

4

Corruption et crise des hôpitaux publics à Douala: le schémas d'une organisation tripolaire

Victor Bayemi

Introduction

Depuis la fin des années 1980, le système public de santé au Cameroun en général et à Douala en particulier, est confronté à une grave crise hospitalière qui a conduit à de profondes réformes. L'analyse des causes a conduit à la mise en relief d'une multitude de facteurs expliquant la décadence du système hospitalier par une politique sanitaire inadaptée qui, à travers la baisse de plus de 50% des salaires des personnels médical et paramédical et les mauvaises conditions de travail, a privilégié la faible productivité du travail. D'autres analyses ont mis en cause la rareté des ressources en soulignant qu'à Douala, il y a seulement: 1 médecin pour 7 023 habitants, 1 infirmier pour 1 784 habitants, 1 pharmacie pour 55 016 habitants. D'autres encore mettent l'accent sur l'iniquité du système dans la mesure où les pauvres ont difficilement accès aux services de base et que les soins offerts sont de piètre qualité (Ministère de la Santé publique 2001).

À ces facteurs pertinents, il nous semble indispensable d'ajouter, pour une bonne compréhension de la crise des hôpitaux publics, la corruption comme une variable explicative essentielle.

En effet, depuis que le Cameroun a été classé, successivement en 1998 et 1999, au premier rang des pays les plus corrompus du monde, par l'ONG Transparency international, les dirigeants de ce pays ont pris conscience du fait que la corruption a élu domicile dans leurs administrations. Cependant, ces autorités ignorent l'organisation de la corruption qui prévaut dans ces administrations et, en particulier, dans le système public hospitalier.

À la suite de Rose-Ackerman (1978), la plupart des études [Shleifer et Vishny (1993), Cartier Bresson (1998)] soulignent que l'organisation des échanges de corruption peut être centralisée ou décentralisée. Dans le premier cas, les acteurs

acceptent une règle de jeu préétablie et le corrupteur qui verse une fois le pot de vin est sûr d'être servi. Dans le second cas, pour le même service demandé, l'usager peut donner plusieurs fois le pot de vin, sans l'assurance d'être servi. L'échange peut même être anarchique et caractérisé par les marchandages permanents (les montants instables).

Ces études sont importantes car elles montrent que la corruption centralisée est moins dommageable que la corruption décentralisée. Leur limite est due au fait qu'elles ne prennent pas suffisamment en compte les liens qui existent entre les pratiques de corruption dans le secteur public et le fonctionnement non seulement du secteur privé mais aussi du secteur informel.

L'objet de ce papier est d'étudier l'organisation de la corruption dans les hôpitaux publics de Douala et son impact sur l'allocation des ressources.

Plus précisément, dans un premier temps, en s'appuyant sur les entretiens effectués auprès des personnels des hôpitaux publics de Douala et sur les apports du modèle de monopole, nous allons montrer qu'à la suite de la baisse drastique des salaires, les médecins de ces hôpitaux ont changé de comportement à travers trois phénomènes:

- la perception des pots de vin;
- le transfert des patients de l'hôpital public vers l'hôpital privé;
- le transfert des malades de l'hôpital public vers le centre informel de santé.

Ces phénomènes sont à la base d'une organisation tripolaire de la corruption.

Dans un deuxième temps, nous analyserons les effets de cette organisation sur l'offre et la demande des soins de santé.

L'organisation tripolaire de la corruption

Nous allons construire un circuit de corruption où un médecin, en situation de monopole, fait face à une multitude de malades dans trois pôles: l'hôpital public, l'hôpital privé et le centre informel de santé. Avant de décrire le comportement de ce médecin face aux patients dans chacun de ces pôles, nous allons d'abord discuter des hypothèses qui fondent cette organisation.

Les hypothèses de l'organisation

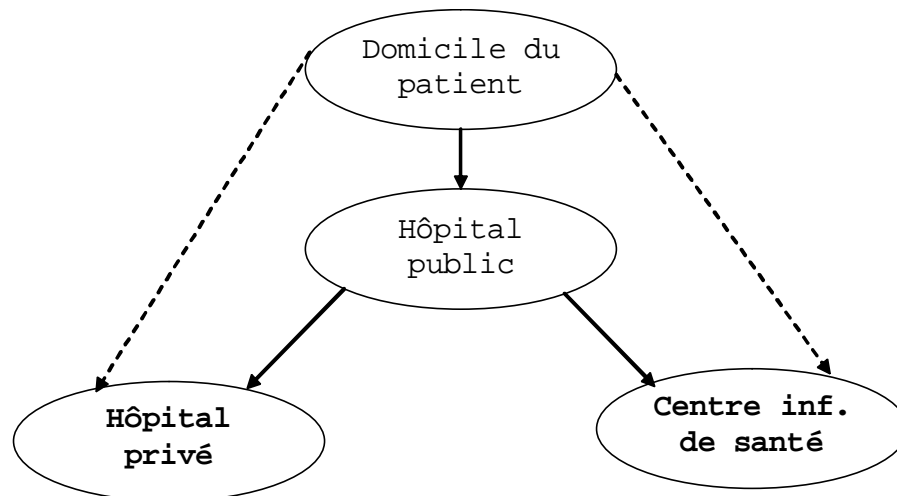
Nous distinguons trois hypothèses. Les deux premières sont relatives au comportement du médecin et la dernière concerne la stratégie des patients dans le choix de l'établissement sanitaire où ils doivent se soigner.

Dans la première hypothèse, nous supposons que nous avons à faire à un médecin en situation de monopole vis à vis des patients. Il a un pouvoir discrétionnaire qui lui permet de s'absenter de l'hôpital public et d'aller soigner les patients soit dans un hôpital privé, soit dans un centre informel de santé à des heures où contractuellement. Il devrait être présent à son poste de travail de l'hôpital public. En clair, il peut réduire l'offre de travail (Shleifer et Vishny 1993) sans être inquiété par la hiérarchie.

Cette hypothèse est restrictive dans deux cas. Premièrement, si le directeur de l'hôpital public veille au respect des lois et règlements en vigueur et, en particulier, à l'obligation de l'employé à venir à temps au lieu de service et à être présent à son poste pendant la durée officielle du travail. Cependant, elle devient réaliste, dans le cas où le directeur est laxiste ou joue de complicité avec le médecin. Deuxièmement, elle est restrictive si la pression populaire (Rijckeghem et Weder 1997) s'oppose à la corruption. Mais, à Douala, nous supposons que cette pression est faible.

La deuxième hypothèse est qu'à son poste de travail de l'hôpital public, le médecin a la possibilité de détourner les malades en les conseillant d'aller plutôt se faire soigner, soit à l'hôpital privé soit au centre informel de santé. Ce conseil est d'autant plus suivi que le médecin a un monopole informationnel sur le patient. « Dans les services médicaux, les discussions entre le patient et le médecin sont telles que ce dernier possède généralement un niveau de connaissances des problèmes immédiats (diagnostics et traitement) sensiblement plus grand. De plus, l'incitation à délivrer l'information n'est pas la même chez le médecin que chez le patient. Celui-ci veut visiblement informer le médecin, mais ce dernier n'a pas la même attitude. L'Obligation professionnelle, l'éthique et la responsabilité personnelle devraient amener le médecin à se montrer ouvert et honnête. Cependant, la simple motivation du profit peut le conduire à se comporter autrement. Pour dire les choses simplement, le médecin a la possibilité de tromper son patient et, ce faisant, de lui soutirer davantage d'argent » (Charles Phelps 1995).

Dans la troisième hypothèse, nous supposons que chaque patient part d'abord de chez lui pour se soigner à l'hôpital public. Lorsqu'il ne trouve pas la guérison dans cet hôpital, il va se faire soigner soit au privé soit à l'informel. Graphiquement, cet itinéraire thérapeutique est le suivant:



Cet itinéraire est restrictif dans la mesure où le patient peut partir de chez lui pour le centre informel de santé ou pour l'hôpital privé sans passer par l'hôpital public. Mais, en supposant que le patient cherche à bénéficier des prix moins élevés devant être pratiqués à l'hôpital public comparativement à ceux pratiqués ailleurs, il va d'abord dans celui-ci.

Une fois que ces trois hypothèses sont vérifiées, le médecin affiche un comportement que nous allons décrire à chaque pôle.

Le comportement du médecin dans les trois pôles

Nous allons décrire le comportement du médecin selon qu'il se trouve au privé, au public ou au centre informel de santé.

Le premier pôle: le médecin à l'hôpital public

La baisse drastique des salaires a poussé les médecins de Douala à adopter des attitudes relatives aux deux premières hypothèses. Le pouvoir discrétionnaire dont jouit le médecin lui permet de collecter les pots-de-vin auprès des patients en contrepartie des soins de santé offerts. À Douala, les pratiques de corruption se révèlent dans la quasi-totalité des services publics hospitaliers (Bernard Hours 1985). On peut distinguer ces pratiques selon qu'il s'agit de la radiologie, des examens de laboratoires, de la pharmacie, de la vente des médicaments et, enfin, des consultations.

Dans la radiologie et le laboratoire, la pratique la plus courante consiste à faire croire au patient que le service ne possède plus de consommables ou que les machines sont en panne. Les techniciens de la radiologie ou ceux du laboratoire lui suggèrent alors le paiement d'une certaine somme afin d'obtenir par exemple un film pour la radio ou un réactif pour le laboratoire. Les patients qui ne passent pas par ces circuits subissent des retards dans la réalisation de leurs examens de santé. Les consommables achetés pour les centres hospitaliers et auxquels les patients devaient accéder aux prix officiels, sont plutôt revendus à des prix plus élevés que ces derniers au profit des agents corrompus.

Concernant la pharmacie, la vente abusive des remèdes peut se manifester au moins de deux façons. Dans le premier cas, il y a des médecins qui vendent des échantillons médicaux. Pourtant, il s'agit des remèdes qui leur sont offerts, à titre publicitaire ou d'expérimentation, par des délégués médicaux et qui devraient être donnés gratuitement aux patients. Deuxièmement, suite à la consultation du patient, certains praticiens cupides (Vito Tanzi 1998) faussent souvent le diagnostic et, partant, la prescription médicale dans le but d'écouler leurs propres remèdes. À leur poste de travail, ils prescrivent des remèdes qu'ils possèdent et les vendent aux malades.

Pour ce qui est de la consultation, le principe veut que le droit d'être consulté soit payé à la caisse à un montant officiel connu de tous. Dans la réalité, on distingue au moins deux pratiques différentes de ce principe. Premièrement, certains médecins exigent que les malades leur versent une somme additionnelle en plus du paiement du droit officiel à la consultation. Deuxièmement, d'autres exigent

que chaque malade leur verse une somme irrégulière et ne cherchent pas à savoir si le malade s'est acquitté du versement de la somme officielle demandée à cet effet. C'est ces deux cas de corruption que Shleifer et Vishny (1993) appellent respectivement corruption sans vol et corruption avec vol.

Par ailleurs, à partir de son poste de l'hôpital public, le médecin peut inviter certains patients à le rencontrer dans un centre informel de santé.

Le second pôle: le médecin au centre informel de santé.

Soit un centre informel de santé qui est une propriété du médecin. Un tel centre est souvent situé au domicile de son propriétaire. Les soins de santé y sont offerts en contrepartie d'un paiement fixé par le médecin. Ces soins sont donnés de manière informelle dans la mesure où le propriétaire n'a pas l'autorisation d'ouverture d'un tel centre.

Dans ce centre, le médecin travaille, souvent, à des heures où contractuellement il devrait occuper son poste au sein de l'hôpital public. En le faisant, le médecin utilise pour son propre compte une partie du temps de travail contractuel avec l'État. Le domicile du médecin devient premièrement un lieu où se donnent des soins autrefois dispensés uniquement à l'hôpital, et deuxièmement, un lieu où se rencontrent diverses personnes dont on peut déterminer les responsabilités: une infirmière embauchée par le centre informel et qui seconde le médecin, un ou plusieurs membres de la famille de la personne malade dont le rôle est d'assister cette dernière (Eric Gagnon 2001). Mais, en dehors du centre informel de santé, le détournement des patients peut se faire au profit de l'hôpital privé.

Le troisième pôle: le médecin à l'hôpital privé

Contrairement au centre informel de santé, l'hôpital privé est un établissement formel reconnu comme tel par les pouvoirs publics et en particulier par le Ministère de la Santé. Juridiquement, les soins offerts au centre informel de santé sont illégaux contrairement à ceux du privé.

Du fait du transfert des responsabilités des services publics vers les services privés, cet hôpital apparaît comme un pôle actif dans l'organisation de la corruption.

En effet, sans courir les risques de sanction, à certaines heures de la journée, le médecin de l'hôpital public peut s'absenter de son lieu de travail et aller servir les patients dans un établissement privé. Dans ce dernier, il est payé généralement au prorata du nombre de patients qu'il soigne; il a donc intérêt à soigner un nombre élevé de malades. Pour accroître la quantité de patients soignés, le médecin a intérêt à détourner un nombre important de malades de l'hôpital public vers l'hôpital privé.

Le comportement du médecin qui soigne à domicile est différent de celui du médecin qui soigne dans un hôpital privé car, à domicile, il gère tous les paiements effectués par les malades en tant que propriétaire du centre, alors qu'à l'hôpital privé, c'est des employés qui gèrent les sommes d'argent que versent les patients.

Le propriétaire de l'hôpital privé paie l'impôt à l'opposé de celui du centre informel. Le dénominateur commun à ces trois pôles est que les actes de corruption qui s'y déroulent sont effectués par le même acteur principal à savoir le médecin de l'hôpital public. En détournant les patients de l'hôpital public au profit de l'hôpital privé ou de son domicile, le médecin utilise abusivement, pour son compte propre, la charge publique qui lui est confiée. Cette organisation de la corruption qui passe par l'hôpital public, l'hôpital privé et le centre informel de santé n'affecte pas de la même façon les différents acteurs qui sont: les médecins, les patients et les hôpitaux privés et publics.

Les effets de l'organisation tripolaire de la corruption

L'organisation de la corruption que nous venons de décrire révèle, pour le patient, trois confusions: entre la caisse de l'hôpital public et celle du médecin, entre l'hôpital public et l'hôpital privé formels et enfin entre l'hôpital public et le centre informel de santé. En mettant en relief ces différentes confusions, nous analyserons en même temps leurs effets respectifs sur les acteurs du domaine de la santé.

Premier effet: Une confusion entre la caisse de l'hôpital public et celle du médecin. Au Cameroun, il est courant de distinguer le trésorier de l'hôpital public du médecin. Le premier a pour rôle d'encaisser les paiements des actes médicaux alors que le second est là pour consulter et traiter les malades. Cette distinction repose essentiellement sur la répartition professionnelle des tâches que chaque acteur doit accomplir.

Or avec les changements que nous venons de décrire au premier pôle, cette distinction devient inopérante notamment dans le cadre de la corruption avec vol. Désormais les médecins perçoivent des pots-de-vin en contrepartie des soins offerts et les patients ne versent plus rien dans les caisses de l'hôpital public. Pour le patient, il y a confusion entre la caisse de l'hôpital et celle du médecin.

Par contre, cette confusion est moindre dans le cas de la corruption sans vol car, pour un acte médical demandé, le patient paie d'abord la somme exigée par l'hôpital public et ensuite le montant demandé officieusement par le médecin. Auprès du trésorier de l'hôpital public, le versement des sommes se fait en contrepartie d'un reçu qui atteste que le patient a effectivement payé.

Dans plusieurs hôpitaux publics de Douala, à l'instar de l'hôpital Laquintinie et l'hôpital Deido, les médecins chefs ont mentionné sur les tableaux d'annonces à l'intention des usagers: « payer à la caisse ». Par cette mention, les dirigeants de ces hôpitaux demandent aux malades de ne pas verser de l'argent dans les caisses officieuses des médecins. Le patient qui verse une somme irrégulière au médecin ne reçoit pas en contrepartie un reçu de versement. La distinction entre le versement effectué auprès du trésorier de l'hôpital et celui effectué auprès du médecin repose essentiellement sur l'existence ou non de ce reçu de versement. La confusion entre la caisse de l'Etat et celle du médecin cause beaucoup de tord aux patients et quelque avantage au médecin.

Pour le médecin qui se situe du côté de l'offre de la corruption, l'opportunité de perception des pots-de-vin permet un accroissement des revenus personnels. Toutes choses étant égales par ailleurs, le pouvoir d'achat augmente et le médecin peut retrouver le niveau de vie qui était le sien avant la baisse des salaires. Lafay (1990) déclare que: « certaines formes de corruption peuvent être un moyen de contourner des règles inutilement contraignantes, d'éviter des pénuries, d'atténuer les conséquences de décisions politiques inadéquates ou même d'attirer des fonctionnaires efficaces (en leur permettant d'obtenir un complément de leur salaire officiel) ».

Si on considère que le fait de diminuer de plus de 50% les salaires au Cameroun est une décision politique inadéquate, on peut penser que les sommes irrégulières que les médecins perçoivent à Douala, en contrepartie des soins médicaux permettent d'atténuer les effets pervers de cette décision: « si le gouvernement a pris une mauvaise décision, la voie ouverte par la corruption peut bien se révéler meilleure » (Leff 1964). Cependant, les cas de corruption socialement désirables sont vraisemblablement très limités, car l'avantage précédent s'accompagne souvent des coûts encore plus importants.

En effet, pour les patients, l'accès aux soins de santé nécessite désormais plus de dépenses qu'auparavant, dans la mesure où ils doivent payer le prix officiel des soins auprès du trésorier sans oublier la somme irrégulière à verser auprès du médecin (corruption sans vol). Pour le patient, le non-versement d'un pot-de-vin au médecin peut causer l'accès tardif ou le nonaccès aux soins médicaux. La hausse de prix ne permet plus à certains habitants et, en particulier, aux démunis, de se soigner. L'état de santé des plus pauvres se détériore.

Du côté du trésor public, la hausse des prix des soins médicaux entraîne la diminution des recettes dans la mesure où, du fait de la hausse des prix, certains malades évitent désormais de se soigner à l'hôpital public. Cette réduction des revenus détériore, en retour, la qualité des services publics offerts (Bearse, Glomn et Janela 2000). Les usagers évitent d'acheter les services de mauvaise qualité réduisant ainsi les recettes de l'État et l'habileté du gouvernement à offrir des services publics de qualité (Gupta, Davoodi, et Tiongson 2000).

Deuxième effet: une confusion entre le public et le privé formels

Cet effet résulte du fait que le malade qui va se soigner à l'hôpital public est détourné de celui-ci au profit du privé. Au Cameroun, comme partout ailleurs, on distingue généralement l'hôpital public de l'hôpital privé par le fait que le premier a pour objectif de favoriser l'accès de la majorité des populations aux soins de santé alors que le second a un but lucratif et vise surtout à soigner ceux des malades qui ont un pouvoir d'achat élevé. Cette distinction repose essentiellement sur une vision d'intérêt général par opposition à l'intérêt privé.

Compte tenu des changements que nous venons de décrire au troisième pôle, cette distinction n'est plus pertinente pour deux raisons au moins. Premièrement, au sein de l'hôpital public, le fait que le médecin demande aux patients d'aller se faire soigner au privé [alors qu'il aurait pu les soigner, à bas prix, dans l'hôpital

public] atteste le transfert de responsabilités du public vers le privé. Deuxièmement, à partir du moment où le prix du soin médical comprend le prix officiel et le pot-de-vin, les prix pratiqués dans les hôpitaux publics peuvent égaler et même dépasser ceux des hôpitaux privés. Pour les patients, les différences de prix entre le public et le privé, qui les attireraient vers le premier tendent à disparaître. Il y a confusion entre le privé et le public.

Le secteur privé contribue à la diminution du nombre de patients devant se soigner dans le secteur public et à l'expansion de la corruption grâce au poste de travail qu'il offre au médecin de l'hôpital public et qui conduit parfois ce médecin non seulement à abandonner le public au profit du privé, mais aussi à détourner les malades du public au profit du privé. La corruption n'est plus seulement connectée au secteur public, mais aussi au secteur privé (Vito Tanzi 1998). En dehors de la confusion qu'on observe entre le public et le privé formels, le brouillage peut aussi naître entre le public et l'informel.

Troisième effet: une confusion entre le secteur public et le secteur informel

Au Cameroun, il est courant de distinguer les soins formels des soins informels de santé. Les soins formels sont offerts par les établissements officiels publics ou privés alors que les soins informels sont donnés par les établissements officieux. Les établissements d'offre de soins formels sont supposés avoir rempli les conditions réglementaires imposées par les pouvoirs publics à tous ceux qui veulent obtenir une autorisation d'ouverture d'un tel établissement. Il s'agit non seulement de disposer de moyens matériels et humains permettant de faire fonctionner un centre de santé, mais aussi de payer l'impôt.

Les usagers sont généralement sûrs de la compétence des personnels qui travaillent dans les établissements formels, car on suppose que ces établissements remplissent les conditions d'ouverture imposées par les pouvoirs publics. Au contraire, des établissements informels caractérisés par le non-respect de la réglementation en vigueur n'offrent pas de garantie aux usagers. Par conséquent, aux yeux des patients, la compétence des personnels médicaux qui travaillent dans les établissements informels est généralement douteuse. La distinction entre l'informel et le formel repose finalement sur le respect ou non de la loi et de la réglementation en vigueur et, en particulier, les conditions d'ouverture d'un établissement de santé. Cette différenciation est souvent utilisée par les chercheurs pour séparer le formel de l'informel.

À Douala, le fait que le médecin de l'hôpital public travaille à la fois à l'hôpital public et au centre informel, et le fait qu'à partir de l'hôpital public le patient est invité par le médecin à aller se soigner à l'informel rendent inopérante une distinction entre le formel et l'informel. Pour le malade, il y a confusion entre le service public et le service informel, puisqu'il peut accéder aux soins médicaux offerts par le même médecin ici ou là. Tout se passe comme si le centre informel de santé est un pavillon de l'hôpital public. Cette confusion entre l'informel et le formel affecte différemment les patients, les médecins et le trésor public.

Concernant les patients, les effets se révèlent à deux niveaux: d'abord, le médecin devient indisponible au sein de l'hôpital public puisqu'il soigne à l'informel au moment où il devait être à l'hôpital public. Dans ce dernier, les longues files d'attente de patients se constituent pour attendre l'arrivée du médecin. Cette attente réduit l'accès des patients aux soins de santé. Ensuite, les services vendus au centre informel de santé étant lucratifs, les malades reçus payent généralement plus cher comparativement aux usagers qui sont soignés dans les hôpitaux publics sans verser les pots-de-vin.

Du côté du médecin, le mode d'intervention à l'informel entraîne deux conséquences positives. *Premièrement*, les revenus des médecins s'accroissent puisque, ce que les patients versent pour payer des soins revient directement au médecin propriétaire du centre informel. De plus, ce médecin continue à percevoir le salaire auprès du Ministère de la Santé publique. *Deuxièmement*, au sein de l'hôpital public, l'absence du médecin à son poste d'emploi oblige les patients à créer une file d'attente qui devient, pour lui, une source de revenus. À son arrivée tardive à l'hôpital, le médecin a l'opportunité de collecter les pots-de-vin auprès des patients prêts à payer un surprix pour obtenir un accès privilégié (Lui 1985).

Conclusion

Dans ce papier, nous avons analysé l'organisation de la corruption et discuté des effets de cette organisation sur les principaux acteurs du fonctionnement des hôpitaux publics de Douala. Il apparaît que la corruption prospère dans ces hôpitaux à travers un circuit qui comprend l'hôpital public, l'hôpital privé et le centre informel de santé. Le fonctionnement de ce circuit crée trois confusions chez les patients: entre la caisse officieuse du médecin et la caisse du trésorier de l'hôpital public, entre ce dernier et l'hôpital privé et enfin entre l'hôpital public et le centre informel de santé. Ces confusions affectent négativement les revenus des patients et de l'hôpital public et positivement ceux de l'hôpital privé et du médecin. Cependant, on peut se demander quel est l'effet global net de ces confusions sur le bien-être des populations de la ville de Douala? Dans la mesure où la corruption suscite l'accroissement des prix des soins médicaux, elle empêche à l'hôpital public d'accomplir sa mission qui consiste à faciliter l'accès de la majorité de la population aux soins. De plus, cette corruption interfère sur la confiance des patients vis-à-vis des hôpitaux public et la crédibilité du système d'offre publique de soins. Dans le but d'améliorer la santé des populations de Douala, il est nécessaire d'engager une réflexion profonde pour combattre l'organisation hospitalière de la corruption à Douala.

Bibliographie

- Banque mondiale, 1993, *Rapport sur le développement dans le monde: Investir dans la santé*, Washington DC, USA.
- Bardhan, P., 1997, 'Corruption and Development: A Review of Issues', *Journal of Economic Literature*, Vol. 35 (September), pp. 1320-46.

- Bearse, P., Glomm, G. and Janeba, E., 2000, 'Why Poor Countries Rely Mostly On Redistribution In-Kind', *Journal of Public Economics*, Vol. 75 (March), pp. 463-81.
- Cartier B. J., 1998, « Les Analyses économiques des causes et des conséquences pour les PED », *Mondes en Développement*, tome 25, pp. 102-25.
- Ehrlich, I., and Lui, F. T., 1999, 'Bureaucratic corruption and Endogenous Growth', *Journal of Political Economy*, Vol. 107 (December), pp. 270-93.
- Gabah, I., 2001, « Les médecins acteurs dans les systèmes de santé. Une étude de cas au Burkina Faso », in *Systèmes et politiques de santé*, sous la direction de Bernard Hours. Paris, Éditions Karthala.
- Gagnon, E., 2001, « Soins domestiques et services publics: une transformation de l'espace des soins au Québec », in *Systèmes et politiques de santé*, sous la direction de Bernard Hours, Paris, Éditions Karthala.
- Gruénaïs, M., 2001, « Communauté et État dans les systèmes de santé en Afrique, in *Systèmes et politiques de santé*, sous la direction de Bernard Hours, Paris, Éditions Karthala.
- Gupta, S., Davoodi and H. Tiongson E., 2000, 'Corruption and the Provision of Health Care and Education Services', IMF Working Paper WP/00/16.
- Hours, B., 1985, *L'État sorcier: santé publique et société au Cameroun*, Paris, l'Harmattan.
- Huntington, S. P., 1968, *Political Order in Changing Societies*, New Haven, Yale University Press.
- Jones, C. and Roemer, M. (eds), 1989, 'Modeling and Measuring Parallel Markets in Developing Countries', *World Development*, Vol. 17, 12.
- Lafay, 1990, « L'économie de la Corruption », *Les Analyses de la SEDEIS*, 74, pp. 62-66.
- Leff, N. H., 1964, 'Economic Development through Bureaucratic Corruption', *The American Behavioural Scientist*.
- Lui, F. T., 1985, 'An Economic Queing Model of Bribery', *Journal of Political Economy*, 93, (4), August.
- Medtoul, M., 2001, « Les acteurs sociaux face à la santé publique: médecins, État et usagers (Algérie) », in *Systèmes et politiques de santé*, sous la direction de Bernard Hours, Paris, Éditions Karthala.
- Ministère de la Santé publique, 2001, *Stratégie sectorielle de la Santé. République du Cameroun*.
- Phelps, C. E., 1995, *Les fondements de l'économie de la santé*. Nouveaux horizons.
- Rose-Ackerman, S., 1978, « Une Stratégie de Réforme anti-corruption », *Mondes en Développement*, tome 26, pp. 102-41.
- Rose-Ackerman, S., 1978, *Corruption: A Study in Political Economy*, New York, Academic Press.
- Sam, P., 1995, *Evaluating Public Services: A Case Study on Bangalore*, India, New Directions for Evaluation, 67 (Autumn).
- Schleifer, A. and Vishny, R. W., 1993, 'Corruption', *Quarterly Journal of Economics*, (August) 108 (3), pp. 599-617.
- Tanzi, 1998, 'Corruption Around the World: Causes, Consequences Scope and Cures', IMF Working Paper, WP/98/63.