurés sont suffisants au regard de la criticité de ces risques, et le cas échéant, recommander les améliorations appropriées.
Veille	Plan d’actions
<p>Surveiller l’évolution de la survenance de ces risques à travers la base des incidents, dans le but de s’assurer que ces risques restent dans le même niveau de criticité. Les éventuelles évolutions de l’occurrence doivent déclencher la mise en place de contrôles préventifs ou correctifs supplémentaires afin de les contrecarrer.</p>	<p>Les risques de cette famille doivent faire l’objet d’un traitement rapproché et individualisé par la définition de plans d’actions fixant des objectifs SMART.</p>

6. FEUILLE DE ROUTE POUR PREVENIR ET LUTTER CONTRE LE PHENOMENE DE LA CORRUPTION DANS LE SECTEUR

A partir des analyses précédentes, une stratégie globale et une feuille de route pour la prévention et la lutte contre la corruption dans le secteur de la santé a été élaborée.

Dans ce cadre, la maîtrise des facteurs favorisant la corruption dans le secteur a été le point clé pour la définition de cette stratégie qui a privilégié une intervention ciblée sur lesdits facteurs et a été structurée selon les axes repris ci-après :

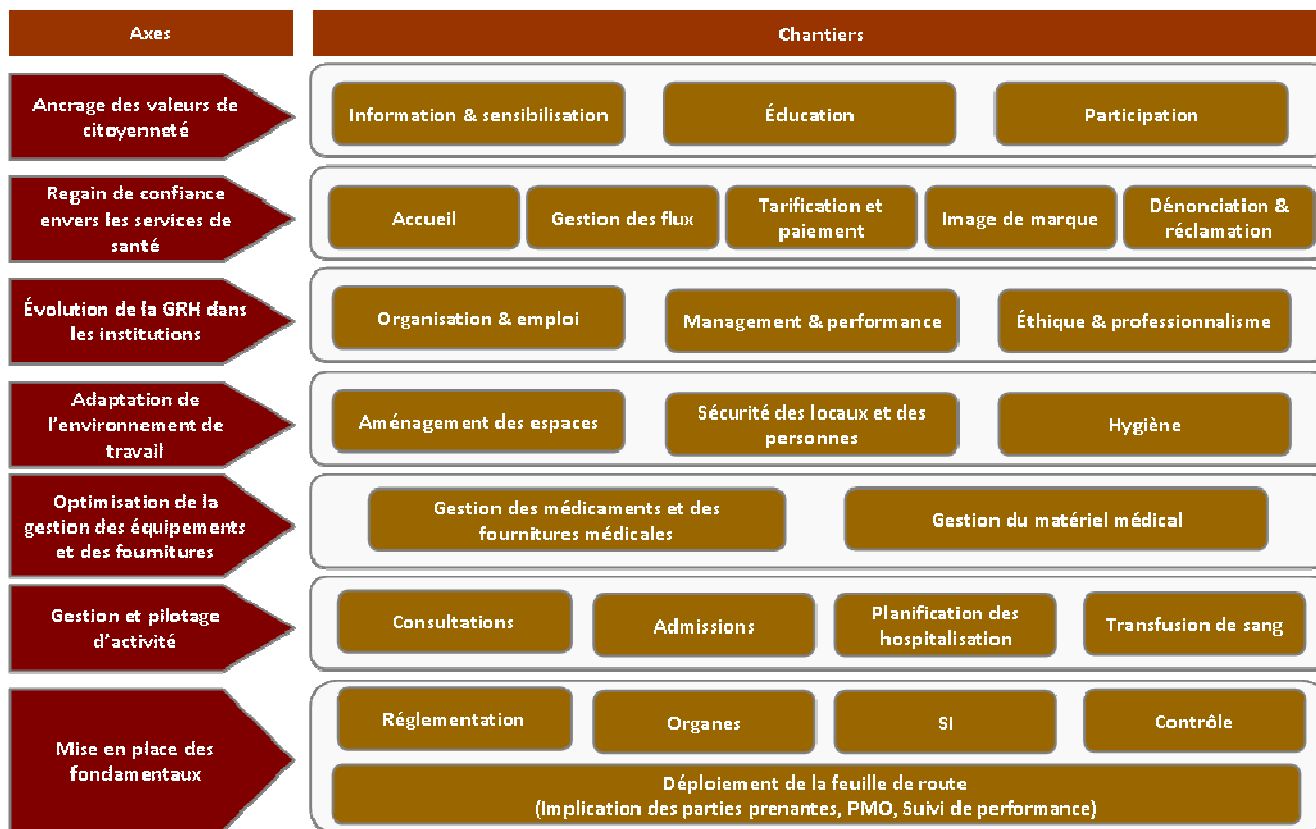
- Ancrage des valeurs de citoyenneté ;
- Regain de la confiance envers les services de la santé ;
- Evolution de la gestion des ressources humaines dans les institutions ;
- Adaptation de l'environnement de travail ;
- Optimisation de la gestion des équipements et des fournitures ;
- Gestion et pilotage des activités (performance par les objectifs, indicateurs de performance, ...) ;
- Mise en place des fondamentaux (contrôle, réglementation, suivi et contrôle...).

La définition des fondements de cette stratégie a été inscrite dans une approche systémique. Elle se veut globale et intégrée. Il convient de souligner par ailleurs qu'elle **reprend également un certain nombre de mesures déjà amorcées par le Ministère de la Santé dont une partie est en cours de finalisation**. Ainsi, elle a tenu compte de plusieurs aspects:

- Orientations stratégiques et plans d'actions du Gouvernement en matière de prévention et de lutte contre la corruption ;
- Orientations stratégiques et plans d'actions du Ministère de la Santé en matière de prévention et de lutte contre la corruption ;
- Dysfonctionnements et risques de corruption relevés lors de la phase de diagnostic ;
- Défaillance / inefficacité de certaines mesures de prévention et de lutte contre la corruption ;
- Appréciation par les citoyens de la qualité des services offerts en lien avec la corruption.

La déclinaison opérationnelle de cette stratégie est faite par le biais d'un plan d'actions détaillé. Les 55 projets proposés, programmés sur une période de 5 ans, ont fait l'objet de fiches projets détaillées, avec des objectifs spécifiques et mesurables. Le déploiement de cette stratégie devra faire l'objet d'une déclinaison opérationnelle par entité pour chaque projet identifié dans le cadre du plan d'actions, d'un suivi rigoureux de sa mise en œuvre ainsi que d'une évaluation ex post afin de mesurer le niveau d'atteinte des résultats escomptés.

Le schéma ci-dessous présente les principaux chantiers de travail pour prévenir et lutter contre ce phénomène.



La liste des projets retenus dans le cadre de cette feuille de route ainsi que leur planning de mise en œuvre sont repris dans le tableau ci-dessous :

Axe	Chantier	Projet	2011	2012	2013	2014	2015
Ancrage des valeurs de citoyenneté	Sensibilisation et information	Mise en place d'une campagne de sensibilisation du grand public autour des valeurs de citoyenneté					
		Renforcement de l'affichage et promotion de la transparence au niveau des établissements de soins					
	Éducation	Elaboration de programmes d'éducation portant sur l'éthique et l'intégrité à tous les niveaux de l'enseignement					
	Participation	Implication des ONG, des associations et de la société civile dans la prévention et la lutte contre la corruption					
Regain de confiance envers les services de santé	Accueil	Renforcement du dispositif d'accueil au niveau des établissements de soins					
		Mise en place d'un programme de formation du personnel d'accueil					
		Mise en place d'un livret d'accueil et d'information pour les patients au niveau des établissements de soins					
		Mise en place d'un dispositif d'accueil et d'orientation dans les urgences					
	Orientation et gestion des flux de patients	Mise en place d'un dispositif de prise des rendez-vous					
		Mise en place d'un système de gestion des files d'attente					

Axe	Chantier	Projet	2011	2012	2013	2014	2015
		Mise en place d'un dispositif intégré de signalisation interne dans les établissements de soins					
	Tarification et paiement	Renforcement et harmonisation du dispositif d'affichage tarifaire					
		Développement de la transparence dans la facturation au niveau des établissements de soins notamment privé					
	Dénonciation et réclamations	Formalisation et simplification des procédures de dénonciation					
		Développement de l'information et de la communication autour des procédures de dénonciation					
		Développement des canaux de communication et des moyens de dénonciation					
		Développement d'un dispositif de suivi des dénonciations et publication des résultats des enquêtes					
	Amélioration de l'image de marque	Pilotage de l'image de marque du Ministère de la Santé en matière de prévention et de lutte contre la corruption					
		Mise en place des mécanismes de gestion des crises liées aux allégations et rumeurs de corruption					
Evolution de la gestion des ressources humaines	Organisation de l'emploi	Mise en place d'un référentiel des emplois par type d'établissement de soins					
		Recensement des ressources et besoins par emploi et par établissement					
		Mise en place d'un dispositif de mobilité dans le cadre de l'évolution de carrière					
	Management et performance	Mise en place de dispositif de management de la performance intégrant la dimension de prévention et de lutte contre la corruption					
		Mise en place d'indicateurs de performance					
		Mise en place d'un dispositif de gestion des emplois du temps du personnel soignant					
	Valeurs, Ethique et professionnalisme	Mise en place d'un Code déontologique et de bonne conduite					
		Développement d'un sentiment d'appartenance chez le personnel de santé					
		Mise en place de campagnes de sensibilisation, d'information et d'échange d'expériences en matière de prévention et de lutte contre la corruption					
		Mise en place d'une Déclaration de patrimoine pour les responsables					
Adaptation de l'environnement de travail	Aménagement des espaces	Mise en place d'un programme d'aménagement/réaménagement des établissements de santé autour de l'organisation de l'accès					
		Déploiement de la stratégie d'organisation du « parcours de soins » et sa généralisation sur l'ensemble des hôpitaux					

Axe	Chantier	Projet	2011	2012	2013	2014	2015
	Sécurité des locaux et des personnes	Mise en place d'un dispositif pour le suivi et le contrôle des activités des prestataires externes (agents de sécurité, de nettoyage et d'accueil)					
		Mise en place d'une charte commune pour l'identification des acteurs de l'offre de soins (couleurs, badge, ...)					
	Hygiène	Mise en place d'un programme visant l'harmonisation des normes d'hygiène de base au sein des établissements de santé					
Optimisation de la gestion du matériel, des équipements et des fournitures médicales	Gestion des médicaments et des fournitures médicales	Mise en place d'un dispositif visant l'optimisation des processus d'achat et de livraison des médicaments et des fournitures médicales					
		Mise en place d'un dispositif visant l'optimisation et la sécurisation des processus de gestion des médicaments et des fournitures médicales					
	Gestion du matériel médical	Mise en place d'un dispositif visant l'optimisation des processus d'achat et de livraison du matériel et des équipements médicaux					
		Optimisation de la gestion de la maintenance du matériel et des équipements médicaux					
Gestion et pilotage des activités	Gestion des consultations	Mise en place d'un système de pilotage et de suivi des activités liées aux prestations de consultation					
	Gestion des admissions	Mise en place d'un système de pilotage et de suivi des activités liées à la gestion des admissions					
	Planification & hospitalisations	Mise en place d'un système de pilotage et de suivi des activités liées à la planification des hospitalisations					
	organisation du sang	Mise en place d'un système de pilotage et de suivi des activités liées à la gestion des prélèvements et de la transfusion de sang					
Mise en place des fondamentaux	Réglementation	Mise en place d'un dispositif réglementaire de dénonciation par les fonctionnaires					
		Mise en place d'un arsenal juridique pour la protection des témoins					
		Mise en place d'une réglementation de corruption dissuasive					
	Système d'information	Mise en place d'un système d'information intégré pour la gestion des prestations de l'offre de soins					
	Organes et entités	Développement de comités d'éthiques au niveau des établissements de soins					
		Développement de commissions d'enquêtes au niveau des établissements de soins					
		Développement de comités d'audit au niveau des établissements de soins					
Mécanismes de contrôle	Mise en place d'une réglementation en matière de conditions d'exercice de travail et de profession						

Axe	Chantier	Projet	2011	2012	2013	2014	2015
		Mise en place d'un dispositif d'inspection périodique des procédures de gestion					
		Référentiel du contrôle interne					
	Déploiement de la feuille de route	Mise en place d'un dispositif de sensibilisation et d'implication des parties prenantes					
		Mise en place d'un Project Management Office (PMO) pour le suivi et le pilotage des projets					
		Mise en place d'un dispositif transverse de suivi de la performance					

7. CONCLUSION

La corruption est un phénomène généralisé, complexe et qui entache tous les secteurs. Bien que différentes mesures ont été mises en place pour la maîtriser, aussi bien d'ordre global que de manière spécifique au secteur de la santé, des manifestations de la corruption sont toujours présentes. Ces pratiques de corruption pourraient concerner aussi bien un échange entre deux intervenants (le corrupteur et le corrompu) ou encore une interaction entre différents acteurs (le corrupteur, l'intermédiaire et le corrompu). Il est difficile de séparer l'acteur de la victime de la corruption.

Le présent document synthétise les résultats des deux rapports réalisés concernant l'analyse du phénomène de la corruption dans le secteur de la santé au Maroc, à savoir :

- Le « Rapport sur l'évaluation des politiques et pratiques concernant la prévention et la lutte contre la corruption dans le secteur de la Santé » ;
- L'« Etude des manifestations, de la fréquence et de l'intensité ainsi que des causes et des implications de la corruption dans le secteur de la Santé ».

Il présente de manière concise les spécificités du phénomène de la corruption dans le secteur caractérisant les différents services et prestations de soins, les types et les formes de corruption ainsi que les différents facteurs favorisant ce phénomène.

De plus, cette synthèse récapitule l'analyse quantitative et qualitative des manifestations, de la fréquence et de l'intensité ainsi que des causes et des implications de la corruption dans ce secteur.

La dernière partie de cette synthèse présente les axes du plan d'actions ressortant des résultats de la cartographie des risques de corruption dans le secteur de la santé. Ce plan d'actions vient en complément des différentes initiatives prises par le Ministère de la santé en matière de prévention et de lutte contre la corruption. Il convient de rappeler dans ce cadre que certains projets/actions proposés dans la présente étude sont déjà amorcés ou en cours de finalisation par le Ministère de la Santé. Ainsi, la construction de la feuille de route a été inscrite dans une logique de continuité, de renforcement et de complément des différentes actions préalablement programmées ou en cours de réalisation.

La mise en œuvre de cette feuille de route est tributaire de la mise en place de différents pré-requis dont notamment :

- L'appropriation par le Ministère de la Santé des conclusions retenues dans le cadre de cette étude et l'intégration des nouveaux projets identifiés dans son plan d'actions en sa prochaine version ;
- La coordination entre les différents acteurs, dans le cadre de comités de travail élargis, pour la mise en œuvre des projets : Ministère de la Santé, Ordre national des Médecins, Ministère de l'Intérieur (ex. modalités de délivrance et de traitement des certificats d'indigence, ICPC,...) ;
- L'implication des représentants de la société civile (syndicats, associations,...) dans le cadre des actions de communication et de sensibilisation de la population ;
- La mise en œuvre des mécanismes de suivi et d'évaluation.

Ainsi, étant donné la diversité des projets et des parties prenantes et dans un souci d'appréhender le phénomène de la corruption de manière globale et intégrée, la mise en place d'un dispositif Project Management Office pour assurer le suivi, la coordination et le pilotage des projets devient primordiale. La mise en place de ce dispositif permettrait de :

- Veiller à la mise en place des pré-requis nécessaires à la concrétisation des projets.
- Centraliser la gestion et le suivi des projets ;
- Elaborer les reportings stratégiques et opérationnels de manière systématique ;
- Communiquer sur l'état d'avancement des projets.

Votre contact pour ce projet

Nabil Bayahya - Associé directeur

nabil.bayahya@mazars.ma

06 79 28 28 28

