

La fraude est un fléau dans les soins de santé privés

La privatisation ne fait pas que détourner l'argent des soins de santé vers les caisses des grandes entreprises. Elle peut aussi contribuer à remplir les poches des criminels. Pendant que les sociétés à but lucratif se battent pour accroître leur part de marché au Canada, nombreux sont ceux qui craignent que la fraude ne contribue à gruger une part encore plus importante de nos impôts.

On peut citer en exemple le scandale du Centre de santé King. Les propriétaires de cette clinique de Toronto ont été reconnus coupables d'une fraude totalisant près de 100 millions de dollars – un premier exemple de ce qui pourrait se produire dans l'ensemble du pays si les soins à but lucratif se répandent au Canada.

Des leçons des États-Unis

Une étude réalisée récemment par la Harvard Medical School concluait que « les fraudes à grande échelle sont devenues monnaie courante » dans l'industrie américaine des soins à but lucratif. Affirmant que la fraude en santé est une « tendance croissante », le FBI a même créé une unité spéciale pour ces fraudes.

Entre 1992 et 1999, le nombre d'enquêtes du FBI portant sur les fraudes dans le secteur de la santé a bondi et dépassé le cap des 3 000. Au cours de la même période, le nombre d'agentes et agents du FBI se consacrant aux fraudes dans la santé a quadruplé. Plusieurs États ont aussi créé leur propre service d'enquête sur ce type de fraude.

Le Bureau général des comptes publics du gouvernement américain (GAO) estime le détournement à 10 % des sommes affectées à la santé – soit environ 100 milliards de dollars du billion de dollars dépensé annuellement. Le département américain de la Justice estime pour sa part qu'entre 1997 et 2000, la moitié des 1,5 milliard de dollars récupérés à la suite d'enquêtes sur des fraudes provenait du secteur des soins de santé à but lucratif.

Les enquêtes mettent au jour de graves problèmes

La plus importante chaîne d'hôpitaux à but lucratif des États-Unis a été condamnée à plus de 1,7 milliard de dollars d'amende au civil et au criminel pour des fraudes commises aux dépens de programmes de santé financés tant par les États que par le gouvernement fédéral. La société en question, HCA (The Healthcare Company) – autrefois connue sous le nom de Columbia HCA – faisait l'objet d'une longue liste d'allégations, notamment pour avoir facturé abusivement des frais de laboratoire, pour avoir fait passer des services pour des procédures plus coûteuses et pour avoir facturé des services à domicile qui « étaient inutiles ou qui n'ont jamais été fournis ».

Huit poursuites dénonciatrices accusaient HCA de gonfler les coûts hospitaliers afin d'obtenir des paiements plus importants des gouvernements, et d'offrir des pots-de-vin aux médecins qui acceptaient de diriger vers leurs établissements les patients couverts par l'assurance-maladie ou par Medicaid.

Une autre enquête vise Tenet Healthcare, une importante chaîne d'hôpitaux à but lucratif. Le FBI concentre son enquête sur un hôpital de Tenet en Californie, soupçonné d'avoir soumis certains patients à des chirurgies cardiaques inutiles – mais lucratives – y compris des pontages coronariens et des remplacements valvulaires. Les agents fédéraux enquêtent aussi sur d'autres hôpitaux de la chaîne Tenet où le nombre d'opérations coûteuses se situe nettement au-dessus de la moyenne nationale et où les frais facturés à certains patients auraient été gonflés.

Au début de décembre 2002, le plus important règlement jamais obtenu contre un hôpital a coûté 24,5 millions de dollars à la société Lovelace Health Systems. La société a réglé à l'amiable pour éviter un procès sur des allégations de facturations frauduleuses qui auraient duré dix ans. Un dénonciateur a informé les autorités de l'existence de rapports exagérant la valeur des remboursements que l'hôpital réclamait à l'assurance-maladie. La société affirme qu'il ne s'agit que d'une immense méprise.

L'étude menée par Harvard en 1998 cite une estimation du GAO affirmant que près du quart des agences de soins à domicile, dont la plupart sont à but lucratif, commettent des fraudes. L'un des exemples soumis par la poursuite suggère que Columbia Home Care, une filiale de HCA, a violé la loi sur les commissions clandestines lorsqu'elle a fait l'acquisition d'établissements de soins à domicile appartenant à la société Olsten – une entreprise faisant affaires au Canada sous le nouveau nom de Gentiva.

Selon le *Reporter*, « Olsten a vendu ses établissements à un prix inférieur au prix du marché en échange de contrats de gestion... [et] Olsten a chargé des frais de gestion excessifs pour compenser le prix d'achat, et Columbia Homecare a ensuite refilé ces frais au gouvernement ».

Les entreprises privées ne doivent pas se mêler de santé

Les faits sont clairs – les soins de santé à but lucratif sont sujets à la fraude. La lutte pour veiller à ce que le financement et la prestation des services de santé demeurent publics garantira que chaque sou consacré aux soins de santé aille aux soins – et non à la fraude ou aux profits des entreprises.

* Tous les chiffres indiqués le sont en dollars américains, à l'exception de l'exemple de la fraude du Centre médical King.

hgb*siepb491