



**VEREINTE  
NATIONEN**



**INTOSAI**

**LE CONTRÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
PAR LES INSTITUTIONS SUPÉRIEURES DE  
CONTRÔLE DES FINANCES PUBLIQUES**

**Rapport sur le 14<sup>e</sup> Séminaire ONU/INTOSAI  
sur le contrôle des finances publiques**

**Vienne  
27 au 31 mars 2000**

**ST/ESA/PAD/SER.E/22**



**VEREINTE  
NATIONEN**



**INTOSAI**

Division of Public Economics and Public Administration,  
Department of Economic and Social Affairs (DESA)

**LE CONTRÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
PAR LES INSTITUTIONS SUPÉRIEURES  
DE CONTRÔLE DES FINANCES PUBLIQUES**

**Rapport sur le 14<sup>e</sup> Séminaire ONU/INTOSAI  
sur le contrôle des finances publiques**

Vienne  
27 au 31 mars 2000

## TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II. RÉSUMÉ DES ALLOCUTIONS D'INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>III. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DU SÉMINAIRE.....</b>	<b>8</b>
<b>IV. RAPPORTS PRINCIPAUX.....</b>	<b>14</b>
1.    Etats-Unis d'Amérique: La prévention d'irrégularités par des Institutions Supérieures de Contrôle dans des programmes de Santé publique.....	14
2.    Suisse: Le contrôle des programmes de santé à l'exemple du projet de prescription médicale de stupéfiants à des toxicomanes .....	23
3.    Autriche: Le contrôle des hôpitaux par les ISC.....	32
4.    Mexique: Contrôle de gestion des services médicaux fournis par une institution de santé publique dans des zones présentant un degré élevé de marginalisation économique et sociale.....	46
5.    France: Le contrôle de la santé publique par les institutions supérieures de contrôle des finances publiques.....	56
6.    Cour des comptes Européenne: L'audit de la Cour des comptes européenne dans le domaine de la santé publique.....	64
<b>V. RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL .....</b>	<b>68</b>
1.    Rapport du groupe de travail 1 (Groupe de travail anglophone).....	68
2.    Rapport du groupe de travail 2 (Groupe de travail francophone) .....	74
3.    Rapport du groupe de travail 3 (Groupe de travail germanophone).....	77
4.    Rapport du groupe de travail 4 (Groupe de travail hispanophone).....	82

<b>ANNEXES.....</b>	<b>86</b>
I. Nations Unies:	
Role of Supreme Audit Institutions and the Audit of Public Health	
Services .....	86
II. Liste des exposés.....	95
III. Liste des participants:.....	97
IV. Liste des conférenciers:.....	100
V. Liste des observateurs: .....	101
VI. Secrétariat de la réunion:.....	102

## I. INTRODUCTION

Le Séminaire interrégional commun ONU/INTOSAI sur « Le contrôle des systèmes de santé publique par les Institutions supérieures de contrôle des finances publiques » s'est déroulé du 27 au 31 mars 2000 à Vienne, Autriche. C'était le 14<sup>e</sup> séminaire interrégional organisé par la Division de l'Economie publique et de l'Administration publique, département des affaires économiques et sociales (DESA), conjointement avec l'Organisation internationale des Institutions supérieures de contrôle des finances publiques.

Le DESA a déjà proposé par le passé plusieurs programmes de formation destinés à aider les pays en voie de développement à renforcer leurs structures de contrôle des finances publiques. Dans le cadre de ces activités de formation, les Nations Unies ont mis en place conjointement avec l'INTOSAI des programmes internationaux de formation en matière de contrôle des finances publiques, ayant lieu selon un rythme bisannuel. Au cours des 29 dernières années, treize séminaires ont eu lieu sur les sujets suivants :

1. Principes généraux du contrôle des finances publiques et problèmes institutionnels qui en résultent (1971)
2. Techniques et méthodes utilisées par les institutions supérieures de contrôle des finances publiques en vue de l'amélioration du contrôle des finances publiques (1973)
3. Gestion du budget public et reddition des comptes, rôle des institutions supérieures de contrôle des finances publiques dans l'Etat moderne et contrôle financier des entreprises publiques (1976)
4. Principes du contrôle des finances publiques, contrôle d'organisation, contrôle de gestion et contrôle des entreprises publiques (1979)
5. Concepts du contrôle financier, contrôle des recettes fiscales, contrôle des institutions financières publiques au service du développement et contrôle de gestion des entreprises publiques (1981)
6. Nature et portée des systèmes internes de gestion, rôle de l'audit interne dans les systèmes de contrôle interne de gestion, contrôle des finances publiques et systèmes de contrôle interne de gestion dans les pays en développement (1984)
7. Vérification de programmes majeurs de développement (1986)
8. Application des normes de contrôle dans le secteur public (1988)
9. Comptabilité et contrôle de programmes d'aide au développement, vérification dans un cadre informatique (1990)
10. Vérification dans un cadre informatique - échange d'expériences, possibilités et défis - atelier (1992)
11. Restructuration du secteur public (1994)

12. Rôle des ISC dans la lutte contre la corruption et la mauvaise gestion (1996)
13. Rôle des ISC dans le contrôle des travaux publics (1998)

Le dernier en date de ces séminaires était consacré au rôle des Institutions supérieures de contrôle des finances publiques (ISC) dans le contrôle des systèmes de santé publique.

Une cinquantaine de personnes ont participé à ce séminaire, notamment des personnels des ISC des pays en voie de développement et des pays en transition de l'Europe de l'Est. Les conférenciers venaient des Nations Unies, de la Cour des comptes des Communautés européennes et des ISC (voir liste des participants en annexe).

Le Séminaire a débuté le 27 mars 2000 par une séance plénière et s'est terminé le 31 mars 2000 après un total de neuf séances plénières, trois sessions de quatre groupes de travail et la visite d'un hôpital.

Les principaux sujets traités au cours du 14<sup>e</sup> séminaire ONU/INTOSAI étaient les suivants:

1. La prévention d'irrégularités par les ISC dans les programmes de santé publique
2. Le contrôle des programmes de santé à l'exemple de la prise en charge de toxicomanes
3. Le contrôle d'hôpitaux par les ISC
4. Contrôle de gestion des services médicaux fournis par une institution de santé publique dans des zones économiques et sociales marginalisées
5. Expérience française du contrôle de la Sécurité sociale
6. Activités financières de l'UE dans le domaine médical - approches de contrôle de la Cour des comptes des Communautés européennes

Des rapports sur le contrôle des systèmes de santé publique de différents pays ont par ailleurs été présentés par le Lesotho (AFROSAI), Samoa (SPASAI), Antigua-et-Barbuda (CAROSAI), la Malaisie (ASOSAI), le Maroc (ARABOSAI), Malte (EUROSAI) et la Bolivie (OLACEFS).

Cet ordre du jour reflète l'étendue et la profondeur des sujets abordés.

La présentation du thème principal a été suivie d'un débat général et une session de demandes et réponses a fourni aux participants l'occasion de participer à des discussions en profondeur et de faire le point des contenus essentiels. Les travaux se sont poursuivis sous forme de séances des groupes de travail devant permettre un échange d'expérience plus approfondi sur les principaux sujets du Séminaire et la formulation de conclusions et de projets de recommandation.

Dans un bon nombre de présentations, les représentants de diverses ISC ont fait part de leur expérience et donné une idée nette des responsabilités et des possibilités du contrôle des finances publiques dans le contexte du contrôle des systèmes de santé publique, en permettant aux participants de se familiariser avec les différentes tâches relatives à ce domaine et les défis qu'il implique.

Les sujets suivants ont été jugés particulièrement importants par les participants : création d'un cadre légal et administratif pour prévenir et éviter la mauvaise gestion dans l'adjudication et la mise en œuvre des systèmes de santé publique, formation continue des auditeurs en vue d'améliorer les connaissances techniques de contrôle dont ils ont besoin pour déceler les déficiences dans la mise en œuvre des programmes de santé publique, possibilités de transposition des conclusions du contrôle (p.ex. possibilités de sanctions), contrôle de tous les aspects des systèmes de santé publique, y compris les aspects financiers, économiques (capital et coûts d'exploitation) et techniques, compétence de contrôle concernant l'évaluation rétrospective, et questions de coopération internationale ou bilatérale des ISC dans les projets financés conjointement. Les participants ont par ailleurs fait remarquer que les auditeurs avaient besoin d'un savoir-faire et de connaissances de spécialistes aussi bien que de leur compétence professionnelle pour être en mesure de juger de l'efficacité et de l'efficience des systèmes de santé publique. Ces types de contrôle représentent un énorme défi pour les ISC en ce qui concerne les capacités et les connaissances techniques de leur personnel.

## II. RÉSUMÉ DES ALLOCUTIONS D'INTRODUCTION

Après avoir souhaité la bienvenue aux participants le Dr. Franz Fiedler, Président de la Cour des comptes d'Autriche et Secrétaire général de l'INTOSAI, souligna l'importance de la coopération existant entre les Nations Unies et l'INTOSAI, telle qu'elle se reflète depuis de longues années dans l'organisation de séminaires interrégionaux et de rencontres de groupes d'experts sur le contrôle des finances publiques. Le choix du sujet général du 14<sup>e</sup> Séminaire ONU/INTOSAI a été dicté par l'importance de cette question dans de nombreux pays où le gouvernement consacre des montants élevés, alimentés par les deniers publics, à la construction et au maintien des hôpitaux et au fonctionnement des systèmes de santé publique et où la planification des dispositifs à mettre en place est souvent été insuffisante. La planification et l'installation d'hôpitaux et de systèmes de santé publique donnent de ce fait fréquemment lieu à une mauvaise gestion; ils n'atteignent pas leur but et sont à l'origine de pertes énormes ayant une incidence négative sur les finances nationales.

Ainsi que le soulignait le Dr. Fiedler dans son allocution inaugurale une des tâches fondamentales des pouvoirs publics consiste à maintenir la santé publique et ainsi la santé de l'individu. Celle-ci constitue un bien immatériel qui ne se prête pas à une quantification. Le maintien de la santé publique exige cependant l'utilisation de ressources matérielles des pouvoirs publics. L'Etat doit veiller à ce que les habitants atteignent et puissent maintenir un niveau de santé maximum ainsi qu'à ce que les fonds publics soient utilisés de manière optimale. Ainsi l'Etat se trouve, en ce qui concerne l'organisation de la santé publique, dans un rapport de tension permanent entre, d'une part, la mission de protéger le bien immatériel qu'est la santé publique et, d'autre part, l'obligation de réaliser cet objectif de manière optimale avec des ressources matérielles limitées.

Dans une société moderne, la notion de santé publique ne se limite pas seulement à la mise à la disposition de la population des soins médicaux nécessaires, mais le champ d'action est élargi de manière considérable dans les domaines suivants :

1. Prise en charge des patients: Les soins médicaux sont mis à la disposition, d'une part, dans des hôpitaux où des irrégularités, la corruption et la mauvaise gestion peuvent se produire dans la construction ou l'exploitation, d'autre part, par des médecins ayant un cabinet.
2. Médecine préventive
3. Prise en charge de toxicomanes
4. Sécurité sociale (assurance maladie)
5. Programmes de santé publique de l'Etat



La réalisation de ces tâches par l'Etat exige des fonds publics énormes. Le contrôle financier portant sur ces fonds relève entre autres de la compétence des institutions supérieures de contrôle des finances publiques. Du fait des progrès de la médecine, les dépenses dans le domaine de la santé publique ont considérablement augmenté pendant les dernières années ce qui est en partie dû à l'irruption de la technique dans la médecine et à la mise à la disposition globale de soins à un nombre de plus en plus grand de personnes. Grâce à une meilleure prise en charge médicale, l'espérance de vie a énormément augmenté, ce qui pose de nouveaux problèmes dans la prise en charge des personnes âgées, et a comporté de nouveaux défis financiers et ainsi des charges budgétaires.

Un des défis pour les institutions supérieures de contrôle des finances publiques consiste à vérifier si les fonds publics limités sont utilisés de manière optimale et efficace.

Comme les dépenses dans le domaine de la santé publique sont très importantes, elles présentent aussi d'énormes possibilités d'économies. L'affairisme, des adjudications illicites de marchés dans la construction d'hôpitaux, des honoraires médicaux exagérés et beaucoup d'autres choses donnent lieu à une critique de la part des institutions supérieures de contrôle des finances publiques. La mission de contrôle des institutions supérieures de contrôle des finances publiques ne devrait cependant pas se limiter à une simple critique, mais devrait aussi contenir des recommandations constructives.

Le Dr. Fiedler devait conclure en remerciant l'Organisation des Nations unies de son excellente coopération concernant ce séminaire ainsi que les institutions supérieures de contrôle des finances publiques qui ont mis des conférenciers à sa disposition et en invitant les participants à partager leur savoir-faire et leur expérience sur ce sujet pour que le séminaire porte ses fruits et contribue à l'amélioration de la gestion financière dans leurs pays respectifs.

Après avoir souhaité la bienvenue aux participants au nom des Nations Unies, M. Bouab, Division de l'Economie publique et de l'Administration publique, département des affaires économiques et sociales (DESA), devait souligner l'extrême importance accordée par les Nations Unies à ces séminaires et manifestations et rappeler le rôle éminent que jouent ces programmes de formation, en particulier pour aider les pays en développement à améliorer l'ensemble de leur gestion financière.

Le thème choisi pour le 14<sup>e</sup> Séminaire UNO/INTOSAI était un sujet d'intérêt général, la santé publique, un secteur auquel sont alloués des fonds considérables, qui se trouve par conséquent au centre des préoccupations dans tous les pays. Du fait que les procédures de contrôle ont souvent été mal définies et que l'utilisation des deniers publics destinés à ce secteur n'est pas toujours soumise à un contrôle efficient, différentes économies nationales ont éprouvé des pertes financières et courent le risque de ne pas voir ces ressources utilisées de la manière la plus efficace. Les ISC devraient inscrire au nombre de leurs

objectifs le développement d'informations indépendantes et solides pour les décideurs. Or, elles ont besoin pour cela à la fois de personnels motivés et parfaitement formés et de standards utilisables. Elles pourraient contribuer à une utilisation plus efficace des fonds dans le secteur de la santé publique en définissant clairement les objectifs du contrôle, les programmes et standards de contrôle, le contrôle financier, le contrôle de pièces justificatives et les évaluations rétrospectives et en rédigeant des rapports de contrôle faisant ressortir les problèmes majeurs et suggérant des recommandations.

Les services de santé publique resteront à l'avenir une activité majeure des gouvernements, tant pour leur aspect profondément humanitaire et équitable qu'en ce qui concerne les montants des deniers publics qu'ils absorbent. En effectuant un contrôle régulier et bien planifié des services du secteur de la santé publique, les institutions supérieures de contrôle des finances publiques peuvent contribuer efficacement à la régularité de la justification de l'emploi de ces fonds et à une utilisation efficace et rentable des ressources. Ceci représente un énorme défi. Mais l'on peut faciliter la tâche des ISC et leur permettre d'effectuer un contrôle plus efficace en partageant l'information et l'expérience acquise.

M. Bouab devait exprimer l'espoir que le 14<sup>e</sup> séminaire ONU/INTOSAI apporterait une aide pratique aux ISC dans l'exécution de leurs tâches de contrôle et de rapport sur les programmes de santé publique et contribuerait à développer une plus grande rigueur de la gestion financière dans les pays concernés.

Le Dr. James Robertson, coordinateur du Séminaire, devait souligner dans son allocution d'ouverture que le sujet de ce colloque, le contrôle des systèmes de santé public, était une question concernant tout un chacun. La santé publique représente des dépenses considérables qui ne cessent d'augmenter au fur et à mesure que la science découvre de nouveaux remèdes et de nouveaux traitements, tandis que les équipements médicaux, de plus en plus sophistiqués, deviennent extrêmement onéreux, tant à l'achat que pour leur utilisation dans les hôpitaux.

L'évolution démographique contribue, elle aussi, à gonfler les coûts de santé publique. On vit aujourd'hui plus longtemps et dans de nombreux pays la tranche la plus jeune de la population est en progression. Or les deux extrémités du spectre des âges sont coûteuses en matière de prévention.

Etant donné que le secteur de la santé publique dispose de ressources limitées, il est important de maximiser l'économie, l'efficacité et la rentabilité des services fournis. L'auditeur a un rôle important à jouer pour permettre de s'assurer d'une meilleure rentabilité des coûts ainsi que de la légalité des dépenses et de la correction de la reddition des comptes.

En même temps, on assiste chez les patients à une prise de conscience de la qualité des services reçus. Ce qui a conduit à exiger une plus grande transparence, à effectuer un plus grand nombre de comparaisons des résultats obtenus par les différents fournisseurs de services et à vouloir s'assurer qu'ils mettent en œuvre les meilleures pratiques.

Cette demande croissante de transparence est une des raisons expliquant l'importance accrue du contrôle dans le secteur de la santé publique et l'opportunité de ce Séminaire.

Il est important, dans le cadre de la vérification, de définir les critères corrects utilisés pour mesurer les performances et leur évolution avec le temps. Ceci exige la mise au point, par les auditeurs, de méthodologies appropriées et les études de cas qui seront effectuées au cours de ce séminaire constitueront une aide précieuse pour ce champ de travail souvent problématique.

La méthodologie requiert une transposition soigneusement préparée, de manière à permettre d'obtenir des informations probantes. Mais le travail de l'auditeur ne s'arrête pas là. La vérification en soi risquera d'être stérile et inefficace si les résultats ne sont pas utilisés pour induire des changements appropriés. Ceci suppose une adaptation de la reddition des comptes, de sorte que les leçons et les recommandations résultant de la vérification soient reconnues et mises en œuvre. Dans le domaine du contrôle des programmes de santé publique comme dans tout autre domaine, l'indépendance de l'auditeur est de la plus haute importance si l'on veut avoir un débat ouvert et constructif.

### III. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DU SÉMINAIRE

1. Le bon fonctionnement des systèmes de santé publique est du plus haut intérêt et d'une importance cruciale pour tous les pays, quel que soit le niveau des ressources dont ils disposent. Le Séminaire a estimé qu'il était nécessaire de placer le patient au centre de l'analyse et qu'il importait d'améliorer le niveau de la santé publique dans le cadre des ressources existantes ou d'utiliser des ressources additionnelles pour obtenir de meilleurs résultats. Le rôle éminent revenant à l'auditeur à cet égard a été mis en évidence et le Séminaire a défini comme objectif le thème « Faire une différence » en termes d'amélioration des systèmes de santé publique.

2. Quatre conférences approfondies, présentées respectivement par les Etats-Unis, la Suisse, l'Autriche et le Mexique, ont fourni une base solide pour le travail des participants au Séminaire.

Elles avaient pour thèmes :

- le contrôle d'un programme de santé publique (Medicare) ;
- le contrôle d'une politique spécifique de santé publique (concernant la prise en charge des toxicomanes) ;
- le contrôle des institutions de santé publique (hôpital autrichien) et
- le contrôle des mesures de santé publique concernant les groupes socialement et économiquement désavantagés de la population.

3. Les délégués ont en outre pu profiter d'une foule d'informations apportées par chacun des pays participant au Séminaire. A cette imposante somme d'informations sont venus s'ajouter les rapports présentés par les délégués de Samoa, du Lesotho, d'Antigua-et-Barbuda, de Malaisie, du Maroc, de Malte et de Bolivie. Les participants ont par ailleurs visité l'Hôpital général de Vienne.

4. Quatre groupes de travail ont examiné plus en détail les sujets exposés dans les quatre grandes conférences. Malgré l'étendue du champ de contrôle sur lequel portaient les discussions des groupes de travail, ceux-ci ont pu dégager de nombreuses observations et conclusions communes.

5. Les groupes de travail ont été unanimes à reconnaître l'importance essentielle du contrôle de la rentabilité des coûts ainsi que du contrôle de régularité et de légalité. Ils étaient également tous d'avis que le contrôle de la rentabilité des coûts devait être bien préparé, qu'il devait faire appel à des connaissances et des expertises extrêmement variées et adopter des méthodes appropriées en basant ses évaluations sur des critères de contrôle appropriés. Les groupes de travail ont souligné qu'il était important d'émettre des

recommandations réalisables et éprouvées, de s'assurer qu'elles seront transposées et qu'il y aura un suivi permettant de savoir si elles ont abouti aux résultats souhaités.

### **Sélection des sujets du contrôle et étendue du contrôle dans le secteur de la santé publique**

6. Les groupes de travail ont étudié la question de savoir comment sélectionner les sujets du contrôle dans le secteur de la santé publique et ont établi la liste des considérations sur lesquelles on pouvait se baser :

- importance du contrôle de régularité financière ;
- nécessité d'effectuer un contrôle de rentabilité des coûts ou de performance (règle des 3 E) ;
- une évaluation des risques de rentabilité des coûts est utile pour sélectionner et déterminer l'étendue du contrôle dans le secteur de la santé publique. Il existe un certain nombre d'indicateurs de risque, notamment
  - absence de politique, programme ou objectifs de projets en matière de santé
  - absence de hiérarchisation des objectifs
  - insuffisance du système de gestion de l'information
  - absence de politique, programme ou appréciation de projets antérieurs
  - insuffisance ou absence d'indicateurs de performance pour les intrants, les extrants et les résultats
  - absence de procédures adéquates pour la transposition ou le monitoring des politiques, programmes ou projets ;
- les experts peuvent aider à choisir les sujets de contrôle, mais il faut s'assurer que leur avis est objectif et embrasse la totalité du sujet ;
- la matérialité financière (montant des dépenses) fournit une base pour la sélection du contrôle ;
- le coût du contrôle ne devrait pas être supérieur aux bénéfices qui en résultent. Néanmoins, il importe de considérer les aspects non-financiers des dépenses de santé, qui peuvent justifier le travail de contrôle même dans le cas de dépenses peu importantes (matérialité en nature) ;
- analyse, par les ISC, des indicateurs de performances ou des variations de performance des services de santé publique.

### **Critères de contrôle**

7. Les groupes de travail ont reconnu d'un commun accord l'importance cruciale des critères utilisés pour évaluer les performances tout en soulignant qu'ils étaient parfois difficiles à définir. S'ils sont particulièrement importants, les indicateurs de qualité des dispositifs de santé publique sont aussi problématiques. Les groupes de travail ont conclu que :

- le travail déjà effectué dans certains pays constituait une base très importante (documents distribués par les délégations) pour évaluer les performances et la qualité des dispositifs de santé publique ;
- les normes comptables représentaient une base claire pour le contrôle financier ;
- les dispositifs de santé publique pouvaient être évalués sur la base des directives des programmes ou des indicateurs de performances utilisés par les gestionnaires de programmes ;
- on pouvait élaborer des indicateurs pour évaluer l'économie, l'efficacité et la rentabilité des processus, des extrants et des résultats dans le secteur de la santé publique ;
- l'auditeur devait être créatif ;
- les résultats des projets pouvaient être comparés avec les objectifs visés et réalisés de même qu'avec le coût des ressources mises en œuvre pour fournir les prestations de santé publique ;
- on devra procéder à une évaluation par rapport aux objectifs de la politique, du programme ou du projet ;
- les critères de contrôle spécifiques étaient notamment les suivants :
  - mortalité
  - morbidité
  - dotation en équipements et/ou utilisation des équipements
  - adéquation de la tenue des fichiers
  - mortalité infantile, mortinatalité
  - ratio personnel médical sur lits
  - espérance de vie
  - satisfaction des patients.

### **Méthodologie de contrôle**

8. Les groupes de travail ont recensé un certain nombre de méthodes de contrôle pouvant être utiles. L'utilisation d'une méthode particulière dépend du contexte de l'opération de contrôle ; parmi les méthodes proposées on citera :

- interviews face à face ;
- utilisation de l'évidence documentaire pour rassembler des informations ou conformer une information orale ;
- analyses statistiques ;
- méta-analyse (faisant la synthèse des résultats de la recherche existante) ;
- enquêtes à l'aide de questionnaires (par courrier, téléphone ou face à face) ;
- avis et analyses d'experts ;
- visites sur le site ;
- échantillonnage ;
- études comparées et utilisation de benchmarks ;
- compréhension du contexte de la politique et des populations cibles ;
- parallélisme ;
- simulations ;
- clients fantômes.

### **Exigences relatives aux connaissances spéciales, à l'expérience et à la formation en matière de contrôle**

9. Les groupes de travail ont estimé qu'il était indispensable que les équipes de contrôle disposent des connaissances spéciales voulues. Ils ont conclu que :

- des qualification professionnelles étaient requises sur de nombreux sujets tels que le droit, la sociologie, l'ingénierie et la statistique ;
- il n'était pas indispensable que l'équipe de contrôle permanente dispose elle-même de connaissances spéciales, celles-ci pouvant être fournies par des consultants ou des personnes adjointes temporairement à l'équipe de contrôle (qui peuvent éventuellement venir d'autres ISC). On ne doit cependant pas oublier que cette solution risque d'être onéreuse.

### **Présentation et suivi des résultats du contrôle**

10. Les groupes de travail sont convaincus de l'importance d'une bonne présentation des résultats des vérifications. Les groupes ont formulé à cet égard un certain nombre de conseils, notamment :

- réunir des informations probantes comme base pour les rapports de vérification ;
- expliquer clairement aux organismes vérifiés comment les informations obtenues ont conduit aux résultats et conclusions formulés ;
- s'assurer que le droit des responsables des organismes vérifiés à être entendus sur les questions faisant l'objet de conclusions et de recommandations aura été respecté ;
- faire le nécessaire pour que les recommandations soient acceptées par les responsables des organismes vérifiés, en formulant des recommandations pratiques, sans ambitions exagérées ; une discussion informelle avec les organismes vérifiés pourra être fort utile ;
- exposer clairement les objectifs de la vérification ;
- indiquer clairement là où l'auditeur s'est basé sur des preuves secondaires qui n'ont pu être vérifiées directement ;
- veiller à ce que les résultats soient publiés ;
- veiller au suivi de la vérification en s'assurant que l'autorité compétente aura donné suite en temps opportun aux recommandations formulées ;
- s'assurer de la transposition des recommandations formulées à la suite de la vérification ;
- vérifier les résultats obtenus après transposition des recommandations ;
- effectuer si nécessaire un nouveau contrôle sur des sujets spécifiques.

11. Les groupes de travail ont souligné l'importance de conserver tout au long de la vérification des relations cordiales et constructives avec l'organisme contrôlé.



## **Conclusions**

12. Les délégués ont déclaré qu'ils avaient apprécié l'occasion qui leur a été donnée de travailler ensemble en partageant information, expérience et connaissances sur le sujet du contrôle des systèmes de santé publique. Ils ont exprimé leurs félicitations pour la qualité des présentations et l'excellente organisation du Séminaire.

13. Les participants ont exprimé leur intention d'utiliser les résultats du Séminaire pour leur travail de contrôle. Ils espèrent pouvoir continuer à échanger régulièrement entre eux et avec l'INTOSAI leur expérience ainsi que les résultats et rapports sur leur activité de contrôle. Ils ont invité l'INTOSAI à diffuser cette information par tous les moyens appropriés et à organiser des séminaires spécifiques sur l'évaluation de projets. Ils estiment également qu'il serait avantageux que l'INTOSAI facilite les stages d'auditeurs dans les ISC ayant une expérience plus poussée.

14. D'une façon générale, les délégués ont considéré le 14<sup>e</sup> Séminaire ONU/INTOSAI comme extrêmement intéressant et sont persuadés que les travaux intenses et fructueux qui ont été menés contribueront à « Faire une différence » dans le sens d'une amélioration des systèmes de santé publique.

## IV. RAPPORTS PRINCIPAUX

---

### 1. Etats-Unis d'Amérique:

#### **La prévention d'irrégularités par des Institutions Supérieures de Contrôle dans des programmes de santé publique**

---

Lorsqu'on demandait à Willie Sutton, fameux auteur de hold ups dans les banques des années 30, pourquoi il prenait précisément les banques pour cibles, il répondait « Parce que c'est là que se trouve l'argent. » La réponse de Sutton explique pourquoi les fraudes concernant Medicare, le plus important programme d'assurance-santé des Etats-Unis financé par les deniers publics, sont un sujet de préoccupations dans ce pays. Le coût du programme Medicare, qui couvre toute une gamme de prestations et fournitures médicales destinées à des Américains âgés ou infirmes, se montent à 200 milliards d'USD par an. Le montant de ces dépenses rend Medicare particulièrement vulnérable à l'exploitation, précisément parce que « c'est là que se trouve l'argent. »<sup>1</sup>

La supervision du programme Medicare est relativement complexe. Elle s'exerce essentiellement aux quatre niveaux suivants :

- Contractants de Medicare: sociétés d'assurances du secteur privé auxquelles le gouvernement fait appel pour assumer les fonctions d'administration courantes du programme.
- Health Care Financing Administration (HCFA): L'administration faisant partie du Department of Health and Human Services (HHS), responsable, au niveau de l'Exécutif, de l'administration du programme Medicare ainsi que du recrutement, de la direction et du contrôle des contractants de Medicare.
- HHS Office of the Inspector General (OIG): Le Bureau jouant le rôle d'organisme de contrôle interne au niveau exécutif à l'égard des programmes gouvernementaux de santé publique et d'assistance sociale.
- U.S. General Accounting Office (GAO): L'Institution Supérieure de contrôle des Finances publiques des Etats-Unis, qui assure le contrôle externe de tous les programmes gouvernementaux au niveau législatif.

---

<sup>1</sup>Depuis 1990, le GAO dresse annuellement la liste des programmes et organismes gouvernementaux les plus vulnérables en ce qui concerne le gaspillage, la fraude, les abus et la mauvaise gestion. Les organismes inscrits sur cette liste sont considérés comme « à haut risque » et sont formellement classés dans cette catégorie. En raison des centaines de milliards de dollars en jeu, Medicare figure en permanence sur la liste des organismes à haut risque du GAO.

Avant d'examiner le rôle du GAO concernant l'examen de ce programme financé à l'échelon fédéral, nous allons commencer par exposer la structure de base de Medicare. Medicare fonctionne en gros en tant qu'assureur - tierce personne réglant les demandes de remboursement présentées par les médecins privés, les hôpitaux, les fournisseurs d'équipements et autres prestataires de services de santé publique. Medicare n'est pas lui-même un prestataire direct de services et les prestataires des services Medicare ne sont pas des agents de la fonction publique.<sup>1</sup>

Pour administrer les fonctions de paiement de Medicare, l'HCFA passe des contrats avec des compagnies d'assurances privées qui font déjà commercialement fonction de payeurs de services de santé publique. L'HCFA a actuellement des contrats avec environ 58 sociétés désignées comme contractants pour l'administration des demandes de remboursement adressées à Medicare. Les contractants de Medicare chargés de recevoir les demandes de remboursement, juger de leur bien fondé et les régler rapidement, constituent la première ligne de défense du programme contre les erreurs et les pratiques de facturation frauduleuse des prestataires, qui peuvent être à l'origine de pertes financières sérieuses s'il n'existe pas de mesures permettant de les prévenir ou de les détecter. Au cours de l'exercice 1998, les contractants de Medicare ont traité des demandes de remboursement pour un montant moyen de plus de 700 millions d'USD par jour ouvrable.

Le rôle du GAO est de faire rapport au pouvoir législatif - le Congrès des Etats-Unis - sur l'efficacité des mesures prises par les contractants pour mettre Medicare à l'abri des erreurs de paiements et de la fraude et sur celles mises en œuvre par l'HCFA pour surveiller la gestion des contractants.<sup>2</sup> A la demande des commissions du Congrès, le GAO effectue fréquemment des vérifications de la gestion de l'HCFA concernant ses contractants Medicare, en s'attachant notamment à l'adéquation des contrôles de la gestion interne des contractants, aux data financiers et de gestion ainsi qu'aux garanties dont sont entourés les programmes-clés pour éviter les erreurs de paiement. (Voir liste des rapports en annexe).

---

<sup>1</sup> Ce programme est financé par l'impôt au titre de la sécurité sociale payé par les salariés manuels et non manuels au prorata de leurs appointements, par les recettes générales du Trésor et par les cotisations mensuelles des bénéficiaires.

<sup>2</sup> Le GAO examine aussi les méthodes de paiement et de tarification de Medicare ainsi que les propositions de réforme de la structure de financement du programme. Par ailleurs, il examine les programmes de santé d'autres organismes de l'HHS - y compris les Centres de contrôle et prévention des maladies, l'Office de contrôle pharmaceutique et alimentaire et les Instituts nationaux de la Santé ainsi que les programmes de santé des Départements de la Défense et des Vétérans.

## **1. Nature des pratiques de facturation irrégulière rencontrées chez Medicare**

Partout où des fonds importants sont en jeu, il n'est pas de méthode de remboursement qui ne soit exposée aux conséquences de la tentation de fraude. Aussi incombe-t-il aux services chargés de la supervision de comprendre la vulnérabilité à la fraude du système considéré et de trouver des moyens systématiques de la déceler. Dans le cas de Medicare, les contractants sont les premiers entrant en ligne de compte pour surveiller le programme et déceler les activités frauduleuses.

Les erreurs de facturation des prestataires et autres irrégularités surviennent dans un environnement dans lequel les contractants traitent quelque 900 millions de demandes de remboursement par an, venant, en gros, d'un million de prestataires et de fournisseurs dans le domaine de la santé publique. Dans le cadre du programme Medicare, toute demande de remboursement doit être conforme à des exigences administratives et des règles de paiement données. Par exemple, le nom du bénéficiaire doit être orthographié correctement, le numéro Medicare et autres informations sur le droit à la prestation doivent être corrects pour que le paiement puisse être effectué. La demande de remboursement doit également porter sur un service « couvert » - autrement dit le service fourni au bénéficiaire, doit être prévu par le programme Medicare. Des millions de demandes de remboursement de prestations médicales ne concernent que des montants relativement peu élevés, de sorte que les contractants gérant les demandes de remboursement Medicare ne peuvent pas consacrer trop de temps ou d'argent à leur examen lorsqu'elles sont présentées. Ils doivent en revanche développer des techniques analytiques leur permettant d'identifier rapidement les demandes de remboursement suspectes et soit les refuser, soit les mettre de côté pour un examen plus approfondi.

Parmi les pratiques de facturation incorrecte, on citera la facture « surfaitte » (*upcoding*), dans laquelle le prestataire ne décrit pas correctement le traitement fourni et facture un traitement ou un article plus coûteux ; la facture « fantôme » dans laquelle le prestataire facture un service qui n'a jamais été fourni ; ou le fait de prescrire des traitements ou des prestations plus lourds que ceux qui seraient nécessaires ou appropriés en fonction du diagnostic. Le tableau ci-dessous donne des exemples d'irrégularités de facturation et montre comment les prestataires présentant une facture à Medicare peuvent, s'ils sont portés à le faire, tenter de frauder, et pourquoi il est nécessaire d'examiner attentivement les factures.

## 1.1 Exemples d'irrégularités dans la facturation

- Medicare a remboursé à un cabinet de psychologues des consultations de psychothérapie individuelles de 45 à 50 minutes. Selon les factures présentées, trois psychologues de ce cabinet étaient censés voir de 17 à 42 patients hospitalisés par jour. Certains jours, celui d'entre eux ayant facturé le plus fort montant aurait dû travailler plus de 24 heures d'affilée pour fournir les prestations dont il demandait le remboursement.
- Le cas des patients hospitalisés se prête particulièrement bien à la fraude étant donné que de nombreux bénéficiaires de Medicare s'y trouvent réunis, ce qui permet aux moins scrupuleux des prestataires de soins ou services de gonfler les factures présentées à Medicare. Dans certains cas, les fichiers de patients hospitalisés sont communiqués à des prestataires externes qui viennent voir périodiquement les patients, ce qui leur permet de recueillir les informations nécessaires pour présenter leur facture à Medicare. Dans un cas, Medicare a versé 143.580 USD à un orthopédiste au titre d'interventions chirurgicales concernant au moins 4.400 patients hospitalisés sur une durée de 6 mois. Pour pouvoir assurer ces prestations, l'orthopédiste aurait dû opérer au moins 34 patients par jour, et ceci 5 jours par semaine.
- Les systèmes de traitement automatique des demandes de remboursement peuvent être conçus pour fournir " en ligne " les données sur l'historique des demandes de remboursement (autrement dit pendant la procédure de règlement de la demande et avant l'exécution du paiement). Un tel système permet à l'analyste de comparer les demandes en cours de règlement avec les demandes présentées antérieurement par le prestataire pour le même cas ou le même traitement. Si le système n'offre pas cette possibilité, l'analyste ne peut pas déceler, antérieurement au paiement, une augmentation des remboursements sur une brève période de nature à provoquer des soupçons. Par exemple, au cours du quatrième trimestre d'une année donnée, un contractant Medicare a payé 211.900 USD à un fournisseur d'équipements médicaux en remboursement de factures de pansements chirurgicaux. Un an plus tard, pour le même trimestre, le même contractant remboursait plus de 6 millions d'USD - soit une augmentation de 2.800 % - sans susciter aucun soupçon.

*Source: Medicare : Control Over Fraud and Abuse Remains Elusive  
(GAO/T-HEHS-97-165, 26 juin 199)*

## **2. Démarche systématique en vue d'identifier les irrégularités de facturation**

Il est possible que, dans certains pays, l'ISC ait une fonction de contrôle direct analogue à celle s'exerçant sur les contractants de Medicare, auquel cas l'expérience des vérifications portant sur les demandes de remboursement des contractants peut être instructive. Les activités de lutte contre la fraude des contractants incluent l'examen des indications provenant des patients Medicare et le contrôle des qualifications des prestataires ; mais on peut admettre que la partie la plus systématique du travail de vérification des demandes de remboursement est la détection des irrégularités dans l'établissement des factures. Etant donné qu'il n'est pratiquement pas possible de vérifier toutes les demandes de remboursement, les contractants travaillent sur échantillonnage. Certains échantillons sont vérifiés avant que le remboursement ne soit effectué, d'autres " *a posteriori* ", autrement dit après que le remboursement ait été effectué.

### **2.1 Examen des demandes de remboursement avant paiement**

L'examen des demandes de remboursement avant paiement est l'une des activités majeures de prévention des fraudes de Medicare. Les contractants vérifient si les demandes de remboursement sont conformes aux modalités de facturation prescrites ainsi qu'aux dispositions relatives à la couverture médicale. Le logiciel de traitement des demandes de remboursement est programmé pour rejeter les demandes incomplètes ou contenant des éléments incompatibles. Ainsi, s'il manque un chiffre dans un numéro de facturation d'un prestataire ou si les chiffres indiqués ne concordent pas avec d'autres informations, l'ordinateur refuse automatiquement d'exécuter le paiement tant que les données erronées n'auront pas été corrigées. Certains programmes rejettent automatiquement les doubles demandes de remboursement. D'autres permettent d'éliminer les demandes de remboursement de prestations qui ne leur semblent pas médicalement nécessaires. Ainsi, un programme pourra suspendre le traitement d'une demande de remboursement d'une radio de la cheville si le diagnostic indiquait troubles cardiaques. Dans un cas de ce genre, la demande de remboursement pourra être réexaminée par un vérificateur des demandes de remboursement du contractant, généralement une infirmière ou autre membre d'une profession médicale.

### **2.2 Examen des demandes de remboursement après paiement**

L'examen après paiement a pour but de détecter les irrégularités ou les modes de facturation incorrecte typiques en analysant les demandes de remboursement effectuées. Les contrôleurs des contractants se concentrent sur la recherche d'irrégularités spécifiques dans le mode de facturation du prestataire de services, pour effectuer ensuite une vérification détaillée des données des demandes de remboursement concernées. Outre qu'elle permet de dépister les prestataires malhonnêtes, cette méthode aide à identifier les

services, procédures ou articles spécifiques dont le remboursement n'est pas défini clairement par Medicare.

Les contrôleurs des contractants commencent par rechercher dans les données des demandes de remboursement les configurations s'écartant de la norme. Ils observent les modes de facturation pour identifier les prestataires qui facturent beaucoup plus de prestations par patient que leurs confrères. Ils observent également les tendances des dépenses en comparant les dépenses de la période considérée, pour des prestations et procédures données, avec celles de périodes antérieures.

Cette approche ciblée peut amener à effectuer des vérifications détaillées des demandes de remboursement de certains prestataires. Les vérifications de demandes de remboursement concernent logiquement les prestataires dans les factures desquels ont été décelées des irrégularités. Dans ces cas, les contrôleurs des contractants examinent plus minutieusement un échantillonnage de demandes de remboursement concernant les patients d'un prestataire donné, afin de voir si les prestations étaient appropriées - autrement dit, si elles étaient médicalement nécessaires, si elles étaient couvertes par Medicare et si elles ont été réellement effectuées - et si elles ont été facturées en conformité avec le règlement Medicare. Ces vérifications mobilisent d'importantes ressources car elles comprennent fréquemment l'examen des dossiers médicaux ainsi que l'interview des patients et des prestataires. Si une vérification révèle que des prestations qui n'étaient pas nécessaires ou pas appropriées ont été remboursées, le contractant doit s'efforcer de recouvrer les fonds correspondant aux remboursements effectués à tort. S'il y a évidence d'intention criminelle, le contractant signalera le cas à l'autorité de surveillance - le plus souvent l'Inspecteur général de l'HHS - qui fera de nouvelles recherches et poursuivra le cas échéant le coupable.

### **3. Surveillance des payeurs de factures de Medicare**

Dans les pays qui confient au secteur privé l'administration de leurs programmes de santé financés par les deniers publics, l'ISC peut avoir une fonction de contrôle similaire à celle de l'HCFA dans le cas de Medicare. Il incombe à l'HCFA de garantir que les contractants de Medicare s'acquittent correctement et efficacement de leur tâche, autrement dit, qu'ils effectuent le paiement lorsque la demande de remboursement est correcte et qu'ils refusent les demandes qui ne sont pas en règle. L'HCFA demande aux contractants de fournir des informations complètes et exactes sur leur travail. Par ailleurs, le "Federal Managers' Financial Integrity Act" de 1982 et le "Chief Financial Officers Act" de 1990 exigent que chaque administration mette en place et maintienne un système de contrôle de comptabilité et de contrôles internes s'appliquant à tous les fonds dont l'administration considérée est

responsable.<sup>1</sup> Conformément à cette exigence, l'HCFA demande aux contractants de Medicare, qui gèrent une bonne partie des fonds dont l'HCFA est responsable en dernier ressort, de fournir des certificats annuels sur leurs contrôles de comptabilité internes et administratifs. Ces certifications devraient raisonnablement garantir que les contractants respectent les lois en vigueur et que leur gestion est exempte de gaspillage, de pertes ou de détournement de fonds.

Dans ses vérifications des rapports annuels de l'HCFA, le Bureau HHS de l'OIG a estimé que les contractants ont payé à tort plus de 20 milliards d'USD au cours de l'exercice 1997 et 12 milliards d'USD au cours de l'exercice 1998. Il a été possible de retracer 90 % des remboursements effectués à tort pour l'année 1998 grâce à un examen médical des dossiers, permettant d'établir si les services médicaux étaient couverts par Medicare et s'ils étaient raisonnables, nécessaires et appropriés. Par ailleurs, pour ces deux années, l'Inspecteur général a souligné la faiblesse du contrôle matériel interne de l'HCFA et de ses contractants.

En juillet 1999, à la demande du Congrès, le GAO a présenté un rapport sur le contrôle des contractants Medicare par l'HCFA. Ce rapport brossait un tableau assez sombre du contrôle exercé par l'HCFA sur les contractants Medicare, et montrait combien le programme était vulnérable à l'égard d'une exploitation continue et coûteuse. Le rapport notait que l'on pouvait considérer comme symptomatique de la surveillance insuffisante de l'HCFA le fait que, depuis 1993, six contractants Medicare avaient été accusés d'irrégularités et s'étaient vu intenter des procès au civil ou au pénal. Ils étaient notamment accusés d'avoir omis de vérifier les demandes de remboursement pour s'assurer qu'elles étaient justifiées, falsifié les données de remboursements effectués et n'avoir pas mis en place des contrôles de gestion adéquats. Le GAO a constaté que, en dépit de ces incidents, l'HCFA continuait à laisser les contractants auto-certifier leurs contrôles de gestion, cherchant rarement à s'assurer que les contrôles fonctionnaient correctement et vérifiant rarement les données fournies par les contractants eux-mêmes. L'HCFA ne saurait s'assurer que les compte-rendus des contractants sur le montant des factures acceptable ou sur l'opportunité, le volume et l'exactitude des règlements sont fiables en se basant simplement sur les données comptables et les fiches de travail fournies par les contractants eux-mêmes.

La procédure de contrôle de l'HCFA n'était pas clairement ciblée et ne tenait pas compte des principes de la reddition des comptes, n'imposant pas suffisamment de normes de performances claires aux contractants et ne définissant que des priorités limitées pour ses révisions. D'où il résulte, ainsi que le montre le rapport du GAO, que, depuis des années, des mesures essentielles pour garantir la régularité des paiements n'avaient pas fait l'objet

---

<sup>1</sup> Le GAO a apporté une contribution importante en fournissant au Congrès les éléments nécessaires pour le convaincre de l'importance et de la nécessité de cette législation.



d'examens. Au cours de la vérification du GAO et en réponse à son rapport, l'HCFA a reconnu les points faibles de son système de contrôle et a commencé à prendre des mesures pour l'améliorer

#### **4. Conclusion**

Le message adressé aux organismes chargés de veiller à la dépense dans le cadre des programmes publics est clair. La philosophie de Willie Sutton nous avertit qu'un programme gouvernemental vaste et complexe constitue une cible attrayante pour les fraudeurs qui peuvent espérer que les manipulations passeront inaperçues. Néanmoins une vigilance constante peut minimiser les dommages. Dans le cas du programme américain Medicare, le mécanisme de surveillance est complexe et s'exerce à plusieurs niveaux. Les contractants chargés du remboursement contrôlent ceux qui présentent les factures, une autorité administrative contrôle les contractants qui remboursent les factures, et les vérificateurs internes et externes du Gouvernement contrôlent l'autorité de surveillance du programme. Une gestion négligente ou une surveillance insuffisante à l'un quelconque de ces niveaux se traduit par des pertes financières importantes. Le risque potentiel de perte se chiffrant en milliards de dollars, les programmes de santé publique financés par l'Etat doivent être surveillés avec rigueur et les institutions de contrôle des finances publiques doivent garantir la mise en place et le fonctionnement efficace de contrôles de gestions appropriés.

**RAPPORTS DU GAO SUR LA QUESTION**

*Medicare Contractors: Despite Its Efforts, HCFA Cannot Ensure Their Effectiveness or Integrity* (GAO/HEHS-99-115, July 14, 1999).

*Medicare Fraud and Abuse: DOJ's Implementation of False Claims Act Guidance in National Initiatives Varies* (GAO/HEHS-99-170, Aug. 6, 1999).

*Medicare: HCFA's Use of Anti-Fraud-and-Abuse Funding and Authorities* (GAO/HEHS-98-160, June 1, 1998).

*Medicare Fraud and Abuse: Summary and Analysis of Reforms in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and the Balanced Budget Act of 1997* (GAO/HEHS-98-18R, Oct. 9, 1997).

*Medicare: Recent Legislation to Minimize Fraud and Abuse Requires Effective Implementation* (GAO/T-HEHS-98-9, Oct. 9, 1997).

*Medicare Automated Systems: Weaknesses in Managing Information Technology Hinder Fight Against Fraud and Abuse* (GAO/T-AIMD-97-176, Sept. 29, 1997).

*Medicare: Control Over Fraud and Abuse Remains Elusive* (GAO/T-HEHS-97-165, June 26, 1997).

*High-Risk Series: Medicare* (GAO/HR-97-10, Feb. 1997).

*Medicare: Millions Can Be Saved by Screening Claims for Overused Services* (GAO/HEHS-96-49, Jan. 30, 1996).

*High-Risk Series: Medicare Claims* (GAO/HR-95-8, Feb. 1995).

*Medicare: Inadequate Review of Claims Payments Limits Ability to Control Spending* (GAO/HEHS-94-42, Apr. 28, 1994).

*Medicare: Greater Investment in Claims Review Would Save Millions* (GAO/HEHS-94-35, Mar. 2, 1994).

*High-Risk Series: Medicare Claims* (GAO/HR-93-6, Dec. 1992).

---

## 2. Suisse:

### **Le contrôle des programmes de santé à l'exemple du projet de prescription médicale de stupéfiants à des toxicomanes**

---

#### 1. Introduction

L'objectif de l'exposé est de présenter le contexte et les circonstances qui ont conduit le Contrôle fédéral des finances (CDF) en qualité d'instance supérieure de contrôle des finances publiques de la Suisse à effectuer des contrôles à propos d'un projet de recherche pour la prescription médicale de stupéfiants à des toxicomanes. Afin d'aborder ce thème sous l'angle de la surveillance financière de manière compréhensible, il convient tout d'abord de décrire quelque peu l'environnement et les acteurs de ce projet.

##### 1.1 La problématique de la drogue en Suisse à la fin des années 80

A la fin des années 80, les scènes ouvertes de la drogue dans quelques villes de Suisse ont provoqué de la part de la société civile une vive prise de conscience de ce problème. La Confédération a développé un modèle de politique de la drogue basé sur quatre volets. Il s'agit en effet d'assurer à la fois la prévention, la thérapie en tenant compte des besoins des toxicomanes et de leurs proches, l'aide à la survie et, finalement, le maintien de la sécurité et de l'ordre public.

##### 1.2 Projet de prescription médicale de stupéfiants

###### 1.2.1 1992: Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes

L'année 1992 coïncide avec l'approbation pour une durée limitée de l'ordonnance fédérale sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes. Cette ordonnance, appelée ci-après ordonnance-PROVE<sup>1</sup> constitue la base légale pour le début d'un programme de recherche pour la prescription médicale de stupéfiants.

L'ordonnance PROVE est fondée sur l'article 8 alinéas 5, 15c et 30 de la loi fédérale sur les stupéfiants. Cette loi jette des bases pour la lutte contre l'utilisation illégale de la drogue en

---

<sup>1</sup> Abbréviation venant de l'allemand "*PRO*jekt zur *ärz*tlichen *VE*rschreibung von *Bet*äubungsmitteln", signifiant projet de prescription médicale de stupéfiants

Suisse. Elle règle l'utilisation des stupéfiants pour l'usage médical et en interdit la production, le commerce, la possession et la consommation à des fins autres que médicales. L'ordonnance PROVE a été adaptée en 1994, 1996 et 1997 et prolongée jusqu'au 31 décembre 2000. La dernière modification de décembre 1997 restera valable jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions légales sur la prescription médicale d'héroïne. L'ordonnance PROVE règle la recherche scientifique de mesures permettant la prévention de la toxicomanie, l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des toxicomanes ainsi que la diminution de la petite criminalité liée à l'acquisition de stupéfiants.

### 1.2.2 1994 - 1996: Projet de recherche scientifique

Le projet de recherche lié à l'ordonnance PROVE sur la prescription médicale de stupéfiants fait partie intégrante du volet "thérapie" du modèle à quatre volets de la politique de la Confédération en matière de drogue. Les essais de prescription médicale d'héroïne, définis comme projets de recherche scientifique, étaient destinés à tester la faisabilité et l'efficacité de ce genre de traitement. Ils s'adressaient à des personnes dépendantes ayant passé à travers toutes les mailles du réseau thérapeutique et social existant. Les essais ont nécessité différentes autorisations spéciales, d'importants travaux préparatoires ainsi qu'un accompagnement et un contrôle scientifiques.

Le véritable projet scientifique a été achevé en 1996. Avec la prorogation de l'ordonnance PROVE, des dépenses supplémentaires pour la Confédération sont intervenues au-delà de la fin de ce projet.

### 1.2.3 1998: Création d'une base légale définitive

Les essais ont abouti à des résultats positifs. La prescription médicale d'héroïne a été reconnue en tant que thérapie et a nécessité la création d'une base légale. Avec l'arrêté fédéral urgent du 9 octobre 1998, le traitement thérapeutique par l'héroïne est devenu une composante de la politique de la drogue à 4 volets du Conseil fédéral.

Après une campagne référendaire agressive contre cet arrêté, le peuple a été amené à se prononcer en votation le 13 juin 1999. L'arrêté fédéral a été accepté, non sans un large débat relayé dans les médias entre les partisans et les adversaires de la prescription médicale d'héroïne aux toxicomanes.

### 1.3 Les acteurs principaux de PROVE du point de vue de la surveillance financière de la Confédération

Du point de vue de la surveillance financière exercée par la Confédération sur ce projet PROVE, il convient de mentionner les acteurs suivants:

#### 1.3.1 L'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

L'Office fédéral de la santé publique (ci-après office fédéral) est une unité de l'administration centrale de la Confédération suisse. Ses tâches principales sont définies dans la législation fédérale. Elles consistent notamment dans la préparation et la mise en oeuvre de décrets sur la santé publique, en particulier sur la lutte contre les maladies infectieuses, la prévention des maladies entraînant des dépendances, les stupéfiants et moyens psychotropes, la protection contre les radiations et la circulation des produits dangereux. Dans ses principes directeurs, l'OFSP s'engage au développement du système de santé par des interventions pertinentes et fondées et n'exclut pas de prendre dans certains domaines des mesures contraignantes pour protéger la population. Les dépenses totales de l'office fédéral pour l'année 1998 se sont élevées à environ 131 millions de francs (82 millions d'euros).

#### 1.3.2 Les centres de traitement

Pour le déroulement des essais, dix-huit centres de traitement ont été désignés. A l'exception d'un établissement pénitencier, ces centres sont des polycliniques permettant un traitement ambulatoire des toxicomanes. Dans ces centres, des places de traitement sont prévues pour accueillir les patients.

#### 1.3.3 La Délégation des finances des Chambres fédérales

La Délégation des finances des Chambres fédérales est un organe composé de 6 membres du Parlement fédéral. Elle dispose de compétences particulières en matière d'examen et de surveillance des finances de la Confédération et se compose de 3 sections dans lesquelles siègent chacun un membre du Conseil national (Chambre du peuple) et un membre du Conseil des Etats (Chambre des cantons). Elle peut notamment donner des mandats pour des tâches particulières de surveillance financière au Contrôle fédéral des finances.

#### 1.3.4 Le Contrôle fédéral des finances (CDF)

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) est l'organe suprême de la Confédération en matière de surveillance financière. Par conséquent, il est l'institution supérieure de contrôle des finances publiques en Suisse. Il établit son programme annuel de travail de manière indépendante. Le CDF soutient la Délégation des finances (Parlement) et le Conseil fédéral

(Gouvernement) dans la surveillance de l'administration et des entreprises fédérales. Le CDF dispose d'un effectif d'environ 80 personnes.

#### 1.4 L'encadrement scientifique et financier de la recherche

Sur la base de l'ordonnance PROVE, l'office fédéral a pu mandater différentes études. Il s'agit par exemple:

Du rapport final sur les essais pour une prescription médicale de stupéfiants. Ce rapport recommande la poursuite des traitements médicaux par remise d'héroïne aux toxicomanes. Toutefois, ces opérations doivent être effectuées de manière très restrictive et se limiter uniquement aux héroïnomanes les plus fortement dépendants.

De l'étude sur l'évaluation économique globale des essais PROVE. Cette évaluation basée sur une analyse de la relation entre le coût et l'utilité de ce projet a montré que les coûts moyens calculés dans les centres de traitement ambulatoires se sont élevés à 51 francs (32 euros) par jour et par patient. Le coût d'opportunité supporté par la collectivité publique a été estimé à 96 francs (60 euros). Ce coût comprend notamment les gains dans les procédures de répressions pénales, les économies dues à la réduction des séjours en milieu carcéral, ainsi que l'amélioration de l'état de santé général des toxicomanes. La différence représente un gain de 45 francs (28 euros) par jour et par patient.

## 2. Les contrôles effectués par le CDF auprès de l'office fédéral

### 2.1 Mandat de contrôle de la Délégation des finances au CDF

Les mesures d'accompagnement scientifique à la recherche et aux essais sont réglées dans l'article 4 de l'ordonnance PROVE qui stipule que:

- |   |  |
|---|--|
| 1 | La Confédération assume, dans le cadre des crédits alloués, tout ou partie des coûts d'évaluation des projets et des essais. |
| 2 | Elle peut accorder une aide financière pour les projets et les essais dont l'exécution présente un intérêt particulier.      |

En plus des aides financières de la Confédération, les coûts ont également été pris en charge par les cantons, les communes, les caisses d'assurances maladies, les patients eux-mêmes ainsi que par diverses institutions de droit privé.

En août 1993, le CDF a reçu le mandat de la Délégation des finances d'établir un concept d'accompagnement financier du projet de prescription médicale de stupéfiants. Le concept

a été élaboré en étroite collaboration avec l'office fédéral. La Délégation des finances en a pris connaissance et l'a approuvé.

On peut supposer que ce mandat de la Délégation des finances a été donné suite au contexte politique très délicat suscité par cet objet qu'était le soutien financier de l'état fédéral à un projet de recherche pour la remise d'héroïne à des toxicomanes. Le concept soumis à la Délégation des finances prévoyait entre autres la procédure suivante:

- Les aides financières fédérales doivent faire l'objet de contrats écrits.
- Les subventions par essai doivent être saisies dans la comptabilité de l'office fédéral.
- Lorsqu'un essai est interrompu, un décompte final doit être établi et un remboursement des subventions fédérales peut éventuellement être exigé.
- Un décompte annuel par essai sur les versements de subventions fédérales doit être établi et soumis à la Délégation des finances.

## 2.2 Le plan global d'essai

Le contexte général de ce projet scientifique a été défini le 1er novembre 1993 dans un plan global d'essai qui a été approuvé par la direction de l'office fédéral le 24 janvier 1994. Cette procédure, tirée de l'article 10 de l'ordonnance PROVE, prévoyait également que l'office fédéral choisisse les essais à retenir en fonction de ce plan et en fixe les modalités, notamment la sélection des centres de traitement ainsi que la répartition des places de traitement. Cette répartition a constitué une base importante pour la conclusion des contrats entre l'office fédéral et les responsables des centres de traitement.

En octobre 1994, le Conseil fédéral a décidé d'augmenter de 700 à 1000<sup>1</sup> le nombre de places de traitement de patients afin de permettre un plus grand nombre d'autorisation de distribution d'héroïne, ce qui a conduit à une nouvelle répartition. En effet, il n'était prévu initialement que 250 places de traitement habilitées à distribuer de l'héroïne. Ce nombre a donc été porté à 800.

## 2.3 Contrôles effectués

En raison du caractère sensible du mandat de la Délégation des finances, le CDF a examiné annuellement les dépenses de l'office fédéral pour les exercices allant de 1993 à 1998. La base des examens effectués était fondée sur les données et sur les décomptes de l'OFSP. Sans le mandat de la Délégation des finances, le CDF n'aurait pas examiné de manière annuelle les dépenses de ce projet PROVE. En effet, l'analyse de risques opérée ainsi que l'importance financière des subventions attribués à cette activité aurait probablement

---

<sup>1</sup> 1000 places disponibles réparties en 800 places pour le traitement à l'héroïne, 100 places pour le traitement à la morphine et 100 places pour d'autres traitements comme par exemple la méthadone

conduit le CDF à examiner les dépenses du projet uniquement dans le cadre général de ses tâches ordinaires de surveillance financière des dépenses globales de l'office fédéral. Enfin, les dépenses pour le projet PROVE ont représenté annuellement seulement quelques pour-cent<sup>1</sup> des 131 millions de francs (82 millions d'euros) des dépenses totales de l'office fédéral pour l'année 1998. Les examens des décomptes ont fait l'objet de rapports annuels à l'attention de la Délégation des finances.

Les contrats avec les responsables des centres de traitement réglaient les prestations à fournir ainsi que certains aspects financiers comme:

- Le soutien financier de l'office fédéral aux centres de traitement par place de traitement attribuée.
- Le mode de paiement, à savoir la définition du montant des acomptes et du paiement final.
- Le paiement qui doit s'effectuer uniquement sur la présentation des factures auprès du mandant.
- Le paiement final qui doit intervenir uniquement après l'approbation du rapport et du décompte final.
- La fin effective du mandat qui intervient seulement après que l'office fédéral ait approuvé le décompte final.
- La restitution éventuelle des subventions par le mandant au cas où elles ont été supérieures à ce qui figure dans le décompte final approuvé.

Des contrats ont également été conclus pour les projets d'évaluation et d'accompagnement scientifiques.

Les décomptes des premières années ont pu être contrôlés sans avoir recours à d'importantes ressources en temps de travail. Ces décomptes concernaient principalement des paiements versés aux centres de traitement pour l'achat de stupéfiants et pour l'encadrement scientifique. Dans sa phase initiale, la vue d'ensemble sur le projet était encore relativement facile. Les examens ont consisté à vérifier dans les locaux de l'office fédéral la concordance des montants versés par ce dernier avec le contenu de ce qui était prévu dans les contrats signés. Les contrôles étaient encore facilités par le fait que les bureaux de l'office fédéral sont accessibles pour le CDF en 10 minutes de trajet par les transports en commun. Le contrôle de gestion opéré par l'office lui-même sur les contrats s'est avéré être très utile. Les examens effectués ont été coordonnés entre la direction du projet et le service financier de l'office fédéral.

L'office fédéral a introduit dans son système de gestion des contrats la notion de "contrats globaux". Ce système permet de saisir sous un même numéro de contrat global des

---

<sup>1</sup> environ 5.6 millions de francs en 1998 (3.5 millions d'euros)



dépenses supplémentaires pour lesquelles un contrat spécifique n'a pas été conclu. Le but de ce système était de permettre aux personnes assurant le contrôle de gestion d'avoir une meilleure vue d'ensemble grâce à un regroupement par numéros de contrats spécifiques. Par conséquent, en plus des dépenses directement liées au projet, on trouve des charges telles que des frais pour l'organisation d'atelier, de journées d'échanges d'expériences et de formation continue pour les collaborateurs des projets, des dépenses pour l'organisation de journées d'information à l'attention de tiers impliqués dans ces projets (par ex. les commandants des polices cantonales), ainsi que des frais de publication pour informer la collectivité et la presse.

L'élargissement du plan global d'essai de 1995 a nécessité différentes modifications des contrats et a conduit à la rédaction de nouveaux textes. Par conséquent, il fallait différencier à partir de 1995 les nouveaux projets des projets en cours.

Suite aux dernières modifications de contrats, l'examen du décompte de l'exercice 1996 par le CDF a soulevé auprès de l'office fédéral la question du subventionnement des places de traitement. En effet, ce dernier a payé pour chaque place de traitement le forfait prévu dans les contrats sans se soucier si ces places de traitement étaient effectivement occupées. De plus, bien que le plan global d'essai ait fixé le nombre maximal de places de traitement effectivement occupées par des patients à 1000 unités, aucune limite financière n'avait été fixée dans les bases légales. Par conséquent, le CDF a recommandé pour les projets futurs d'associer le paiement des subventions fédérales avec l'autorisation formelle d'occupation de chaque place de traitement.

Suite aux modifications de l'ordonnance PROVE de février 1996 et malgré la fin de la recherche marquée par la publication des résultats en juin 1997, les toxicomanes ayant participé au programme d'essais jusqu'à son terme ont pu continuer à obtenir sur prescription médicale, des stupéfiants au-delà de ces délais. La Confédération a également continué d'en assurer le financement. Pour ce faire, l'office fédéral a conclu de nouveaux contrats avec les responsables des centres de traitement. Le programme PROVE a donc été reconduit par l'office fédéral en tant que projet propre à l'office.

A la fin décembre 1997, l'ordonnance PROVE a été encore une fois modifiée. Le plan global d'essai a permis de prendre en considération de nouveaux patients à condition que ces derniers permettent de répondre à des questions supplémentaires importantes pour la recherche scientifique.

La complexité croissante du projet ainsi que les modifications successives de l'ordonnance PROVE au cours des années 1996 et 1997 ont sensiblement augmenté la charge de travail du CDF, notamment par le nombre de questions et de réponses échangées avec l'office fédéral. De plus, avec l'augmentation constante des ressources allouées à ce programme, la direction du projet au sein de l'office fédéral s'est plutôt concentrée sur l'aspect scientifique

que sur l'aspect financier. Ceci a donc conduit le CDF à se pencher sur cette question financière en demandant chaque fois par écrit des renseignements à l'office fédéral, ce qui a aussi contribué à augmenter sa charge de travail.

L'année 1998 a été marquée par un changement dans la direction du projet au sein de l'office fédéral. Grâce à une prise de contact rapide du CDF avec la nouvelle personne en charge de ce dossier, une collaboration constructive a pu ainsi être instaurée, ce qui a contribué à réduire quelque peu la charge de travail du CDF.

Un compte spécial de type "compte transitoire" a été ouvert pour que l'office fédéral puisse comptabiliser les opérations liées à l'acquisition des stupéfiants par un mandataire spécialisé, c'est-à-dire l'achat, le traitement et la livraison. Le CDF a pu constater que, pour l'exercice 1996, l'office fédéral avait réglé les factures du mandataire pour les livraisons aux fournisseurs agréés (pharmacies) des centres de traitement sans retransmettre ces factures aux fournisseurs qui avaient encaissé l'argent à la livraison de la marchandise. Le CDF a donc demandé à l'office fédéral un décompte détaillé justifiant le solde débiteur de ce compte et a exigé une confirmation écrite et signée de l'état des stocks de marchandise à la fin de l'exercice 1998. La retransmission des factures en suspens a été effectuée en 1998, ce qui a permis de régulariser le compte transitoire.

Avec la création de la base légale définitive, la Délégation des finances a exigé de la part de l'office fédéral un rapport final sur l'évolution financière de l'ensemble du projet PROVE pour les années allant de 1993 à 1998. A partir de 1999, la prescription médicale d'héroïne a été intégrée dans les activités courantes de l'office fédéral et n'est plus considérée comme un projet particulier.

## 2.4 Résultats des contrôles

D'après les examens annuels décrits ci-dessus dans le domaine de la régularité et de la légalité, le CDF a pu attester que les moyens financiers alloués par l'office fédéral pour les essais de distribution de stupéfiants ont été utilisés de manière adéquate. Les remarques formulées concernaient plutôt des aspects juridiques et comptables spécifiques à la gestion de ces dépenses.

## 2.5 Conclusions tirées de ce projet sur la surveillance financière

- La conclusion de contrats avec les responsables de centres de traitement s'est révélée adéquate.
- Il s'est avéré que, vu la spécificité et la complexité de ce thème ainsi que le changement fréquent des conditions cadres, le CDF a dû consacrer du temps

supplémentaire à ce qui avait été prévu pour ces examens et pour la mise à jour de ses connaissances de la thématique.

- Les nombreux changements ont également provoqué une pression de temps supplémentaire pour la direction du projet de l'office fédéral. Une prise de contact mieux ciblée de la part du CDF auprès de l'office fédéral aurait dû, dans la mesure du possible, être effectuée plus tôt afin de répondre aux demandes faites dans l'urgence concernant la surveillance financière de ce projet.
- Pour cette période de six années, l'implication régulière du CDF dans le contrôle des dépenses de l'office fédéral s'est avérée très utile étant donné le caractère politique de ce projet très sensible.
- Les travaux délégués à des institutions spécialisées externes ou à des cabinets de consultants pour l'accompagnement des projets de recherches scientifiques et financières ont également permis au CDF d'apprécier la bonne utilisation des moyens financiers mis à disposition par la Confédération.

### **3. Résumé**

Les dépenses de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour le projet de recherche de prescription médicale de stupéfiants (PROVE) ont été examinées par le Contrôle fédéral des finances (CDF) en qualité d'organe suprême de contrôle des finances publiques sur mandat de la Délégation des finances des Chambres fédérales (Délégation parlementaire) durant 6 années. Les contrôles annuels effectués sous l'angle de la régularité et de la légalité des dépenses ont conduit à un résultat positif. La charge de travail pour l'exécution de ce mandat a été supérieure à ce qu'il faut normalement compter pour ce genre de mandat. Lorsque de tels mandats de contrôle pour des projets complexes comprenant de nombreux changements de leurs conditions cadres sont assignés, il est recommandé de désigner suffisamment tôt un interlocuteur permanent pour assurer les relations entre l'organe de contrôle et l'office fédéral responsable de la gestion du projet. Les évaluations successives effectuées par des tiers donnent également à l'organe de contrôle une certaine confirmation de son appréciation que les moyens financiers alloués par la Confédération ont été utilisés de manière efficace.

---

### **3. Autriche:**

#### **Le contrôle des hôpitaux par les ISC**

---

##### **1. Mandat de contrôle**

Selon l'art. 121 al. 1<sup>er</sup> de la Loi Constitutionnelle Fédérale, les fonctions de contrôle de la gestion financière de la Fédération, des Länder, des syndicats de communes, des communes et d'autres organes de droit désignés par la loi sont exercées par la Cour des comptes. Par gestion financière, il faut entendre tout comportement avec des répercussions financières.

La Loi Constitutionnelle Fédérale, la Loi Fédérale sur la Cour des Comptes ainsi que la Loi sur les Hôpitaux (comme disposition spéciale) règlent les compétences de la Cour des comptes pour le contrôle de la gestion financière des hôpitaux. Les dispositions suivantes sont pertinentes:

- 1) Les fondations, fonds et établissements (hôpitaux) administrés par des organes de la Fédération, d'un Land ou d'une commune ou par des personnes désignées à ces fins par des organes de la Fédération, d'un Land ou d'une commune (p.ex. hôpitaux d'un Land et d'une commune) sont soumis au contrôle par la Cour des comptes.
- 2) Les collectivités de droit public sont soumises au contrôle par la Cour des comptes dans la mesure où elles gèrent des deniers de la Fédération, d'un Land ou d'une commune (par ex. Hôpitaux d'un ordre religieux).
- 3) Les organismes de Sécurité sociale sont soumis au contrôle par la Cour des comptes (p. ex. Hôpitaux spéciaux pour la rééducation fonctionnelle).

Ainsi tous les hôpitaux – à l'exception des hôpitaux privés qui ne reçoivent pas de subventions publiques – sont soumis au contrôle par la Cour des comptes.

##### **2. Demandes de contrôle**

La Loi Constitutionnelle Fédérale stipule que la Cour des comptes intervient dans les questions relatives à la gestion financière de la Fédération en tant qu'organe du Conseil national et dans les questions relatives à la gestion financière des provinces, des syndicats de communes et des communes en tant qu'organe de la Diète du Land concernée. La Cour

des comptes est en outre indépendante du gouvernement fédéral et des gouvernements des Länder.

Cette indépendance se traduit par le fait que la Cour des comptes établit son programme de contrôle, les points saillants de ses contrôles et ses méthodes de contrôle dans son propre domaine d'administration.

La Cour des comptes peut cependant être chargée d'exécuter des activités spéciales de contrôle de la gestion financière sur décision des corps législatifs de la Fédération et des Länder ou sur demande de leurs membres. De telles activités de contrôle doivent aussi être exécutées à la demande motivée du gouvernement fédéral ou d'un ministre fédéral ou du gouvernement d'un Land.

En ce qui concerne le contrôle des hôpitaux, la Cour des comptes a jusqu'à présent pris elle-même l'initiative des contrôles et, dans des cas individuels, des contrôles ont eu lieu sur la base de décisions des diètes des Länder ou sur demande de gouvernements de Länder. La Cour des comptes a, par exemple, réalisé un contrôle de l'approvisionnement en appareillage médical lourd et de nouvelles constructions d'hôpitaux sur demande de gouvernements de Länder.

### **3. Objectifs de contrôle**

Les objectifs de contrôle sont établis par la Loi Constitutionnelle Fédérale dans l'art. 126 b al. 5 et par la Loi Fédérale Organique sur la Cour des comptes. Les contrôles par la Cour des comptes doivent ainsi porter sur

- l'exactitude des calculs arithmétiques des opérations,
- la conformité aux dispositions en vigueur,
- l'économie,
- la rentabilité,
- l'efficacité.

La Cour des comptes est, en outre, obligée de veiller dans ses activités de contrôle à la possibilité de réduire ou d'éviter des dépenses ou d'augmenter ou de créer des recettes. La Loi Constitutionnelle Fédérale ne classe pas les objectifs par ordre de priorité. Il y a cependant une tendance nette à accorder davantage d'importance aux objectifs de la rentabilité, de l'efficacité et de l'économie. La plus forte prise en considération du contrôle de la rentabilité par rapport à la régularité a marqué pendant les deux dernières décennies notamment le contrôle des hôpitaux. Avec l'accent particulier mis sur l'objectif de l'efficacité – à la question de l'optimisation de la réalisation des tâches par le service contrôlé – un champ de contrôle très vaste s'offre à la Cour des comptes qui ne se limite

pas au contrôle des hôpitaux, mais englobe également de larges domaines de la santé publique en général.

#### **4. Conflits au niveau des objectifs**

Les hôpitaux autrichiens se sont développés pendant les dernières décennies pour devenir des entreprises prestataires de services modernes et sont, pour cette raison, similaires aux entreprises, du point de vue des techniques de contrôle. La marge de manœuvre des exploitants d'hôpitaux est cependant très limitée à cause des règlements légaux rigoureux sur la mise en place et la gestion des hôpitaux. Dans le contrôle des hôpitaux, la Cour des comptes est confrontée à ce rapport de tension lorsqu'elle doit, d'une part, tenir compte de l'obligation légale de fournir des soins médicaux et considère, d'autre part, l'exploitation de l'hôpital comme inefficace. Pour la Cour des comptes, un défi particulier dans le contrôle des hôpitaux consiste donc à signaler le rapport de tension entre la légalité et la rentabilité et de recommander des mesures appropriées aux corps législatifs.

Un autre champ de tension s'ouvre pour la Cour des comptes dans l'évaluation de critères de contrôle macro-économiques par rapport à des critères microéconomiques et de critères économiques par rapport à des critères écologiques. Citons à titre d'exemple:

- à cause de leur obligation légale de fournir des soins médicaux, les hôpitaux sont des entreprises avec un mauvais niveau de rendement qui ont en même temps une grande importance pour le marché de l'emploi;
- la plus grande part du financement des hôpitaux provient des budgets publics et
- les hôpitaux sont souvent la seule garantie de survie économique pour les régions.

Les contrôles des hôpitaux, comme tous les autres contrôles, ne doivent pas se concentrer par principe sur un des objectifs de contrôle, mais il faut établir des constatations globales et signaler les conflits au niveau des objectifs avec toutes leurs conséquences. Ainsi toutes les informations requises doivent être fournies aux destinataires des rapports, le Conseil national et les Diètes des Länder pour leur permettre de prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires à résoudre le conflit au niveau des intérêts. La Cour des comptes doit s'abstenir de tout jugement des objectifs politiques, ce devoir de réserve ne s'appliquant pas à leurs répercussions économiques et à l'efficacité de la réalisation des objectifs. Dans des domaines de contrôle, où des objectifs politiques font tout à fait ou partiellement défaut, il incombe à la Cour des comptes de substituer ces objectifs et de baser ses activités de contrôle sur ces derniers. Un exemple en est le contrôle réalisé récemment au niveau du financement des hôpitaux introduit depuis 1997 en Autriche, pour lequel les objectifs de l'accord de financement ont été établis de manière très rudimentaire seulement dans un règlement par traité d'Etat entre la Fédération et les Länder.

## **5. Principes du secteur hospitalier**

### *Principes juridiques*

La Loi Constitutionnelle Fédérale stipule entre autres dans l'art. 12 que la législation en matière de questions relatives aux maisons de santé et établissements de soins (hôpitaux) relève de la compétence de la Fédération tandis que la promulgation de lois d'exécution et l'exécution relèvent de la compétence des Länder. Ceci signifie qu'il y a une loi fédérale sur les hôpitaux et neuf lois des Länder différentes sur les hôpitaux. A cela s'ajoute que la deuxième partie de la loi fédérale sur les hôpitaux portant sur les centres hospitaliers universitaires relève d'un droit fédéral à appliquer directement.

### *Principes du financement*

Le financement des hôpitaux autrichiens se fait de manière duale, c'est-à-dire avant tout par des cotisations des organismes de Sécurité sociale et par des recettes provenant de l'impôt dans le cadre de la répartition du produit des recettes publiques entre la Fédération, les Länder et les communes (péréquation financière). En outre, les hôpitaux sont financés par des recettes des patients ou par des assurances privées. Un système de financement nouvellement introduit depuis 1997 n'a pas abouti à un financement des hôpitaux uniformisé mais à davantage de différences entre les Länder.

### *Principes de la planification des hôpitaux*

La planification des hôpitaux, dans le sens d'une mise à la disposition équilibrée et conforme aux besoins des prestations des hôpitaux, est réalisée sur la base de la compétence de planification de la Fédération qui repose sur un traité d'Etat.

## **6. Domaines de contrôle**

Les contrôles de la Cour des comptes dans le secteur hospitalier ont porté sur les domaines de contrôle suivants :

### Garantie des soins médicaux dans des hôpitaux publics

- Contrôle de sociétés d'exploitation des hôpitaux
- (Nouvelle) construction des hôpitaux
- Contrôles des besoins médicaux dans le contexte de la planification des hôpitaux
- Contrôle de l'offre médicale dans le cadre de concepts d'aménagement du territoire
- Prestations des soins pour l'ensemble du territoire (par exemple cardiologie, psychiatrie)
- Forme d'exploitation / statut juridique des hôpitaux
- Organisation structurelle et fonctionnelle dans les hôpitaux

### Financement des hôpitaux

- Contrôle de concepts de financement pour le secteur hospitalier (de la santé)
- Contrôles portant sur les subventions et les investissements dans le secteur de la santé

### Contrôles généraux des hôpitaux

- Personnel, finances, approvisionnement, organisation

### Contrôles spéciaux

- Centres de rééducation fonctionnelle
- Services Samu

## **7. Objets de contrôle**

La Cour des comptes autrichienne vérifie les hôpitaux suivants:

- Hôpitaux généraux (pour maladies aiguës). Ce sont les hôpitaux qui assurent un traitement stationnaire ou ambulatoire des patients sans distinction de leur sexe, leur âge ou le type de soins médicaux et qui disposent de l'équipement médical approprié.
- Hôpitaux spéciaux qui sont établis pour le traitement de patients atteints de certaines maladies ou pour des personnes de certains groupes d'âge. (Par exemple hôpitaux pour personnes accidentées, centres de rééducation fonctionnelle, établissements pour maladies mentales, etc.)



En Autriche, il y a 315 hôpitaux avec quelque 70 200 lits. Ceci correspond à une densité de lits d'hôpital de 8,8 lits pour 1000 habitants. Une ventilation en fonction de l'organe de droit (dans le sens plus large du propriétaire) permet d'obtenir le classement suivant des hôpitaux:

Organe de droit	Nombre d'établissements	Nombre de lits
Fédération	12	679
Länder	83	34 546
Syndicats de communes	12	2 481
Communes	56	9 780
Etablissements de la Sécurité sociale	39	5 833
Hôpitaux d'ordres religieux	48	11 850
Associations	15	1 415
Personnes privées	50	3 612
<b>TOTAL</b>	<b>315</b>	<b>70 196</b>

Cependant, seuls les hôpitaux qui reçoivent des subventions provenant des deniers publics sont soumis au contrôle par la Cour des comptes. Le volume de la gestion financière est, par conséquent, moins important et présente les paramètres de performance suivants:

Nombre d'hôpitaux:	230
Nombre de lits:	55 300
Traitements stationnaires:	1,9 millions
Nombre des jours d'occupation:	14,8 millions
Traitements ambulatoires:	60 millions
Durée moyenne de traitement:	7,6 jours
Coût total par an:	env. 7,7 milliards de USD
Coût total par an et par lit:	env. 98 500 USD
Coût par jour de soins médicaux:	env. 310 USD

Comme il résulte des arguments développés ci-dessus, la structure hospitalière dispersée en Autriche ne permet pas des activités de contrôle homogènes et schématiques par la Cour des comptes, comme ceci est possible pour d'autres domaines de contrôle. Du seul fait de la multitude des organes de droit et de la répartition du secteur hospitalier sur neuf Länder, les vérificateurs sont confrontés à des dispositions légales différentes, mais aussi à diverses conceptions en matière de politique de santé. On peut partir du fait que l'Autriche dispose de neuf structures hospitalières différentes.

## 8. Organisation des contrôles

La Cour des comptes emploie en ce moment 330 collaborateurs dont 247 travaillent dans 36 services de contrôle. Le contrôle de la santé publique est réalisé par 4 services avec 26 collaborateurs. Les hôpitaux sont vérifiés par deux services avec 14 collaborateurs. Le domaine de contrôle des hôpitaux est réparti sur les deux services de contrôle en fonction des Länder, les trois centres hospitaliers universitaires relevant des compétences de contrôle d'un service de contrôle. La répartition se propose comme but de distribuer les tâches de la manière la plus équilibrée possible en tenant compte d'intervalles de contrôle appropriés. En outre, des zones régionales de distribution des soins médicaux qui dépassent les frontières des Länder (par exemple Vorarlberg et Tyrol, Haute-Autriche et Salzbourg) doivent être traitées comme un ensemble aux fins du contrôle.

Les deux « services de contrôle chargés des hôpitaux » disposent des collaborateurs suivants:

<u>Fonction</u>	<u>Service 45</u>	<u>Service 47</u>
Chef de service	Technicien de la construction	Juriste
Chef de service adjoint	Fonctionnaire avec diplôme universitaire ou équivalent	Juriste
Chef de mission de contrôle	Economiste	Economiste
Vérificateur	Economiste	Economiste
Vérificateur	Juriste	Fonctionnaire avec baccalauréat
Vérificateur	Fonctionnaire avec baccalauréat	Fonctionnaire avec baccalauréat
Vérificateur	Fonctionnaire avec baccalauréat	
Vérificateur	Fonctionnaire avec baccalauréat	

Pour des contrôles spéciaux, on fait aussi appel à des vérificateurs d'autres services de contrôle ou à des experts.

## **9. Planification des contrôles**

Les contrôles envisagés par la Cour des comptes se basent sur un plan de contrôle à établir annuellement. Les services de contrôle soumettent pour le plan de contrôle trois variantes qui s'articulent autour des critères suivants:

- volume du contrôle
- modification frappante intervenue dans l'objet de contrôle (p.ex. nouvelle construction)
- connaissances acquises pendant le dernier contrôle de la gestion financière
- temps écoulé depuis le dernier contrôle de la gestion financière
- modification de données caractéristiques essentielles

Les services de contrôle choisissent les trois variantes de contrôle à l'aide des instruments suivants:

- Un répertoire des services contrôlés comprend tous les objets de contrôle avec des données de base, des données économiques, des données relatives à l'économie et des données relatives à l'organisation.
- Une analyse des coûts-avantages classe les objets de contrôle surtout en fonction de données caractéristiques relatives aux coûts.
- Connaissances techniques acquises par les services de contrôle pendant de longues années (résultats de la comptabilité analytique)
- Type de contrôle (contrôle général, contrôle de points saillants, contrôle de projets, contrôle systématique, contrôle transversal, contrôle de suivi).

Le président de la Cour des comptes choisit une variante parmi les propositions et approuve le plan de contrôle pour l'année suivante

## **10. Déroulement des contrôles**

Après une prise de décision relative à l'objet de contrôle, le processus de contrôle traverse les phases suivantes.

- *Délimitation des responsabilités et des tâches*  
Mise au point des responsabilités du contrôle  
Détermination du contenu des contrôles et des stratégies de contrôle

- *Préparation du contrôle*  
Sélection préliminaire des connaissances techniques et de la documentation disponible  
Envoi de la notification du contrôle  
Obtention de renseignements (par exemple par des questionnaires)
  
- *Contrôle sur place*  
Entretiens d'enquête  
Vérification de la documentation  
Mise au point d'états de fait
  
- *Entretien ayant lieu à la fin de l'enquête*  
Présentation des états de fait ayant fait l'objet de l'enquête  
Appréciations provisoires
  
- *Constatations de contrôle*  
Etablissement des contributions des collaborateurs  
Toilette de texte par le chef de mission (responsabilité)  
Procédure d'autorisation par la voie hiérarchique
  
- *Procédure de la prise de position*  
Traitement des prises de position des services contrôlés  
Elaboration d'une réplique par le service de contrôle  
Procédure d'autorisation par la voie hiérarchique
  
- *Rapport d'activité*  
Toilette de texte du rapport d'activité  
Transmission du rapport d'activité au Conseil national ou à la Diète du Land  
Débats sur le rapport d'activité dans des commissions

**11. Annex: Overview of audit fields**

<b>FINANCES</b>		
<i>Objet</i>	<i>Critères de contrôle</i>	<i>Méthodes</i>
<b>Revenues</b> Sécurité sociale Organes de droit Patients privés Produits résultant de placements de fonds	Optimisation des revenus	Dispositions légales Contrats Analyse comparative prévisions/comptes annuels
<b>Dépenses</b> Frais de personnel Frais matériels Frais d'investissements	Dépenses globales ne dépassant pas les limites fixées dans les prévisions annuelles	Analyse comparative prévisions/comptes annuels Compte de résultats Bilan Listes budgétaires de la Fédération et des Länder Rapports mensuels
<b>“Controlling”</b> Système intégré de gestion  Comptabilité analytique	Evolution de la performance Evolution du résultat d'exploitation Evolution des prévisions en matière d'effectifs Dispositions légales	Analyses comparatives de facteurs internes et externes Analyses comparatives des séries chronologiques  Méthode d'affectation de coûts

<b>RESSOURCES HUMAINES</b>		
<i>Objet</i>	<i>Critères de contrôle</i>	<i>Méthodes</i>
<b>Besoins en personnel</b> Médecins spécialistes Médecins en formation Service infirmier Administration Services extérieurs	Importance des effectifs, paramètres par rapport aux normes de l'Association allemande des hôpitaux, moyennes obtenues dans d'autres établissements hospitaliers	Analyses comparatives des paramètres Ratio médecins/lits Ratio infirmières diplômées et aides-soignants/lits Durée en minutes des soins dispensés/patient Collaborateurs/lits ou cas
<b>Tableaux des horaires de service</b> Respect des dispositions réglementaires prévues entre autres par la loi sur la réglementation du temps de travail dans les établissements hospitaliers	Heures hebdomadaires Heures supplémentaires Heures durant weekends Gardes et astreintes Périodes de formation continue Congés	Examen des tableaux des horaires de service
<b>Rémunération</b> Rapport contractuel employeur/salarié Hiérarchie des rémunérations Primes Suppléments pour services accessoires	Dispositions légales	Examen des dossiers individuels
<b>Garantie de qualité</b> Qualification Degré de satisfaction obtenu par le travail	Activités de formation continue Fluctuations de personnel Absences pour cause de maladie	Protocoles de gestion des ressources humaines

<b>MEDECINE</b>		
<i>Objet</i>	<i>Critères de contrôle</i>	<i>Méthodes</i>
<b>Services et équipements indispensables</b> Etablissement hospitalier Départements méd. Appareillage méd. lourd	Besoin Besoin Besoin	Zone de couverture; études Répartition des diagnostics, ventilés par catégories Envois, exploitation moyenne
<b>Services fonctionnels</b> Service stationnaire Service ambulatoire Service opératoire Anaesthésie/réanimation Pharmacie Imagerie médicale Laboratoire Kinésithérapie etc	Nombre et qualifications des collaborateurs, exploitation moyenne du service, Approvisionnement et entretien des stocks, Respect des dispositions réglementaires,	Tableaux des horaires de service, dossiers individuels Paramètres de performance, analyses des horaires, récupération d'informations sur place
<b>Garantie de qualité</b> prévue par dispositions légales volontaire	Respect des dispositions légales Rapports sur la qualité Interrogation des patients	Responsables Accents Normes Mise en oeuvre Etablissement de protocoles Echelle de paramètres qualitatifs
<b>Services extérieurs</b> Services médicaux extérieurs Médecins attachés Service Samu	Nécessité Gamme des traitements Collaboration avec établissement hospitalier	Charges Répartition des diagnostics, ventilés par catégories Opportunité

<b>ORGANISATION</b>		
<i>Objet</i>	<i>Critères de contrôle</i>	<i>Méthodes</i>
<b>Organisation structurelle</b> Organe de droit  Structure de la direction hospitalière  Direction de l'établissement	Entité administrative Organisme de droit public Société de droit privé Processus décisionnel Influence exercée sur l'établissement hospitalier Responsabilités	Dispositions légales; Répartition des tâches Organigramme, Réglementation relative à l'organisation Règlement intérieur, Protocoles de direction, Instructions de service
<b>Organisation fonctionnelle</b> Gestion du personnel Secteur financier Service d'administration (des patients)	Autorisation de signer Autorisation de signer Gestion du service d'admissions/décharges	Procédures en matière de droit du personnel Administration budgétaire Service de documentation
<b>Services fonctionnels</b> Secteur opératoire Secteur ambulatoire Service de dactylographie Service de lingerie Service de nettoyage Service médico-technique etc	Rentabilité Efficacité Economie	Gestion du calendrier Paramètres de performance Quotas de personnel Statistiques Logistique Analyse comparative des paramètres Réglementation



<b>BATIMENT</b>		
<i>Objet</i>	<i>Critères de contrôle</i>	<i>Méthodes</i>
<b>Projet</b> Nouvelle construction Rénovation de construction ancienne Agrandissement Amélioration de qualité	Besoin Amélioration de performance Amélioration de qualité Conditions à remplir	Décisions Evaluation des besoins Bâtiments existants Réglementation
<b>Passation de commande</b> Appel d'offres Adjudication	Dispositions régissant la passation de marchés	Résultats correctement calculés Procédure d'évaluation Classement
<b>Exécution du projet</b> Délai d'achèvement Montant disponible Opportunité	Calendrier pour travaux Calcul des coûts Confirmation des objectifs prévisionnels	Respect des délais fixés Evaluation des coûts Interrogation des utilisateurs

---

#### **4. Mexique:**

##### **Contrôle de gestion des services médicaux fournis par une institution de santé publique dans des zones présentant un degré élevé de marginalisation économique et sociale**

---

A partir des années 40, au cours desquels s'engage le processus d'industrialisation au Mexique, le système de la sécurité sociale devient une politique de l'Etat faisant l'objet d'une attention particulière et bénéficiant, pour cette raison, de ressources publiques annuelles considérables et régulièrement croissantes.

Cette tâche se fonde sur les principes établis par la Constitution des Etats-Unis du Mexique qui confèrent le droit à la santé à l'ensemble de la population.

Pour ce qui est de son organisation, le système de la sécurité sociale se base sur un système national chargé de couvrir les besoins en matière de santé des travailleurs en milieu rural et urbain. Ce système englobe des instances administratives telles que les Services de Santé Publique coordonnés par le gouvernement fédéral dans les 32 Etats fédératifs de la République du Mexique et qui fournissent des services médicaux de base ainsi que des soins spécialisés.

Ce système fait également intervenir l'Instituto Mexicano del Seguro Social/IMSS (Institut Mexicain de l'Assurance Sociale) qui subvient aux besoins en matière de santé tant des travailleurs agricoles, que des ouvriers et des employés dans le secteur des services et du commerce ainsi que de leur famille. Connu au Mexique sous le sigle d' IMSS, cet organisme est financé par les cotisations des travailleurs affiliés, des employeurs et par les ressources allouées par le gouvernement fédéral, tout comme par le paiement de services fournis et facturés à des particuliers.

Le système public de la sécurité sociale au Mexique comprend également les Instituts de Sécurité Sociale des Travailleurs au Service de l'Etat, tant au niveau fédéral qu'au niveau des gouvernements des 31 états de la république. Ces instituts sont financés par les cotisations des travailleurs affiliés et par les ressources allouées par l'employeur, à savoir l'Etat.

Il convient de souligner qu'à l'intérieur de ce système, l'IMSS est l'organisme présentant la plus grande couverture et subvenant aux besoins de 47% des presque cent millions de Mexicains.

Créé par la loi en 1943, l'IMSS a pour mission de donner aux travailleurs et à leurs familles la protection suffisante et adéquate face à la maladie, l'invalidité, la vieillesse ou le décès.

Au fil de l'évolution de l'organisme qui compte 57 années d'existence, la protection prévue conformément à la loi, s'est étendue non seulement à la santé mais également aux moyens de subsistance, lorsque la maladie ou l'âge empêchent le travailleur d'exercer son activité productive de manière temporaire ou permanente. Sont venues s'ajouter à cela des initiatives visant tant à encourager l'admission des travailleurs affiliés qu'à leur fournir une formation de base et une formation continue leur permettant d'améliorer leur niveau de vie et leur qualité de vie; à cultiver des goûts artistiques et culturels et à favoriser une meilleure utilisation des loisirs.

La richesse et la variété de la gamme des services fournie par l'organisme ainsi que l'intégration de groupes sociaux croissants de la société sans emploi rémunéré par un employeur (par ex., étudiants, ciréurs de chaussures, paysans ne disposant que de maigres ressources et travailleurs non salariés) ainsi que les crises économiques récurrentes au cours des deux dernières décennies ont sérieusement compromis la situation financière et, par conséquent, le fonctionnement de l'organisme.

Voilà pourquoi une nouvelle Loi régissant la Sécurité Sociale a été adoptée en 1996 pour garantir la viabilité financière de l'organisme.

On peut apprécier l'importance que revêt cet organisme dans le cadre de la sécurité sociale du pays en fonction de la part moyenne annuelle de 56,0% qu'il représente par rapport à l'ensemble des dépenses sociales au cours de la période 1996 - 1998. En revanche, les dépenses sociales ont représenté 15,0% des dépenses inscrites au budget ordinaire (ceci exclut les intérêts au titre de la dette nationale et extérieure, la part des versements destinés aux états et aux municipalités et les aides à l'assainissement financier des banques).

Au cours de la même période, le nombre des ayants droit relevant de l'IMSS a augmenté à un taux annuel moyen de 6,9%, et les dépenses budgétées de l'organisme ont crû à un taux annuel moyen de 14,4% en termes réels.

Les Etats fédératifs, tels que Veracruz, Michoacán, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca et Guerrero, qui présentent le taux le plus élevé de marginalisation économique et sociale du pays, ont accusé la plus grande croissance du nombre des ayants droit, et ce sont ces états fédératifs qui ont enregistré, au cours de la période en question, un taux de croissance réelle des dépenses budgétées supérieur à la moyenne.

Ces circonstances expliquent, entre autres, qu'au cours des dernières années l'IMSS a enregistré régulièrement des dépassements budgétaires (dépenses supérieures aux ressources budgétaires), notamment en ce qui concerne le poste intitulé “Matériel et fournitures” pour les soins de santé.

Même s'il est possible d'expliquer les raisons pour lesquelles l'organisme a dépensé davantage de ressources que celles qui avaient été autorisées, l'Institut Supérieur de Contrôle du Mexique procède actuellement à un contrôle de gestion de l'IMSS, en fonction d'un mandat formulé par la Chambre des Députés du Congrès de l'Union, qui est l'instance parlementaire chargée d'autoriser et d'examiner l'affectation des crédits et l'exécution du budget du gouvernement fédéral.

L'examen prend comme référence de base le dépassement budgétaire de 27,9% enregistré en 1998 par l'organisme dans le cadre de l'acquisition de médicaments et d'aides techniques pour soigner les ayants droits dont le nombre a augmenté de 6,3%, c'est-à-dire de 2,7 millions de personnes par rapport à 1997.

A cette fin, un schéma de contrôle se fondant sur la planification, l'exécution et la présentation des résultats a été défini.

Il convient de mentionner à cet égard que la planification a été arrêtée compte tenu de l'objectif général du contrôle, et comme il a été décidé que le contrôle serait un contrôle de gestion, cet objectif a été complété et précisé par une série d'objectifs spécifiques.

La planification consistait à définir les éléments stratégiques et méthodologiques nécessaires et opportuns pour atteindre les objectifs fixés. En outre, on a prévu un contrôle pilote devant être réalisé dans des unités médicales choisies en vue de circonscrire la portée du contrôle avec toute la précision voulue.

Le contrôle, quant à lui, est effectué sur la base d'un programme de travail dans lequel on a déterminé les ressources humaines et financières nécessaires à la mission de contrôle, en fonction d'un délai de 18 semaines de travail et prévoyant les étapes correspondant à la réalisation du travail sur le terrain, la rédaction d'un rapport préliminaire, la confrontation de l'organisme faisant l'objet du contrôle avec les constatations du contrôle et à la finalisation du rapport présentant les constatations du contrôle.

En vue d'illustrer à l'aide d'exemples concrets les détails du contrôle de gestion ainsi réalisé, on trouvera ci-après les principaux aspects de cette mission de contrôle, étant entendu que les résultats ne concernent que l'essai pilote:

1. Objectif général
2. Objectifs spécifiques
3. Portée du contrôle
4. Méthodologie
5. Procédure préalable au contrôle (essai pilote)
6. Résultats

### **JUSTIFICATION DU CONTRÔLE DE L' IMSS**

Le budget fédéral pour 1998 a présenté pour l'IMSS au chapitre "Matériel et fournitures" un dépassement budgétaire de 27,9% par rapport aux crédits autorisés par la Chambre des Députés, notamment à cause des ressources affectées aux médicaments et aides techniques. En outre, le nombre total des ayants droit a augmenté en 1998 de 6,3% (2,7 millions de personnes) par rapport à 1997. Par conséquent, il a été jugé nécessaire d'évaluer les raisons expliquant ces acquisitions ainsi que la qualité de la prestation de services médicaux fournis dans ce contexte.

#### **1. Objectif general**

Evaluer l'efficacité et l'efficacite du processus d'acquisition de l'equipeement medical, de medicaments et d'aides techniques ainsi que de la prestation des services fournis par l'IMSS.

#### **2. Objectifs specifiques**

- Verifier que l'IMSS a observe les dispositions reglementaires et administratives regissant la passation de marches ainsi que l'acquisition de l'equipeement medical, de medicaments et d'aides techniques.
- Verifier que les registres comptables et budgetaires relatifs a l'acquisition de medicaments ont ete tenus conformement aux regles applicables et verifier l'etat des stocks.
- Evaluer l'efficacite et l'efficacite de l'utilisation de l'equipeement medical servant au diagnostic dans les unites medicales selectionnees.
- Verifier que l'approvisionnement en medicaments dans les unites medicales selectionnees a ete suffisant et adequat eu egard aux soins a fournir aux ayants droit.
- Evaluer la qualite de la prestation des services medicaux aux trois niveaux de soins.

- Vérifier que l'établissement des dossiers cliniques a été effectué conformément à la norme officielle mexicaine (Norma Oficial Mexicana) et à la norme de l'organisme de sécurité sociale (Norma Institucional) établie par le Manuel des procédures régissant l'utilisation de l'informatique dans les services médicaux et les archives cliniques.

### **3. Portée du contrôle**

Les activités de contrôle se concentrent sur la procédure régissant l'acquisition de l'équipement médical, de médicaments et d'aides techniques ainsi que sur la prestation des services médicaux dans les unités relevant du premier niveau (médecine générale), du deuxième niveau (hôpitaux généraux desservant une région) et du troisième niveau (hôpitaux spécialisés) dans les antennes situées dans les Etats fédératifs de Michoacán et de Veracruz.

### **4. Methodologie du contrôle**

On a établi les dépenses totales de l'IMSS dans les six états présentant le plus grand degré de marginalisation économique (Veracruz, Michoacán, Chiapas, Hidalgo, Oaxaca et Guerrero), parmi lesquels on a sélectionné Veracruz et Michoacán parce qu'ils représentaient dans cette catégorie 58,6% des ressources.

On a déterminé par la suite un échantillon se composant de huit unités médicales représentant les trois niveaux de soin, en tenant compte de celles qui accusaient les plus fortes dépenses en médicaments, aides techniques et équipement médical, si bien que l'échantillon sélectionné dans les antennes de Michoacán et Veracruz (Nord et Sud) représentait 51,8% et 40,0% du total des dépenses de l'organisme consacrées aux catégories mentionnées.

Au cours des visites sur le terrain, on déterminera un échantillon représentatif de l'équipement médical servant au diagnostic, on demandera la mise à disposition de rapports en vue d'évaluer l'efficacité et l'efficacité de son utilisation et l'on fera remplir des questionnaires au personnel chargé de faire fonctionner cet équipement.

On demandera la mise à disposition de documents pour corroborer que les médicaments sont suffisants et adéquats pour soigner les ayants droit; en outre, on fera remplir des questionnaires au personnel rattaché à la direction, aux médecins, aux infirmières, au personnel travaillant à la pharmacie, dans les locaux d'entreposage ainsi qu'aux ayants droit.

On demandera la mise à la disposition de documents afin de constater que les aides techniques sont suffisantes et adéquates pour traiter les ayants droit. On fera remplir des questionnaires au personnel rattaché à la direction, au personnel travaillant dans les locaux d'entreposage ainsi qu'aux infirmières.

Au cours des visites sur le terrain on déterminera, au moyen d'un questionnaire, un échantillon représentatif du nombre des ayants droit recourant par jour aux services médicaux afin d'évaluer au moyen de questionnaires la qualité des services et la dotation en médicaments.

On déterminera un échantillon représentatif des dossiers cliniques se fondant sur le nombre des ayants droits ayant eu recours aux services médicaux en l'an 2000 pour vérifier si la Norme officielle mexicaine et les normes établies par l'organisme ont été respectées.

## **5. Procédure préalable au contrôle**

Avant les visites sur le terrain, on a mené un essai pilote au cours duquel on a sélectionné les unités médicales relevant des trois niveaux de soins, situées dans les zones urbaines présentant un degré de marginalisation économique élevé en vue d'arrêter la procédure, de corroborer l'utilité des questionnaires ainsi que des formulaires, de circonscrire le cadre normatif applicable et de définir les documents nécessaires au contrôle de l'équipement médical, des médicaments et des aides techniques. Il importe de mentionner que cet essai pilote n'aborde pas les aspects financiers et réglementaires, la méthodologie relative à ces aspects revêtant un caractère définitif puisqu'il s'agit de l'examen des opérations qui sont déjà enregistrées.

Il n'est pas possible de généraliser les résultats présentés puisque l'échantillon utilisé dans l'essai pilote n'est pas représentatif pour vérifier la suffisance et la qualité des questionnaires ainsi que les procédures d'examen à mettre en place dans les unités médicales sélectionnées; toutefois, ces résultats donnent une indication des types de problèmes auxquels est confronté l'organisme car l'information partielle fournie dans les documents archivés concorde avec les constatations.

## **6. Résultats de l'essai pilote**

Nous ne présentons par la suite que les principaux résultats découlant des informations fournies par les questionnaires mentionnés ci-dessus, l'examen des formulaires, des dossiers cliniques, notes et factures qui ont été mis à disposition par les unités médicales prises en compte dans l'essai pilote.

6.1 Objectif spécifique: Evaluer l'efficacité et l'efficacité de l'utilisation de l'équipement médical servant au diagnostic dans les unités médicales sélectionnées.

ACTIONS REALISEES	RESULTATS
1. A l'aide de la liste recensant l'équipement médical dans les unités médicales, on a sélectionné 35 appareils qui ont été soumis à une inspection physique pour s'assurer qu'ils se trouvaient bien dans l'unité en question, qu'ils fonctionnaient et qu'il y avait du personnel habilité à le faire fonctionner.	Les 35 appareils se trouvaient effectivement dans l'unité médicale en question et correspondaient au numéro d'inventaire; 17 appareils étaient en usage alors que les 18 appareils restants n'étaient jamais ou peu utilisés.
2. On a remis 17 questionnaires aux médecins et/ou aux techniciens chargés d'utiliser l'équipement pour savoir comment le matériel était utilisé et connaître les problèmes se pr�sant dans ce contexte.	Les résultats indiquent que pour 3 appareils les intrants sont insuffisants pour permettre leur fonctionnement; 16 appareils sont utilisés sur une base quotidienne alors qu'un appareil est utilisé de manière occasionnelle; seuls 14 appareils sont en bon �tat.
3. On a demandé la mise à disposition du dernier rapport d'utilisation des 18 appareils qui étaient hors d'usage lors de la visite afin d'en vérifier la fréquence d'utilisation.	13 des 18 appareils ne sont pas utilisés par manque de demande; 2 ne sont pas utilisés par manque d'intrants; et pour la différence (3), la demande est rare.



6.2 Objectif spécifique: Vérifier que l'approvisionnement en médicaments dans les unités médicales sélectionnées est suffisant et adéquat pour soigner les ayants droit.

ACTIONS REALISEES	RESULTATS
<p>1. Examen des documents prouvant la réception des médicaments dans les unités médicales.</p> <p>2. Distribution de questionnaires aux médecins, infirmières, ayants droit et au personnel de la pharmacie (en ce qui concerne la consommation de médicaments) du premier et du deuxième niveau de soins (cette mesure n'a pas été mise en œuvre dans les hôpitaux spécialisés car la pharmacie ne dépend pas directement de cette catégorie d'hôpitaux).</p>	<p>Au vu des factures examinées, on a découvert que le coût des médicaments est supérieur à celui qui avait été prévu par l'IMSS.</p> <p>Conformément à l'inventaire des stocks, on a observé que, dans certains cas, la demande dépasse la dotation autorisée.</p> <p>Chez les médecins (105 ont été soumis à l'enquête), on a constaté que: 58,1% modifiaient fréquemment les ordonnances destinées à leurs malades à cause de la pénurie de médicaments; pour leur part, 66,7% ont indiqué que la dotation de base est insuffisante pour répondre aux maladies qu'ils doivent soigner.</p> <p>Chez les infirmières (192 ont été soumises à l'enquête), on a constaté que 66,1% de disposaient pas des médicaments nécessaires pour s'acquitter de leur mission.</p> <p>Chez les ayants droit (300 ont été soumis à l'enquête), on a découvert que 62,7% n'avaient pas reçu la totalité des médicaments prescrits.</p> <p>Chez le personnel travaillant dans la pharmacie (2 personnes ont été soumises à l'enquête), on a constaté qu'on ne lui fournissait pas la totalité des médicaments; et qu'en décembre et en janvier, la pénurie se faisait le plus gravement sentir.</p>

6.3 Objectif spécifique: Evaluer la qualité des prestations de service médical aux trois niveaux de soins.

ACTIONS REALISEES	RESULTATS
1. On a examiné les mécanismes de supervision du personnel médical aux trois niveaux de prestation de soins.	Il existe une supervision directe par la direction de chaque unité médicale, ce qui a été corroboré par les documents correspondants.
2. On a examiné le niveau des prestations fournies aux malades par médecin uniquement dans l'unité de médecine générale car dans les hôpitaux, il n'est pas possible d'établir une telle norme.	On a atteint l'objectif de soins fournis aux malades car l'absentéisme des médecins a été limité, ne représentant que 4,0% seulement de l'équipe du matin.
3. On a examiné le niveau des prestations fournies aux malades par infirmière, par étage d'unité hospitalière et par équipe.	<p>On a observé dans l'hôpital général desservant la région une dégradation moyenne de 21,4% en ce qui concerne la qualité des soins aux malades hospitalisés suite à l'absentéisme des infirmières.</p> <p>Dans l'hôpital spécialisé, on a constaté une dégradation moyenne de 29,3% de la qualité des soins aux malades hospitalisés suite à l'absentéisme des infirmières.</p>
4. On a enquêté auprès de 300 ayants droit pour évaluer la qualité des services médicaux reçus.	<p>87,7% des ayants droit estimaient que les médecins leur fournissaient des informations claires sur leur maladie; 90,3% pensaient qu'on leur expliquait clairement le traitement et les soins à suivre; 94,3% estimaient que le médecin avait fait preuve de tact à leur égard. Les informations ci-dessus rejoignent les Principes régissant l'amélioration des soins médicaux intégrés établis pour la prestation de services médicaux.</p> <p>33,7% des ayants droit ont estimé n'avoir pas reçu d'information suffisante ou n'avoir pas été traité de manière adéquate de la part du personnel médical auxiliaire ou du personnel d'accueil, ce qui ne répond pas aux principes régissant l'organisme.</p>

- 6.4 Objectif spécifique: Vérifier que l'établissement des dossiers cliniques est conforme à la norme officielle mexicaine et à la norme de l'organisme figurant dans le Manuel de procédure régissant l'utilisation de l'informatique dans les services médicaux et les archives cliniques.

ACTIONS REALISEES	RESULTATS
<p>1. On a élaboré des formulaires conformes aux dispositions établies par l'IMSS et régissant l'établissement des dossiers médicaux et l'on a examiné 338 dossiers en fonction de ces formulaires.</p>	<p>En moyenne, on a constaté ce qui suit dans les trois unités médicales: 98,2% des dossiers contiennent les données d'identification du malade; 23,8% ne contiennent pas les antécédents cliniques détaillés; et 95,7% contiennent les annotations du médecin et l'ordonnance.</p>
<p>2. On a enquêté auprès de 105 médecins œuvrant aux trois niveaux de soins pour vérifier s'ils disposaient des documents nécessaires à l'établissement du dossier clinique.</p>	<p>60,3% ont indiqué qu'ils ne disposaient pas des documents nécessaires, ce qui a été consigné dans les dossiers cliniques.</p>

## 7. Conclusion

Avec l'ensemble de l'information obtenue, une fois le contrôle de gestion de l'IMSS effectué, l'ISC sera en mesure d'évaluer l'efficacité, l'efficacé et l'économie avec lesquelles l'IMSS a réalisé en 1998 ses activités d'acquisition et de fourniture de médicaments et d'aides techniques. En même temps, on évaluera la qualité des services fournis dans les états de la république sélectionnés.

Les constatations serviront à formuler les recommandations pertinentes destinées à améliorer le fonctionnement de cet organisme important et de lui permettre de servir au mieux le peuple mexicain.

---

## 5. France:

### **Le contrôle de la santé publique par les institutions supérieures de contrôle des finances publiques**

---

#### **1. Introduction - Un essai de définition**

La notion de politique de santé ne va pas de soi. Elle correspond à l'idée selon laquelle l'amélioration de l'état sanitaire d'une population fait partie des missions normales des institutions publiques. On peut la définir comme l'élaboration et la mise en œuvre de priorités dans l'allocation des ressources financières, matérielles et humaines consacrées à la lutte contre les maladies et les fléaux sanitaires ; il s'agit d'identifier au mieux les besoins de santé des populations, de développer et d'organiser au mieux les moyens de prévention comme de soins pour y répondre. Le contenu et les modalités de cette « politique » dépendent de nombreux facteurs : le niveau général de développement, le partage entre la sphère des responsabilités des individus ou des institutions privées et des institutions publiques, l'organisation des pouvoirs publics (degré de décentralisation notamment). D'une manière générale, la politique de santé conduite dans un pays est un ensemble empirique d'actions, au degré d'intégration fort variable.

Dès lors qu'on s'intéresse au contrôle, trois approches sont concevables qui, dans la réalité, se combinent.

#### *a) L'approche par les politiques publiques*

Le contrôle ne peut être mis en œuvre que dans des domaines où une politique est définie et où des moyens spécifiques lui sont consacrés :

- la lutte contre les fléaux sanitaires,
- les maladies faisant l'objet de programmes spécifiques,
- les démarches structurées visant à organiser les rapports entre les acteurs et les arbitrages, financiers notamment,
- la gestion de la partie publique du système d'offre de soins.

#### *b) L'approche par les acteurs et les institutions publiques « tuteurs » et/ou gestionnaires du système de santé*

Les acteurs sont les diverses collectivités publiques qui vont de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aux communes en passant par les Etats nationaux.

- c) *Les institutions en charge de la recherche, de la production des biens et services sanitaires : Laboratoires pharmaceutiques, Etablissements de santé, Caisses d'assurance maladie, etc...*

Cette typologie doit être croisée avec celle des institutions chargées du contrôle externe. Les plus importantes sont celles compétentes pour apprécier la qualité et la pertinence des interventions sanitaires et médicales : le contrôle de la sécurité sanitaire, le contrôle médical exercé par les Caisses d'assurance maladie. Ce n'est pas à ce contrôle que l'on pense dans une instance réunissant les instances supérieures de contrôle des finances publiques.

Si l'on s'intéresse au rôle de ces dernières, c'est l'approche par les institutions et les acteurs qui est la plus commode et sans doute la plus productive car il est beaucoup plus facile -et plus lisible- d'appréhender le système d'offre et les mécanismes de financement, que d'apprécier les « besoins » et d'évaluer les politiques de santé dont, sauf exception, le champ et le contenu ne sont pas faciles à déterminer : l'identification de l'objet du contrôle n'est pas toujours aisée et surtout toute action un peu significative mobilise plusieurs acteurs qui fréquemment ne relèvent pas de la même instance de contrôle externe.

Dernière banalité enfin, l'ampleur de notre sujet dépend étroitement de la part « socialisée » des moyens consacrés par une société à l'amélioration de son état sanitaire. S'agissant de la France en 1998, la « Sécurité Sociale » a financé 75,5 % de la dépense courante de biens et services médicaux, les ménages 11,3 %, le solde se partageant entre les Mutuelles, les Institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Comme les ressources de la Sécurité Sociale étant constituées exclusivement de prélèvements obligatoires, la santé est donc un champ important du contrôle externe des finances publiques.

## **2. Cadre institutionnel et reformes**

Le cadre institutionnel et les modalités de la régulation des dépenses de santé ont connu dans la période récente des transformations significatives qui ont sensiblement modifié les conditions d'exercice du contrôle externe.

## 2.1 Le cadre institutionnel

La responsabilité de la politique de santé et plus généralement de la protection sociale est assurée principalement par l'Etat.

- 4 directions d'administration centrale, relevant du Ministre de la Santé <sup>1</sup>
  - Direction générale de la Santé
  - Direction des Hôpitaux
  - Direction de la Sécurité Sociale
  - Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
  
- et leurs services déconcentrés principalement
  - Directions régionales de l'Action sociale et de la Santé
  - Agences régionales d'hospitalisation tutrices des Etablissements hospitaliers

Le système d'offre distingue l'ensemble des établissements de soins (dont 80 % sont des établissements publics) et la médecine de ville assurée par des médecins libéraux qui prescrivent les médicaments, l'accès aux soins ne faisant pratiquement l'objet d'aucune limitation.

La prise en charge financière est assurée par l'assurance maladie : elle rembourse les soins de ville sur la base d'un taux conventionnel et forfaitaire. Le patient doit en principe supporter un ticket modérateur, sauf pour certaines maladies graves dont la liste est arrêtée par les pouvoirs publics.

Les Caisses d'assurance maladie versent aux établissements de santé une dotation qui couvre environ 95 % de leurs dépenses.

L'Assurance maladie est gérée par des institutions ad hoc dont les instances sont paritaires (salariés/employeurs). A côté d'un Régime général existent des régimes spéciaux qui s'adressent aux salariés des services et entreprises publiques.

---

<sup>1</sup> Actuellement c'est le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité qui regroupe les départements ministériels traditionnels du Travail et de l'Emploi d'un côté, de la Santé et la Solidarité de l'autre.

2.2 L'apparition de déficits durables et de graves incidents sanitaires au début des années 1990 ont été à l'origine de plusieurs innovations

2.2.1 Un renforcement et une diversification des institutions en charge de la santé publique. Plusieurs agences spécialisées ont vu le jour :

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- sa mission principale est l'accréditation des établissements de santé
- Agence française de Sécurité Sanitaire des produits de santé notamment chargée de l'admission des médicaments
- Agence française du Sang
- Etablissement français des Greffes
- Institut de Veille Sanitaire
- Office de protection contre les rayonnements ionisants

Elles sont toutes sous la tutelle du Ministère de la Santé.

2.2.2 La mise en place d'un dispositif législatif de régulation

Depuis 1996, le Parlement vote chaque année une loi de financement de la Sécurité Sociale : cette loi prévoit les ressources des quatre branches de la protection sociale à savoir :

- l'Assurance maladie
- Vieillesse veuvage
- Accidents du travail
- Famille

et fixe des objectifs de dépenses pour chacune.

A l'intérieur du total des dépenses de l'assurance maladie, le loi arrête l'objectif national des dépenses d'assurance maladie réparti ensuite par le Gouvernement entre quatre enveloppes constituant autant de plafonds pour les dépenses « soins de ville », « établissements sanitaires », « établissements médico-sociaux et cliniques privées ».

Objectifs 1999:	- Soins de ville	267,5
(en milliards de francs)	- Etablissements sanitaires	249,0
	- Etablissements médico-sociaux	44,0
	- Cliniques privées	38,0

L'enveloppe consacrée aux établissements sanitaires (hôpitaux) est elle-même régionalisée. Au sein de chaque région, l'ARH –Agence régionale d'hospitalisation- qui dépend de l'Etat arrête les dotations de chaque établissement.

### **3. Le contrôle externe**

Ce dernier est partagé entre la Cour des comptes et les Chambres régionales. Le dispositif traditionnel a été enrichi récemment par l'obligation faite à la Cour des comptes de remettre chaque année au Parlement un rapport sur l'application de la loi de financement de la Sécurité Sociale.

#### **3.1 Le contrôle traditionnel**

La Cour des comptes contrôle a posteriori les moyens affectés par l'Etat à la politique de santé. Les moyens de l'espèce, inscrits au Budget de l'Etat sont modestes, environ 6 milliards de francs. Leur examen a lieu dans le cadre du contrôle de l'exécution de la loi de finances annuelle (le Budget de l'Etat).

La Cour assure aussi le contrôle des établissements publics nationaux (les agences évoquées plus haut), les établissements publics nationaux tête de réseau des branches de la Sécurité Sociale, en l'occurrence la Caisse Nationale d'Assurance maladie des Travailleurs Salariés, les Agences régionales d'hospitalisation, enfin.

Elle assure en outre le pilotage du contrôle externe a posteriori de l'ensemble des Caisses régionales et locales d'assurance maladie <sup>1</sup>. Ce contrôle est assuré par des équipes de contrôleurs qui appartiennent aux services extérieurs des Ministères des Finances, des Affaires Sociales et de l'Agriculture, équipes organisées au niveau régional dans le cadre de Comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC).

Ce contrôle porte sur les comptes et la gestion de tous ces organismes. Il intervient périodiquement (tous les 4 ou 5 ans). Il peut prendre la forme d'enquêtes horizontales sur des thèmes particuliers.

De même, les Chambres régionales des comptes contrôlent-elles tous les 4 ou 5 ans les établissements hospitaliers.

---

<sup>1</sup> Le nombre des institutions qui encaissent les recettes affectées à la sécurité et gèrent les prestations, maladie, vieillesse et famille dépasse légèrement le millier.



La Cour et les Chambres régionales organisent des contrôles conjoints sur des thèmes d'intérêt commun : par exemple la politique psychiatrique, la fonction publique hospitalière, la trésorerie des hôpitaux.

Ces contrôles débouchent :

- sur le jugement des comptes qui charge ou décharge les comptables,
- sur des observations de gestion adressées aux établissements et aux autorités de tutelle (Préfets et/ou Ministres).

### 3.2 Rapports

Parallèlement à l'exercice de cette compétence traditionnelle, la Cour établit un rapport sur l'application de la loi de financement de la Sécurité Sociale de l'année antérieure (en septembre 99 pour la loi votée fin 97 pour l'année 98). Ce rapport doit être déposé au Parlement avant l'examen de la loi pour l'année suivante.

Ce rapport comporte d'abord des développements obligatoires :

- Analyse des conditions d'application de la loi,
- Analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale,
- Présenter la synthèse des rapports et avis émis par les Comités chargés du contrôle des organismes locaux.

En outre, le rapport a pour ambition d'apporter au Parlement des informations et des analyses propres à éclairer les débats sur la Sécurité Sociale et de formuler des recommandations destinées à l'administration et aux organismes de sécurité sociale.

C'est pourquoi à côté des parties obligatoires évoquées ci-dessus, on y trouve l'approfondissement d'un thème majeur qui change chaque année et l'examen ciblé de questions ayant une incidence directe sur les dépenses : le thème central a été en 1998 et 1999 la maîtrise des dépenses maladie y compris le médicament, en 2000 l'articulation entre politique de santé et assurance maladie à partir de l'exemple du cancer.

Le rapport est élaboré selon les méthodes et les procédures usuelles de la Cour : instruction sur le terrain ; examen des rapports par la collégialité ; soumission des constats et recommandations à la contradiction des institutions concernées avant remise du rapport au Parlement.

L'organisation de la Cour des comptes a été modifiée pour permettre la prise en charge dans de bonnes conditions de cette nouvelle mission : une des sept chambres est consacrée exclusivement au contrôle de la politique de santé et à la Sécurité Sociale. La chambre

concernée mobilise environ 40 personnes en équivalent temps plein dont la moitié pour la préparation du rapport annuel. Une fois déposé, le rapport fait l'objet de plusieurs séances de présentation-discussion devant la Commission spécialisée tant de chacune des deux chambres du Parlement. Une partie des études dont les résultats sont présentés dans le rapport sont la réponse à des commandes passées par ces Commissions.

#### **4. Quelques commentaires**

Le dispositif pour partie très récent ne peut pas encore faire l'objet d'une évaluation. D'ores et déjà cependant, on peut formuler quelques observations relatives tant aux problèmes de fond révélés par les contrôles qu'aux questions de procédure.

##### 4.1 Questions de fond

Les problèmes classiques de gestion apparaissent mineurs par rapport à la question principale qui est la gestion du risque c'est-à-dire la capacité à maîtriser la dépense. Le retour récent à l'équilibre doit plus au retour d'une forte croissance qu'à l'effet de mesures censées limiter la progression de la dépense.

La maîtrise des dépenses de santé est d'autant plus difficile que le système de dispensation des soins et de financement des coûts (dont plus des \_ sont socialisés, on le rappelle) est plus complexe. Les dépenses des uns sont les revenus des autres. Les « mondes » des établissements hospitaliers et de la médecine de ville obéissent à des logiques très différentes, le morcellement de la représentation des professions rend très difficile la régulation par négociation et accord, etc...

Il n'existe pas d'articulation « explicite » rationnelle entre la politique de santé publique –notamment la prévention- et les conditions de prise en charge financière des dépenses de santé. Le système d'offre s'est développé de manière spontanée sur la base de décisions décentralisées.

##### 4.2 Questions de méthode

Grâce à la loi de financement de la Sécurité Sociale, le pouvoir politique exerce dans la transparence -ce qui ne lui facilite pas toujours la tâche- des choix fondamentaux pour les citoyens. Dès lors, coexistent « deux lois de finances » à la fois différentes par leur nature mais dont les liens réciproques sont multiples : le total du Budget de l'Etat est inférieur à la somme des ressources de la loi de financement de la Sécurité Sociale (1 660 MM contre 1 852 en 1999).

L'existence de la loi met en lumière les lacunes du dispositif d'information et d'analyse : nécessité de disposer rapidement de comptes homogènes, de nomenclatures exhaustives des actes, de bases de données sophistiquées. Maîtriser la dépense tout en laissant une grande liberté aux acteurs suppose un développement massif d'études sur la morbidité, sur les comportements.

L'efficacité du contrôle des établissements hospitaliers est limitée par l'absence de référentiels, de normes, d'outils d'observation non contestés de l'activité médicale. Chaque établissement est juridiquement autonome. Son Conseil est présidé par le Maire de la localité.

Le contrôle d'une ISC à vocation générale bute très vite sur des limites : elle peut vérifier la régularité des opérations et des comportements, essayer de repérer les incohérences, les déficiences, génératrices de surcoût. Il ne peut porter sur la pertinence des dispositifs de soins, sur le bien fondé des décisions individuelles tant des patients que des médecins. Il ne peut remplacer un dispositif de régulation dont la définition et la mise en œuvre repose d'abord sur les professionnels et les experts, sous le contrôle des politiques. Le véritable objectif est d'obtenir que tous ces acteurs intègrent les préoccupations de coût-efficacité dans leurs pratiques.

---

## **6. Cour des comptes Européenne: L'audit de la Cour des comptes européenne dans le domaine de la santé publique**

---

### **1. Actions communautaires dans le domaine de la santé publique**

#### 1.1 Politiques dans le domaine de la santé

Dans l'article 152 du traité CE instituant la Communauté européenne, la "santé publique" est explicitement considérée comme une politique communautaire. Il est prévu, dans ce contexte, de compléter les politiques nationales en insistant sur l'amélioration de la santé publique, la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine, ainsi que sur la lutte contre les grands fléaux.

La répartition des fonds communautaires doit donc répondre à ces priorités politiques.

Pour des questions pratiques, on distingue actuellement les domaines suivants, dans le cadre desquels la santé publique fait l'objet d'actions politiques, juridiques et financières:

- protection de la santé et des consommateurs;
- emploi et affaires sociales;
- activités de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail;
- activités de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail;
- recherche et développement.

(voir: <http://europa.eu.int/comm/health>)

#### 1.2 Politique communautaire en matière de recherche et de développement

Le cinquième programme-cadre de recherche et de développement, dont un des thèmes majeurs (action clé) s'intitule "qualité de la vie et gestion des ressources du vivant", constitue le poste de dépenses communautaires le plus important en matière de médecine et de santé.

(voir: <http://europa.eu.int/comm/research/fp5>)

## **2. Projets de recherche médicale**

### 2.1 Grandes lignes du programme-cadre de recherche

Le cinquième programme-cadre prévoit, pour la période 1999-2002, l'affectation des ressources à l'ordre de 14.158 millions d'euros.

La gestion des fonds est assurée par la direction générale "Recherche" de la Commission européenne pour les actions indirectes de recherche et par la direction générale "Centre commun de recherche (CCR)" pour les actions directes de recherche. La participation financière de la Communauté intervient sous la forme d'un cofinancement de projets de recherche et de démonstration, parfois complexes et allant de la recherche fondamentale à la recherche appliquée. La sélection des projets de recherche passe par une procédure en plusieurs phases, et s'effectue sur la base de critères tant scientifiques que financiers. Les fonds sont directement versés aux responsables de projets, en trois tranches principales, et comprennent une avance lors de la conclusion du contrat, un paiement intermédiaire sous la forme de remboursements et un paiement final après communication des résultats de la recherche. En règle générale, les projets sont mis en oeuvre par un consortium, dans lequel au moins deux États membres de l'Union européenne doivent être représentés.

### 2.2 Approche d'audit de la Cour des comptes européenne dans le cas de projets de recherche

L'audit de la Cour s'effectue suivant un certain nombre de phases, conformément au manuel d'audit et aux objectifs généraux en matière d'audit, tels qu'ils sont définis dans les traités et le budget. Une fois arrêté le thème à auditer, les auditeurs élaborent une étude préliminaire, puis un plan d'enquête ("APM").

Après la réalisation de contrôles sur pièces approfondis, interviennent les contrôles sur place, l'établissement du rapport d'audit puis la diffusion des résultats.

#### 2.2.1 Définition du thème à auditer

En raison de la modicité des ressources humaines et financières et du peu de temps disponible, il convient de délimiter avec précision le champ de l'audit. C'est à cette fin qu'est élaborée une étude préliminaire, suivie d'un plan d'enquête ("APM") détaillé qui définit les objectifs de l'audit ainsi que le calendrier et l'organisation de celui-ci.

### 2.2.2 Phases de l'audit

Les activités d'audit proprement dites consistent ensuite en un contrôle sur pièces, se déroulant dans les services de la Commission, à Bruxelles, et dans les locaux des bénéficiaires des crédits, situés dans toute l'Europe et au-delà. Pendant les différentes phases de l'audit, un système d'information à plusieurs niveaux [rapport succinct ("flash mission report") - rapport d'audit - lettre de secteur] permet d'assurer l'enregistrement et l'évaluation systématiques des résultats de l'audit. C'est sur cette base que sera établi, lors de la phase de "conclusion", le rapport destiné à la publication (rapport annuel, rapport spécial) dont il sera tenu compte dans le cadre de la procédure de décharge de l'autorité budgétaire de la Communauté.

### 2.2.3 Destinataires des résultats de l'audit et suivi

Les conclusions de l'audit s'adressent en premier lieu au Parlement européen et au Conseil. Elles sont cependant publiées dans le Journal officiel et bénéficient donc d'une large diffusion. De par leur nature, les administrations nationales, les organismes de recherche et le secteur industriel, sans oublier les institutions de contrôle nationales qui examinent des domaines similaires à leur niveau, sont d'importants utilisateurs potentiels de ces informations.

## 3. Contrôles effectués dans les domaines de la médecine et de la santé

Jusqu'à présent, la Cour des comptes européenne n'a pas elle-même audité d'actions clé dans le secteur de la santé publique. Elle contrôle, en revanche, chaque année la gestion des fonds des organismes décentralisés dont les activités portent notamment sur des thèmes de santé. Pour la période 1992-1999, la Cour dispose par ailleurs de 42 rapports, élaborés par les services de contrôle interne de la Commission, sur les différents projets de recherche relevant de ce secteur.

## 4. Importance du rapport coût-efficacité

En règle générale, l'évaluation du rapport coût-efficacité représente une partie importante de l'audit, lorsque celui-ci concerne des projets bénéficiant d'un soutien financier communautaire relatif à l'acquisition de (gros) appareils ou des investissements d'infrastructure, projets de construction y compris. De plus, la portée du projet et la mesure dans laquelle ses objectifs ont été atteints doivent être évalués dans le cadre de l'audit de la performance.

**5. Remarque concernant l'audit traditionnel en matière de santé publique**

L'UE ne finançant pas les dépenses de personnel et les frais de fonctionnement dans le secteur de la santé publique, cette partie traditionnelle des dépenses publiques opérationnelles n'est pas prise en considération lors de l'audit de la Cour des comptes européenne.

## V. RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL

---

### 1. **Rapport du groupe de travail 1** **(Groupe de travail anglophone)**

---

#### 1. **Introduction**

Pendant plusieurs jours, les représentants des ISC des pays anglophones se sont rencontrés pour discuter de différents sujets présentant de l'intérêt pour eux dans le domaine du contrôle des programmes de santé publique dans leurs pays. Leurs travaux ont porté essentiellement sur des questions de base, notamment : comment choisir les sujets de contrôle, comment développer des critères et des méthodologies valables pour les vérifications et comment présenter leurs recommandations pour obtenir les meilleurs résultats. Bien que nous nous soyons concentrés sur quelques uns des grands défis du contrôle des programmes de santé publique, nous nous sommes tous rendu compte qu'une bonne partie des problèmes de base rencontrés dans ce type de programmes étaient identiques à ceux auxquels nous sommes confrontés dans le reste de notre travail. Aussi, un grand nombre de points abordés dans ce rapport reflètent-ils notre intérêt général à conduire des contrôles sains, utiles et intervenant au moment opportun.

Le présent rapport résume les résultats de nos discussions. Nous avons également rédigé un compte-rendu plus complet reproduisant en détail la teneur du débat.

#### 2. **Connaissances dont doivent disposer les ISC**

Il a généralement été admis que, si importants que soient les spécialistes lorsqu'il s'agit du contrôle des questions très spécifiques du domaine de la santé publique, il est à la fois onéreux et difficile pour les SAI d'intégrer à leurs effectifs des personnes possédant ces connaissances. On a estimé qu'il était préférable de former des auditeurs ayant de solides connaissances de base en matière de contrôle et de leur adjoindre, le cas échéant, des spécialistes à titre de consultants.

Les types de spécialistes, autres que le personnel médical qui pourraient apporter une contribution substantielle au contrôle des programmes de santé publique sont les statisticiens et les informaticiens. Tout comme les consultants médicaux, ils coûtent cher, mais ils représentent un investissement important concernant un sujet relativement étendu



et risquant de donner matière à controverses. Concernant les personnels médicaux, les ISC ont constaté qu'ils avaient tendance à ne pas vouloir critiquer d'autres personnes de leur profession ; il serait donc conseillé de s'adresser à des médecins à la retraite ou à des personnes ayant un intérêt particulier à préserver l'intégrité des investigations de contrôle. La mise en place de programmes de formation interne - concernant tant les connaissances de contrôle de base que les matières spéciales - est considérée comme extrêmement importante, mais en même temps coûteuse.

### **3. Comment sélectionner les sujets de contrôle**

De nombreuses ISC sont obligées, conformément à leurs statuts, d'effectuer certains types de contrôle de façon continue. De nombreuses autres considèrent qu'il importe bien plutôt d'exercer une activité de contrôle dans certains domaines se prêtant particulièrement à la mauvaise gestion, voire à la fraude. Ces activités risquent d'absorber des ressources substantielles ; il convient donc d'être prudent dans le choix de sujets de contrôle ou d'appréciation additionnels.

La notion d'évaluation du risque a été longuement discutée et considérée comme une approche légitime pour décider des sujets de contrôle additionnels à aborder. De nombreux facteurs concourent à fournir une évaluation du risque solide, mais on doit, en fin de compte, retenir les éléments les plus importants et les pondérer convenablement pour obtenir les meilleurs résultats. Nous avons conclu que l'évaluation du risque devait être facilement quantifiable et suffisamment claire pour un observateur externe. En outre, si elle constitue un outil permettant d'identifier des matières de contrôle importantes, l'évaluation du risque ne saurait remplacer l'instinct du personnel de contrôle. Un exemple de facteur à prendre en ligne de compte est celui des sujets d'importance nationale.

### **4. Rapports entre les ISC et les organismes contrôlés**

Au terme d'une longue discussion, le groupe a conclu qu'il incombait aux ISC de faire preuve de tact et de diplomatie dans la conduite des vérifications. L'enjeu majeur consiste à acquérir le respect de la personne contrôlée et la meilleure façon de le faire est de la convaincre que le contrôle est mené de façon professionnelle et que ses résultats contribueront à une amélioration substantielle du programme. La situation est évidemment plus difficile si le contrôle révèle des erreurs de la part des gestionnaires du programme ou du personnel. Mais une attitude professionnelle et un certain degré d'humilité contribuent à créer un climat dans lequel le contrôle peut être effectué avec succès.

Les ISC devraient réfléchir aux conflits qui risquent de se produire, suivant les conditions du contrôle, et se préparer à les affronter. Par exemple, il est assez naturel que les

gestionnaires d'un programme se mettent à utiliser leur langue d'origine - plutôt que l'anglais - lorsqu'il est question de problèmes de nature très technique. Il se peut également qu'ils le fassent lorsqu'ils ont été menacés, ou lorsque l'auditeur découvre des agissements demandant des explications détaillées. Dans ce cas, l'ISC devrait intégrer à son équipe une personne parlant couramment la langue de la région concernée.

## **5. L'intérêt des contrôles d'efficacité**

Le groupe a conclu que les contrôles d'efficacité - qui indiquent dans quelle mesure un programme fonctionne par rapport à son coût - constituaient un outil extrêmement utile pour les ISC. Ces contrôles pourraient souvent être effectués conjointement avec les contrôles financiers ou les contrôles de régularité et indiquer à l'utilisateur une autre dimension de l'utilité d'un programme. Par ailleurs, si le contrôle d'efficacité révèle des problèmes, l'ISC peut formuler des recommandations constructives sur les modifications qui pourraient être apportées au programme pour le rendre plus efficace.

Nous avons appris que certaines ISC n'étaient pas autorisées à effectuer ce genre de contrôle tandis que d'autres disposaient de personnels spéciaux pour le conduire. Néanmoins, étant donné l'extrême intérêt d'un tel contrôle, le groupe est tombé d'accord pour reconnaître que les ISC devraient faire le nécessaire pour obtenir l'autorisation d'effectuer au moins quelques contrôles d'efficacité.

## **6. Comment développer les critères de contrôle**

Le groupe de travail a reconnu qu'il n'était pas difficile de développer des critères pour les contrôles financiers et de régularité. Dans le cas des contrôles financiers, on doit se conformer aux standards de contrôle professionnellement acceptés et la plupart des procédures de contrôle sont déjà définies. Dans le cas des contrôles de régularité, le groupe estime que les ISC devraient commencer par examiner les lois et dispositions réglementant les programmes et sur lesquelles se baseront les critères utilisés pour le contrôle. La situation la plus difficile est celle où il faut établir des critères pour les contrôles d'efficacité lorsqu'il n'existe pas encore de standards à cet égard.

Dans le cas des contrôles d'efficacité, l'auditeur doit faire preuve de créativité dans le choix des critères appropriés. Les différentes approches possibles seraient de faire le point de la recherche scientifique ou universitaire sur le sujet ou de faire appel à un plateau d'experts qui pourrait suggérer les critères appropriés pour le contrôle concerné. Une autre approche serait de mesurer les résultats à partir d'une information de base, p. ex. les résultats obtenus au cours de l'année antérieure, ou les résultats obtenus dans une province voisine dans les mêmes conditions que celles du cas étudié. Enfin, la notion de

développement de la mesure des résultats obtenus pour le programme considéré - autrement dit les objectifs quantifiables du programme pouvant être évalués sur une période donnée - pourrait être d'utilité pour les gestionnaires du programme. Normalement, c'est le gestionnaire du programme plutôt que l'auditeur qui développe les méthodes de mesure des résultats mais l'auditeur peut jouer un rôle en fixant des objectifs convenant à l'un et à l'autre, que le programme devra s'efforcer d'atteindre. La mesure des résultats peut être orientée sur les effets obtenus, p.ex. un certain pourcentage de baisse du taux de mortalité ou de morbidité. Elle peut également se présenter sous la forme de mesure de « processus », indiquant p. ex. dans quelle mesure on peut avoir accès aux services de santé en un lieu donné ou combien de temps il faut pour pouvoir consulter un médecin dans le cas de troubles donnés.

## **7. Choix des méthodes de contrôle**

Après avoir discuté en détails de nombreuses méthodes de contrôle, le groupe en a retenu quatre, utilisées couramment et considérées comme importantes dans de nombreux contrôles, à savoir : interviewer les personnes participant au programme, recueillir des pièces justificatives, effectuer une analyse statistique et réaliser une méta-analyse. Les deux premières méthodes sont les plus courantes et sont fréquemment utilisées conjointement pour corroborer les données fournies par chacune d'elles. Il est apparu que l'interview seul (pour recueillir des témoignages) ne constituait pas la preuve la plus solide et devait toujours être corroboré, dans la mesure du possible. C'est à l'auditeur qu'il revient de décider qui il interrogera et dans quelles conditions on peut ajouter foi aux déclarations des personnes interrogées. Si les témoignages réunis ne paraissent pas suffisamment crédibles, il faudra impérativement interroger d'autres personnes et consulter d'autres pièces. L'auditeur devra être ouvert et flexible pour identifier ces situations et prêt à modifier le plan de vérification prévu pour faire appel à des techniques de contrôle additionnelles ou différentes.

L'analyse statistique est extrêmement utile pour tirer des conclusions sur l'ensemble d'un domaine lorsqu'on ne peut vérifier qu'un échantillonnage de transactions ou de faits. La méta-analyse constitue aussi un outil d'une grande valeur - particulièrement sur les sujets professionnels que l'auditeur ne maîtrise pas. La méta-analyse constitue la base de la recherche de fond de l'auditeur et lui est souvent utile pour établir des critères ou des procédures de contrôle pour les programmes faisant l'objet de la vérification.

## **8. Présentation des résultats du contrôle**

Le groupe de travail considère que les résultats du contrôle doivent être exposés avec clarté et présentés de façon convaincante pour améliorer leurs chances d'être transposés. «

Présentés de façon convaincante » signifie que les résultats du contrôle doivent être complets et contenir l'information sous-jacente qui a amené l'auditeur à ses conclusions. L'importance du problème identifié devra être décrite dans son contexte de sorte que le gestionnaire du programme puisse juger de l'importance des conclusions du contrôle à cet égard. Des exemples aident souvent le lecteur à comprendre la démarche de l'auditeur et pourront constituer un outil utile pour montrer la nécessité de prendre des mesures correctives.

Néanmoins, le point déterminant si l'on veut s'assurer du succès de la communication des conclusions du contrôle est la façon dont celles-ci sont présentées. Ce qui signifie que les conclusions doivent être formulées de manière à ce que le lecteur voit déjà quelles recommandations en découleront et quelles actions particulières seront nécessaires pour résoudre les problèmes exposés.

## **9. Comment s'assurer que les recommandations seront transposées**

Même si les conclusions à l'origine d'une recommandation sont parfaitement justifiées, il arrive toujours que les gestionnaires de programmes se montrent peu disposés à prendre des mesures correctives. Il n'est pas toujours facile de s'assurer que de telles mesures ont été prises, néanmoins certaines techniques peuvent être utiles à cet égard. Une approche consiste à discuter de façon informelle le problème avec les gestionnaires de programmes et essayer d'arriver à les convaincre qu'il est nécessaire d'agir. Ceci suppose généralement que l'auditeur soit ouvert, transparent et communique les constatations à la base de ses conclusions. Une autre chose importante est d'adresser les recommandations à la personne ayant autorité pour régler le problème. Sinon, même s'il y a désir d'améliorer la situation, il se peut que l'autorité fasse défaut.

Les recommandations sont plus facilement transposées lorsqu'elles sont constructives et spécifiques. Plutôt que de dire « réglez le problème » ou « faites mieux à l'avenir », des recommandations fortes indiquent des actions plus spécifiques qui, si elles sont mises en œuvre, amélioreront le succès du programme. Enfin, les ISC devraient développer un processus de suivi des recommandations de vérifications antérieures afin de s'assurer qu'elles ont été mises en œuvre. Si l'ISC s'en remet à un individu qui devra penser de lui-même à suivre la question, le processus de mémoire institutionnelle n'entrera pas en jeu et le suivi risque de ne pas avoir lieu. Ce sera en particulier le cas si la personne chargée du suivi quitte l'ISC ou se voit confier une autre vérification de sorte que ses préoccupations seront centrées sur d'autres tâches de contrôle.

## **10. Conclusion**

Le groupe anglophone conclut que l'auditeur doit faire face à de nombreux défis pour fournir un travail pertinent, utile et en temps opportun. Bien qu'ils puissent se présenter avec plus ou moins d'acuité pour certaines ISC que pour d'autres, la plupart de ces défis concernent à peu près toutes les institutions supérieures de contrôle. Il est indispensable de disposer d'un personnel productif, motivé et bien formé pour mener à bien une tâche de contrôle. La formation apportée par ce séminaire a été extrêmement utile pour augmenter le professionnalisme et montrer de quelle manière différentes ISC sont parvenues à répondre aux besoins de contrôle de leurs pays respectifs.

La nécessité de contrôler les programmes de santé publique commençant à se manifester dans la plupart des pays, on voit apparaître le besoin d'une expertise spécialisée dans les procédures de vérification avancées et les questions médicales. Néanmoins, tant que l'on a pas trouvé une solution pour renforcer les équipes de contrôle en leur adjoignant des spécialistes ayant une formation poussée et coûtant cher, le « retour aux principes de base » apparaît comme une stratégie tout à fait utile. D'une façon générale, les programmes de santé publique contiennent les mêmes éléments que de nombreux autres types de programmes et peuvent donc profiter énormément d'une méthodologie de vérification solide et parfois créative.

---

## **2. Rapport du groupe de travail 2 (Groupe de travail francophone)**

---

### **Evaluation d'un projet de santé publique par un ISC**

#### **1. Introduction**

Le groupe de travail a tout d'abord constaté que l'évaluation d'un projet de santé publique par une ISC présente de nombreuses difficultés initiales, notamment en raison du caractère récent pour les ISC de ce type d'audit. Afin de pouvoir entrer dans le sujet proprement dit de l'évaluation d'un tel projet, le groupe de travail a posé des hypothèses de base.

#### **2. Hypothèses de bases**

En effet, il est très important, avant de débiter des réflexions sur une évaluation de projet, d'être persuadé de la régularité financière du projet que l'on a l'intention d'évaluer. En effet, il semble inadéquat de commencer une évaluation sur un projet pour lequel on pourrait avoir des doutes quant à sa régularité. Cette régularité financière doit être attestée par l'ISC elle-même ou par, le cas échéant, un cabinet d'audit dûment mandaté.

Naturellement, si les travaux sont confiés à l'extérieur, l'ISC doit faire une appréciation critique du rapport délivré par le mandataire. Il est à noter que cette tâche devrait mobiliser le moins de ressources internes possibles.

#### **3. Phases nécessaires pour l'évaluation de la qualité d'un projet de santé**

##### **3.1 Détermination de l'approche de l'audit**

Afin de définir les examens de l'économie, de l'efficacité et de l'efficience à effectuer pour un tel projet, il convient de définir une méthodologie pour ensuite accomplir les tâches d'audit. Les premiers travaux consistent à se poser quelques questions initiales en vérifiant, pour le projet en question, les points généraux suivants :

- Existence d'objectifs
- Hiérarchisation des objectifs
- Présence d'indicateurs (de moyens, de résultats)

- Présence d'études de faisabilité
- Présence de procédures de déroulement du projet
- Présence de procédures de contrôle du projet
- Quelles sont les données de base
- Liste exhaustive des intervenants au projet
- Informations générales sur le système de santé et sur le projet

A la fin de cette étape de reconnaissance du projet, on devrait aboutir à la détermination des questions auxquelles on doit répondre. Il s'agit donc d'identifier les axes de contrôle à adopter.

### 3.2 Détermination des axes de contrôles

La détermination des axes de contrôle doit permettre de pouvoir ensuite élaborer un programme d'audit. De plus, dans le cadre de l'examen d'un projet de santé, il apparaît important de pouvoir se baser sur les éléments suivants:

- Avis de divers spécialistes des questions de santé (l'auditeur doit ensuite faire pour lui-même certaines réflexions comme par exemple au sujet de l'indépendance du spécialiste)
- Prise de connaissance et examen des résultats du projet en termes purement sanitaires
- Examen des coûts et de la gestion administrative
- Examen de l'adéquation entre les résultats et les objectifs (analyse des indicateurs)
- Examen de comparabilité (identification des éléments de comparaison afin de pallier l'absence de normes)
- Identification et explication des écarts entre les réalisations et les prévisions

Une fois les axes de contrôle déterminés et validés, on peut procéder à la planification de l'évaluation et ensuite à l'évaluation proprement dite. La conduite du contrôle selon les axes retenus aboutira naturellement à des résultats d'audit desquels nous pourrions tirer des conclusions et formuler des suggestions et des recommandations.

Etant donné que l'évaluation de projet est un type d'audit particulier, le groupe de travail propose les quelques outils pouvant servir à l'accomplissement de cette mission, dont notamment :

- Entretiens (basés sur des questionnaires préparés à l'avance)
- Examen de rapports, de données statistiques
- Déterminer des ratios ou d'autres indicateurs propres
- Macro-analyse et échantillonnage (test avec un panel représentatif)
- Simulation (projection, extrapolation, généralisation)
- Examen des indicateurs de performance

- Recours à des experts locaux ou étrangers
- Examens de comparabilité multidimensionnel (cf 3.2)
- Le groupe de travail tient à préciser que cette liste n'est pas exhaustive.

#### **4. Conclusion du groupe de travail**

Le type d'audit particulier qu'est l'évaluation de projets est une mission difficile et délicate. La mission s'avère particulièrement ardue lorsque l'on aborde les problèmes de santé, quelque soit le pays en question. La problématique très complexe montre qu'une coopération internationale soutenue devrait être instaurée entre les ISC de tous les pays. Cette coopération devrait être encouragée et soutenue par l'INTOSAI. Elle pourrait consister notamment dans :

- Inviter toutes les ISC à communiquer régulièrement à l'INTOSAI leurs expériences en matière d'évaluation de projets (méthodologie, rapports)
- Inviter l'INTOSAI à diffuser ces informations par tous les moyens appropriés (courrier, mise sur son site Internet, etc.)
- Séminaires spécifiques sur la question de l'évaluation de projet
- Organisation par l'INTOSAI de stages de formation auprès d'ISC ayant acquis le plus d'expérience dans ce domaine.



---

### **3. Rapport du groupe de travail 3 (Groupe de travail germanophone)**

---

#### **Le contrôle d'établissements de santé (hôpitaux)**

##### **1. Introduction**

Les conditions préalables et les critères pour un contrôle efficient d'établissements de santé stationnaires (hôpitaux) considérés comme importants par le groupe de travail germanophone tiennent compte en plus des aspects figurant dans le rapport de base autrichien également des informations à ce sujet contenues dans les rapports nationaux présentés au séminaire. Le résultat du travail en groupe est résumé dans les 6 thèmes globaux suivants.

##### **2. Mesures préparatoires du contrôle**

Pour recenser les compétences de contrôle, la Cour des comptes autrichienne se sert du « Répertoire des services contrôlés », un recueil complet des établissements de santé à vérifier comme base pour la planification du contrôle.

Pour aborder le contrôle de manière efficiente, le recueil continuellement mis à jour de données de base sur les hôpitaux, comme p.ex. des données de rendement, des données économiques, des données de la comptabilité analytique, des données relatives aux traitements médicaux (recensées en Autriche par le ministère fédéral compétent) et de normes légales pour assurer le traitement stationnaire est d'une grande importance. Ce dernier surtout pour pouvoir vérifier si l'objectif de la mise à la disposition de soins prescrit par la loi est atteint tout en maintenant la fonction de conseil pour le décideur politique.

Pour sélectionner les objets de contrôle (hôpitaux) il faudrait – surtout aussi pour un classement selon la nécessité d'un contrôle – tenir compte des critères suivants :

- insuffisances évidentes dans le domaine médical et dans le domaine de la structure fonctionnelle
- modifications frappantes de données de rendement et de coûts
- volume de la gestion financière (budgets annuels)

- événements ou thèmes d'actualité
- temps écoulé depuis le dernier contrôle.

### **3. Critères de contrôle**

Le Groupe de travail a qualifié de critères de contrôle prioritaires

la régularité, qui doit être vérifiée surtout en ce qui concerne la conformité aux dispositions légales publiées pour l'approvisionnement en soins médicaux,

l'exactitude des comptes, qui doivent être vérifiés concernant l'intégralité, la légalité, les informations fournies et une gestion correcte,

l'efficacité, où il faudrait vérifier si une offre en soins médicaux orientée sur les besoins en fonction du nombre des habitants et des affections manifestées existe et si les prestations sont fournies dans les établissements de santé compétents classés selon le degré d'équipement et les possibilités de mettre des soins à la disposition (à commencer par un approvisionnement en soins de base en passant par la médecine alternative jusqu'aux généralistes ainsi que les services de consultation externe, les hôpitaux standard et les grands centres hospitaliers régionaux jusqu'à la médecine de pointe dans les cliniques universitaires centrales),

l'économie par laquelle il faut entendre dans le secteur hospitalier par principe la réalisation de l'objectif concernant la mise à la disposition de soins avec l'utilisation minimale possible de moyens publics et pour le respect de laquelle il faut se référer entre autres à l'utilisation de lignes directrices pour l'adjudication de marchés pour des investissements et pour l'achat, une gestion de personnel équilibrée dans l'ensemble du pays et une exploitation optimale de l'établissement et de son équipement médico-technique comme critères de contrôle ainsi que

la rentabilité qui devrait être mesurée en fonction de l'utilisation de fonds publics pour la mise à la disposition de soins médicaux en tenant compte du standard médical moderne ainsi que de paramètres nationaux et internationaux comme p. ex.

- le nombre d'exams par an à un appareil médical lourd (couteau gamma, cathéter du cœur, RMI etc.) et
- des bases et formules de calcul généralement reconnues et élaborées par le ministère compétent (voir tableau ci-dessous)

## **Bases du calcul**

### **Coûts**

Coûts par lit  
Coûts par jour de soins  
Coûts par patient stationnaire  
Coûts par employé  
Coûts par place d'examen et de traitement  
Coûts par patient ambulatoire  
Coûts par service (traitement) au total  
Coûts par fréquence au total  
Coûts des repas par jour de soins  
Coûts par kg de linge  
Coûts par heure d'atelier

## **Formules de calcul**

Lits occupés en moyenne : 
$$\frac{\text{Jours de soins}}{365 (366)}$$

Exploitation moyenne : 
$$\frac{\text{Jours de soins} \times 100}{\text{Lits} \times 365 (366)}$$

Durée de séjour moyenne 
$$\frac{\text{Jours de soins}}{\text{Patients}}$$

Facteur du personnel : 
$$\frac{\text{Lits occupés en moyenne}}{\text{Employés}}$$

Patients stationnaires : 
$$\frac{\text{Admissions} + \text{sorties} + \text{morts}}{2}$$

## **4. Ressources nécessaires pour le contrôle**

Les ressources matérielles et humaines nécessaires pour le contrôle d'un hôpital doivent par principe être adaptées aux améliorations et économies quantifiables à peu près à l'avance et à attendre selon les expériences du résultat des contrôles. Si un contrôle de thèmes non quantifiables est nécessaire, comme par exemple la mise à la disposition de la

qualité médicale indispensable ou le respect de normes il faut faire une exception de ce critère de sélection.

## 5. Méthodes de contrôle

Comme méthodes essentielles pour un contrôle prometteur des hôpitaux par les ISC, les suivantes doivent être prises en considération :

- Activités de contrôle dans l'hôpital lui-même, comme p.ex. l'inspection sur place des locaux et de la documentation locale, la réalisation d'interviews sur place, le contrôle local de l'organisation structurelle et fonctionnelle disponible, l'identification des responsabilités effectives et le mode de fonctionnement des systèmes de contrôle interne et des systèmes informatiques.
- Demande et analyse de documents écrits comme bilans, pièces justificatives, statistiques, données de la comptabilité analytique, dossiers personnels, procès-verbaux, questionnaires, données de planification etc.
- Comparaisons des chiffres effectifs et des prévisions, c'est-à-dire de l'objectif d'approvisionnement et des prestations d'approvisionnement effectivement mises à la disposition ainsi que
- Contrôle de mesures d'assurance de la qualité par le contrôle de mesures indispensables ou complétées régulièrement à l'hôpital pour assurer la qualité médicale et de l'organisation fonctionnelle.

Pour toutes les méthodes de contrôle, il faudrait veiller à ce que

- les échantillons soient basés sur une fraction sondée suffisante,
- des interlocuteurs appropriés soient sélectionnés pour les interviews,
- les questionnaires et les questions supplémentaires soient rédigés de manière orientée sur les objectifs et compréhensible
- les documents et pièces justificatives soient complets et disponibles dans l'original
- la protection des données ne soit pas violée et
- un rapport de confiance suffisant existe entre le vérificateur et le vérifié.

## **6. Qualification de l'équipe de contrôle**

L'équipe de contrôle devrait comprendre de préférence des experts en sciences économiques et sociales, des juristes et des techniciens (techniciens du bâtiment et de la médecine) étant donné le grand nombre de domaines techniques à vérifier dans le secteur hospitalier. Pour des cas individuels, il faudrait également faire appel à des experts externes comme p.ex. des médecins, des spécialistes du service infirmier et des informaticiens etc.

## **7. Présentation des résultats des contrôles**

Pour une présentation des résultats du contrôle couronnée de succès, c'est-à-dire pour la présentation d'un résultat permettant de remédier à des insuffisances et de réaliser des recommandations, il faut veiller à une présentation compréhensible et à une publication appropriée. Le rapport de contrôle devrait de toute manière comprendre des informations sur l'objet de contrôle et l'objectif du contrôle ainsi que sur la réalisation des objectifs et les données de base de l'hôpital et être structuré en une présentation de l'état de fait et une critique / recommandation. Il faudrait ajouter une prise de position du service contrôlé pour maintenir le droit des parties d'être écoutées, l'ISC devant avoir la possibilité de formuler un contre avis. La publication peut avoir lieu sous forme d'un rapport complet ou partiel qui devrait enfin également être accessible au public.

Des constatations critiques de l'ISC qui ne sont pas poursuivies et des recommandations non réalisées devraient de préférence servir de base à des contrôles de suivi.

---

#### **4. Rapport du groupe de travail 4 (Groupe de travail hispanophone)**

---

### **Le contrôle des services de santé publique dans des zones fortement marginalisées**

#### **1. Portée du contrôle**

La portée ou l'étendue du contrôle devrait inclure non seulement les aspects financiers mais permettre également de mesurer l'efficacité et l'efficacités des prestations de santé publique par le biais d'enquêtes auprès des prestataires et des bénéficiaires des services en question ; dans ce contexte, il importe aussi de tenir compte de l'incidence sociale des prestations sur le groupe spécifique de la population retenu pour le contrôle de gestion.

#### **2. Informations nécessaires**

Il convient, par conséquent, de se procurer des informations exhaustives sur :

- les politiques et programmes spécifiques du gouvernement en matière de santé publique destinés aux catégories les plus défavorisées de la société, tout comme sur les institutions chargées de leur mise en œuvre
- le montant exact des ressources financières impliquées
- la population bénéficiant des programmes et les zones de pauvreté ainsi visées
- les objectifs associés aux programmes
- les indicateurs de mesure des résultats
- le système d'information et de contrôle interne des institutions chargées de la mise en œuvre des programmes.

Dans un contrôle des services médicaux dans des zones fortement marginalisées, il est de la plus grande importance de combiner les aspects relevant du contrôle de gestion avec ceux du contrôle de régularité et de conformité aux lois. Les faits ci-dessous justifient cette démarche :

- Normalement, les systèmes de contrôle interne relatifs au développement de programmes spéciaux présentent des carences ou sont tout simplement inexistantes.
- Lors de l'examen de ces programmes, il convient de mettre l'accent sur les objectifs et résultats escomptés pour améliorer l'état de santé de la population et il convient,

par conséquent, de savoir quel a été l'impact obtenu à la suite de la mise en œuvre de ces ressources.

- Les ressources sont affectées en faveur d'un groupe important de la population et doivent, par conséquent, se traduire par un impact positif.

### **3. Sélection des objectifs de contrôle**

Il va de soi que la réalisation d'un contrôle ne doit pas entraîner un coût supérieur aux bénéfices que l'on escompte en tirer. Au moment de prendre la décision d'effectuer un contrôle donné, il importe de tenir compte non seulement de la quantité des ressources entrant en jeu mais aussi des aspects de nature qualitative.

### **4. Relations avec l'entité faisant l'objet du contrôle**

Pour le vérificateur, la meilleure façon de coopérer avec l'entité faisant l'objet du contrôle consiste à :

- Entretenir des relations cordiales avec le personnel de l'entité, tout en adoptant une attitude impartiale et de soutien vis-à-vis de la direction
- Coopérer et soutenir les services de contrôle interne de l'entité
- Informer, en général, à l'avance l'entité qu'elle fera l'objet d'un contrôle.

### **5. Formation, expérience et compétences**

Vu les normes de contrôle et les caractéristiques de la profession, le vérificateur doit disposer de connaissances spécialisées acquises par le biais d'une formation officielle de vérificateur ainsi que de connaissances relatives à l'administration, l'ingénierie, la comptabilité, les systèmes de TED tout comme au domaine de la santé publique. Le vérificateur doit aussi avoir une conscience morale et accepter la responsabilité sociale inhérente à l'exercice objectif et indépendant d'une profession qui œuvre dans l'intérêt public.

Aujourd'hui, il est indispensable que les opérations de contrôle fassent intervenir des professionnels de différentes disciplines en vue de réaliser des contrôles en bonne et due forme et parvenir à des résultats effectifs.

Dans certains cas, il n'est pas possible d'évaluer simultanément les aspects relatifs à l'efficacité et l'efficacités pour les raisons suivantes :

- Manque de politiques générales et d'objectifs stratégiques
- Absence d'indicateurs
- Temps nécessaire pour mesurer les résultats ou l'impact
- Information qui n'est pas fiable pour être soumise à une évaluation

## **6. Critères de contrôle**

Les critères suivants permettent d'effectuer un contrôle de gestion, par ex . :

- taux de mortalité
- comparaison du niveau des équipements techniques des hôpitaux
- nombre de consultations
- nombre d'enfants nés vivants/d'enfants morts-nés
- rapport lit /médecin
- rapport infirmière/lit
- espérance de vie
- satisfaction des malades
- degré d'utilisation des équipements

## **7. Présentation des résultats du contrôle**

L'avis émis par le vérificateur relève de sa responsabilité et doit, par conséquent, être circonstancié. Il s'en suit que le vérificateur doit uniquement faire confiance aux éléments qu'il est en mesure de vérifier personnellement et de valider. S'il utilise une information corroborée par d'autres, il devra consigner ce fait dans son rapport.

Les résultats et les recommandations doivent être présentés de manière objective, constructive et concise. En outre, les recommandations doivent être formulées de façon à pouvoir être mises en œuvre par l'entité soumise au contrôle.



## **8. Suivi du contrôle**

Tout contrôle se compose des phases suivantes : planification, exécution, établissement du rapport et suivi. Le suivi revêt une grande importance car il permet d'évaluer, une fois le contrôle sur le terrain terminé, si l'entité soumise au contrôle a adopté les mesures destinées à corriger les déficiences détectées conformément aux suggestions formulées par le vérificateur ou aux formules de remplacement préconisées par les cadres supérieurs de l'entité.

A notre avis, un contrôle ne prend pas fin avec la communication des résultats sous forme de rapport mais seulement une fois la phase de suivi terminée, lorsque l'on a pu prendre connaissance de l'impact du travail du vérificateur sous forme d'améliorations apportées à la gestion de l'entité.

## ANNEXES

---

### **I. Nations Unies:**

#### **Role of Supreme Audit Institutions and the Audit of Public Health Services**

---

### **1. A brief note on Supreme Audit Institutions**

#### **SAI structures and relationships with INTOSAI**

The structure, functions, and the status of the supreme audit institutions (SAI) vary from country to country due their respective historic development, political systems, culture, language and regional affiliations. Some SAIs have long traditions, developed over hundreds of years, while others are fairly new. Notwithstanding the variances, it is remarkable that SAIs from all over the world have joined hands under the common umbrella of the International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) and have formulated common codes and standards to which they can individually and collectively subscribe. This, in part, reflects the march towards globalization.

#### **Impact of globalization and accountability**

The pervasive impact of globalization is causing countries to re-examine the role of the state in governance, including the types of and methods by which services to the citizens are delivered. Governments are responding by experimenting and implementing alternate ways of delivering service economically and efficiently with better assurance that planned results and outcomes are achieved. The citizens, armed with universally accessible information, on the other hand, are making increasing demands for responsive institutions and accountability for the resources used in delivering services and the results achieved in a transparent way.

INTOSAI has defined public accountability “as the obligation of persons or entities, including public enterprises and corporations, entrusted with public resources to be answerable for the fiscal, managerial and program responsibilities that have been conferred on them, and to report to those that have conferred these responsibilities on them.” This implicitly assumes the existence of a well defined accountability structure – a structure that consists of systems for delegating authority and reasonably stable organizational structures governed by rules, regulations, procedures and systems that can account for the implementation of the delegated authority. The accountability structure, at the highest level, encompasses the three branches of government – i.e. the legislature, executive and

judiciary, found in most modern democratic governments and individuals at the lowest level of every department, office, branch or entity at all levels of government.

The SAIs' play a critical role in completing the final loop in the accountability cycle. The SAIs' have the onerous task of independently and objectively examining the accounts and other reports prepared by the executive and submitting reports of the results of audits directly or indirectly to the supreme authority, which in most cases would be the elected legislatures and by extension, the citizens. The publication of such audit reports is the most public manifestation of the critical role SAIs play in the public accountability framework.

In the course of their efforts to reform their governance institutions, many countries have found that the capacity of their SAIs needed to be strengthened, partly because of the need to extend audit coverage to areas, which were previously not within their domain. International organizations, including the UN, UNDP and the World Bank Group, having been assisting these SAIs through technical cooperation projects through the cooperation of INTOSAI and other more advanced SAIs.

### **SAIs and INTOSAI standards**

Notwithstanding the fact that the roles and responsibilities of SAIs' are normally determined by the mandates bestowed on them by their national laws, the INTOSAI auditing standards provide invaluable professional guidance on how the SAIs may be organized and how they may implement their mandate more effectively. The standards have also identified the various types of audits that may be conducted. Full scope governmental auditing is defined to include regularity and performance audits. Regularity auditing encompasses the attestation of financial statements and reports as well as review of compliance with applicable laws, regulations and rules and established standards, policies and procedures. Regularity audit would also require the review of the adequacy of internal control systems and internal audits. Performance audits, on the other hand, includes the review of the "economy, efficiency and effectiveness" aspects of government operations.

The demands being placed on governments for greater accountability makes it almost imperative for SAIs to embrace full scope audits. As postulated in the INTOSAI guidelines, by undertaking full scope audits, the SAIs will be able to better fulfill their roles within the accountability framework of their respective countries. And in the process, SAIs could also become an important catalyst for change. SAIs can have a profound effect on the way governments formulate programmes and fund those programmes as well as the methods by which programmes are implemented and managed. In so doing, the SAIs would have added value to their work and contributed significantly to nation building efforts.

## **2. A brief note on public health services**

Before discussing the specific role of SAIs in the audit of public health services, it will be useful to discuss some of the current issues in public health management.

### **Access to health-care and human rights**

Access to reasonable health-care at an affordable cost has long been considered as a basic human right by most countries and all international organizations. It is noteworthy that this human right is even specifically enshrined in the constitutions of some countries. Chile's constitution, for example, states that the government has an obligation to "protect free and egalitarian access to actions that promote, protect, restore health and rehabilitate the health status of individuals".

Good health contributes to the overall quality of life as well as to productivity. Many diseases are not fatal, but disabling. For example some 1 billion people suffer from anemia and this has an obvious debilitating effect on productivity and on health-care costs. Good health contributes to human capital and this is essential to economic growth and national development. This indeed is recognized by the following decisions with respect to health made in recent world conferences:

- All countries should seek to make primary health care, including reproductive health care, available universally by the end of the current decade;
- Governments should promote full access to preventive and curative health-care to improve the quality of life, especially of the vulnerable and disadvantaged groups and in particular women and children;
- Governments should provide more accessible, available and affordable primary health-care services of high quality, including sexual and reproductive health-care.

### **Developments in world health**

The last fifty years has seen impressive gains in world health. People live longer, fewer children and their mothers die in childbirth and many serious diseases have been controlled or eliminated. Factors influencing these trends include:

- Increasing income levels and reduction of poverty;
- Education, particularly of girls and women;
- Adequate food, clean water, and sanitation;

- Health-related public policies and intervention; and
- Scientific and technological advancements.

Because of the disparities in the factors mentioned earlier, the development of world health has been uneven not only among regions and countries, but also within countries. The average life expectancy in industrialized countries exceed 70, while the comparable figure in many developing countries, particularly those in the sub-sahara region, ranges from 45 to 55. A similar pattern is also evident in child mortality rates. Similar patterns, though not as drastic, are also noted among the poorer segments of populations of high- and middle-income countries.

The world bank estimates that a minimum package of public health and clinical interventions in low-income and middle-income countries would require USD 12 and USD 22 per person per year respectively. The world bank estimates that the majority of the world's 1.3 billion people who live in absolute poverty, with incomes of less than USD 1 per day, lack adequate access to essential health services and other basic amenities such a potable water, sanitation and elementary education. In a way, these facts points to the enormity of the problem faced by the world today.

### **Public health service expenditures**

Global spending on health-care in 1994 amounted to about USD 2,330 billion or 9 per cent of gdp, making it one of the largest sectors in the world economy. Industrialized countries accounted for about USD 2,080 billion of the amount. On the other hand, low- and middle-income countries, which accommodate 84 per cent of the world's population, spent USD 250 billion or 11 per cent of the total health expenditure. Notwithstanding the disparities, the sheer size of the health expenditures and the criticality of health outcomes warrant critical examination of the economic and financial policies affecting health-care as well as the management of health systems.

### **Financing public health services - public and private sector mix**

No government can provide health services to meet all the possible needs of its population. However, in many developed countries and middle-income countries, governments have become central to social policy and health care. In the industrialized countries, the publics sector finances nearly 60 per cent of health expenditures. Whereas, in the developing countries, the public sector's share varies from 40 to 60 percent. In some countries such as india and syria, the share is only 30 per cent.

The involvement of governments in health-care is justified both on grounds of: (i) equity – i.e. securing access by the population, particularly the disadvantaged, to health; and

(ii) economic efficiency – in many respects health is a “public good” and hence private markets are inefficient or incapable of providing the service.

On the basis of empirical evidence, economists have concluded that a mixture of both private-public involvement leads to the best results in health-care provision. The optimal mixture will obviously depend on the circumstances prevailing in each country and obviously there cannot be “one size fits all”. The relative capacity of both government organizations as well as the private sector to finance and provide a reasonable package of services will mainly determine the mix.

In order to optimize the use of scarce resources, governments on their part need to carefully plan the provision of a universally accessible, publicly financed packages of public health measures and clinical services, which can help resolve major health problems. Where feasible, governments should actively promote private expenditure on the clinical interventions in the package.

Governments also have a special responsibility to ensure that the health service programmes are properly targeted at the poor and disadvantaged communities and also ensure easy accessibility.

### **Types of services and methods of delivery**

The provision of public health services by governments normally involves a wide range of programmes or activities, some of which are as follows:

- Regulatory – ensuring standards of professionals and private sector services and quality and safety control of drugs, equipment, facilities, etc.;
- Preventive public health services – public hygiene education, nutrition, sanitation, health screening, surveillance, immunization etc.;
- Primary care – provision of general clinical and specialized clinical day care in hospitals and outreach clinics targeted at specific groups – general public, maternity and child care, dental care, dispersed rural population, senior citizens etc.;
- Institutionalized clinical care – hospitals, homes both for general and specialized cases etc.;
- Procurement of drugs, medical supplies and equipment;
- Construction of facilities;
- Research and development; and
- Human development – professional education and development.

The type of health systems chosen to deliver health services may vary from country to country. Many governments deliver the services directly through government departments, hospitals and clinics. Some governments, on the other hand, deliver much of the services

through private sector participation such as self-financing ngos and trusts using various systems of contracting. Most countries in africa and latin america follow the former model while many of the high-income countries, tend to follow the latter model. Many countries also delegate delivery of a mix of health services to sub-national governments through a combination of grants and subsidies.

While each model of health delivery may have its own advantages and disadvantages, it is clear that the competencies required to manage each model are different. Where governments contract private providers or delegate sub-national governments to deliver services, transparent quality and cost control systems need to be established and managed. Such institutional competencies are generally deficient in the low- and middle-income countries.

Many countries also charge user fees ranging from nominal charges to full cost recovery. Many positive and negative issues arise in this respect and raises a range of issues relating from equity to the administrative efficiency of collection.

### **Enhancing performance of public health services**

Increasing health-care budgets alone would not necessarily guarantee the achievement of desired outcomes. Health-care systems have not always been responsive and successful in delivering the right quantity and quality of services. Evidence shows that government spending on health services in many developing countries tends to have benefited the well to do more than the poor. On the other hand, the poor quality of services has caused patients, even in the poorest of countries, to frequently use their meager resources to turn to private providers.

In the last two decades, rich and poor countries alike, have been struggling to design more effective and acceptable policies and operating systems that are capable of delivering responsive, cost-effective and affordable health-care in the public domain. Studies of different policies and delivery systems continue to show that reforms are necessary for:

- Improving equity in access to a range of preventive and clinical services through: (i) reduced geographic, financial, cultural and other barriers; and (ii) interventions that address conditions that are frequent and inexpensive to treat;
- Raising efficiency in the use of scarce resources through better governance, management and accountability mechanisms that promote decentralization and the use of market incentives and minimize opportunities for waste and misuse;
- Improving the effectiveness of interventions through improved clinical management skills; design of more effective basic preventive and clinical packages; improvement in treatment protocols with limited drug formularies; and research and training in efficacy and cost of different interventions;

- Raising the quality of care through incentives, improved information, training and accreditation systems, peer reviews, inspection systems and routine surveillance; and
- Maximizing consumer satisfaction through improved interaction with clients.

### **3. Audit of public health services**

#### **Planning – macro level**

Most SAIs have very wide mandates, but limited resources to fulfill the onerous tasks and therefore choices have to be made as to when specific audits are to be conducted and the amount of resources to be allocated to that effort. Auditing standards do provide guidance on the parameters that should be used in planning the work programme of SAIs.

However, based purely on the sheer size of national public expenditures, health-care services should rank very high on the list of activities requiring attention of most SAIs. Further, as noted earlier, the range of services involved; the various modes of service delivery; as well as the evolving political, ethical and economic issues surrounding health services are likely to present daunting challenges to even the most advanced SAIs in terms of the modalities and the audit approaches to be used. The audit of health service programmes would require a review of a wide range of inputs - staffing; travel; procurement or contracting for supplies, services, equipment, construction; maintenance of facilities and equipment and so on.

#### **Audit scope**

Subject to the respective mandates of each SAI, health services area would benefit from the application of full scope audits, which was alluded to earlier. The impact such audits are likely to accrue on policy makers as well as managers in terms of accountability for results could be profound.

#### **Audit execution planning**

In planning the audit of the health services itself, auditors no doubt would have to clearly identify and analyze the range of risks and vulnerabilities involved. The nature of some of the problems and issues identified in recent research reports were noted earlier. Among the highest risks are obviously: (i) the failure to attain results and outcomes expected of specific health service programmes; and (ii) improper use of resources due to bad management practices, including inadequate planning and coordination, uneconomic procurements, wastefulness, misuse through fraud, misappropriation and corruption etc.



## **Internal controls**

The audit programmes formulated as a result of the risk analysis would obviously seek to determine if managers have indeed established efficient and effective internal control environments necessary to address the identified risks.

Some very interesting discussion papers have been submitted for this conference. We will note that in Mexico, because of inadequate supply of appropriate drugs and nurse absenteeism, the quality of medical care suffered. In the US, on the other hand, it is estimated that care providers were overpaid about USD 12 billion and GAO concludes that sloppy management and poor internal oversight could result in significant financial losses to the government. In Switzerland, the SAI, after a complex audit of a small but controversial programme, concluded that the funds were used properly and effectively for the approved purpose, though subsequent clarifications had to be made with respect to entitlements. All the weaknesses noted could be attributed to the strength or weakness of the management control systems.

While on the subject of control, it must be noted that government systems have been widely criticized for being burdened with excessive regulations and bureaucracy that not only do not add value, but also inhibit efficiency and innovation. The need to control soaring health-care costs, as already pointed out, requires innovations. Auditors in reviewing control systems should carefully weigh the costs and benefits of existing controls as well as those that they recommend to management.

## **Performance measures**

Many governments are reorienting public sector activities to performance and results. As you may know “results based budgeting” is slowly becoming the norm among public sector entities. Implicit in this budgeting system is that management would clearly define performance standards and quantify planned outputs or results. Such systems would also require management to establish proper management information systems, which can be used to collect pertinent data and analyze results. Such clear statements of objectives and expected results as well as supporting systems, if objectively developed, could greatly facilitate auditors establish audit criteria against which to measure their findings, such as shown in the paper submitted by Austria.

SAIs should seriously consider making appropriate recommendations to management where: (i) programme objectives as well as credible and measurable performance targets are not clearly defined; and (ii) performance targets are not being used to monitor actual performance and correct programme directions in a timely way.

### **Benchmarking performance and best practices**

Very often managers in the public sector do not establish performance measurement standards or if they do, they are not realistic or are not revised on the basis of actual experience. Auditors should be mindful of the benefits of using benchmarking and ‘best practice’ examples and ought to use these wherever possible and feasible. Benchmarks can be established on the basis of performances in different units within the organization, different public organizations within the country and by private sector organizations within the country. International benchmarks can also be used ,where appropriate adjustments can be made to local conditions.

### **Exchanging and obtaining information to improve quality of audit**

Discussion forums such as this seminar provide the means for auditors the world over to exchange experiences in the different approaches and techniques used in audits. We further hope that this will provide SAIs and their staff the impetus to slowly establish networks across borders to compare notes and information as to how different approaches can be used in practical terms. The internet has made the world a global village and has enabled the exchange of information at almost no cost.

Numerous SAIs have established their own web sites and post their audit reports and other technical publications on these sites. For instance, you will find that the uk SAI web site has some interesting audit reports on health services, including one on ‘inpatient admissions and bed management in acute hospitals’. Almost all-international organizations have useful web sites. The world bank and who web sites provide some very useful information on health-care services.

## **4. Conclusion**

Public health services will continue to remain a significant activity of governments both in terms of the profound humanitarian and equity issues it entails as well as the level of resources it consumes. Supreme audit institutions, through the regular and properly planned audits of public sector health services can contribute effectively to public accountability and the efficient and effective use of resources. The challenges presented by such audits are immense. Through the sharing of experiences and information the burden can be reduced and more effective audits conducted.

---

## II. Liste des exposés

---

### 1. *Rapports nationaux des ISC*

Algérie	Israël	Mauritanie
Antigua - et - Barbuda	Jordanie	Namibie
Arménie	Lesotho	Népal
Bhoutan	Liban	Oman
Bolivie	Malaisie	Pologne
Burkina Faso	Malawi	Qatar
Cap-Vert	Maldives	Samoa
Chili	Malte	Tunisie
Ethiopie	Maroc	Turquie
Guinée-Bissau	Maurice	

2. *Exposés des ISC*

<b>Auteur</b>	<b>Pays</b>	<b>Titre</b>
Mme Leslie Aronovitz	Etats - Unis d'Amérique	La prévention d'irrégularités par des Institutions Supérieures de Contrôle dans des programmes de santé publique
M. Didier Monnot Mme Regula Durrer	Suisse	Le contrôle des programmes de santé à l'exemple du projet de prescription médicale de stupéfiants à des toxicomanes
DI Heinrich KRAUTSTOFL Mag. Peter STRAKA M. Hermann Wawra Dr. Martin Bartos	Autriche	Le contrôle des hôpitaux par les ISC
C.P. Juan Calderón Montelongo	Mexique	Contrôle de gestion des services médicaux fournis par une institution de santé publique dans des zones présentant un degré élevé de marginalisation économique et sociale
M. Gabriel Mignot	France	Le contrôle de la santé publique par les institutions supérieures de contrôle des finances publiques
M. Hendrik Fehr	Cour des comptes Européenne	L'audit de la Cour des comptes européenne dans le domaine de la santé publique

3. *Exposés d'autres ISC*

<b>Auteur</b>	<b>(Organisation)</b>	<b>Titre</b>
M. Abdel Hamed Bouab	Nations Unies	The Role of Supreme Audit Institutions in Auditing the Public Health Care Sector

---

### III. Liste des participants:

---

Mme Khadidja MESSAOUDI  
Présidente de Chambre  
38 AVENUE AHMED GHERMOUL  
16000 ALGER  
Algérie  
TEL: ++213 (2) 68 43 41, 67 17 46  
FAX: ++213 (2) 67 18 58  
E-MAIL: CDC@WISSAL.DZ

Mme Arah ARMSTRONG  
Director of Audit  
MEMBER OF THE INTOSAI GOVERNING  
BOARD  
THE SOCIAL SECURITY ANNEX  
HIGH STREET  
ST JOHN'S/ANTIGUS W.I.  
Antigua - et - Barbuda  
TEL: ++1 (268) 462 - 0022, 5960  
FAX: ++1 (268) 462 - 0357 (- 1622)

Mme Ruzan ZAZYAN  
Head of International Loans and Credits Audit  
Dep.  
BAGHRAMIAN AVE. 19  
375095 YEREVAN  
Arménie  
TEL: ++374 (2) 52 33 32  
FAX: ++374 (2) 58 85 42  
E-MAIL: VPAL1@PARLIAMENT.AM

Mme Zhanna GEVORGYAN  
Leading specialist of Brieth Analytical and  
Information Methodological Department  
BAGHRAMIAN AVE. 19  
375095 YEREVAN  
Arménie  
TEL: ++374 (2) 52 33 32  
FAX: ++374 (2) 58 85 42  
E-MAIL: VPAL1@PARLIAMENT.AM

M. Dawa TENZIN  
Deputy Chief Auditor  
POST BOX 191  
THIMPHU  
Bhoutan  
TEL: ++975 2 32 23 88, 32 21 12,32 21 11  
FAX: ++975 2 32 34 91  
E-MAIL: RAA-MD@DRUKNET.NET.BT

Lic. Fidel QUISBERT Condori  
Contador Publico  
CASILLA POSTAL 432  
432, LA PAZ  
Bolivie  
TEL: ++591 (2) 37 00 78, 33 14 14 EXT. 501 O  
EXT. 408  
FAX: ++591 (2) 811 35 22 (811 35 21)  
E-MAIL: CGR@CEIBO.ENTELNET.BO

M. Amos OUBDA  
Inspecteur d'Etat  
01 B.P. 617  
OUAGADOUGOU 01  
Burkina Faso  
TEL: ++226 31 16 09 (31 39 16)  
FAX: ++226 30 57 04 (31 49 26)

Mme Natalina LIMA de Fátima Spencer  
Assistante de Vérification  
C.P. 126  
PRÉDIO DA DIOCESANA CENTER  
ASA PRAIA  
Cap-Vert  
TEL: ++238 62 35 52/66  
FAX: ++238 62 35 51

M. Victor Manuel ASTUDILLO Parra  
Contador Auditor de la Contraloria Regional del  
Biobío  
CALLE O'HIGGINS N° 403  
CONCEPCIÓN  
Chili  
TEL: ++56 (41) 24 17 01, 21 30 93 (244 208)  
FAX: ++56 (41) 23 65 71

Mme Kaie KARNIOL  
Audit Manager  
NARVA MNT.4  
EE-15013 TALLINN  
Estonie  
TEL: ++372 640 07 02, 640 07 00, 640 07 721  
(INTERN. LIAISON)  
FAX: ++372 661 60 12  
E-MAIL: KAIE.KARNIOL@SAO.EE

M. Negusie JEMBERE  
Head of an Audit Department  
P.O. BOX 457  
ADDIS ABEBA  
Ethiopie  
TEL: ++251 (1) 56 18 40, 56 18 41  
FAX: ++251 (1) 55 25 94

Dr. Francisco ROSA Cá  
Juge-Conseiller du Tribunal de Comptes  
AVENIDA PANSAU NA ISNA  
CAIXA POSTAL NO 478  
BISSAU  
Guinée-Bissau  
TEL: ++245 22 20 40, 22 20 50  
FAX: ++245 20 22 09, 20 34 95

Mme Ziona ALON  
Assistant Director  
RASHI ST. 66  
P.O. BOX 1081  
JERUSALEM 91010  
Israël  
TEL: ++972 (2) 531 51 01, 531 51 06  
FAX: ++972 (2) 531 51 50  
E-MAIL: ROTHYOSH@NETVISION.NET.IL

M. Ali Saleh ATEYYAT  
Supervisor Auditor  
P.O. BOX 950334  
AMMAN  
Jordanie  
TEL: ++962 (6) 593 01 74 - 593 01 79,  
593 01 91, -08 30, -08 43, -19 14  
FAX: ++962 (6) 593 11 80  
E-MAIL: AUDIT.B@NIC.NET.JO

Mme Manako Leocadia RAMONATE  
Senior Auditor  
P.O. BOX 502  
MASERU  
Lesotho  
TEL: 00266 (3) 23 904 OR 14 247  
FAX: 00266 (3) 103 66

Mme Mirvat MORKOS  
Controller  
AL KANTARI - RUE DE L'ARMÉE  
IMMEUBLE RIZK HELOU  
BEYROUTH  
Liban  
TEL: ++961 (1) 86 02 36; 86 02 52; 37 30 41  
FAX: ++961 (1) 42 46 95, 37 30 40  
E-MAIL: PRESIDENT@COA.GOV.LB,  
ZMAALOUF@COA.GOV.LB

Mme Zainun TAIB  
Senior Auditor  
PEJABAT KETUA AUDIT NEGARA  
JALAN CENDERASARI  
MAL-50518 KUALA LUMPUR  
Malaisie  
TEL: 0060 (3) 443 65 69, 294 64 22  
FAX: 0060 (3) 227 37 497, 291 30 30, 293 02 64  
E-MAIL: JBAUDIT@AUDIT.GOV.MY

M. Laudon Alfred NAZOMBE  
Assistant Auditor General  
P.O. BOX 30045  
CAPITAL CITY/LILONGWE 3  
Malawi  
TEL: ++265 78 07 00  
FAX: ++265 78 30 71

M. Mohamed HUSSAIN  
Deputy Director of Audit  
HURAVEE BUILDING (3RD FLOOR)  
MALE' 20-05  
Maldives  
TEL: ++960 32 39 38  
FAX: ++960 31 64 30  
E-MAIL:  
MALDAGO@DHIVEHINET.NET.MV

M. Harold P. DARMENIA  
NOTRE DAME RAVELIN  
FLORIANA CMR 02  
Malte  
TEL: ++356 22 40 13, 4, 5  
FAX: ++356 22 07 08  
E-MAIL: NAO.MALTA@MAGNET.MT

M. Abdelaziz EZZAIDI  
magistrat à la Cour des comptes  
44 AV. DE FRANCE, AGDAL  
B.P. 706  
RABAT  
Maroc  
TEL: ++212 (7) 77 21 00, 77 30 32  
FAX: ++212 (7) 68 03 77, 77 31 68

Mme Kim Chow CHAN MOO LUN  
Principal Auditor  
14TH FLOOR AIR MAURITIUS CENTRE  
JOHN KENNEDY STREET  
PORT-LOUIS  
Maurice  
TEL: ++230 212 20 96-97, 212 30 91  
FAX: ++230 211 08 80  
E-MAIL: AUDITDEP@BOW.INTNET.MU

M. BÂ SAÏDOU Moussa  
Président de la Chambre des Finances Publiques  
B.P. 592  
NOUAKCHOTT  
Mauritanie  
TEL: 00222 (2) 25 34 04, 25 51 55, 25 71 95,  
25 33 37-549  
FAX: 00222 (2) 549 64

Mme L. VAN SCHALKWYK  
PRIVATE BAG 13299  
WINDHOEK 9000  
Namibie  
TEL: ++264 (61) 23 74 43  
FAX: ++264 (61) 22 43 01  
E-MAIL:  
LVANSCHALKWYK@OAG.GOV.NA

M. Raja Ram SEDHAIN  
Assistant Auditor General  
P.O. BOX NO. 13328  
KATHMANDU  
Népal  
TEL: ++977 (1) 262381, 262415, 262417,  
262649  
FAX: ++977 (1) 26 27 98  
E-MAIL: OAGNP@MAIL.COM.NP

M. Younis AL TOOBI  
THE PALACE - MUSCAT  
P.O. BOX 727  
MUSCAT, POSTAL CODE 113  
Oman  
TEL: ++968 73 62 20, 73 62 17, 73 62 19  
FAX: ++968 740 - 264

Mme Danuta GAJDUS  
Deputy Director of Health and Physical Culture  
Dep.  
P.O.BOX P-14  
PL-00-950 WARSZAWA  
Pologne  
TEL: ++48 (22) 825 81 93  
FAX: ++48 (22) 825 89 67  
E-MAIL: WSM@NIK.GOV.PL,  
NIK@NIK.GOV.PL

M. Abdullah Hilal AL-KUWARI  
P.O. BOX 2466  
DOHA  
Qatar  
TEL: ++974 44 10 00  
FAX: ++974 41 21 01  
E-MAIL: QSAB@QATAR.NET.QA

M. Tamaseu Leni WARREN  
Controller and Chief Auditor  
P.O. BOX 13  
APIA  
Samoa  
TEL: ++685 254 23, 205 51  
FAX: ++685 241 67

M. Taoufik BOUFAIED  
magistrat conseiller à la Cour de Comptes  
25, AVENUE DE LA LIBERTÉ  
1004 TUNIS  
Tunisie  
TEL: 00216 (1) 83 10 33, 75 36 82, 83 13 75  
FAX: 00216 (1) 83 12 53

M. Ömer KARAMOLLAOGLU  
Auditor  
06100 ULUS ANKARA  
Turquie  
TEL: ++90 (312) 311 23 28, 311 21 69  
FAX: ++90 (312) 310 65 45  
E-MAIL:  
OMER.KARAMOLLAOGLU@HAZINE.GOV.  
TR

---

#### IV. Liste des conférenciers:

---

DI Heinrich KRAUTSTOFL  
FACH 240  
A-1033 WIEN  
Autriche  
TEL: ++43 (1) 711 71-8239  
FAX: ++43 (1) 711 71-8494

Mag. Peter STRAKA  
FACH 240  
A-1033 WIEN  
Autriche  
TEL: ++43 (1) 711 71-8342  
FAX: ++43 (1) 711 71-8494

M. Herrmann WAWRA  
FACH 240  
A-1033 WIEN  
Autriche  
TEL: ++43 (1) 711 71-8180  
FAX: ++43 (1) 711 71-8494

Dr. Martin BARTOS  
FACH 240  
A-1033 WIEN  
Autriche  
TEL: ++43 (1) 711 71-8344  
FAX: ++43 (1) 711 71-8494

Mme Leslie ARONOVITZ  
SUITE 700  
200 W. ADAMS ST.  
CHICAGO, IL. 60606  
Etats- Unis d'Amérique  
TEL: ++1 (312) 220-7767  
FAX: ++1 (312) 220-7726  
E-MAIL: ARONOVITZL.CHRO@GAO.GOV

M. Gabriel MIGNOT  
Président de la 6e Chambre  
13, RUE CAMBON  
F-75100 PARIS  
France  
TEL: ++33 (1) 42 985 973  
FAX: ++33 (1) 42 989 657  
E-mail: Gmignot@ccomptes.fr

Prof. Dr. Hendrik FEHR  
Abteilungsleiter  
CDCG 2/04 (GEBÄUDE)  
12, RUE ALCIDE DE GASPERI  
L-1615 LUXEMBURG  
Luxembourg  
TEL: ++352 43 98 - 45503  
FAX: ++352 43 98 - 46503  
E-MAIL: HENDRIK.FEHR@ECA.EU.INT

C.P. Juan CALDERÓN Montelongo  
Subcontador Mayor de Hacienda  
AV. COYOACÁN NO. 1501, CAL DEL  
VALLE  
DELEGATION BENITO JUÁREZ  
MÉXICO D.F. C.P. 06600  
Mexique  
TEL: ++52 (5) 524 12 65  
FAX: ++52 (5) 534 18 91  
E-MAIL: CMHASESOR@MEXIS.COM

Dr. James ROBERTSON  
Director, Health  
157-197 BUCKINGHAM PALACE ROAD  
VICTORIA  
LONDON SW1W 9SP  
Royaume - Uni  
TEL: ++44 (171) 798 - 7821, ODER ++44 (20)  
7798-7821  
FAX: ++44 (171) 931 - 9072  
E-mail: nao@gtnet.gov.uk

M. Didier MONNOT  
MONBIJOUSTRASSE 51A  
CH-3003 BERN  
Suisse  
TEL: ++41 (31) 323 10 48  
FAX: ++41 (31) 323 11 00  
E-MAIL:  
DIDIER.MONNOT@EFK.ADMIN.CH

Mme Regula DURRER  
MONBIJOUSTRASSE 51A  
CH-3003 BERN  
Suisse  
TEL: ++41 (31) 323 10 48  
FAX: ++41 (31) 323 11 00



---

**V. Liste des observateurs:**

---

M. Jens PETERSEN-THUMSER  
Fachbereichsleiter in der DSE/ZWS  
POSTFACH 27 06 61  
D-13476 BERLIN-TEGEL  
Allemagne  
TEL: ++49 (30) 43 99 6 - 333  
FAX: ++49 (30) 43 99 6 - 336  
E-mail: j.petersen@dse.de

---

**VI. Secrétariat de la réunion:**

---

M. Abdel Hamed Bouab  
Officer-in-Charge Public Finance and Enterprise  
Management Branch  
United Nations  
PFBDB / DGPAF / DDSMS  
Room DC1-0964  
New York, N.Y. 10017  
Etats - Unis d'Amérique  
Tel: ++1 (212) 963 - 8406, 963 - 2916  
Fax: ++1 (212) 963 - 9681

Dr. Franz Fiedler  
Président de la Cour de Comptes  
Secrétaire général de l'INTOSAI  
Cour de Comptes  
Fach 240  
A-1033 Vienne  
Autriche  
Tel: ++43 (1) 711 71 - 8456  
Fax: ++43 (1) 712 94 25

Mag. Reinhard Rath  
Directeur  
Cour de Comptes  
Fach 240  
A-1033 Vienne  
Autriche  
Tel: ++43 (1) 711 71 - 8350  
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Dr. Gertrude Schlicker  
Directeur adjoint  
Cour de Comptes  
Fach 240  
A-1033 Vienne  
Autriche  
Tel: ++43 (1) 711 71-8330  
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Mag. Michaela Ott - Spracklin  
Cour de Comptes  
Fach 240  
A-1033 Vienne  
Autriche  
Tel: ++43 (1) 711 71-8473  
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Mag. Monika Gonzalez-Koss  
Cour de Comptes  
Fach 240  
A-1033 Vienne  
Autriche  
Tel: ++43 (1) 711 71-8474  
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Mme Claudia Simeonoff  
Cour de Comptes  
Fach 240  
A-1033 Vienne  
Autriche  
Tel: ++43 (1) 711 71-8478  
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Mme Gabriela Eger  
Cour de Comptes  
Fach 240  
A-1033 Vienne  
Autriche  
Tel: ++43 (1) 711 71-8572  
Fax: ++43 (1) 718 09 69

Mme Andrea Vilimek  
Cour de Comptes  
Fach 240  
A-1033 Vienne  
Autriche  
Tel: ++43 (1) 711 71-8228  
Fax: ++43 (1) 712 94 25

M. Georg Jerabek  
Cour de Comptes  
Fach 240  
A-1033 Vienne  
Autriche  
Tel: ++43 (1) 711 71-8434  
Fax: ++43 (1) 712 94 25