Globethics Repository

Rapport mondial sur la corruption 2006

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Book
Authors	Transparency International
Publisher	Transparency International
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-14 06:47:47
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/177813

Rapport mondial sur la corruption 2006

Rapport mondial sur la corruption 2006

Corruption et santé

ECONOMICA
49, Rue Héricart, 75015 Paris

TRANSPARENCY INTERNATIONAL

Première édition en anglais en 2006 par : Pluto Press
345 Archway Road, London N6 5AA
et 839 Greene Street, Ann Arbor, MI 48106, USA

www.plutobooks.com

En collaboration avec
Transparency International
Alt Moabit 96, D-10559 Berlin, Allemagne

www.globalcorruptionreport.org
© Transparency International 2006

Transparency International a fait valoir son droit à être identifié comme auteur de cet ouvrage, conformément à la Loi de 1988 sur les droits d'auteur, les dessins et les brevets.

ISBN édition reliée 0 7453 2509 2
ISBN édition brochée 0 7453 2508 4

ISBN 2-7178-5223-9

Dépôt d'une demande de catalogage à la Librairie du Congrès.

Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle de cet ouvrage, par quelque procédé que ce soit, électronique, mécanique ou par tout autre moyen courant ou à inventer, notamment la photocopie, l'enregistrement sur bande magnétique ou sur tout système de stockage ou de récupération d'informations, sans le consentement écrit de l'éditeur ou de ses ayants droit, est illicite.

Sous la direction de : Jana Kotalik et Diana Rodriguez
En collaboration avec : Taslima Ahmed, Michael Griffin, Robin Hodess, Caroline Tingay et Marie Wolkers

Coordination de l'édition française : Françoise Nicole Ndoume et Marie Wolkers

Traduction de :
Breeze and Associates Inc, Toronto, Canada
Fifa Médiation, Cotonou, Bénin
Muriel Raoux, Ad Litteram Traductions, Lyon, France
Zakarias, Sil, Yaoundé, Cameroun

La validité des informations contenues dans cet ouvrage a été dûment vérifiée, y compris les allégations, en date du mois de juillet 2005. Néanmoins, Transparency International ne saurait en garantir l'exactitude et l'intégralité et décline toute responsabilité quant aux conséquences que leur utilisation à d'autres fins ou dans d'autres contextes pourrait entraîner. Les contributions au Rapport mondial sur la corruption 2006 par des auteurs extérieurs ne reflètent pas nécessairement les vues de Transparency International ou de ses sections nationales.

Éditions ECONOMICA, 2006
ISBN : 2-7178-5223-9

Table des matières

Remerciements x

Préface xii
David Nussbaum

Avant-propos xv
Mary Robinson

Résumé xvii
Transparency International

Première partie : Corruption et santé

1 Les causes de la corruption dans le secteur de la santé : pleins feux sur les systèmes de soins de santé 3

Pourquoi les systèmes de santé sont-ils prédisposés à la corruption ? 4
William D. Savedoff et Karen Hussmann

Histoire de deux systèmes de santé 17
William D. Savedoff

La corruption dans les systèmes de soins : l'expérience américaine 20
Malcolm K. Sparrow

La corruption dans le secteur de la santé au Cambodge 28
Lisa Prevenslik-Takeda

2 L'ampleur du problème 31

Étude de cas : la corruption de grande échelle au Costa Rica 32
Emilia González

Mesurer la corruption dans le secteur de la santé : Enseignements tirés du suivi des dépenses publiques et des enquêtes sur la prestation des services dans les pays en développement 36
Magnus Lindelow, Inna Kushnarova et Kai Kaiser

La corruption à l'échelle locale affecte la prestation des soins de santé aux Philippines 46
Omar Azfar et Tugrul Gurgur

La corruption nuit à la santé : le cas de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est 49
Richard Rose

Les « audits de citoyens » au Mexique mettent au jour les traces écrites de la corruption 54
Helena Hofbauer

Combattre la fraude et la corruption au sein du « National Health Service » de Grande-Bretagne 57
Jim Gee

3 La corruption dans les hôpitaux 61

La corruption dans l'administration des hôpitaux 62
Taryn Vian

Quand des caisses enregistreuses sont source de transparence – et de revenus – au Coast Provincial General Hospital du Kenya 67
Taryn Vian

Les listes d'attente des hôpitaux placées sous la loupe en Croatie 69
Ana First

Pas de pots-de-vin pour la santé des affaires : le cas de Transasia Biomedicals en Inde 73
Michael Smith

4 Dessous-de-table pour les soins de santé 77

Payer pour des soins de santé « gratuits » : la nébuleuse des dessous-de-table dans l'Europe post-communiste 78
Sara Allin, Konstantina Davaki et Elias Mossialos

Cadeau, honoraire ou pot-de-vin ? Les paiements informels en Hongrie 88
Péter Gaál

Les paiements informels font peser un lourd tribut sur les patients marocains 92
Azeddine Akesbi, Siham Benchekroun and Kamal El Mesbahi

5 La corruption dans le secteur pharmaceutique 94

Médicaments et corruption : une évaluation des risques 95
Jillian Clare Cohen

Une entreprise pharmaceutique américaine mise à l'amende pour avoir versé de l'argent à une association caritative dirigée par un responsable des autorités sanitaires polonaises 97
Transparency International

L'influence corruptrice de l'argent en médecine 106
Jerome P. Kassirer

Promouvoir la confiance et la transparence dans les sociétés pharmaceutiques : Tour d'horizon 112
Harvey Bale

Lutter contre la corruption : le rôle du corps médical 115
John R. Williams

La lutte contre les médicaments contrefaits au Nigeria 119
Dora Akunyili

La corruption au sein du Ministère de la santé publique en Thaïlande 123
Stuart Cameron

Les abus de l'Office de contrôle des médicaments du karnataka en Inde 125
Stuart Cameron

6 La corruption et le VIH/ SIDA 127

Le lien entre la corruption et le VIH/SIDA 128
Liz Tayler et Clare Dickinson

La responsabilité en temps de crise : le Fonds Mondial et la corruption 133
Toby Kasper

La corruption affectant le Conseil national de contrôle du SIDA au Kenya 137
Kipkoech Tanui et Nixon Ng'ang'a

Deuxième partie : Rapports pays

7 Les enseignements tirés des campagnes contre la corruption à travers le monde 145
Cobus de Swardt

8 Rapports pays

Afrique du Sud	*Ayesha Kajee*	149
Algérie	*Djilali Hadjadj*	154
Bangladesh	*Iftekhar Zaman, Sydur Rahman et Abdul Alim*	158
Bolivie	*Guillermo Pou Munt Serrano*	163
Brésil	*Ana Luiza Fleck Saibro*	166
Burkina Faso	*Luc Damiba*	170
Cameroun	*Jean-Bosco Talla et Maurice Nguéfack*	174
Chine	*Guo Yong et Liao Ran*	178
Corée du Sud	*Geo-Sung Kim*	183
Costa Rica	*Roxana Salazar*	187
Croatie	*Ana First*	191
Équateur	*Andrés Tobar*	195
Espagne	*Manuel Villoria*	197
États-Unis d'Amérique	*Nancy Izzo Jackson avec le concours de Michael Johnston, Mark Glaze, Holly Gregory et Chris Yukins*	201

Finlande	*Santeri Eriksson*	208
France	*Antoine Genevois*	212
Georgie	*Daria Vaisman*	216
Grèce	*Markella SamaraI*	221
Guatemala	*Alejandro Urizar*	225
Irlande	*Elaine Byrne*	230
Israël	*Doron Navot*	236
Japon	*Transparency International Japon*	241
Kazakhstan	*Sergey Zlotnikov*	246
Kenya	*Wachira Maina et Noelina Nabwire*	251
Kirghizistan	*Aigul Akmatjanova*	255
Koweït	*Kuwait Economic Society*	259
Malaisie	*Mehrun Siraj et Sunita Chima*	264
Maroc	*Azeddine Akesbi, Siham Benchekroun, Kamal El Mesbahi, Rachid Filali Meknassi et Michèle Zirari*	269
Népal	*Rama Krishna Regmee*	273
Nicaragua	*Roberto Courtney*	277
Nouvelle-Zélande	*Shane Cave*	281
Ouganda	*Charles Mubbale et Paul Onapa*	285
Panama	*Angélica Maytín Justiniani*	290
Papouasie-Nouvelle-Guinée	*Transparency International Papouasie-Nouvelle-Guinée*	294
Pérou	*Samuel Rotta Castilla et Leonardo Narvarte Olivares*	298
Pologne	*Julia Pitera*	302
Roumanie	*Adrian Savin*	306
Royaume-Uni	*Transparency International (RU)*	312
Serbie	*Nemanja Nenadic*	317
Slovaquie	*Emilia Sicáková-Beblavá*	322
Sri Lanka	*Anushika Amarasinghe*	326
Suisse	*Jeffrey Nilsen, Anne Schwöbel et Stefanie Teickner*	331
Ukraine	*Transparency International*	336
Vanuatu	*Anita Jowitt*	340
Venezuela	*Transparencia Venezuela*	344

Troisième partie : La recherche sur la corruption

9. Introduction 351
Robin Hodess

10. L'IPC dix ans après : dégager des tendances 357
Johann Graf Lambsdorff

11. Indice de perceptions de la corruption 2005 363
Johann Graf Lambsdorff
12. Governance matters IV : à nouvelles informations, nouveaux défis 368
David Kaufmann, Aart Kraay et Massimo Mastruzzi
13. La corruption aux États-Unis d'Amérique 372
Edward Glaeser et Raven Saks
14. La transparence et son impact sur la fragilité financière 376
Saadia Zahidi
15. Enquête sur la transparence budgétaire 380
Pamela Gomez
16. Au-delà de la rhétorique : évaluer la transparence des recettes de l'industrie du pétrole et du gaz 385
Elizabeth Lort-Phillips et Vanessa Herringshaw
17. Comparer la réputation des entreprises : une mesure d'incitation à adopter de bonnes pratiques de lutte contre la corruption 390
Transparencia Mexicana
18. Loi sur la déclaration des biens des fonctionnaires : préviennent-elles la corruption ? 392
Ranjana Mukherjee et Omer Gokcekus
19. Fraude fiscale, amendes et corruption au Mozambique 397
Ralf Lanwehr
20. Indice V4 : la propension à la corruption dans les quatre capitales du groupe de Visegrad 402
Michal Ŝticka
21. Efficacité des transferts de fonds publics fédéraux aux municipalités au Brésil 405
Marcos Jose Mendes
22. Indice d'intégrité des institutions publiques : une évaluation du secteur de la santé colombien 408
Transparencia por Colombia
23. La corruption dans les services de santé publique du Bangladesh 412
Iftekhar Zaman et Alim Abdul
24. Problèmes de gouvernance liés aux systèmes de sélection et d'approvisionnement en médicaments en Bulgarie 416
Patrick Meagher
25. Les recherches par sondage permettent de mieux comprendre le vécu des Latino-américains par rapport à la corruption 420
Eric Kite et Margaret Sarles
26. La société palestinienne et la corruption 424
TI Palestine/ la Coalition pour la responsabilité et l'intégrité (AMAN)

Remerciements

Les éditeurs du *Rapport mondial sur la corruption 2006 (RMC 2006)* remercient ici les nombreuses personnes, et en premier lieu nos auteurs, dont le concours a été déterminant dans la préparation du rapport de cette année.

Nous remercions en particulier, notre Comité consultatif de rédaction pour la constance dont il fait montre dans son engagement pour le *Rapport mondial sur la corruption* et en particulier pour leur généreuse contribution à la partie thématique du rapport de cette année : Sir George Alleyne, Harvey Bale, Zainab Bangura, John Bray, Sarah Burd-Sharps, Laurence Cockcroft, Dennis de Jong, Jean de Kerguiziau de Kervasdoué, John Makumbe, Anke Martiny, Phil Mason, Devendra Raj Panday, William D. Savedoff, Frank Vogl et Alexandra Wyke.

Nous remercions tous nos collègues du mouvement de Transparency International, du Secrétariat à Berlin aux sections nationales à travers le monde, qui ont rendu ce travail moins ardu par leurs idées et leurs conseils. Les sections nationales de TI méritent une mention spéciale pour avoir contribué de manière non négligeable à la partie consacrée aux rapports pays.

Nous tenons à exprimer toute notre appréciation aux nombreuses personnes extérieures au réseau de TI, qui ont généreusement consacré une partie de leur temps et de leur énergie à la préparation de ce rapport. Il s'agit de : David Abouem, Jens Andvig, Frank Anechiarico, Ben Aris, Salahuddin Aminuzzaman, Guitelle Baghdadi, Manuhuia Barcham, Predrag Bejakovic, Peter Birle, Gerry Bloom, Martin Brusis, Richard Calland, Rowan Callick, Marianne Lala Camerer, Neil Collins, Aurel Croissant, Nicolas Dássen, Luis de Sousa, Phyllis Dininio, Gideon Doron, Tim Ensor, Aleksandar Fatic, Judith February, Mark Findlay, Ursula Giedion, Åse Grødeland, Djilali Hadjadj, Clement Henry, Paul Heywood, Sorin Ionita, Fernando Jiménez, Claude Kabemba, Nancy Kane, John-Mary Kauzya, Stuti Khemani, Grazyna Kopinska, Joe Kutzin, Johann Graf Lambsdorff, Peter Larmour, Azzedine Layachi, Nelson Ledsky, Robert Leonardi, Henrik Lindroth, Joan Lofgren, Roy Love, Xiaobo Lu, Stephen Ma, Muiris MacCarthaigh, Charles Manga Fombad, Susan Foster, Martin McKee, Timo Moilanen, Philippe Montigny, James Mormon, Ed Mountfield, Gregory Mthembu-Salter, Olga Nazario, Naison Ngoma, Jeremiah Norris, Abissama Onana, Katarina Ott, Heiko Pleines, Pierina Pollarolo, Gail Price, Miroslav Prokopijevic, Véronique Pujas, Gabriella Tuason Quimson, Mouin Rabbani, Vivek Ramkumar, Bernd Rechel, Peter Roberts, Nicholas Rosen, Alan Rousso, Greg Salter, Olaf Schmitz-Elvenich, Peter Schönhöfer, Amy Schultz, Hubert Sickinger, Leo Sisti, Bruno Wilhelm Speck, Gopakumar K. Thampi, Rajib Upadhya, Nubia Uruena, Shymana Venkateswar, Marcin Walecki, Steve Weiss, Laurence Whitehead et Tom Zanol.

Un grand merci à Gerard Waite pour toute l'aide qu'il a apportée au tout début des préparatifs de ce rapport ainsi qu'aux membres de l'équipe du RMC, notamment Conny Abel, Sarah Hees, Tom Lavers, Hazel Mowbray, Georg Neumann, Mathilde Piard, Amber Poroznuk et Aaron Rajania.

Enfin, nous adressons nos sincères remerciements à notre éditeur, Pluto Press, pour l'intérêt qu'il ne cesse de manifester pour notre ouvrage, sans oublier notre consultant externe, Michael Griffin, pour sa perspicacité, son assiduité au travail et son talent.

Le *Rapport mondial sur la corruption* reçoit une aide financière du Gouvernement allemand.

L'édition française a pu être réalisée grâce au financement de l'agence canadienne de développement internationale. Sa réalisation n'a pu être possible que par le travail des sociétés de traduction Breeze and Associates Inc, Fifa Médiation, Muriel Raoux, Zakarias Sil, de Claude-André Aspar, Roger Benrubi, Bernard Decaux, Jean-Loup Dherse, Daniel Dommel, Stéphane Stassen et Chantal Uwimana pour leur travail de relecture révision, de Françoise Nicole Ndoume et Marie Wolkers pour la coordination de cette édition. Nous tenons aussi à remercier toute l'équipe des éditions ECONOMICA pour leur sérieux et leur patience.

Préface

David Nussbaum, Directeur Général de Transparency International

---

« Quand ma femme est allée à l'hôpital, ils l'ont examinée et lui ont prescrit des médicaments. Ils ont dit qu'ils n'en disposaient pas sur place mais que, si nous payions 20 ou 30 dirhams, quelqu'un pourrait nous fournir ces "médicaments gratuits". Le problème, c'est que nous n'avons pas les moyens de payer les médicaments ».

Ce sont les mots d'un habitant de Casablanca interviewé par Transparency International Maroc mais ils pourraient avoir été prononcés par des centaines de personnes dans une multitude de pays. Ce simple exemple illustre bien les graves conséquences de la corruption qui touche le secteur des soins de santé. La corruption peut être une question de vie ou de mort pour des malades nécessitant des soins urgents. Et ce sont toujours les classes les plus pauvres de la société qui souffrent le plus de la corruption car elles n'ont pas les moyens de payer des pots-de-vin ou des soins privés. Toutefois, dans les régions les plus riches du monde, la corruption a aussi un coût. Dans les pays riches, notamment aux États-Unis et au Royaume-Uni, des centaines de millions de dollars sont détournés chaque année en escroquerie aux assurances et en actes de corruption.

La lutte contre la corruption dans le secteur de la santé est un problème complexe. En bas de l'échelle, des médecins et des infirmières exigent officieusement de petites sommes des patients pour compléter des revenus insuffisants. À l'autre bout de l'échelle, avec des conséquences beaucoup plus graves, nous sommes confrontés à des fournisseurs malhonnêtes, qui proposent des dessous-de-table, et à des ministres de la santé ou à des directeurs d'hôpitaux, qui les acceptent ou détournent des millions de dollars du budget de la santé, faussant la politique de santé publique et portant atteinte aux fonds normalement destinés à construire des hôpitaux, acheter des médicaments ou employer du personnel.

Trois des huit Objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies – qui visent à réduire la pauvreté de moitié à l'horizon 2015 – sont directement liés à la santé : réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/ SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Le *Rapport mondial sur la corruption 2006* de Transparency International prouve que la réalisation de ces objectifs dans le délai fixé est gravement compromise par l'omniprésence de la corruption dans le secteur des soins de santé.

Analyser et réduire la corruption qui touche ce secteur s'inscrit dans les activités de Transparency International à travers le monde, notamment en tentant de réduire le

déséquilibre informationnel qui existe entre les pouvoirs publics et les fournisseurs de services, d'une part, et les patients d'autre part. En Allemagne, en Argentine, au Niger et au Sénégal, pour ne citer que quelques exemples, les sections nationales de TI ont mené des projets inédits dans ce domaine. Comme le montre cet ouvrage, certains journalistes et représentants d'organismes de surveillance dévoués sont d'autres exemples encourageants : ils osent se heurter aux pouvoirs publics et aux géants de l'industrie en prenant souvent des risques personnels importants.

Outre la section consacrée au secteur de la santé, le *Rapport mondial sur la corruption*, dans ses rapports pays annuels, fait le bilan de l'actualité liée à la corruption. Parmi les évènements récents particulièrement encourageants, il faut citer l'entrée en vigueur de la Convention des Nations Unies contre la corruption, qui fournit à tous les pays un cadre commun pour lutter contre la corruption. Ses dispositions sur la coopération transfrontalière, qui rendent compte de l'internationalisation croissante de la corruption et des mouvements des profits illégaux qu'elle produit, sont particulièrement dignes d'intérêt.

Garantir que les enseignements acquis sur les méthodes de lutte contre la corruption sont adoptés avec rigueur et détermination par les mandataires publics et privés à travers le monde est l'un des défis permanents que nous devons relever. Trop souvent, les discours contre la corruption ne sont suivis d'aucunes mesures. Le *Rapport mondial sur la corruption 2006* met en évidence la faillite, imputable à la corruption, d'un certain nombre de gouvernements qui sont parvenus au pouvoir en s'engageant à instaurer intégrité morale et probité fiscale. Il montre également comment les institutions, les lois et les mécanismes spécifiquement dédiés à la lutte contre la corruption peuvent être rendus complètement inefficaces s'ils ne sont pas assortis des ressources et de l'indépendance nécessaires à leur fonctionnement.

Renforcer les liens entre le mouvement de lutte contre la corruption et les mouvements qui s'attachent à d'autres aspects de la bonne gouvernance est un autre défi. Ce Rapport montre que, bien que l'argent directement dilapidé à cause de la corruption en soit le coût le plus évident et le plus immédiat, les conséquences néfastes de la corruption en termes de qualité de gouvernement et de bien-être des populations se font ressentir à bien plus long terme. Les avantages potentiels de la lutte contre la corruption – tels que le développement et l'amélioration des soins de santé ou le renforcement du pouvoir judiciaire et de systèmes politiques légitimes – sont énormes.

Les défis auxquels le mouvement de lutte contre la corruption est confronté ont considérablement évolué au cours des dix dernières années. Quand Transparency International a été fondé en 1993, les dirigeants nationaux et internationaux ignoraient délibérément les appels à lutter contre la corruption ; se faire entendre était déjà un défi. À présent, le faisceau de preuves est par trop important et l'impact mondial de la corruption reconnu comme trop lourd pour faire la sourde oreille. Dans les pays riches comme dans les pays pauvres du monde entier, la corruption détruit des vies.

La corruption est un mal puissant mais elle n'est en rien inéluctable. Réduire ses conséquences permet de réaffecter les ressources à leur destination première et,

partant, d'améliorer la santé, l'alimentation et l'éducation des victimes de la corruption à travers le monde et, ainsi, d'ouvrir des perspectives d'avenir et de restaurer l'espoir.

Avant-propos

Mary Robinson [1]

La corruption mérite une attention encore plus grande des mouvements de défense des droits de l'homme.

Jouir du meilleur état de santé possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, reconnu par l'Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. La corruption – qui coexiste souvent avec la pauvreté, l'injustice, les conflits civils, la discrimination et la violence – est un problème majeur qui n'a pas été adéquatement pris en charge dans la perspective de ces droits fondamentaux, avec pour corollaire de biaiser les priorités en matière de dépenses sanitaires et d'appauvrir les budgets de la santé et, par conséquent, de négliger certaines maladies et les populations qu'elles touchent. Elle implique également que les plus pauvres doivent souvent refuser des thérapeutiques salvatrices parce qu'ils ne peuvent pas payer les frais demandés pour des services qui devraient être gratuits.

La corruption dans le secteur de la santé est un phénomène d'ampleur mondiale, comme le reflètent les essais du *Rapport mondial sur la corruption 2006*. L'argent qui devrait servir à soulager la pauvreté et la maladie vient remplir les poches de certains individus. À cet égard, la corruption porte littéralement atteinte aux droits de l'homme puisque les citoyens se voient refuser les soins que les pouvoirs publics sont tenus d'assurer.

Toutefois, s'il s'agit d'un problème mondial, les conséquences liées à un mauvais état de santé pèsent tout particulièrement sur certaines populations. Si la corruption et le manque de transparence ne sont pas traités dans le cadre même des stratégies sanitaires, le VIH/ SIDA et d'autres maladies infectieuses risquent de remettre en cause certaines avancées difficilement acquises en matière de développement, notamment en Afrique. Dans un grand nombre de pays, ce sont les femmes qui souffrent le plus de discrimination dans l'accès aux services parce qu'elles manquent des capacités nécessaires pour bénéficier de soins adéquats ou pour se conformer aux mesures de prévention.

L'un des aspects fondamentaux d'une conception de la santé dans l'optique des droits de l'homme est de garantir la disponibilité, l'accessibilité et la bonne qualité des médicaments essentiels. La disponibilité implique que ces médicaments doivent être proposés en quantité suffisante dans les pays où un besoin existe. L'accessibilité implique que les personnes qui les demandent doivent pouvoir les obtenir facilement sans discrimination. Une bonne qualité implique enfin que ces médicaments doivent avoir été scientifiquement et médicalement validés.

La corruption gêne le respect de chacune de ces obligations. L'imprévisibilité des maladies, associée à l'opacité des décisions budgétaires et aux pratiques marketing musclées des producteurs et fournisseurs de médicaments, ouvre la porte à de nombreuses possibilités de corruption. Cette situation nuit à la qualité des médicaments, par exemple quand les organes de contrôle reçoivent des pots-de-vin pour être moins rigoureux ou quand la direction des hôpitaux achète des médicaments moins chers et moins efficaces pour empocher la différence de coût. Les conséquences peuvent aller plus loin que l'incapacité à traiter les patients actuels : l'utilisation de médicaments de piètre qualité favorise le développement de souches pharmacorésistantes de maladies meurtrières comme le paludisme.

Le *Rapport mondial sur la corruption 2006* analyse les problèmes liés à la corruption et aux soins de santé, que, en tant que membres de gouvernements, institutions internationales, acteurs du secteur privé et de la société civile, nous devons prendre en compte si nous voulons sérieusement préserver le droit à la santé. Le défi est immense et ne peut être relevé que si nous travaillons main dans la main en recourant aux arguments moraux et juridiques fournis par les normes internationales sur les droits de l'homme et aux outils et stratégies pratiques, dont un grand nombre sont présentés dans cet ouvrage, nécessaires pour s'attaquer efficacement aux problèmes de santé dans le monde.

Les problèmes soulevés par cette édition 2006 revêtent un caractère d'urgence particulier. D'ici à 2015, nous devons assister à une augmentation des aides des pays bailleurs de fonds et une grande partie de cette aide sera affectée au renforcement des services de santé des pays en développement. À moins d'améliorer la cohérence de l'aide, la transparence et la volonté des pays en développement de se doter de systèmes rigoureux de contrôle, nous pourrions voir la corruption se développer de manière exponentielle et manquer l'occasion de renforcer les systèmes de soins de santé primaires.

Cet ouvrage devrait se retrouver sur la table de tout décideur soucieux du développement.

Note

1. Mary Robinson a occupé les fonctions de Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et de Présidente de la République d'Irlande. Elle a fondé et préside Realizing Rigths : The Ethical Globalization Initiative.

Résumé

Transparency International

Chaque année, la planète dépense plus de trois billions de dollars américains en services de santé, dont une grande partie est financée par les contribuables. Ces importants flux financiers sont une cible de choix pour toute sorte d'irrégularités. Les enjeux sont considérables et les ressources précieuses : l'argent détourné par la corruption pourrait être utilisé pour acheter des médicaments, équiper des hôpitaux ou engager un personnel médical qui fait cruellement défaut.

La diversité des systèmes de santé à travers le monde, la multiplicité des parties impliquées, le manque de bonne gestion des données dans de nombreux pays et la difficulté de faire la différence entre corruption, inefficacité et simples erreurs font qu'il est complexe de déterminer le coût global de la corruption à l'échelle internationale. Toutefois, l'ampleur de la corruption est grande, tant dans les pays riches que dans les pays pauvres. Aux États-Unis, qui dépensent plus en soins de santé – 15,3 % du PIB – que tout autre pays industrialisé, les deux plus importants programmes de santé publique, Medicare et Medicaid, estiment que 5 à 10 % de leur budget est perdu en « paiements excessifs ». Au Cambodge, les professionnels de la santé interrogés pour le Rapport mondial sur la corruption 2006 estiment que plus de 5 % du budget de la santé est détourné par la corruption avant même de quitter l'administration centrale.

La corruption empêche les citoyens ordinaires d'accéder aux soins de santé et peut entraîner l'administration d'un traitement inapproprié. La corruption dans la chaîne pharmaceutique peut s'avérer fatale : d'après Dora Akunyili, directrice de l'Administration nigériane des aliments et des médicaments et lauréate du Prix de l'Intégrité de TI en 2003, « la contrefaçon de médicaments, favorisée par la corruption, tue en masse et nous pouvons tous en être victimes ». L'organe qu'elle dirige a constaté un traitement vital par l'adrénaline remplacé par de l'eau et la dilution des principes actifs des médicaments par les contrefacteurs, contribuant à l'expansion de souches résistantes du paludisme, de la tuberculose et du HIV, les maladies les plus meurtrières du monde.

Les plus pauvres sont disproportionnellement affectés par la corruption dans le secteur de la santé car ils peuvent moins se permettre de verser de petits dessous-de-table pour accéder à des services normalement gratuits ou de se tourner vers des services privés quand la corruption a ruiné les services de santé publics. Une étude sur les prestations de soins aux Philippines a révélé que les municipalités à bas et moyen revenu font état de plus longs délais d'attente dans les hôpitaux publics que dans

les municipalités plus riches et que l'administration de vaccins est plus souvent refusée quand la corruption est endémique.

La corruption a des répercussions sur les politiques sanitaires et les priorités budgétaires. Les exemples du Mexique et du Kenya exposés dans le rapport de cette année illustrent bien comment des fonctionnaires ont abusé de leur autorité pour détourner des fonds vers des projets « chouchous », qu'ils entrent ou non dans le cadre de la politique sanitaire adoptée. Certains facteurs favorisent aussi une dénaturation des rémunérations au niveau de la prestation des services. Quand les prestataires de soins sont rémunérés à l'acte, cela les incite à fournir des traitements inutiles pour maximiser leurs revenus. S'ils reçoivent plutôt une rémunération par patient, ils peuvent retirer un bénéfice en ne fournissant pas certains services pourtant nécessaires.

Réduire la corruption peut permettre des revenus dans le secteur de la santé. Au Royaume-Uni, l'unité de lutte contre la corruption du National Health Service (NHS) signale que, depuis 1999, a empêché des fraudes représentant au total plus de 170 millions de livres (300 millions de dollars US). Le bénéfice financier total pour le NHS (qui recouvre également la récupération du montant des fraudes et la réduction des pertes liées à l'intervention du service antifraude) quatre fois plus important, une somme suffisante pour construire 10 nouveaux hôpitaux !

Transparency International définit la corruption comme « l'abus d'une position publique à des fins privées ». Dans le domaine de la santé, la corruption englobe le soudoiement des organes de contrôle et des professionnels de la santé, la manipulation des informations sur les essais de médicaments, le détournement de médicaments et de matériel, le trucage des marchés publics et les fraudes aux assurances. Elle ne se limite pas aux pratiques abusives des agents de l'État car la société confie souvent un rôle public important à des acteurs privés du secteur de la santé. Quand des directeurs d'hôpitaux, des assureurs, des praticiens ou les cadres d'une société pharmaceutique s'enrichissent malhonnêtement, ils n'abusent pas littéralement d'une position publique mais ils profitent de l'autorité qui leur a été confiée et dérobent des ressources précieuses nécessaires à l'amélioration de la santé publique.

Pourquoi le secteur de la santé est-il si exposé à la corruption ?

Certaines caractéristiques rendent tous les systèmes de santé vulnérables à la corruption, qu'ils soient publics ou financés sur fonds privés, dans les pays riches comme dans les pays pauvres :

- Les systèmes de santé sont sujets à *un déséquilibre de l'information* : les professionnels de santé sont mieux informés sur les maladies que leurs patients et les sociétés pharmaceutiques et fabricants de matériel médical en savent plus sur leurs produits que les fonctionnaires en charge des dépenses publiques. La publication de l'information peut contribuer à réduire les déficits liés à la corruption. Une étude menée en Argentine a montré que les différences de prix du matériel médical entre les différents hôpitaux ont diminué de moitié

après que le Ministère a commencé à diffuser les informations relatives au prix payé pour le matériel dans chaque hôpital.

- *L'incertitude propre aux marchés de la santé* – le fait d'ignorer qui va tomber malade, quand la maladie va se déclarer, le type de maladies que la population va développer et si les traitements seront efficaces – est un autre problème pour les décideurs car il complexifie la gestion des ressources, notamment la sélection, le suivi, l'évaluation et la prestation des services de soins de santé et la conception des régimes d'assurance santé. Le risque de corruption est encore accru dans les situations d'urgence humanitaire, quand les soins ne peuvent attendre et que les mécanismes de surveillance sont souvent court-circuités.
- *La complexité des systèmes de santé*, particulièrement du fait de la multiplicité des parties concernées, accroît la difficulté de générer et d'analyser l'information, de promouvoir la transparence et de détecter et prévenir la corruption. Les relations existant entre les fournisseurs de matériel médical, les prestataires de soins et les décideurs politiques sont souvent opaques et peuvent dénaturer les politiques adoptées au détriment de la santé publique.

Les différents types de corruption affectant le secteur de la santé

Organes de contrôle, des soins, fournisseurs et consommateurs sont confrontés à un mélange complexe de motivations qui peuvent favoriser la corruption. Les différentes formes de corruption affectant le secteur de la santé comprennent :

- *Le détournement et le vol* des fonds du budget de la santé ou des revenus du ticket modérateur. Ces opérations peuvent survenir au niveau de l'administration centrale ou locale et de l'affectation des fonds à une administration ou à un centre de santé particulier. Les médicaments et le matériel médical peuvent également être détournés à des fins personnelles, pour une utilisation en cabinet privé ou pour la revente.
- *Le trucage des marchés publics*. Les collusions, pots-de-vin et commissions occultes destinés à influencer l'attribution d'un marché public entraînent une surfacturation des biens et services achetés ou le non respect des normes contractuelles de qualité. En outre, les dépenses hospitalières peuvent impliquer de lourds investissements pour la construction de bâtiments et l'achat de technologies coûteuses, des types de marchés publics particulièrement exposés à la corruption.
- *La corruption qui touche les systèmes de paiement*. Parmi ces pratiques, on peut citer l'abandon des honoraires ou la falsification des documents d'assurances pour certains patients ou l'utilisation des budgets hospitaliers au profit de certains favorisés, la facturation illégale de frais aux compagnies d'assurances, aux pouvoir publics ou aux patients pour des services non couverts – ou non fournis dans les faits – afin de maximiser les revenus, la falsification des registres de

facturation, des livres de recettes ou des registres d'utilisation des ressources, ou encore la création de patients « fantômes ». D'autres formes de corruption liées aux systèmes de paiement sont l'achat de clientèle auprès de praticiens en leur proposant des incitations financières ou un pot-de-vin en l'échange de l'orientation de leurs patients ; l'orientation abusive de patients des hôpitaux publics par certains médecins vers leur cabinet privé et la pratique d'interventions médicales inutiles pour maximiser les honoraires.

- *La corruption qui touche la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique*. Il est possible de détourner ou de voler des marchandises à divers niveaux du système de distribution ; un fonctionnaire peut exiger des « frais » pour approuver certains produits ou équipements lors des procédures de dédouanement ou lors de la fixation des prix ; le non respect des pratiques marketing codifiées du secteur peut influencer les pratiques de prescription des professionnels de santé ; des avantages peuvent être exigés des fournisseurs comme condition de prescription d'un médicament donné ; les organes de contrôle peuvent fermer les yeux sur la circulation de médicaments contrefaits ou de mauvaise qualité.
- *La corruption qui intervient au niveau de la prestation des services de santé* peut prendre de nombreuses formes : extorsion ou acceptation de dessous-de-table pour des services censés être gratuits, sollicitation d'argent en échange de privilèges ou d'un traitement particulier ; extorsion ou acceptation de pots-de-vin pour influencer une décision d'embauche ou d'autorisation, d'accréditation ou de certification d'une installation.

Recommandations à destination du secteur de la santé

Les mesures de lutte contre la corruption doivent être adaptées au contexte spécifique du système de santé de chaque pays. Comme dans tout secteur, la corruption du système de santé est moins répandue dans les sociétés où prévaut une forte adhésion à l'État de droit, la transparence et la confiance, où le secteur public est régi par des codes efficaces de la fonction publique ou de solides mécanismes de responsabilisation et où il existe des médias indépendants et une société civile vigoureuse. Les mesures préventives – principes d'attribution des marchés publics, codes de conduite pour les acteurs du secteur de la santé (institutions ou personnes physiques), procédures de transparence et de contrôle – sont des mesures d'incitation à adopter un comportement honnête qui ne sont pas prévues par la législation mais peuvent être des mécanismes efficaces de lutte contre la corruption.

Transparence

- Il est essentiel que les pouvoirs publics et les autorités sanitaires publient sur Internet des informations régulièrement mises à jour sur les budgets et l'efficacité des services de santé à l'échelon national, local et des centres de soin. Les administrations, les hôpitaux, les services d'assurance maladie et autres

organes appelés à manipuler des fonds destinés à la santé doivent faire l'objet d'audits indépendants.

- Les pouvoirs publics et les autorités sanitaires doivent garantir que les informations relatives aux processus d'appel d'offres, notamment concernant les soumissions reçues, les conditions, le processus d'évaluation et la décision finale, soient publiquement accessibles sur Internet.
- Les pouvoirs publics doivent consacrer tous leurs efforts à la mise en place d'un système national efficace de notification des effets indésirables médicaments afin d'obliger et d'inciter les praticiens à relater ces informations.
- Une base de données publique répertoriant tous les protocoles et résultats des essais cliniques de médicaments doit être élaborée. La présentation de rapports de l'industrie pharmaceutique sur les essais cliniques devrait être rendue obligatoire, de même que la publication de toutes les contributions financières versées aux unités de recherche médicale par les sociétés pharmaceutiques.
- Les bailleurs de fonds doivent fournir des informations claires et explicites sur les montants accordés, quand et à qui, et devraient évaluer leurs programmes en termes de résultats cliniques et non de l'importance ou de la vitesse d'utilisation des fonds. Les bailleurs de fonds ont également le devoir de coordonner leurs aides au secteur de la santé, à l'aide des mêmes mécanismes de comptabilité et de contrôle, afin de réduire les coûts de transaction, d'améliorer l'efficacité et de réduire les risques de corruption.

Codes de conduite

- Par le biais de formations continues dans l'ensemble du système de santé, l'introduction et la promotion de codes de conduite doivent devenir incontournables pour les organes de contrôle, les praticiens, les pharmaciens et les administrateurs du secteur de la santé. Ces codes doivent faire explicitement référence à la prévention de la corruption et des conflits d'intérêts qui peuvent la favoriser, et exposer en détail les sanctions en cas de non respect ; leur application doit être contrôlée par un organisme indépendant.
- Il est essentiel que les sociétés pharmaceutiques, biotechnologiques et de fabrication de dispositifs médicaux adoptent les Principes pour contrer la corruption dans le secteur privé par lesquels une entreprise s'engage à ne pas verser de pots-de-vin dans le cadre de ses activités et à mettre en œuvre un programme général de lutte contre la corruption [1]

Implication et rôle de surveillance de la société civile

- Les autorités sanitaires doivent créer des possibilités de contrôle public pour améliorer la responsabilité et la transparence. Il s'agit de contrôler l'attribution

des marchés publics et la sélection des médicaments au niveau des centres de soins et la fourniture des services de santé au niveau des conseils communautaires et locaux des services de santé.

- Il est essentiel que les politiques, pratiques et dépenses publiques puissent être contrôlées par la population et le législateur et toutes les étapes de l'élaboration, de l'exécution et du reporting budgétaire doivent être portées, sans restriction, à la connaissance de la société civile.

Protection des dénonciateurs

- Les pouvoirs publics doivent introduire des mesures de protection pour les personnes qui travaillent dans les organes d'attribution des marchés publics, les instances sanitaires, les fournisseurs de services de santé et les fournisseurs de médicaments et de matériel.
- Les sociétés pharmaceutiques doivent aussi introduire des mécanismes permettant la dénonciation des actes de corruption et la protection des dénonciateurs.

Réduction des motivations de la corruption

- Pour garantir que les traitements sont motivés par les besoins du patient, et non par les possibilités de profit qu'ils représentent, les pouvoirs publics doivent constamment contrôler les mécanismes de rémunération (à l'acte, salaire, forfait par patient ou capitation, budgétisation globale ou autre).
- Les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé doivent toucher un salaire décent, en rapport avec leurs études, leurs compétences et leur formation.

Règles sur les conflits d'intérêts

- Les organes de contrôle sont chargés d'adopter des règles relatives aux conflits d'intérêts, qui empêchent toute personne ou groupe possédant une participation ou un lien avec le fabricant de participer aux essais cliniques.
- Les pouvoirs publics doivent encourager la transparence des processus de réglementation des médicaments, la limitation d'une promotion excessive, des restrictions plus sévères à la prescription excessive par des médecins et un contrôle plus étroit des rapports qui lient les administrations sanitaires et l'industrie pharmaceutique.
- Les services qui délivrent les autorisations d'exercer la médecine doivent définir des règles déontologiques précises sur les conflits d'intérêts à l'attention des praticiens (en particulier dans le cadre de leurs relations avec les sociétés pharmaceutiques et les fabricants de dispositifs médicaux) et obtenir les ressources nécessaires pour veiller à l'application de ces règles.

Pactes d'intégrité et principe d'exclusion

- Un Pacte d'intégrité – accord contraignant liant les soumissionnaires et les autorités contractantes, qui les engagent à ne pas proposer ni accepter de pots-de-vin dans le cadre d'un marché public – doit être appliqué aux marchés importants passés dans le secteur de la santé[2]
- Les pouvoirs publics doivent interdire à toute entreprise impliquée dans des pratiques malhonnêtes de participer aux processus de soumission pendant une période déterminée.

Poursuites judiciaires plus rigoureuses

- Il est essentiel que le ministère public fasse bien comprendre que la corruption a des conséquences en poursuivant sévèrement les actes de corruption clairement interdits par la loi. Les fabricants de médicaments contrefaits et les fonctionnaires qui les laissent faire doivent être poursuivis et dûment sanctionnés.
- Les organes spécifiques de lutte contre la corruption et la fraude visant à détecter la corruption et à promouvoir les mesures préventives dans le secteur de la santé doivent bénéficier de l'expertise, des ressources et de l'indépendance nécessaires pour remplir leurs fonctions et être soutenus par des tribunaux indépendants opérationnels.

La santé représente un enjeu économique mondial énorme, ainsi qu'une grande responsabilité et des dépenses budgétaires importantes pour les pouvoirs publics et les entreprises mais, plus que cela, c'est un droit humain universel. La corruption empêche les citoyens ordinaires d'accéder aux soins et favorise un mauvais état de santé général de la population. Il n'existe pas de remède miracle pour endiguer la corruption dans le secteur de la santé mais les recommandations ci-dessus et les initiatives présentées dans le Rapport mondial sur la corruption devraient contribuer à prévenir, réduire et contrôler la corruption. Elles sont donc adressées comme un appel à agir aux chercheurs, aux pouvoirs publics, au secteur privé, aux médias et aux citoyens du monde entier.

Notes

1. Pour en savoir plus sur les Principes pour contrer la corruption dans le secteur privé et consulter les documents de référence relatif aux outils de mise en œuvre et de contrôle, rendez-vous sur www.transparency.org/building_coalitions/private_sector/business_principles.html.
2. Pour plus d'informations sur le Pacte d'intégrité de TI, visitez la page www.transparency.org/integrity_pact/index.html.

Première partie

Corruption et santé

1 Les causes de la corruption dans le secteur de la santé : pleins feux sur les systèmes de soins de santé

Une infirmière stagiaire irakienne s'occupe de nouveau-nés à la pouponnière des prématurés de l'hôpital Yarmouk le 10 mai 2005 à Bagdad en Irak. En dépit des centaines de millions de dollars versés au ministère de la Santé, la corruption endémique a entraîné une pénurie de médicaments et contribué à maintenir les taux de mortalité infantile et de malnutrition à un niveau aussi élevé qu'il l'était durant l'ère de Saddam Hussein (Scott Peterson/Getty Images)

La corruption existe dans tous les types de systèmes de soins de santé. William Savedoff et Karen Hussmann examinent les raisons pour lesquelles le secteur de la santé est particulièrement vulnérable à la corruption et ils se demandent si les vulnérabilités diffèrent de par leur nature et leur ampleur en fonction du type de système considéré. Une analyse de la Colombie et du Venezuela révèle que la corruption s'est manifestée de manière très différente lorsque les modèles de soins de santé des deux pays ont pris des orientations divergentes.

Si la corruption existe, quels que soient le système choisi et la manière dont il est financé, les résultats en matière de santé ne sont pas forcément à la hauteur des dépenses. Aux États-Unis, les Américains dépensent plus en soins de santé que de

nombreux autres pays industrialisés, or les résultats en matière de santé ne sont pas à vrai dire meilleurs. À l'autre extrémité de l'échelle se trouve le Cambodge, qui compte sur des centaines de millions de dollars en aide au développement international pour soutenir son système de soins de santé, et où les cas connus de tuberculose sont en augmentation.

Pourquoi les systèmes de santé sont-ils prédisposés à la corruption ?

William D. Savedoff et Karen Hussmann[1]

La corruption dans le secteur de la santé n'est pas exclusive à un type particulier de système de santé. Elle survient dans tous les systèmes, que ceux-ci soient essentiellement publics ou privés, qu'ils soient adéquatement ou insuffisamment financés, et qu'ils soient simples ou sophistiqués sur le plan technique. L'ampleur de la corruption se reflète en partie dans la société où elle survient. La corruption dans les systèmes de santé est moins susceptible de survenir dans les sociétés qui attachent une grande importance à la primauté du droit, à la transparence et à la confiance, et dans lesquelles le secteur public est régi par des codes efficaces de la fonction publique et de solides mécanismes de reddition de comptes.

Ces facteurs généraux affectent l'ampleur de la corruption dans n'importe quel secteur, mais le secteur de la santé comporte un certain nombre de dimensions qui le rendent particulièrement vulnérable aux abus. Aucun autre secteur ne présente la combinaison particulière d'incertitude, d'information asymétrique et de nombreux acteurs dispersés qui caractérisent le secteur de la santé. Par conséquent, la prédisposition à la corruption est une caractéristique systémique des systèmes de santé, et pour maîtriser la corruption, il faut des politiques qui visent le secteur tout entier.

Deux autres facteurs qui contribuent à la corruption dans les soins de santé méritent d'être mentionnés. Tout d'abord, l'ampleur de la corruption dans le secteur de la santé pourrait être plus vaste que dans d'autres secteurs car la société confie fréquemment des rôles publics importants à des acteurs privés dans le domaine de la santé. Lorsque des sociétés pharmaceutiques, hôpitaux ou assureurs privés agissent de façon malhonnête pour s'enrichir, ils n'abusent pas officiellement « de leur charge publique à des fins personnelles ». Néanmoins, ils abusent de la confiance du public, du fait que l'on s'attend à ce que les personnes et organismes qui participent à la prestation des services de santé respectent des normes plus élevées, puisqu'ils doivent protéger la santé de la population. La profession médicale, en particulier, se voit accorder dans la plupart des pays une grande marge de manœuvre pour s'auto-contrôler du fait qu'elle assume la responsabilité professionnelle d'agir dans l'intérêt véritable des patients (voir « Lutter contre la corruption : le rôle de la profession médicale », chapitre 5, page 115).

Deuxièmement, le secteur de la santé est une cible attrayante pour la corruption en raison de l'importance du volume d'argent *public* qui est en jeu. Chaque année dans le monde, 3,1 billions de dollars US sont dépensés en services de santé, la plus grande partie de ce montant étant financée par les gouvernements. Les membres européens de l'OCDE dépensent collectivement plus d'un billion de dollars US par an et les États-Unis à eux seuls dépensent 1,6 billion de dollars US[2]. En Amérique latine, environ sept pour cent du PIB, soit approximativement 136 milliards de dollars US par an, sont consacrés aux soins de santé, et la moitié de ce montant provient des deniers publics. Dans les pays à plus faible revenu, les dépenses de santé privée sont souvent plus importantes que les dépenses de santé publique, même si ces dernières sont toujours importantes. Le pourcentage du total des revenus gouvernementaux consacrés aux soins de santé va de moins de 5 pour cent en Éthiopie, en Égypte, en Indonésie et au Pakistan à plus de 15 pour cent en Irlande, en Allemagne, aux États-Unis et au Costa Rica. Ces importants flux financiers représentent une cible attrayante qui se prête aux abus.

Pourquoi les systèmes de santé sont-ils prédisposés à la corruption ?

Aucun autre secteur de la société ne présente la combinaison particulière d'incertitude, d'information asymétrique et de nombreux acteurs dispersés qui caractérise le secteur de la santé. Ces éléments se conjuguent de manière à créer systématiquement des occasions de comportement frauduleux, tout en rendant la transparence et la reddition de comptes difficiles.

L'incertitude est un élément essentiel du secteur de la santé qui a de graves implications, comme l'a expliqué pour la première fois Kenneth Arrow en 1963[3]. M. Arrow a indiqué que l'incertitude quant à savoir qui tombera malade, quand la maladie frappera, quels genres de maladie les gens attraperont, et quelle est l'efficacité des traitements, fait que le marché des services de soins de santé est très différent des autres marchés si l'on considère l'étendue de *l'inefficacité du marché*. En raison de l'incertitude, les marchés des services de soins médicaux et les marchés de l'assurance maladie sont tous les deux susceptibles d'être inefficaces.

L'incertitude se retrouve dans tout le secteur des soins de santé. Il arrive que les gens ne sachent même pas qu'ils sont malades ou qu'ils pourraient bénéficier de services de soins de santé – comme c'est souvent le cas des gens qui souffrent d'une tension artérielle élevée, d'anémie ou qui sont à un stade précoce de diabète. Lorsque les gens tombent malades et cherchent à obtenir des soins médicaux, ils ne sont pas en mesure de juger si le traitement prescrit est approprié. Lorsqu'ils vont mieux, ils ne savent pas forcément si le traitement qu'ils ont subi était nécessaire à leur rétablissement. Par exemple, les personnes atteintes d'une infection virale se voient souvent prescrire des antibiotiques qui sont inutiles pour lutter contre les virus.

Cette incertitude fait qu'il est difficile pour ceux qui ont besoin de soins médicaux – les patients ou leur famille – d'imposer des mesures disciplinaires aux prestataires de soins médicaux, comme cela se produit dans d'autres marchés. Les patients ne peuvent pas faire le tour du marché pour chercher le meilleur prix et la meilleure

qualité lorsqu'ils ne connaissent pas les coûts, les autres solutions possibles ni la nature exacte de leurs besoins. Dans pareilles circonstances, le choix des consommateurs ne reflète pas le prix et la qualité d'une façon normale, et d'autres mécanismes – comme l'attribution de permis aux professionnels et aux établissements ou même la prestation directe de services au public – sont introduits pour attribuer les ressources et déterminer quels types de soins sont fournis. Autre conséquence supplémentaire, le mauvais fonctionnement des marchés crée des occasions de corruption, et l'incertitude inhérente à la sélection, la surveillance, la mesure et la prestation de soins de santé fait qu'il est difficile de détecter les abus et d'en assigner la responsabilité.

L'incertitude entourant les soins de santé incite les gens à s'assurer contre la maladie. Mais le fonctionnement des marchés de l'assurance volontaire laisse trop de personnes sans assurance et encourage la prestation de trop de soins de santé pour ceux qui sont assurés[4]. Une réaction sociale courante a consisté à établir une assurance maladie obligatoire, qui pourrait résoudre les inefficacités du marché de l'assurance maladie mais qui introduit également des problèmes associés au fonctionnement inefficace du secteur public[5]. L'engagement de la politique gouvernementale envers la prestation ou la réglementation de l'assurance maladie qui en résulte est un autre facteur important qui se prête à la corruption.

Mais le degré d'incertitude n'est pas le même pour tous dans le secteur de la santé, ce qui nous conduit à examiner un deuxième élément systémique, à savoir *l'information asymétrique*. L'information n'est pas partagée équitablement par les acteurs du secteur de la santé et cela a des répercussions importantes sur l'efficience d'un système de santé et sa vulnérabilité à la corruption. Les prestataires de soins de santé sont mieux informés que les patients sur les caractéristiques techniques des diagnostics et des traitements ; les sociétés pharmaceutiques sont mieux informées sur leurs produits que les médecins qui les prescrivent ; les particuliers disposent de certains types d'informations sur leur santé que n'ont pas les prestataires de soins médicaux ou les assureurs ; et les prestataires de soins et les assureurs pourraient avoir de meilleures informations sur les risques pour la santé auxquels font face certaines catégories de personnes que les personnes concernées elles-mêmes.

Lorsque l'information asymétrique est associée à des intérêts divergents parmi les acteurs du secteur de la santé, cela conduit à une série de problèmes qui sont utilement analysés dans le cadre d'une *« entente mandant-mandataire »*[6]. Dans un tel cadre, le « mandant » engage un « mandataire » pour exécuter une certaine fonction. Lorsque le mandataire a des intérêts qui diffèrent de ceux du mandant *et* lorsque le mandant ne peut pas obtenir des informations complètes au sujet des résultats du mandataire, il est difficile de trouver des contrats qui soient parfaits. Ces deux caractéristiques – intérêts divergents et information incomplète – sont inhérentes au secteur de la santé et très répandues. Par exemple, les médecins sont intéressés à améliorer la santé de leurs patients, mais leurs choix de traitements et de médicaments peuvent également avoir des effets sur leur revenu, leur statut professionnel et leurs conditions de travail. Que les médecins soient engagés par les patients dans le secteur privé ou par les services de santé publique, ils sont chargés

de prendre des décisions dans l'intérêt véritable du patient, mais ils pourraient être tentés de fournir des services de qualité inférieure ou de prescrire des traitements coûteux. Les médecins ne sont pas les seuls mandataires dans le système de santé. Les personnes qui gèrent les établissements de santé, les sociétés pharmaceutiques, les fournisseurs de matériel ou les agences d'assurances sont soumises à des incitatifs complexes qui pourraient les encourager à réduire la qualité des soins ou à promouvoir le recours à des diagnostics ou des traitements inutiles. Lorsque des intérêts politiques entrent en jeu, ces mandataires peuvent faire l'objet de pressions les poussant à prendre des mesures qui nuisent aux soins de santé ou qui en augmentent les coûts.

Alors que les problèmes qui surgissent entre les mandants et les mandataires dans le secteur de la santé ont été principalement analysés du point de vue de leur impact sur l'efficience du système de santé, ces mêmes problèmes multiplient les occasions de corruption. En outre, comme il est difficile de surveiller absolument toutes les démarches des médecins, des hôpitaux, des sociétés pharmaceutiques et des organismes de réglementation, il n'est pas simple de les tenir responsables des résultats de leurs actes. Par exemple, les patients ne disposent pas habituellement d'informations suffisantes pour contrôler les décisions prises en leur nom ou pour juger si leur traitement a été facturé adéquatement ; les vérificateurs des compagnies d'assurances ont des difficultés à évaluer si la facturation est exacte et si les services rendus étaient nécessaires ; les organismes de réglementation ont du mal à garantir la qualité des médicaments et de l'équipement médical, ainsi que l'exactitude des étiquettes et des dates d'expiration. Tout cela indique un système prédisposé à la corruption et au sein duquel l'identification et la sanction des pratiques de corruption sont essentiellement difficiles.

Enfin, les systèmes de santé sont prédisposés à la corruption en raison du *grand nombre d'acteurs* concernés et de la complexité de leurs formes multiples d'interaction. Ces acteurs peuvent se classer en cinq catégories principales (voir figure 1.1) : organismes gouvernementaux de réglementation (ministères de la santé, parlements, commissions spécialisées) ; agents-payeurs (organismes de sécurité sociale, gouvernement, assureurs privés) ; prestataires de services de santé (hôpitaux, médecins, pharmaciens) ; consommateurs (patients) ; et fournisseurs (équipement médical et sociétés pharmaceutiques). La présence d'un si grand nombre d'acteurs accentue les difficultés à générer et à analyser l'information, à promouvoir la transparence et même à identifier la corruption lorsqu'elle survient. Cela accroît les occasions de corruption ; ainsi, les fonds peuvent être détournés ou affectés à tort à un ministère, à un conseil d'administration d'hôpital public ou à une clinique locale par des personnes comme les gestionnaires, agents d'approvisionnement, professionnels de la santé, distributeurs, employés ou patients. Et la participation d'un si grand nombre d'acteurs multiplie le nombre et le genre d'intérêts qui pourraient encourager un comportement frauduleux. Les acteurs pourraient être tentés d'abuser de leur fonction à des fins financières personnelles, d'accroître leur prestige, leur influence et pouvoir politiques ou d'augmenter leur part de marché. Lorsque la corruption est détectée, il pourrait être difficile de l'attribuer à une per-

sonne particulière ou de faire une distinction entre la corruption et un jugement erroné ou une erreur.

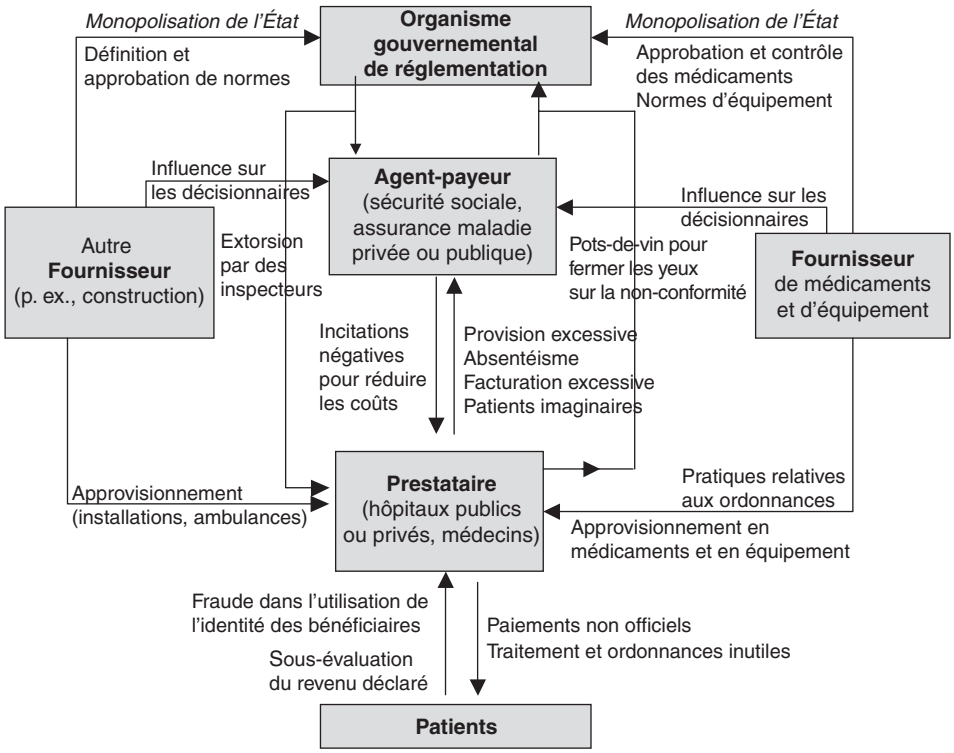


Figure 1.1 Cinq acteurs clés dans le système de santé

Ces trois caractéristiques – l'incertitude, l'information asymétrique et le grand nombre d'acteurs – accroissent systématiquement le risque de corruption et la difficulté à détecter, sanctionner et décourager ses manifestations de trois manières distinctes. Tout d'abord, elles nuisent au fonctionnement normal d'un marché concurrentiel qui pourrait autrement servir à limiter les comportements illicites[7]. Ensuite, elles encouragent la participation du secteur public en tant que prestataire direct de services de santé, au même titre que les assureurs et les organismes de réglementation, ouvrant la voix à des occasions supplémentaires de corruption. Enfin, ces trois caractéristiques annulent les efforts visant à produire une information fiable, à établir la transparence et à mettre en œuvre la reddition de comptes.

Comment la corruption et la fraude se manifestent-elles dans le secteur de la santé ?

Les rôles et responsabilités au sein des systèmes de santé sont partagés entre les organismes de réglementation, les prestataires de services de santé, les fournisseurs et consommateurs de telle manière qu'il est difficile de prendre de bonnes décisions, même lorsque chacun de ces acteurs est parfaitement honnête. Si l'on tient compte des personnes qui sont prêtes à profiter de ce système, les choses deviennent encore plus compliquées. Pour voir comment cela fonctionne, il est utile d'examiner, à son tour, comment chaque acteur peut se servir de sa position pour escroquer les autres.

Les organismes de réglementation (ministères de la santé, parlements, commissions de supervision)

L'incertitude de base dans les services de soins de santé crée pour le gouvernement un rôle potentiel visant à protéger les consommateurs grâce à la supervision et de meilleures informations. D'une manière générale, le gouvernement a la responsabilité de veiller à ce que les médicaments soient sûrs et efficaces, à ce que les praticiens de soins de santé aient suivi avec succès des cours approuvés ou aient des compétences reconnues, et à ce que les établissements soient adéquatement dotés en personnel et équipement. Mais l'existence de règlements ouvre la voix à des activités frauduleuses. Les sociétés pharmaceutiques peuvent fausser les études de recherche, influencer les commissions d'examen ou tout simplement verser des pots-de-vin aux organismes de réglementation pour que ceux-ci approuvent ou accélèrent le traitement de leur demande. Les prestataires et établissements de soins de santé peuvent être tentés de payer un organisme de réglementation pour qu'il ferme les yeux sur les relâchements dans l'observation des critères d'octroi de permis. Comme dans n'importe quel secteur, les inspecteurs du gouvernement peuvent être tentés d'abuser de leur charge pour obtenir des pots-de-vin même lorsque les prestataires sont en règle.

Les agents-payeurs (organismes de la sécurité sociale, assureurs de soins médicaux)

Les agents-payeurs peuvent faire l'objet d'opérations frauduleuses de la part d'autres acteurs, mais ils peuvent également eux-mêmes participer à des pratiques frauduleuses. Le secteur public peut agir comme agent-comptable soit par la prestation directe de soins soit par l'intermédiaire d'une agence d'assurances gouvernementale. Dans le secteur privé, les agents-payeurs comprennent les compagnies d'assurance commerciales et les organismes d'assurances à but non lucratif. Les particuliers peuvent également être considérés « agents-payeurs » lorsqu'ils versent des droits directement à des prestataires (voir « Patients » ci-dessous).

Lorsque le secteur public fournit directement des services, il distribue généralement les ressources par le biais du processus budgétaire public normal. Cela présente pour les intérêts politiques des occasions d'aller à l'encontre des décisions qui sont

prises dans l'intérêt véritable des patients. Ainsi, des décisions peuvent être prises en faveur de régions gouvernées par des alliés politiques, plutôt qu'en tenant compte des critères d'égalité et d'efficience.

Lorsque le secteur public gère un fonds d'assurance, comme cela est souvent le cas dans les pays où l'assurance sociale est obligatoire, la corruption peut survenir lorsque les fonctionnaires détournent des fonds. L'assureur public peut aussi attribuer des ressources en contrepartie de gains politiques et aux dépens des patients ou des contribuables.

Les assureurs privés, qu'il s'agisse de sociétés à but lucratif ou non lucratif, peuvent s'adonner à des activités de corruption lorsqu'ils collaborent à des programmes publics ou sont assujettis à des règlements. Ils peuvent détourner des fonds de programmes du secteur public visant à subventionner les soins de santé en établissant de fausses factures. Ils peuvent rejeter des demandes de remboursement malgré leurs engagements aux termes de la loi. Et ils peuvent soudoyer les organismes de réglementation de l'assurance pour que ceux-ci ferment les yeux sur leurs pratiques illégales.

Les prestataires de soins de santé (hôpitaux, médecins, pharmaciens)

Les prestataires de soins de santé ont de nombreuses occasions de participer à des activités frauduleuses de par la forte influence qu'ils exercent sur les décisions médicales, entre autres dans la prescription de médicaments, la détermination de la durée du séjour en hôpital, la prescription de tests et l'aiguillage des patients vers des consultations et services supplémentaires. En prenant ces décisions, les prestataires de soins de santé peuvent agir de certaines manières qui ne visent pas nécessairement l'intérêt véritable de leurs patients, et être motivés par des gains financiers personnels, une augmentation de leur prestige, un plus grand pouvoir ou de meilleures conditions de travail. Ces risques sont une des raisons pour lesquelles les professionnels de la santé sont généralement tenus d'observer des normes professionnelles et codes de déontologie conçus expressément pour freiner la corruption.

Les patients s'adressent généralement à des professionnels de la santé pour déterminer un plan d'action à suivre pour traiter une maladie. Par conséquent, les prestataires de soins de santé se trouvent dans la position unique consistant à indiquer au « consommateur » quel service « acheter ». Lorsque les prestataires sont « rémunérés à l'acte » (c'est-à-dire que des frais sont versés pour chaque service fourni), il est financièrement plus avantageux pour eux de fournir un plus grand nombre de services, et des services plus coûteux, que ne le justifierait autrement l'état de santé de la personne. Lorsque les prestataires sont rémunérés selon la formule du « paiement par capitation » (c'est-à-dire, que des frais uniques couvrent n'importe quel service requis par un patient ayant recours à leurs soins, quel que soit le nombre de services réellement fournis), il est alors financièrement plus intéressant pour eux de fournir moins de services que le seul état de santé de la personne ne l'exigerait normalement. Lorsque les prestataires reçoivent un salaire fixe, indépendant du volume de services fournis, il n'y a aucun incitatif financier à

fournir trop ou pas suffisamment de services, mais on note dans ce cas que les prestataires ont tendance à être moins productifs et à fournir moins de soins[8].

Dans le cas des prestataires de soins de santé employés dans le secteur public, toutes sortes d'abus peuvent se produire. Il est possible qu'ils profitent de leur emploi dans le secteur public pour rediriger des patients vers leur cabinet privé parallèle (ou bien utiliser les installations et fournitures publiques pour desservir leurs patients privés). Ils peuvent extorquer des fonds au secteur public en acceptant un plein salaire tout en s'absentant pour donner ailleurs des consultations privées. Il peut arriver qu'ils volent des médicaments et des fournitures médicales pour les revendre ou les utiliser dans d'autres endroits, et qu'ils réclament des pots-de-vin à des patients pour des services qui sont supposés être gratuits. Alors que ces pratiques sont généralement illégales, elles peuvent être excusées dans de nombreux pays par les gens qui les considèrent comme des stratégies acceptables pour faire face à de faibles salaires et à de mauvaises conditions de travail[9].

Les prestataires de soins de santé sont aussi en position d'extorquer des fonds aux agents-payeurs de plusieurs manières. La plus grande partie des systèmes de paiement doivent compter sur l'honnêteté des fournisseurs pour qu'ils indiquent la nature et le nombre de services qu'ils ont prodigués. Les prestataires de soins de santé peuvent créer des clients imaginaires pour réclamer des remboursements supplémentaires. Ils peuvent demander que des tests soient effectués dans des laboratoires privés dans lesquels ils ont un intérêt financier ou prescrire des médicaments coûteux en échange de pots-de-vin de sociétés pharmaceutiques.

En plus des prestataires de soins de santé, les dirigeants d'établissements de soins de santé peuvent accepter des pots-de-vin pour influencer l'approvisionnement en médicaments et fournitures, les investissements en infrastructure et en équipement médical. Et ce faisant, ils pourraient payer des prix plus élevés ou fermer les yeux sur du travail mal fait.

Les patients

Les consommateurs ou patients peuvent aussi participer à des activités frauduleuses. Dans de nombreux systèmes, les patients essaient d'obtenir des soins gratuits ou subventionnés en sous-déclarant leur revenu personnel ou familial. Dans d'autres systèmes, les patients font des déclarations inexactes au sujet de leur participation à un régime d'assurance en utilisant les cartes d'assurance d'amis ou de membres de la famille. Cela a été documenté au Canada où la province de l'Ontario a décelé qu'un grand nombre de personnes utilisaient de fausses cartes pour accéder aux soins publics gratuits[10]. Un patient peut soudoyer un médecin pour obtenir des avantages concernant des questions non liées à la santé, par exemple un certificat de santé pour obtenir un permis de conduire, pour éviter le service militaire ou pour recevoir des prestations d'invalidité.

Verser des pots-de-vin pour avoir le privilège d'accéder aux soins publics est également une forme de corruption courante. Dans certains pays, de tels pots-de-vin sont socialement acceptables et justifiés comme étant une façon de compenser les

professionnels de la santé publique piètrement rémunérés ou une réaction compréhensible de la part de personnes qui pourraient avoir un besoin urgent de soins. Cependant, lorsque de tels pots-de-vin deviennent « institutionnalisés », cela crée une situation dans laquelle les personnes les plus riches sont susceptibles d'obtenir une plus grande attention que celles qui sont plus pauvres et incapables de verser des pots-de-vin (voir chapitre 3, « Corruption dans les hôpitaux »).

Les fournisseurs (producteurs d'équipement médical, sociétés pharmaceutiques)

Les fournisseurs d'équipement médical et les sociétés pharmaceutiques disposent de renseignements confidentiels sur leurs propres produits et prestations qui les aident à corrompre le système de soins de santé. Les fournisseurs peuvent lésiner sur la qualité de l'équipement ou ré-emballer des médicaments arrivés à expiration. Ils peuvent ne livrer qu'une partie des commandes et soudoyer les agents d'approvisionnement pour qu'ils autorisent des prix plus élevés. Ils peuvent inciter des prestataires à acheter leurs produits à des prix gonflés, même lorsque d'autres solutions moins coûteuses et tout aussi efficaces sont disponibles. Vers le milieu des années 1990, l'Allemagne a fait des recherches sur 450 hôpitaux et plus de 2 700 médecins que l'on soupçonnait d'accepter des pots-de-vin de fabricants de valves pour le cœur, d'équipement de survie, de stimulateurs cardiaques et d'articulations de la hanche[11]. Les fournisseurs peuvent soudoyer les autorités de la santé publique dans n'importe lequel de leurs processus normaux d'approvisionnement, notamment en se faisant verser des pots-de-vin par des sociétés essayant de remporter des contrats lucratifs de construction d'hôpital (voir Rapport mondial sur la corruption 2005).

Enfin, les fournisseurs peuvent soudoyer les organismes de réglementation pour qu'ils élaborent des politiques en leur faveur. Par exemple, les sociétés pharmaceutiques peuvent influencer le gouvernement pour qu'il empêche les fabricants de médicaments génériques de leur livrer concurrence, ou encore des producteurs d'équipement peuvent essayer de faire modifier les règlements pour que les établissements autorisés soient obligés d'acheter leurs produits.

Il est difficile de prouver des intentions

Alors que les cinq acteurs sont généralement présents dans chaque système, leur pouvoir relatif et leurs incitatifs varient considérablement. Par exemple, les médecins salariés n'ont aucun moyen de surfacturer les assureurs, et les systèmes qui empêchent les assureurs d'établir des réseaux de prestataires exclusifs ont moins de marge de manœuvre pour contrôler les coûts et les pratiques de facturation.

Dans tous les cas, cependant, il est difficile de déceler la corruption dans le système de santé. Aussi étonnant que cela puisse paraître, il est difficile de faire une distinction entre un acte d'enrichissement personnel et l'inefficience systémique, l'erreur humaine ou un simple mauvais jugement. Entre abus et erreurs honnêtes, la distinction est souvent peu perceptible. Par exemple, lorsque des prestataires facturent le gouvernement pour des traitements qui ne sont pas médicalement indi-

qués (ou même pas dispensés), il pourrait être difficile de déterminer si la décision a découlé d'un effort intentionnel d'escroquer le gouvernement, d'un manque de formation ou d'une simple erreur.

Ces difficultés à prouver l'intention encouragent une situation où l'impunité est chose courante. Les efforts déployés pour condamner les personnes ou les sociétés pour cause de corruption peuvent être anéantis lorsque les associations médicales professionnelles ou les groupes de pression industriels ont recours à des pressions politiques pour protéger leurs membres de ce qui pourrait être considéré ou caractérisé comme un zèle excessif à engager des poursuites[12]. Une réaction pourrait consister à éviter les poursuites et à recourir plutôt à l'influence publique pour encourager plus de transparence et plus d'honnêteté. Le ministère américain de la santé et des services sociaux a cherché par exemple à réduire la facturation frauduleuse de Medicare (l'assurance maladie publique des États-Unis pour les personnes âgées) en documentant les écarts et en élaborant des « programmes de conformité ». Ainsi, que les pratiques « d'erreur de lecture » ou de « facturation séparée » qui ont conduit à des versements excédentaires aient été le fait d'erreurs, d'interprétations fautives ou de délits d'action intentionnels, cela a été tout simplement ignoré à la faveur de la garantie d'une facturation conforme à la loi à l'avenir. Les programmes de conformité ont exigé entre autres que les hôpitaux élaborent des normes de conduite et les mettent par écrit, forment le personnel pour que celui-ci suive des codes appropriés, établissent des services d'assistance téléphonique pour les plaintes et surveillent leur propre conformité[13].

Est-ce que la corruption varie d'un système de santé à l'autre ?

Même si les prestataires de soins de santé, les agents-payeurs, les consommateurs, les organismes de réglementation et les fournisseurs sont actifs dans tous les systèmes de santé, les relations, responsabilités et mécanismes de paiement varient dans la réalité. Certains pays ont des services de santé publique relativement bien financés et qui sont directement fournis par les gouvernements nationaux ou administrations municipales (Suède, Espagne). Dans d'autres pays à revenu élevé, le secteur public rembourse les services de santé qui sont fournis par les prestataires de soins de santé privés et publics (Canada, Allemagne). Dans la plupart des pays à faible et moyen revenu, le système de santé est fragmenté. Il peut inclure : un régime d'assurance publique pour les travailleurs du secteur structuré ; la prestation publique directe de soins de santé pour les indigents ; des assureurs et prestataires privés contractuels retenus par les ménages plus aisés ; et une grande portion de praticiens privés qui sont payés directement par leurs patients, à la fois riches et pauvres (Mexique, Afrique du Sud)[14].

Les abus dans le système de santé commis à des fins personnelles ne sont pas exclusifs à un pays ou système de santé particulier. Mais ces abus peuvent prendre différentes formes suivant la manière dont les fonds sont mobilisés, gérés et payés. Pour cette raison, il est utile de classer les systèmes de santé en deux grandes catégories suivant leur structure institutionnelle : les systèmes selon lesquels le secteur

public finance et fournit directement des services de santé, et les systèmes qui séparent le financement public de la prestation des services.

Dans le cas de la prestation publique directe des services de santé, les formes d'abus les plus courantes comprennent le versement de pots-de-vin dans la passation de marchés, le vol, l'imputation illégale de frais aux patients, le détournement des patients vers un cabinet privé, la réduction ou l'abaissement de la qualité des soins, et l'absentéisme. Dans les systèmes qui séparent le financement public de la prestation des services, les formes d'abus les plus courantes comprennent un traitement médical excessif ou de faible qualité, suivant le mécanisme de paiement utilisé, et la fraude dans la facturation du gouvernement ou des compagnies d'assurances.

Systèmes à prestation publique directe

Dans de nombreux pays, les systèmes de santé publique ont été établis pour prodiguer des soins de santé à la population à peu ou pas de frais au moment du service. La structure la plus courante pour de tels systèmes comprend un ministère de la santé ou son équivalent, qui engage le personnel administratif, médical et de soutien nécessaire, construit des installations, et organise l'achat et la distribution de médicaments, d'équipement et de fournitures. Un grand nombre de pays européens suivent ce modèle. Les systèmes de santé publique intégrée présentent toutes sortes de différences structurelles, que ce soit par la décentralisation (comme en Espagne) ou l'expérimentation avec des établissements de santé autonomes (Suède), mais ils partagent des approches communes en ce qui concerne l'affectation des ressources et la prestation des services.

Dans les pays en développement, les succès concernant la prestation publique directe de services de soins de santé sont rares. Dans les pays les plus efficaces, les services de santé atteignent l'essentiel de la population (Chili, Cuba, Malaisie). Dans la plus grande partie de ces pays, cependant, les systèmes publics n'ont pas été en mesure d'atteindre d'importants segments de la population, ni de fournir des services adéquats (Venezuela, Indonésie). En l'absence d'une couverture complète, les pays financent parfois, ou du moins subventionnent, des établissements de soins de santé à but non lucratif, comme les hôpitaux de missions en Afrique ou les cliniques de santé des ONG dans les Amériques.

Les preuves dont on dispose sur la corruption dans les systèmes de santé à prestation publique directe sont largement concentrées sur les paiements informels ou illégaux de services dans les pays en développement ou en transition. Cette forme de corruption a des effets particulièrement négatifs sur l'accès aux soins pour les pauvres qui ne peuvent se permettre ces paiements. En Chine et dans de nombreux anciens pays communistes d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, l'existence apparente de tels paiements illégaux a conduit les observateurs à conclure que le système de soins de santé a été « privatisé », qu'il fonctionne comme un marché de soins de santé privés et qu'il n'a de public que le nom [15].

Les études sur la corruption dans les systèmes de santé à prestation publique directe de services portent ensuite le plus souvent sur le vol par les employés, l'accès des

patients sans recommandation, l'absentéisme et l'usage illicite d'installations publiques pour la clientèle privée. Le versement de pots-de-vin lors de l'achat de fournitures médicales, de médicaments et d'équipement a aussi été étudié dans les systèmes de santé à prestation publique directe, mais ces formes de corruption sont plus difficiles à détecter et à documenter. Certaines études sont parvenues à estimer l'ampleur des prix excessifs auxquels est assujetti le secteur public pour les fournitures médicales et les médicaments en comparant les prix payés par différents hôpitaux[16].

Systèmes qui séparent le financement public de la prestation des services

Dans de nombreux systèmes de santé, l'entité qui finance les services de santé est distincte de celle qui fournit ces services. Cela est fréquent dans les pays ayant un système d'assurance sociale comme la France et l'Allemagne, dans les grands pays fédérés comme le Brésil et le Canada, et dans les systèmes dotés de filets de sécurité publique comme Medicaid et Medicare aux États-Unis. Cette distinction entre le financement public et la prestation des services est rare dans les pays à faible revenu, mais est courante dans les pays à revenu élevé et dans les pays à revenu moyen d'Amérique latine et d'Asie.

Lorsque le financement public est distinct de la prestation de services, le caractère des abus est susceptible de changer, portant essentiellement sur les manières de détourner les flux de paiements et les remboursements. L'un des aspects essentiels qui influence le type d'abus est le mécanisme de paiement choisi par les financiers pour rémunérer les prestataires pour leurs services. Par exemple, les professionnels de la santé qui sont remboursés selon la formule de la rémunération à l'acte ne sont pas encouragés à s'absenter du travail, mais les gens malhonnêtes parmi eux pourraient être tentés de facturer excessivement leurs services, de facturer des services qui ne sont pas fournis ou de faire faire des tests ou subir des procédures qui ne sont pas nécessaires à des fins médicales. Les paiements par capitation peuvent présenter des incitatifs nécessaires pour que les prestataires se penchent davantage sur les soins préventifs que curatifs, mais cela pourrait aussi motiver les personnes malhonnêtes à négliger la prestation de soins nécessaires ou à en réduire la qualité au point où elle se trouve inférieure aux normes acceptables.

Les agents de financement public peuvent eux-mêmes être un foyer de corruption, en détournant des fonds à des fins impropres ou à des fins financières personnelles. En outre, le remboursement public de prestataires privés, dans les systèmes où cela est autorisé, soulève un grand nombre de questions de réglementation. Le gouvernement établit fréquemment des règlements qui veillent à ce que les prestataires privés répondent à des normes de qualité minimales. De tels règlements présentent des occasions de corruption dans les procédures d'attribution de licences et les inspections.

Que les pays fournissent directement des services de santé ou qu'ils séparent le financement public de la prestation des services, leurs systèmes ne sont pas insensibles à la corruption. Seules les formes et l'étendue de la corruption risquent de varier (voir Encadré 1.1).

Formes communes de corruption dans tous les systèmes de santé

Ces deux types de systèmes partagent des formes d'abus communes dans les processus d'affectation et de transfert des fonds publics aux entités nationales et infranationales. Parfois, il y a un détournement de fonds à grande échelle aux niveaux ministériels ou de la haute direction d'un système de santé ; dans d'autres cas, les fonds sont détournés de leurs objectifs prévus lorsqu'ils sont transférés à des administrateurs politiques de niveau inférieur. Bien que ces formes de détournement de fonds puissent éventuellement coûter davantage au système que les autres formes de corruption qui surviennent au niveau des établissements, elles sont moins souvent étudiées et mal documentées.

Ces deux types de systèmes de santé partagent la vulnérabilité aux abus concernant les médicaments de contrefaçon, la vente d'équipement défectueux, l'information inexacte sur la qualité ou la nécessité de fournitures médicales et les conflits d'intérêts entre les acheteurs, les prestataires, les fournisseurs et les chercheurs.

Conclusion

Les systèmes de santé sont prédisposés à la corruption du fait que l'incertitude, l'information asymétrique et le grand nombre d'acteurs créent des occasions systématiques de corruption. Ces trois facteurs se combinent pour diviser l'information entre différents acteurs – organismes de réglementation, agents-payeurs, prestataires, patients et fournisseurs – de telles manières que cela rend le système vulnérable à la corruption et nuit à la transparence et à la reddition de comptes.

Lorsque des règlements sont mis en place pour remédier à ces problèmes, les efforts pour influencer les organismes de réglementation deviennent une nouvelle source potentielle de corruption. D'importants groupes d'intérêts, y compris les fournisseurs, agents-payeurs et prestataires de soins de santé, peuvent « monopoliser » les organismes de réglementation de manière à se soustraire à leurs responsabilités ou à servir leurs intérêts aux dépens du public. Les consommateurs n'ont pas généralement l'organisation et le pouvoir d'imposer des mesures disciplinaires aux autres acteurs en critiquant ou en choisissant d'autres prestataires de soins de santé. En outre, les abus peuvent être dissimulés derrière de simples inefficiences administratives ou, s'ils sont remis en question, ils peuvent être justifiés en prétendant que le professionnel de la santé ou l'agent d'approvisionnement ne devrait pas être contesté par quelqu'un qui est moins informé des circonstances d'un cas. C'est ainsi que les occasions de détourner des fonds, d'accorder des faveurs, de demander des pots-de-vin ou de recourir à d'autres pratiques frauduleuses dans la mise en œuvre des ressources peuvent être répandues.

Ces problèmes surgissent dans toutes sortes de systèmes de santé du monde entier. Les structures institutionnelles particulières du système de santé peuvent rendre certaines formes de corruption plus ou moins attrayantes, mais aucun système n'est à l'abri des abus et de la fraude. Comprendre comment fonctionne un système de santé d'un pays, examiner les mesures incitatives sous-jacentes pour la prestation

des soins, et analyser ses vulnérabilités particulières sont les premières étapes de la conception de stratégies holistiques pour s'attaquer à la corruption d'un point de vue systémique, et pour prendre les mesures qui permettront de réduire effectivement l'étendue des abus et de la fraude.

Encadré 1.1 Histoire de deux systèmes de santé

En examinant de plus près la situation de deux pays, on remarque que la corruption se manifeste différemment dans les systèmes de santé. La Colombie et le Venezuela sont des pays voisins d'Amérique latine aux revenus comparables et qui partagent de nombreuses similarités de par leur histoire, leur culture et leur langue. Jusqu'en 1990, les deux pays ont eu des systèmes de santé similairement fragmentés, comportant une grande institution de sécurité sociale desservant le secteur structuré, les gouvernements nationaux ou d'État qui fournissaient directement des services de soins de santé au reste de la population, et un secteur privé actif qui comptait essentiellement sur le paiement direct des services par les patients et leur famille.

Au début des années 1990, la Colombie a lancé une série de réformes impressionnantes en matière de santé en décentralisant les services publics pour les transférer au niveau municipal et, parallèlement, en créant un système d'assurance universelle obligatoire avec la participation des assureurs non gouvernementaux (à but lucratif et non lucratif). En vertu du nouveau système d'assurance, les particuliers avaient l'option de choisir leur assureur. La teneur et le prix de l'ensemble des avantages sociaux étaient définis au niveau national, et on espérait que les assureurs se livreraient concurrence pour offrir la meilleure qualité de soins et de services.

Pour rendre le système plus équitable, la réforme a créé un fonds national en vertu duquel des taxes ont été imposées sur une partie des contributions relativement élevées faites par les particuliers à revenu supérieur, de manière à subventionner les contributions relativement faibles faites par les particuliers à revenu modeste. Ainsi, les assureurs sont maintenant garantis d'avoir une prime fixe pour chaque membre, ajustée en fonction de l'âge et du sexe, et qui ne devrait pas varier avec le revenu réel du particulier. De cette manière, la Colombie est passée d'un système fragmenté dominé par de grandes institutions publiques à prestation intégrée à un système de plus en plus universel dominé par une séparation des agents-payeurs et des prestataires.

Malheureusement, ces deux pays ont connu beaucoup de corruption dans tous les secteurs, et le système de la santé ne fait pas exception. Une comparaison entre les deux pays réalisée vers la fin des années 1990 laissait entendre que la corruption était très répandue, mais avait pris des formes quelque peu différentes alors que les systèmes de santé des deux pays divergeaient. Par exemple, une grande partie des membres du personnel des hôpitaux publics dans les deux pays signalaient toute une gamme d'irrégularités, notamment vols, versements de pots-de-vin, absentéisme et acceptations de pots-de-vin[1]. Cependant, 59 pour cent du personnel ayant participé au sondage dans les hôpitaux publics de Bogota indiquaient que de telles irrégularités avaient baissé depuis la mise en œuvre de la réforme de la santé. Le personnel des hôpitaux vénézuéliens indiquait que les médecins étaient absents 37 pour cent du temps alors que l'absentéisme dans les hôpitaux publics de la Colombie représentait apparemment moins de 6 pour cent du temps des médecins. Même si les preuves dont on dispose sont rares et

▸

certainement pas concluantes, les différences laissent entendre que les hôpitaux publics sous le nouveau système en vigueur en Colombie pourraient connaître moins d'irrégularités.

Par contre, la réforme de la santé en Colombie a ouvert une voie entièrement nouvelle aux activités de corruption. Les importants mouvements de fonds provenant des cotisants, des assureurs non gouvernementaux et des subventions gouvernementales pour les assurés cotisants à faible revenu sont devenus des cibles de fraude. Vers le milieu des années 1990, le Secrétariat de la santé de Bogota, responsable de l'administration des subventions pour les assurés cotisants à faible revenu, a commencé à vérifier les listes des membres soumises par les assureurs aux fins de remboursements. Ils ont découvert que 114 000 nouveaux membres recevaient des prestations, chiffre beaucoup plus élevé que l'augmentation à laquelle avait pu donner lieu l'extension de la couverture universelle. Par contre, le Secrétariat a trouvé que les assureurs conservaient les particuliers sur leurs livres comptables, pour pouvoir continuer à recevoir des subventions gouvernementales, même après que ces particuliers avaient souscrit une nouvelle assurance auprès d'un autre assureur.

La pratique était facilitée par le fait que les particuliers étaient généralement peu familiers avec le système d'assurance et ne comprenaient pas les implications que représentait la signature d'une nouvelle proposition d'assurance. Certains assureurs ont omis de remettre à leurs membres la documentation requise, réduisant ainsi l'accessibilité de ces derniers aux services auxquels ils ont droit. Enfin, certains agents d'assurance ont tout simplement remis de fausses propositions d'assurance. C'est ainsi que des millions de dollars ont été extorqués à la ville de Bogota jusqu'à ce qu'elle établisse une banque de données unifiée et commence à examiner de plus près les demandes de remboursement et à mener des enquêtes. Des pratiques similaires ont sans doute été maintenues dans le reste du pays où les demandes de remboursement étaient moins activement étudiées en profondeur.

William D. Savedoff

Note

1. Rafael Di Tella and William D. Savedoff, Diagnosis, Corruption : Fraud in Latin America's Pubic Hospitals (Washington, DC : Inter-American Development Bank, 2001)

Notes

1. William D. Savedoff est un associé principal chez *Social Insight* et ancien économiste principal de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque interaméricaine de développement. Karen Hussmann est consultante en politiques gouvernementales et se spécialise en économie de la santé et gouvernance ; elle était auparavant administratrice de programmes à Transparency International.
2. Ces chiffres sont les estimations des auteurs pour 2001 d'après une variété de sources, y compris l'OMS, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), la Banque mondiale et le ministère américain de la santé et des services sociaux.
3. Kenneth J. Arrow, « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American EconomicReview* 53 (1963). Pour un débat sur l'article de Arrow et pour connaître son impact sur l'économie de la santé, voir l'article de William D. Savedoff, « 40th Anniversary :

Kenneth Arrow and the Birth of Health Economics », *Bulletin of the World Health Organization* 82(2), février 2004.

4. Les explications économiques détaillées de ces problèmes comprennent l'anti-sélection et le risque moral et se trouvent dans la plupart des manuels sur l'économie de la santé. Voir par exemple, T. Getzen, *Health Economics : Fundamentals and Flow of Funds* (New York : Wiley, 1997).
5. La documentation sur les modèles de choix public et l'inefficacité du gouvernement comprend Dennis C. Mueller (ed.), *Perspectives on Public Choice* (Cambridge : Cambridge University Press, 1997), et Torsten Persson et Guido Tabellini, *Political Economy : Explaining Economic Policy* (Cambridge, MA : MIT Press, 2002).
6. Pour la documentation sur le modèle d'entente mandant-mandataire, voir D. E. Sappington, « Incentives in Principal–Agent Relationships », *Journal of Economic Perspectives* 5(2), 1991, et William D. Savedoff, « Social Services Viewed Through New Lenses », dans William D. Savedoff (ed.), *Organization Matters* : *Agency Problems in Health and Education in Latin America* (Washington, DC : Banque interaméricaine de développement, 1998).
7. Alberto Ades et Rafael Di Tella, « Rents, Competition and Corruption », *American Economic Review* 89(4), 1999.
8. Pour une discussion sur les différents mécanismes de paiement et leur impact sur le comportement des fournisseurs, voir H. Barnum, J. Kutzin et H. Saxenian, « Incentives and Provider Payment Methods », *International Journal of Health Planning and Management* 10, 1995, et J. C. Robinson, « Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives », *Milbank Quarterly*, novembre 2001.
9. Voir Chapitre 3, « La corruption dans les hôpitaux » page 61.
10. N. Inkster, « A Case Study in Health Care Fraud in Ontario, Canada », *Corruption dans les services de santé*. Articles présentés lors d'un atelier de la 10e Conférence internationale sur la lutte contre la orruption « Corruption et santé », Prague, République tchèque, octobre 2001 (Washington, DC : Banque interaméricaine du développement, 2002).
11. British Medical Journal 312, 13 janvier 1996.
12. Interview de William D. Savedoff avec Leslie Aronovitz, ministère américain de la santé et des services sociaux, le 17 décembre 2000.
13. L. Aronovitz, « Allegations of Inaccurate Billing in the Medicare System in the United States », *Corruption in Health Services*. Articles présentés lors d'un atelier de la 10e Conférence internationale sur la lutte contre la corruption « Corruption et santé », Prague, République tchèque, octobre 2001 (Washington, DC : Banque interaméricaine du développement, 2002).
14. Rapport sur le développement dans le monde 2004 : Making Services Work for Poor People (Washington, DC : Banque mondiale, 2004), et le Rapport sur la santé dans le monde 2000. *Systèmes de santé : Amélioration de la performance* (Genève : OMS, 2000).
15. Gerald Bloom, « Primary Health Care meets the Market : Lessons from China and Vietnam », Document de travail de la SID 53 (Brighton, UK : Institute of Development Studies, 1997), et Tim Ensor, « What Role for State Health Care in Asian Transition Economies ? » *Health Economics 6*(5), 1997.
16. Rafael Di Tella et William D. Savedoff, Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals (Washington, DC : Banque interaméricaine de développement, 2001).

La corruption dans les systèmes de soins : l'expérience américaine

Malcolm K. Sparrow[1]

Les États-Unis dépensent plus pour les soins de santé que tout autre pays industrialisé, leurs dépenses nationales dans ce domaine en 2003 dépassant 1,6 billion de dollars US[2]. Ce chiffre représente 15,3 pour cent du PIB du pays, soit une hausse par rapport aux 5,7 pour cent en 1965 et 8,8 pour cent en 1980[3]. Malgré l'énormité de ces dépenses, les économistes en soins de santé ont traditionnellement prêté très peu d'attention à la corruption, à la fraude, au gaspillage et aux abus pouvant exister dans le système de prestation des soins médicaux américain. Ils disent ne pas tenir compte de ces éléments dans leurs modèles de coûts, pour la bonne raison qu'il « n'y a pas de données sur la question ». Il est vrai qu'il existe un manque de données fiables sur l'étendue de la corruption dans le système et peu d'estimations fiables sur la portion de chaque dollar destinée aux soins de santé allant en fait à des activités criminelles.

En tant que risque à contrôler, la fraude et la corruption dans le système de soins de santé présentent tous les problèmes habituels que l'on retrouve dans la fraude commise par les employés : des stratagèmes criminels bien orchestrés conçus pour être invisibles et qui le plus souvent réussissent à passer inaperçus. Les efforts entrepris pour l'endiguer s'appuient souvent sur la toute petite partie visible du problème (celle qui est détectée) plutôt que sur ce qui se cache sous la surface ou sur une estimation statistique ou scientifique valable quant à son ampleur.

Malgré sa nature essentiellement invisible, le problème de la fraude dans les soins de santé aux États-Unis a été jugé suffisamment grave par l'administration Clinton (selon les cas qui ont fait surface) pour qu'en 1993 la procureure générale Janet Reno le déclare « problème criminel numéro deux » en Amérique, venant immédiatement après les crimes de violence. Une telle déclaration a tiré la sonnette d'alarme et soulevé aux États–Unis et peut-être également ailleurs dans le monde une inquiétude sans précédent au sujet de l'intégrité dans le secteur des soins de santé.

Les caractéristiques du système américain

Même si le secteur public investit d'énormes sommes dans les soins de santé[4], on trouve relativement peu de fonctionnaires et d'employés du secteur public dans les rôles de prestation de services de première ligne. Par conséquent, si l'on adopte une définition de la corruption limitée aux « abus de l'autorité », la plupart des problèmes de fraude en matière de soins de santé ne sont pas vraiment inclus. Par contre, la définition plus large « d'abus d'autorité mandatée » couvre les actes malhonnêtes de médecins, d'hôpitaux et d'autres professionnels de la santé, qui jouissent généralement d'un statut social et professionnel élevé et desquels on attend un jugement médical non influencé par des intérêts financiers privés. Ainsi, la plupart des actes frauduleux perpétrés dans le système par des fournisseurs de soins médicaux peuvent être considérés comme des actes de corruption selon cette définition. Par

exemple, lorsque des médecins acceptent des paiements pour fournir des ordonnances inutiles dans le cadre de stratagèmes de recyclage pharmaceutique, qu'ils persuadent des patients de suivre des traitements dont ils n'ont pas besoin, ou encore soumettent des factures aux programmes publics pour des services qu'ils n'ont jamais fournis, ils seraient assurément perçus par la plupart des citoyens comme ayant abusé de la confiance qu'on leur prête à titre de professionnels de la santé.

Le système de soins de santé américain possède des caractéristiques particulières qui le rendent vulnérable à la corruption :

- **La prestation des soins de santé est en grande partie sous-traitée.** Les soins de santé sont pour la plupart fournis par le secteur privé ou par des entités indépendantes à but non lucratif. Les services, par contre, sont *payés* par le biais de programmes gouvernementaux comme Medicare (régime d'assurance maladie fédéral pour les personnes âgées) ou Medicaid (régime d'assurance maladie administré par les États à l'intention des personnes démunies), ou par des assureurs commerciaux qui offrent de l'assurance-maladie aux particuliers, à des groupes ou des employeurs (qui eux souscrivent l'assurance pour leurs employés à titre d'avantage social). Cela signifie que les payeurs n'ont aucun renseignement fiable sur les services qui ont été rendus ou sur la question de savoir si ces services étaient nécessaires ; et ils ne peuvent compter que sur la parole des fournisseurs.
- **Structure de la rémunération à l'acte et paiements fondés sur la bonne foi.** La plupart des services sont remboursés selon la formule de la *rémunération à l'acte*, et ce, malgré la création de nouvelles structures comme la capitation (selon laquelle l'entité s'engage par contrat à fournir des soins nécessaires en échange d'une source de revenus fixes par patient par mois), et d'autres régimes de « soins gérés ». En vertu de la structure de la rémunération à l'acte, on fait confiance aux fournisseurs de soins de santé (médecins, hôpitaux, spécialistes et autres) pour qu'ils déterminent les niveaux de soins appropriés et facturent l'assureur pour les services qu'ils rendent.
- **Les fournisseurs et prestataires de soins médicaux constituent les principaux foyers de corruption.** Ce sont les prestataires et non les patients, qui sont à la source des principales occasions de vol. Les patients ne peuvent tricher que pour leur propre compte, et encore de façon limitée, s'ils veulent éviter de s'attirer des soupçons. Ainsi, la fraude concoctée par les patients est limitée, dans une certaine mesure, à la proportion de patients malhonnêtes. Par contre, les prestataires et leurs agents de facturation sont en mesure de présenter de grandes quantités de fausses factures ou de factures gonflées et d'étendre l'activité à des centaines ou à des milliers de comptes de patients. Les prestataires ont ainsi une *opportunité d'affaires* pour agir malhonnêtement et un nombre relativement faible d'acteurs malhonnêtes peut faire des ravages économiques disproportionnés au système. Les cas de corruption les plus notables ont impliqué des professionnels de la santé, des prestataires et des grandes entreprises de la chaîne de prestation de soins de santé.

- **Des systèmes de paiement hautement automatisés.** Les systèmes de rémunération à l'acte sont maintenant regroupés en énormes systèmes de paiements hautement automatisés. Les soumissions électroniques transmises au système (sous la forme de demandes de règlement pour services fournis) donnent lieu à l'expédition informatisée de paiements électroniques. Le gros de ces demandes est payé par *règlements automatiques,* ce qui signifie qu'une demande est reçue, examinée selon certaines règles, approuvée et réglée, le tout de manière électronique sans l'examen minutieux d'un être humain. De tels systèmes de paiement sont des cibles très attrayantes pour la fraude. Lorsqu'il s'agit de frauder ces systèmes, ce ne sont pas les intéressés qui manquent, ceux-ci comprenant : les travailleurs manuels (qui peuvent s'inscrire comme fournisseurs d'équipement médical à frais minimes, sans même avoir de formation, pour ensuite être en mesure de soumettre des factures sans jamais avoir vu de patient) ; les grandes entreprises, comme des chaînes d'hôpitaux et des compagnies pharmaceutiques ; les trafiquants de drogue (qui, selon le FBI, passent à la fraude dans les soins de santé parce que cela est plus sûr et plus lucratif que le trafic de drogues, et que l'on risque moins de se faire prendre) ; les groupes et gangs du crime organisé[5].

- **L'absence de vérification de l'exactitude du traitement et le manque d'attention accordé au processus.** La plus grande partie des demandes de règlement est donc réglée par moyens électroniques et repose sur la bonne foi. Tout le système a été conçu pour traiter avec des médecins honnêtes, en se souciant de valeurs comme la rapidité, l'efficacité, l'exactitude, la prévisibilité et la transparence. Les contrôles et audits (les règles automatisées) intégrés aux systèmes informatisés de traitement des demandes de règlement ont pour objet de vérifier l'établissement des tarifs, la protection d'assurance et l'orthodoxie médicale (selon le diagnostic dont fait état la demande). Mais les systèmes de contrôle tiennent généralement la demande elle-même pour vraie et ne vérifient pratiquement pas si le patient a effectivement reçu les services indiqués dans la demande, ni même si le diagnostic était authentique. Pour exploiter ces systèmes, il suffit à ceux qui ont l'intention de commettre un vol de s'assurer de *facturer correctement*. S'ils le font, ils peuvent inventer ou modifier les diagnostics, ou fabriquer de toutes pièces des crises médicales. Si la malchance veut que leurs demandes soient sélectionnées pour un audit, ils n'ont tout simplement qu'à créer et soumettre des dossiers médicaux à l'appui des factures fictives et, si les auteurs de ces actes sont capables de mentir deux fois sans se tromper, ils passeront l'examen de l'audit sans grande crainte d'être détectés. Ainsi, les contrôles en place dans le secteur parviennent mieux à déceler les erreurs de facturation et les irrégularités médicales signalées honnêtement que les supercheries criminelles sous forme de demandes de règlement falsifiées. Ils arrivent mieux à déceler des services mal documentés que des mensonges bien documentés. Les enquêteurs du secteur commencent à se servir d'un plus grand éventail de contrôles pour venir à bout du problème (voir ci-après).

- **Les multiples façons de tricher et le caractère central du problème de la falsification des demandes de règlement.** Les encouragements que procure la structure de rémunération à l'acte incitent à présenter des factures falsifiées ou exagérées. Il y a d'autres stratagèmes, plus ingénieux, comme les pots-de-vin versés pour la recommandation de patients, pour la prescription par les médecins de certains produits pharmaceutiques, pour l'exagération des rapports de frais dans les systèmes où les taux de remboursement des services dépendent des frais déclarés et des patients que l'on se réfère (orientation de patients vers d'autres entités dans lesquelles le médecin traitant référent a une participation ou d'autres intérêts financiers), pour ne citer que quelques exemples. Néanmoins, la présentation de *fausses demandes de règlement* (des demandes contenant des abus importants) est peut-être la forme de tricherie la plus classique et la plus tenace du système américain.

- **Mauvaise évaluation des taux de paiements excédentaires.** Les programmes d'assurance maladie (Medicare) et d'assurance maladie à l'intention des personnes démunies (Medicaid) ont fait récemment des études d'évaluation[6], qui ont révélé des taux de pertes allant de 3 à 15 pour cent de l'ensemble des coûts, la plupart des résultats se trouvant dans une fourchette de 5 à 10 pour cent. Les études portent sur des échantillons aléatoires de demandes réglées, mais ont ensuite tendance à appliquer des protocoles d'audit quelque peu moins rigoureux que ceux nécessaires pour obtenir de véritables estimations de taux de paiements excédentaires. Les protocoles d'audit utilisés reproduisent souvent les audits basés sur des documents ou des audits « internes » qui vérifient si les demandes ont été traitées correctement, et si elles sont corroborées par des dossiers médicaux demandés et reçus par la poste. Mais ces méthodes d'audit ne cherchent pratiquement pas à retracer les patients ni à s'assurer que les services étaient nécessaires et ont été effectivement fournis. C'est pourquoi les taux de paiements excédentaires obtenus par ces programmes d'évaluation ne détectent généralement pas les types de fraude plus subtils ni que le phénomène courant de *facturation de services non fournis* dans les cas où les auteurs de ces actes prennent la précaution de soumettre un faux dossier médical qui correspond à la demande. Dans ces estimations, le taux global des pertes est par conséquent considérablement sous-estimé. Cette carence a été reconnue par le Government Accountability Office, organisme gouvernemental chargé de la reddition de comptes, qui reconnaît que le recours à des protocoles d'audit plus rigoureux conçus pour détecter la fraude aurait permis d'obtenir des estimations des taux de paiements excédentaires « plus élevées – mais de combien, personne ne saurait le dire »[7].

- **Les investissements dans les contrôles ne correspondent pas à l'ampleur du problème.** Malgré les taux de pertes qui pourraient facilement dépasser 10 pour cent du coût des programmes, les investissements dans les contrôles de la fraude et de la corruption demeurent à un niveau honteusement bas, ce qui n'est pas étonnant lorsque l'on a affaire au contrôle de la fraude commise par

des employés. Dans le secteur des soins de santé, les investissements dans le contrôle de l'intégrité et de la fraude représentent en moyenne 0,1 pour cent du coût des programmes. Ce ratio se maintient d'une manière remarquablement constante dans tout le secteur, que l'assureur soit un organisme gouvernemental, commercial ou à but non lucratif. Face aux pertes éventuelles, les investissements dans les contrôles sont donc grandement insuffisants.

Les leçons tirées de l'expérience américaine

Le système des soins de santé américain demeure vulnérable aux attaques, et les systèmes de contrôle de l'intégrité des programmes et de la fraude ne sont pas encore dotés de tous les moyens requis pour venir à bout du problème. Les médias exposent quasi quotidiennement des situations scandaleuses où des professionnels de la santé ou des sociétés du secteur extorquent des millions de dollars au système. D'importantes leçons ont donc été tirées concernant la lutte contre la fraude et la corruption, notamment :

- **Les systèmes automatisés sont des cibles pour la fraude.** Les grands systèmes hautement automatisés sont des cibles rêvées pour les fraudeurs. Il est facile d'étudier leur fonctionnement pour ensuite exploiter leur prévisibilité. Les contrôles de la qualité et les techniques d'amélioration du processus peuvent seulement garantir le bon fonctionnement du système de paiement mais ne font rien pour valider l'information qui y est entrée. Dans un tel environnement, *plus le système marche rondement mieux c'est pour la fraude*. Cette vulnérabilité ne se limite pas aux programmes de soins de santé, elle touche également de nombreux autres programmes d'aide ou de paiements publics possédant des caractéristiques similaires.
- **L'importance de l'évaluation.** À défaut de mesurer les fuites d'une manière méthodique et rigoureuse, on ne connaîtra jamais exactement l'ampleur du problème. Ainsi, les responsables des politiques ne seront pas en mesure de justifier un accroissement des investissements dans les contrôles ou les mécanismes d'application, et les ressources affectées aux contrôles resteront à un niveau minimum.
- **L'importance des lois sur la protection des dénonciateurs.** La plupart des actions importantes intentées contre les grandes entreprises pour cause d'escroquerie à l'égard des programmes de soins de santé gouvernementaux ces dix dernières années découlaient d'actions *qui tam* (qui permettent à de simples citoyens d'intenter des poursuites pour accusation de fraude à l'égard de programmes gouvernementaux) ou s'appuyaient fortement sur de telles actions intentées en vertu de la loi fédérale *False Claims Act*[8]. Dans la majorité des cas, le dénonciateur était un employé ou un ancien employé de l'entreprise en cause. Alors qu'au départ la *False Claims Act* a été conçue pour décourager la corruption dans le marché de la défense, désormais, les instances de fraude

dans le secteur des soins de santé comptent pour plus de la moitié du volume d'actions *qui tam* dont est saisi le ministère de la justice. Les dénonciateurs reçoivent une part de toute indemnité s'il y a lieu. L'offre d'incitatifs financiers et d'indemnisations aux dénonciateurs s'est révélée être une des armes les plus puissantes dont dispose le gouvernement américain pour lutter contre la fraude et la corruption dans le secteur des soins de santé. Un exemple éminent concerne la chaîne hospitalière Columbia/HCA, le plus grand fournisseur de soins de santé aux États-Unis. Une série de poursuites intentées par des dénonciateurs contre Columbia dans les années 1990 ont abouti à des règlements octroyés par le ministère de la justice totalisant plus d'un milliard de dollars US[9]. Les dénonciateurs ont signalé des pratiques comme le fait de payer des médecins pour aiguiller les patients vers les hôpitaux, ou d'acheminer les patients vers des services de soins à domicile affiliés alors que les patients préféraient un autre prestataire, ou d'établir des objectifs de rendement en termes de « taux de complications » (qui justifient des niveaux de remboursement plus élevés de la part de Medicare), ou de dissimuler des papiers et des comptes aux vérificateurs du gouvernement ou encore de créer de fausses factures.

- **La nature dynamique du jeu.** Les enquêteurs et les vérificateurs ont appris que les auteurs de fraudes peuvent s'adapter rapidement aux changements apportés au système de contrôle. Les stratégies de contrôle qui s'appuient sur des contrôles fixes (comme l'utilisation des contrôles et audits basés sur des règles dans le système de traitement) sont un échec total. Le contrôle de la fraude est un jeu d'ingérence et de contre-ingérence qui se joue contre des adversaires conscients qui ont une grande capacité d'adaptation.

- **Les limites de l'analyse basée sur les transactions et des méthodes de détection.** Les enquêteurs découvrent l'importance de passer à des systèmes de contrôle qui vont au-delà de ceux qui se font au niveau des transactions, ceux-ci étant facilement contournés par les fraudeurs qui conçoivent leurs stratagèmes de telle sorte que chaque demande, examinée de manière isolée, paraisse parfaite. Les unités de détection qui donnent les meilleurs résultats dans le secteur commencent à se servir d'analyses structurales d'un plus grand rayon d'action et de méthodologies de reconnaissance des formes capables de rechercher des modèles de coïncidences ou de regroupements (parmi des milliers de demandes) typiques de stratagèmes de facturation informatisée et de complots organisés, dont très peu pourraient être détectés par un simple examen des demandes individuelles ou des antécédents de patients particuliers.

- **Les dangers de se précipiter vers des solutions structurelles.** En principe on devrait féliciter les responsables de politiques qui cherchent des solutions structurelles à long terme aux problèmes d'intégrité. La documentation sur la lutte contre la corruption insiste sur l'importance d'apporter des changements à la structure des incitatifs comme méthode permettant d'éliminer les formes connues de corruption et de détournement de fonds. Beaucoup de fonctionnaires,

> inquiets de la fraude qui sévit dans la structure de la rémunération à l'acte pour les soins de santé, pensent à tort que l'introduction de systèmes de soins de santé gérés avec formule de paiement par capitation aurait pour effet d'éliminer les problèmes de fraude en supprimant les incitatifs financiers à la sur-utilisation et la surfacturation. Ils se rendent compte maintenant que changer la structure sans se débarrasser des mauvais acteurs aboutit simplement à une adaptation des fraudeurs et à une toute nouvelle catégorie de stratagèmes.

Avec les systèmes de paiement par capitation, les encouragements à la sur-utilisation ont cédé le pas aux encouragements à la sous-utilisation. Les prestataires malhonnêtes prennent les paiements par capitation mensuels et trouvent une multitude de mécanismes créatifs pour détourner des ressources destinées à la prestation de services de première ligne pour les empocher. Les nouvelles formes de fraude qui apparaissent sont encore plus difficiles à déceler et à contrôler et aussi à poursuivre (parce qu'il n'y a pas de fausses déclarations proprement dites pour établir la preuve), et présentent un plus grand danger pour la santé humaine. Ces abus comprennent notamment : le détournement des fonds de l'État destinés au paiement par capitation ; le recours à des contrats de sous-traitance falsifiés comme moyen de détourner des fonds vers des amis ou des membres de la famille ; de mauvaises pratiques d'inscription et d'annulation d'inscription (comme des patients gravement malades qui se voient évincés d'un régime de soins de santé ou refusés l'admission au régime, ou des pots-de-vin versés afin d'attirer des patients plus jeunes et moins malades) ; le refus d'un traitement avant même d'avoir fait subir un examen approprié ; l'omission d'informer les patients de leurs droits ; le défaut de fournir un nombre suffisant de professionnels de la santé pour répondre aux besoins de la population inscrite ; et le fait d'exiger que les patients se battent dans des processus d'appel à n'en plus finir pour pouvoir obtenir le traitement dont ils ont besoin. Dans la structure de la rémunération à l'acte, les crimes commis étaient en grande partie de nature financière, les patients n'ayant souvent pas conscience de ce qui était facturé en leur nom. Dans le système des soins gérés, le détournement des paiements par capitation rend les soins aux patients inaccessibles ou inadéquats.

Perspectives d'avenir

La lutte contre la fraude et la corruption dans le secteur des soins de santé aux États-Unis n'est pas terminée. L'administration Clinton s'est intéressée au problème plus que toute autre administration précédente et a entrepris d'importants efforts financiers et législatifs pour renforcer les contrôles. Malgré ces investissements, le niveau des ressources disponibles pour surveiller, valider et exécuter demeure toujours insuffisant par rapport à l'envergure du problème. L'introduction de nouvelles prestations pharmaceutiques pour les aînés dans le cadre du programme Medicare[10]. est presqu'une garantie que le gouvernement fédéral devra redoubler d'attention à l'égard de cette question dans les années à venir, étant donné que la fraude liée aux médicaments demeure une des plus grandes menaces au sein d'autres programmes.

Le récent ralentissement du passage à des soins de santé gérés avec formule de paiement par capitation (et dans certaines régions et segments du secteur, l'inversion de la transition) signifie que les assureurs de soins de santé américains devront mettre au point des contrôles plus efficaces dans un environnement de rémunération à l'acte, car il n'y a pas dans le secteur de changements structurels en perspective qui seraient en mesure de régler le problème dans un proche avenir.

Notes

1. Malcolm K. Sparrow est professeur de pratique de gestion publique à la John F. Kennedy School of Government de Harvard ; il est l'auteur de l'ouvrage *License to Steal : How Fraud Bleeds America's Health Care System* (Denver : Westview Press, 2000), qui contient une analyse détaillée des vulnérabilités du système de soins de santé américain à la fraude, au gaspillage et aux abus.
2. « Historical National Health Expenditures Aggregate, per Capita, Percent Distribution, and Average Annual Percent Change by Source of Funds : Calendar Years 1960–2003 » (historique de l'ensemble des dépenses nationales en soins de santé, par personne, pourcentage de distribution, et pourcentage de changement annuel moyen par source de fonds : années civiles 1960-2003), www.cms.hhs.gov/statistics/nhe
3. Ibid.
4. Les dépenses du secteur public s'élèvent à environ 45 pour cent des frais nationaux. Les deux plus importants programmes gouvernementaux sont Medicare (programme d'assurance maladie fédéral pour les personnes âgées) et Medicaid (programme à l'intention des personnes démunies, administré par les États et financé conjointement par le gouvernement fédéral et par celui des États). Voir aussi la note 2 ci-dessus sur les dépenses nationales en soins de santé.
5. L'introduction de l'ouvrage *License to Steal* (voir note 1) répertorie l'éventail incroyable des auteurs apparents de fraude et les méthodes employées dans le secteur au cours de la dernière décennie.
6. La loi *Government Management Reform Act* de 1994 exigeait l'évaluation des taux de paiements excédentaires de Medicare, instituée par l'Office of Inspector General (DHHS) en 1996, et répétée chaque année jusqu'en 2002. Les estimations des taux de paiements excédentaires obtenus allaient de 14,1 pour cent (chiffre le plus élevé) à 6,3 pour cent (chiffre le plus bas). Pour un sommaire des études d'évaluation récentes au sein de Medicaid, voir « Payment Accuracy Measurement Project : Year 2 Final Report » (projet d'évaluation de l'exactitude des paiements, 2e année, rapport final), Center for Medicaid and State Operations, Center for Medicare and Medicaid Services, DHHS, avril 2004.
7. « Efforts to Measure Medicare Fraud » (efforts pour évaluer la fraude dans Medicare), Lettre au député John R. Kasich (président du comité du budget de la chambre), GAO/AIMD-00-69R, 4 février 2000.
8. La loi fédérale *False Claims Act* de 1986 mettait à jour les lois datant de l'époque de la guerre civile conçues à l'origine pour empêcher la fraude dans les marchés publics contre l'armée de l'Union. Sa révision en 1986 a permis de l'appliquer à la fraude dans les soins de santé. La loi *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 a durci davantage les pénalités pour fausses demandes de règlement à l'égard des programmes gouvernementaux.
9. www.cbsnews.com/stories/2002/12/18/national/main533453. shtml
10. La prestation pharmaceutique connue sous le nom de « Medicare Part D », entre pleinement en vigueur en janvier 2006 en vertu de la loi de 2003, *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act*.

Encadré 1.2 La corruption dans le secteur de la santé au Cambodge[1]

La situation du Cambodge en matière de santé est l'une des pires de l'Asie. Le taux de mortalité lié à la maternité est le plus élevé de la région, soit 437 morts pour 100 000 naissances d'enfants vivants. Le personnel qualifié assiste à moins d'un tiers de tous les accouchements[2]. Près d'un bébé sur dix n'atteint pas l'âge d'un an, et plus de 60 000 bébés meurent chaque année de malnutrition ou de maladies qui pourraient être prévenues ou soignées[3]. Le paludisme demeure un sérieux problème, et les cas connus de tuberculose se sont multipliés, passant d'environ 61 000 en 1999 à 108 000 en 2004[4].

Une telle situation existe dans le secteur de la santé au Cambodge malgré l'abondance des fonds versés au cours de la dernière décennie pour reconstruire un système de santé qui avait été systématiquement décimé sous le régime des Khmers Rouges (1975-1978) et insuffisamment financé au cours des années subséquentes. L'aide publique au développement (APD) a financé une grande partie de la reconstruction et continue à être une importante source de financement pour le gouvernement. En 2002, les 490 millions de dollars US qu'a reçus le Cambodge au titre de l'ADP représentaient un peu plus de 12 pour cent du PIB, et environ 20 pour cent de ce montant était consacré à la santé.

Cependant, les dépenses du gouvernement et de l'ADP consacrées à la santé sont insignifiantes par rapport aux sommes dépensées dans le privé. Sur les 177 pays évalués dans le *Rapport sur le développement humain,* le Cambodge compte le plus haut niveau de dépenses en santé privée en pourcentage du PIB. Les frais remboursables en soins de santé engagés dans les cliniques privées du Cambodge ou comme paiements informels pour des services de santé publique représentent 10 pour cent du PIB du pays[5].

La corruption est une raison pour laquelle l'investissement public dans la santé, ainsi que les taux élevés de dépenses privées, ne se sont pas traduits par de bons résultats en matière de santé. Les renseignements non scientifiques laissent entendre que la corruption est présente à tous les niveaux du système de santé au Cambodge, mais que l'on hésite généralement à en parler. Les chercheurs, les travailleurs de la santé et les administrateurs interviewés en juillet 2005 ont dit qu'il était largement admis que de 5 à 10 pour cent du budget de la santé disparaissait avant que le ministère des finances ne verse ces fonds au ministère de la santé[6]. Ensuite, des montants supplémentaires sont détournés alors que les fonds sont acheminés du gouvernement national aux gouverneurs provinciaux et directeurs de districts opérationnels, puis aux directeurs ou gestionnaires de cliniques et d'hôpitaux locaux.

Les rapports commandés par la Banque mondiale et USAID indiquent que la corruption est courante dans les processus de passation de marchés et de contrats publics, les activités de gestion de fonds publics au niveau du gouvernement central et des districts et dans les régimes de prestation de services de santé. Les sociétés versent couramment des pots-de-vin pour obtenir des contrats publics[7]. Plusieurs experts interviewés ont affirmé que les fonctionnaires du ministère de la santé et les administrateurs des hôpitaux gonflent le coût de l'équipement médical en connivence avec les fournisseurs privés et se partagent la différence non signalée dont le montant peut être cinq fois plus élevé que le coût réel.

Une autre source d'inquiétude est que les services de santé publique sont sous-utilisés en raison de leur mauvaise qualité et de leur inaccessibilité. Étant donné l'augmen-

tation du prix du terrain à Phnom Penh et Siem Reap, ce problème risque de s'aggraver étant donné que le gouvernement aurait planifié de déplacer les hôpitaux du centre des villes vers les banlieues où le prix du terrain est meilleur marché, mais où les hôpitaux seront moins accessibles. À Siem Reap, par exemple, un hôpital risque d'être démoli pour libérer des biens immobiliers de premier ordre à proximité d'une attraction touristique populaire. Le gouvernement prétend que la valeur du terrain s'élève à quatre millions de dollars US. Les gérants des programmes médicaux des systèmes de santé publique et privée prétendent que le terrain vaut beaucoup plus que le coût de la reconstruction de l'hôpital.

La possibilité de réaliser des profits par le biais de projets comme celui-ci peut être précisément ce qui motive à entrer dans le secteur de la santé. Au Cambodge, on trouve normal de payer de grosses sommes d'argent pour obtenir un poste de fonctionnaire au gouvernement : plus le poste est élevé, plus le prix à payer sera élevé[8]. Des travailleurs de la santé qui ont été interviewés ont indiqué qu'il était courant de verser jusqu'à 100 000 dollars US pour un poste de directeur dans un bureau provincial ou national du ministère de la santé. Pour un emploi de fonctionnaire de niveau inférieur dans le secteur de la santé, il faut compter 3 000 dollars US. Ces montants représentent un gros investissement si l'on considère que les salaires des employés gouvernementaux sont généralement très bas, soit de 40 dollars US par mois en moyenne.

La corruption se manifeste également au moment de la prestation de services de santé, lorsque les travailleurs de la santé sous-payés exigent des paiements non officiels en plus du service au coût normal ou détournent des fonds publics de budgets de trésorerie disponibles. Les paiements non officiels aux médecins ou infirmières et infirmiers afin de recevoir un traitement meilleur et plus rapide sont fréquents, et les bas salaires versés aux travailleurs de la santé représentent un domaine important qui doit être réformé. En 2001, Médecins sans frontières a collaboré avec le ministère de la santé et UNICEF à un projet dans le district de Sotnikum, dans la province de Siem Reap, qui fournissait un supplément de salaire aux travailleurs de la santé en fonction de leur rendement et de leur engagement envers une pratique éthique. L'organisme a aussi essayé de lancer un Fonds d'équité pour aider les pauvres à payer les coûts et services médicaux. Ces deux stratégies ont remporté du succès et sont maintenues dans de nombreux projets de soins de santé financés par des donateurs au Cambodge, même si elles sont appliquées de façon irrégulière.

D'autres réformes importantes comprennent l'accroissement de la transparence dans la passation de marchés, l'amélioration des liens entre les politiques et budgets de la santé, et la conduite de travaux de recherche pour aider à comprendre les mécanismes de la corruption dans le secteur. Un sondage que la Banque mondiale prévoit lancer dans le secteur de la santé sur le contrôle des dépenses publiques afin d'identifier les goulots d'étranglement et les fuites dans les finances publiques à l'échelle nationale et locale, est un important pas en avant pour mettre fin au manque d'informations entourant le secteur de la santé du Cambodge.

Une attention urgente doit également être apportée à la mise en application des lois. Un pouvoir judiciaire extrêmement faible, venant s'ajouter à des lois inadéquates qui ne sont réformées que très lentement, cela signifie que l'impunité est la norme pour les cas de corruption. Il y a 100 procureurs, 250 avocats privés et 100 juges en fonction dans le pays, et la plus grande partie de ces derniers sont auto-sélectionnés, ayant acheté leur fonction[9]. Certains progrès ont été réalisés sur le plan de la formation des juges et un

certain nombre d'ONG mettent en place des services juridiques de base pour les faibles et les pauvres mais, à toutes fins utiles, ceux qui ont souffert des effets de la corruption entre les mains des autorités ou du personnel de la santé n'ont aucun recours.

Lisa Prevenslik-Takeda[10]

Notes

1. L'article repose sur les travaux sur le terrain et les interviews de l'auteur de mai à juillet 2005.
2. Gouvernement royal du Cambodge, *Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le développement 2003*.
3. PNUD, *Rapport sur le développement humain 2003* (Genève : PNUD, 2003) ; UNICEF, *Childhood Under Threat : The State of the World's Children 2005* (New York : UNICEF, 2005).
4. Rapport de l'OMS, *Lutte contre la tuberculose dans le monde* (Genève : OMS, 2005). Les chiffres réels sont probablement beaucoup plus élevés étant donné que les tests normaux de dépistage de la tuberculose dans les centres médicaux de tout le pays se font par examens des expectorations qui ne détectent que 75 pour cent des infections de tuberculose pulmonaire.
5. Bien que le droit aux soins médicaux gratuits pour tous les citoyens cambodgiens soit inscrit dans la constitution, une politique gouvernementale récente exige que tous les Cambodgiens paient de 2 à 3000 riels (0,75 $US) pour accéder aux soins dans les établissements de santé publique. Cela donne au patient le droit d'être examiné par un médecin, mais les frais supplémentaires des médicaments et autres fournitures médicales doivent être pris en charge par le patient.
6. Interviews de l'auteur, Phnom Penh, Cambodge, juillet 2005.
7. Michael Calavan, Sergio Diaz Briqvets et Jerald O'Brien, « Cambodian Corruption Assessment », rapport préparé pour la Banque mondiale, États-Unis/Cambodge, août 2004 ; Jean-François Bayart, « Thermidor au Cambodge », *Alternatives économiques*, mars 2005 ; Peter Leuprecht, représentant spécial auprès du Secrétaire général des Nations unies pour les droits de la personne au Cambodge, *Rethinking Poverty Reduction to Protect and Promote the Rights of Indigenous Minorities in Cambodia*, Forum des ONG sur le Cambodge, avril 2005.
8. Voir, par exemple, Calavan et al., « Cambodian Corruption Assessment ».
9. Ibid.
10. Lisa Prevenslik-Takeda est coordonnatrice de projets au service Asie-Pacifique de Transparency International.

2 L'ampleur du problème

Des femmes sont alitées à l'hôpital des Sœurs missionnaires de la charité à Port-au-Prince, en Haïti, le 22 mars 2005. (Shaul Schwartz/Getty Images)

Bien qu'il soit impossible de déterminer les coûts indirects de la corruption dans le secteur de la santé à l'échelle mondiale, il est évident qu'ils s'élèvent à des dizaines de milliards de dollars. En fait, une estimation américaine indique que les revenus annuels provenant uniquement de la vente de médicaments de contrefaçon s'élèveraient à plus de 30 milliards de dollars US, ce qui ne représente que la pointe de l'iceberg de la corruption dans les soins de santé.

Dans le présent chapitre, les efforts que consacre la Banque mondiale à retracer les dépenses en santé donnent une indication des coûts en tentant d'établir, parmi les sommes que les hautes instances gouvernementales distribuent, quelle proportion n'atteint jamais les destinataires visés. De nouvelles données en provenance d'Europe de l'Est et d'Europe centrale indiquent qu'il existe une forte corrélation entre les perceptions de corruption et la santé d'une personne. Une étude aux

Philippines fait ressortir à quel point la corruption à l'échelle locale nuit à la prestation des services de santé. L'étude de cas sur le Costa Rica remonte dans la hiérarchie des responsables des budgets de santé et suit la piste de l'argent dans l'un des plus importants scandales liés à la corruption du pays. Un exemple au Mexique démontre que la corruption peut toucher non seulement le volume de ressources consacrées aux soins de santé, mais aussi la politique en matière de santé. Le Service national de la santé du Royaume-Uni déclare avoir obtenu un rendement élevé sur ses investissements dans des mécanismes de lutte contre la corruption et la fraude.

Les coûts réels, cependant, ne peuvent se mesurer uniquement en termes monétaires. Les conséquences de la corruption doivent également tenir compte des personnes qui souffrent parce qu'elles n'ont pas les moyens de verser des paiements dans une enveloppe brune aux travailleurs des soins de santé (voir chapitre 4) et de celles qui sont forcées de débourser des sommes largement supérieures à ce qu'elles devraient pour des services hospitaliers et des médicaments en raison de la corruption endémique (voir les chapitres 3 et 5). La corruption entraîne des conséquences négatives directes sur l'accès aux services de santé et sur la qualité des soins pour le patient et constitue une des raisons pour lesquelles, si souvent, une augmentation des sommes consacrées à la santé ne se traduit pas par une amélioration de la prestation des soins de santé.

Étude de cas : La corruption de grande échelle au Costa Rica

Émilia González (TI Costa Rica)

Le Costa Rica a l'un des systèmes de santé les mieux financés de l'Amérique latine. Établie en 1941, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ou Caisse de sécurité sociale du Costa Rica est chargée du financement des soins de santé universels depuis 1961. Le réseau de soins de santé comprend cinq régions, chacune dotée d'hôpitaux, de cliniques, de centres de santé et d'unités sanitaires mobiles. Les indicateurs de santé du Costa Rica sont comparables à ceux des pays développés et supérieurs à ceux de tous les autres pays d'Amérique latine, à l'exception de Cuba. Les travailleurs versent 5,5 % de leur salaire en assurance-maladie et les employeurs contribuent 9,25 % de plus.

Étant donné les sommes élevées qui sont consacrées au CCSS et la haute estime dont il jouissait, la disgrâce dont il a fait l'objet a été d'autant plus cuisante lorsque les rapports de prévarication et de corruption ont commencé à empoisonner le domaine public en 2001. Le Congrès a alors chargé deux commissions d'enquêter sur la situation. Les allégations de corruption visaient de nombreux échelons différents, le plus souvent dans l'achat de services médicaux, souvent à des prix gonflés, l'approvisionnement en médicaments et équipement, la prestation de cours de formation et de recherche médicale privés, la construction d'hôpitaux et la gestion du régime de retraite de la CCSS.

Les scandales ont atteint un paroxysme en octobre 2004 lorsque le procureur général a accusé le chef de la CCSS, Eliseo Vargas, les membres du conseil d'administration, plusieurs gestionnaires de la CCSS et l'ancien président Rafael Angel Calderón de corruption dans l'administration de l'organisme. Ils auraient soutiré des millions de dollars d'un prêt du gouvernement finlandais de 39 millions de dollars US (voir le rapport sur la Finlande, p. 156).

Le prêt, qui devait servir à moderniser les hôpitaux, était conditionné à ce que le Costa Rica en utilise au moins la moitié pour l'achat de produits finlandais. Le consortium finlandais Instrumentarium Corporation Medko Medical avait obtenu le contrat et avait versé une commission de 8,8 millions de dollars US (20 pour cent de la valeur du prêt) à la Corporación Fischel, la représentante costaricaine du consortium. C'est précisément cette commission qui s'est retrouvée dans les comptes bancaires des dirigeants de la CCSS et des hauts représentants gouvernementaux. La CCSS a dépensé le prêt – ainsi que 7,5 millions de dollars US de ses propres fonds – pour l'achat d'équipement dont l'organisme n'avait pas besoin.

Des journalistes ont mis au jour la trace de l'argent en octobre 2003 lorsqu'ils ont découvert que le chef de la CCSS, Eliseo Vargas, habitait dans une maison évaluée à 750 000 dollars US que la société Fischel avait payée (voir le *Rapport mondial sur la corruption 2005*)[1]. Soupçonnant que la maison avait été payée en retour d'une faveur, les reporters ont cherché un motif plausible. Ils ont découvert que deux ans auparavant, à titre de chef de la faction du parti au pouvoir au Congrès, Eliseo Vargas avait réussi à faire approuver le prêt conditionnel de la Finlande. Eliseo Vargas soutient maintenant que le président Calderón, qui était alors en place, l'a aidé et même encouragé dans ses efforts. Les journalistes ont par la suite découvert une série de comptes bancaires au Panama, au Costa Rica, aux États-Unis et aux Bahamas dans lesquels des « commissions » avaient été versées aux politiciens et aux dirigeants de la CCSS. Eliseo Vargas et le directeur des finances de Fischel ont démissionné lorsque la nouvelle a fait les manchettes en avril 2004.

Le prêt finlandais n'était pas le premier à être remis en question. En 1997, un prêt de 40 millions de dollars US du gouvernement espagnol et de la banque Banco Bilbao Vizcaya, également destiné à la modernisation des hôpitaux, avait servi à l'achat d'équipement qui, en grande partie, n'a jamais été utilisé. Un groupe d'experts réputés à qui le gouvernement avait confié l'examen du fonctionnement de la CCSS a demandé que les autorités responsables de l'exécution du prêt fassent l'objet d'une enquête pour avoir payé l'équipement à des prix supérieurs au marché et pour ne pas avoir préparé les hôpitaux à leur installation.

Les incidents jetant le discrédit sur les processus d'approvisionnement de la CCSS ne se limitent malheureusement pas à l'utilisation des deux prêts. Une série de rapports et de déclarations provenant d'une commission législative spéciale, de l'ombudsman, d'un groupe d'experts réputés et d'usagers du système de santé font état de plaintes de corruption systématique. Les rapports d'audits internes de la CCSS soulignent également l'existence d'irrégularités.

Un rapport d'enquête du parti majoritaire au Congrès publié en avril 2001 a fourni des preuves d'un approvisionnement désorganisé – attribuable à une

stratégie de décentralisation qui devait rendre les processus d'approvisionnement plus efficaces[2]. Il en a résulté un réseau confus de filons où l'argent coulait à flot, gonflant les comptes des entreprises pharmaceutiques privées aux dépens de la CCSS et, au bout du compte, du contribuable. Aux coûts monétaires en cause s'ajoutaient des coûts de santé provenant des retards à procurer les médicaments aux malades et de l'utilisation de médicaments de qualité inférieure.

Les divers rapports sur la CCSS indiquent qu'une pratique courante dans certains hôpitaux consistait à acheter des quantités excédentaires de médicaments qui ne figuraient pas sur la liste officielle des médicaments (selon la définition de l'OMS, ceux qui sont nécessaires pour contrer les principales causes de morbidité). L'achat de ces médicaments était imputé à un poste réservé aux médicaments nécessaires pour traiter des maladies rares ou des cas exceptionnels qui ne font pas l'objet des contrôles habituels de la CCSS. Une autre préoccupation est la facilité avec laquelle certains médecins de la CCSS acceptaient des voyages que leur payaient les sociétés pharmaceutiques. Un jugement de la Cour suprême rendu en janvier 2004 a déclaré que l'acceptation des cadeaux de fournisseurs pouvait entraîner la perte de confiance dans le médecin et, par conséquent, pouvait constituer un motif de congédiement légal[3].

Les enquêtes ont permis de mettre au jour de nombreux exemples de paiements excédentaires pour des services médicaux confiés en sous-traitance à des prestataires de services privés. Il est cependant difficile de distinguer entre une piètre administration et la corruption lorsque les médecins – qui se retrouvent souvent à cheval sur le système public et le cabinet privé – peuvent avoir sous-traité inutilement des traitements coûteux. À titre d'exemple, en 2000, la CCSS a versé près d'un million de dollars US à une fondation privée pour 9 600 interventions chirurgicales mineures, 37 000 consultations en oto-rhino-laryngologie et 322 vitrectomies à un coût, par intervention, allant de 40 à 140 pour cent au-dessus de ce qu'il en aurait coûté pour le même traitement dans une clinique de la CCSS. Une commission spéciale du Congrès a publié un rapport en mai 2001 sur l'approvisionnement en services médicaux privés et sur l'emploi abusif des ressources de la CCSS en offrant des établissements d'enseignement extrêmement bon marché à des étudiants d'universités privées[4].

La réaction de la CCSS à ces multiples accusations de prévarication et de corruption a été de retenir les services d'experts-conseil et de chercheurs pour proposer des nouveaux plans stratégiques ainsi que de nouveaux énoncés de mission et de valeurs. Des mécanismes de plaintes sont maintenant en place, et le client est placé au premier rang dans les plans de l'établissement.

Mais les mesures correctives ne s'attaquent pas à la racine du problème. À l'exception des enquêtes portant sur le détournement des fonds du prêt finlandais, les hauts dirigeants de la CCSS n'ont pas eu à assumer la responsabilité de leurs méfaits. Les nombreux rapports et documents rédigés sur les cas en cause ne mentionnent que quelques-uns d'entre eux et aucune action administrative, civile ou criminelle, n'a été engagée pour punir les responsables.

Des liens étroits entre le conseil et les dirigeants de la CCSS – de nombreux membres du parti occupent des postes au conseil de la CCSS – ont pu nuire aux instances

judiciaires et d'audit, contribuant ainsi à créer une situation où la CCSS fonctionne en toute impunité, sans aucun compte à rendre aux usagers. Il semblerait que l'étroite relation entre les partis politiques et la CCSS puisse avoir causé des conflits d'intérêts qui ont influencé le processus décisionnel. Le budget de 1999 indique, par exemple, que plus de 160 millions de dollars US des fonds de la CCSS ont été investis dans des obligations gouvernementales à une époque où il existait un besoin extrême d'investissement pour améliorer les établissements de santé.

Des scandales ont éclaté dans le passé sans que les dirigeants en cause n'en assument la responsabilité, sous l'œil passif de la société civile. Cette fois-ci, le public continue de faire pression et l'attention médiatique persiste. On espère que les cadres supérieurs et intermédiaires de la CCSS auront à répondre de la situation et que des réformes en profondeur seront adoptées relativement à la gestion, l'organisation et la structure de la CCSS, y compris l'introduction de mécanismes de reddition de comptes et de transparence plus stricts pour réduire les occasions futures de corruption.

Notes

1. L'équipe de journalistes enquêteurs de *La Nación* (Costa Rica) a obtenu le Prix de la transparence en journalisme de Transparency International en 2005.
2. Assemblée législative du Costa Rica, « Informe de Mayoría : Comisión Especial que proceda a analizar la calidad de los servicios, compra de servicios privados, utilización de los recursos de la CCSS para la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones » (Rapport majoritaire : Commission spéciale chargée d'examiner la qualité des services, l'achat des services privés, l'utilisation des ressources de la CCSS pour l'enseignement universitaire privé, les médicaments et les pensions), numéro de dossier 13-980, San José, Costa Rica, 26 avril 2001.
3. Jugement du deuxième tribunal de la Cour suprême, Exp. : 95–000493–02-LA Res. : 2004-00212.
4. Un deuxième rapport du Congrès que co-parrainait le président actuel Abel Pacheco, un membre du Congrès à l'époque, a présenté une image opposée de la CCSS et concluait : « Il n'existe aucune raison légale, technique, scientifique ni stratégique quelconque qui puisse nous inciter à entretenir des réserves sur les pratiques de sous-traitance de la CCSS depuis la fin des années 90. » Consulter le rapport de l'assemblée législative du Costa Rica, « Informe de Mayoría : Comisión Especial que proceda a analizar la calidad de los servicios, compra de servicios privados, utilización de los recursos de la CCSS para la enseñanza universitaria privada, medicamentos y pensiones ».

Mesurer la corruption dans le secteur de la santé : Enseignements tirés du suivi des dépenses publiques et des enquêtes sur la prestation des services dans les pays en développement

Magnus Lindelow, Inna Kushnarova et Kai Kaiser[1]

La plupart des responsables gouvernementaux et des intervenants du développement reconnaissent que des sommes énormes consacrées à la santé ne se traduisent pas nécessairement par une amélioration de l'état de la santé. L'évidence empirique confirme également cette observation – des études ont démontré que, lorsqu'on mesure l'incidence des autres facteurs, une augmentation des dépenses publiques dans la santé n'est pas associée à une réduction de la mortalité infantile dans les données recouvrant plusieurs pays, du moins pas dans les contextes où la gouvernance est déficiente[2]. En partie, la difficulté de transformer les ressources en amélioration de l'état de santé est de nature technique ; elle porte sur l'allocation des ressources à l'ensemble des interventions et des programmes, de même que sur les compétences spécialisées des prestataires responsables d'assurer les interventions. Toutefois, le présent chapitre s'intéresse principalement à la façon dont la corruption – que l'on définit ici comme « l'abus des charges publiques à des fins personnelles » – peut creuser un fossé entre les ressources versées dans le système de santé, d'une part, et les prestations que fournit le système, d'autre part.

Une partie des preuves sur la nature et les conséquences de la corruption dans le secteur de la santé provient d'enquêtes basées sur les perceptions[3]. Bien que ces enquêtes aient fourni des informations utiles, les données comportent bon nombre des mêmes faiblesses qui affectent les mesures de la corruption basées sur la perception en général. Une méthode différente consiste à tenter de développer des évaluations plus précises des fuites de fonds publics, y compris de la corruption. Récemment, bon nombre des Enquêtes de traçabilité des dépenses publiques (ETDP) ont précisément tenté de répondre à la question : « Les fonds publics consacrés à la santé et à l'éducation parviennent-ils réellement aux établissements de santé et d'éducation de primaires ? ». Les enquêtes tentent de répondre à la question en retraçant le mouvement des ressources publiques qui passent par les divers échelons de la hiérarchie administrative pour atteindre les prestataires de services individuels, et en mettant au point des estimations quantitatives sur les fuites de fonds publics – c'est-à-dire le fait que des fonds destinés aux prestataires de services de première ligne (les cliniques et les hôpitaux) n'atteignent pas leur destination.

La Banque mondiale et d'autres organisations ont mené des ETDP, presque exclusivement dans les secteurs sociaux de plus de deux douzaines de pays, à commencer par le secteur de l'éducation de l'Ouganda où, en 1995, on a déterminé que 77 pour cent des fonds non destinés aux salaires ne sont jamais parvenus jusqu'aux écoles. Le chapitre passe en revue l'enseignement tiré des enquêtes de traçabilité dans le secteur de la santé jusqu'à présent et démontre que, même si de nombreuses

ETDP ont fourni des connaissances précieuses, les difficultés pratiques et méthodologiques rencontrées font qu'il est souvent difficile d'arriver à des estimations fermes et complètes sur les fuites de fonds publics.

En outre, une fois que l'on a réussi à établir une estimation des fuites, il existe toujours des difficultés à interpréter les données, notamment, à déterminer la relation entre les fuites et la corruption, et ce, pour deux raisons principales. D'abord, il est possible que les ressources aient été détournées légitimement de leur fin prévue vers d'autres objectifs. Tous les systèmes budgétaires permettent une certaine flexibilité dans les processus d'allocation des ressources : on peut modifier les budgets, changer les règles de répartition ou ne pas en tenir compte, et ainsi de suite. Les gouvernements jouissent ainsi d'une certaine flexibilité pour adapter leurs plans en réaction à des événements et à des besoins inattendus et, par conséquent, les écarts entre les résultats des dépenses et les allocations initiales (fuites) peuvent être à la fois légitimes et souhaitables.

En second lieu, les établissements ou les niveaux inférieurs du gouvernement peuvent recevoir des sommes inférieures aux prévisions en raison de problèmes dans l'exécution budgétaire ou du processus de distribution des ressources. Par exemple, les lacunes dans la capacité et les lourdeurs administratives peuvent limiter l'exécution budgétaire, et un véhicule en panne peut interrompre la distribution des médicaments. Un écart entre l'allocation des dépenses et les résultats escomptés peut ainsi être attribuable à des retards dans l'attribution ou la distribution des fonds plutôt qu'une preuve d'actes de corruption.

Si nous tenons compte de ces mises en garde, que nous révèlent les enquêtes de traçabilité sur les fuites de fonds dans le secteur de la santé ? Comme nous le révèle le résumé au tableau 2.1, l'objet des enquêtes a varié selon les pays. Au Ghana, en Tanzanie et au Rwanda, entre autres, les enquêtes ont établi des estimations de fuites pour l'ensemble des dépenses. Par exemple, les ETDP ont révélé que 80 pour cent des fonds non destinés aux salaires ne sont pas parvenus aux établissements de santé, la majeure partie des fuites se produisant entre le gouvernement central et les districts. Si l'on considère qu'environ 65 pour cent des dépenses totales en santé (l'estimation des dépenses totales par habitant étant d'environ 2,24 dollars US en 1998) sont des dépenses courantes non liées aux salaires, et en supposant que les établissements de santé aient touché le total des dépenses de salaires de 35 pour cent, les cliniques et les hôpitaux n'auraient vraiment reçu qu'environ la moitié du montant total qui leur était alloué. Les enquêtes ont révélé des problèmes similaires en Tanzanie et au Rwanda.

Cependant, il est souvent difficile de retracer l'ensemble des dépenses. Les établissements de santé ne reçoivent généralement pas qu'une seule allocation budgétaire par mois qu'ils s'empressent de dépenser et pour laquelle ils rendent des comptes. Ils reçoivent plutôt des ressources par l'entremise de sources et de mécanismes multiples[4]. Tous ces arrangements institutionnels aboutissent à une myriade d'apports complexes des ressources, chacun étant soumis à des processus administratifs et de contrôle distincts. Chaque cas présente des risques de fuites. Les fuites dans les dépenses en médicaments et autres fournitures peuvent se produire par le biais du

processus d'approvisionnement, ou de vol, de la perte ou de la disposition des fournitures (comme les médicaments ou les vaccins périmés). Les procédures administratives et logistiques tendent à différer pour les autres dépenses non liées aux salaires, mais elles donnent lieu à des problèmes semblables. Les budgets salariaux peuvent être détournés à différents paliers de gouvernement simplement en retenant les paiements des salaires, en créant des travailleurs de la santé fictifs (« fantômes ») et en percevant les salaires en leur nom, ou en rémunérant du personnel qui ne se présente tout simplement pas au travail.

Face à une telle complexité, il a souvent fallu choisir soigneusement les types de ressources dont font l'objet les enquêtes de traçabilité. Par exemple, l'enquête au Honduras a recueilli des données personnelles auprès de 14 454 professionnels de la santé et a permis de déterminer que 9,5 pour cent d'entre eux ne travaillaient pas vraiment à l'endroit auquel ils avaient été assignés officiellement. Environ le quart de ces personnes étaient des employés « fantômes », tandis que les autres étaient retraitées ou avaient été mutées sans que les dossiers n'aient été mis à jour. L'enquête a également recueilli des preuves de doubles emplois, d'absentéisme et d'autres problèmes liés à la gestion des ressources humaines.

Bien que la plupart des enquêtes de traçabilité des dépenses publiques dans le domaine de la santé aient réussi à produire des estimations de fuites pour l'ensemble des mouvements de ressources aux prestataires de soins de santé ou pour certains d'entre eux, la fiabilité des résultats a souvent été réduite par la qualité des documents administratifs (budgets, allocations de dépenses, reçus, registres des médicaments, listes de paie et ainsi de suite). La tenue de ces documents laisse souvent à désirer, ce qui dénote un manque de capacité, des processus peu rigoureux et peut-être des efforts de la part du personnel pour « déjouer » le système. Par conséquent, les enquêteurs doivent se satisfaire de documents qui sont à la fois incomplets et bourrés d'erreurs. Au Mozambique, les ministères provinciaux de la santé n'ont pu fournir des données complètes que pour 40 % de leurs districts. De même, moins de la moitié des bureaux de la santé des districts faisant l'objet d'enquêtes au Ghana ont pu fournir des documents complets et bien que les renseignements recueillis au Rwanda concordaient avec de hauts niveaux de fuite – il existait des écarts substantiels entre les fonds que les hauts niveaux du gouvernement ont comptabilisés comme étant distribués et les fonds que les échelons inférieurs ont comptabilisés comme ayant été reçus – les écarts peuvent être attribuables en partie à une mauvaise tenue de livres et il a été impossible d'arriver à une estimation ferme des fuites.

Au-delà des fuites : aperçu de la gestion des dépenses publiques

Si, en raison du manque d'information dans les documents administratifs ou de l'absence de règles claires de répartition, il n'a pas été possible d'en arriver à des conclusions définitives concernant les fuites, les ETDP peuvent tout de même apporter des renseignements précieux. Une contribution importante a été de fournir des preuves tangibles de l'ampleur et de la source des retards et des goulots

d'étranglement dans l'exécution budgétaire et dans les systèmes de gestion des approvisionnements. Par exemple, l'étude au Nigeria a démontré que même si le gouvernement local avait reçu les fonds, 42 pour cent des travailleurs des établissements n'avaient par reçu leur salaire pendant plus de six mois de l'année ayant précédé l'enquête. De même, selon l'enquête du Mozambique, 30 pour cent des membres du personnel ont déclaré que les salaires étaient toujours ou presque toujours en retard et 15 pour cent d'entre eux ont dit que les salaires ne sont pas toujours versés au complet. Quelle que soit la source du problème, il est probable que les retards dans les paiements entraînent des conséquences négatives pour le moral des employés et peuvent contribuer aux problèmes d'absentéisme, à l'imposition de frais officieux et à d'autres problèmes.

Des problèmes de nature semblable ont été relevés dans le cas des budgets non liés aux salaires et dans la distribution des médicaments et d'autres fournitures essentielles. Au Sénégal, les ETDP ont révélé qu'il fallait en moyenne plus de dix mois pour que les ressources du fonds de décentralisation – la principale source de financement gouvernemental pour les établissements de santé – parviennent réellement aux bénéficiaires. Au Mozambique, près de 30 pour cent des bureaux de la santé des districts ont reçu leur premier virement budgétaire de l'année plus de trois mois et demi en retard. Les retards dans les virements budgétaires contribuent souvent avec d'autres facteurs à un faible niveau d'exécution budgétaire. Au Mozambique par exemple, les districts n'ont exécuté que 80 pour cent en moyenne de leurs budgets, et dans certains districts, les taux d'exécution budgétaire n'étaient que de 35 pour cent.

De façon plus générale, les enquêtes de traçabilité ont contribué à une meilleure compréhension du processus de gestion des dépenses publiques, des règles de répartition, de la gestion financière et des pratiques comptables, et des ententes relatives à la reddition de comptes, en particulier aux échelons inférieurs du gouvernement où les systèmes de suivi et de rapport courants ont tendance à être déficients. Par exemple, les ETDP au Ghana, au Mozambique et au Rwanda ont trouvé des preuves que les règles et les règlements en place sur les frais d'utilisation ne sont pas suivis : les patients doivent payer plus cher qu'ils ne le devraient, ils n'ont pas droit aux exemptions, les revenus ne servent pas aux fins prévues, et ainsi de suite. Ces problèmes reflètent sans doute en partie les problèmes liés aux systèmes budgétaire et d'approvisionnement, c'est-à-dire que les frais d'utilisation deviennent une source vitale pour les établissements qui ne reçoivent pas des ressources et des fonds adéquats du gouvernement, mais les frais additionnels qu'imposent les travailleurs de la santé selon les circonstances pourraient également être un facteur.

Conséquences des fuites et autres problèmes liés à la gestion des dépenses publiques

Les problèmes liés aux fuites, aux retards et à la réaffectation des ressources sont-ils importants ? De nombreuses enquêtes ont mis l'accent sur les services de soins de santé primaires, qui ne représentent souvent qu'une portion relativement faible des dépenses du domaine de la santé. Cependant, même si les valeurs monétaires sont

faibles, les fuites de ressources ou les retards dans les virements budgétaires ou l'approvisionnement des médicaments peuvent sérieusement nuire à la capacité des établissements de fournir les services. Les coûts peuvent être considérables en matière de mauvaise santé, de souffrance et de pertes en vies humaines.

Au Ghana, la plupart des cliniques avaient reçu moins de ressources que prévu – certaines n'avaient reçu aucun montant en espèces – et devaient recourir à des fonds autogénérés pour exploiter leur établissement. Par conséquent, les utilisateurs étaient forcés d'assumer des coûts plus élevés que prévu, en partie en payant des coûts élevés pour les médicaments. L'enquête au Nigeria a déterminé que la plupart des établissements manquaient d'équipements, de médicaments, de vaccins et de fournitures essentiels : 95 pour cent n'avaient pas de microscopes, 59 pour cent n'avaient pas de gants stériles, 98 pour cent n'avaient pas de frottis pour le paludisme, et 95 pour cent n'avaient pas de bâtonnets diagnostiques pour les tests d'urine. Au Mozambique, plus de 60 pour cent des établissements étaient en rupture de stock pour un ou plusieurs médicaments essentiels au cours des six mois précédant l'enquête, la moyenne étant de six semaines. L'enquête en Ouganda (2000) a également révélé des preuves de ruptures de stock pour les vaccins et les médicaments, ainsi qu'une sur-utilisation d'antibiotiques et autres médicaments. Ces problèmes peuvent être attribuables à des causes multiples, mais ils constituent clairement une source d'inquiétude.

Les enquêtes de traçabilité peuvent donc aider à diagnostiquer les fuites, les retards et autres problèmes liés à l'exécution budgétaire qui peuvent sérieusement nuire à la prestation des services et aider à mieux comprendre l'allocation et l'utilisation des ressources aux échelons inférieurs du gouvernement, questions qui se retrouvent souvent en dehors des limites des systèmes d'établissement des rapports courants. Mais les ETDP comportent aussi d'importantes limites. D'abord, la plupart des enquêtes de traçabilité ont eu lieu principalement dans des systèmes de santé intégrés, où les ressources publiques sont canalisées vers les prestataires publics, et elles se sont avérées plus efficaces dans des contextes où les prestataires de services sont facilement repérables et les règles d'allocation des ressources sont explicites. Les enquêtes de traçabilité peuvent s'avérer moins utiles dans d'autres contextes, comme dans les cas où les tiers payeurs (assureurs) jouent un rôle important, ou lorsque la prestation extérieure et privée est plus répandue. Même dans les systèmes publics intégrés, il faut faire appel à différents outils pour diagnostiquer certaines formes de corruption, ce qui soulève la question de savoir comment les ETDP se situent par rapport à d'autres outils de reddition de comptes et d'intégrité[5]. Il est évident que des efforts efficaces visant à diagnostiquer et à lutter contre la corruption dépendront de toute une panoplie de mécanismes internes (comme des règles et des processus clairs, une tenue de registres et une gestion comptable efficaces, des audits internes et externes) et externes (transparence, mécanismes pour que le client puisse se faire entendre, et ainsi de suite). Les ETDP peuvent avoir un rôle important à jouer, mais ce rôle doit tenir compte de leur coût, et il faut les utiliser dans l'optique qu'elles doivent compléter plutôt que remplacer les autres parties du système de gestion financière public.

En fin de compte, toutefois, réussir à canaliser les ressources vers les prestataires ne représente que la moitié de la bataille. Une fois arrivées à destination, les ressources doivent être utilisées efficacement et aux fins prévues afin d'avoir une incidence. Les enquêtes de traçabilité ont cherché de plus en plus à offrir des preuves du rendement des établissements, mais les études détaillées – y compris les enquêtes dans les établissements, les études de cas et le travail qualitatif – de l'absentéisme, de l'imposition de frais officieux et du gaspillage de médicaments et d'autres fournitures ont également un important rôle à jouer.

Par exemple, une étude récente réalisée dans plusieurs pays à partir de multiples visites à l'imprévu à divers établissements a relevé des taux d'absentéisme allant de 23 à 40 pour cent dans le secteur de la santé et a déterminé que l'absentéisme était relié tout aussi bien à l'emplacement qu'aux caractéristiques de l'établissement de santé[6]. Des preuves provenant d'enquêtes auprès de prestataires et de ménages ont démontré que les frais officieux ou informels ajoutent un fardeau financier involontaire aux patients dans de nombreux pays[7]. Finalement, des enquêtes à petite échelle ou des études de cas ont tenté de recueillir des données auprès des établissements sur le vol de médicaments et d'autres fournitures que commettent le personnel de santé[8]. Ces études ont révélé qu'il existait de graves problèmes de prestation des services dans de nombreux pays et ont fait ressortir l'importance, non seulement de faire parvenir les ressources aux établissements, mais aussi de veiller à offrir aux professionnels de la santé des incitatifs et des occasions leur permettant de s'acquitter de leurs tâches. Mais les études ont aussi aidé à rompre l'image que les travailleurs de la santé et les administrateurs gouvernementaux soient corrompus par nature – un sous-produit regrettable des efforts déterminés à diagnostiquer la corruption dans la prestation des services. Des études de cas et des diagnostics qualitatifs détaillés ont démontré que la majorité des professionnels de la santé sont des professionnels dévoués qui essaient de faire face à la situation dans des environnements difficiles et frustrants où le salaire est bas, les systèmes de gestion et de soutien sont déficients et les mécanismes de reddition de comptes sont inadéquats[9]. Il s'agit d'une perspective importante à retenir dans tout effort visant à renforcer les outils de diagnostic de corruption dans le secteur de la santé.

Notes

1. Magnus Lindelow est un économiste en développement humain de la Banque mondiale, région de l'Asie de l'Est et du Pacifique, Inna Kushnarova est consultante à la Banque mondiale, et Kai Kaiser est un économiste de la Banque mondiale auprès du groupe du secteur public en gestion économique et réduction de la pauvreté.
2. Deon Filmer et Lant Pritchett, « Child Mortality and Public Spending on Health : How Much Does Money Matter ? », documents de travail sur la recherche stratégique, Banque mondiale, 1997 ; Vinaya Swaroop et Andrew Sunil Rajkumar Swaroop, « Public Spending and Outcomes : Does Governance Matter ? », Banque mondiale, série de documents de travail sur la recherche stratégique, 2002. Pour une discussion générale des « maillons faibles » dans la chaîne entre les dépenses publiques et les résultats en matière de santé et

d'autres services publics, voir *Rapport sur le développement dans le monde, 2004 : Des services pour les pauvres* (Oxford : Oxford University Press et Banque mondiale, 2003).

3. Voir, par exemple, Anne Cockcroft, Lorenzo Monasta et al. « Bangladesh Baseline Service Delivery Survey : Final Report », CIET International, 1999, et « Filipino Report Card on Pro-Poor Services », Unité sectorielle sur l'environnement et le développement social de la région de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique de la Banque mondiale, mai 2001. Suite à des enquêtes de perception sur la prestation des services, Sanjeev Gupta, Hamid R. Davoodi et Erwin R. Tiongson ont relevé des preuves que la mortalité infantile et juvénile sont liées à la corruption. « Corruption and the Provision of Health Care and Education Services », dans *Governance, Corruption, and Economic Performance* de George T. Abed et Sanjeev Gupta (Washington, DC : FMI, 2002).
4. Par exemple, des établissements au Ghana, au Rwanda et au Mozambique ne reçoivent pratiquement aucun argent comptant par l'entremise du processus budgétaire. Les salaires sont versés directement au personnel et d'autres ressources en nature sont fournies et distribuées aux échelons supérieurs.
5. De plus en plus, tant les organismes de développement multilatéraux que bilatéraux canalisent l'aide en tant que budget général ou soutien au secteur. Des changements dans les modalités d'aide, combinés à des initiatives de réduction de la dette, ont occasionné des inquiétudes croissantes relativement à la transparence et à l'intégrité de la gestion des finances publiques dans les pays en développement. Dans un tel contexte, les ETDP se dégagent comme étant un outil diagnostique important. Récemment, on a également proposé que les ETDP servent d'outil de promotion de reddition de comptes dans les dépenses publiques. Pour une discussion sur l'utilisation des ETDP comme outil de suivi de la pauvreté et de la réduction des dépenses publiques en vertu de l'Initiative renforcée des pays pauvres très endettés, consulter *Tracking of Poverty-Reducing Public Spending in Heavily Indebted Poor Countries* (Washington, DC : FMI, 2001). Le document de la Banque mondiale *Public Financial Management : Performance Measurement Framework* (Washington, DC : Banque mondiale, 2005) présente une discussion générale sur le sujet. Il reste toujours à déterminer si les ETDP sont des outils utiles et économiques de prévention de la corruption.
6. Nazmul Chaudhury, Jeffrey Hammer et al. « Provider Absence in Schools and Health Centers », *Journal of Economic Perspectives*, (à être publié).
7. James Killingsworth, Najmul Hossain et al. « Unofficial Fees in Bangladesh : Price, Equity and Institutional Issues », *Health Policy Plan* 14(2) : 152-63, 1999 ; Maureen Lewis, *Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia ?* (Washington, DC : Banque Mondiale, 2000) ; Tim Ensor et Sophie Witter, « Health Economics in Low Income Countries : Adapting to the Reality of the Unofficial Economy », *Health Policy* 57(1) : 1-13, 2001 ; Paolo Belli, George Gotsadze et Helen Shahriari, « Out-of-Pocket and Informal Payments in Health Sector : Evidence from Georgia », *Health Policy* 70(1) : 109-23, 2004 ; Tim Ensor, « Informal Payments for Health Care in Transition Economies », *Social Science and Medicine* 58(2) : 237-46, 2004.
8. Barbara McPake, Delius Asiimwe et al., « Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda : Implications for Quality and Accessibility of Care », *Social Science and Medicine* 49(4) : 849-65, 1999 ; Rafael Di Tella et William D. Savedoff, *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals* (Washington, DC : Banque interaméricaine de développement, 2001).
9. Paulo Ferrinho, Wim Van Lerberghe et Aurélio da Cruz Gomes Ferrinho, « Public and Private Practice : A Balancing Act for Health Staff », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 77(3) : 209, 1999 ; Wim Van Lerberghe, Claudia Conceição, Wim Van Damme and Paulo Ferrinho, « When Staff is Underpaid : Dealing with the Individual Coping Strategies of Health Personnel », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 80(7) : 81-4, 2002.

Tableau 2.1 : Aperçu des résultats des enquêtes de traçabilité des dépenses publiques dans le secteur de la santé

Pays	*Année*	*Échantillon*	*Fuites*	*Autres résultats*
Ghana[a]	2000	200 établissements ; 40 districts	Fuites dans les dépenses courantes non salariales estimées à 80 %.	Les fuites sont plus importantes entre le centre et les districts que le district et les établissements. Les usagers doivent assumer des coûts beaucoup plus élevés que prévus principalement en raison des fuites liées aux dépenses non salariales.
Honduras[b]	2000	805 employés ; 35 établissements	Parmi tous les travailleurs sur la liste de paie des établissements de santé, 2,4 % sont considérés comme des employés « fantômes ».	Absentéisme estimé à 27 %. De plus, l'étude a révélé que 5,2 % des travailleurs n'occupaient pas en fait le poste qui leur avait été assigné, mais travaillaient ailleurs.
Mozambique[c]	2002	90 établissements ; 167 employés ; 679 usagers	Certaines preuves de fuite de médicaments dans le transfert des provinces aux districts, au sein du système de santé primaire, mais aucune estimation ferme.	Retards et goulots d'étranglement documentés dans l'exécution budgétaire et la gestion des approvisionnements ; inégalités dans l'alloction des ressources à l'échelle des districts et des établissements ; enregistrement incomplet des revenus provenant des frais d'utilisation par les établissements (les revenus déclarés en pourcentage des revenus prévus étaient de 67,6 % pour les consultations et de 79,6 % pour les médicaments) ; absentéisme estimé à 19 %.
Nigeria[d]	2002	252 établissements ; 30 gouv. loc. ; 700 employés	Aucune estimation ferme de fuites (l'enquête portait sur les problèmes de gouvernance dans le secteur de la santé, en particulier sur le mouvement des	Même si les budgets sont adéquats, 42 % des membres du personnel reçoivent leur salaire en retard ; description détaillée de la gouvernance et des arrangements relatifs à la prestation

Tableau 2.1 : suite

Pays	*Année*	*Échantillon*	*Fuites*	*Autres résultats*
			ressources, le comportement des prestataires et les incitatifs, et sur le rôle des gouvernements locaux et de la participation communautaire).	des services, y compris les caractéristiques propres aux établissements ; preuve de retards dans le paiement des salaires.
Papouasie-Nouvelle-Guinée[e]	2002	117 établissements	Aucune estimation ferme de fuites (l'enquête portait principalement sur le secteur de l'éducation, mais certaines données sur les établissements de santé ont été recueillies).	Preuve d'accès difficile aux soins et disponibilité limitée des médicaments ; absentéisme estimé à 19 %.
Pérou[f]	2001	120 municipalités	Fuites dans le programme de supplémentation alimentaire du « verre de lait » estimées à 71 % (y compris fuites des avantages au niveau des ménages).	Fuites quantifiées à différents échelons de gouvernement (plus élevées aux échelons supérieurs) ; preuve que les municipalités les plus pauvres sont les plus touchées ; détournement de fonds pour couvrir les frais d'exploitation.
Rwanda[g]	2000	351 établissements ; 40 districts	Certaines preuves de fuites entre les régions et les districts, mais aucune estimation ferme.	Preuve de retards dans l'exécution budgétaire et faibles taux d'exécution (80 % des fonds non liés aux salaires sont versés à la fin de l'exercice) ; les revenus provenant des frais d'utilisation et de la vente de médicaments sont indiqués comme les principales sources de financement.
Sénégal[h]	2002	100 établissements ; 10 districts ; 37 gouv. loc.	Certaines preuves de fuites à l'échelle régionale et municipale dans l'allocation des ressources non salariales, depuis l'échelon central	Retards dans les virements du fonds de décentralisation ; preuves de l'étendue du pouvoir discrétionnaire des gouvernements locaux dans l'allocation des ressources.

			jusqu'aux prestataires des services en passant par le fonds de décentralisation, mais aucune estimation ferme.	
Tanzanie[i]	1999	36 établissements ; 3 districts	Fuites des fonds non salariaux estimées à 41 % (étude des mécanismes budgétaires et comptables pour la santé et l'éducation dans les districts et les établissements).	Contributions des bailleurs de fonds qui semblent favoriser les districts mieux nantis ; fuites attribuées aux lacunes dans la tenue tenue des dossiers et à l'absence d'audits.
Tanzanie[j]	2001	20 établissements ; 5 districts	Aucune estimation précise de fuites dans l'enseignement primaire et les établissements de santé faisant l'objet de l'étude.	Retards substantiels à tous les échelons, particulièrement en ce qui concerne les dépenses non salariales ; insuffisance de fournitures dans les établissements ; certaines preuves de sous-déclaration des revenus des établissements.
Ouganda[k]	1996	100 établissements ; 19 districts	Aucune preuve ferme de fuites dans le mouvement des ressources vers les prestataires de soins de santé primaires mais important recours aux mouvements en nature, et lacunes dans la tenue des dossiers qui ont entravé la collecte des données. Les preuves qualitatives laissent entendre que les fuites sont limitées.	Les preuves qualitatives laissent entendre que les principales fuites surviennent dans les établissements, plutôt que dans le transfert des ressources aux établissements.
Ouganda[l]	2000	155 établissements ;	Fuites de fournitures et de médicaments particuliers estimées à 70 % selon des études gouvernementales et d'établissements privés sans but lucratif.	Données descriptives détaillées sur les caractérisques et le rendement des établissements ; aperçu des ententes relatives à la reddition de comptes ; comparaison des prestataire taires gouvernementaux et non gouvernementaux.

Notes

a. Xiao Ye et Sudharshan Canagarajah. « Efficiency of Public Expenditure Distribution and Beyond : A Report on Ghana's 2000 PETS in the Sectors of Primary Health and Education », série de documents de travail n° 31, région'Afrique de la Banque mondiale, 2002.
b. Banque mondiale. « Honduras : Public Expenditure Management for Poverty Reduction and Fiscal Sustainability », rapport n° 22070, Unité de gestion du secteur économique et de la réduction de la pauvreté, Banque mondiale, région Amérique latine et Caraïbes, 2001.
c. Magnus Lindelow, Patrick Ward et al. « Primary Health Care in Mozambique : Service Delivery in a Complex Hierarchy », série de documents de travail n° 69 de la Banque mondiale sur le développement humain dans la région Afrique, 2003.
d. Monica Das Gupta, Varun Gauri et al. « Decentralized Delivery of Primary Health Services in Nigeria : Survey Evidence from the States of Lagos and Kogi », documents de travail 70 de la Banque mondiale sur le développement humain dans la région Afrique, 2004.
e. Banque mondiale. « Papua New Guinea : Public Expenditure and Service Delivery », manuscrit non publié, 2004.
f. Banque mondiale et Banque interaméricaine de développement. « Peru : Restoring Fiscal Discipline for Poverty Reduction : Public Expenditure Review », rapport n° 24286-PE, 2002.
g. Hippolyte Fofack, Robert Ngong et al. « Public Expenditure Performance in Rwanda : Evidence from a Public Expenditure Tracking Study in the Health and Education Sectors », série de documents de travail n° 45 de la région Afrique, 2003.
h. Banque mondiale. « Expenditure Tracking Survey in Senegal : The Health Sector », manuscrit non publié, 2003.
i. PricewaterhouseCoopers. « Tanzania Public Expenditure Review : Health and Educational Financial Tracking Study », Rapport final, volumes I–II (Dar es Salaam, 1999).
j. Research on Poverty Alleviation and Economic and Social Research Foundation, « Pro-poor Expenditure Tracking », manuscrit non publié, 2001.
k. Emmanuel Ablo et Ritva Reinikka. « Do Budgets Really Matter ? Evidence from Public Spending on Education and Health in Uganda », document de travail n° 1926 sur la recherche en matière de politiques, Banque mondiale, 1998.
l. Magnus Lindelow, Ritva Reinikka et al. « Health Care on the Frontline : Survey Evidence on Public and Private Providers in Uganda », documents de travail 38 de la Banque mondiale sur le développement humain, région Afrique, 2003.

La corruption à l'échelle locale affecte la prestation des soins de santé aux Philippines

Omar Azfar et Tugrul Gurgur[1]

Les deux dernières décennies ont été témoins d'un vaste mouvement de transfert de pouvoirs aux gouvernements locaux partout dans le monde. À mesure que les gouvernements locaux accroissent leur part de pouvoir et de responsabilité face au gouvernement central, leur efficacité en termes de qualité, de quantité et d'accessibilité des services publics est devenue critique. Par conséquent, l'effet de la corruption à l'échelle locale sur la prestation des services a une pertinence critique pour les économistes et responsables de politiques dans le domaine du développement.

Les Philippines offrent un cadre idéal pour étudier les conséquences de la corruption sur la prestation des services. Cinq ans après la révolution démocratique aux

Philippines, la loi de 1991 sur les gouvernements locaux a transféré l'autorité politique et le contrôle administratif de nombreux services de santé et d'éducation aux échelons municipaux et provinciaux. Selon les données anecdotiques et résultats d'enquêtes publiques, une grande partie de la corruption aux Philippines semble survenir à l'échelle locale. Le grand nombre de municipalités, le vaste transfert de pouvoir et le degré élevé et divers de la corruption font des Philippines l'endroit idéal pour étudier les conséquences de la corruption sur la prestation des services.

Des données recueillies en 2000 auprès de 80 municipalités aux Philippines ont servi à évaluer les répercussions de la corruption au sein des gouvernements locaux sur la santé et l'éducation. Les résultats ont clairement démontré que la corruption mine la prestation des services de santé. Nous avons relevé une corrélation partielle importante entre 13 variables dépendantes qui mesurent divers aspects des services de santé et d'éducation et les perceptions de la corruption, après avoir tenu compte de la capacité (basée sur des mesures de capital humain et physique), du niveau d'éducation des adultes, de la résidence en ville, des niveaux de vie (d'après les actifs), de l'inégalité, de l'existence de la concurrence du secteur privé, du vote et de la visibilité médiatique, de même que des mécanismes de reddition de comptes et de d'autonomie locale.

Nous avons mesuré les niveaux de corruption à partir des perceptions de la corruption des ménages et des fonctionnaires (administrateurs, services de santé et d'éducation, directeurs d'établissements d'enseignement et travailleurs de la santé). Les personnes interrogées ont répondu à des questions portant sur des actes particuliers de corruption (comme les pots-de-vin, la vente d'emplois et le vol de fournitures), de même que sur leur perception générale du niveau de corruption de chaque administration municipale, école publique et clinique de santé publique. La plupart des types de corruption étaient plus fréquents dans les bureaux de l'administration municipale que dans tout autre bureau, peut-être en raison du plus grand pouvoir qu'exercent les administrateurs municipaux et donc du plus grand nombre d'occasions qu'ils ont d'exiger des paiements au noir. Au total, 19 pour cent des administrateurs municipaux ont déclaré qu'il existait des cas de corruption dans leurs bureaux au cours de l'année précédant le sondage (1999), tandis que 32 pour cent ont reconnu que des cas de vol de fonds avaient eu lieu. En revanche, les agents de santé municipaux signalaient des chiffres de 2,5 et 16,5 pour cent respectivement.

Pour mesurer la qualité, la quantité et l'accessibilité des services de santé, nous avons utilisé sept variables : six provenaient d'une enquête auprès des ménages (immunisation des enfants, retard dans la vaccination des enfants, temps d'attente des patients, accessibilité aux cliniques de santé pour obtenir un traitement, choix de cliniques publiques pour l'immunisation et satisfaction envers les cliniques de publiques) et une provenait du ministère de la santé (moyenne municipale du taux d'immunisation des enfants).

Les résultats ont clairement démontré que la corruption nuit à la prestation des services de santé aux Philippines. Dans chaque cas, des résultats de régression ont montré que la corruption entraînait des conséquences négatives importantes sur la

qualité des services de santé. Par exemple, une augmentation de l'écart type (d'environ 10 pour cent) de la corruption réduit le taux d'immunisation d'environ 10 à 20 pour cent, accroît jusqu'à 30 pour cent le temps d'attente dans les cliniques de santé publique, réduit la satisfaction des usagers de 30 pour cent, et diminue également de quatre fois les chances de compléter la vaccination et de trois fois le choix d'établissements de santé publique.

Les résultats laissent entendre également que la corruption ne touche pas les régions rurales de la même façon que les régions urbaines. Dans les régions urbaines, la corruption liée à la demande de soins de santé publique est plus « élastique » (c'est-à-dire que l'utilisation que font les ménages des installations de santé publique décroît plus rapidement en raison d'une plus grande incidence de corruption). Les ménages dans les régions rurales, par ailleurs, doivent subir de plus longues attentes dans les cliniques de santé publique, des retards dans l'immunisation des nourrissons et ils éprouvent moins de satisfaction à l'égard des services de santé publique, comparativement aux ménages des régions urbaines qui font face au même degré de corruption. La présence d'autres établissements de santé dans les régions urbaines, qu'il s'agisse de prestataires de soins de santé privés ou d'autres établissements de santé publique, peut expliquer ces écarts.

Nous avons également utilisé des régressions pour comprendre l'effet de la corruption dans les municipalités riches, à revenu moyen et faible. Même après avoir tenu compte des autres facteurs, nous avons constaté que, quand la corruption est endémique, les municipalités à revenu moyen et faible subissent de plus longues attentes dans les cliniques publiques et on leur refuse des vaccins plus souvent que dans les municipalités riches. La corruption dans les cliniques publiques est également plus susceptible d'avoir un effet dissuasif chez les ménages qui habitent dans les municipalités pauvres et de les forcer à l'automédication.

Des contrôles de robustesse qui vérifient la présence d'observations aberrantes, de problèmes d'échantillonnage et de causalité inverse (par exemple, qu'une variable commune influe tant sur la corruption que sur la prestation des services, ou que la mauvaise prestation d'un service cause la corruption) ont permis de confirmer les résultats.

La compilation de nos résultats confirme que la corruption entrave la prestation des services aux Philippines. Notre étude complète les résultats obtenus à l'échelle de divers pays sur le sujet et vient s'ajouter à la liste croissante de façons dont la corruption nuit au bien-être.

Note

1. Omar Azfar (omar@iris.econ.umd.edu) est attaché de recherches au IRIS Center (Centre pour la réforme institutionnelle et le secteur informel) de l'Université du Maryland, College Park, et Tugrul Gurgur (tgurgur@umd.edu) est un étudiant de troisième cycle au département des affaires économiques de l'Université du Maryland, College Park. L'article résume la recherche du IRIS Center de l'Université du Maryland au nom de la Banque mondiale et du Fonds en fiducie des Pays-Bas. Le rapport complet a été publié comme suit : Omar Azfar et Tugrul

Gurgur. « Does Corruption Affect Health and Education Outcomes in the Philippines ? », document de travail (College Park : IRIS Center, Université du Maryland, 2004) ; il est disponible sur le site www.iris.umd.edu. Les auteurs remercient Satu Kahkonen, Anthony Lanyi, Patrick Meagher et Diana Rutherford pour leur contribution à ce rapport.

La corruption nuit à la santé : le cas de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est

Richard Rose[1]

La médecine moderne offre de nombreux traitements qui peuvent atténuer la douleur des gens ou rétablir intégralement leur santé. En outre, dans les pays prospères de l'OCDE, si vous tombez malade, vous êtes assuré d'obtenir des soins par l'entremise d'un service de santé que finance l'État ou d'un programme privé d'assurance-maladie. Toutefois, les soins de santé coûtent cher et, dans de nombreux pays en développement, les seuls coûts que l'État peut financer sont ceux des services fondamentaux aux établissements de santé publique, comme l'eau potable et les réseaux d'égouts. Dans le monde en développement, les personnes qui ont besoin de soins doivent parfois recourir à des remèdes traditionnels ou emprunter de l'argent pour obtenir des soins privés. Les gens qui vivent dans des régions où sévit la corruption sont les plus désavantagés : ils paient deux fois les traitements qu'ils reçoivent, une fois par le biais des impôts et une autre fois dans une enveloppe brune.

Les gouvernements communistes de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est avaient autrefois promis des soins de santé pour tous ceux et toutes celles qui en avaient besoin. Cependant, le favoritisme et la corruption prévalaient dans l'attribution des soins médicaux et hospitaliers. Les personnes qui faisaient partie de la *nomenklatura* avaient accès à de bons traitements ; ceux et celles qui pouvaient user de leur influence par le biais de réseaux informels (*blat*) en bénéficiaient également ; et les personnes qui pouvaient payer au noir étaient plus susceptibles d'obtenir de bons traitements que les personnes qui n'en avaient pas les moyens. La corruption, qui faisait partie intégrante des économies « clandestines » des pays communistes, a été laissée en héritage à toute la région, particulièrement dans le secteur des soins de santé.

Laissée dans le cadre de cet héritage, l'imposition d'une « taxe de corruption » pour des traitements qui devraient être gratuits pourrait avoir des répercussions négatives sur la santé des citoyens et citoyennes. Au pire, elle pourrait mener au refus de traitement ou même empêcher les gens d'obtenir des soins faute d'argent pour pouvoir verser des paiements au noir. La corruption dans le secteur de la santé nuit inévitablement aux personnes âgées, qui sont les plus susceptibles d'avoir besoin de soins, et aux pauvres.

Le septième Nouveau Baromètre européen (NBE) du Centre pour l'étude de la politique publique a évalué la mesure dans laquelle la corruption nuit à la santé d'une société[2]. Du 1er octobre 2004 au 23 janvier 2005, le NBE a mené des enquêtes nationales aléatoires auprès de la population adulte de huit nouveaux États

membres de l'UE (la République tchèque, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la Slovaquie et la Slovénie), de deux pays candidats (la Bulgarie et la Roumanie), ainsi que du Bélarus et de la Russie. Des instituts nationaux de recherche ont interrogé directement 13 499 personnes, leur posant des questions sur leur perception de la corruption, les soins de santé et l'influence qu'ont sur la santé les facteurs comme l'âge, l'éducation et la classe sociale.

Lorsqu'on a demandé aux répondants d'évaluer leur santé physique, le plus grand groupe, qui se composait de 39 pour cent des répondants, a déclaré, comme il fallait s'y attendre, avoir une santé moyenne ; 34 pour cent ont indiqué qu'ils jouissaient d'une bonne santé et 10 pour cent d'une excellente santé. En revanche, seulement 14 pour cent se sont dits en mauvaise santé et 3 pour cent en très mauvaise santé[3]. En Roumanie, en Slovénie et en Slovaquie, plus de la moitié des répondants ont déclaré être en bonne ou en parfaite santé. Même au Bélarus, où un quart des répondants ont signalé être en mauvaise santé, le plus grand groupe jouit d'une santé moyenne.

Toutefois, près des trois quarts des personnes interrogées ont une opinion négative des services de santé qu'offre leur pays (Tableau 2.2). Au total, 24 pour cent ont décrit le système comme étant très mauvais et près de la moitié comme n'étant pas très bon, par opposition à 27 pour cent qui le considèrent passablement bon ou très bon. L'évaluation des soins de santé varie considérablement au sein de la région. Dans la République tchèque, une majorité absolue a une opinion positive du système de soins de santé, tout comme au Bélarus. Par contre, en Russie et en Bulgarie, moins d'une personne sur douze a une bonne opinion du système. L'opinion des Bulgares et des Russes diffère seulement sur la question de savoir si leur service de santé n'est pas très bon ou s'il est très mauvais.

Simultanément, la perception générale est que le corps politique est contaminé par la corruption. À la question de savoir combien de fonctionnaires sont corrompus, 29 pour cent ont répondu que presque tous les fonctionnaires l'étaient et 44 pour cent de plus caractérisaient ainsi une majorité des fonctionnaires (Tableau 2.3). Là encore, les divergences d'opinion au sein des pays sont énormes. En Roumanie, une majorité perçoit presque tous les fonctionnaires comme étant corrompus alors qu'en Russie 43 pour cent ont cette perception. En revanche, près de la moitié des Estoniens et des Slovènes interrogés pensent que la corruption touche moins de la moitié des fonctionnaires.

Là où la corruption semble être endémique, les gens perçoivent également d'importantes irrégularités dans le secteur des soins de santé (Figure 2.1). Cinq personnes sur six qui considèrent presque tous les fonctionnaires comme étant corrompus pensent que leur système de soins de santé est soit très mauvais, soit pas très bon, et presque quatre-cinquième des personnes qui croient qu'une majorité des fonctionnaires est corrompue ont une opinion négative du service de santé. Parmi les personnes qui croient que moins de la moitié des fonctionnaires sont corrompus, trois sur cinq ont toujours une opinion négative du service de santé. Même parmi le petit pourcentage de citoyens dans la région qui jugent que très peu de fonctionnaires sont corrompus, tout juste un peu moins de la moitié d'entre eux ont une opinion positive de leur système de santé.

Tableau 2.2 : Service de santé jugé comme n'étant pas très bon

Q. Comment évalueriez-vous le système actuel de soins de santé dans ce pays ?

	Très bon	*Assez bon*	*Pas très bon*	*Très mauvais*
République tchèque	3	51	39	7
Slovénie	4	42	42	11
Bélarus	2	49	38	11
Roumanie	2	14	66	18
Hongrie	1	38	46	15
Tous les pays du NBE	**1**	**26**	**49**	**24**
Estonie	1	24	49	26
Lituanie	1	22	56	21
Slovaquie	1	21	52	26
Lettonie	1	20	47	32
Pologne	1	16	48	35
Bulgarie	1	7	55	38
Russie	1	7	53	40

Source : Centre pour l'étude de la politique publique, Nouveau Baromètre européen VII. Nombre total de répondants : 13 499. Enquête effectuée du 1er octobre 2004 au 23 janvier 2005.

Tableau 2.3 : Corruption étant perçue comme endémique

Q. À quel point croyez-vous que l'acceptation de pots-de-vin et la corruption sont endémiques dans ce pays ?
Très peu de fonctionnaires sont corrompus ; moins de la moitié sont corrompus ; la plupart des fonctionnaires sont engagés dans des pratiques de corruption ; presque tous les fonctionnaires sont engagés dans des pratiques de corruption.

	Presque tous	*La majorité*	*Moins de la moitié*	*Très peu*
		(% qui ont répondu)		
Roumanie	51	34	14	1
Bulgarie	43	45	10	2
Russie	43	46	8	3
Tous les pays du NBE	**29**	**44**	**22**	**5**
Lituanie	32	50	15	3
Slovaquie	30	50	18	2
Hongrie	27	36	35	1
Bélarus	26	44	21	8
Lettonie	24	49	22	6
Pologne	22	52	24	2
République tchèque	21	49	26	5
Slovénie	17	36	33	14
Estonie	12	39	36	13

Source : Centre pour l'étude de la politique publique, Nouveau Baromètre européen VII. Nombre total de répondants : 13 499. Enquête effectuée du 1er octobre 2004 au 23 janvier 2005.

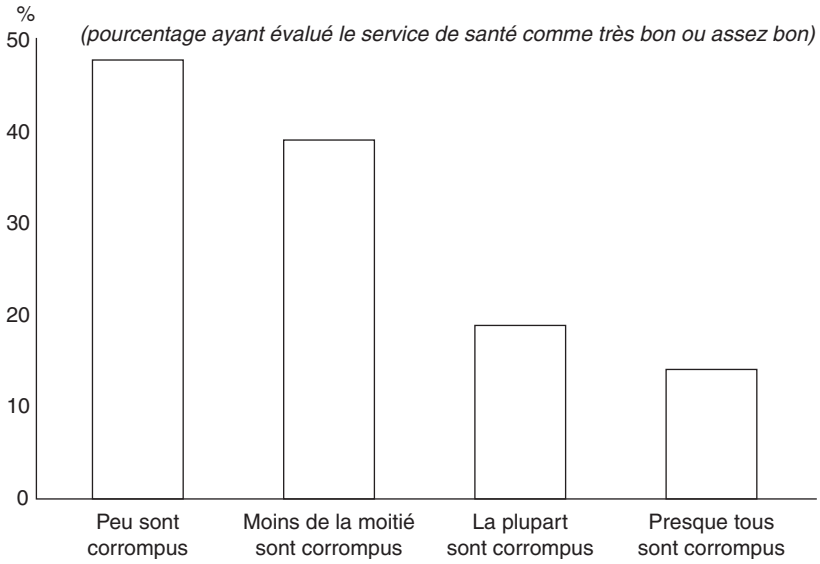


Figure 2.1 : À mesure que la corruption s'accentue, le service de santé se détériore.

Source : Corrélation gamma entre les réponses aux questions des tableaux 2.2 et 2.3 : -0,36. Centre pour l'étude de la politique publique, Nouveau Baromètre européen VII. Nombre total de répondants : 13 499. Enquête effectuée du 1er octobre 2004 au 23 janvier 2005.

Les personnes dont la santé est au-dessous de la moyenne sont plus susceptibles d'être mécontentes du système de soins de santé de leur pays ; 78 pour cent le décrivent comme n'étant pas très bon ou très mauvais. Cependant, le fait d'être en mauvaise santé n'est pas la principale raison pour laquelle une personne exprime une opinion négative d'un service de santé. Plus des trois quarts des personnes qui ont indiqué avoir une santé moyenne sont également d'avis que les soins de santé ne sont pas très bons ou sont très mauvais ; et même parmi celles qui ont une bonne ou une excellente santé, les deux tiers avaient une opinion négative des soins de santé offerts.

La santé d'une personne ne reflète pas seulement la situation d'un pays, mais aussi les caractéristiques particulières de cette personne, comme l'âge et l'éducation. Il est possible de déterminer la mesure dans laquelle un mauvais gouvernement produit un effet négatif sur la santé d'une personne, en plus des caractéristiques individuelles, par une analyse de régression multiple. Celle-ci détermine les conditions qui exercent une influence statistiquement significative sur la santé, déduction faite des effets d'autres influences.

Tant les caractéristiques individuelles (l'âge, le statut social et l'éducation) que les perceptions des services publics influencent de manière significative – et indépendante – la santé des populations de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est, et de l'ancienne Union soviétique. Ensemble, elles peuvent représenter 26,8 pour cent de

la variance dans l'auto-évaluation de la santé. Comme on s'y attendait, l'âge constitue de beaucoup l'influence la plus importante : le fait d'avoir 60 ans ou plus a un effet encore plus négatif sur la santé que l'effet positif d'avoir moins de 30 ans.

Trois autres facteurs socio-économiques améliorent considérablement la santé individuelle. Plus le statut social et le niveau d'études d'une personne sont élevés, meilleure est sa santé, peu importe qu'elle soit âgée ou non. Plus il y a de biens de consommation durables dans la maison – une indication du revenu dans les pays où les subventions et les revenus clandestins compliquent l'évaluation des salaires conventionnels – plus la santé d'une personne est bonne. Les statistiques qui indiquent que les hommes sont plus susceptibles d'être en meilleure santé que les femmes émanent du taux plus élevé de mortalité chez les hommes à un âge plus jeune, d'où l'hypothèse que les hommes qui décèdent à un âge plus avancé sont en moyenne en meilleure santé.

La perception de la corruption exerce une influence à la fois directe et indirecte sur la santé. Compte tenu des caractéristiques sociales, les personnes qui perçoivent le gouvernement comme étant plus corrompu sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé. La corruption entraîne également un effet indirect parce qu'elle établit un rapport avec l'évaluation négative du service de santé, et qu'un mauvais service de santé nuit à la santé individuelle. En ce qui a trait à cette dernière, tout au moins, la perception individuelle de la corruption est plus significative que l'appréciation nationale globale[4].

Malgré la perception généralisée de services publics inadéquats, voire même corrompus, les populations de l'Europe centrale et de l'Europe de l'Est partagent les valeurs sociales consistant à continuer d'appuyer le versement d'impôts pour l'obtention de meilleurs services. Cependant, plus un système est corrompu, moins les particuliers retirent d'avantages à verser des impôts plus élevés. Pour améliorer la santé dans la région, les gouvernements nationaux doivent non seulement consacrer plus d'argent aux soins de santé, mais ils doivent également le dépenser honnêtement.

Notes

1. Richard Rose est professeur au Centre pour l'étude de la politique publique de l'Université d'Aberdeen, en Écosse.
2. L'enquête du Nouveau Baromètre européen est financée par une subvention du British Economic & Social Research Council (Conseil britannique pour la recherche économique et sociale) pour l'analyse des orientations divergentes des pays après la chute du communisme. Les données sur la santé ont été recueillies grâce à l'appui d'une subvention de la MacArthur Foundation accordée au professeur Sir Michael Marmot, département d'épidémiologie et de santé publique, University College, de Londres.
3. Tous les pourcentages se fondent sur le regroupement des 12 enquêtes nationales du NBE et la pondération égale de chacune, afin que chacune représente un douzième du total des réponses obtenues.
4. L'Indice de perceptions de la corruption (IPC) de TI n'indique pas l'importance statistique en raison du fait que l'IPC évalue le pays dans son ensemble ; par conséquent, l'analyse de régression attribue la même note d'IPC à chaque répondant individuel dans un pays.

Cependant, la population d'un pays ne s'entend jamais totalement sur le degré de corruption des fonctionnaires. Le NBE recueille des données de particuliers et peut donc tenir compte des différences dans les perceptions individuelles au sein d'un pays.

Les « audits de citoyens » au Mexique mettent au jour les traces écrites de la corruption

Helena Hofbauer[1]

À la fin de 2002, dans le cadre de ses discussions sur le budget de 2003, le Congrès du Mexique a annoncé qu'il accorderait 600 millions de pesos (56,5 millions de dollars US) à titre de financement additionnel pour les programmes promouvant la santé des femmes. Le président du comité du budget fit parvenir à ce sujet au ministère de la santé des directives qui indiquaient entre autres que 30 millions de pesos (2,8 millions de dollars US) devaient être réaffectés à un organisme privé, Provida, en tant que partie intégrante de l'initiative de promotion de la santé des femmes. À l'origine, le montant avait été affecté aux campagnes de santé publique sur le VIH/SIDA.

Six organisations de la société civile (OSC) mexicaines – Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad ; Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia ; Fundar, Centro de Análisis e Investigación ; Grupo de Información en Reproducción Elegida ; Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana ; et Salud Integral para la Mujer – ont lancé une enquête dans le but de déterminer pourquoi le budget avait été modifié. Les six organisations se sont lancées dans une longue enquête qui a duré 18 mois et au cours de laquelle elles ont documenté des irrégularités évidentes. Si la plupart des démarches entreprises par les OCS ont été possibles, c'est grâce à l'adoption au Mexique, en juin 2002, de la loi sur l'accès à l'information publique et la transparence.

Les organisations ont découvert une demande de financement que Provida avait présentée au ministère de la santé le 3 décembre 2002 pour 30 millions de pesos, ainsi qu'une confirmation à la fois du ministère des finances et du ministère de la santé selon laquelle 30 millions de pesos étaient accordés au comité national de Provida. Elles ont également découvert l'accord dûment signé entre l'administrateur des subventions et Provida, qui se composait d'un rapport sur les répercussions sociales et financières qu'avait présenté Provida sur l'utilisation des ressources et d'un dossier financier de 6 525 pages contenant des factures détaillant comment l'organisme avait dépensé les 30 millions de pesos.

Avec ces informations en main, les OSC ont suivi leur propre piste de vérification sur la façon dont Provida avait dépensé 30 millions de pesos provenant des contribuables en 2003. Elles ont trouvé des preuves de détournement de fonds et de corruption. Plus de 80 pour cent des fonds avaient servi à payer les services d'une société de relations publiques pour des travaux comme une campagne contre la prestation de moyens de contraception d'urgence aux femmes. Provida avait également versé des fonds à un organisme qui importait de l'équipement médical surfac-

turé, et d'autres pour défrayer la location d'une salle de bal. Les deux sociétés et le propriétaire de la salle de bal partageaient avec Provida la même adresse, les mêmes numéros de téléphone et le même directeur administratif. Les OSC ont également découvert que Provida avait acheté des stylos de luxe, des vêtements et des denrées alimentaires avec une partie des fonds. Certains documents révélaient de sérieuses irrégularités fiscales. Des reçus datés d'octobre 2003 avaient trait à des produits achetés en juillet 2003.

En outre, les OSC ont présenté un certain nombre d'observations au sujet d'infractions procédurales. D'abord, il est interdit au président du comité du budget de parler au nom de l'assemblée plénière, ou de donner des instructions à un ministre ; deuxièmement, le Congrès ne peut attribuer des fonds à des organismes privés, en particulier si ces fonds sont retirés de programmes publics ; troisièmement, le ministère de la santé ne peut distribuer des ressources à des ONG que par le biais d'un processus public ouvert, après avoir sollicité des offres de service ; et quatrièmement, la position radicale de Provida contredit d'importantes parties de la politique publique du Mexique sur la santé en ce sens qu'elle s'oppose activement à la prévention du VIH/SIDA par l'utilisation de condoms et rejette systématiquement le droit à l'avortement accordé aux femmes victimes de viol.

Armées de ces preuves accablantes, les OSC ont dévoilé leur « audit par les citoyens » lors d'une conférence de presse qui a eu lieu en juin 2004, au cours de laquelle elles ont lancé une campagne exigeant la transparence et la reddition de comptes, campagne que 700 ONG ont appuyée à l'échelle du Mexique. La campagne demandait au ministère de la santé d'expliquer publiquement les raisons pour lesquelles il avait financé un organisme privé qui défendait des politiques de la santé allant à l'encontre de celles du gouvernement ; elle demandait aussi que le gouvernement entreprenne un audit officiel des 30 millions de pesos et explique les responsabilités des fonctionnaires concernés et des mandataires légaux de Provida, que les 30 millions de pesos soient retournés au budget de l'État et que le gouvernement rédige et adopte des lois permettant de prévenir des transgressions semblables avec les fonds du Trésor.

La campagne a attiré l'attention de tout le pays, faisant les manchettes dans les médias d'information au Mexique pendant un mois. Face aux pressions accrues de l'opinion publique, le Congrès a voté à l'unanimité en juillet 2004 une demande au ministre de la santé d'expliquer l'utilisation des 30 millions de pesos et d'accélérer un audit officiel en cours. Peu de temps après, le ministère a exigé le remboursement des 30 millions de pesos et a annulé son contrat avec Provida, suspendant la remise de fonds additionnels à l'organisation en 2004.

En septembre 2004, le contrôleur interne, à qui incombe la responsabilité d'entreprendre des audits au sein de l'organe exécutif du gouvernement, a publié les résultats de l'audit officiel, qui corroboraient les irrégularités qu'avaient identifiées les OSC. À la fin de mars 2005, dès qu'il lui a été permis de le faire, le vérificateur général des comptes (organe législatif) a également divulgué ses observations dans cette affaire. Le rapport du vérificateur général allait cependant plus loin, indiquant que 90 pour cent des fonds qu'avait reçus Provida du gouvernement avaient été uti-

lisés de façon inappropriée. Par conséquent, le Sénat a demandé que des procédures judiciaires soient prises contre Provida et ses mandataires légaux[2].

En avril 2005, le contrôleur interne a retiré les trois fonctionnaires de leur fonction à la tête de l'unité du ministère de la santé qui avaient distribué les ressources sans recourir à un processus public, et il a banni le mandataire légal de Provida, Jorge Serrano Limón, de toute charge publique, en plus de le condamner à payer une amende de 13 millions de pesos. Les 30 millions de pesos n'ont pas été remboursés, l'amende n'a pas été payée et la procédure judiciaire est toujours en cours.

Néanmoins, les OSC ont efficacement promu la nécessité d'une plus grande transparence de plusieurs façons importantes.

Elles ont démontré le rôle important que peuvent jouer les OSC pour responsabiliser davantage le gouvernement en ayant recours à un cadre juridique du pays. En particulier, elles ont prouvé l'importance de la loi sur l'accès à l'information et la transparence pour autoriser des processus qui n'auraient pas été permis il y a trois ans.

C'était la première fois que les OSC suivaient une mauvaise affectation des ressources et les dépenses frauduleuses du début à la fin du processus budgétaire. Elles ont pu déterminer ce qui s'était produit, vérifier l'utilisation des ressources et recourir à l'étape de surveillance du processus pour demander réparation. Des établissements officiels ont confirmé la mauvaise utilisation des ressources et la corruption que les OSC ont mises en lumière, après quoi des poursuites ont été engagées.

Un précédent jurisprudentiel venait d'être établi, puisque la loi sur les responsabilités des fonctionnaires (qui est entrée en vigueur en 1982, et qui a subi plusieurs réformes depuis) était appliquée pour la première fois à un particulier (Serrano Limón) qui avait fait une utilisation illégale des ressources publiques.

Les disparités entre les politiques de santé publique et les activités de Provida ont été mises en évidence et les centres de soins que les 30 millions de pesos auraient dû servir à construire et à exploiter sont depuis surveillés de très près afin d'assurer le respect de pratiques légales.

L'unité administrative du ministère de la santé responsable de la répartition des ressources entre les OSC a passé en revue ses politiques et, pour la première fois, a publié ses façons de procéder dans le domaine public.

Notes

1. Helena Hofbauer est directrice exécutive chez Fundar, à Mexico.
2. www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/?sesion=2005/04/26/1&documento=60

Combattre la fraude et la corruption au sein du National Health Service de Grande-Bretagne

Jim Gee[1]

La fraude et la corruption tenaillent les organisations qui en sont victimes. Elles les privent des ressources dont elles ont besoin tout en ébranlant la confiance du public. La défense contre de telles attaques est, depuis trop longtemps, mal organisée et pas très professionnelle. Au Royaume-Uni, et en particulier à son Service national de la santé (SNS) – la troisième organisation en taille au monde comptant 1,2 million d'employés et un budget annuel de 70 milliards de livres (125 milliards de dollars US) – cette situation a considérablement changé depuis quelques années.

Le *Counter Fraud Service (CFS)*, [service de répression de la fraude], établi en 1998, a la responsabilité globale de protéger le SNS et ses ressources contre la fraude et la corruption. Notre point de départ consiste à détecter les pertes dues à la fraude et à la corruption dans chaque domaine budgétaire du SNS et de les évaluer avec une précision à moins de un pour cent près et d'avoir ensuite recours à un audit externe. Cette façon de procéder aide à identifier la nature et l'étendue du problème, étape essentielle pour trouver une solution appropriée. Par conséquent, nous savons que les pertes dues à la fraude attribuable aux patients ont diminué, passant de 171 millions de livres (305 millions de dollars US) en 1999 à 78 millions de livres (139 millions de dollars US) en 2004, soit une réduction de 54 pour cent ; en outre, les pertes dues à la fraude attribuable aux professionnels de la santé ont enregistré une baisse d'environ 43 à 54 pour cent au cours de la même période. Nous évaluons actuellement les pertes dues à la fraude salariale, c'est-à-dire au paiement d'« employés fictifs », ou à l'obtention d'emplois fondée sur la déclaration de fausses compétences et de faux antécédents professionnels. Ces données devraient être disponibles à la fin de 2005.

Le CFS a la responsabilité non seulement du travail « opérationnel » permettant de contrer la corruption (détection, enquête et demande de sanctions et de réparation), mais il s'efforce également de développer une véritable culture de lutte contre la fraude et la corruption, de créer un effet dissuasif puissant et de réviser les politiques et les systèmes pour empêcher que le problème ne se reproduise. En intégrant ces deux aspects, nous nous sommes assurés non seulement d'encourager l'activité, mais aussi de produire des résultats tangibles quant à la réduction des pertes dues à la fraude et à la corruption. Conformément à une exigence de la loi, le CFS s'est doté de spécialistes en matière de lutte contre la fraude dûment formés et agréés, membres d'une nouvelle profession dont l'effectif se chiffre à près de 8 500 à l'échelle des secteurs public et privé depuis que le gouvernement l'a établie en 2001.

Ces dernières années, le CFS a fait face à de nombreuses formes différentes de corruption et y a réagi. En voici quelques exemples :

- Nous poursuivons en justice un grand nombre de fabricants de médicaments génériques pour 152 millions de livres (271 millions de dollars US) parce que

nous croyons qu'ils forment un cartel en vue de faire monter les prix des médicaments suivants : warfarine, pénicilline et ranitidine.

- Un directeur général d'une branche du SNS, qui a falsifié ses compétences pour obtenir un poste, a démissionné pour éviter une mise en congès ; il fait l'objet de poursuites au criminel.
- Des professionnels de la santé qui ont demandé et empoché des paiements pour des traitements qu'ils n'ont pas fournis sont normalement poursuivis au criminel, et des poursuites civiles sont par la suite entreprises pour recouvrir les pertes. Finalement, ils sont suspendus de leurs fonctions ou retirés des organismes professionnels.

Ces exemples et d'autres où nous avons détecté et mis fin à la corruption représentant un montant de plus de 170 millions de livres (303 millions de dollars US) depuis 1999, mais ce montant ne constitue qu'une partie de l'avantage financier total du SNS qui s'élève à 675 millions de livres (1,2 milliard de dollars US), montant qui comprend également le recouvrement de sommes perdues en raison de fraude et les réductions des pertes évaluées à la suite de l'intervention du CFS. Ces résultats représentent un rendement de ses investissements budgétaires de 13:1 et correspondent à ce qu'il en coûterait pour bâtir 10 nouveaux hôpitaux.

Pour arriver à ses fins, le CFS s'est efforcé de mobiliser la majorité honnête, entreprenant plus de 1 400 présentations et séances de sensibilisation auprès de centaines de milliers d'employés et de millions de patients. Le CFS cherche également à décourager la minorité malhonnête en rendant publiques les mesures prises, faisant ainsi paraître environ 400 articles dans les médias chaque année. Les taux de détection ont augmenté de plusieurs centaines de pourcentages, accusant un taux de succès de 96 pour cent dans les cas de poursuites, et le recours au droit civil pour geler et recouvrir les actifs s'est aussi considérablement accru.

Ce succès repose sur quatre éléments importants, notamment :

- L'identification précise de la nature et de l'étendue du problème ;
- La prise de mesures générales pour s'attaquer au problème (ne se limitant pas à la surveillance policière traditionnelle) ;
- Un personnel professionnel doté des compétences nécessaires pour réduire de manière permanente les pertes dues à la corruption ;
- La mobilisation efficace de la majorité honnête et l'effet dissuasif que celle-ci a sur la minorité malhonnête.

L'approche du CFS est largement reconnue comme étant la meilleure pratique dans le secteur public au Royaume-Uni et de plus en plus partout en Europe, l'information étant partagée par le biais du nouveau Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans les soins de santé.

Le temps est venu pour le travail de lutte contre la fraude et la corruption de dépasser sa période pré-professionnelle et de pleinement se professionnaliser. Personne ne s'attend à ce qu'un avocat sans formation offre de bons conseils juridiques ou à ce qu'un chirurgien incompétent pratique une intervention sur un proche parent. Il est tout aussi inacceptable d'adopter une approche non professionnelle à la protection des organismes publics contre la fraude et la corruption.

Note

1. Jim Gee est directeur général du National Health Service Counter Fraud Service (service de répression de la fraude du Service national de la santé) et directeur de Counter Fraud Services (services de répression de la fraude) au ministère de la santé du Royaume-Uni.

3 La corruption dans les hôpitaux

Une salle d'hôpital délabrée à Tamale, au Ghana, mars 2004. (Che Chapman)

Comme l'indique Taryn Vian, les hôpitaux présentent de nombreuses possibilités de corruption, en raison de la grande proportion de dépenses de santé qu'ils absorbent et en raison de leur taille et de leur complexité. Les fonds sont détournés des hôpitaux de diverses manières : opacité entourant l'approvisionnement en matériel et fourniture, employés fictifs, coûts de construction exagérés et prix gonflés. Pour les pays en développement, ces fraudes privent les budgets de ressources qui pourraient servir à financer d'autres services de santé essentiels, comme les programmes de soins de santé primaires.

En définitive, ce sont les patients qui en pâtissent, soit parce qu'ils doivent payer pour des traitements normalement gratuits, soit parce qu'ils reçoivent des soins prescrits pour des raisons financières plutôt que médicales. La corruption sévit aussi

bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Des études de cas effectuées partout dans le monde laissent cependant entrevoir une lueur d'espoir en montrant, par exemple, comment les efforts déployés pour accroître à peu de frais la transparence dans l'approvisionnement des hôpitaux au Kenya et dans les listes d'attente en Croatie ont pu contribuer à juguler la corruption.

La corruption dans l'administration des hôpitaux

Taryn Vian[1]

La corruption est une menace importante qui pèse sur les hôpitaux, tant dans les pays en développement que dans les pays développés. Aux États-Unis, le coût de la fraude et des abus dans le secteur des soins de santé se chiffrerait à entre 11,9 et 23,2 milliards de dollars US par an ; cette dépense est essentiellement attribuable aux soins dispensés dans les hôpitaux[2].

La taille et la complexité des hôpitaux facilitent plusieurs formes de corruption. Comme l'ont souligné de nombreux économistes, la corruption est un « délit de calcul » et elle risque avant tout de survenir lorsque les budgets sont importants et que les chances de profiter des décisions prises par les dirigeants sont grandes. Les hôpitaux remplissent ces critères de vulnérabilité. Le secteur hospitalier représente globalement entre 30 et 50 pour cent du total des dépenses de santé (publique et privée) ; dans certaines régions, comme l'Europe de l'Est, cette proportion peut atteindre 70 pour cent[3]. Les dépenses des hôpitaux peuvent également comprendre des sommes importantes pour la construction d'édifices et l'achat de matériel de pointe qui coûte très cher, domaines où les risques de corruption sont considérables. La nécessité de gérer de nombreux intervenants aux intérêts divers et les asymétries d'informations intervenant à de nombreux niveaux (entre le personnel médical et les patients, les médecins et les administrateurs, les spécialistes des marchés publics et les cliniciens, pour n'en nommer que quelques-uns) se traduit également par un environnement propice à la corruption (voir le chapitre 1).

La corruption dans l'administration des hôpitaux nuit directement à l'accès et à la qualité des soins. Lorsque les employés volent des fournitures, ils peuvent priver les patients de médicaments, et le fait de soutirer de l'argent et de verser des dessous-de-table provoque de l'angoisse et entrave l'accès aux soins. Le détournement de fonds et la fraude liée aux marchés publics grèvent les budgets des hôpitaux, nuisant à leur capacité de payer les salaires et de financer leurs activités. En retour, cela donne un personnel démotivé et un taux d'absentéisme accru, les employés cherchant à arrondir leurs revenus en travaillant à l'extérieur, ce qui nuit aussi à l'accès aux soins et à la qualité des services. Les ententes financières que passent entre eux les hôpitaux et les médecins pour accroître leurs profits respectifs peuvent entraîner le gaspillage des deniers publics ou des prises de décisions médicales qui ne sont pas dans l'intérêt véritable des patients. La corruption endémique dans les hôpitaux

nuit aux efforts que déploient de nombreux pays en développement pour réduire la proportion des dépenses de santé consacrée aux hôpitaux par rapport aux dépenses de santé globales et pour favoriser les services de santé primaires, comme les centres de santé, les maternités et les cliniques pédiatriques qui sont plus économiques. Si les dirigeants peuvent s'enrichir grâce aux modes de dépenses actuels dans le secteur hospitalier, pourquoi seraient-ils en faveur de développer les soins primaires qui les priveraient de cette possibilité ?

Le tableau 3.1 décrit les divers types de corruption dans l'administration des hôpitaux. Les formes les plus fréquentes sont la corruption dans les marchés publics, le détournement de fonds et le vol, la fraude dans les systèmes de paiement et les irrégularités au niveau du personnel, notamment l'absentéisme, les dessous-de-table et la vente de postes.

Tableau 3.1 : Principaux types de corruption dans l'administration des hôpitaux

Catégorie	*Type*	*Description*
Marchés publics	Paiement excédentaire pour biens et services	Collusion, pots-de-vin et commissions occultes au niveau des marchés publics, se traduisant par des paiements excédentaires pour des biens et services contractés ; non respect des normes contractuelles de qualité.
Détournement de fonds et vol	Détournement de fonds	Détourner, pour son usage personnel, des fonds ou des recettes provenant des frais modérateurs.
	Vol	Voler des médicaments, des fournitures ou du matériel médical pour son usage personnel, son cabinet privé ou pour la revente.
Personnel	Absentéisme	S'absenter du travail ou travailler moins d'heures que prévu tout en recevant un salaire à plein temps.
	Dessous-de-table	Exiger ou accepter des dessous-de-table pour des services normalement gratuits ; solliciter de l'argent en échange de privilèges ou de soins spéciaux.
	Usage abusif des ressources de l'hôpital	Utiliser du matériel, des locaux, des véhicules ou des fonds pour son entreprise privée, ses amis ou à des fins personnelles.
	Favoritisme au niveau de la facturation, des dépenses	Ne pas facturer certaines personnes ou falsifier les documents d'assurance à leur avantage, utiliser l'argent de l'hôpital au profit de certaines personnes privilégiées.
	Vente de postes et d'agréments	Soutirer ou accepter des pots-de-vin pour influencer des décisions d'embauche et des décisions relatives à la délivrance de permis, d'agréments ou d'homologation d'installations.

Systèmes de paiement	Fraude liée à l'assurance et facturation illicite des patients	Facturer illégalement les compagnies d'assurance, le gouvernement ou des patients pour des services non couverts ou des services non fournis afin d'accroître ses revenus. Falsifier les factures, livres de compte, livrets de reçus, dossiers d'utilisation, et créer des patients fictifs.
	Ententes illégales visant la recommandation de patients	Acheter la clientèle de médecins ou leur verser des pots-de-vin pour qu'ils recommandent des patients à l'hôpital ; (médecins) diriger abusivement les patients des hôpitaux publics vers leur clinique privée.
	Encouragement d'interventions médicales superflues	Encourager à subir des interventions médicales qui ne sont pas nécessaires afin de maximiser ses honoraires.

Les marchés publics et les hôpitaux : un foyer de corruption

La fraude dans l'attribution des marchés publics constitue un risque important pour les hôpitaux, étant donné que la quasi-totalité des dépenses en immobilisations concerne les marchés publics et que les médicaments et les fournitures représentent généralement les frais récurrents les plus importants après les salaires. Les préposés à l'approvisionnement peuvent demander des pots-de-vin ou des dessous-de-table aux fournisseurs, et les entrepreneurs peuvent s'entendre avec les responsables hospitaliers ou leur offrir des pots-de-vin pour obtenir des contrats.

Selon des études menées en Argentine, en Bolivie, au Venezuela et en Colombie, tout cela se traduit par une surtarification des fournitures. Par exemple, en 1998, il a été établi que la facturation excessive de sept médicaments dans 32 hôpitaux publics de Colombie atteignait un total annuel dépassant 2 millions de dollars US, montant qui aurait pu servir à payer l'assurance maladie de 24 000 personnes[4].

Il est plus difficile pour les petits hôpitaux de réduire la corruption au niveau des marchés publics. Dans les établissements qui emploient peu de spécialistes, ces derniers ont plus d'influence sur les décisions des administrateurs. Les médecins peuvent exiger que l'hôpital achète certaines fournitures ou du matériel particulier en le menaçant d'aller exercer ailleurs. Certains considèrent que cela n'est pas de la corruption mais un simple moteur économique qui fait monter les dépenses de santé.

En outre, les hôpitaux peuvent être incités par des consultants à acheter plus de matériel qu'ils ne peuvent en entretenir parce que le matériel supplémentaire permet aux spécialistes de facturer des honoraires plus élevés. Ce genre de situation survient généralement dans les hôpitaux privés mais peut également se produire dans les hôpitaux publics où les médecins utilisent parfois les locaux publics comme cabinet privé (officiellement ou non) ou exigent des dessous-de-table aux patients.

Si les listes de médicaments essentiels et les formulaires d'hôpital peuvent aider à limiter les approvisionnements en médicaments pré-approuvés répondant à des

critères d'efficacité, de prix et de qualité, certaines sociétés pharmaceutiques ou leurs mandataires essaient encore de corrompre les dirigeants des hôpitaux afin que leurs médicaments figurent sur ces listes. Un fonctionnaire du ministère albanais de la santé a déclaré en 2003 qu'on lui avait demandé de vendre la liste non encore approuvée des nouveaux membres du comité national responsable de la nomenclature des médicaments et du remboursement des médicaments. Les corrupteurs entendaient offrir des pots-de-vin aux personnes figurant sur la liste en échange de leur appui. Suite à une tentative similaire de trafic d'influence, *TAP Pharmaceutical Products* a été inculpée d'avoir proposé des incitatifs directement à la Lahey Clinic, centre médical des États-Unis abritant 259 lits et dispensant des soins de santé primaires ; TAP aurait offert de verser un montant d'environ 100 000 dollars US pour organiser une fête de Noël, des tournois de golf et des séminaires si la clinique acceptait de continuer d'utiliser le médicament anticancéreux Lupron plutôt qu'un concurrent moins cher[5]. En 2001, TAP avait déjà été condamnée à verser une amende record de 885 millions de dollars US suite à une inculpation du même genre.

Il arrive parfois que les préposés à l'approvisionnement ferment les yeux lorsque des entreprises fournissent des matériaux de construction de qualité inférieure ou des biens non conformes aux critères de qualité stipulés dans les contrats, comme cela s'est produit en Malaisie, où l'Anti-Corruption Agency a récemment lancé une enquête sur la construction irrégulière de l'hôpital Sultan Ismail[6]. Le risque de corruption s'accroît lorsque les hôpitaux ne sont pas dotés de dispositifs de vérification et de contrôle des prestations des entrepreneurs. Le Kenyatta National Hospital, au Kenya, aurait perdu plus de 12 millions de dollars US pour fraude liée à l'attribution de marchés publics entre 1999 et 2002[7]. Les journaux ont fait état de nombreux problèmes, dont l'absence de contrôle de la qualité des biens acquis (livraison de matériel désuet à la place des équipements modernes décrits dans l'offre de services ou d'un montant de fournitures inférieur à celui qui était décrit dans le contrat), des frais cachés ou supplémentaires non inclus dans le contrat d'approvisionnement original, et un processus d'appel d'offres non concurrentiel se traduisant par une augmentation des prix. Il arrive que les hôpitaux n'aient pas les systèmes adéquats pour enregistrer la réception et l'utilisation des produits commandés, ce qui conduit à des situations où ils règlent des commandes qui ne sont même pas honorées.

Il serait possible de prévenir la corruption en instaurant de meilleurs systèmes administratifs pour contrôler l'attribution des marchés publics et les stocks ; toutefois, le problème de collusion peut nuire aux efforts de lutte contre la corruption dont l'efficacité repose lourdement sur les contrôles administratifs. C'est ainsi qu'au Venezuela les chercheurs ont soupçonné que la collusion entre les administrateurs hospitaliers et les préposés aux achats favorisait la corruption en réduisant les chances de détection et de sanction[8].

Il est nécessaire d'instaurer des mesures de transparence et de reddition des comptes pour responsabiliser les administrateurs hospitaliers. En Argentine, le gouvernement a adopté une stratégie de surveillance des prix payés par les hôpitaux pour les fournitures médicales et il en a communiqué les résultats à tous les hôpitaux. Le prix

d'achat des articles surveillés a immédiatement baissé de 12 pour cent en moyenne. Les prix ont augmenté par la suite, sans toutefois dépasser le coût d'achat de base pendant toute la période où la politique a été en vigueur[9]. L'OMS et Health Action International ont également mis au point un outil de surveillance des prix des médicaments qui pourrait servir à améliorer la transparence[10].

En Bolivie, des travaux de recherche ont déterminé que, grâce à une participation plus active des citoyens dans les commissions de santé et à une meilleure supervision du personnel, il était possible d'empêcher les préposés à l'approvisionnement de payer trop cher les médicaments[11], alors qu'en Ouganda, des comités de gestion des unités de santé composés de citoyens ont commencé à appliquer la responsabilité redditionnelle, notamment sur le plan de la gestion des médicaments dans les hôpitaux[12]. Évidemment, si les membres des comités acceptent des pots-de-vin ou s'entendent avec les dirigeants des hôpitaux, ces comités ne serviront à rien.

Pour accroître la transparence dans l'approvisionnement en médicaments, les hôpitaux peuvent confier la prise de décisions à des comités d'experts en médicaments et en soins thérapeutiques ou à des comités d'approvisionnement. La structure des comités aide à contrebalancer l'influence des cliniciens qui ont de forts intérêts personnels. Si les hôpitaux s'entendaient sur la façon d'attribuer les marchés publics, il en résulterait plus de concurrence et cela neutraliserait le pouvoir des médecins individuels. Certains pays, dont l'Albanie, ont décidé de centraliser les activités d'approvisionnement des hôpitaux afin de réduire les risques de corruption. CENABAST, agence chilienne d'approvisionnement centralisé, a empêché les actes de collusion et réduit les prix en lançant un système informatisé d'appel d'offres, du genre vente aux enchères (voir « Corruption dans le secteur pharmaceutique », chapitre 5, page X). Toutefois, les systèmes d'approvisionnement centralisé peuvent entraîner d'autres problèmes s'ils sont mal structurés et contrôlés. De plus, les risques de pots-de-vin et de collusion demeurent et doivent être éliminés par la transparence et la vigilance.

Détournement de fonds et vol

Le détournement de fonds consiste pour les préposés à la perception des recettes en vol de paiements en espèces ou autres revenus hospitaliers. Les hôpitaux dotés de faibles systèmes financiers non informatisés ou utilisant la méthode de la comptabilité de caisse au lieu de la méthode de la comptabilité d'exercice sont plus vulnérables (voir Encadré 3.1). Dans les pays en développement, le détournement de fonds revient souvent à empocher les frais modérateurs liés à la vente de médicaments et aux tests de diagnostic et les frais d'inscription versés par les patients. Une étude a établi qu'en Ouganda, les employés empochaient entre 68 et 77 pour cent des recettes provenant des frais modérateurs versés aux cliniques des hôpitaux[13]. Les chercheurs ont comparé les recettes qui devraient provenir des frais modérateurs selon le nombre de patients soignés dans douze cliniques avec les recettes réellement perçues. Si, en vertu des lignes directrices du ministère de la santé, les personnes à faible revenu sont exemptées du paiement des frais modérateurs, l'étude a

déterminé qu'en pratique les pauvres étaient refoulés et que l'essentiel des fonds détournés était empoché par les préposés à la perception des recettes.

Encadré 3.1 Quand des caisses enregistreuses sont source de transparence – et de revenus – au Coast Provincial General Hospital

Au Coast Provincial General Hospital, au Kenya, les fonctionnaires ont utilisé les résultats d'un sondage sur la satisfaction des patients pour détecter les cas de fraude dans le système de perception des frais modérateurs[1]. Les employés étaient accusés de détourner des fonds appartenant à l'hôpital en empochant ces frais. Les systèmes de comptabilisation des recettes n'étant pas informatisés, il était difficile de déterminer quel aurait dû être le montant des frais modérateurs et de les comparer avec les recettes. Les gestionnaires ne disposaient pas des données nécessaires pour agir.La direction a remédié à cette situation en installant un réseau de caisses enregistreuses électroniques et en remplaçant par des exécuteurs de programmes les préposés à la perception des frais qui résistaient au changement. Cette réforme a duré trois mois et coûté 42 000 dollars US. Les recettes provenant des frais modérateurs ont augmenté de près de 50 pour cent en trois mois, sans variation dans les taux d'utilisation. Le nouveau système a permis de déceler d'autres lacunes dans les systèmes et dans le processus de responsabilité redditionnelle des hôpitaux ; ces problèmes ont également été réglés. En trois ans, les recettes provenant des frais modérateurs ont augmenté de 400 pour cent. La question de l'obligation de rendre compte des dépenses des recettes supplémentaires a été réglée en améliorant la transparence du processus de planification et de budgétisation.

Taryn Vian (Boston University School of Public Health)

Note

1. C. Stover, « Health Financing and Reform in Kenya : Lessons from the Field. Document d'information pour la conférence de fin de projet de l'APHIA sur le financement et la durabilité » (Nairobi : mai 2001).

Le vol de fournitures est un autre phénomène courant dans les hôpitaux publics. Si tous les vols ne peuvent pas être qualifiés de corruption, ils le deviennent lorsque certaines personnes abusent systématiquement de leur fonction et de leur pouvoir pour s'approprier les ressources de l'hôpital. Selon certaines indications, le problème serait de taille. D'après une étude menée au Venezuela, les deux tiers du personnel médical interrogé ont dit être au courant de cas où des fournitures médicales avaient été volées, tandis qu'au Costa Rica, plus de 80 pour cent des infirmiers et infirmières ont signalé « beaucoup » ou « un certain nombre » de vols[14]. En Ouganda, il y a d'énormes problèmes de vol de médicaments dans les hôpitaux et les services hospitaliers ; selon les chercheurs, les deux tiers environ des médicaments achetés sont escamotés[15]. Après avoir interrogé 53 travailleurs de la santé du Mozambique et du Cap-Vert, dont environ la moitié sont employés dans des hôpitaux, les chercheurs ont signalé de fréquents détournements de fournitures pharmaceutiques à des fins personnelles[16].

Pour certaines personnes, détourner des médicaments et les recettes liées aux frais modérateurs dans les pays pauvres est un moyen de faire face à des conditions de

travail qui se détériorent, notamment la baisse et le versement irrégulier des salaires. En conséquence, les mesures de prévention et de contrôle doivent englober non seulement des mécanismes pour déceler les irrégularités et punir les coupables, mais aussi des réformes des systèmes de paiement et des moyens de renforcer le professionnalisme. Selon une suggestion, fondée sur le travail réalisé au Mozambique et au Cap-Vert, il faudrait adopter « des lois qui rendraient le dirigeant d'un organisme ou d'un service légalement responsable des actions de l'institution » afin de renforcer l'influence des pairs et leur responsabilité[17]. L'attribution de contrats en fonction du rendement est un autre moyen de renforcer la responsabilité et d'améliorer le résultat[18].

Des méthodes « malsaines »

Le « vol d'heures » est aussi un phénomène courant. Trente deux pour cent des professionnels de la santé interrogés au Pérou considèrent que l'absentéisme est un problème fréquent ou très fréquent parmi les employés des hôpitaux[19], tandis qu'au Venezuela, les répondants indiquent que les médecins et les chefs infirmiers et infirmières réduisent leurs heures normales de 30 à 37 pour cent (voir « Deux différents systèmes de santé », chapitre 1, page X). L'absentéisme est attribué aux bas salaires et au fait que les gens ont deux emplois[20], ce que d'aucuns jugent être un « moyen de s'en sortir » plutôt que de la corruption. De nombreux médecins exercent également dans le secteur privé, en partie en raison d'une rémunération insuffisante perçue dans le secteur public[21].

Pour réduire l'absentéisme dans les hôpitaux, il faut mettre en place des dispositifs de contrôle comprenant des systèmes de supervision du personnel et d'évaluation du rendement et faire participer les citoyens à la gestion des hôpitaux. Les chercheurs ont noté que si ce genre de dispositif peut contribuer à améliorer les choses, un modèle « unique » ne suffit pas. La réussite des stratégies de réduction de l'absentéisme dans les hôpitaux publics dépendra également des écarts de salaire entre le secteur public et le secteur privé et des obstacles à l'embauche dans le secteur privé. Cela nécessitera sans doute des réformes plus importantes des politiques et des systèmes de gestion des ressources humaines de la fonction publique, par exemple en remplaçant les nominations dans la fonction publique par des paiements contractuels basés sur les heures travaillées et les services rendus. Si un employé ne fournit pas un bon rendement, son contrat ne sera pas renouvelé. Une telle méthode permettrait également de verser des salaires horaires plus élevés pour les heures réellement travaillées.

Les dessous-de-table – c'est-à-dire le paiement, par les patients, de services censés être gratuits – sont un problème courant dans beaucoup de pays à revenus faibles et moyens (voir chapitre 4, page X). Ce phénomène est également fréquent dans certains pays où les revenus sont plus élevés comme la France et la Grèce[22]. En plus de provoquer une certaine inquiétude et incertitude chez les patients, ces méthodes peuvent inciter les pauvres à ne pas se faire soigner ou à retarder leur traitement ; elles peuvent aussi nuire à la qualité des services cliniques. Certains patients sont

obligés de s'endetter ou de vendre leurs biens pour verser des dessous-de-table. D'autres évitent de payer des montants trop élevés en sautant des étapes – par exemple, en se rendant directement chez le spécialiste ou à l'hôpital au lieu de s'adresser aux services de soins primaires ou à un généraliste.

Encadré 3.2 Les listes d'attente des hôpitaux placées sous la loupe en Croatie

Le secteur de la santé en Croatie est considéré comme l'un des secteurs les plus corrompus du pays[1]. Il n'est pas surprenant que les gens trouvent normale la pratique de verser des pots-de-vin pour réduire les délais d'attente. Pour remédier à ce problème, le ministère de la santé a lancé un projet pilote consistant à publier les listes d'attente, afin d'obliger les hôpitaux à montrer les listes aux patients pour qu'ils vérifient leur emplacement sur la liste. Les listes peuvent être consultées à la réception des hôpitaux et des cliniques et, si les gens veulent garder l'anonymat, on leur attribue un numéro à la place. Toute plainte au sujet des irrégularités peut être soumise à la direction de l'hôpital ou au ministère de la santé.Avec l'aide de TI Croatie, les listes d'attente de deux grands hôpitaux de Zagreb –Dubrava et Sveti Duh – ont été publiées sur copie papier et sur Internet fin 2004 et en 2005. La ligne téléphonique installée par TI Croatie pour surveiller l'efficacité de cette initiative a reçu 90 appels au sujet de la liste d'attente de l'hôpital de Dubrava au cours des premiers mois qui ont suivi sa mise en place en octobre 2004. Ainsi, un patient qui attendait depuis deux ans une intervention cardiaque a pu se faire opérer dans les deux semaines qui ont suivi le signalement du cas à TI Croatie. Ce projet pilote devrait contribuer à réduire la corruption dans le secteur des soins de santé en le rendant plus ouvert et transparent.

Ana First (TI Croatie)

Note

1. D'après le Baromètre mondial de la corruption 2004 de Transparency International, sondage d'opinion publique, les services de santé sont le deuxième secteur le plus corrompu en Croatie, juste après le système judiciaire et à égalité avec les partis politiques et le parlement.

Les patients disent verser des dessous-de-table à toutes sortes de travailleurs de la santé, des gardes de sécurité et nettoyeurs aux médecins et infirmiers et infirmières chargés des diagnostics et des traitements, en passant par le personnel de morgue et les techniciens de laboratoire. Selon certaines études, les patients hospitalisés sont plus susceptibles de payer des dessous-de-table, et de verser des montants plus élevés, que les patients qui reçoivent des soins ambulatoires[23]. Un informateur albanais a déclaré : « Il est très important de payer le médecin car, si vous ne le faites pas, il se souviendra de votre tête jusqu'à la fin de ses jours »[24].

Le fait qu'il soit difficile de faire la distinction entre les dessous-de-table et les pourboires ou les dons versés en remerciement complique davantage la situation. Si les dessous-de-table sont parfois considérés comme un moyen de survie lorsque la rémunération des médecins et des infirmiers et infirmières est inférieure au minimum vital, d'autres sont clairement des pots-de-vin extorqués par les employés,

comme cela se faisait dans une morgue au Kenya, ce que les autorités ont décrié. Des employés de morgue en Afrique du Sud et au Zimbabwe ont également été impliqués dans des cas d'extorsion de fonds ou autres actes de corruption[25].

Faire participer la population aux initiatives de surveillance ou de transparence pourrait être un moyen complémentaire de renforcer les réformes réglementaires ou administratives visant à éliminer les dessous-de-table. Un hôpital du Cambodge a obtenu un certain succès en instaurant un système officiel de frais modérateurs et en promouvant le professionnalisme. L'hôpital a conclu des contrats avec chaque employé et augmenté les échelles de salaires tout en appliquant l'obligation redditionnelle et en sanctionnant les mauvais résultats[26].

Comme dans d'autres secteurs, les intérêts privés peuvent également influencer le recrutement et la promotion des membres du personnel dans les hôpitaux, les postes étant attribués aux personnes les plus offrantes ou les mieux pistonnées plutôt qu'aux plus compétentes. Selon une étude, les infirmières sage-femmes auxiliaires paient des pots-de-vin équivalant à six ou sept mois de salaire pour se faire embaucher dans l'État de l'Uttar Pradesh, en Inde[27]. En Inde également, la Haute Cour de Delhi a jugé le président du conseil médical indien coupable d'avoir accepté des pots-de-vin afin de permettre à des collèges de médecine de « vendre » des places à des étudiants locaux[28]. Ce type de corruption peut coûter très cher, affectant à la fois la pratique clinique de la médecine et la gestion du rendement et des systèmes hospitaliers. Pour réduire les risques, les hôpitaux peuvent essayer d'ouvrir les processus d'embauche et de promotion et de rendre les critères plus transparents. L'évaluation du rendement est également essentielle pour instaurer la reddition de comptes.

« Sur l'ordre du médecin » : la corruption dans les systèmes de paiement

D'autres formes de corruption – dont la fraude sur les remboursements d'assurance, traitements dispensés pour des motifs financiers plutôt que médicaux et recommandations irrégulières de patients entre médecins et hôpitaux (avec à l'occasion versement de pots-de-vin) – peuvent être associées à divers systèmes de paiement.

La fraude dans les systèmes de remboursement se produit parfois dans les pays dotés d'un système d'assurance sociale ou dans les pays où le marché de l'assurance des soins de santé privés est important (voir le chapitre 1). Les pertes sont parfois considérables : le gouvernement américain a estimé que les paiements basés sur la rémunération à l'acte de Medicare facturés de manière douteuse, y compris les services dispensés hors hôpitaux, étaient de l'ordre de 11,9 à 23,2 milliards de dollars US par an, soit entre 6,8 et 14 pour cent du total des paiements[29]. Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence car ils peuvent être erronés involontairement ou tenir compte des soins jugés « nécessaires » mais de façon controversée ; ils donnent toutefois une idée de l'envergure du problème. La fraude dans les soins de santé comprend la facturation frauduleuse des compagnies d'assurance ou du gouvernement pour des services médicaux supposés ne pas être couverts, des services non dispensés (la personne est décédée ou n'existe pas, c'est ce qu'on appelle un

« patient fictif ») ou des services non médicalement justifiés. Elle comprend également le « surclassement » des diagnostics regroupés pour la gestion (DRG), qui consiste à falsifier la gravité des pathologies ou à ajouter des risques de morbidité afin d'obtenir des remboursements à des taux plus élevés.

Que les compagnies d'assurance soient complices ou non, les hôpitaux et les médecins encouragent parfois les patients à subir des traitements superflus pour en retirer des avantages financiers. On qualifie cela de « demande provoquée par les prestataires ». Cette demande est valide quand les services sont justifiés, mais la cupidité peut pousser les médecins à dispenser des traitements inutiles ou à effectuer des tests de diagnostic pas vraiment nécessaires. Les systèmes de paiement basés sur la formule de rémunération à l'acte ont été associés à une utilisation accrue des ressources, parfois inutilement, les prestataires essayant de maximiser leurs revenus en dispensant un plus grand nombre de soins. Par exemple, des chercheurs péruviens ont établi que le nombre de césariennes était excessif à l'Institut de sécurité sociale et dans les hôpitaux privés où les médecins sont rémunérés à l'acte[30]. Il faut souligner que si la demande provoquée par les prestataires s'accroît en raison d'incitatifs financiers, elle peut aussi être médicalement justifiée. Cette demande se transforme en abus lorsqu'elle est excessive et n'est pas justifiée médicalement, mais la distinction n'est pas toujours évidente.

Une autre forme de fraude moins connue, mais tout aussi nuisible pour les patients, pourrait être les risques associés à l'introduction des soins gérés et des paiements par capitation où les hôpitaux et les médecins peuvent recourir à la fraude pour maximiser leurs profits (voir « Corruption dans les systèmes de soins de santé », chapitre 1, page X). Dans ce cas également, il n'est pas facile de déterminer à quel moment cela devient un abus.

L'argent que les hôpitaux versent aux médecins pour accroître le nombre des patients qu'ils leur recommandent est un autre problème préoccupant. Il peut être avantageux pour les hôpitaux dont les remboursements par l'État ou les compagnies d'assurance privées reposent sur les admissions ou les journées de soins d'enregistrer un plus grand nombre d'admissions et de maintenir les taux d'occupation à des niveaux élevés (voir le cas Columbia/HCA, « Corruption dans les systèmes de soins de santé », chapitre 1, page X). Un moyen d'y parvenir est d'offrir des incitatifs aux médecins qui recommandent des patients à un hôpital ; c'est une méthode qui risque d'être dangereuse, par exemple, si l'hôpital n'offre pas les soins particuliers dont a besoin le patient.

Il arrive également que des incitatifs financiers soient versés pour promouvoir des soins justifiés médicalement au niveau le plus approprié, ce qui signifie que le danger de corruption ne vient pas forcément de l'utilisation d'incitatifs financiers. Toutefois, cela exige une certaine surveillance et un certain contrôle pour éviter les abus. La loi fédérale américaine interdit l'auto-recommandation par les médecins et un règlement fédéral proscrit les pots-de-vin. Au Nebraska, où ces lois sont en vigueur, un hôpital a été inculpé pour avoir accordé un prêt, payé des consultants et fourni gratuitement des médicaments et du matériel médical à un médecin pour que celui-ci lui recommande des patients[31].

Mais les cas de corruption ne sont pas toujours aussi évidents, comme cela est le cas pour cet hôpital américain privé de 231 lits appartenant à Tenet, grande société hospitalière à but non lucratif, qui a été inculpé d'avoir eu recours à « des contrats de relocalisation » pour soudoyer des médecins. Pendant plusieurs années, l'hôpital a versé 10 millions de dollars US aux médecins qui acceptaient de déménager leur cabinet dans la région[32]. Bien que la loi fédérale interdise explicitement aux hôpitaux de rémunérer ou compenser de toute autre manière les médecins qui leur recommandent des patients, la question était de savoir si les « contrats de délocalisation » avaient pour but de contourner la loi. Le procès a abouti à un non-lieu car les jurés n'ont pas pu décider si la loi avait été violée.

Il est important de réformer les systèmes de paiement afin d'atténuer la vulnérabilité à ce type de corruption. Dans les pays de l'Europe du nord, comme la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni, qui ont réformé les systèmes de prestation des soins de santé, les institutions bureaucratiques à budget fixe ont été remplacées par un système de paiements contractuels basés sur le rendement[33]. Si ces réformes ont abouti à une plus grande efficacité des systèmes, l'État a dû aussi intervenir et jouer un rôle plus sophistiqué dans la régularisation des services. Puisqu'il est plus difficile de détecter et de contrôler les irrégularités dans les situations hors norme, les organismes de réglementation pourraient avoir plus de succès en adoptant des approches qui récompensent les prestataires qui améliorent la qualité de leurs services[34].

Une réforme nécessaire

Les stratégies visant à prévenir la corruption dans les hôpitaux doivent être élaborées en fonction de la structure particulière de propriété, des politiques et de la situation du financement des services de santé dans le pays. On constatera que les formes de corruption et les ressources existant pour la juguler risquent d'être différentes dans les pays à faibles revenus et ceux à revenus élevés.

Cependant, les diverses mesures prises pour réduire la vulnérabilité à la corruption ont quelques points communs. Après avoir identifié et classé les types de corruption par ordre de priorité, il faudrait étudier et adapter des stratégies de réforme, comme suit : renforcer les systèmes et outils de gestion, créer des incitatifs, accroître les chances de déceler la corruption, appliquer des pénalités, et mettre au point de meilleures initiatives d'information et de transparence afin d'obliger les dirigeants des hôpitaux et le personnel médical à rendre des comptes.

Encadré 3.3 Pas de pots-de-vin pour la santé des affaires : le cas de Transasia Biomedicals[1] en Inde

Transasia Biomedicals, dont le siège social se trouve à Mumbai, est le principal fabricant indien de matériel de diagnostic de pointe servant à tester les maladies mortelles du sang. Transasia, qui a été créée par Suresh Vazirani, a commencé en 1985 à commercialiser du matériel de diagnostic importé et s'est lancée dans la fabrication seulement huit ans plus tard, avec l'aide de fabricants étrangers, dont Sysmex, Wako et Nittec du Japon, Biohit de Finlande, et Trace d'Australie.Transasia se distingue par sa position contre la corruption. Suresh Vazirani affirme ne jamais avoir payé de pots-de-vin, mais il dit qu'éviter la corruption lui prend plus de temps qu'autre chose. Le jour où il a voulu faire installer une fontaine dans la cafétéria, deux agents gouvernementaux ont exigé un versement de 100 dollars US avant d'octroyer le « permis ». L'affaire a traîné pendant quatre ans devant les tribunaux et a exigé le versement de la somme de 4 000 dollars US avant d'être réglée.L'intérêt que porte Suresh Vazirani à la lutte contre la corruption remonte aux neuf années qu'il a passées en tant que bénévole à donner des cours de formation en leadership industriel pour Moral Re-Armament (aujourd'hui Initiatives of Change). À l'époque, il exhortait les gens d'affaires à ne pas céder à la corruption. Ceux-ci lui répondaient : « On voit que vous n'avez jamais dirigé d'entreprise. Vous n'avez aucune idée de ce que cela représente. » En 1979, il créa une entreprise avec un ami et lorsque leur petite société d'importation se transforma en société mondiale exportant vers une trentaine de pays, les risques de corruption se sont accrus de manière proportionnelle. Suresh Vazirani a préféré risquer de perdre un contrat de vente de 20 millions de deutsch marks (12,6 millions de dollars US) avec l'Allemagne, laissant ses marchandises dans un entrepôt pendant trois mois plutôt que de verser le pot-de-vin qu'exigeait un douanier pour les livrer. Il s'adressa aux dirigeants des douanes en faisant appel à leur sens de la fierté nationale. Les marchandises furent livrées juste à temps.Récemment, un homme politique lui a proposé de profiter d'une « occasion » d'empocher une partie de l'aide versée par la Banque mondiale pour améliorer les soins de santé. « Mais que se passera-t-il le jour où nous devrons nous faire hospitaliser d'urgence ? » lui rétorqua Suresh Vazirani. Voyant que son interlocuteur ne pouvait pas être soudoyé, le politique changea de ton. En septembre 2003, Suresh Vazirani était invité comme conférencier à l'occasion du lancement, à Mumbai, des nouveaux Principes pour contrer la corruption dans le secteur privé de Transparency International. « La corruption freine considérablement le progrès, a-t-il déclaré. Elle dénature tout. L'intimidation mène à de mauvaises décisions. Transasia pourrait être un exemple. Mais beaucoup d'autres entreprises devraient l'être aussi. »

Michael Smith (revue For A Change)

Note
1. Tiré de la revue For A Change, décembre 2003/janvier 2004.

Systèmes et outils de gestion

Les systèmes et outils de gestion importants pour prévenir la corruption dans les hôpitaux comprennent les formulaires de pharmaciens pour les hôpitaux, les comités d'examen chargés d'approuver de nouveaux médicaments ou matériels, les processus d'appels d'offres concurrentiels et d'autres pratiques d'approvisionnement

exemplaires, ainsi que les systèmes de surveillance des stocks. Chaque système de gestion devrait comporter des paliers de responsabilité et d'approbation des décisions bien définis, et des mécanismes de vérification efficaces. Il faudrait également instaurer d'autres systèmes de gestion comprenant des systèmes de budgétisation et de planification afin d'empêcher que les fonds ne servent à financer des projets ou des personnes de prédilection qui ne répondent pas aux besoins, ainsi que des dispositifs de contrôle financier interne pour prévenir les vols et les détournements de fonds.

Les stratégies anti-corruption mises en œuvre dans les hôpitaux doivent déjouer les diverses personnes qui essaient de détourner les ressources dont elles sont responsables et punir les pratiques de corruption. Certains programmes de contrôle des fraudes produisent de bons résultats ; par exemple, le gouvernement fédéral américain récupère 8 dollars US pour chaque dollar consacré à la répression de la fraude[35]. Grâce à la mise en application de la *False Claims Act*, il a récupéré 8 milliards de dollars US sur une période de quinze ans ; la moitié environ de cette somme était liée au secteur de la santé[36]. En plus des avantages financiers, les mesures de contrôle des fraudes peuvent également se traduire par des avantages en matière de santé et un changement positif dans les modes de soins[37].

Incitatifs et conséquences

Il y a des conflits d'intérêts inhérents aux systèmes de paiement des hôpitaux, et l'influence de ces systèmes sur l'utilisation des soins de santé est un sujet qui a été approfondi dans les documents sur les soins de santé. Il faut exercer un suivi attentif et analyser continuellement la situation afin d'éviter que la sécurité et le bien-être des patients ne soient compromis par les mesures prises pour maximiser les revenus des prestataires. Les contrats fondés sur le rendement, notamment les systèmes de paiement qui récompensent la qualité, représentent un nouveau domaine de recherche prometteur. En même temps, il est important de promouvoir des lois et des codes qui réglementent explicitement les façons de procéder des hôpitaux et des administrateurs hospitaliers pouvant entraîner des conflits d'intérêts (par exemple, posséder une entreprise de fournitures médicales), et qui encouragent et récompensent le professionnalisme.

Transparence et information

Comme la collusion entre les membres du personnel des hôpitaux peut entraver les réformes de contrôle de gestion, la transparence s'impose comme une stratégie essentielle de lutte contre la corruption. Ainsi, pour accroître la transparence, les hôpitaux pourraient communiquer au public les résultats des appels d'offres liés aux marchés publics, surveiller les prix (comme dans l'exemple argentin décrit ci-dessus), étudier les offres de services pour déceler la collusion et établir des normes de rendement pour les hôpitaux et les fournisseurs. La diffusion de ce type de renseignements aux autres hôpitaux et aux commissions de santé des citoyens ou comités de surveillance pourrait permettre de déceler des actes de corruption et avoir un effet dissuasif.

Les stratégies de lutte contre la corruption ne devraient pas viser seulement les employés ou les dirigeants des hôpitaux : de nombreuses formes de corruption dans les hôpitaux sont attribuables aux fabricants et aux fournisseurs d'équipement médical et de médicaments. Il faudrait aussi étudier et appliquer les lois et les codes de déontologie s'appliquant aux fournisseurs des hôpitaux afin d'empêcher le versement de pots-de-vin. La transparence a aussi son rôle à jouer, par exemple, en publiant des bulletins pour obliger les sociétés privées à respecter ces lois et codes de déontologie. De plus, dans les systèmes de santé publics centralisés, le gouvernement pourrait créer une liste noire de fournisseurs pris en flagrant délit de corruption. Il pourrait aussi établir une « liste blanche » de fournisseurs qui respectent ou surpassent constamment les normes de qualité.

Les programmes de lutte contre la corruption devraient appuyer le financement et les réformes du secteur de la santé de manière à ce que les systèmes publics cessent de faire des promesses qu'ils sont incapables de tenir et de dispenser des services de qualité inférieure. Les hôpitaux et leurs membres du personnel médical devraient avoir les moyens d'offrir des incitatifs afin d'améliorer le rendement. Cela est particulièrement important dans les pays aux ressources limitées, où les gens sont parfois obligés de recourir à la corruption pour survivre. Pour prévenir la corruption et promouvoir la santé, les hôpitaux ont besoin de systèmes de gestion qui soient transparents, responsables et justes, tant pour les patients que pour les prestataires.

Notes

1. Taryn Vian est professeure adjointe à la Boston University School of Public Health, où elle effectue des recherches et enseigne des cours sur la gestion des soins de santé et la prévention de la corruption dans le secteur de la santé. Carol Karutu a participé à la recherche associée à cet article et Rich Feeley a fourni des commentaires sur une ébauche préliminaire.
2. D. Becker, D. Kessler et M. McClellan, « Detecting Medicare Abuse », *Journal of Health Economics* 24(1), janvier 2005.
3. R. Taylor et S. Blair, « Public Hospitals : Options for Reform through Public Private Partnerships », (Public Policy for the Private Sector Note Number 241) (Washington, DC : Banque mondiale, 2002) ; J. Healy et M. McKee, « Reforming Hospital Systems in Turbulent Times », *Eurohealth* 7(3), 2001.
4. R. Di Tella et W. D. Savedoff, « Shining Light in Dark Corners », dans R. Di Tella et W. D. Savedoff (éditeurs) *Diagnosis Corruption : Fraud in Latin America's Public Hospitals* (Washington, DC : Banque interaméricaine de développement, 2001).
5. *Boston Globe* (US), 7 avril 2004.
6. Bernama (Malaisie), 27 septembre 2004.
7. *The East African* (Kenya), 10 mars 2003.
8. M. H. Jaen et D. Paravisini, « Wages, Capture and Penalties in Venezuela's Public Hospitals », dans Di Tella et Savedoff, *Diagnosis Corruption*.
9. E. Schargrodsky, J. Mera et F. Weinschelbaum, « Transparency and Accountability in Argentina's Hospitals », dans Di Tella et Savedoff, *Diagnosis Corruption*.
10. Voir www.haiweb.org/medicineprices/
11. G. Gray-Molina, E. Perez de Rada et E. Yáñez, « Does Voice Matter ? Participation and Controlling Corruption in Bolivian Hospitals », dans Di Tella et Savedoff, *Diagnosis Corruption*.

12. D. Kyaddondo et S. R. Whyte, « Working in a Decentralised System : A Threat to Health Workers' Respect and Survival in Uganda » *International Journal of Health Planning and Management* 18(4), octobre–décembre 2003.
13. B. McPake, D. Asiimwe, F. Mwesigye et al., « Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda : Implications for Quality and Accessibility of Care », *Social Science and Medicine* 49(7), 1999.
14. Di Tella et Savedoff, *Diagnosis Corruption*.
15. McPake et al., « Informal Economic Activities ».
16. P. Ferrinho, C. M. Omar, M. D. Fernandes, P. Blaise, A. M. Bugalho et W. Van Lerberghe, « Pilfering for Survival : How Health Workers Use Access to Drugs as a Coping Strategy », *Human Resources for Health* 2(1), 2004.
17. Ibid.
18. Management Sciences for Health, « Using Performance-Based Payments to Improve Health Programmes », *The Manager* 10, 2001.
19. L. Alcazar et R. Andrade, « Induced Demand and Absenteeism in Peruvian Hospitals », dans Di Tella et Savedoff, *Diagnosis Corruption*.
20. Schargrodsky et al., « Transparency and Accountability », et P. Ferrinho, W. Van Lerberghe, I.Fronteira, F. Hipolito et A. Biscaia, « Dual Practice in the Health Sector : Review of Evidence », *Human Resources for Health* 2(14), 2004.
21. R. Gruen, R. Anwar, T. Begum, J. R. Killingsworth and C. Normand, « Dual Job Holding Practitioners in Bangladesh : An Exploration », *Social Science and Medicine* 54(2), 2002.
22. Ferrinho et al., « Pilfering for Survival ».
23. P. Belli, G. Gotsadze et H. Shahriari, « Out-of-pocket and Informal Payments in Health Sector : Evidence from Georgia », *Health Policy* 70(1), octobre 2004 ; T. Vian, K. Gryboski, Z. Sinoimeri et R. Hall, « Informal Payments in the Public Health Sector in Albania : A Qualitative Study. Final Report. Partners for Health Reform Plus Project » (Bethesda, US : Abt Associates, Inc., 2004) ; D. R. Hotchkiss, P. L. Hutchinson, M. Altin et A. A. Berruti, « Out-of-pocket Payments and Utilization of Health Care Services in Albania : Evidence from Three Districts » (Bethesda, US : Partners for Health Reformplus, 2004).
24. T. Vian, T. Gryboski, Z. Sinoimeri et R. Hall, « Informal Payments in Government Health Facilities in Albania : Results of a Qualitative Study », publication prévue dans *Social Science and Medicine*, 2005.
25. *The Nation* (Kenya), 8 février 2001 ; *Panafrican News Agency*, 19 July 2003 ; *African Business* (UK), janvier 2004.
26. S. Barber, F. Bonnet et H. Bekedam, « Formalising Under-the-table Payments to Control Out-of-pocket Hospital Expenditures in Cambodia », *Health Policy and Planning*, juillet 2004.
27. R. Balakrishnan, cité dans B. Lee, M. Poutanen, L. Breuning et K. Bradbury, *Siphoning off : Corruption and Waste in Family Planning and Reproductive Health Resources in Developing Countries* (Berkeley : University of California Press, 1999).
28. *The Lancet* (UK), 358, 2001.
29. Becker et al., « Detecting Medicare Abuse ».
30. Alcazar and Andrade, « Induced Demand and Absenteeism ».
31. Voir la note 27.
32. *Modern Healthcare* 33, 2003.
33. R. B. Saltman, « Regulating Incentives : the Past and Present Role of the State in Health Care Systems », *Social Science and Medicine* 54, 2002.
34. *New York Times* (US), 13 mars 2005.
35. J. A. Meyer et S. E. Anthony, « Reducing Health Care Fraud : An Assessment of the Impact of the False Claims Act. Rapport préparé par New Directions for Policy » (Washington, DC : Taxpayers Against Fraud, 2001).
36. *Pharmaceutical Executive* 21(11), 2001.
37. Becker et al., « Detecting Medicare Abuse ».

4 Dessous-de-table pour les soins de santé

À l'automne 2004, un spot télévisé soulève le problème des paiements informels pour les soins de santé en Lituanie (TI Lituanie).

Les dessous-de-table, ou paiements informels, – les frais exigés pour les services ou les approvisionnements censés être gratuits- sont courants dans plusieurs pays à travers le monde, notamment dans ceux en voie de développement et en transition, c'est-à-dire moins développés.

Autant il est difficile d'établir une frontière entre les dons volontaires et les paiements obligatoires ; entre les paiements qui devraient être considérés comme des pots-de-vin ou de l'extorsion et ceux qui sont interprétés comme des mécanismes de compensation pour les prestataires de services sous-payés, autant l'on s'accorde sur les effets nocifs desdits paiements sur les systèmes de santé à travers le monde.

Sara Allin, Konstantina Davaki et Elias Mossialos analysent les causes et les conséquences des dessous-de-table en Europe centrale et de l'Est ainsi que dans la Confédération des États indépendants, où le financement informel est un héritage des systèmes de santé communistes. Ils sont d'opinion que l'augmentation des revenus des personnels de la santé ne saurait, à elle seule, éliminer le mal et avancent un certain nombre de mesures politiques à prendre, telles que la mise en

place de mécanismes d'incitation adéquats et de systèmes d'information appropriés afin de permettre une vraie comptabilité et un contrôle effectif des paiements. L'étude du cas de la Hongrie démontre que, malgré la modicité des dessous-de-table, de sérieux dysfonctionnements du système de santé peuvent en résulter. L'exemple du Maroc démontre aussi que des petits dessous-de-table peuvent constituer un obstacle sérieux à l'accès aux soins médicaux par les patients les plus démunis.

Payer pour des soins « gratuits » : la nébuleuse des dessous-de-table dans l'Europe post-communiste

Sara Allin, Konstantina Davaki et Elias Mossialos[1]

Les dessous-de-table, ou paiements informels, pour les soins de santé dans les pays de l'Europe centrale et de l'Est (ECE) et dans la Communauté des États indépendants (CEI – l'ancienne Union soviétique hormis les Républiques baltes) sont un phénomène généralisé. Les paiements informels, appelés « dessous de table » ou « enveloppes » se définissent comme des paiements directs effectués par les patients pour des services auxquels ils ont droit à titre gracieux, très souvent dans le système de santé public. Les paiements informels vont des paiements en espèces ex ante aux cadeaux en nature ex post. Alors que la pratique courante de l'offre de cadeaux comme marque de gratitude est, en principe, bénigne, les paiements informels qui sont équivalents à des paiements pour services rendus ont quant à eux des conséquences potentiellement graves.

Ils peuvent détruire les systèmes de paiement officiels, fausser les priorités du système de santé, réduire l'accès aux services de santé et y empêcher les réformes. Ils peuvent également avoir pour conséquence de fausser les incitations et encourager des comportements non-professionnels chez les employés du secteur de la santé, qui se comportent alors en propriétaires de leurs connaissances, sans les mettre au service des personnes qui en ont besoin. Il est difficile de démêler de façon précise la forme que revêt le paiement informel et de définir ce qu'est la corruption ; les différents types de paiements informels peuvent être placées dans un continuum de gravité allant du petit obstacle et à l'autre extrême : l'auto exclusion. Réduire le montant des paiements informels ne va pas de soi et constitue une tâche importante pour ceux qui peuvent changer le système.

Ces paiements informels existent pour plusieurs raisons, y compris pour des raisons économiques telles que les ressources financières insuffisantes du secteur public ; et des raisons socioculturelles telles que le manque de confiance dans le gouvernement et la culture du pourboire. Les systèmes de santé de la plupart des pays de l'Europe centrale et de l'Est et de la CEI étaient conçus selon le modèle du système *Semashko* soviétique de couverture sanitaire universelle, qui accordait un rôle pratiquement exclusif à l'État dans le financement et la fourniture desdits soins.

Les paiements informels sont devenus une pratique courante dans ces systèmes de santé, étant donné que l'État n'honorait pas ses engagements. Suite aux réajustements importants qui ont suivi la chute du communisme et le découpage de l'Union soviétique en pays indépendants, le domaine de la santé a été davantage affecté en termes de disponibilité des ressources et de qualité des services. Les caractéristiques du système de santé qui peuvent sous-tendre la pratique de paiements informels sont entre autres, l'existence de ressources humaines et financières importantes, des salaires trop bas, une absence de responsabilité et de contrôle par l'administration du pays et d'une façon générale, le manque de transparence. L'insuffisance des ressources humaines peut aussi être une cause de l'existence de paiements informels car elle peut pousser les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé à faire passer en priorité les patients qui payent. L'absence de structures privées peut également être une cause de paiements informels lorsque les malades qui ont le plus de moyens ont peu de choix en dehors du système public de santé. En outre, les populations ne sont pas toujours suffisamment informées des soins de santé auxquels elles doivent prétendre gratuitement.

Corruption et santé

Certains spécialistes affirment que les paiements informels sont apparus comme une réaction de la part des malades et des prestataires insatisfaits du système de santé pendant l'ère communiste[3]. En raison des déficiences en matière de qualité et de disponibilité des soins, ces malades insatisfaits n'avaient pas de recours extérieur, car il n'y avait pas d'alternative, et ils ne pouvaient pas faire entendre leurs plaintes, dans la mesure où cela aurait été considéré comme une critique directe du gouvernement. Les personnels recevaient des salaires bas et, comme le gouvernement n'était pas allé jusqu'à rationner l'accès au système de santé, les paiement informels sont alors devenus une pratique établie comme alternative permettant aux malades d'accéder aux soins.

Au cours des années 90, les salaires des personnels des pays de l'Europe Centrale et de l'Est étaient, et demeurent peut être encore, très bas et le paiement effectif de ces salaires connaissait souvent des retards. En Lituanie et en Ukraine, les personnels de santé auraient subi des arriérés de salaire de trois mois. Ces retards était plus grands en Russie[4]. L'argent était alors plutôt directement exigé des malades, puis remis au personnel soignant. Bien que ces paiements informels aient permis au personnel soignant de continuer à faire leur métier, leur nécessité a également eu pour conséquence d'exclure les patients qui étaient incapables de payer. Les plus sévèrement affectés ont été les plus pauvres et les malades chroniques.

Évaluation du montant des dessous-de-table

Le caractère clandestin des paiements informels rend difficile leur évaluation précise. Par définition, les paiements informels sont effectués sans aucune trace et sont souvent illégaux, ce qui explique pourquoi les malades et les prestataires de

soins n'en parlent pas facilement[5]. Par ailleurs, la cause du phénomène peut varier d'une région à l'autre, d'un pays à l'autre, rendant difficile toute généralisation et toute comparaison entre pays. À titre d'illustration, des différences d'opinion dans la perception des paiements informels ont été observées entre le personnel soignant et le public en Albanie, les premiers considérant ces paiements comme des dons, tandis que le public considère ces dépenses comme nécessaires pour recevoir les services[6]. En dépit de ces difficultés, des études récentes ont indiqué que les paiements informels représentent une forte proportion de la dépense totale de santé dans les pays de l'CEE et la CEI.

Ils constituent 84 pour cent des dépenses totales de santé en Azerbaïdjan et les frais complémentaires représentent environ 70-80 pour cent des dépenses totales de santé, dont la moitié sont considérées comme informelles[8]. Ils constituent aussi une forme importante de financement des soins de santé dans d'autres pays et représentent 56 pour cent des dépenses totales de santé dans la Fédération de Russie et 30 pour cent en Pologne[9]. Au Tadjikistan, les ménages dépensent en moyenne 8,58 dollars par personne et par an contre 3,75, dollars US par personne et par an pour les dépenses publiques. L'enquête sur le niveau de vie des Albanais de 2002 a évalué les frais complémentaires (tant formels qu'informels) à plus de 70 pour cent de la dépense totale de santé[11].

Les données sur la pratique des paiements informels chez les usagers soulignent l'importance du problème et relèvent certaines différences importantes entre les pays étudiés. Les paiements informels sont principalement associés aux structures d'hospitalisation des malades, notamment en chirurgie, et plusieurs études ont relevé qu'ils tendent à se vulgariser dans les petites et les grandes villes. En 1999, une étude conjointe Banque mondiale/USAID a révélé que 71 pour cent des médecins généralistes et 59 pour cent des spécialistes recevaient des paiements informels en Slovaquie[12]. En Lettonie, le rapport annuel de 2000 de TI estimait que environ 25 pour cent des patients ont eu parfois à effectuer des paiements informels tandis que 5,7 pour cent ont effectué ces paiements presque à chaque visite. Une répartition régionale a démontré que c'est à Riga qu'était la plus forte proportion de paiements de dessous-de-table, 46,1 pour cent des personnes ayant répondu aux enquêtes ayant reconnu avoir effectué de tels paiements[13]. En Bulgarie, les paiements informels sont plus courants dans la capitale Sofia, et 51 pour cent des enquêtés ont reconnu voir effectué des paiements sans reçu pour voir un médecin ou un dentiste[14]. En Roumanie, les paiements informels sont fréquents et représentent 41 pour cent des frais complémentaires totaux[15]. Une étude récente de la perception du public menée par le *Centre for Policies and Health Services* a révélé que 39 pour cent des personnes ayant des revenus élevés payaient des frais informels pour accéder aux soins médicaux en 2001, tandis que 33 pour cent de personnes ayant des revenus faibles payaient des frais non officiels ou offraient des dons. Il est évident que dans certains pays, il y a une augmentation au cours des années 90 des prestations sanitaires nécessitant de l'argent informel. Entre 1993 et 1998 en Slovaquie, le nombre de malades qui ont payé pour être admis à l'hôpital a augmenté d'environ 10 pour cent[17]. En Bulgarie, le paiement des frais complémentaires (formels ou infor-

mels) est passé de 9 pour cent des dépenses totales à 21 pour cent en 1997[18]. Au Kirghizstan, 11 pour cent des malades ayant consulté un médecin en 1993 ont affirmé avoir dû effectuer un paiement informel, or ce chiffre est monté à 50 pour cent en 1996[19]. Au Kazakhstan, les frais complémentaires, qui étaient officiellement inexistants avant 1991, se montaient autour de 1996 à 30 pour cent des visites (frais officiels ou non)[20]. On ne peut pas affirmer si ces mutations reflètent une croissance réelle des paiements informels ou un accroissement de la volonté des personnes de les rendre publics ; ce problème n'a pas fait l'objet d'études chiffrées.

Le rôle des médecins

Le rôle des médecins dans la définition des exigences en matière de paiements informels est crucial. Le statut de la profession peut aussi déterminer l'attitude des médecins en matière d'acceptation de paiements provenant directement des malades. Des études sur les dépenses privées en Pologne révèlent que les paiements informels doublent pratiquement le salaire officiel des médecins, montrant ainsi que le problème est autant la gestion des ressources existantes que la recherche de nouvelles ressources. Les médecins hospitaliers bénéficient aussi d'avantages directs, puisque les paiements informels constituent 46 pour cent de toutes les dépenses des malades dans les hôpitaux, ce qui correspond à une augmentation de la masse salariale des médecins de 15 pour cent[21].

En Bulgarie, les docteurs recevraient des paiements informels mensuels s'élevant jusqu'à 1100 dollars US, alors que leur salaire officiel moyen est de 100 dollars US.[22] En Bulgarie, on a des preuves selon lesquelles le coût non officiel d'une opération représente plus de 80 pour cent du salaire mensuel moyen[23]. Les personnels de santé du Tadjikistan étant parmi les personnes les moins bien payées du pays, les paiements informels et les cadeaux en nature représentent la principale source de revenus pour beaucoup d'entre eux[24]. Par contre, les paiements informels ne sont pas élevés en République Tchèque, où les salaires des médecins ont augmenté plus vite que la moyenne des salaires. Une étude du personnel soignant et des fonctionnaires, menée en 2000, a dévoilé que 5 pour cent des médecins tchèques ont avoué accepter « quelque chose de plus » qu'un petit cadeau[25].

Toutefois, la modicité des salaires ne semble pas à elle seule expliquer que les médecins reçoivent des paiements informels. En Bulgarie, en Slovaquie et en République Tchèque, les médecins sont plus facilement disposés que le fonctionnaire moyen à déclarer un deuxième revenu et sont nettement au-dessus de la moyenne de ceux qui sont disposés à déclarer que leur « revenu familial » est suffisant pour un niveau de vie « acceptable » ou « bon ». Plus intéressant encore, alors que les bas salaires accroissent la disposition à accepter les cadeaux, ce sont ceux qui ont les salaires et les revenus familiaux les plus élevés qui reçoivent plus fréquemment de tels paiements. Ceci est dû probablement à la situation sociale de ces personnes[26]. Par conséquent, il ne suffit pas simplement d'augmenter les salaires des médecins dans la même proportion que l'ensemble des salaires ou même de ceux du secteur public. À titre d'illustration, en Grèce, des augmenta-

tions substantielles des salaires des médecins hospitaliers suite à la création d'un service de santé national dans les années 80 n'a eu aucune incidence sur la pratique des paiements informels[27].

Conséquences de l'existence de paiements informels

Il est difficile de mesurer les conséquences de l'existence de paiements informels sur un système de santé. Les paiements qui sont une simple expression de gratitude sous forme de cadeaux et remis volontairement après avoir reçu le service de santé peuvent ne pas avoir un impact négatif sur l'efficacité, la qualité ou l'équité. Cependant, dans les pays où cette forme d'expression de gratitude est communément admise, les frais complémentaires informels que les médecins peuvent exiger avant leur intervention et qui peuvent déterminer l'accès à ou la qualité des services, peuvent avoir des effets pervers importants sur l'efficacité et sur l'équité.

Les paiements informels peuvent être considérés soit comme une participation au coût des services, soit comme un abus d'autorité de la part des médecins puisque le malade fait alors face à une situation où il a des besoins immédiats et n'a pas guère d'alternatives. Ces deux types de paiements informels exigent des réponses différentes en matière de politique de santé : le premier appelle à une augmentation des ressources du secteur santé, ce qui peut être en partie fait en formalisant lesdits paiements ; tandis que le deuxième type nécessite la réglementation et la supervision des personnels soignants[28]. Cependant, dans les deux cas, il est probable que la pratique des paiements informels mène vers une répartition des ressources éloignée des optima sociaux. En effet, au lieu de bénéficier aux plus nécessiteux, les services de santé vont plutôt favoriser ceux qui peuvent payer, ou ceux qu'on peut facilement contraindre de payer. L'incidence des paiements informels sur la qualité n'est pas claire. Certains affirment que la qualité des services est meilleure pour ceux qui paient de façon informelle, tandis que d'autres estiment ces paiements entraînent des services supplémentaires non nécessaires. En analysant des données fournies par des malades d'un hôpital du Kazakhstan en 1999, Thompson et Xavier ont découvert que les paiements informels et les montants perçus sont généralement associés à une meilleure qualité du service. Ce qui se traduit par un temps d'attente plus court, des temps d'hospitalisation plus longs, et des sentiments des malades plus positifs sur la qualité du service[29]. Cependant, si la qualité des services est améliorée dans les situations où des paiements sont effectués, les bénéfices ne se limitent qu'à la personne qui paie. Par ailleurs, les médecins sont enclins à garder ces paiements pour leurs besoins personnels plutôt qu'en investissant cet argent dans des équipements qui amélioreraient les services. Par conséquent, on n'améliore pas le matériel de santé, entre autres les systèmes de chauffage plus efficaces, des soins de meilleure qualité et les autres éléments nécessaires à un système de santé.

On manque de preuves sur la manière dont les paiements informels affectent l'accès aux soins mais les malades qui ne peuvent pas payer ces frais supplémentaires ne reçoivent pas de traitement, ou n'ont pas accès à la même qualité de soins,

ou encore doivent attendre plus longtemps pour être traités. Les malades les plus démunis doivent faire des sacrifices importants pour payer afin d'accéder aux services de santé essentiels comme on l'a constaté en Roumanie[30]. Au Kazakhstan, un patient sur trois signale avoir emprunté de l'argent pour payer les soins[31], et en zone rurale, 45 pour cent des malades hospitalisés ont vendu de leurs récoltes ou du bétail pour couvrir leurs frais médicaux. En Georgie, plusieurs exemples qualitatifs permettent d'illustrer les sacrifices que doivent faire les gens pour bénéficier de soins de santé. Il peut s'agir de payer 12 lari pour un traitement pour empoisonnement (comparé au salaire moyen qui est de 15 lari par mois). D'autres personnes sont contraintes d'emprunter de l'argent ou de vendre des biens meubles pour s'acquitter de leurs dépenses de santé[32].

Il apparaît que les paiements informels sont un facteur de régression : bien que les pauvres paient moins que les riches en valeur absolue, ils paient en réalité plus, proportionnellement à leurs revenus. C'est le cas notamment en Albanie, en Bulgarie, en Georgie, au Kirghizstan, au Kazakhstan et en Moldavie. Au Kazakhstan, les plus pauvres dépensent 252 pour cent de leurs revenus mensuels pour leurs hospitalisations, alors que la proportion est de 54 pour cent seulement chez les plus riches, pour le même type de services[33]. Le pourcentage des revenus des ménages dépensé en paiements informels à la fin des années 90 est respectivement de 4,1 pour cent en Roumanie, 4,4 pour cent en Bulgarie, 9,1 pour cent en Albanie, 20,6 pour cent en Georgie[34]. En Georgie, 94 pour cent des enquêtés n'ont pu accéder aux soins de santé à cause de leur coût élevé, et un constat similaire a été fait en Albanie et au Tadjikistan[35]. En outre, des études menées en 2001 ont révélé qu'en Arménie et en Georgie, plus de 70 pour cent des personnes malades et qui ne se sont pas rendues à l'hôpital estimaient qu'elles n'avaient pas les moyens de le faire[36]. En dehors des obstacles financiers ainsi dressés par les frais connus, dans certains pays les malades sont de plus découragés par l'incertitude sur leur coût total, dû à l'existence de paiements informels. Néanmoins, l'on n'est pas en mesure d'affirmer que les prix officiels affectent l'équité plus fortement que ne le font les paiements informels.

Dans certains pays, les prestataires de soins peuvent faire des exonérations pour les ménages à faibles revenus et appliquer ainsi des prix différenciés. Les résultats d'une étude récente menée en Georgie suggèrent que les paiements informels dépendent dans une certaine mesure de ce que pense le personnel soignant de la capacité du malade à payer qui, bien que de manière vague et imprécise, peut réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins[37]. Toutefois, on a également observé l'inverse : en Arménie, on a refusé de prodiguer des soins à des personnes incapables de payer au-delà des tarifs formels[38].

Une des implications les plus grandes de l'existence de paiements informels est qu'ils ruinent les efforts des gouvernements visant à améliorer l'obligation redditionnelle, ce qui contribue à accroître le fléau de la corruption qui est endémique dans la plupart des pays de l'ECE et de la CEI. La relation entre les paiements informels et la corruption est complexe et bidirectionnelle. En d'autres termes, un manque de ressources cause un besoin de revenus additionnels, d'où les paiements informels qui deviennent au fil du temps une pratique établie. Cela, ajouté à une absence

de réglementation et de supervision ainsi que de systèmes de paiement qui ne sont pas liés à la production de soins, exacerbe la corruption existante dans le secteur public. L'existence des paiements informels ne s'accommode pas d'une politique nationale transparente et sape la confiance envers le Gouvernement.

Options de politique de santé

Afin de réduire les paiements informels, des efforts sérieux sont à consentir pour rebâtir la confiance perdue envers les systèmes de santé, pour augmenter les salaires, pour assurer la qualité des soins et pour accroître la responsabilité financière et la transparence. Les gouvernements doivent clairement et raisonnablement définir une gamme de services pouvant être fournis à tous et à un prix abordable et suivant des normes suffisamment élevées. Des efforts doivent être déployés pour informer correctement la population sur la gamme de services pourvus par le secteur public et à quel coût.

Une des options possibles consisterait à formaliser les paiements informels et à élaborer des possibilités d'exemption appropriées. Cependant, formaliser les paiements informels ne résoudra pas le problème étant donné que ceux ci peuvent continuer d'exister aux côtés des charges tarifées, comme cela a été le cas en Georgie et en Bulgarie[39]. Une des difficultés que les gouvernements rencontrent dans la formalisation des paiements informels est de garantir son respect par les prestataires de soins dont nombre d'entre eux risquent de perdre des revenus. L'expérience de pays à faibles revenus démontre que le succès de la conversion du système de paiements en tarifs officiels dépend de la capacité du gouvernement à imposer des réglementations aux prestataires de soins, et à définir les priorités ou à limiter les services offerts[40]. À titre d'illustration, en Bulgarie, les paiements ont été formalisés en 1997 sans qu'il n' y ait une augmentation notable des revenus (moins de 1 pour cent des dépenses santé à la charge des municipalités) et l'on n'est pas sûr que les exemptions sont effectivement utilisées[41]. Certes, la formalisation des paiements informels est l'une des options possibles, mais il est essentiel que ces paiements soient transparents et contrôlés afin de s'assurer qu'ils remplacent effectivement les paiements informels. Par ailleurs, les fonds dégagés doivent demeurer dans le secteur de la santé, la rétention décentralisée des recettes devant permettre d'améliorer localement la qualité des soins. Si les paiements se traduisent par des primes au personnel ils doivent refléter le rendement afin de fournir des incitations pour l'amélioration de la qualité et de la productivité. En dehors de la formalisation des paiements informels, l'implication du secteur privé doit revêtir deux formes : la fourniture de services privés et l'assurance santé. Certains estiment que l'implication du secteur privé peut aider à limiter l'augmentation des paiements informels en permettant aux malades plus nantis d'avoir une alternative au système public et en offrant au personnel de santé une alternative, ou un salaire supplémentaire. Les organisations privées de santé se sont considérablement développées en Lituanie par exemple, et le nombre de médecins travaillant dans le secteur privé s'est accru au cours des dernières années. Des études menées dans ce pays démontrent une baisse des paiements informels en parallèle à l'accroissement des prestataires privés[42]. Cette tendance semble suivre l'exemple tchèque

relatif au rôle et à la rémunération du personnel de santé là où il y a une claire distinction dans la rémunération des médecins du secteur privé et celle du secteur public, même si le salaire moyen d'un médecin travaillant dans le public est au dessus de la moyenne nationale et les paiements informels sont rares[43].

Cependant, des incitations perverses associées à l'autorisation de la pratique en clientèle privée chez les médecins du public peuvent survenir et compromettre la qualité des soins et rallonger le temps d'attente des patients qui ne peuvent pas s'offrir des soins privés. Il est possible que l'autorisation de la pratique en clientèle privée augmente les revenus et entraîne la réduction des paiements informels, mais si le temps et les équipements publics sont utilisés à des fins privées, les ressources sont alors orientées vers les personnes qui ont le plus de moyens et non vers celles qui sont incapables de payer. De plus, les médecins peuvent alors détourner les malades du public vers le privé afin d'augmenter leurs revenus.

L'assurance privée peut également constituer une option pour formaliser les paiements informels tout en mettant les risques en commun. Cependant, les paiements informels et les tendances culturelles concernant le financement des soins médicaux peuvent freiner le développement des assurances privées. Les malades peuvent être plus à l'aise en payant directement les médecins et les autres prestataires de soins, et ils peuvent considérer que le paiement chez un tiers est susceptible d'endommager sans nécessité leur relation avec le médecin, et diminuer ainsi la qualité des soins[44]. En Slovaquie, les paiements informels sont courants et le marché des assurances médicales privées n'est pas florissant. Ceci malgré le fait qu'une étude faite en 2001 par l'Agence Markant a révélé que le tiers des enquêtés ne faisait pas confiance à la compagnie d'assurance maladie, alors que presque les deux tiers ne faisaient pas confiance au gouvernement (Ministère de la Santé).

Dans le même temps, un soutien sans distinction à l'expansion du secteur privé et à l'encouragement des individus à sortir du système public peut ne pas être une bonne idée étant donné qu'il y a alors un risque que la majorité des patients recherchant la qualité des soins quitte le secteur public, ce qui pourrait conduire à un système à deux vitesses : un système public fonctionnant mal et un système privé fonctionnant bien. Des ressources financières suffisantes doivent plutôt être dégagées pour offrir à tous un ensemble de services de qualité raisonnable et fournir de nouvelles méthodes de contrôle des coûts permettant une gestion sur place des problèmes locaux de performance. Le principal problème consiste à assurer des soins de qualité.

Une politique possible est de s'orienter vers des modèles d'assurance santé plus décentralisés, mais cette solution ne réduit pas nécessairement l'ampleur des paiements informels. Les études menées avant et après la mise en œuvre d'un programme national d'assurance-santé en Lituanie révèlent bien un déclin dans les paiements informels[46], mais en sens inverse aucune baisse n'a été observée après la mise en place d'un programme national d'assurance en Roumanie, en dépit du fait que les contributions mensuelles y sont obligatoires, que l'on reçoive les services de santé ou non[47].

La capacité à améliorer l'efficacité et la qualité, sans mettre en péril la justice sociale, dépend énormément du nombre de décisions politiques, dont la qualité et la qualification du personnel de santé, l'introduction d'incitations appropriées pour

le personnel, et l'existence d'un système de collecte d'informations adéquat capable d'alimenter la comptabilité et le contrôle des paiements. Les réformes dans le domaine de la santé doivent aussi viser à supprimer les surcapacités, car les incitations créées par les paiements informels peuvent entraîner l'utilisation excessive du personnel disponible. Réduire le nombre des médecins, où cela est possible, peut aussi permettre d'améliorer les salaires et le statut professionnel des personnels médicaux, bien que les seuls salaires ne puissent avoir des effets à long terme. Des études montrant que des salaires plus élevés réduisent les paiements informels existent en République Tchèque, où une réduction du nombre des médecins s'est accompagnée par des augmentations de salaire, et en Pologne où les médecins de santé primaire qui percevaient une allocation et qui étaient les mieux payés, étaient les seuls à ne pas exiger de paiements supplémentaires[48].

Les défis que doivent relever les pays de l'Europe Centrale et de l'Est et ceux de la CEI concernant les paiements informels sont considérables. Ces paiements représentent une source de revenus importante dans des pays où les systèmes de paiement d'avance se sont effondrés, et les abandonner sans mettre en place d'alternatives convenables pourrait s'avérer catastrophique. Il est évident que des stratégies multiples et simultanées sont nécessaires pour éliminer les paiements informels et pour convaincre la population que des services de santé de bonne qualité peuvent être fournis sans avoir à payer des dessous-de-table. La première étape consiste pour les gouvernements à reconnaître l'existence et l'impact complet des paiements informels et à élaborer des ensembles de droits au service-santé plus appropriés et accessibles ainsi que des systèmes d'information et de contrôle comptable comportant des sanctions réelles pour les contrevenants. Ceci dépend également de l'existence d'une volonté politique de lutter contre la corruption et contre le manque de transparence dans la politique gouvernementale dans son ensemble.

Notes

1. Sara Allin est agent de recherches en politiques de santé au LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, et à l'Observatoire européen des Systèmes et politiques de Santé. Konstantina Davaki est agent de recherches en santé et politique sociale au LSE Health and Social Care. Elias Mossialos est professeur de politique de santé au Département de Politique sociale, London School of Economics and Political Science, co-directeur du LSE Health and Social Care and research director of the European Observatory on Health Systems and Policies.
2. J. Killingsworth, Formal and Informal Fees for Health Care (Manila : WHO Bureau regional pour le Pacifique Ouest, 2003).
3. P. Gaál and M. McKee, « Informal Payment for Health Care and the Theory of "INXIT" », International Journal of Health Planning and Management 19, 2004.
4. J. Healy and M. McKee, « Health Sector Reform in Central and Eastern Europe », Health Policy and Planning 12(4), 1997.
5. À notre connaissance aucun pays n'accepte ouvertement les paiements informels dans sa législation, bien qu'on observe entre les pays une variation dans l'application des restrictions. En Bulgarie, par exemple, les attitudes officielles à l'égard des paiements informels sont ambiguës ; entre 1989 et 1997, il n'y avait pas d'interdiction formelle et en 1997, un

décret précisant les services pour lesquels les tarifs s'appliquaient a laissé des dispositions vagues et à la discrétion des autorités locales (D. Balabanova and M. McKee, « Understanding Informal Payments for Health Care : The Example of Bulgaria », Health Policy 62, 2002).

6. T. Vian, K. Gryboski, Z. Sinoimeri and R. H. Clifford, Informal Payments in the Public Health Sector in Albania : A Qualitative Study (Bethesda, US : Partners for Health Reform, plus Project, Abt Associates, Inc., 2004).
7. M. Lewis, « Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia ? » (Washington, DC : World Bank, 2000).
8. P. Belli, G. Gotsadze and H. Shahriari, « Out-of-pocket and Informal Payments in the Health Sector : Evidence from Georgia », Health Policy 70, 2004.
9. Lewis, « Who is Paying for Health Care ? »
10. J. Falkingham, « Poverty, Out-of-pocket Payments and Access to Health Care : Evidence from Tajikistan », Social Science and Medicine 58, 2004.
11. M. E. Bonilla-Chacin, Health and Poverty in Albania : Background Paper for the Albania Poverty Assessment, Europe and Central Asia Sector for Human Development (Washington, DC : World Bank, 2003).
12. L. Vagac and L. Haulikova, Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries : Slovak Republic Country Report (Brussels : Commission of European Communities, 2003).
13. Ibid.
14. D. Balabanova and M. McKee, « Understanding Informal Payments for Health Care : The Example of Bulgaria », Health Policy 62, 2002.
15. P. Belli, Formal and Informal Household Spending on Health : A Multi-country Study in Central and Eastern Europe (Cambridge, MA : Harvard School of Public Health, 2003).
16. V. Mihai, Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries : Romania Country Report (Brussels : Commission of the European Communities, 2003).
17. Vagac and Haulikova, Study on the Social Protection Systems : Slovak Republic.
18. Balabanova and McKee, « Understanding Informal Payments for Health Care ».
19. J. Falkingham, « Barriers to Access ? The Growth of Private Payments for Health Care in Kyrgyzstan », EuroHealth 4, 1998/99.
20. T. Ensor and L. Savelyeva, « Informal Payments for Health Care in the Former Soviet Union : Some Evidence from Kazakhstan », Health Policy and Planning 13(1), 1998.
21. M. Chawla, P. Berman and D. Kawiorska, « Financing Health Services in Poland : New Evidence on Private Expenditures », Health Economics 7, 1998.
22. T. Ensor, « Informal Payments for Health Care in Transition Economies », Social Science and Medicine 58, 2004.
23. E. Delcheva, D. Balabanova and M. McKee, « Under-the-counter Payments for Health Care : Evidence from Bulgaria », Health Policy 42, 1997.
24. Falkingham, « Barriers to Access ? »
25. W. L. Miller, A. B. Grodeland and T. Y. Koshechkina, « If You Pay, We'll Operate Immediately », Journal of Medical Ethics 26, 2000.
26. Ibid.
27. E. Mossialos, S. Allin and K. Davaki, « Analyzing the Greek Health System : A Story of Fragmentation and Inertia », Health Economics 14(51), 2005.
28. Ensor, « Informal Payments for Health Care in Transition Economies ».
29. R. Thompson and A. Xavier, Unofficial Payments for Acute State Hospital Care In Kazakhstan. A Model of Physician Behaviour with Price Discrimination and Vertical Service Differentiation. Discussion Paper 124/2002 (Brussels : LICOS Centre for Transition Economics, 2002).
30. Belli et al., « Out-of-pocket and Informal Payments ».
31. Lewis, « Who is Paying for Health Care ? »

32. G. Gotsadze, S. Bennett, K. Ranson and D. Gzirishvili « Health Care-seeking Behaviour and Out-of-pocket Payments in Tbilisi, Georgia », Health Policy and Planning 20(4), 2005 ; Belli et al., « Out-of-pocket and Informal Payments ».
33. A. Sari, J. Langenbrunner and M. Lewis, « Affording Out-of-pocket Payments for Health Care Services : Evidence from Kazakhstan », Eurohealth 6(2), 2000.
34. Lewis, « Who is Paying for Health Care ? »
35. Ibid.
36. D. Balabanova, M. McKee, J. Pomerleau, R. Rose and C. Haerpfer, « Health Service Utilisation in the Former Soviet Union : Evidence from Eight Countries », Health Services Research 39, 2004.
37. Belli et al., « Out-of-pocket and Informal Payments ».
38. Lewis, « Who is Paying for Health Care ? »
39. Belli et al., « Out-of-pocket and Informal Payments » ; Balabanova and McKee, « Understanding Informal Payments for Health Care ».
40. A. Mills and S. Bennett, « Lessons on Sustainability from Middle to Lower Income Countries » in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds) Funding Health Care : Options for Europe (Buckingham : Open University Press, 2002).
41. Balabanova and McKee, « Understanding Informal Payments for Health Care ».
42. A. Dobravolskas and R. Huivydas, Study on the Social Protection Systems of the 13 Applicant Countries : Lithuania (Brussels : Commission of the European Communities, 2003).
43. M. Rokosová, P. Háva, J. Schreyögg and R. Busse, Health Care Systems in Transition : Czech Republic (Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005).
44. E. Mossialos and S. Thomson, « Voluntary Health Insurance in the European Union : A Critical Assessment », International Journal of Health Services 32(1), 2002.
45. Vagac and Haulikova, Study on the Social Protection Systems : Slovak Republic.
46. Dobravolskas and Huivydas, Study on the Social Protection Systems : Lithuania.
47. Mihai, Study on the Social Protection Systems : Romania.
48. Lewis, « Who is Paying for Health Care ? »

Cadeau, honoraire, ou pot-de-vin ? Les paiements informels en Hongrie

Péter Gaál[1]

Après 15 années de réformes, les paiements informels pour les soins de santé – un héritage du système de santé socialiste – continuent d'animer les débats en Hongrie. En 2004, un jeune père a créé un site Web, halapenz.hu2, où les parents de nouveaux-nés étaient invités à échanger leurs expériences au sujet de l'obstétricien qui avait présidé à l'accouchement de leur enfant, y compris le montant qu'ils avaient payé pour ce service. L'intérêt de cette histoire repose sur le fait que la Hongrie dispose d'un système d'assurance permettant à tout le monde d'accéder gratuitement à presque tous les soins. Les médecins qui ont été cités ont réagi promptement en exigeant la fermeture du site, ce qui a été sans surprise étant entendu que de tels paiements sont soumis à l'impôt sur le revenu et auraient dû être déclarés. Ce cas a fortement mobilisé les médias, surtout lorsque le site Web a été fermé, le médiateur

ayant estimé qu'il violait le droit des médecins à la vie privée. Cet incident a lancé un vaste débat autour de la légalité des paiements informels, la motivation des malades et la nécessité ou non de supprimer cette pratique. Mais au bout de quelques mois, l'intérêt du public s'est dissipé et les choses ont repris comme avant. Des études ont amplement démontré que les paiements informels sont généralisés dans le secteur de la santé en Hongrie, mais les résultats varient énormément pour ce qui est de l'ampleur du phénomène. Une analyse des données disponibles montre que les paiements informels représentaient 1,5 à 4,5 pour cent des dépenses totales de santé en Hongrie en 2001[3]. Ce qui représente 1 à 3,5 pour cent du revenu net annuel d'un ménage moyen, même en tenant compte du fait que seul le tiers des ménages ait reconnu avoir effectué des paiements informels en 2001[4]. Ce chiffre semble bas comparé aux autres anciens pays du bloc communiste, où la majeure partie des dépenses de santé prend la forme de paiements informels (voir Payer pour des soins de santé gratuits, p. 78).

Pour comprendre l'incidence des paiements informels, le montant total des sommes est moins important que leur répartition. Des études menées en Hongrie ont révélé que 90 pour cent des paiements vont aux docteurs en médecine, à des spécialistes et services précis, la part belle revenant aux services d'accouchement et de chirurgie[5]. En nous servant des estimations faibles et en répartissant équitablement les montants entre les médecins travaillant dans les spécialités où les paiements informels sont appliqués, il apparaît que les paiements informels contribuent à hauteur de 60-75 pour cent au salaire net des médecins.

Ce constat suggère que l'intérêt des paiements informels émane non pas de leur ampleur globale, mais des conséquences qu'entraîne leur répartition inégale. Le cas de la Hongrie montre que les décideurs ne devraient pas ignorer le phénomène des paiements informels, quand bien même les sommes impliquées seraient négligeables.

Des pressions pour payer

Il est important de déterminer si les paiements informels sont des frais, des dons ou des pots-de-vin, afin de savoir comment les combattre, mais surtout de savoir s'ils doivent être éliminés[6]. Il n'est pas aisé de battre en brèche la justification des paiements informels comme étant des dons. En Hongrie, plusieurs enquêtes ont démontré que la majorité des malades payaient le docteur par gratitude, ou du moins la majorité ont affirmé qu'ils étaient motivés par la gratitude au moment où ils effectuaient le paiement[7]. D'autre part, une analyse plus approfondie révèle des contradictions subtiles, qui indiquent que les enquêtes ne sont pas toujours le meilleur outil pour déterminer la motivation réelle des malades.

Bien sûr dans notre enquête, des entretiens de suivi avec les enquêtés révèlent que la motivation qui sous-tend les paiements informels comprend plusieurs facettes et que, bien qu'elle paraisse comme une simple marque de gratitude, le payeur subit toujours des pressions[8]. À titre d'illustration, les malades prennent pour argent comptant le fait que le médecin qu'ils choisissent doit bénéficier d'un paiement supplémentaire ou, dans certains cas, les malades sentent qu'ils doivent donner

quelque chose si le docteur leur prête une attention plus qu'ordinaire à leur cas. Ces résultats indiquent que le paiement informel est rarement motivé uniquement par la gratitude. Pourtant, en dépit de tous ces arguments contre, le motif de la gratitude s'est fortement enraciné dans la justification du phénomène en Hongrie et il est obstinément brandi par les malades, les médecins et les décideurs.

Au niveau systémique, les paiements informels peuvent plutôt s'expliquer comme la réponse du malade et des médecins aux carences causées par le système de santé socialiste de l'État. Bien que plusieurs éléments systémiques aient contribué à cette carence, le plus notable était les salaires bas des professionnels de la santé. Les salaires à eux seuls ont créé cette carence, soit parce que les médecins ont revu leur rendement à la baisse (« personne ne peut s'attendre à ce que je travaille dur pour un tel salaire »), ou parce qu'ils ont dû accepter des travaux à temps partiel et suscité la suspicion des malades quant à la qualité du service fourni (« Puis-je être certain que ce médecin surmené me rendra le service dont j'ai besoin ? ») En tenant compte de l'asymétrie d'informations entre les malades et les médecins, les bas salaires pourraient aussi éroder la confiance (« Est-il réaliste d'attendre de ce médecin sous-payé qu'il fasse tout pour me soigner ? ») Ainsi, la carence n'a pas besoin d'être réelle pour causer l'existence des paiements informels.

Les leçons de l'expérience hongroise

Les paiements informels en Hongrie semblent découler de la réaction de malades et de médecins insatisfaits par les carences provoquées par le système de santé socialiste, qui faisait plein de promesses, mais réalisait peu. Les malades et les médecins se sont adaptés à la situation en réinterprétant le droit déclaré mais non appliqué de tous à des soins complets et de haute qualité.

Des soins et un salaire décent pour un travail honnête. Là où le réexamen des malades et des médecins se rejoignait, une nouvelle série de droits émergeaient. Les réformes du secteur de la santé menées au cours des 15 dernières années n'ont pas véritablement changé cet état de choses. Les paiements informels continuent de constituer un problème majeur pour la politique sanitaire étant donné qu'ils offrent des incitations pour des services rendus sans être accompagnés de la transparence ni du contrôle des paiements des frais complémentaires. Ni la tarification des paiements informels, ni l'application légale du non-paiement ne constituent des options politiques viables étant entendu que les malades et les médecins se moquent des règles irréalistes. Pour réussir, les politiques doivent s'attaquer aux carences observées dans le secteur de la santé, soit en diminuant les nombreux avantages soit en introduisant des fonds additionnels grâce à la formalisation des paiements informels, les transformant ainsi en co-paiements[9].

Définir les contours des paiements informels permettrait de concevoir des systèmes de co-paiement acceptables par la population, mais cela ne signifie pas que l'existence d'un système formel de paiement complémentaire empêcherait nécessairement les malades de payer des extra. Certes, le paiement pourrait se poursuivre jusqu'à ce que les malades soient entièrement convaincus que le système va fournir

des soins appropriés sans besoin d'incitation supplémentaire. Ainsi donc, les tentatives visant à éliminer les paiements informels requièrent une action concertée afin de rebâtir la confiance perdue dans le système de santé.

Des initiatives locales telles que le programme pilote hongrois de coordination de la santé[10], qui repose sur le partenariat et la participation, peut aider à rétablir la confiance sur la base des relations entre le public et les médecins, et ainsi, fournir des attentes différentes pour leurs rencontres futures[11].

Corruption et santé

Dans le cadre de ce programme, les prestataires locaux de soins de santé (médecins, cliniques et hôpitaux) assument la responsabilité de toute la gamme de soins dispensés aux personnes résidant dans leur région et recueillent des données sur leurs malades auprès du fonds national d'assurance pour vérifier l'utilisation effective des services.

Cependant, toute réforme doit tenir compte des complexités politiques du système actuel ainsi que de la résistance qui apparaîtra si l'on tente d'éliminer les paiements informels. Bien qu'importante, la reconnaissance du fait que le concept de « paiement de gratitude » n'est pas plus qu'un mythe négatif qui a été utilisé pour rendre acceptable un phénomène qui ne l'était pas, n'est que la première étape vers l'élaboration de politiques plus efficaces dans ce domaine.

Notes

1. Péter Gaál est chargé de cours au the Health Services Management Training Centre, de Semmelweiss University, Hungary.
2. Hálapénz est le terme hongrois qui désigne le paiement informel. Sa traduction littérale est « paiement de gratitude ».
3. Péter Gaál, Informal Payments for Health Care in Hungary (London : London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 2004).
4. Hungarian Central Statistical Office, Yearbook of Household Statistics 2001 (Budapest : Hungarian Central Statistical Office, 2002).
5. Pour le résumé des résultats de ces enquêtes, voir Péter Gaál, Tamas Evetovits and Martin McKee, « Informal Payment for Health Care : Evidence from Hungary », Health Policy (forthcoming).
6. Péter Gaál and Martin McKee, « Fee-for-service or Donation ? Hungarian Perspectives on Informal Payment for Health Care », Social Science and Medicine 60, 2005.
7. Pour un résumé des résultats de ces enquêtes, voir Gaál, Informal Payments for Health Care in Hungary.
8. Ibid.
9. Péter Gaál and Martin McKee, « Informal Payments for Health Care and the Theory of "Inxit" », International Journal of Health Planning and Management 19, 2004.
10. Péter Gaál, Health Care Systems in Transition : Hungary (Copenhagen : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004).
11. Gaál and McKee, « Fee-for-service or Donation ? »

Encadré 4.1 Les paiements informels font peser un lourd tribut sur les patients marocains

« Mon mari s'est blessé au bras au travail et il a été conduit à l'hôpital public. Il a dû payer 300 dirhams (33 dollars US) pour subir une radiographie et 200 pour que sa blessure soit suturée. Il a ensuite dû payer 500 dirhams juste pour pouvoir être hospitalisé. »

(Une femme interrogée à Casablanca)

« Lorsque ma femme s'est rendue à l'hôpital, on l'a examinée et on lui a prescrit des comprimés. Ils ont dit que personne n'était disponible, mais que si nous payions 20 ou 30 dirhams (2-3 dollars US), quelqu'un pourrait prodiguer les "soins gratuits". Le problème est que nous n'avions pas les moyens d'acheter les médicaments. »

(Un homme interrogé à Casablanca)

Paiements Informels pour les soins médicaux

Quatre des cinq personnes que nous avons interrogées dans le cadre d'une enquête de Transparency International (TI) au Maroc en 2002 ont décrit la corruption dans le système de santé comme « courante pour tous »[1].

Le Maroc a un système de « certificat de pauvreté » conçu pour garantir l'accès des pauvres aux soins de base, mais ce système a été livré à la corruption et un marché s'est développé pour l'obtention desdits certificats. Le Ministre de la santé a résumé le problème en reconnaissant que « 56 pour cent de ceux qui ont des moyens de payer profitent des hôpitaux publics, tandis que 15 pour cent des plus pauvres du pays payent de leurs poches[2]. » Selon l'étude de TI Maroc qui a enquêté auprès de 1000 ménages[3], parmi ceux qui ont été en contact avec les personnels des services de santé publique, 40 pour cent ont admis avoir effectué un paiement illicite pour un service ou une fourniture censé être gratuit.

Parmi ceux qui ont sollicité un traitement hospitalier, 59 pour cent ont admis avoir payé pour être examinés ou admis dans les hôpitaux, tandis que 26 pour cent ont payé pour le traitement.

À la question de savoir si les paiements avaient eu des effets, 81 pour cent ont répondu que les résultats escomptés avaient été atteints, contre 3 pour cent pour qui le pot-de-vin a été inefficace.

Ce taux de « succès » doit être rapporté au fait que 85 pour cent des citoyens qui ont versé des pots-de-vin aux personnels de la santé publique avaient le droit, aux yeux de la loi, de recevoir gratuitement les services payés. Le montant moyen de ces pots-de-vin était de 140 dirhams (15 dollars US).

Les paiements informels sont considérés comme des mécanismes de survie pour des personnels de la santé mal payés et tout le monde verse des dessous-de-table dans ce secteur. Les citoyens qui refusent d'effectuer des paiements informels ne reçoivent pas l'accès aux soins de santé. ▸

Les hôpitaux publics paient le prix fort parce que les revenus potentiels sont perdus, ne sont pas enregistrés ou sont distraits par les personnels médicaux qui abusent de leur poste pour extorquer de l'argent aux malades, et les équipements et les médicaments sont dilapidés ou de mauvaise qualité.

La crédibilité et l'intégrité des personnels médicaux en souffrent. Le prix pour l'État en est l'échec de la politique sanitaire. Pour remédier à cette situation, le personnel hospitalier doit être sensibilisé sur les droits des malades.

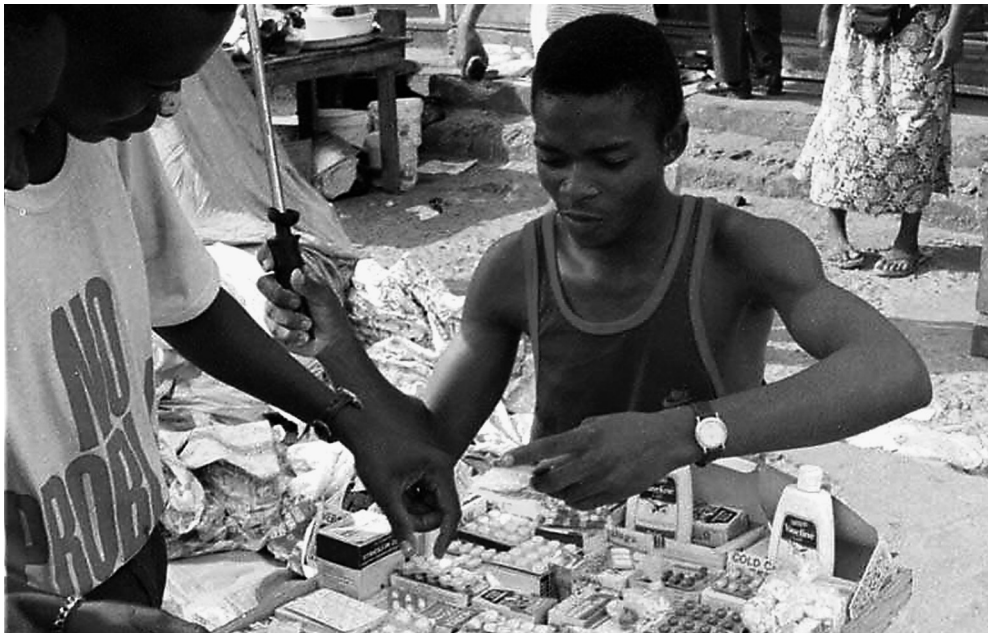
Les structures de paiement et les conditions de travail dans les hôpitaux doivent être réévaluées et les dénonciateurs de la corruption doivent être protégés.

Azeddine Akesbi, Siham Benchekroun et Kamal El Mesbahi (TI Maroc)

Notes

1. TI Morocco, *La Corruption au Maroc, Synthèse des résultats des enquêtes d'intégrité* (Corruption in Morocco, a summary of the National Integrity System survey) (Rabat : TI Maroc, 2002). The interviews cited here are from a focus group discussion.
2. *La Vie Economique* (Maroc), 4 Février 2005.
3. Parmi les 1000 personnes interrogées, 80 pour cent vivaient dans les grandes villes et 20 pour cent dans les communes rurales ; 79 pour cent étaient des hommes et 21 pour cent des femmes.

5 La corruption dans le secteur pharmaceutique



Un jeune vendeur de médicaments d'une pharmacie dite « de la rue » propose des médicaments du marché noir aux clients dans une rue de Libreville, Gabon, 29 août 2003. (Desirey Minkoh/AFP/Getty Images)

Le secteur pharmaceutique fait face à des défis qui ne sont pas traités dans le présent rapport en l'occurrence des modèles de recherche et des systèmes de licences qui ne semblent pas satisfaire tous les besoins de la santé publique, notamment dans le domaine de l'éradication de maladies tropicales dévastatrices. La corruption vient ajouter un élément potentiellement nocif lorsque les malades ne parviennent pas à payer les montants qu'on veut leur extorquer pour les médicaments dont ils ont besoin ou qu'on leur vend des médicaments contrefaits.

Dans ce chapitre, Jillian Clare Cohen soutient qu'une réglementation rigoureuse de la chaîne pharmaceutique par le gouvernement – bien qu'essentielle pour la protection de la population contre les médicaments de mauvaise qualité et la fixation inéquitable des prix des médicaments – expose particulièrement ce secteur à la corruption. Au cours des dernières années, les débats se sont focalisés sur les liens étroits entre les médecins et les industries pharmaceutiques, biotechnologiques et

de fabrication d'équipements médicaux qui, lorsqu'ils ne sont pas contrôlés, peuvent mener à des pratiques de corruption. Jérôme Kassirer souligne les conflits d'intérêts qui peuvent surgir lorsque les médecins se sentent redevables vis-à-vis des délégués médicaux, ou lorsque les chercheurs sont employés par des sociétés et percoivent des salaires pour évaluer les médicaments de ces mêmes sociétés.

Des efforts sont actuellement faits pour améliorer cette situation. Les représentants de l'industrie pharmaceutique et des médecins décrivent les codes de conduite volontairement mis en place afin de réduire les conflits d'intérêts potentiels. La société civile et les efforts conjugués de régulateurs courageux peuvent aider à réprimer la corruption au sein des industries pharmaceutiques-légales ou de contrefaçon – comme le montrent les expériences de l'Inde, de la Thaïlande et du Nigeria.

Médicaments et corruption : une évaluation des risques

Jillian Clare Cohen[1]

Les médicaments sont indispensables aux systèmes de santé. Ils peuvent compléter les autres types de services de soins sanitaires pour réduire les taux de morbidité et de mortalité, tout en améliorant la qualité de vie de plusieurs malades. Parce que les médicaments ont des vertus curatives et thérapeutiques, ils ne peuvent pas être considérés comme des denrées ordinaires. L'accès aux médicaments est souvent une question de vie ou de mort. Cela est illustré de façon dramatique en Afrique subsaharienne où environ 30 millions de personnes sont infectées par le VIH/SIDA et dont la majorité n'ont pas accès aux thérapies antirétrovirales.

Dans un contexte plus large, l'accès aux médicaments essentiels est devenu un thème majeur dans la prise de décisions au niveau international où il est de plus en plus considéré comme un droit fondamental, les droits de l'homme obligeant les États à en assurer l'accès[2]. Les gouvernements ont ainsi le devoir de s'assurer que les politiques du médicament sont institutionnellement viables et transparentes et que des mécanismes adéquats existent afin de réduire les probabilités de corruption, pouvant empêcher l'accès aux médicaments à ceux qui en ont le plus besoin.

Le paradoxe majeur de la politique internationale du médicament est que, en dépit de l'aide internationale et de la pléthore de programmes visant à améliorer l'accès aux médicaments, il existe toujours un inquiétant "fossé du médicament". L'OMS continue d'estimer que le tiers de la population mondiale n'a pas d'accès régulier aux médicaments essentiels[3]. Un certain nombre de facteurs contribuent à entretenir ce "fossé" tels que les insuffisances du marché, l'inéfficacité de l'administration, la pauvreté et la corruption.

À titre d'illustration, les pays de l'OCDE consacrent généralement 239 dollars américains par tête et par an aux dépenses de médicaments, contre moins de 20 dollars américains dans les pays en voie de développement et 6 dollars américains en Afrique subsaharienne[4]. Les médicaments constituent la plus importante dépense de santé après les frais des personnels dans la plupart des pays à faibles revenus, et souvent, la

plus importante dépense de santé pour les ménages[5]. Une des plus grandes différences entre les pays industrialisés et les pays en développement est que dans ces derniers, les dépenses en médicaments représentent de 50 à 90 pour cent des frais complémentaires des individus[6]. Dans ces pays, la maladie est la principale cause de pauvreté des ménages. La corruption exacerbe ce fossé du médicament : lorsque des responsables acceptent des pots-de-vin pour l'achat des médicaments, les dépenses pharmaceutiques sont diminuées et peu de médicaments appropriés parviennent aux vrais destinataires lorsque ceux ci en ont besoin. Plusieurs causes sont responsables des disparités observées dans l'accès aux médicaments, mais peu de recherches ont été consacrées à l'impact de la corruption sur la disponibilité des médicaments.

Heureusement, ce domaine intéresse de plus en plus les chercheurs et quelques études commencent à se consacrer à ce problème[7]. Le secteur pharmaceutique est exposé à la corruption pour plusieurs raisons.

Une des plus importante est le degré d'implication du gouvernement dans sa réglementation : des études d'autres secteurs ont indiqué que l'incidence de la corruption est sensiblement plus forte lorsque l'État garde une mainmise sur l'économie et une bureaucratie envahissante.[8] En l'absence de contrôles institutionnels stricts, les régulateurs de l'État peuvent prendre des décisions discrétionnaires plutôt que des décisions basées sur des critères uniformes. En outre, il existe de fortes asymétries d'information entre les malades et les médecins (voir chapitre 1). Les malades font confiance à leurs médecins pour leur prescrire les médicaments les plus efficaces pour leur cas, mais la décision des docteurs quant au médicament à prescrire peut être influencée par la pression des entreprises pharmaceutiques. Les systèmes de contrôle de qualité disposent souvent de manuels de procédures insuffisants qui peuvent entraîner la fabrication de médicaments de qualité inférieure. Cette situation est survenue au Brésil lorsqu'on a découvert qu'une entreprise pharmaceutique bien connue avait fabriqué des contraceptifs d'un standard inférieur[9]. Enfin, le marché des médicaments est tellement lucratif qu'il attire des entrepreneurs à la fois honnêtes et, très curieusement, malhonnêtes. Tous ces facteurs rendent le secteur pharmaceutique vulnérable à la corruption.

Le présent exposé se penche essentiellement sur le rôle du gouvernement, étant donné que l'intervention de l'État, notamment à travers la réglementation, est vitale pour le secteur pharmaceutique. Il existe deux raisons majeures pour lesquelles l'État réglemente ledit secteur : d'abord, pour s'assurer que la politique sanitaire et les autres interventions gouvernementales, telles que l'assurance de la qualité et la fixation équitable des prix, renforce la santé de la population ; ensuite, pour garantir que les politiques industrielles consolident la compétitivité économique du secteur pharmaceutique et améliorent l'innovation et l'efficacité. Ces deux objectifs peuvent parfois être en opposition. Si les régulateurs subissent des pressions de la part des lobbies commerciaux, les objectifs sanitaires peuvent être compromis.

Encadré 5.1 Une entreprise pharmaceutique américaine mise à l'amende pour avoir versé de l'argent à une association caritative dirigée par un responsable des autorités sanitaires polonaises[1]

En juin 2004, l'entreprise pharmaceutique Schering-Plough a transigé avec la Securities and Exchange Commission (SEC) pour payer une amende de 500 000 dollars américains pour violation des dispositions concernant les registres, livres de comptes et contrôles internes édictées par le Foreign Corrupt Practices Act (FCPA).

Selon les investigations de la SEC, la filiale polonaise (Schering-Plough Poland – SP Poland) de la compagnie Schering-Plough, avait effectué des paiements d'un montant d'environ 76 000 dollars américains entre février 1999 et mars 2002 au profit d'une fondation chargée de la restauration des châteaux silésiens, la Chudow Castle Foundation. Ladite fondation était dirigée par le directeur de la Silesian Health Fund[2], une des 16 autorités sanitaires publiques régionales qui financent l'achat des produits pharmaceutiques par les hôpitaux et les autres centres médicaux.

La SEC a allégué que ces paiements étaient effectués pour pousser le directeur à acheter les produits de S-P Pologne pour son autorité sanitaire. Il semblerait que pour camoufler la nature de ces paiements, le directeur de S-P Pologne les ait délibérément fixés à un niveau en deçà du seuil où il aurait eu besoin d'une autorisation et fourni de fausses justifications médicales dans les documents soumis à la division des finances de la maison mère.

Bien que la SEC ait reconnu que l'autorité sanitaire était une véritable organisation caritative et que les dons étaient effectués à l'insu et sans l'approbation de la maison mère américaine, elle a argué que les contrôles internes de la maison mère n'étaient pas en mesure de détecter et de prévenir les irrégularités financières commises par la filiale polonaise. Certes la SEC n'est pas allée aussi loin que l'État pour déclarer que les paiements étaient des pots-de-vin, mais elle a estimé que le directeur les trouvait nécessaires pour influencer l'action du directeur de l'autorité polonaise.

Ce cas illustre la nécessité pour les entreprises d'avoir non seulement des politiques claires concernant les donations charitables, les montants autorisés et des procédures d'approbation bien connues ; mais encore disposer d'un controle interne au sein de leur organisation. Ce cas souligne en outre l'attitude agressive de la SEC qui a rendu les fournisseurs responsables des actes de leurs filiales.

Transparency International

Notes

1. Ce texte est basé sur Wilmer Cutler Pickering Hale et Dorr LLP, Foreign Corrupt Practices Update, 30 Juin 2004, www.wilmerhale.com
2. Rzeczpospolita (Pologne), 11 Juin 2004.

Points de décision clés

Le secteur pharmaceutique est techniquement complexe et regorge de « points de décisions clés »[10]. Chaque point de décision doit fonctionner de façon optimale pour que l'ensemble du système offre des médicaments de bonne qualité, aussi peu couteux que possible, sains et efficaces. Le tableau 5.1 montre les procédures essentielles de sélection et de fourniture des produits pharmaceutiques et illustre la possibilité existante de corruption à tous les niveaux de décision (post fabrication) si des mécanismes solides de régulation ne sont pas mis en place. À titre d'exemple, l'approvisionnement est particulièrement exposé à la corruption à moins qu'il n'y ait des procédures d'appel d'offres, de bonnes spécifications techniques et des procédures d'indemnisation cohérentes et transparentes, le cas échéant.

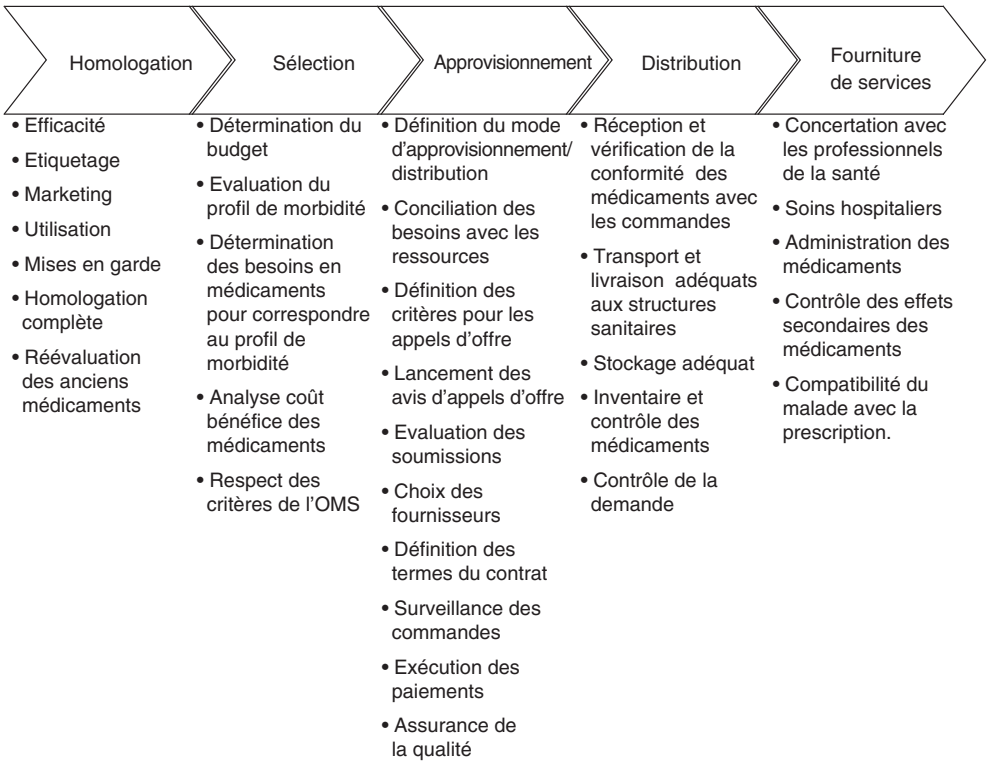


Figure 5.1 : Étapes importantes de la sélection et de la fourniture des produits pharmaceutiques

Certes la mise en place de bonnes institutions dotées d'un pouvoir de contrôle est cruciale pour réduire la corruption, mais la société civile a également un rôle important à jouer. Si les groupes communautaires contrôlent étroitement les entreprises pharmaceutiques et les régulateurs, il est très probable que la corruption soit découverte et même prévenue par peur d'une divulgation (voir encadrés 5.2 et 5.3).

Homologation

Le premier point de décision dans la chaîne pharmaceutique est l'homologation, qui originairement a été instituée pour protéger les malades contre les catastrophes telles que celle provoquée par la thalidomide dans les années 50-. Elle évalue l'efficacité des médicaments contre une maladie spécifique ainsi que ses effets secondaires possibles.

Le processus régule l'étiquetage, la vente, l'utilisation, les mises en garde et la prescription d'un médicament. Les procédures d'homologation doivent être transparentes, appliquées uniformément et ne devraient en aucune manière être laissées à la discrétion des individus. Les procédures d'homologation devraient garantir l'efficacité et la sûreté d'un médicament, mais ces garanties risquent d'être sapées par les lobbies de l'industrie pharmaceutique.

Une large enquête sur les risques occasionnés par les analgésiques Vioxx, Bextra et Celbrex en 2004 a mis en lumière les inquiétudes déjà existantes sur la capacité de la *US Food and Drug Administration*'s (FDA's) à agir en tant qu'organisme de réglementation objectif (voir « l'influence corruptrice de l'argent sur la médecine », p. 106). Des critiques soulignent le fait que entre 1997 et 2004, 12 médicaments, ayant une valeur marchande de plusieurs milliards de dollars, ont été retirés du marché par la FDA ou par les entreprises. Selon Sheldon Krimsky de la Tufts University, l'augmentation des essais cliniques payants, l'accélération des homologations, les partenariats Administration-Industrie, la publicité directe sur le consommateur, et le financement des salaires des régulateurs de la FDA par l'industrie ont contribué à la dégradation de l'intégrité institutionnelle de la FDA. Tout ceci indique en quelque sorte la « capture réglementaire » de la FDA par l'industrie pharmaceutique et souligne la nécessité pour l'institution d'être plus indépendante vis à vis de ses partenaires[11]. Par ailleurs, dans les pays à faibles revenus, les agences de régulation sont souvent faibles ou inexistantes vu le manque de ressources.

Sélection

Les processus de sélection des médicaments devraient faire en sorte que les médicaments les plus rentables et les plus appropriés pour la santé des populations soient choisis de façon objective. La liste type des médicaments essentiels de l'OMS est à cet effet un cadre utile pour la plupart des pays en voie de développement car elle établit les domaines prioritaires de traitement et couvre les maladies les plus courantes. [12] Cependant, elle peut ouvrir la voie à d'autres possibilités de corruption ; les fabricants cherchant à voir leurs produits figurer sur la liste des médicaments essentiels. Si les institutions sont faibles et si les individus sont motivés pour pratiquer la corruption, le processus de sélection peut être faussé par des pots–de-vin et des récompenses de telle sorte que les médicaments figurant sur la liste nationale des médicaments pourraient ne pas nécessairement être les plus appropriés et accessibles (voir « la corruption dans l'administration des hôpitaux », chapitre 3, p. 62).

Cependant, il existe des méthodes permettant de réduire les risques de corruption dans le processus de sélection et de promouvoir des décisions correctes et fondées sur des preuves. Les techniques de pharmaco économie utilisées en Australie et dans

la province canadienne de la Colombie-britannique, se sont avérées utiles pour assurer que des décisions objectives soient prises si des techniques et modèles adéquats sont utilisés. La pharmaco économie ou la recherche des résultats se sert des analyses coût bénéfice, coût utilité et de rentabilité afin de comparer l'économie des différents produits pharmaceutiques, ou pour comparer la pharmacothérapie avec les autres traitements médicaux.

Les comités de sélection des médicaments doivent être composés de personnes impartiales dotées des compétences techniques requises. Leurs membres ont obligation de déclarer tout conflit d'intérêt et les réunions doivent être régulières et bien médiatisées afin que le public puisse assister aux travaux. Les comptes rendus des réunions doivent être publiés sur l'Internet et les décisions clairement justifiées. En cas de faute éventuelle, une procédure d'appel doit être mise en place afin d'assurer un processus équitable.

Les critères de sélection finale devraient être basés sur les discussions et l'acceptation par les principaux prescripteurs, et les critères de sélection de l'OMS doivent servir de base pour la décision. Ce sont : la pertinence relativement aux maladies existantes, une efficacité et une sécurité prouvées, la preuve de l'efficacité en diverses circonstances, une qualité adéquate y compris la biodisponibilité et la stabilité, un rapport coût bénéfice favorable en terme de coût total du traitement et une préférence pour des médicaments bien connus pour leurs propriétés pharmacokinétiques. Enfin, tous les médicaments qui figurent sur la liste officielle des médicaments essentiels d'un pays devraient être identifiés par leur appellation générique.

Approvisionnement

L'approvisionnement est le principal interface entre le système public et les fournisseurs de médicaments, et son but est d'acquérir les médicaments en quantité suffisante et à coût le plus abordable qui soit. Cela implique la gestion des stocks, des achats en gros, le lancement d'appels d'offres, l'analyse technique des offres, une allocation adéquate des ressources, les paiements, les reçus pour les médicaments achetés et les contrôles qualité.

L'approvisionnement est souvent mal documenté et mal traité, ce qui en fait une cible facile pour la corruption. L'approvisionnement en médicaments est même plus vulnérable à la corruption que les autres secteurs. Cela est dû à plusieurs facteurs tels que la subjectivité de la méthode qui permet de déterminer le volume de médicaments nécessaire ; les difficultés dans le contrôle des normes dans la fourniture des médicaments, les fournisseurs appliquant des prix différents pour le même produit pharmaceutique et gonflant artificiellement les prix ; certaines pratiques commerciales des sociétés pharmaceutiques incitant la demande des produits. Une difficulté supplémentaire est posée par des situations d'urgence, qui appellent des interventions rapides et adéquates.

La meilleure protection contre la corruption est un système d'approvisionnement ouvert et compétitif qui empêche la subjectivité dans la sélection des fournisseurs et qui fixe des critères de sélection et une procédure d'attribution des marchés clairs.

Cependant, les procédures d'approvisionnement nécessitent un contrôle continu et des évaluations par les services de l'Inspection générale[13]. Des mécanismes de contrôles sévères peuvent réduire la corruption de manière significative. Une étude de la Banque mondiale de 2001 a examiné l'utilisation d'un système électronique d'appels d'offres pour l'achat des médicaments au Chili[14]. En comparant le système novateur chilien avec d'autres systèmes d'approvisionnement, les auteurs ont affirmé que les résultats sont considérablement améliorés par l'adoption de bonnes structures d'incitation pour les responsables de l'administration publique et la diminution des asymétries d'informations grâce à la publication des prix des médicaments sur internet.

Une vaste étude sur la corruption dans le secteur pharmaceutique au Costa Rica a révélé que dans plusieurs cas, la concurrence était réduite ou les procédures n'étaient pas correctement respectées[15]. Quelques professionnels de la santé et responsables d'entreprises pharmaceutiques ont allégué que les soumissionnaires aux appels d'offres avaient parfois comploté pour prolonger le cycle d'approvisionnement le plus possible. Cela, en soumettant des offres fantaisistes qui étaient par la suite contestées des deux côtés, ou en retardant la livraison des médicaments pour des raisons non fondées. La conséquence de ces longs retards était la dégradation éventuelle des stocks du système de sécurité sociale entraînant l'achat direct auprès des fournisseurs privés.

Ces achats étaient alors effectués à des prix unitaires plus élevés que s'ils avaient été faits en suivant la procédure normale d'appel d'offres. Des études réalisées en Argentine et en Bolivie indiquent qu'une transparence accrue et la participation des citoyens au processus d'attribution des marchés d'approvisionnement peuvent diminuer la corruption et réduire les coûts de façon considérable (voir « La corruption dans l'administration des hôpitaux », p. 62).

Distribution

La distribution dans le secteur pharmaceutique s'assure que les médicaments sont fournis, transportés et stockés convenablement partout où ils doivent être répartis. Cela implique des entrepôts centraux ou régionaux, des pharmacies et des étages techniques.

Les informations doivent circuler facilement à travers les différents paliers du système afin de contrôler les mouvements des stocks et les livraisons. En outre, le système a besoin d'équipements de stockage, y compris les unités de réfrigération, afin de garantir l'intégrité des médicaments et d'un bon gardiennage afin de minimiser les risques de vol. Le contrôle électronique des véhicules de transport et la vérification minutieuse de la conformité des ordres de livraison avec les inventaires des produits livrés sont autant de mesures permettant de diminuer les risques sus évoqués.

Dans un pays d'Amérique centrale, le registre des inventaires a montré que les stocks d'antibiotiques oraux, de traitement contre le mal des yeux et d'autres produits ont été volontairement livrés avec un excédent parce que les agents d'approvisionnement publics recevaient une commission sur leurs commandes[16]. Cette situation illustre l'une des façons dont la corruption peut entraîner la distraction des fonds publics destinés à l'achat des médicaments et avoir une incidence sur les pauvres.

Fourniture de services

La fourniture de services implique la participation des médecins, pharmaciens, des infirmières et autres fournisseurs des soins de santé qui diagnostiquent les malades et identifient les médicaments qu'ils devraient prendre pour guérir d'une maladie précise. C'est le point de décision auquel les malades devraient tirer profit de l'ensemble du système. À ce niveau, les médecins prescrivent, les pharmaciens distribuent et les infirmières administrent les médicaments afin de traiter les patients. L'idéal pour les prestataires de soins de santé consiste à appliquer des pratiques qui ont fait leurs preuves afin de proposer des thérapies efficaces à leurs patients.

L'interface entre l'industrie pharmaceutique et les médecins est un domaine particulièrement exposé à la corruption, étant entendu que la fourniture de service peut être influencée par les pratiques de marketing de l'industrie pharmaceutique (voir « l'influence corruptrice de l'argent sur la médecine », p. 106).

L'existence d'une certaine collaboration entre les médecins et les industries pharmaceutiques est nécessaire car elle permet aux médecins de s'informer sur les vertus thérapeutiques des nouveaux médicaments. Toutefois, il est de notoriété publique que la motivation le plus souvent n'est pas l'éducation sanitaire mais la maximisation du profit.

L'étude en 2000 de Wazana a montré que la collaboration des médecins avec l'industrie pharmaceutique était liée à une demande croissante en médicaments sur les formulaires des hôpitaux ainsi qu'à des changements observés dans la pratique de prescription[17]. L'influence des industries pharmaceutiques sur les médecins constitue un sujet de préoccupation autant dans les pays développés que dans les pays en développement. Toutefois, cette influence peut s'avérer particulièrement dangereuse dans les pays en développement et dans les pays en transition où les médecins ont des salaires très faibles et où ils comptent pour une large part sur des dons (tant en nature qu'en espèces) de la part de ces industries pour compléter leurs revenus.

Les autorités américaines ont récemment constitué un front pour combattre les pratiques commerciales illicites ayant cours dans certaines industries pharmaceutiques. En 2001, *TAP Pharmaceutical Products* a été condamnée à payer l'une des amendes les plus élevées de l'histoire de l'industrie lorsque le gouvernement lui avait réclamé 875 millions de dollars américains au titre de sa responsabilité civile et de pratiques criminelles[18]. D'autres gouvernements mettent en place des lois et des règlements plus stricts. C'est ainsi qu'en avril 2005, un rapport présenté par la Commission spéciale chargée des questions de santé de la Chambre des Communes au Royaume Uni, sur "l'influence des industries pharmaceutiques", recommandait une plus grande transparence dans la procédure de réglementation des médicaments, une diminution dans la promotion excessive des médicaments, une interdiction plus stricte aux médecins de faire des prescriptions inappropriées, ainsi que la fin de la relation entre les industries pharmaceutiques et le Ministère de la santé, au profit du Ministère du commerce et de l'Industrie[19]. Se fondant sur le rapport publié par la presse au sujet de voyages gratuits offerts par les industries pharmaceutiques aux médecins, ainsi que sur les réceptions somptueuses organisées en leur honneur,

l'adjointe au maire de Helsinki chargée des affaires sociales et de la Santé publique, Paula Kokkonen, a proscrit tous les voyages financés par les industries pharmaceutiques au profit des médecins de la capitale[20]. En raison de la menace que constituent certaines influences négatives sur les prescriptions, des normes internationales ont été définies, et des structures professionnelles incluant des associations d'industries pharmaceutiques ont élaboré des codes de conduite spécifiant les pratiques exemplaires susceptibles de réduire la corruption (voir « Promouvoir la confiance et la transparence dans les sociétés pharmaceutiques », p. 112, et « Lutte contre la corruption : le rôle du corps médical », p. 115). Néanmoins, l'impact de ces mesures sur le phénomène reste sujet à caution. L'OMS a publié son guide sur les Critères éthiques pour la promotion des médicaments en 1988, mais une table ronde organisée par l'OMS en 1997 était parvenue à la conclusion selon laquelle une promotion inappropriée des médicaments constituait un problème autant dans les pays en développement que dans les pays développés[21]. Quoique ces codes de conduite aient connu une large diffusion, leur mise en œuvre effective reste un problème majeur car, les gouvernements doivent réviser la législation et la réglementation, et les promouvoir fortement dans les écoles de médecine et les associations.

Certes les codes d'autoréglémentation de conduite peuvent être bénéfiques, mais ils ne doivent pas retarder les réformes liées aux réglementations externes applicables. Les codes d'autoréglémentation actuels ne sont ni contrôlés, ni accompagnés de sanctions conséquentes, ni même supervisés par des observateurs indépendants et objectifs[22]. Des politiques mieux élaborées sont nécessaires pour résoudre les serieux conflits d'intérêts dans le domaine des prestations de services des industries pharmaceutiques.

Contrefaçon des médicaments – le mauvais et l'affreux –

La faiblesse des institutions et leur incapacité à réglementer efficacement le secteur pharmaceutique, favorisent la multiplication des opportunités de corruption, telles que la fabrication de médicaments contrefaits ; un problème, qui précède le premier point de décision dans la chaîne pharmaceutique.

Dans l'encadré 5.1. par exemple, l'on voit que les régulateurs peuvent percevoir des pots-de-vin pour ne pas inquiéter les fabricants de produits contrefaits, et que les agents de douane peuvent être payés pour ne pas inspecter leurs exportations ou leurs importations. En 2001, la Chine comptait environ 500 contrefacteurs de produits pharmaceutiques et le Laos environ 2100 vendeurs clandestins de produits pharmaceutiques. En Thaïlande, les médicaments de qualité douteuse représentent 8,5 pour cent de l'ensemble des médicaments vendus sur le marché[23]. L'Inde envisage d'instituer la peine de mort pour la fabrication ou la vente de médicaments contrefaits pouvant causer des dommages graves sur la santé. « Le fait de tirer profit de médicaments de contrebande pouvant nuire à la santé ou de tuer des innocents constitue un assassinat collectif » a déclaré le Ministre de la Santé, Sushma Swaraj récemment[24]. Pendant ce temps, on a estimé à 192 000 le nombre de personnes mortes en Chine l'année dernière du fait de la consommation de médicaments contrefaits[25]. Les orga-

nismes chargés du contrôle dans les pays du Sud ont besoin de ressources pour éradiquer la corruption et stopper le flux de médicaments de contrefaçon. Le succès du *Nigeria's National Agency for Food and Drug Administration and Control* est une illustration de ce qui peut être réalisé avec une énergique direction (voir p. 119).

Aller de l'avant : Comment mieux faire ?

La corruption dans l'un des maillons de la chaîne de décision du système pharmaceutique peut nuire à la capacité d'un pays à améliorer la santé de sa population, en limitant l'accès aux médicaments de bonne qualité et en réduisant les gains résultant de leur utilisation appropriée. S'il est vrai que la corruption affecte toutes les couches sociales, ce sont surtout les pauvres qui sont les plus touchés lorsque les agents publics thésaurisent les médicaments où gaspillent les ressources sur des médicaments inappropriés. Aussi la bonne gouvernance constitue-t-elle une condition sine qua non pour assurer un meilleur accès aux médicaments essentiels.

Une transparence accrue dans le système pharmaceutique permettra d'améliorer l'accès aux médicaments. Une évaluation objective de la robustesse des institutions à tous les niveaux fondamentaux du système pharmaceutique constitue un préalable. Les gouvernements ont besoin de savoir quels sont les aspects du système les moins performants, et partant les plus vulnérables à la corruption. Il est nécessaire d'en savoir davantage sur la façon dont les fournisseurs des pharmacies, des hôpitaux et des centres de santé se font rétribuer pour leurs produits. Il faudrait aussi approfondir la recherche pour déterminer les systèmes offrant les meilleures incitations susceptibles d'amener les prestataires à se conduire honnêtement et partant, de combattre la fraude. Les associations de consommateurs et les autres parties prenantes doivent faire preuve de vigilance lors du contrôle des systèmes pharmaceutiques publics et privés pour s'assurer que ceux-ci œuvrent dans l'intérêt public. Si l'on ne peut douter des bonnes intentions ayant guidé l'élaboration des instruments internationaux et des directives professionnelles concernant les pratiques exemplaires, ceux-ci n'ont de sens que dans la mesure ou ils sont appliqués convenablement. Chaque gouvernement devrait avoir le courage d'adopter, et mieux encore, de mettre en œuvre les politiques et les approches qui encouragent des comportements corrects du point de vue éthique et de punir les entreprises et les individus convaincus d'actes de corruption. En agissant ainsi, nous pourrions alors observer un changement positif et permettre que ceux qui en ont besoin bénéficient des médicaments appropriés au bon moment.

Notes

1. Jillian Clare Cohen est professeur assistant à la Leslie Dan Faculty of Pharmacy de l'Université de Toronto et Directeur du Comparative Program on Health and Society de l'Université de Toronto's Munk Centre for International Studies.
2. Philippe Cullet, « Patents and Medicines : the Relationship between TRIPS and the Human Right to Health », *International Affairs* 79(1), 2003.
3. Michael R. Reich, « The Global Drug Gap », *Science* 287(5460), 1979-81, 17 March 2000.

4. WHO *Medicines Strategy : Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy 2002-2003*. (Genèva : OMS, 2000), www.who.int/medicines/strategy/strategy.pdf
5. Ramesh Govindaraj, Michael Reich et Jillian Clare Cohen, « World Bank Pharma-ceuticals Discussion Paper » (Washington DC : World Bank, 2000).
6. Ibid.
7. Par exemple, la Bank Mondiale, L'OMS et USAID ont initié des études ces dernières années sur le thème de la corruption dans le système pharmaceutique.
8. Ian E. Marshall, « A Survey of Corruption Issues in the Mining and Mineral Sector », Mining, Minerals and Sustainable Development Project (London : International Institute for Environment and Development, 2001).
9. Jillian Clare Cohen, « Public Policies in the Pharmaceutical System : The Encadré of Brazil », (Washington DC : World Bank, 2000).
10. La présente section s'appuie largement sur les études de Jillian Clare Cohen, James Cercone etRoman Mayaca, « Improving Transparency in the Pharmaceutical System : The Encadré of Costa Rica », internal study, World Bank, October 2002.
11. Sheldon Krimsky, « A Dose of Reform : But Do the FDA's Actions Go Far Enough ? » *The Star Ledger*, 20 February 2005.
12. Voir www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/
13. USAID, « A Handbook on Fighting Corruption », Center for Democracy and Governance (Washington, DC : USAID, 1999).
14. Jillian Clare Cohen et Jorge Carikeo Montoya, « Using Technology to FightCorruption in Pharmaceutical Purchasing : Lessons Learned from the Chilean Experience » (Washington, DC : World Bank Institute, 2001).
15. Cohen et al., « Improving Transparency in the Pharmaceutical System ».
16. Management Sciences for Health, with the WHO, *Managing Drug Supply* (West Hartford, US : Kumarian Press, 1997).
17. Ashley Wazana, « Physicians and the Pharmaceutical Informelstry : Is a Gift Ever Just a Gift ? », *Journal of the American Medical Association* 283(3), 19 January 2000.
18. US Department of Justice, press release, 1 October 2001. Available at : www.usdoj.gov/opa/pr/2001/October/513civ.htm See also « Corruption in hospital administration », Chapter 3, page 51.
19. Le rapport parlementaire du Royaume Uni est disponible à www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42. pdf
20. *Kauppalehti Presso* (Finland), 11 décembre 2004.
21. Consulter le site web de la base de données sur la promotion du médicament au www.drugpromo.info/about.asp#1
22. Code des pratique commerciales du Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies à partir de janvier 2005 en est un exemple typique. Voir www.canadapharma.org/Informelstry_Publications/Code/code_e05Jan.html (accessed 15 March 2005).
23. *British Medical Journal* 327(1126), November 2003.
24. *British Medical Journal* 327(414), August 2003.
25. PharmaBiz.com, 18 March 2005.

L'influence corruptrice de l'argent en médecine

Jerome P. Kassirer[1]

Les industries pharmaceutiques et biotechnologiques ainsi que celles des équipements médicaux ont inventé de nouveaux médicaments et équipements qui ont permis de prolonger des vies et d'améliorer la santé de millions de personnes. Ces avancées sont le fruit de multiples interactions entre les chercheurs et les industriels qui, basées sur la collaboration dans la recherche, devraient être encouragées.

Il arrive cependant que cette collaboration aille au-delà de la recherche pour se muer en marketing, par les médecins qui deviennent des consultants de sociétés pharmaceutiques ou des conférenciers payés. Les relations financières entre l'industrie pharmaceutique et les médecins engendrent une forme subtile de corruption qui échappe au contrôle et aux exigences réglementaires.

Mes propos s'appliquent principalement aux États-Unis. Mais l'on observe les mêmes manifestations dans tous les pays du monde. Au cours des dernières années aux États-Unis, les industries pharmaceutiques, de fabrication de matériel médical et de biotechnologie ont déboursé chaque année la rondelette somme de 16 milliards de dollars américains dans leur marketing aux médecins[2], avec plus de 2 milliards de dollars américains dépensés uniquement pour payer des repas, financer des réunions et des manifestations[3]. Les industries ont versé entre 1000 et 5000 dollars américains (et plus) aux médecins sous forme d'honoraires pour tenter de les convaincre de faire partie de leurs bureaux de conférenciers et pour les engager comme consultants bien rémunérés et membres de leur conseil consultatif. Par ailleurs, elles inondent les médecins de publicité journalistique, de quelques 90 000 aimables délégués médicaux[4]. Elles paient les universitaires afin que ceux-ci les aident à élaborer du matériel éducatif et se lient d'amitié avec des étudiants en médecine en leur offrant des cadeaux tels que des livres, des stéthoscopes ainsi que des déjeuners et des dîners gratuits. De tels dons peuvent amener certains médecins à agir dans leur propre intérêt, et non dans celui de leurs patients. La marge entre des subsides tout à fait légaux entrant dans la politique de marketing d'une industrie pharmaceutique et des pratiques illégales est parfois très mince. Mais lorsque les compensations versées aux commerciaux et aux professionnels de la médecine se traduisent en un chiffre d'affaires plus élevés, la tentation de franchir le pas devient d'autant plus grande.

Les tentations offertes par l'industrie pharmaceutique

Chercher à soudoyer des jeunes gens est particulièrement inquiétant. Il y a quelques années, j'ai participé à un exemple type de déjeuner financé par une firme pharmaceutique dans un centre universitaire de médecine. Deux délégués médicaux, dans une tenue impeccable, avaient offert le repas lors d'une conférence pédagogique ordinaire organisée à l'intention du personnel de l'institution. Les uns après les autres, les personnels de la maison et les étudiants venaient rejoindre la file qui se dirigeait vers le buffet où ils étaient chaleureusement salués par les délégués médicaux de sexe masculin leur demandant : « comment avez-vous passé le week-end ? »

ou encore « comment allez-vous ? » De toute évidence ces délégués connaissaient la maison. La file avançait lentement tandis que les participants se servaient. Nos deux délégués saisissaient donc cette opportunité pour faire la publicité de leurs produits. L'un des deux s'était stratégiquement posté en début de file et l'autre, à la fin. Ils présentaient deux de leurs nouveaux produits bien connus (et coûteux), en recommandant les dosages[5]. Et l'opération de séduction s'est poursuivie pendant le dîner. Un soir dans une pizzeria, j'ai vu un médecin résident accompagné de toute son équipe d'internes et d'étudiants manger des pizzas bien arrosées de bière en compagnie d'un représentant d'une firme pharmaceutique. Ce repas gratuit avait un double coût. Tout d'abord, le médecin devait supporter les boniments du représentant pendant le repas, et à la fin, il lui a été donné une pile de brochures à distribuer au reste de son équipe. Toutes ces boissons et ces repas font partie d'un stratagème destiné sinon à se mettre dans les bonnes grâces du docteur, du moins à attirer l'attention sur certains produits ou enfin à amener les bénéficiaires à se sentir redevables. Un tel sentiment reste problématique dans la mesure où le fait que le médecin se sente obligé vis à vis du représentant ou de sa firme ne cadre pas toujours avec ses obligations vis-à-vis de ses patients. Les pratiques de prescription des médecins ont été passées en revue dans quelques études traitant des risques liés aux campagnes promotionnelles des entreprises pharmaceutiques. Dans l'une 40 médecins qui demandaient l'ajout de nouveaux médicaments dans les formulaires pharmaceutiques de leur hôpital avaient été comparés à 80 autres qui ne demandaient pas de nouveaux médicaments[6]. D'après les statistiques, les médecins qui demandaient des ajouts étaient entre 9 et 21 fois plus susceptibles d'avoir bénéficié de repas gratuits offerts par les firmes, d'avoir accepté de l'argent pour prendre part ou intervenir lors de symposiums financés par ces firmes ou d'avoir bénéficié des financements de celles-ci pour effectuer leurs recherches. Une critique indépendante (dans la même étude) indiquait que les nouveaux médicaments ainsi sollicités présentaient peu ou pas d'avantages par rapport à ceux qui existaient déjà dans une autre étude sur les pratiques de prescription de 10 médecins ayant pris part à des symposiums financés par des firmes dans des lieux de villégiature. L'étude a démontré que les médecins ont multiplié par deux ou trois leurs prescriptions de médicaments pendant les mois qui ont suivi leur voyage[7]. Plus intéressant encore, la majorité des médecins ayant pris part à des symposiums ont laissé entendre que toutes ces attentions de la part des firmes ne les influencaient pas ; la plupart d'entre eux déclaraient, contre toute logique, que tous ces efforts déployés par les firmes ne pouvaient pas les affecter.

Les conflits d'intérêt financiers dans la recherche médicale

Fondamentalement, les grandes entreprises autant que les médecins sont impliqués dans un jeu. Les firmes pharmaceutiques disent que le marketing contribue à l'éducation des médecins qui peuvent ainsi faire des prescriptions plus appropriées. En même temps elles poussent leurs vendeurs à faire la promotion de leurs tout nouveaux produits et autorisent leurs représentants, les structures d'enseignement médical, à présenter leurs services comme étant une éducation « persuasive », tandis que les méde-

cins bénéficiant des largesses des firmes pharmaceutiques se comportent comme s'ils étaient immunisés contre leur influence. La complicité entre les médecins et les firmes est généralisée. Une étude datant de 1996 a montré que la moitié des professeurs titulaires et une proportion plus petite d'assistants conduisant les recherches en sciences de la vie ont passé des accords financiers importants avec des sociétés. Les informations importantes révélées lors de réunions médicales et dans les articles de journaux confirment cette complicité généralisée[8]. Du temps où j'occupais encore le poste de directeur de la rédaction au *New England Journal of Medicine*, les médecins n'étaient autorisés à rédiger des rapports de synthèse et des éditoriaux que dans le cas où ils n'étaient pas en conflit d'intérêt financier avec une firme (ou leurs concurrents) dont les produits étaient cités dans l'article. Dans les années 1990, il est devenu de plus en plus difficile de trouver des auteurs n'étant pas impliqués dans ce type de conflits, si bien que vers la fin de la décennie, il nous arrivait de rejeter plusieurs auteurs de renom avant d'en trouver un qui n'avait pas de conflits. Pour finir, un groupe de juristes proche des firmes a dû reconnaître l'ampleur de cette implication et écrire : « Il va de soi que la majorité des plus hautes autorités médicales de ce pays et quasiment tous les principaux conférenciers sur des sujets médicaux sont d'une façon ou d'une autre à la solde d'une ou de plusieurs firmes pharmaceutiques du pays »[9]

Plusieurs exemples précis illustreront ce problème : l'un concernant les guides pratiques le deuxième, une étude de recherche humaine, le troisième des diagnostics radiologiques et le quatrième une décision de la *Food and Drug Administration (FDA)*.

Quatre études de cas aux États-Unis

Le *National Cholesterol Education Program du National Institutes of Health* actualise régulièrement ses guides pratiques au fur et à mesure que de nouvelles données sont disponibles. La toute dernière édition, parue en juillet 2004, représentait un effort combiné de l'*American Heart Association, l'American College of Cardiology* et le *National Institute of Health*. Ces trois organismes avaient sélectionné neuf individus et leur avaient confié la tâche d'analyser tous les essais cliniques publiés depuis les derniers guides et de proposer de nouvelles recommandations. Il s'agissait d'un groupe impressionnant composé d'un nutritionniste, du responsable chargé des maladies moléculaires au sein du National Institute of Health, d'un pharmacologue de renom, d'un ancien président de l'American Heart Association ainsi que d'autres cardiologues à la réputation établie. Leurs recommandations incluaient un plus grand abaissement de la lipoprotéine hypodense (LDL) associé à un régime alimentaire, de l'exercice et un traitement au statine. Par la suite, il a été constaté que sept des neuf participants avaient des relations financières comme conférenciers payés ou consultants pour des firmes fabriquant de la statine. Ils entretenaient ce type de relations non pas avec une seule firme, mais avec trois à cinq d'entre elles. Ces connexions ne permettaient pas que l'on sache si les relations de ces éminents chercheurs avec les fabricants de statine auraient pu influencer leurs décisions[10].

En 1999, un garçon âgé de 17 ans est décédé à l'Université de Pennsylvanie quatre jours après avoir reçu des gènes d'un virus banal du rhume. Le garçon ne souffrait

que d'une insuffisance bénigne d'une certaine enzyme et avait pris part à la recherche parce qu'il croyait que ses résultats pouvaient aider d'autres personnes. Ni lui, ni ses parents n'avaient été informés que l'expérience avait auparavant présenté une certaine toxicité, ils n'avaient pas non plus été informés que le principal expert clinique et l'université avaient des intérêts financiers dans une société qui aurait pu profiter des résultats de ce travail. Le principal expert clinique a prétendu que l'argent n'avait aucun rapport avec la décision qu'il avait prise, ni avec la décision de l'institution de poursuivre ces recherches[11]. Une étude intéressante avait été rapportée dans le journal *Academic Radiology* en 2004. Il s'agissait de réexaminer 492 radiographies du thorax utilisées par 30 radiologues engagés par des cabinets d'avocats qui auraient intenté une action en justice au profit de personnes dont les poumons auraient été endommagés à la suite d'une exposition à des agents. Pour expliquer les résultats, nous appellerons ces 30 radiologues « les mercenaires ». Les auteurs de l'étude avaient fait réinterpréter les mêmes radios par six autres radiologues qui eux n'étaient pas à la solde des avocats. Nous allons les appeler « les loyalistes ». Les 36, mercenaires et loyalistes confondus, étaient classés micro lecteurs de catégorie « B » par une agence fédérale, donc avaient suivi la même formation en matière d'interprétation de radios du thorax. Les résultats sont éloquents : les mercenaires diagnostiquèrent des anomalies dans 96 à 97 pour cent des radios, tandis que les loyalistes ne trouvèrent que 4 à 6 pour cent d'anomalies. Les mercenaires déclarèrent qu'aucune des radios n'était entièrement normale, alors que pour les loyalistes, 38 pour cent de celles-ci étaient normales. Nul n'a besoin d'un test chi carré pour apprécier le gouffre qu'il y a entre les deux interprétations[12]. Mi-février 2005, un groupe consultatif du FDA s'était réuni pour décider si le rapport risques/avantages des différents inhibiteurs Cox-2 mis au point par Merck et Pfizer pouvait justifier le retrait des médicaments du marché. Cette décision était d'autant plus attendue que les risques de complications cardiovasculaires de certains médicaments étaient très élevés, plus spécialement le Vioxx, mais aussi en raison de la décision prise par Merck, seulement deux semaines plus tôt, de retirer Vioxx du marché. Les 31 membres du panel avaient voté à 31 contre 1 pour le maintien de Celebrex, décision qui ne semble pas avoir été contreversée. Cependant le vote concernant Bextra et Vioxx s'était montré plus serré. Le panel avait voté à 17 contre 13 pour le maintien de Bextra sur le marché, et à 17 contre 15 pour le retour de Vioxx sur le marché. Mais il y eut un incident lorsque l'on apprit plus tard que 10 des membres du panel entretenaient des relations d'affaires avec la majorité des firmes qui produisaient les deux médicaments, et que les médecins à la solde des firmes avaient voté à 9 contre 1 pour le maintien des deux médicaments sur le marché. Si tous ces membres controversés du panel s'étaient abstenus de voter, la recommandation aurait été de ne remettre aucun des deux produits sur le marché. Et le résultat du vote aurait été de 12 contre 8 en défaveur de Bextra et de 14 contre 8 en défaveur de Vioxx. Depuis lors, Bextra a été retiré du marché mais Vioxx et Bextra peuvent tous les deux être remis en vente si la FDA s'en tient aux recommandations du conseil consultatif[13]. La décision de la FDA affectera des millions de gens ainsi que les énormes bénéfices de deux principales firmes pharmaceutiques[14]. Certes ces exemples sont inquiétants si l'on

considère leur effet sur les soins à prodiguer aux malades, et le fait qu'ils ne soient pas tolérables d'un point de vue éthique. Pourtant, aucun ne constitue une fraude, ou un cas de corruption ouverte. Ils ne peuvent être réprimés par des moyens légaux et seuls l'État ou des organisations professionnelles sont en mesure de les châtier, mais ces derniers châtient rarement. (Voir ci-dessous).

Chaque exemple illustre parfaitement un cas de partialité flagrante, mais le problème avec chacun de ces exemples réside dans la détermination de la motivation des personnes concernées. Il est possible qu'aucun penchant pour les produits de la firme n'ait été intentionnel, pourtant les liens étroits existant entre les médecins et les firmes ont conduit inconsciemment à l'adoption de recommandations faussées. Il est même possible que les recommandations faites par les médecins, aient été complètement objectives, et que toute autre personne justifiant de la même expertise aurait abouti exactement aux mêmes résultats. Enfin, il est possible que certains médecins à la solde des firmes soient cupides et qu'ils profitent intentionnellement au détriment de la validité des informations utilisées quotidiennement par les médecins, pour s'enrichir. Dans le dernier cas, nous devons supposer qu'ils considèrent les conséquences de leurs actes sur les soins à prodiguer aux patients comme étant négligeables. Ces exemples illustrent le problème central qui se pose avec les conflits d'intérêts financiers : nous ne savons que penser[15].

Une menace pour la confiance du public

Des analyses poussées des conséquences de ces conflits d'intérêts financiers permettent d'illustrer leurs influences néfastes sur les soins administrés aux patients, l'information médicale et la confiance du public dans la profession.[16] Les subsides importants ainsi versés aux médecins peuvent avoir une influence sur la validité de l'information dont ils se servent dans leurs pratiques quotidiennes. Ils ont tendance à empêcher le corps professoral de s'investir dans des recherches bénéfiques, en le poussant à négliger leur devoir d'enseignant. Ils favorisent la confidentialité au détriment de l'ouverture, donnent un caractère privé à la connaissance en remplaçant certains biens communs par la commercialisation de la découverte. Ils ont aussi favorisé l'émergence d'une culture dans laquelle les études sont parfois calibrées de façon à produire des résultats positifs, une culture dans laquelle les mauvais résultats sont parfois dissimulés pour des raisons commerciales ; et où la partialité dans les publications et le matériel éducatif est parfois incontrôlable[17]. Tous ces facteurs concourent à décrédibiliser la médecine aux yeux du public. Les conflits d'intérêts peuvent éroder la confiance du public envers la recherche médicale, mettre en péril l'appui financier du gouvernement, faire chuter le nombre des personnes souhaitant prendre part aux tests cliniques et détruire la confiance entre les patients et leurs docteurs.

Des progrès ont été accomplis aux États Unis dans la résolution des conflits d'intérêt financiers. L'association *American Medical Colleges* a publié de nouvelles directives devant guider à la fois les individus et les institutions[18], tandis que plusieurs facultés de médecine sont actuellement en train de réviser leurs politiques en matière de conflits d'intérêts. À la suite d'un tollé au sujet des liens financiers

importants concernant plusieurs de leurs principaux chercheurs, les instituts nationaux de la santé ont publié des directives strictes en 2005, empêchant effectivement les chercheurs d'entretenir ce type de relations[19]. Le Congrès des États-Unis s'est également penché sur les problèmes évoqués ici[20]. Les firmes pharmaceutiques et l'*American Medical Association* ont toutes deux publié des directives sur la participation des médecins aux programmes des firmes, mais cela n'a pas empêché le marketing des produits par des médecins consultants ou des conférenciers.

Beaucoup reste à faire dans ce domaine. Tout don de la part des firmes devrait être interdit, y compris d'objets que l'on pourrait considérer comme utile au travail du médecin ou à son éducation. Toute collaboration avec des firmes, sauf sur des sujets d'ordre scientifique, devrait être bannie, tout comme le marketing par les médecins de produits ou d'équipements dans lesquels ils ont des intérêts financiers. La participation de médecins au bureau des conférenciers des firmes devrait être écartée. Les comités chargés de l'élaboration de lignes directrices en matière de pratique clinique et le panel consultatif de la FDA devraient comporter un minimum d'individus impliqués dans des conflits d'intérêts. Les postes de directeur de publication de revues, de responsables dans les grandes organisations professionnelles et de responsables d'institutions médicales devraient être réservés exclusivement aux individus exempts de tout conflit. Étant donné que l'élimination complète de toute forme de conflit financier relève de l'utopie, la publication complète de tous les conflits importants dans un site Web facile d'accès devrait être instituée.

Il n'est pas aisé de comprendre pourquoi les normes sur les conflits d'intérêts dans le domaine médical devraient être moindres que celles des autres professions telles que les médias. Les reporters travaillant pour les médias les plus irréprochables du point de vue de l'éthique tels le *New York Times* et CNN ne sont pas autorisés à accepter ni des cadeaux, ni des repas, ni des honoraires, ni d'être payés pour des consultations[21]. Certes, il s'agit ici d'une norme particulièrement relevée, mais d'une norme que la médecine doit adopter. Il faut placer la barre bien haut si nous voulons garder la confiance du public envers la médecine.

Notes

1. Jerome P. Kassirere est un éminent professeur du Tufts University School of Medicine et professeur adjoint de médicine et biotechnique au Encadré Western Reserve University. Il était directeur de la rédaction du *New England Journal of Medicine de* 1991 à 1999.
2. *Boston Globe* (US), 10 March 2004.
3. Jerome P. Kassirer, *On The Take : How Medicine's Complicity With Big Business Can Endanger Your Health* (New York : Oxford University Press, 2004).
4. B. Darves, « Too Close for Comfort ? Comment certains médecins Cooment certains médecins devoint leurs transactions avec les revendeurs de médicaments », *ACP Observer*, juillet/août 2003.
5. *Journal of the American Medical Association* (US), 284(2156-7), 2000.
6. *Journal of the American Medical Association* (US), 271(684-9), 1994.
7. *Chest* (US), 102(270-73), 1992.
8. *New England Journal of Medicine* (US), 335(1734-9), 1996.

9. D. J. Popeo and R. A. Samp, commentaires du Washington Legal Foundation to the Accreditation Council for Continuing Medical Education concernant un appel à commentaires du projet du 14 janvier 2003 : « Normes to Ensure the Separation of Promotion From Education Within the CME Activities of ACCME Accredited Providers », Washington Legal Foundation, 2003.
10. *Washington Post* (US), 1er août 2004.
11. *Washington Post* (US), 30 décembre 2001.
12. J. N. Gitlin, L. L. Cook, O. W. Linton et E. Garrett-Mayer, « Comparison of "B" Readers' Interpretations of Chest Radiographs for Asbestos-related Changes », *Academic Radiology*11(843-56), 2004.
13. Malgré le verdict rendu par la FDA en février 2005, autorisant le retour de Vioxx sur le marché, au moment ou nous mettons sous presse, Merck s'oppose à la cemmercialisation du produit.
14. *New York Times* (US), 25 février 2005.
15. Kassirer, *On The Take*.
16. Ibid., and Sheldon Krimsky, *Science in the Private Interest : Has the Lure of Profits Corrupted Medical Research ?* (Lantham : Rowman and Littlefield, 2003).
17. Ibid.
18. Association of American Medical Colleges (AAMC), « Protection des sujets, Préservation de la confiance, Promotion du Progres I : Politique et directives en vue de la supervision des intérêts financiers dans la recherche sur les sujets humains. », groupe de travail de l'AAMC sur les conflits d'intérêts financiers dans la recherche clinique, décembre 2001 ; « Protection des sujets, Préservation de la confiance, Promotion du Progrès II : Principes et Recommandations en vue de la supervision des intérêts financiers dans la recherche sur les sujets humains », groupe de travail de l'AAMC sur les conflits d'intérêts financiers dans la recherche clinique octobre 2002.
19. www.nih.gov/about/ethics_COI.htm
20. waysandmeans.house.gov/hearings.asp ?formmode=view&id=2933
21. « Ethical Journalism : Code of Conduct for the News and Editorial Departments », *New YorkTimes* (US), January 2003.

Promouvoir la confiance et la transparence dans les sociétés pharmaceutiques : Tour d'horizon

Harvey Bale[1]

Le vingtième siècle a vu la réalisation d'énormes progrès dans la qualité des soins prodigués aux malades dans les pays développés d'une manière générale. Pour autant, aussi bien dans les pays développés que dans les pays sous développés, les patients continuent d'attendre des traitements, des cures et des vaccins contre le SIDA, le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, la maladie d'Alzheimer et des centaines d'autres cas débilitants et constituant un danger de mort. Même des maladies anciennes que l'on croyait un moment avoir domptées ou vaincues, telles que la tuberculose, la malaria et la polio ressurgissent et constituent des dangers réels, du fait de la résistance aux traitements existant ou de défaillances dans les programmes de vaccination. La résistance biologique aux traitements actuels des infections au VIH/SIDA est en augmentation, obligeant ainsi les industries et les gouvernements à continuer à accorder de gros financements à la recherche sur ces maladies et bien

d'autres encore. Selon des études menées par des membres de l'*International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)*, l'industrie dépense plus de 50 milliards de dollars américains chaque année dans le cadre de la recherche et du développement, de la mise au point de médicaments et de vaccins. À toutes les étapes de son activité, l'industrie est soumise à une réglementation poussée prescrite par le gouvernement. La large interface entre l'industrie et le gouvernement à travers le cycle de vie des produits Pharmaceutiques entraîne à chaque fois des risques de corruption. Avant le début de tout essai clinique, il faut l'approbation du gouvernement. Pour qu'un produit soit autorisé suite aux essais, une autre autorisation formelle est nécessaire dans tous les pays où le médicament ou le vaccin sera utilisé par les patients, les médecins ou les infirmiers. Plusieurs pays décident des prix, une autre prérogative du gouvernement. Avant d'investir, les firmes ont besoin de protéger leurs innovations contre les imitateurs, une tâche également dévolue au gouvernement. Par ailleurs, certains pays pauvres sont confrontés à la menace de certaines épidémies telles que le VIH/SIDA ou la malaria, et les firmes travaillent avec les gouvernements et les ONG pour voir qui peut payer les médicaments pour ceux qui ne peuvent s'en procurer. Les gouvernements doivent s'investir, à travers les autorités douanières, en passant par les autorités publiques chargées du contrôle, le ministère de la santé et les représentants locaux, pour s'assurer que les médicaments parviennent aux groupes de patients auxquels ils sont destinés. Tous ces niveaux d'intervention des gouvernements augmentent les risques de pratiques de corruption dont la finalité est la perturbation et le sabotage du développement et de la fourniture de nouveaux médicaments et vaccins aux patients. La corruption dans la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques peut revêtir plusieurs formes : les produits peuvent être détournés ou dérobés à plusieurs niveaux du système de distribution ; les agents peuvent exiger des frais avant d'approuver les produits ou les équipements, pour faciliter les procédures de dédouanement ou pour déterminer les prix ; la violation des dispositions du code de mise en valeur de l'industrie peut perturber les professionnels de la médecine ; les pratiques de prescriptions et la demande de certaines faveurs peuvent être imposés aux fournisseurs comme monnaie d'échange pour prescrire leurs médicaments, tandis que les produits contrefaits ou de qualité douteuse peuvent être autorisés à circuler. La corruption n'a pas qu'un coût économique ; elle rend plus difficile l'atteinte de l'objectif de bien-être du patient. Face à l'impact de la corruption, l'IFPMA et d'autres entités industrielles ont pris des mesures importantes pour combattre le fléau. Toutefois, les industries et les autres parties prenantes doivent redoubler d'effort afin de prévenir et d'éviter les abus.

La nécessité de minimiser les possibilités de corruption dans la chaîne de distribution est bien illustrée dans le détournement de médicaments anti-rétroviraux bénéficiant d'un fort taux d'escompte de la firme GlaxoSmithKline (GSK) d'Afrique vers l'Europe, dévoilé en été 2002. GSK s'est engagé à fournir toute sa gamme d'ARV aux pays les plus pauvres du monde, sans rechercher de bénéfice. En moyenne, les prix pratiqués étaient de 70 pour cent inférieurs à ceux appliqués dans les pays développés. L'enregistrement de lots spéciaux dits « access » destinés aux pays cibles aurait nécessité entre 6 et 8 mois. Devant l'explosion de l'épidémie du VIH/SIDA,

GSK avait le souci de faire face à cette crise mondiale le plus tôt possible. C'est ainsi que les chargements initialement destinés à l'Afrique étaient alors expédiés dans les emballages européens. Ces médicaments étaient vendus au départ par GSK sans marge bénéficiaire à une ONG et au service des approvisionnements d'un certain ministère de la santé, en vue de leur distribution aux malades du SIDA en Afrique. Au début des opérations de vente, la firme n'avait pas encore été autorisée à utiliser des conteneurs dont la configuration aurait permis de déterminer les pays destinataires, de telles autorisations demandant du temps. C'est ainsi qu'une partie des ARV étaient détournés par des fonctionnaires d'Afrique de l'Est, presque sans laisser de traces, et renvoyés vers le marché européen, tandis que les commerçants se remplissaient les poches et que les malades africains demeuraient dans l'incapacité d'accéder aux médicaments dont ils avaient si désespérément besoin. Des poursuites sont en cours à l'encontre des personnes impliquées dans ce scandale. Ceci est un signal que de tels comportements ne sauraient être tolérés. Depuis lors, GSK a mis au point des emballages « access » pour ses principaux ARV qui sont différents de ceux destinés aux pays développés. Un autre domaine dans lequel l'industrie a été active ces dernières années est le renforcement de sa politique de vente. Les pratiques de prescriptions des professionnels de la médecine, qui sont souvent mal rémunérés dans les systèmes de santé nationaux, risquent d'être affectées par les compensations offertes par les fournisseurs en échange de l'utilisation de leurs produits et services plutôt que par l'intérêt de leurs patients. Si tout lien direct et déterminant entre les pratiques de prescription et les voyages et cadeaux offerts par l'industrie reste difficile à établir, il existe des cas où il est question de voyage avec couverture pour les conjoints, malgré le fait que le code de l'IFPMA et de nombreux autres instruments nationaux proscrivent le fait que les sociétés financent le voyage des conjoints lors des symposiums.

Les sociétés membres de l'IFPMA adhèrent à un code de marketing et de promotion qui recommande que les firmes s'abstiennent d'offrir l'hospitalité ou des cadeaux contre-indiqués aux professionnels de la médecine, qui auraient tendance à les influencer au moment de prescrire des produits pharmaceutiques.

Le code de l'IFPMA est complété par les associations membres au niveau national, par les codes éthiques commerciaux particuliers des entreprises, ainsi que par une panoplie de mesures permettant de redresser la situation lorsque des cas de violation des codes surviennent. Il s'agit d'un code basé sur l'autorégulation dont l'application est toutefois obligatoire. Les codes sont activés par des plaintes adressées à l'IFPMA ou à ses associations affiliées par des médecins, d'autres professionnels de la médecine ou par d'autres parties intéressées, et les violations s'accompagnent de publicité ou d'amendes payées dans certains pays.

La transparence est importante dans beaucoup d'autres domaines. De nouvelles initiatives importantes ont été prises au cours des deux dernières années en ce qui concerne l'approche de l'industrie pharmaceutique par rapport aux essais cliniques. Dans quelques rares cas, les firmes ont été accusées de ne divulguer que les résultats des essais cliniques favorables. Afin de donner plus de transparence aux tests cliniques effectués par les entreprises dans le cadre du développement de nouveaux médi-

caments et vaccins – en admettant qu'il y a beaucoup à gagner en terme de santé publique lorsque l'information relative aux essais cliniques est plus largement accessible aux praticiens des soins de santé, aux patients et aux autres – des registres d'essais logés dans des sites Web faciles d'accès ont été créés par des entreprises dans le but d'y porter les détails des essais qu'elles conduisent à l'attention du grand public. À partir de l'été 2005, l'industrie rend public les résultats de tous ses essais cliniques déjà effectués, ainsi que des informations sur les essais en phase de lancement, dès la première étape d'enregistrement du patient et d'engagement jusqu'aux résultats finaux. Parallèlement, afin de rendre l'information sur les essais facilement accessible à ceux qui en ont besoin, l'IFPMA est en train d'établir un portail de recherche logé dans un site web et reliant les différents registres d'essais, afin d'informer sur les essais cliniques en cours et les bases de données servant à réaliser le résumé des résultats des essais cliniques achevés. Cet emplacement unique simplifiera et facilitera l'accès aux registres et données de l'entreprise aux patients et aux professionnels de la médecine. Les dépenses de santé, et celles consacrées aux nouveaux médicaments vont inévitablement connaître une augmentation à travers le monde.

Alors que les 20 dernières années ont été marquées par la révolution de l'informatique, le prochain quart de siècle pour sa part connaîtra des avancées notables dans le domaine des sciences biologiques. La confiance du public envers les industries pharmaceutiques est cruciale, aussi les entreprises prennent-elles des mesures importantes à travers les associations affiliées pour la conserver et l'améliorer. Pour s'assurer que les patients pourront tirer profit des avancées médicales, il est également primordial de résoudre le problème d'accès, et l'une des façons d'y parvenir est d'aider à prévenir la fourniture sélective des soins de santé – par les parties prenantes aussi bien dans le secteur public que privé – sur la base de la subornation et de la corruption.

Note

1. Harvey Bale est le directeur général de l'International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations.

Lutter contre la corruption : le rôle du corps médical

John R. Williams [1]

Les médecins sont des êtres humains et, comme tout le monde, ils peuvent être tentés de placer leurs propres intérêts au-dessus de ceux des autres. Du fait qu'ils exercent une profession auto réglementée, ils sont moins surveillés que d'autres individus, et ont par conséquent plus de possibilités de dissimuler leurs comportements contraires à l'éthique. D'autre part, ils appartiennent à une profession ayant des normes éthiques très élevées et qui encourage et attend de ses membres qu'ils promeuvent ces normes.

Dans l'exercice de leur métier, les médecins font face à la corruption à tous les niveaux : dans le gouvernement, les hôpitaux, les autres centres de santé ainsi que dans leur pratique quotidienne. La plupart du temps, ils comptent parmi les victimes de la corruption, lorsqu'ils assistent au gaspillage de ressources qui auraient pu servir aux soins des patients ou encore au développement de la profession. Dans d'autre cas toutefois, il peut arriver qu'ils en soient les bénéficiaires lorsqu'ils reçoivent personnellement une part de toutes les ressources initialement destinées à un usage plus noble.

L'encadrement extensif sur le comportement des médecins procuré par leurs associations professionnelles contient rarement une compétence leur permettant de faire face à des pratiques de corruption concernant des personnes étrangères à la profession médicale.

Le problème est tout autre lorsqu'il s'agit d'eux-mêmes et de leurs collègues. Le code d'éthique international de la profession médicale élaboré par le *World Medical Association (WMA)* exhorte les médecins à toujours maintenir les normes les plus élevées de déontologie ; à ne pas laisser l'appât du gain influencer l'exercice libre et indépendant de leur jugement professionnel concernant leurs patients ; à entretenir des relations honnêtes avec les patients et les collègues, à s'efforcer de dénoncer les médecins présentant des insuffisances du point de vue de leur comportement ou de leurs compétences, ou qui pratiquent l'escroquerie ou la duperie'[2]. Ces principes généraux ont été présentés en détail dans la déclaration de principe du WMA et de ses associations médicales nationales affiliées. Il faut rappeler que le terme corruption apparaît rarement dans les déclarations de principe des associations médicales. Celles-ci parlent de comportement « contraire à l'éthique » ou « contraire à la déontologie » et couvrent un large spectre de méfaits, allant de l'impolitesse, aux divers niveaux de conflits d'intérêts, voire même jusqu'à l'euthanasie. La corruption peut être considérée comme une forme extrême de conflit d'intérêts, où le médecin bénéficie d'avantages personnels substantiels au détriment d'autrui, que ce soient des individus, des institutions ou la société en général. La majorité des documents professionnels de politique générale traitent de formes de conflits d'intérêts considérées comme « douces » où il n'est pas clairement établi qu'il y a un méfait.

Ci-après, je décris des activités supposées empêcher ou traiter de ce type de conflits d'intérêts existant entre les médecins et les industries pharmaceutiques. Les conflits d'intérêts inhérents à la relation entre les médecins et l'industrie sont abordés quelque part dans le présent volume. (Voir « L'influence corruptrice de l'argent sur la médecine », p. 106). Dès la fin des années 1980, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les groupes industriels et les associations médicales nationales avaient commencé à produire des directives devant réguler ce type de relations. En 1988, l'assemblée générale de l'OMS avait adopté une résolution prescrivant un ensemble de critères éthiques pour la promotion des drogues médicinales[3]. En 1991 la *Canadian Medical Association* avait adopté des directives devant réglementer les relations entre les médecins et l'industrie pharmaceutique[4], suivi par plusieurs autres associations professionnelles dont l'*American Medical Association* en 1992[5], la *Finnish Medical Association* en 1993[6] l'*Australian Medical Association* en 1994[7] la *Israeli*

Medical Association en 2004[8], la *World Medical Association* en 2004[9]. Ces directives traitent des dons faits aux médecins, de la poursuite de l'éducation médicale/du développement professionnel, de la recherche financée par l'industrie et des échantillons médicaux. Bien que le but premier de ces directives soit d'éviter les conflits entre les médecins et les patients, elles s'appliquent également aux conflits entre les intérêts des médecins et ceux de la société en général, par exemple le bien-fondé de prescrire des médicaments payés à travers des sources publiques.

La principale raison pour laquelle le WMA a mis du temps à produire ces directives est l'inégalité des chances d'accès des médecins aux activités continues de développement professionnel à travers le monde. Dans les pays les moins avancés, l'industrie pharmaceutique constitue le plus souvent la seule source de financement pouvant permettre aux médecins de prendre part à des conférences, tandis que dans les pays plus nantis, une telle relation serait considérée comme un conflit d'intérêts inacceptable pour les médecins.

Ces documents de politique générale s'adressent à des médecins à titre individuel, aux organisateurs de réunions pédagogiques et aux ordres des médecins. Bien qu'ils soient de nature plus éthique que légale donc généralement non contraignants, il existe plusieurs mécanismes pouvant les transformer en instruments applicables, autant pour ceux qui génèrent les incitations aux conflits d'intérêts (les industries pharmaceutiques) que pour ceux à qui elles sont destinées (les médecins et les autres professionnels de la santé). L'industrie pharmaceutique est de plus en plus soumise aux lois et règlements en ce qui concerne ses activités promotionnelles et éducatives en relation avec les médecins[10]. Dans certains pays, les conférences médicales ne sont pas éligibles aux crédits de développement professionnel continu, à moins qu'elles ne se soumettent à une réglementation stricte pour bénéficier des financements des industries[11]. Certains organes chargés de l'attribution de licences aux médecins ont commencé à définir les limites acceptables à fixer dans les relations entre les médecins et l'industrie, tout en prévenant les médecins du fait que dépasser ces seuils les expose à des sanctions disciplinaires. Les progrès enregistrés dans ce domaine ont été lents, et cela pour plusieurs raisons ; il y a par exemple la difficulté à contrôler les relations entre les médecins et l'industrie, et la nécessité de traiter des cas de fautes plus lourdes commises par les médecins, telles que le meurtre et les agressions sexuelles sur les patients. À moins que les autorités chargées de la gestion de médecins ne définissent avec plus de précision les règles codifiant le comportement des médecins par rapport aux conflits d'intérêts, et à moins qu'elles ne reçoivent des ressources supplémentaires leur permettant de les appliquer, la conscience de chaque médecin restera la ressource principale permettant d'identifier et de résoudre les conflits d'intérêts.

Plusieurs programmes éducatifs existent qui informent les médecins sur la façon dont ils peuvent éviter les situations de conflits d'intérêts avec l'industrie. L'*American Medical Association,* l'ordre des médecins américain a développé une ressource informatique en ligne pour l'autoanalyse des médecins[12], tandis qu'un groupe d'intervenants en matière de santé développait le site Web « No Free Lunch »[13] afin d'encourager leurs collègues à conserver une indépendance complète vis-à-vis de l'industrie dans leurs activités cliniques et pédagogiques. Dans le domaine de la recherche médi-

cale, où l'on a relevé beaucoup de comportements contraires à l'éthique ces dernières années, les ressources pédagogiques devant favoriser un comportement responsable dans la recherche sont nombreuses, et plusieurs institutions exigent aujourd'hui des chercheurs qu'ils démontrent leur connaissance des principes de base du comportement responsable dans la recherche. L'efficacité des mesures éducatives dans ce domaine reste difficile à évaluer. Certes les mécanismes d'exécution peuvent être plus efficaces mais leur mise en œuvre coûte cher.

Le meilleur espoir d'améliorer le comportement des médecins réside dans une combinaison de normes raisonnables et bien informées ; l'éducation permanente sur les normes et leurs fondements (débutant dans les écoles de médecine et se poursuivant à d'autres niveaux) ; la pression de la part des pairs, des collègues et des associations médicales ; une réglementation plus stricte de l'implication de l'industrie dans la recherche et la pratique médicale de la part du gouvernement ; et la menace d'une action disciplinaire en cas de non respect délibéré des normes. Toutefois, à moins que toutes les parties prenantes ne coopèrent pour trouver une solution au problème de conflits d'intérêts en matière de soins de santé, il sera difficile d'enregistrer des progrès.

Notes

1. John R. Williams est directeur chargé des questions d'éthique au World Medical Association. Les opinions exprimées dans le présent article sont les siennes, et non pas celles du World Medical Association.
2. www.wma.net/e/policy/c8. htm
3. Organisation Mondiale de la Santé, *Ethical Criteria for Medicinal Drug Promotion* (Geneva : WHO, 1988).
4. www.cma.ca//multimedia/staticContent/HTML/N0/l2/where_we_stand/ physicians_and _the_pharmaceutical_informelstry.pdf
5. www.ama-assn.org/ama/pub/category/4001. html
6. www.laakariliitto.fi/e/ethics/informelstry.html
7. www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-5GJ7MH
8. www.pharma-israel.org.il/eng/htmls/article.aspx ?C1004=578&BSP=4
9. www.wma.net/e/policy/r2. htm
10. Voir Susan Chimonas et David J. Rothman, « New Federal Guidelines For Physician-Pharmaceutical Informelstry Relations : The Politics Of Policy Formation », *Health Affairs* 24(4), 2005 and House of Commons Health Committee, « The Influence of the Pharmaceutical Informelstry », 22 March 2005, www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42. pdf
11. par exemple, les Standards for Commercial Support of the US Accreditation Council forContinuingMedicalEducation, disponible dans www.accme.org/dir_docs/doc_upload/68b2902afb73-44d1-8725-80a1504e520c_uploaddocument.pdf
12. www.ama-assn.org/ama/pub/category/8405. html
13. www.nofreelunch.org/

La lutte contre les médicaments contrefaits au Nigeria

Dora Akunyili[1]

La présence de médicaments de qualité douteuse et contrefaits dans les rues des villes nigérianes a augmenté à la suite de la privatisation de la distribution des produits pharmaceutiques survenue en 1968. L'absence d'une législation appropriée et de contrôle a permis que des licences d'importation soient facilement délivrées à des sociétés non qualifiées ; c'est ainsi que la législation en matière de médicaments était bafouée impunément. Les sociétés produisant des médicaments de qualité n'arrivaient pas à soutenir la concurrence face à celles qui escamotaient les principes actifs ou ré-étiquetaient les produits périmés pour les remettre sur le marché. Pour l'utilisateur de faux produits, la conséquence était soit une maladie de longue durée, des dégâts causés à des organes ou la mort. Bien que les médicaments contrefaits restent un problème majeur au Nigeria, la situation a changé depuis 2000, grâce à une combinaison de campagnes de sensibilisation à l'intention des utilisateurs potentiels des produits contrefaits, des épreuves et des mesures correctives plus rigoureuses.

La *National Agency for Food and Drug Administration and Control (NAFDAC)*, l'Agence de contrôle des produits pharmaceutiques du Nigeria a été au centre de tous ces efforts. Une étude préliminaire menée en avril 2001 au moment où l'actuel directeur de la NAFDAC entrait en fonction a montré que 63 pour cent des médicaments utilisés au Nigeria n'étaient pas enregistrés au NAFDAC, ce qui constituait une indication de contrefaçon[2]. Cette même étude reprise en 2004 a révélé une réduction de 80 pour cent du taux de produits contrefaits dans le pays.

La fabrication de produits de contrefaçon est un problème planétaire, quoique la définition de ce qui constitue une contrefaçon varie d'un pays a l'autre, rendant le contrôle difficile. L'OMS définit le médicament de contrefaçon comme étant « celui qui est délibérément et frauduleusement mal étiqueté par rapport à son identité et/ou sa provenance ».

La contrefaçon concerne autant les produits de marque que les génériques, et la contrefaçon peut renvoyer à la fois à des produits ayant des ingrédients adéquats autant qu'à ceux ayant des composants inadéquats, à des produits de principes actifs, et avec des principes actifs insuffisants, ou enfin à des produits avec un faux emballage[3]. Au Nigeria, la NAFDAC a identifié toutes les formes de produits contrefaits. Il s'agit de produits ne contenant pas de principe actif, mais simplement du lactose, de la craie ou de l'huile d'olive ; des préparations à base d'herbes toxiques, inefficaces et mélangées à des produits orthodoxes ; des produits périmés et réétiquetés ; des produits ne comportant pas le nom entier et l'adresse du fabriquant, et des produits n'ayant pas été certifiés et enregistrés par le NAFDAC.

Les agents corrompus protègent les contrefacteurs

La contrefaçon des médicaments constitue un marché fort lucratif, tel que l'ont découvert de nombreux syndicats du crime organisé. Par ailleurs, elle comporte relativement moins de risques si on la compare avec les narcotiques, ou le trafic des

armes. Le faible risque peut être délibéré : selon l'OMS, la corruption et les conflits d'intérêts constituent les moteurs d'une mauvaise législation qui, à son tour, encourage la contrefaçon des médicaments. La corruption et les conflits d'intérêts font en sorte que les lois ne soient pas appliquées et les criminels, pas interpellés, poursuivis et condamnés[4]. Un exemple de la complicité des autorités avec les organisations qui falsifient ou vendent des médicaments de contrefaçon est la falsification des certificats d'embarquement. En 2002, un conteneur de 20 pieds contenant du Napfen (comprimés d'ibuprofen) débarqué au port d'Apapa avait été frauduleusement déclaré comme contenant des pièces détachées de motocyclettes, dans le but de contourner la réglementation de la NAFDAC. Le chargement avait été libéré par les agents de douane, puis intercepté plus tard par la NAFDAC. Des conteneurs de même taille interceptés plus tard cette même année contenaient des injections de gentamycine, de l'huile de foie de morue « Seven Seas » dans une caisse et des capsules de Tramal importées du Pakistan, dans une seconde. Les médicaments avaient été découverts par l'Autorité d'Inspection portuaire, qui avait été créée par l'administration actuelle de la NAFDAC.

Peu après l'installation de l'administration actuelle, des agents de la NAFDAC eux aussi s'étaient rendus coupables de pratiques de corruption dans une série de cas délicats. Deux agents de la NAFDAC avaient été licenciés et réprimandés publiquement pour avoir accordé la mainlevée à des produits importés sans les avoir inspectés en 2002. Dans l'État d'Akwa Ibom, deux cadres de la NAFDAC avaient été surpris extorquant de l'argent à la *Nigerian Association of Patent Medicine Dealers*, puis licenciés en 2003.

Il n'y a pas si longtemps, les personnels de la NAFDAC étaient autorisés à prélever des cartons de produits coûteux en guise d'échantillons, qu'ils pouvaient par la suite revendre. Cela a donné lieu à la pratique délibérée du suréchantillonnage et suscité une levée de boucliers de la part de l'industrie. Pour y remédier, la NAFDAC avait adopté des directives claires en matière d'échantillonnage, et avait fait circuler l'information sur la bonne taille des échantillons, à l'intention des employés et des sociétés. Les nouvelles directives interdisent également aux agents de la NAFDAC d'accepter le transport gratuit, des repas ou des dons de la part des sociétés au sein desquelles ils effectuent leur contrôle. Bien au contraire, les inspecteurs sont pourvus des ressources nécessaires à l'accomplissement de leur mission. La procédure d'enregistrement offre une autre opportunité de corruption aux agents de la NAFDAC. Il n'est pas rare jusqu'à présent que l'enregistrement d'un produit prenne deux ans ou même davantage, en dépit du fait que la récente rationalisation et l'informatisation de la procédure aient ramené les délais de traitement à deux ou trois mois dans la majorité des cas. Les quelques retards encore observés sont en partie dus à l'inefficacité, mais la corruption y joue aussi un rôle lorsque des agents de la NAFDAC se mettent à traîner le pas et à exiger des dessous-de-table aux usagers pour accélérer la procédure. Des guides à l'intention des personnels ont été distribués aux sociétés pour éviter que les usines continuent d'être vulnérables à l'escroquerie. Les cadres de la NAFDAC s'exposent à une suspension, une rétrogradation ou au renvoi s'ils sont reconnus coupables de corruption.

Une législation inadaptée aggrave le problème

Le Nigeria dispose d'une panoplie de lois en matière de contrôle des médicaments qui sont devenues difficiles à appliquer, qui se chevauchent et parfois s'opposent. Résultat, le cadre légal ne dissuade pas les faussaires, ou se met si lentement en branle une fois qu'il y a des soupçons de méfaits, que les suspects sont rarement traînés devant les tribunaux. Les sanctions appliquées pour certaines infractions liées à la contrefaçon ne sont pas proportionnelles à la gravité du crime commis. Par exemple, la sanction maximale pour non respect du décret statuant sur la contrefaçon ou les faux médicaments et le mauvais conditionnement des aliments se chiffre à moins de 500 000 Naira (3 600 dollars américains), ou une peine de prison de 5 à 15 ans. Convaincue de ce que ce niveau de sanctions ne décourage pas les délinquants, la NAFDAC demande une révision de la législation. Les autorités judiciaires refusent parfois de frapper les faussaires et les importateurs de faux produits, même lorsque la NAFDAC apporte la preuve du méfait. Par exemple, un importateur de faux produits bien connu du nom de Marcel Nnakwe, avait été interpellé trois fois en 1997 pour avoir importé pour une valeur de plus de 19 millions de Nairas (137 700 dollars américains), mais il était protégé par un juge qui avait délivré une injonction interlocutoire empêchant la NAFDAC d'intenter une autre action, sans l'autorisation du tribunal. Un mois plus tard, l'actuelle administration de la NAFDAC entrait en fonction, une équipe d'agents de contrôle réglementaire et d'experts juridiques était invitée à procéder à la révision des lois devenues obsolètes, et à recommander des amendements détaillés. La révision a été effectuée et au moment où nous mettions sous presse, le projet de révision était devant les députés.

La législation discriminatoire des pays exportateurs

Dans plusieurs pays, un contrôle plus laxiste des médicaments destinés à l'exportation a compromis la qualité de ceux-ci au niveau du marché mondial. Un cas vécu récemment au Nigeria concernait l'importation de faux comprimés de paracétamol mal conditionnés et étiquetés « à ne pas utiliser en Asie du Sud Est ». La mauvaise réglementation des exportations en provenance des pays à économies de transformation expose les pays dont la législation est inexistante ou mauvaise au dumping de produits pharmaceutiques de contrefaçon.

Il existe 84 sociétés de fabrication de produits pharmaceutiques au Nigeria, et toutes mises ensemble satisfont moins de 30 pour cent des besoins du pays : le reste est importé. L'essentiel des produits de contrefaçon provient d'Asie, dont 98 pour cent de la Chine et de l'Inde. Dix-neuf firmes pharmaceutiques, majoritairement indiennes et chinoises avaient été inscrites sur la liste noire et interdites d'importer des médicaments vers le Nigeria en 2001, et douze autres étaient bannies en 2004. Récemment, la NAFDAC a interdit l'importation de produits estampillés « pour exportation seulement ». Les autres facteurs qui militent en défaveur d'une législation inefficace tout en encourageant la contrefaçon sont : l'ignorance et le manque de sensibilisation du public sur le phénomène ; un système de distribution de médi-

caments chaotique ; une publicité mensongère ; une demande en médicaments supérieure à l'offre ; un appui inadéquat apporté aux autorités de réglementation ; des financements insuffisants et un manque de coopération entre les différentes agences gouvernementales ; de fausses déclarations de la part des importateurs ; la sophistication des produits manufacturés clandestins, et une utilisation irrationnelle des médicaments, rendant la demande difficile à maîtriser.

Rôle et avenir de la NAFDAC

La double stratégie de la NAFDAC consistant d'une part à créer un environnement régulateur fort tout en prônant la tolérance zéro contre les produits de contrefaçon à travers des campagnes de sensibilisation semble porter ses fruits. Des jingles, des interviews dans les media, des campagnes de sensibilisation et des avis dans la presse nationale publiant les médicaments déclarés faux contribuent à lever le voile du secret sur le problème[5]. Des efforts ont été faits pour stopper les faux médicaments depuis la source ; la surveillance à tous les ports d'entrée a été modernisée ; plusieurs médicaments de contrefaçon ont été nettoyés par l'agence ; les pratiques exemplaires des fabricants locaux sont placées sous surveillance ; des guides d'homologation ont été modernisés et font l'objet d'une stricte application.

Mais le succès a un prix. La férocité avec laquelle les faussaires ont cherché à saboter notre travail ces dernières années constitue un témoignage de nos réalisations. Pendant le temps où j'étais le patron de la NADAC, ma famille et moi-même avons été à maintes reprises menacés de mort et, en décembre 2003, nous avons échappé de justesse à une tentative d'assassinat. Il faut redoubler d'efforts dans la lutte contre les médicaments de contrefaçon. Pour renforcer les efforts faits par chaque pays, la communauté internationale doit se rendre compte que les pays pauvres n'ont ni les moyens ni le personnel, ni la technologie nécessaires pour pouvoir résoudre efficacement le problème. La NAFDAC prône fortement l'harmonisation de la législation relative aux produits pharmaceutiques sur le marché international, ainsi que l'institution d'une convention internationale en matière de lutte contre les médicaments de contrefaçon, semblable à celle sur les substances psychotropes. Il faut par ailleurs que la communauté internationale reconnaisse la lutte contre les médicaments de contrefaçon comme étant une intervention sanitaire d'urgence.

Notes

1. Dora Akunyili est directeur général de la National Agency for Food and Drug Administration and Control (NAFDAC), Nigeria. Son mandat de cinq ans expire en avril 2005. Elle a été la lauréate de TI's Integrity Award en 2003.
2. Ijeoma Nnani et al., Baseline Study to Ascertain the Level and Quality of Unregistered Drugs on the Market (NAFDAC, 2001). GC2006 01 part1 99 8/11/05 17:55:08
3. *WHO Drug Information* 6(2), 1992.
4. WHO (1999) *Counterfeit Drugs. Guidelines for the Development of Measures to Combat Counterfeit Drugs* (Geneva : WHO, 1999).

5. Ibid., and D. N. Akunyili, « Understanding the Problem : The African Perspective with Special Emphasis on Nigeria », Global Forum on Pharmaceutical Anti-Counterfeiting (22-25 September 2002), Geneva Switzerland.

Encadré 5.2 La corruption au Ministère de la Santé Publique en Thaïlande[1]

Le *Rural Doctors Forum (RDF)*[2] de Thaïlande a vu le jour pendant les manifestations étudiantes de 1973, avec l'engagement idéologique de se mettre au service des populations rurales. Cette position politique les a aussitôt mis en porte à faux avec le gouvernement. Vers la fin des années 1970 toutefois, le chef du RDF s'était vu offrir un poste de responsabilité au sein du Ministère de la santé publique, lequel avait fini par reconnaître le Forum comme un interlocuteur pouvant permettre de résoudre le problème de la décentralisation des services de santé dans les zones rurales[3]. En 1998, le RDF s'était désolidarisé des activités du Ministère pour dénoncer les pratiques de corruption ayant cours dans le système d'approvisionnements en médicaments et fournitures médicales. Il arguait que ses membres avaient été ordonnés par les autorités centrales de s'approvisionner auprès de certaines sociétés et non pas auprès d'autres, et à des prix deux ou trois fois supérieurs à la normale. Il avançait aussi que les gestionnaires avaient mis sur pied un régime qui encourageait la corruption à travers la suppression des prix plafonds des médicaments et le changement des mesures budgétaires, afin de permettre aux responsables provinciaux, plutôt qu'aux responsables de chaque hôpital de gérer les approvisionnements. Cette dernière manœuvre permettait aux responsables du gouvernement central de s'immiscer dans les approvisionnements dans un but égoïste. Le président du RDF avait adressé une lettre ouverte au Premier ministre demandant qu'une enquête soit diligentée. Le RDF et une autre association professionnelle, le *Rural Pharmacists Forum (RPF)*, s'étaient aussitôt mis à recueillir des preuves de corruption, en encourageant leurs membres à se constituer témoins. Ils s'étaient également rapprochés des réseaux d'ONG tels le *Drug Study Group et le Consumers Protection Group*, pour former une coalition de 30 organisations militant contre la corruption dans les approvisionnements médicaux. La coalition fournissait des informations aux médias et au public, et avait déposé une pétition auprès du tribunal dans le but de contraindre la National Counter Corruption Commission à donner des informations à ce sujet. Le tribunal leur avait donné gain de cause et les informations avaient été divulguées. La commission qui avait été mise sur pied pour investiguer sur le cas avait confirmé qu'effectivement des politiques et des fonctionnaires pratiquaient la corruption au sein du ministère[4]. C'est ainsi qu'elle avait recommandé la réforme du système des approvisionnements afin de promouvoir la transparence et la responsabilité, et que les personnes reconnues coupables d'actes de corruption soient punies à travers un comité libre et neutre. Cette initiative avait entraîné la démission de deux ministres[5], tandis que plusieurs cadres supérieurs et moyens étaient renvoyés ou recevaient des blâmes. Rakkiat Sukthana, alors Ministre de la santé publique avait par la suite été jugé coupable d'avoir accepté des pots-de-vin offerts par les firmes pharmaceutiques et condamné à une peine de prison de 15 ans en novembre 2004[6]. En dépit de cette victoire il y a toujours des appels pour que d'autres hommes politique et hauts fonctionnaires soient traînés devant les tribunaux[7]. Tout le monde avait compris que les recommandations faites par la commission, allant dans le sens de la reforme du système des approvisionnements devant permettre d'éviter la corruption, avaient été ignorées[8]. Mais une meilleure coordination de la part des organisations civiques, lesquelles ignoraient auparavant presque tout des ▸

activités les unes des autres, pourra leur permettre à l'avenir de promouvoir la transparence et d'exercer des pressions sur le gouvernement[9].

Le rôle du RDF et du RPF dans cette situation avait été très déterminant, au regard des postes qu'occupaient leurs membres dont la plupart étaient des professionnels de la médecine et avaient donc le privilège d'avoir accès à des informations telles que les changements dans les allocations budgétaires, tout en conservant leur indépendance, et sans être obligés de se compromettre[10]. Une telle indépendance s'explique à la fois par le fait que plusieurs médecins exerçant en milieu rural étaient impliqués dans des ONG du domaine de la santé publique, ainsi que par la réputation du RDF qui se présente comme une force luttant pour la reforme de la santé publique[11].

Stuart Cameron (Institute of Development Studies, UK)

Notes

1. Le présent compte rendu s'inspire de « Two Encadré Studies of Corruption in Medicine and Medicine Supplies Procurement in the Ministry of Public Health : Civil Society and Movement AgainstCorruption » de N. Trirat, Institute of Development Studies, UK : Civil Society and Governance Programme Working Paper, 2000 ; S. Wongchanglaw, « Encadré Study : Citizen Mobilisation in the FightAgainst Corruption : The Encadré of Health-Care Funding in Thailand », paper written for the Open Government Forum held in Seoul, February 2003, voir www.thinkcentreasia.org/documents/healthcarecorruptionthailand.html ; U. Tumkosit, « Two Encadré Studies of Corruption in Medicine and Medicine Supplies Procurement in the Ministry of Public Health : A Framework of Relationships between Civil Society and Good Governance », Institute of Development Studies, UK : Civil Society and Governance Programme Working Paper, 2000.
2. Parfois désigné comme the Rural Doctors Society.
3. Trirat, « Two Encadré Studies of Corruption ».
4. Wongchanglaw, « Encadré Study ».
5. Dr Rakkiat (peut aussi être épelé, Rakkied) Sukthana avait démissionné le 15 September 1998 et le vice ministre de la santé publique Teerawat Siriwanasarn avait démissionné le 20 septembre 1998.
6. The Nation (Thaïlande), 2 novembre 2004.
7. Pasuk Phongpaichit, « Corruption, Governance and Globalisation : Lessons from the New Thailand »,Corner House Briefing 29, 2003, www.thecornerhouse.org.uk/item.shtml ?x=51987
8. Trirat, « Two Encadrés of Corruption ».
9. Wongchanglaw, « Encadré Study », and Tumkosit, « Two Encadré Studies ».
10. « In one sense, it [the RDF] is inside the ministry it is attacking… But in another sense, the Rural Doctors Society is not an official part of the ministry structure. It is just a chomrom (club). » Voir C. Noi, « Six Rules for Fighting Corruption », The Nation (Thailand), 15 November 1998. Disponibleà www.geocities.com/changnoi2/ruraldoc.htm
11. Trirat, « Two Encadrés of Corruption ».

Encadré 5.3 Les abus de l'Office de contrôle des médicaments du Karnataka en Inde[1]

Le Karnataka *Lokayukta* (KLA) est une cour statutaire chargée de l'amélioration des normes de l'administration publique dans l'État du Karnataka, en Inde. Bien que d'autres États indiens disposent de *lokayuktas*, le KLA se distingue par le fait qu'il bénéficie d'un meilleur financement – son budget pour l'exercice 2002-2003 se chiffrait à environ 72 millions de Roupies (1,7 millions de dollars américains environ) – et est placé sous la direction éclairée d'un juge retraité à la réputation établie, le juge Venkatachala. Cette cour a la possibilité d'enquêter en justice et de porter réclamation contre des institutions publiques, par le biais de la police et d'orienter les autorités compétentes à prendre les mesures souhaitées lorsque le grief est justifié. Son action dans le domaine de la santé à consisté en des visites inopinées dans des hôpitaux à la recherche des cas de paiement de pots-de-vin, l'exigence pour les hôpitaux d'afficher des notices publiques indiquant les médicaments disponibles, les frais à payer pour le service, ainsi que le type d'équipements et services existant. Les ONG apportent souvent une contribution très importante aux enquêtes du KLA. Un médecin et activiste du *Drug Action Forum (DAF)*, un groupe militant pour la promotion et la politique médicale, avait adressé une plainte au KLA en 2003, dénonçant des pratique illicites ayant cours dans des services du responsable de la réglementation pharmaceutique (ODC).

Une enquête préliminaire avait révélé un certain nombre d'irrégularités. Le rôle de cette structure est de s'assurer que seuls les médicaments autorisés et conformes aux normes soient vendus. Plusieurs médicaments ne répondant pas aux normes avaient été découverts, mais les résultats des tests n'avaient été livrés que plusieurs mois plus tard, et rien n'avait été fait pour les retirer de la vente. Rien non plus n'avait été fait contre les sociétés qui les fabriquaient. Pendant ce temps, ces mauvais médicaments avaient eu largement le temps d'être écoulés. Il avait été découvert que les sociétés qui payaient des pots-de-vin étaient autorisées à bafouer les lois régissant les médicaments, tandis que celles qui refusaient de payer étaient soumises au harcèlement. Parmi les autres irrégularités constatées, il y avait la non application des contrôles des prix et l'acceptation des pots-de-vin. Les attributions de l'ODC incluaient également l'octroi des licences aux banques de sang, mais il s'acquittait de cette tâche en se préoccupant peu du respect des normes et du contrôle. L'enquête avait révélé qu'une plainte avait été déposée au sujet d'une banque de sang dans le district de Gulbarga qui avait donné du sang contaminé avec le virus du HIV, mais rien n'avait été fait en retour. Devant ces constats, le KLA avait dû convoquer une réunion regroupant plus de 50 agents de l'ODC. Pendant la réunion, il avait été révélé qu'il était demandé à chaque inspecteur de verser 20 000 Roupies (environ 560 dollars américains) tous les six mois au contrôleur des produits pharmaceutiques qui à son tour remettait cet argent au ministre de la santé[2]. Les auditions étaient ouvertes aux medias, avec des conséquences désastreuses pour l'ancien ministre, qui avait également été impliqué. Pour essayer de limiter les dégâts, l'ODC avait suspendu les trois agents qui collaboraient dans le cadre de l'enquête, mais le KLA avait menacé de poursuivre le gouvernement pour obstruction à la justice si les trois agents n'étaient pas réhabilités et protégés. Le rapport final de l'ODC demandait au gouvernement de suspendre les trois cadres supérieurs de l'ODC, sans toutefois impliquer le ministre de la santé[3]. Les trois cadres supérieurs avaient bel et bien été suspen-

▸

dus pour mauvaise conduite et abandon de poste en octobre 2004[4]. Mais les pouvoirs du *Lokayukta*' ont des limites : il n'est pas habilité à relever une personne de ses fonctions sans l'autorisation du gouvernement central ou de l'État, ou encore d'un supérieur hiérarchique travaillant dans la même direction que la personne mise en cause. Il revenait désormais au public via les médias de faire pression sur le gouvernement afin que celui-ci agisse dans le sens de ses recommandations. Il est encore tôt pour dire si la pression ainsi exercée a suffi pour introduire des réformes viables au sein de l'ODC. L'implication du DAF dans ce cas a été déterminante. Les difficultés sont évidentes pour des personnes ordinaires adressant une plainte à une cour telle le KLA. La procédure judiciaire est lente et compliquée, et peut parfois paraître déconcertante. Il peut arriver que les patients ne soient pas informés de leurs droits ou des normes sanitaires, aussi peuvent-ils avoir peur que l'on refuse de leur rendre service s'ils déposent une plainte officielle. Par ailleurs, la pression faite par des groupes de pression tels que le DAF peut fournir des renseignements détaillés, nécessaires à la poursuite des enquêtes.

Stuart Cameron (Institute of Development Studies, UK)

Notes

1. Le present compte rendu s'inspire de deux articles de Asha George : « We Need to Fix This Leaky Vessel » et « Small Steps Ahead » publiés dans Humanscape Magazine 10(9) 2003, et 10(10) 2003, respectivement. Voir www.humanscape.org/Humanscape/new/sept03/ weneedto.htm and www.humanscape.org/Humanscape/new/october03/smallsteps.htm The issues were uncovered by Anuradha Rao, in « Karnataka Lokayukta : Initiatives in the Public Health Sector : A review », Mimeo, Bangalore : Public Affairs Centre, 2003.
2. Humanscape Magazine 10(10), 2003.
3. Deccan Herald (India), 1er octobre 2003 ; The Hinformel (India), 1 October 2003.
4. Deccan Herald (India), 3 October 2004. The officials werethe Drugs Controller, AnandRajashekar, the Additional Drugs Controller, H. Jayaram, et the Deputy Drugs Controller, B. G. Prabhakumar.

6 La corruption et le VIH/SIDA

Quelque 5 000 manifestants avaient pris part à une marche vers la cour constitutionnelle à Johannesburg le 2 mai 2002, pour protester contre l'appel interjeté par le gouvernement par rapport à une décision de justice l'obligeant à fournir un médicament important contre le Sida aux femmes enceintes atteintes par le VIH. (Themba Hadebe/AP).

Certes la corruption qui touche les domaines de la prévention et du traitement du HIV/SIDA n'est pas très différente des autre formes de corruption rencontrées dans les autres domaines du secteur de la santé, mais l'importance de la pandémie, la stigmatisation qu'entraîne la maladie, et le coût élevé des médicaments donnent des proportions gigantesques au problème. La solution au problème du HIV/SIDA doit passer par une augmentation des fonds destinés à l'achat des médicaments. Mais l'augmentation des budgets, sans laisser leur place aux mécanismes de lutte contre la corruption nécessaires pour garantir leur bonne utilisation, ne peut qu'offrir de nouvelles opportunités de corruption. Une étude de cas du Kenya présente un scénario catastrophe de corruption et de gaspillage au sein de l'organe national chargé de la coordination des programmes de prévention du SIDA. Une

étude du Fonds Mondial a montré que l'implication de toutes les parties prenantes dans l'élaboration des programmes, des gouvernements aux ONG en passant par les cibles elles-mêmes, est susceptible d'aider à la mise sur pied de mesures de sauvegarde contre la corruption.

Le lien entre la corruption et le VIH/SIDA

Liz Tayler and Clare Dickinson[1]

Si l'on ne peut établir un lien de causalité entre la corruption et la propagation du VIH, il est évident que la corruption fait obstacle aux efforts de prévention de l'infection et de traitement du SIDA dans de nombreuses parties du monde. Les rouages de la corruption qui touche la prévention et le traitement du VIH/SIDA ne sont pas fondamentalement différents de ceux affectant le domaine de la santé en général : processus d'approvisionnement opaque, détournement des fonds destinés aux dépenses de santé et paiements informels exigés pour des services censés être gratuits. La différence se situe au niveau de l'ampleur du problème et du caractère chronique de la maladie, habituellement mortelle et souvent stigmatisée, qui ne peut être combattue qu'avec des médicaments d'un coût élevé. Qui plus est, les personnes chargées de la lutte contre la corruption peuvent elles-mêmes être atteintes du SIDA. Tous ces facteurs créent une vulnérabilité particulière au phénomène de la corruption. La prévention et le traitement du SIDA offrent de multiples occasions de corruption. Dans les programmes de prévention, la corruption se manifeste à travers la présentation de fausses demandes pour le financement d'activités de sensibilisation fictives ou pour des matériels jamais acquis. La corruption se manifeste dans les programmes visant à réduire les effets socio économiques de la maladie sur les victimes et leurs familles, tels que les programmes de nutrition ou d'appui à la scolarité. La corruption peut aussi contribuer directement à l'infection lorsque des mesures relativement peu coûteuses, telles que l'utilisation de séringues stérilisées, et le dépistage des dons de sang, sont ignorées parce que la corruption dans le processus d'approvisionnement ou de distribution bloque la livraison du matériel. Subsidiairement, les travailleurs de la santé peuvent utiliser du matériel non stérile pour se faire un peu d'argent en exigeant des paiements illicites aux patients souhaitant utiliser un matériel propre.

Mais les programmes de traitement sont les plus exposés. L'argent destiné à l'achat de médicaments de grande valeur, peut être détourné à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement et de distribution. Au sommet de l'échelle, l'on retrouve le vol perpétré par les ministères et les structures nationales de lutte contre le SIDA, des fonds destinés au traitement, ainsi que le détournement et la contrefaçon des médicaments. Au bas de l'échelle, nous avons les médecins qui extorquent des pourboires pour donner des médicaments, et des patients qui vendent leurs propres médicaments, parce que c'est le seul objet de valeur dont ils disposent.

La réponse de la communauté internationale face à l'épidémie s'est accrue au cours des dernières années, et il y a urgence à dépenser d'importantes sommes d'argent dans des pays n'ayant pas les capacités suffisantes leur permettant d'en assurer un usage adéquat. Selon un rapport du FMI, le flux des ressources liées au VIH/SIDA était de 5 milliards de dollars américains en 2003 et de 8 milliards de dollars américains en 2004. Avec autant d'argent en jeu et des donateurs insistant pour que les décaissements soient l'unité de mesure permettant d'évaluer la réussite des programmes, les pays bénéficiaires trouveront le moyen d'absorber les fonds, de manière régulière ou pas. Pour ces pays, la première priorité semble être « soit vous le dépensez, soit vous le perdez » Le nombre des personnes infectées par le VIH est élevé et en constante augmentation. Dans l'ensemble de l'Afrique sub saharienne, 7 pour cent de femmes et 2 pour cent d'hommes entre 15 et 24 ans sont infectés[2]. Au Botswana, Swaziland et Zimbabwe, plus de 25 pour cent de la population adulte est actuellement infectée par le VIH. Dans les pays asiatiques, les taux sont d'une manière générale plus bas, quoiqu'en rapide augmentation. L'impact causé par le fait qu'une large partie de la population soit malade et mourante n'est pas bien connu. Pour certains, la corruption de plus en plus généralisée proviendrait de décisions prises dans une vision à court terme : par exemple, le désir des malades d'assurer la sécurité financière de leur famille par tous les moyens possibles ou encore l'apparition de structures informelles pour faire face aux besoins considérables que les systèmes de santé officiels ne peuvent satisfaire.

La corruption dans le traitement du VIH/SIDA

Un traitement aux médicaments relativement efficace a changé la nature du VIH/SIDA en occident. De plus en plus, les gens comprennent qu'il s'agit d'une situation avec laquelle on peut vivre. Les taux d'hospitalisation et de décès ont chuté, tandis que les anti-rétroviraux (ARV), bien administrés, offrent aux personnes vivant avec le VIH de nombreuses années supplémentaires d'une vie active, selon le début du traitement. En Afrique, on estime à six ans et demi en moyenne, le nombre d'années que l'on peut vivre après l'infection. En commençant le traitement aux ARV à temps, on peut multiplier par deux ou trois l'espérance de vie. Au cours de la dernière décennie, le traitement aux ARV jadis un luxe même pour les personnes vivant dans les pays développés, est devenu un traitement dont plus de 700 000 personnes dans les pays en développement peuvent bénéficier. L'OMS vise 3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 dans le cadre de son initiative « 3 en 5 ». Malgré cette rapide augmentation, le traitement n'est pas disponible pour toutes les personnes qui en ont besoin. Cette situation n'est pas différente de celle observée dans les autres services de santé en Afrique et dans le reste du monde en développement où de nombreuses personnes sont exclues pour des raisons financières ou culturelles ou à cause de la distance qui les sépare des centres de santé. L'accès aux ARV pose un sérieux problème. Le plus souvent, la demande est supérieure à l'offre, même lorsqu'il existe une politique officielle permettant de déterminer le nombre de personnes susceptibles d'être traitées par exemple en fonction de

résultats de tests sanguins (récepteur CD4). Ceux qui ne satisfont pas à ces tests peuvent néanmoins exercer des pressions politiques, financières ou autres pour malgré tout bénéficier des programmes de traitement. Un nigérian père de 3 enfants âgé de 29 ans s'est exprimé au nom de plusieurs personnes à travers le continent, lors de la déclaration 2005 de la société civile au sommet des chefs d'États de l'Union africaine : « Les ARV qui arrivent au centre ne sont pas donnés à ceux d'entre nous qui sommes venus pour déclarer notre état, mais plutôt à ces "gros bonnets" qui usent d'expédients tandis qu'on nous laisse souffrir et aller nous-mêmes à la recherche de médicaments. »[4] Lorsque les ARV sont donnés gratuitement ou à des taux fortement subventionnés à travers des programmes financés par des donateurs, on assiste constamment à des demandes de paiements complémentaires. *Le Malawi Network of People Living with HIV/AIDS (PLWHA)* (réseau des personnes vivant avec le HIV/SIDA) a rapporté des cas d'abus de la part des employés d'hôpital demandant des faveurs sexuelles, financières ou matérielles contre un bon traitement et des soins. Ceux qui refusent sont soit négligés soit soignés au rabais. Chaque fois que les PLWHA disent recevoir des soins de qualité, cela éveille les soupçons des autres fournisseurs de soins de santé et patients qui pensent que les personnels fournissant ces soins de qualité ont reçu des pots de vin[5]. Ceux qui parviennent à entrer dans des programmes de médicaments gratuits ou fortement subventionnés sont ainsi nantis d'une denrée de grande valeur. Mais ces personnes et leurs familles ont d'autres besoins à satisfaire, aussi plusieurs choisissent de partager ou d'échanger leurs médicaments pour satisfaire ces besoins. Les acheteurs d'ARV ne manquent pas. Sur la Tsavo Road, Nairobi, de grandes quantités sont échangées chaque jour[6]. Certains proviennent des patients, d'autres sont détournés du système de santé et une large proportion est contrefaite. Le plus souvent, les médicaments sont peu coûteux et il y a moins de traces, de tracas et moins d'attente. Certains de ces fournisseurs vendent les médicaments destinés à leur propre traitement ; d'autres émargent dans plusieurs programmes à la fois et ont donc des médicaments en surplus. Enfin, d'autres ont accès aux pharmacies centrales et à celles des hôpitaux.

Les gens achètent des médicaments auprès de sources informelles telles que TSAVO Road parce que c'est pratique et discret. Le problème c'est que les ARV ne sont efficaces que lorsque le protocole de traitement est scrupuleusement respecté. Il est probable que le traitement soit inefficace et provoque la résistance aux ARV quand on s'approvisionne auprès des gens qui maîtrisent mal les combinaisons thérapeutiques, les effets secondaires et la posologie des médicaments, ou qui n'hésitent pas à substituer un médicament par un autre selon la disponibilité. Par ailleurs, les produits peuvent être périmés ou faux. Selon les estimations de l'OMS, le marché de médicaments de contrefaçon ou de piètre qualité représente, à l'échelle mondiale, 32 milliards de dollars US, soit le quart de tous les médicaments utilisés dans les pays en développement[7].

Le problème serait plus grave et continuerait à empirer selon des rapports bien étayés d'Éthiopie[8], de RDC[9], et de Côte - d'Ivoire[10]. Étant donné la demande en ARV et leur prix, la contrefaçon de ces produits est en principe nettement plus rentable que celle des autres médicaments. Selon Dora Akunyili (Cf. « La lutte contre les médicaments

contrefaits au Nigeria », chapitre 5, p. 119), le problème est aggravé par la corruption quand les autorités chargées de la régulation ferment les yeux sur la contrefaçon ou quand les autorité publiques reçoivent des pots-de-vin pour s'approvisionner auprès de fournisseurs peu recommandables. Les efforts concertés des groupes de la société civile et des gouvernements ainsi que la concurrence des sociétés de recherche et de production des médicaments génériques ont joué un rôle extrêmement efficace dans la baisse des prix des ARV dans les pays en développement. Ceci a abouti à une tarification différentielle entre les pays de l'OCDE et les pays en développement. Le Combivir de GlaxoSmithKline coûte environ 610 dollars américains par mois de traitement en Grande-Bretagne contre 20 dollars américains en Ouganda, en Tanzanie et au Kenya. La réimportation ou la contrebande génère des bénéfices potentiels importants pour les vendeurs des pays en développement et pour les négociants en médicaments des pays développés. Cependant, l'ampleur réelle du problème prête à controverse. On accuse les fabricants de médicaments d'exagérer la gravité du problème pour réduire la pression favorisant ainsi des prix plus bas pour les pays en développement[11].

La concurrence dans la fourniture des ARV n'a pas éliminé la corruption dans les procédures nationales de passation de marchés. C'est ainsi par exemple que le gouvernement roumain a ouvert une enquête à la suite des allégations de l'ambassadeur américain, Michael Guest, selon lesquelles les ARV sont vendus 50 % plus chers qu'aux États-Unis et le ministère de la Santé et les fournisseurs de médicaments se livrent à des pratiques de corruption. Selon le rapport d'avril 2003 d'un organisme de contrôle public, le ministère a enfreint un accord signé avec GlaxoSmithKline visant à réduire jusqu'à 87 % le prix de ses ARV et a refusé d'accorder des licences d'importation de médicaments à des sociétés étrangères au profit de quatre entreprises locales. Ces « taxes et commissions » représentaient jusqu'à 55 % du prix des médicaments.

Programmes nationaux : nouvelles approches, nouveaux rôles

Dans les pays dotés de systèmes faibles et où la corruption est endémique, il est difficile de dissocier la corruption de la mauvaise gestion, et des déficiences du système comme principale cause de l'inefficacité des efforts de lutte contre le VIH/SIDA. Le programme ARV nigérian a essuyé de vives critiques en 2003 quand les centres de traitement ont commencé à distribuer des médicaments périmés et à refouler les malades[13]. Toutefois on ne connaît pas avec exactitude la principale cause de cette situation : corruption ou déficience du système d'achat, d'approvisionnement et de distribution à faire face à la demande provoquée par l'expansion rapide du programme ?

De nouvelles approches ont été développées. Elles impliquent de nouveaux acteurs et des secteurs qui traditionnellement ne sont pas impliqués dans les programmes de santé tels que l'éducation, la sécurité, l'agriculture et les services sociaux. Des comités nationaux de lutte contre le SIDA ont été créés dans de nombreux pays pour coordonner les actions dans ce domaine. Toutefois, elles sont souvent considérées comme une idée des bailleurs de fonds. Par ailleurs, leur degré d'intégration dans les systèmes nationaux de gouvernance varie d'un pays à l'autre.

Le Kenya est le pire exemple. Son agence a été discréditée quand on a découvert que ses dirigeants s'étaient octroyés des salaires et des primes excessifs (Cf. « Corruption affectant le Conseil national de lutte contre le SIDA du Kenya » p. 137).

Au Zimbabwe, le gouvernement a institué depuis 2000, un impôt sur le SIDA en vertu duquel les travailleurs versent 3 % de leurs salaires bruts à un fonds géré par le Conseil national du SIDA (NAC). On estime à environ 25 millions de dollars américains par an, la somme que le gouvernement collecte à travers ce mécanisme. Cependant aucune information sur la gestion de ces fonds ou sur leurs bénéficiaires n'a jamais été rendue publique. Le ministère de la Santé avait commis un audit de la NAC en mars 2005 dont les résultats n'avaient pas encore été publiés au moment de la rédaction du présent document.

Les organisations de la société civile (CSO) sont de plus en plus considérées comme des prestataires de services importants et reçoivent des subventions considérables à cette fin. Toutefois le coût du traitement et du suivi des demandes des CSO est prohibitif. Conséquence, les directeurs des CSO pourraient détourner les fonds de leurs organisations ; par exemple, le directeur et les hauts responsables du Zimbabwe *National Network for People Living with HIV/AIDS* (Réseau national de personnes vivant avec le VIH/SIDA du Zimbabwe) ont été suspendus à la suite d'accusations de corruption. Le réseau avait reçu plus de 1,8 million de dollars américains du NAC entre 2003 et 2004.

Réaction de la communauté internationale : plus de fonds

Les sommes qui sont actuellement décaissées dans la lutte contre le SIDA sont énormes par rapport aux budgets de plusieurs pays[15].

En Éthiopie, au Libéria et au Malawi, les fonds alloués par les partenaires internationaux (tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) représentent plus du double du budget de la santé. Les fonds versés par la Banque mondiale et le PEPFAR (projet d'urgence du président américain de lutte contre le SIDA) sont aussi considérables.

Certes, les besoins financiers sont incontestables. Cependant, les systèmes de gestion de ces fonds laissent beaucoup à désirer. Le fait que la « performance » d'une subvention ou d'un prêt soit évaluée à l'aune de la rapidité avec laquelle ces fonds sont décaissés incite les bailleurs de fonds et les bénéficiaires à les affecter de façon inconsidérée. L'inflation des budgets offre à des responsables véreux davantage de possibilités de détournement de sommes considérables, sans que l'on s'en aperçoive. Ceci est particulièrement vrai dans les pays dotés d'un système sanitaire fragile, où le suivi et le contrôle font défaut et où la capacité à transférer efficacement les fonds est limitée.

Outre le risque immédiat de gaspillage de fonds du fait de la corruption, des analystes tels que Stephen Knack[16] suggèrent que l'aide au développement pourrait de fait avoir pour effet de réduire la qualité de la gouvernance dans les pays bénéficiaires.

Les bailleurs de fonds peuvent mettre en place des systèmes parallèles pour prévenir la corruption. Or, ceci revient à priver le système officiel de talents et de

compétences. Conséquence, les gouvernements et les autorités rendent davantage compte aux bailleurs de fonds qu'à leurs propres populations. Le PEPFAR est un exemple d'une approche qui intègre l'impératif politique de dépenser rapidement l'argent dans un contexte caractérisé par de fortes contraintes politiques.

Encadré 6.1 La responsabilité en temps de crise : Le fonds mondial et la corruption

Toby Kasper

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme avait été créé en janvier 2002. Les efforts internationaux n'arrivaient pas alors à réduire les 6 millions de décès annuels dus à des maladies maîtrisables ou curables dans les pays riches. Sa création avait coïncidé avec des inquiétudes grandissantes relatives à l'impact négatif de la corruption sur l'aide au développement.

Le mandat du Fonds était simple : financer massivement pour soutenir les efforts de lutte contre ces trois maladies dans les pays en développement. Contrairement aux pratiques classiques en matière d'aide au développement, de lier financement et assistance technique destinée à préparer et à exécuter des programmes, le rôle était limité à l'octroi de fonds. Ce modèle a été élaboré sur la base du constat selon lequel les États disposent de capacités locales suffisantes pour renforcer les actions de lutte contre ces maladies si les fonds adéquats sont disponibles. Aucun bureau du Fonds ne devait être mis en place dans les différents pays. Le Fonds n'avait qu'un conseil d'administration retreint et un petit secrétariat à Genève[1].

Le Fonds a approuvé à ce jour des demandes se chiffrant à près de 3,5 milliards de dollars américains devant servir à la lutte contre ces trois maladies dans près de 130 pays. Au cours de ses trois premières années d'existence, le Fonds a décaissé plus 1,41 milliards de dollars américains au titre de subventions. Ce chiffre augmente rapidement. Les pays bénéficiaires figurent parmi les plus corrompus du monde. Le Fonds mondial a accordé des financements à 23 des 25 pays les moins bien classés dans l'indice de perception de la corruption de Transparency International de 2004[2].

Le Fonds travaille dans des pays où la corruption est endémique, et subit des pressions afin de travailler rapidement. Ainsi son approche consiste t-elle à impliquer des représentants du gouvernement, de la société civile et du secteur privé, l'ONU et les bailleurs de fonds ainsi que les personnes touchées par ces maladies dans les mécanismes nationaux de coordination chargés de faire des propositions et de contrôler l'utilisation des fonds. L'objectif est d'amener les différents acteurs à exercer une pression de groupe afin de promouvoir une meilleure exécution des projets et de réduire ainsi le risque de détournement de fonds.

Toutefois, les résultats de cette approche qui vise la transparence sont mitigés[3]. En Arménie, au Cambodge, au Ghana et au Rwanda, les institutions nationales jouent un rôle actif dans le contrôle de l'exécution des projets (y compris en élaborant des outils de contrôle et des procédures). Dans d'autres pays, en revanche, ces institutions ont été accaparées par une seule entité (en général le gouvernement), notamment en Europe de l'Est et en Asie centrale. En outre, elles sont soit victimes d'un conflit de programmes politiques, soit elles ne se sont pas réunies suffisamment pour pouvoir assurer un contrôle efficace.

▸

Le deuxième aspect du système de contrôle du Fonds mondial consiste en ce que les financements en cours soient basés sur la performance. Le Fonds fournit des ressources sous forme d'avances. L'obligation de rendre compte des opérations financières obéit à des principes rationnels. Cependant, le compte rendu des dépenses doit correspondre au suivi et à l'évaluation des programmes. L'accent est désormais mis sur les résultats (les fonds ont-ils été utilisés pour renforcer la lutte contre le SIDA, la tuberculose ou le paludisme ?) plutôt que sur les ressources (un ordinateur a-t-il été acheté ou une cargaison de médicaments est- elle arrivée au port ?) Si les dépenses ne s'accompagnent pas de résultats probants, l'alarme est donnée. Ceci signifie que les fonds sont peut-être détournés de leur but à cause de la corruption. Ceci amène l'agent local du fonds (LFA)[4] à s'intéresser davantage aux documents comptables du bénéficiaire. Cependant, les LFA maîtrisent les données financières mieux que les informations sanitaires. Malheureusement, ils n'ont pas toujours remédié à cette faiblesse de façon adéquate en faisant appel à des experts externes.

Ajoutant au problème, le système de passation de marchés ne fait pas nécessairement en sorte qu'un LFA travaillant dans un pays très corrompu ait davantage de ressources que son homologue exerçant dans un pays doté d'un système de contrôle solide. En Ukraine et en Ouganda, le Fonds mondial a rompu les accords de financement à cause des problèmes de corruption. Dans ces deux pays, la corruption a été mise à nu grâce au travail du LFA et des partenaires locaux.

Troisième innovation du Fonds mondial : la transparence. Le Fonds mondial fournit sur son site Web et dans ses publications, des informations relatives à la date et au montant de chaque décaissement. L'idéal serait que le gouvernement et les partenaires non gouvernementaux concernés par le programme utilisent ces informations pour empêcher le détournement de ces ressources.

Toutefois, l'on craint que cette vision ne soit de moins en moins claire à mesure que la taille du Secrétariat du Fonds mondial augmente et que le Fonds assume progressivement des missions initialement dévolues à ses partenaires. Cette situation est due à la pression qui pèse sur la nouvelle organisation qui doit faire ses preuves, et au fait que les partenaires ont tendance à considérer le Fonds mondial comme un autre organisme international qui vient financer ses propres projets, et non comme une institution qui fournit seulement des ressources supplémentaires à des initiatives nationales auxquelles toutes les parties adhèrent.

Il est difficile d'évaluer avec précision l'efficacité de ces différents mécanismes de contrôle et de transparence, étant donné la jeunesse du Fonds. Toutefois, soulignons à l'actif de l'organisation sa volonté d'améliorer ses procédures eu égard à l'apparition des problèmes de corruption ; citons à cet effet la décision prise au milieu de l'année 2005 de créer un poste d'inspecteur général pour luter contre la fraude et les abus. Il a également commencé à intégrer dans ses opérations des principes de gestion du risque afin de répartir de façon adéquate les ressources en personnel et d'adapter les procédures et les réponses aux divers contextes.

Toby Kasper[5]

Notes.

1. Sur les 19 membres du conseil d'administration, 14 sont des représentants de gouvernements et de groupes régionaux. Ces entités sont généralement représentées par les ministères de la Santé, les comités de lutte contre le VIH/SIDA et les ministères du Développement et de la Coopération. Trois sont des représentants d'organisations non gouvernementales et deux du secteur privé.

Parmi les représentants d'ONG, deux venaient d'organisations non gouvernementales de pays en développement. Par contre, les 14 représentants de gouvernements étaient équitablement repartis entre pays développés et pays en développement.
2. Transparency International, Rapport mondial sur la corruption 2004, disponible à www. transparency. Org/ cpi/2004/cpi 2004. en. htm cpi 2004.
3. Voir www.the globalfund.org./en/apply/ mechanisms/encadréstudies/default.asp
4. Le Secrétariat du Fonds mondial ne possède pas de bureaux hors de Genève. Par conséquent, il recrute des entreprises indépendantes pour évaluer la capacité des principaux bénéficiaires de fonds à gérer des ressources importantes et à contrôler l'exécution des projets. Les LFA sont généralement des cabinets comptables (notamment PricewaterhouseCoopers et KPMG) sélectionnés à travers une procédure d'appel d'offres compétitive.
5. L'auteur a travaillé au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme d'août 2002 à mars 2004. il était initialement responsable de la gestion d'un portefeuille de pays et plus tard responsable de politiques.

Pour prévenir la corruption, certains bailleurs de fonds, essentiellement européens (mais aussi le Fonds mondial) (cf. p. 133) se dirigent vers l'option dite d'appui au budget''. Il s'agit de la mise à disposition des fonds essentiellement à travers les canaux officiels. Tout en reconnaissant les risques fiduciaires d'une telle approche, ils sont convaincus que ses avantages (amélioration de l'efficacité, légitimité découlant de l'accent mis sur la gestion publique des fonds et appui au système de contrôle national) l'emportent sur ses inconvénients dans de nombreux pays.

Peut-on faire davantage pour lutter contre la corruption ?

Les efforts de lutte contre la corruption dans le secteur de la santé en général doivent aller de pair avec une amélioration des conditions de travail du personnel de santé et la mise en place de mécanismes en vue d'accroître sa responsabilité en vers les communautés qu'il sert. Cependant, l'augmentation du salaire du personnel de santé et des fonctionnaires, bien que nécessaire, ne suffit pas toujours, comme l'atteste l'expérience nigériane de 2000. Par ailleurs, réduire au minimum les occasions de corruption sans fournir en contrepartie des sources alternatives de revenu pourrait amener le personnel de santé à abdiquer ; ce qui pourrait aboutir à une aggravation de la crise en matière de ressources humaines dans le secteur sanitaire.

L'amélioration de la transparence dans les services sanitaires est d'une importance capitale. Le public aimerait connaître davantage les critères d'éligibilité aux programmes ARV ; l'idéal étant qu'ils soient plus cohérents à l'intérieur et à l'extérieur des États. Les populations aimeraient connaître le prix des médicaments et les quantités reçues en contrepartie. Le prix et la quantité de médicaments fournis à chaque niveau du système doivent être publiés. En outre, le personnel de santé doit en rendre compte. Il faut également prévoir un mécanisme permettant aux populations de se plaindre sans craindre de représailles.

Les firmes pharmaceutiques doivent également agir. GlaxoSmithKline est en train de changer la marque et la couleur des ARV vendus dans les pays en développements pour réduire au minimum le risque de re-importation des médicaments destinés aux

pays du Tiers-Monde. Une autre approche consiste à concevoir des marques et des emballages différents pour les produits destinés aux pays en développement.

L'Union européenne utilise un système d'enregistrement qui consiste à attribuer un numéro et un code barres aux produits afin qu'ils puissent être identifiés par la douane et les négociants en médicaments en cas de re-importation. Le contrôle rigoureux des ventes de produits pharmaceutiques aux États-Unis et en Europe dissuade grandement la re-importation et doit donc être maintenu. Toutefois, l'application du récent accord de l'OMC sur les licences obligatoires, mais aussi l'importation et l'exportation de médicaments génériques pourraient réduire l'offre de médicaments génériques bon marché, accroissant ainsi le risque de corruption au sein de l'administration.

Les bailleurs de fonds ont un rôle important à jouer dans la lutte contre la corruption. Ce rôle ne se limite pas seulement aux programmes de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Toutefois, l'afflux de ressources destinées au VIH/SIDA a créé un nouveau paradigme qui dénature la relation bailleurs de fonds-bénéficiaires.

Ce que les pays riches considèrent comme des fonds destinés à l'achat de médicaments contre le SIDA est perçu par beaucoup de personnes dans les pays pauvres comme de l'argent pour le commerce de rue. Les bailleurs de fonds doivent trouver le talon d'Achille de la corruption pour lutter contre ce fléau. Pour contraindre les pays bénéficiaires à une plus grande transparence, les bailleurs de fonds peuvent (entre autres) déclarer ouvertement et clairement ce qu'ils donnent, quand ils le donnent et à qui ils le donnent. Cette exigence figure dans les recommandations internationales. Cependant, c'est loin d'être le cas dans la pratique. Les bailleurs de fonds doivent veiller à ce que l'aide soit utilisée dans le respect de bonnes directives en matière de passation de marchés.

Par ailleurs, ils doivent travailler avec les firmes pharmaceutiques pour promouvoir et établir un comportement responsable.

En fin de compte, il appartient aux gouvernements de lutter contre la corruption. Une approche régionale semble plus indiquée, étant donnée les aspects sensibles associés à une action internationale.

À cet égard, le Mécanisme d'évaluation par les Pairs du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) pourrait devenir un outil important en Afrique. Les ministres des Finances et de la Santé contrôlent les devises étrangères nécessaires à l'achat des médicaments. Aussi doivent-ils être sensibilisés aux effets à long terme de la mauvaise utilisation de ces fonds. La résistance aux médicaments s'accroît considérablement quand ils sont de piètre qualité ou distribués de façon inadéquate. Ceci aboutit à une augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques dont il faut s'occuper. Le coût des soins médicaux nécessaires à leur traitement surpassera de loin le prix des médicaments originaux.

Le VIH/SIDA constituera un problème majeur pendant les deux prochaines décennies au moins. L'expérience acquise dans les autres domaines de développement, de même que la nécessité de transparence et d'un solide système de contrôle ne doivent pas être ignorés, si l'on veut concevoir des approches viables et efficaces de lutte contre la maladie.

Notes

1. ILiz Tayler est médecin. Elle travaille dans la santé publique en Grande - Bretagne. Elle a travaillé auparavant pendant plusieurs années comme conseillère sanitaire au Nigeria pour le compte du DFID avant de travailler comme conseillère à HLSP. Clare Dickinson est spécialiste du VIH/SIDA à HLSP. Elle a travaillé précédemment en Indonésie sur un projet de politique sanitaire relevant du ministère de la Santé.
2. UNAIDS, 2004 état des lieux, www. unaids. org/wad2004/EPI_1204_pdf_en/Chapter3_subsaharan_africa_en.pdf.
3. Alex de Waal, « HIV and the Security Threat to Africa ». Faits présentés au comité d'experts de haut niveau du Forum sur les menaces et les défis sécuritaires, Justice Africa mai 2004.
4. Déclaration des CSO lors du quatrième sommet ordinaire des chefs d'État de l'Union africaine de janvier 2005 au Nigeria.
5. Malawi Network of People Living with HIV/AIDS (Manet), « Voices for Equality and Dignity : Qualitative Research on Stigma and Discrimination Issues as they Affect PLWHA in Malawi », juillet 2003, www.synergyaids.com/documents/Malawi-MANET. pdf
6. The Nation (Kenya), 22 janvier 2004
7. « Fake and Counterfeit Drugs », WHO Fact Sheet 275, November 2003
8. www. addistribune com/Archives/2003/10/10-10-03/Black. htm
9. www. essentialdrugs.org/edrug/archive/200402/msg00028. php
10. www. Essentialdrugs.org/edrug/archive/200401/msg00004. php
11. Financial Times (Grande-Bretagne), 23 mai 2005.
12. Agence France-Presse (France), 22 avril 2003
13. Associated Press, 4 février 2004
14. The Chronicle (Zimbabwé), 3 février 2004, 23 avril 2004 et 19 juillet 2004
15. En 2001 on a dépensé 2,1 milliards de dollars américains pour le VIH/SIDA. Ce montant a quasiment triplé en trois ans pour atteindre 6,1 milliards de dollars américains. On prévoit un triplement des besoins d'ici 2008. Cf « Resource Needs for an Expanded Response to HIV/AIDS in Lower and Middle Income Countries » (UNAIDS, 2005)
16. Stephen Knack, Aid dependence and the Quality of Governance : A Cross-Country Analysis (Washington DC : World Bank, 2001)

Corruption affectant le Conseil national de lutte contre le SIDA du Kenya

Kipkoech Tanui et Nixon Ng'ang'a[1]

Le VIH/SIDA constitue le plus grand défi auquel le système sanitaire kenyan est confronté. Il avait été déclaré catastrophe nationale en 1999. Plus tard, au cours de la même année, le Conseil national de lutte contre le SIDA (NACC) avait été créé pour coordonner les efforts de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA. Son rôle (déjà crucial) est devenu plus incontournable encore quand le gouvernement actuel s'est fixé pour objectif la sensibilisation de 90 % de la population à la maladie et à ses effets sociaux et a fait de cette cible la clé de voûte de son plan de développement 2003–2007.

Le NACC s'est vu confier la gestion de fonds réunis dans le cadre du projet kenyan de réaction à la catastrophe, que constitue le VIH/SIDA (KHADREP). Ce projet est

financé conjointement par la Banque mondiale, le PNUD et les agences britanniques et américaines de développement. Le budget du NACC pour l'exercice 2004–2005 était légèrement inférieur à 4 milliards de schillings Kenyans (41 millions de dollars américains). La plus grande partie de son budget est alloué aux organisations communautaires. L'organisation affirme avoir versé la somme de 1,8 milliards de schillings kenyans (24 millions de dollars américains) aux organisations communautaires au cours de la période 2000–2003.

Le NACC a été rattaché à la Présidence de la République et non au ministère de la Santé, sa tutelle naturelle. Le ministère de la Santé reçoit également des fonds bilatéraux importants et gère le programme national de lutte contre le SIDA et les MST (NASCOP). En rattachant le NACC à la Présidence, le gouvernement voulait manifestement contrôler le budget important de cette organisation. Toutefois, les actes passés de la Présidence de la République militent contre une telle décision. En effet, la présidence a servi de cadre à des actes de corruption, parmi les pires du Kenya, commis par des responsables bien introduits qui ont pratiquement tous échappés à la justice.

En avril 2003, la Présidence de la République a été éclaboussée par un scandale quand on a révélé que la responsable du NACC, Margaret Gachara, percevait un salaire sept fois supérieur à celui auquel elle avait droit, en tant que haut fonctionnaire. Elle avait négocié son salaire sur la base d'une lettre frauduleuse de son ancien employeur gonflant les revenus qu'il lui versait.

Une fois en poste, elle avait augmenté son salaire déjà excessif. En Août 2003, on lui avait ordonné de rembourser la somme de 340 000 dollars américains au NACC. Les craintes selon lesquelles ses actes de corruption ne se limitaient pas à son salaire élevé avaient été confirmées en avril 2005 quand un rapport de l'Unité de contrôle de l'efficacité (EMU) (qui relève aussi de la Présidence) avait révélé que pendant des années, les hauts fonctionnaires s'étaient servis du NACC comme d'une vache à lait personnelle.

Toutefois, il y avait des signes avant-coureurs. Un audit interne de juin 2002 avait décelé des irrégularités dans la procédure de passation de marchés. En juin 2003, le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme avait suspendu une subvention de 15 millions de dollars US destinée à la lutte contre le SIDA, à la condition que le gouvernement s'attaque à la corruption au sein du NACC.

Le rapport de 300 pages de l'EMU révélait que le Kenya était incapable de justifier l'utilisation des 3,64 milliards de schillings (48 millions de dollars américains) versés par la Grande Bretagne pendant cinq ans (depuis 2001). Cet organisme estime à plus de 37,3 millions de schillings (490 000 dollars américains) le montant utilisé par les employés du NACC pour se payer des salaires exorbitants et des indemnités illégales, telles que les indemnités d'eau, d'électricité, de téléphone et de protection de leur domicile. Gachara a détourné la plus grande somme. Toutefois, d'autres personnes étaient impliquées dans le scandale dont huit secrétaires permanents ou leurs représentants et le président du NACC Mohammed Abdallah. Ce dernier avait été accusé de détournement de fonds, mais avait par la suite été acquitté faute de preuves.

Le rapport critique sévèrement l'utilisation des fonds alloués par le NACC aux organisations communautaires pour les soutenir (quand ils parviennent effectivement à

destination). L'EMU a découvert, en examinant un échantillon d'organisations communautaires financées par le NACC, qu'au moins la moitié des allocations a été gaspillée. Les enquêteurs se sont intéressés à 3 des 10 ONG nationales financées par le NACC et à plusieurs organisations provinciales, de district et locales. Ils ont découvert le détournement injustifiable de fonds destinés au financement de projets apparemment nobles mais qui étaient en réalité fictifs. Dans le pire des cas, des organisations–écrans étaient créées uniquement pour encaisser la manne du NACC.

De son côté, le NACC a sévi contre quelques ONG fictives, les fameuses ONG « porte–documents » citées dans le rapport dont le Neema Children's Centre de Nairobi. Le NACC a accordé la somme de 14 000 dollars US au Neema, prélevée sur une subvention de la Banque mondiale destinée au financement des activités locales de lutte contre le VIH/SIDA. Cette ONG a été fermée au milieu de l'année 2003 parce que les inspecteurs n'avaient pas trouvé un seul employé de Neema ni un seul orphelin qui avait bénéficié des services du Centre.

L'argent a été gaspillé par la quasi–totalité des unités de lutte contre le SIDA (ACU) qui ont été créées dans chaque ministère pour sensibiliser le personnel à la maladie. Les fonds ont été gaspillés sur des séminaires inutiles qui réunissaient généralement les mêmes participants. Le rapport de l'EMU note que plus de 75 % des 205 000 dollars américains alloués au ministère de l'Agriculture par exemple ont été dépensés en logement, primes et frais de participation du personnel à diverses réunions de sensibilisation. Près du tiers des dépenses n'a pas été justifié. On suppose que cet argent a été gaspillé. Les enquêtes menées auprès des trois ONG nationales ont révélé des irrégularités similaires. Par Aid, une organisation basée à Eldoret et disposant d'un solide carnet d'adresses a reçu la somme de 100 000 dollars américains pour étudier l'efficacité d'un médicament à base de plantes (Par Aid herbal medicine) dans le traitement de l'infection à VIH. Le président du Comité de recherche et d'éthique institutionnelles du centre hospitalier universitaire Moi (qui fait partie de l'université Moi) a retiré la lettre d'approbation du projet parce qu'il mettait en doute le sérieux de Par Aid par rapport à l'étude. Mais, le directeur de l'hôpital s'est empressé d'annuler cette décision sans la moindre explication. L'étude a repris. Le rapport de l'EMU a montré que la majeure partie des fonds a été dépensée en voyages destinés à la collecte du médicament et en carburant. Le médicament, qui aurait dû être utilisé dans le cadre d'essais gratuits, a été vendu à des malades désespérés. Ceci a amené l'EMU à conclure que Par Aid faisait de bonnes affaires avec l'argent du NACC.

La corruption est même plus importante au sein du Forum kenyan pour la prévention du SIDA (APFK). Cette organisation a également reçu du NACC la somme de 100 000 dollars américains. Ses directeurs semblent avoir fait de folles dépenses sous le fallacieux prétexte d'organiser des séminaires et des ateliers. À cet égard, l'EMU relève la déclaration de l'organisation selon laquelle elle aurait dépensé 16 000 dollars américains pour héberger les élèves lors du séminaire qui a eu lieu au Chania Tourist Hotel. Les écoles incriminées nient avoir eu connaissance du séminaire et ajoutent que certains élèves censés y avoir participé n'existent même pas. De même, les hôtels contestent plusieurs écritures comptables. Ils affirment qu'ils

ont soit été payés nettement moins soit qu'ils n'ont pas du tout abrité ces séminaires ; par exemple, l'hôtel Big Five de Homa Bay dont on a dit qu'il avait hébergé 150 étudiants pour 6 200 dollars américains ne compte que 12 chambres. Par ailleurs l'hôtel nie avoir hébergé le groupe. Un certain nombre de directeurs de l'APFK étaient en même temps directeurs de la troisième ONG examinée, à savoir *Technologies and Action for Integrated développement (Techno Aid)* où des pratiques similaires ont été découvertes. *Techno Aid* affirme avoir organisé des séminaires et des ateliers pour les mêmes personnes que l'APFK. Par ailleurs, l'organisation prétend avoir recruté des consultants (des universitaires). Ces derniers nient avoir jamais travaillé pour l'ONG. Enfin, Techno Aid affirme avoir payé de grosses factures à des hôtels fictifs.

Techno Aid et l'APFK ont présenté des reçus pour des achats de fournitures à la librairie de l'Université de Nairobi. Celle-ci les a désavoués, les qualifiant de faux.

Le rapport attribue cette situation au laxisme du NACC dans l'application de ses propres règles de financement et, pire encore, carrément à la collusion entre des ONG véreuses et le personnel du NACC.

Dans certains cas, le NACC a continué à financer des organisations même lorsque ses propres employés remettaient en cause la façon dont les allocations précédentes avaient été dépensées. Étant donné qu'il s'agit de cas isolés, les sommes incriminées peuvent sembler dérisoires, notamment quand on les compare aux sommes énormes que draine le VIH/SIDA. Toutefois, elles sont importantes si on considère leur montant consolidé et si elles sont investies dans des programmes de prévention efficaces, dans les anti-rétroviraux (ARV) qui prolongent la vie ou dans des activités génératrices de revenus pour les personnes affectées et infectées par la maladie. Au Kenya, la lutte contre le VIH/SIDA draine des sommes considérables. Le Fonds mondial a promis 129 millions de dollars américains sur une période de cinq ans contre 115 millions de dollars pour les États-Unis. Parmi les autres bailleurs de fonds qui ont répondu à l'appel du Kenya pour une augmentation des fonds, citons l'ONUSIDA (15 millions de dollars américains) en faveur d'initiatives visant à atténuer les effets de la maladie et la Banque mondiale (environ 658 000 dollars américains qui s'ajoutent à une subvention de 2004 de 4 millions de dollars américains). La majeure partie de ces financements est destinée au NASCOP, sur lequel pèsent également des soupçons pour n'avoir pas produit de résultats correspondant à son budget. Si la gestion des fonds du NASCOP n'était pas caractérisée par des trous et l'inefficacité, cet argent suffirait à fournir des ARV à 200 000 Kenyans sur les 1,4 million que l'on estime être infectés par le VIH. Les vrais chiffres sont scandaleusement bas. En novembre 2004, on estimait à seulement 24 000 le nombre de personnes sous antirétroviraux. L'EMU est basé à la Présidence de la République. Une réponse a été donnée à la pression des bailleurs de fonds qui exigeaient que la corruption soit maîtrisée dans les institutions qu'ils soutiennent. En principe toute institution étatique peut faire l'objet d'une enquête diligentée par cette Unité. Toutefois, étant donné ses maigres ressources (elle ne compte que 50 agents), elle s'intéresse aux organismes dotés de budgets importants. Les choix de l'Unité sont souvent guidés par les rumeurs de corruption. L'Emu est connu pour ses enquêtes

minutieuses et impartiales. Son rapport « Audit de la gestion financière du Conseil national de lutte contre le SIDA (NACC) de la Présidence de la République » est le fruit de deux ans de travail. L'Emu a invité la Commission de lutte contre la corruption a enquêter sur tous les cas de fraude et d'abus de pouvoir recensés dans le rapport ; l'ancienne directrice du NACC, Mme Gachara a été condamnée en août 2004 à un an de prison ; elle était poursuivie pour trois chefs d'accusation liés à la fraude et à l'abus de pouvoir. Elle a bénéficié d'une grâce présidentielle en même temps que « les auteurs de délits mineurs » sa libération a provoqué un tollé général.

En réaction à ce rapport, le NACC affirme avoir recruté des auditeurs pour examiner les comptes des ONG qu'il finance. Il ajoute que désormais, il décaissera les fonds par tranches à condition que les ONG apportent la preuve de la bonne gestion des allocations précédentes. Le NACC a ordonné à 20 ONG de rembourser l'argent détourné. En cas contraire, elles feront l'objet de poursuites judiciaires. Au moment où nous rédigions le présent article, aucune ONG n'avait remboursé l'argent et aucune n'avait été traduite en justice ; le rôle des conseils locaux de lutte contre le SIDA a aussi été renforcé à la suite des scandales ; leur rôle avait été accru afin de dissiper les inquiétudes du Fonds mondial. Maintenant, ils sont chargés de contrôler la gestion des fonds du NACC. Plusieurs députés (qui sont les parrains des conseils de leurs différentes circonscriptions électorales) ont salué ces mesures et certains ont même exigé la dissolution du NACC au profit d'organisations locales de lutte contre le SIDA, en invoquant la partialité du NACC dans le choix des ONG à financer.

Toutefois, il n'est pas certain que ces mesures réussissent à freiner la corruption. Les groupes de la société civile et les médias ont dénoncé le favoritisme dans les nominations au sein des conseils locaux et dans les décisions de décaissement des fonds.

Notes

1. Kipkoech Tanui et Nixon Ng'ang'a sont respectivement directeur adjoint de la rédaction et journaliste au The Standard, Kenya.