



# Phase II de la vérification des centres de responsabilité

Final - Avril 2011





*Rapport préparé par la Direction générale  
de la vérification et de l'évaluation*

## **Remerciements**

L'équipe chargée de la vérification tient à remercier sincèrement le personnel des bureaux de district d'Halifax et d'Edmonton et des bureaux régionaux de l'Atlantique et de l'Ouest dont la contribution a été essentielle à la vérification.

## Table des matières

SOMMAIRE.....	i
1.0 CONTEXTE .....	1
1.1 Profil du bureau de district d'Halifax .....	1
1.2 Profil du bureau de district d'Edmonton .....	2
1.3 Profil du bureau de district de Québec.....	2
2.0 VÉRIFICATION.....	3
2.1 Objectifs .....	3
2.2 Portée .....	3
2.3 Méthode .....	4
2.4 Énoncé d'assurance.....	5
3.0 RÉSULTATS.....	5
3.1 Observations, recommandations et plans d'action de la direction.....	5
3.1.1 Initiatives de changement (nouveaux pouvoirs délégués).....	5
3.1.2 Précision des attentes relatives à la gestion de cas.....	6
3.1.3 Précision des rôles et des responsabilités.....	7
3.1.4 Pertinence des politiques, des procédures et des lignes directrices .....	9
3.1.5 Pertinence des outils et de la formation.....	10
3.1.6 Surveillance des résultats.....	13
3.1.7 Examens de la qualité .....	17
3.1.8 Gestion du risque .....	19
3.2 Avis du vérificateur .....	21
4.0 DISTRIBUTION .....	22
Annexe A – Classification du risque des recommandations et de l'avis du vérificateur ...	23
Annexe B – Critères d'évaluation.....	24
Annexe C – Définition détaillée des critères S.M.A.R.T. qui ont été utilisés dans le cadre de l'examen des dossiers .....	28
Annexe D – Exemples de politiques et de processus .....	29

## **SOMMAIRE**

Anciens Combattants Canada compte 60 points de service ou centres de responsabilité, y compris les bureaux régionaux et les bureaux de district qui offrent une vaste gamme de services et de programmes. Les bureaux de district offrent un service direct relativement aux programmes et les bureaux régionaux offrent une orientation et une supervision fonctionnelles. Les trois plus importants points de service sont les bureaux de district à Québec, à Halifax et à Edmonton qui, ensemble, servent près du tiers des participants au programme de réadaptation. Les trois bureaux de district ont en moyenne trois équipes de services aux clients et une clientèle variée participant au programme.

La présente vérification est la seconde de deux phases et elle a été menée à la demande de la haute direction dans le but d'évaluer les contrôles internes qui accompagnent les pouvoirs délégués et la pertinence du cadre de contrôle de la gestion et également pour déterminer les possibilités d'amélioration de l'efficacité. La première phase de la vérification cyclique qui a été achevée en octobre 2010 portait sur les opérations au bureau de district de Québec. Le site a été sélectionné parce qu'on y mettait à l'essai de nouveaux pouvoirs délégués. L'équipe chargée de l'évaluation s'est servie des résultats de la vérification du bureau de Québec lors de la planification de la deuxième phase, qui visait les opérations aux bureaux de district d'Halifax et d'Edmonton.

En plus des entrevues et de l'examen de la documentation, 245 plans d'intervention ont été examinés dans le but de déterminer la pertinence des pratiques de gestion de cas. L'observation participative a été menée pour évaluer la pertinence des pratiques de gestion de cas. La planification de la vérification a débuté en août 2010 et l'analyse a été achevée en décembre 2010.

À l'appui de la planification de la transformation en cours au Ministère, on a régulièrement émis des bulletins d'information à l'intention de la gestion sur les constatations préliminaires et les recommandations et ce, tout au long du travail sur le terrain. Ainsi, les plans d'action de la gestion sont directement liés au plan de transformation du Ministère, et on a déjà réalisé des progrès par rapport à bien des recommandations.

### **Avis du vérificateur**

Les conclusions de la deuxième phase de la vérification des centres de responsabilité correspondent aux constatations de la première phase de l'évaluation qui portait sur le Bureau de District de Québec. De l'avis de l'équipe chargée de la vérification, les contrôles internes, la gouvernance et le cadre de gestion du risque relatif aux pouvoirs délégués, les pratiques de gestion et la prestation des services doivent être améliorés.

Les résultats de la vérification mettent en évidence des faiblesses notables au cœur des processus internes qui appuient la prestation des services. L'échantillon a permis de cerner des lacunes importantes dans la documentation appuyant les décisions et les plans d'intervention. De plus, le processus de surveillance ne suffisait pas à réduire les risques résiduels à un niveau acceptable.

## Recommandations

<b>R1 Il est recommandé au sous-ministre adjoint, Prestation des services, de consigner clairement et de communiquer la vision et les attentes de la direction relatives à la gestion de cas. (Essentiel)</b>		
<b>Mesures correctrices à prendre</b>	<b>BPR (Bureau de première responsabilité)</b>	<b>Date cible</b>
Le SMA, PS, et les cadres supérieurs, y compris le gestionnaire national de la gestion de cas, présenteront les attentes relatives à la gestion de cas aux équipes régionales de gestion.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Février 2011
Approbation des documents de base de la gestion de cas, y compris les principes directeurs de la gestion de cas et le code de déontologie.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Février 2011
Diffuser les documents de base de la gestion de cas.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mars 2011

**R2 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, de revoir et de clarifier les rôles et les responsabilités du personnel de district et des experts régionaux et de communiquer les résultats au personnel concerné. (Essentiel)**

Mesures correctrices à prendre	BPR (Bureau de première responsabilité)	Date cible
Approbation du rapport « Contracting for Health Professionals ».	Gestion des programmes et de la prestation des services – Gestion des contrats	Février 2011
Mise à jour des rôles et des responsabilités des professionnels de la santé retenus par contrat.	Gestion des programmes et de la prestation des services – Gestion des contrats	Mars 2011
Examiner les fonctions principales des postes nationaux et régionaux et des postes aux bureaux de district, y compris les rôles et les responsabilités (incluant les professionnels de la santé).	Gestion des programmes et de la prestation des services – Gestion de programmes/Médecin national	Juin 2011
Diffuser l'information sur les principales fonctions des postes nationaux et régionaux et des bureaux de district au personnel concerné.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Juin 2011

**R3 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, d'offrir la formation au personnel concerné sur le nouvel outil de planification des interventions, la façon de consigner les décisions, la façon de rédiger des justifications claires et la façon de communiquer les résultats. (Essentiel)**

Mesures correctrices à prendre	BPR (Bureau de première responsabilité)	Date cible
Offrir la formation aux formateurs : formation sur le processus décisionnel – Phase I.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Novembre 2010
Offrir la formation sur le processus décisionnel de la phase I au personnel en région.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mars 2011
Élaborer de nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mai 2011
Diffuser les nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions et offrir des séances d'information à leur sujet.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Octobre 2011

**R4 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, d'examiner et de réviser les mesures de rendement de l'agent des services aux clients de sorte qu'elles soient pertinentes et adéquates à l'égard de la charge de travail, de l'efficacité et de la productivité. (Essentiel)**

Mesures correctrices à prendre	BPR (Bureau de première responsabilité)	Date cible
Examiner la charge de travail et réviser les mesures de rendement de l'agent des services aux clients.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Décembre 2011
Diffuser les mesures de rendement de l'agent des services aux clients aux points de service.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Février 2012



**R5 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, de clarifier les lignes directrices précisant les cas où la gestion de cas est souhaitable et le moment où la gestion de cas doit cesser et communiquer les résultats au personnel des bureaux de district. (Essentiel)**

Mesures correctrices à prendre	BPR (Bureau de première responsabilité)	Date cible
Élaborer de nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions qui précisent clairement le processus et les étapes de désengagement.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mai 2011
Diffuser les nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions et offrir des séances d'information à leur sujet.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Octobre 2011

**R6 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, de préciser la définition de « contact direct avec le client », de communiquer les résultats au personnel concerné et d'établir une pratique de contrôle de la qualité visant à garantir le respect des lignes directrices. (Essentiel)**

Mesures correctrices à prendre	BPR (Bureau de première responsabilité)	Date cible
Établir de nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions qui précisent le processus et les étapes de contact direct avec le client.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mai 2011
Élaborer une pratique détaillée de contrôle de la qualité relativement au contact direct avec le client pour garantir le respect des lignes directrices.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Juin 2011
Mettre en place des outils de mesure de rendement de la gestion de cas.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Septembre 2011
Diffuser les nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions et offrir des séances d'information à leur sujet.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Octobre 2011

**R7 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, d'élaborer et de mettre en œuvre un processus d'examen de la qualité précisant les nouveaux pouvoirs délégués et la planification des interventions de sorte à garantir une documentation suffisante et une gestion de cas adéquate. (Critique)**

<b>Mesures correctrices à prendre</b>	<b>BPR (Bureau de première responsabilité)</b>	<b>Date cible</b>
Élaborer un cadre d'examen de la qualité des décisions se rapportant aux programmes.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mars 2011
Mettre à l'essai les processus d'examen de la qualité des décisions ayant trait à la réadaptation.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Juin 2011
Achever et surveiller la mise en œuvre des processus d'examen de la qualité des décisions ayant trait aux programmes prises aux bureaux de district (PAAC, réadaptation, prestation de soins de santé et avantages médicaux).	Gestion des programmes et de la prestation des services	Octobre 2011
Mettre au point et diffuser les lignes directrices sur la planification des interventions pour les gestionnaires de cas.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mars 2011

**R8 Il est recommandé aux directeurs de secteur des bureaux de district d'Halifax et d'Edmonton d'établir et de consigner une stratégie locale de gestion du risque afin de cerner, de documenter et de gérer efficacement les risques auxquels leurs bureaux doivent faire face. Ces stratégies serviront de guide aux stratégies régionales et nationales et feront en sorte que la haute direction est informée des risques auxquels les bureaux de district doivent faire face. (Essentiel)**

Mesures correctrices à prendre	BPR (Bureau de première responsabilité)	Date cible
Consulter l'AC sur la démarche, la méthode ou le modèle approuvé de gestion du risque à utiliser au Ministère.	AC/région de l'Atlantique et de l'Ouest/BD d'Halifax et d'Edmonton	Février 2011
Examiner, évaluer et consigner les risques auxquels doit faire face le BD.	BD d'Halifax et d'Edmonton	Mai 2011
Produire un rapport d'état.	BD d'Halifax et d'Edmonton	Juin 2011
Présenter le rapport d'état au directeur général régional (DGR) (faire ensuite les changements demandés).	BD d'Halifax et d'Edmonton	Juillet 2011
Communiquer la stratégie de gestion du risque aux employés.	BD d'Halifax et d'Edmonton	Septembre 2011

## Énoncé d'assurance

Selon le jugement professionnel de la dirigeante principale de la vérification (DPV), des procédures de vérification suffisantes et appropriées ont été menées et des preuves ont été recueillies pour appuyer l'exactitude de l'avis fourni et contenu dans ce rapport. L'avis repose sur une comparaison entre la situation au moment de la vérification et les critères de vérification préétablis qui avaient été convenus avec la direction. L'avis ne s'applique qu'à l'entité, au processus et au système examiné. La preuve a été recueillie conformément à la politique, aux directives et aux normes de vérification interne du Conseil du Trésor, et les procédures utilisées respectent les normes professionnelles de l'Institut des vérificateurs internes (IVI). La preuve a été recueillie de manière à fournir à la haute direction des éléments probants suffisants à l'appui de l'avis découlant de la vérification interne.

*L'originale a été signée par*

*6 avril 2011*

---

Orlanda Drebit

---

Date

Dirigeante principale de la vérification

L'équipe chargée de la vérification était composée des membres suivants :

Jonathan Adams, directeur, Vérification et Évaluation  
Karen Walsh, gestionnaire, Vérification et Évaluation  
Tim Brown, agent, Vérification et Évaluation  
Jean-Pierre Goudreau, agent, Vérification et Évaluation  
Lana Wright, agente, Vérification et Évaluation  
Jodi Shea, agente de projet, Vérification et Évaluation  
Kari Morgan, ACC spécialiste en la matière

## **1.0 CONTEXTE**

Anciens Combattants Canada (ACC) compte 60 points de services ou centres de responsabilité, y compris les bureaux régionaux (BR) et les bureaux de district (BD) qui offrent une vaste gamme de services et d'avantages aux bénéficiaires des programmes d'ACC. Les BD offrent des services directs aux participants des programmes d'ACC et les BR offrent une orientation et une surveillance fonctionnelles aux BD. Les BR comptent aussi des spécialistes qui offrent une orientation fonctionnelle en matière de normes et de formation et également en matière de réadaptation et de santé mentale.

La vérification cyclique a été menée à la demande de la haute direction dans le but d'évaluer les contrôles internes connexes aux pouvoirs délégués et la pertinence du cadre de contrôle de la gestion et également de déterminer les possibilités d'amélioration de l'efficacité. La première phase portait sur le BD de Québec et elle a été achevée en octobre 2010. Le BD de Québec a été sélectionné à la demande de la haute direction parce qu'on y mettait déjà à l'essai les nouveaux pouvoirs délégués et qu'on y sert un grand nombre de vétérans des Forces canadiennes (FC). L'équipe chargée de la vérification s'est servie des résultats de cette première vérification pour guider la planification de la deuxième phase portant sur les BD d'Halifax et d'Edmonton, à la demande de la haute direction.

Cette vérification soutient l'avis annuel de la dirigeante principale de la vérification à ACC sur les processus de gestion des risques, de contrôle et de gouvernance du Ministère.

### **1.1 Profil du bureau de district d'Halifax**

Le BD d'Halifax compte quelque 60 employés répartis en trois équipes de services aux clients. Les équipes (ESC) comprennent des gestionnaires d'équipe des services aux clients (GESC), des gestionnaires de cas (GC), des agents des services aux clients (ASC) et des professionnels de la santé pour offrir un point de vue interdisciplinaire au processus décisionnel au BD. Une partie de l'ESC travaille à la base des Forces canadiennes (BFC) Halifax tandis que l'autre partie de l'ESC et les deux autres ESC œuvrent au bureau principal au centre-ville d'Halifax.

Le BD d'Halifax sert plus de bénéficiaires de programmes liés aux FC que tout autre BD du pays, soit 7 333 personnes en septembre 2010, c.-à-d. 50 % du nombre total de participants aux programmes au BD d'Halifax. Même si le pourcentage de bénéficiaires de programmes liés aux FC est élevé à Halifax, le BD sert une forte population d'anciens combattants du temps de guerre et de survivants (6 667 en septembre 2010). De plus, comme il est illustré au tableau 1 qui suit, la clientèle générale du BD continue de croître.

## 1.2 Profil du bureau de district d'Edmonton

Le BD d'Edmonton compte quelque 65 employés répartis en trois ESC. Une équipe travaille à la garnison de la BFC Edmonton et les deux autres sont situées au BD. De plus, ACC est également présent à la BFC Cold Lake et à la BFC Wainwright en Alberta et également dans les Territoires du Nord-Ouest.

Le BD d'Edmonton est le cinquième plus grand bureau pour ce qui est du nombre de bénéficiaires de programmes liés aux FC au pays, soit 5 198 personnes en septembre 2010, c.-à-d. 50 % du nombre total de participants aux programmes au BD d'Edmonton. Semblable à celui d'Halifax, le nombre d'anciens combattants du temps de guerre et de survivants dans le district est également élevé, soit 4 486 en septembre 2010.

## 1.3 Profil du bureau de district de Québec

Le bureau principal du BD de Québec est situé à Sainte-Foy. Une ESC est également située à la garnison de Valcartier et une petite équipe œuvre à la 3<sup>e</sup> Escadre Bagotville. Une ESC est composée de quelque 14 employés, y compris les professionnels de la santé, et offre un point de vue interdisciplinaire au processus décisionnel du BD.

Le BD de Québec est le troisième plus grand quand au nombre de bénéficiaires de programmes liés aux FC dans le pays, soit 5 292 personnes en septembre 2010, c.-à-d. 65 % du nombre total de bénéficiaires de programmes pour le BD de Québec et il est le deuxième plus important du pays en ce qui concerne le pourcentage de bénéficiaires de programmes liés aux FC.

**Tableau 1 : Nombre de bénéficiaires des bureaux de district d'Halifax, de Québec et d'Edmonton de mars 2008 à septembre 2010**

	Mars 2008	Sept. 2008	Mars 2009	Sept. 2009	Mars 2010	Sept. 2010
<b>BD d'Halifax</b>	12 714	14 120	14 203	14 332	14 426	14 558
<b>BD de Québec</b>	10 519	10 920	10 966	11 021	11 091	10 417
<b>BD d'Edmonton</b>	8 334	8 624	8 607	8 025	8 091	8 123

Source : Unité de la statistique

## 2.0 VÉRIFICATION

### 2.1 Objectifs

Le mandat de la vérification a été octroyé à la Direction générale de la vérification et de l'évaluation (DGVE) par la haute direction d'ACC aux termes du Plan de vérification interne de 2009. Le mandat fait partie d'un mandat plus vaste que s'est donné la haute direction du Ministère de s'assurer de l'efficacité des contrôles internes et de la qualité et de l'efficacité des pratiques de gestion et de la prestation des programmes dans les bureaux de district et autres centres de responsabilité d'ACC.

Les objectifs de la vérification des centres de responsabilité sont les suivants :

1. Examiner la mise en œuvre des nouveaux pouvoirs délégués aux gestionnaires de cas ayant trait au programme de réadaptation;
2. Déterminer l'efficacité des pratiques de gestion;
3. Examiner l'efficacité de la prestation des services exécutés par les GC et les ASC au BD.

Les critères de la vérification sont précisés à l'annexe B et ont fait l'objet de discussions avec la direction avant le début de la vérification.

### 2.2 Portée

L'évaluation a donné lieu à l'examen des pouvoirs délégués prévus par le paragraphe 15(1) de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* et des pouvoirs accrus accordés aux gestionnaires de cas ayant trait aux composantes de la réadaptation médicale et psychosociale du plan d'intervention, mais ne s'est pas penchée sur la délégation liée au programme de choix (PDC) 13 aux termes du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants*.

La vérification portait sur la mise en œuvre des nouveaux pouvoirs délégués, l'efficacité des pratiques de gestion et l'efficacité de la prestation des services aux BD d'Halifax et d'Edmonton. Elle comprenait également la comparaison avec le BD de Québec selon les résultats de la vérification menée au printemps 2010 en plus de l'examen des dossiers du BD de Québec exécuté dans le cadre de l'évaluation. La planification de l'évaluation a commencé en août 2010 et l'analyse a été achevée en décembre 2010.

La conférence de cas est un des points principaux de la prestation des services (critère 3.3 à l'annexe B). Cependant, il faut souligner qu'en raison de questions relatives à la protection des renseignements personnels, l'équipe de vérification n'a pas évalué l'efficacité des conférences de cas.

## 2.3 Méthode

La vérification a été effectuée conformément aux Normes relatives à la vérification interne de l'Institut des vérificateurs internes comme l'exige la Politique sur la vérification interne du Conseil du Trésor. La vérification a comporté les points suivants :

- L'examen des politiques, des autorisations et d'autres documents relatifs aux nouveaux pouvoirs délégués et des pratiques de gestion et de prestation des services dans le but de vérifier leur efficacité et d'évaluer la pertinence du cadre de contrôle de la gestion au sein de tous les BD vérifiés;
- Les entrevues d'employés des BD d'Halifax et d'Edmonton, des bureaux régionaux de l'Atlantique et de l'Ouest, et de l'Administration centrale (AC) pour déterminer la pertinence des pratiques de gestion et l'efficacité de la prestation des services et des avantages dans les BD, y compris les nouveaux pouvoirs délégués aux GC;
- Des visites et observations participatives avec les GC et les ASC pour évaluer les pratiques de gestion de la charge de travail et déterminer si l'efficacité de certaines de leurs pratiques en matière de prestation des services peut être améliorée;
- L'analyse des statistiques sur la charge de travail et les programmes pour mieux comprendre les bureaux de district sur lesquels portent la vérification et pour appuyer les observations relatives à la charge de travail.
- L'examen approfondi de 245 dossiers actifs de réadaptation (en date du 20 septembre 2010) des BD d'Halifax (75 dossiers), d'Edmonton (84 dossiers) et de Québec<sup>1</sup> (86 dossiers). Les dossiers ont été sélectionnés au hasard avec un niveau de confiance de 90 %, une marge d'erreur de 7 % et un taux d'erreurs estimé de 30 %. L'examen avait pour but d'évaluer la pertinence et la qualité des nouveaux plans d'intervention, la suffisance de la documentation des décisions et la qualité des résultats escomptés définis par les GC. L'examen des dossiers a été mené entre le 22 septembre et le 3 novembre 2010. L'équipe chargée de la vérification a eu recours à l'aide d'un expert en la matière pour l'examen des dossiers.

---

<sup>1</sup> Un examen des dossiers a été réalisé dans le cadre de la phase I de la vérification centres de responsabilité dans le BD de Québec, mais les résultats de cet examen n'étaient pas directement comparables à l'examen des dossiers de la phase II en raison d'un échantillonnage différent de la population.



## 2.4 Énoncé d'assurance

De l'avis professionnel de la dirigeante principale de la vérification, des procédures suffisantes et adéquates ont été suivies et des preuves recueillies pour appuyer selon un niveau élevé d'assurance l'exactitude de l'avis de vérification formulé dans le présent rapport. L'avis repose sur une comparaison entre la situation au moment de la vérification et les critères de vérification qui avaient été préétablis avec la direction. L'avis ne s'applique qu'à l'entité, au processus et au système examiné. Les preuves ont été recueillies conformément à la politique, aux directives et aux normes de vérification interne du Conseil du Trésor, et les procédures utilisées respectent les normes professionnelles de l'Institut des vérificateurs internes. Les preuves ont été recueillies de sorte à fournir à la haute direction des éléments probants suffisants à l'appui de l'avis découlant de la vérification interne.

## 3.0 RÉSULTATS

### 3.1 Observations, recommandations et plans d'action de la direction

#### 3.1.1 *Initiatives de changement (nouveaux pouvoirs délégués)*

Le Ministère vit une période de changement et il est important que ces changements soient gérés de façon adéquate. Il faut diffuser l'information en temps opportun aux personnes chargées de la mise en œuvre des changements pour le Ministère, et acheminer l'information efficacement aux utilisateurs touchés directement par la nouvelle initiative de changement. Il faut également rallier le personnel concerné de sorte à cerner les lacunes et les faiblesses.

Le changement aux pouvoirs délégués est la plus récente initiative de changement à être mise en œuvre. La nouvelle délégation des pouvoirs vise à donner plus de pouvoirs décisionnels et discrétionnaires aux décideurs de première ligne et à leur permettre de rendre des décisions sur les besoins des participants au programme de réadaptation et de répondre plus rapidement et efficacement à leurs besoins. La mise en œuvre des pouvoirs délégués se fera en deux temps : la première phase a déjà été mise en œuvre (pouvoirs accrus concernant la réadaptation médicale, psychosociale et professionnelle et les adaptations au domicile). La deuxième phase inclura des changements à l'approbation d'avantages pour besoins exceptionnels et des pouvoirs accrus aux GC, aux ASC et aux infirmières des bureaux de district (IBD).

Les vérificateurs sont d'avis que les gestionnaires dans les BD et les BR n'ont pas suffisamment de temps pour faire la mise en œuvre des changements. Par exemple, un courriel a été envoyé le 6 mai 2010 aux GESC et aux gestionnaires des centres d'autorisation de traitements (CAT) avec les instructions sur la façon de mettre en œuvre la première phase de la délégation des pouvoirs dès le 10 mai 2010. Ce délai

ne semble pas suffisant pour mettre en œuvre les changements. La question de communication tardive a également été soulevée dans le BD de Québec, où les GESC n'ont pas eu suffisamment de temps pour affecter les ressources à la conversion des plans d'intervention dans le nouvel outil de planification des interventions. Pour cette raison, les trois BD n'ont pu convertir de façon adéquate les anciens plans d'intervention selon le nouvel outil.

Le Ministère a pris des mesures pour régler certains des problèmes cernés par les employés de première ligne. Il y a maintenant un numéro 1-877 et une adresse courriel générale par lesquels le personnel peut acheminer ses questions, et les coordonnées d'une personne-ressource sont données lorsque le personnel est informé de nouvelles initiatives. Le délai de réponse aux questions peut cependant varier. En particulier, le personnel du bureau régional s'est dit frustré par le délai de réponse des lignes de soutien, et l'équipe chargée de l'évaluation s'est heurtée aux mêmes difficultés.

Si le personnel n'est pas avisé suffisamment à l'avance de mettre en œuvre les changements, il n'est pas préparé adéquatement, ce qui peut mener à des décisions de piètre qualité ou incorrectes ou à des délais dans la prise de décision. À mesure qu'ACC met en œuvre les nouveaux pouvoirs délégués, une stratégie de mise en œuvre doit être établie sur la façon de mettre en œuvre et de gérer les changements. Plus précisément, ACC doit s'assurer que l'information est diffusée à tous les niveaux de l'organisation en temps opportun et donner assez de temps et les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du processus.

### **3.1.2 Précision des attentes relatives à la gestion de cas**

Une vision claire de la gestion établit les attentes d'une organisation et permet aux employés d'assumer la responsabilité de leurs décisions.

L'examen de la documentation et les entrevues auprès du personnel ont révélé que les attentes relatives à la gestion de cas à ACC ne sont pas claires et les GC ont besoin d'attentes et de lignes directrices bien définies. Les GC sont responsables des décisions rendues en gestion de cas sans qu'ils connaissent vraiment les attentes d'ACC, les rendant hésitants à rendre des décisions non favorables parce qu'elles pourraient être infirmées au bureau régional ou à l'Administration centrale.

Le manque de précision sur les attentes relatives à la gestion de cas s'est traduit par des processus décisionnels incertains en gestion de cas et une prestation non uniforme des services de gestion de cas. L'absence d'attentes clairement définies peut mener à une gestion de cas inadéquate ou à des décisions incorrectes.

**R1 Il est recommandé au sous-ministre adjoint, Prestation des services, de consigner clairement et de communiquer la vision et les attentes de la direction relatives à la gestion. (Essentiel)**

**Réponse de la direction**

La direction accepte la recommandation.

Cette mesure a été définie dans le plan de transformation relatif à la gestion de cas et elle est un livrable prioritaire.

**Plan d'action de la direction**

<b>Mesures correctrices à prendre</b>	<b>BPR (Bureau de première responsabilité)</b>	<b>Date cible</b>
Le SMA, PS, et les cadres supérieurs, y compris le gestionnaire national de la gestion de cas, présenteront les attentes relatives à la gestion de cas aux équipes régionales de gestion.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Février 2011
Approbation des documents de base de la gestion de cas, y compris les principes directeurs de la gestion de cas et le code de déontologie.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Février 2011
Diffuser les documents de base de la gestion de cas.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mars 2011

**3.1.3 Précision des rôles et des responsabilités**

Les rôles et les responsabilités des GESC en ce qui a trait aux attentes et sur le lien qui existe entre leur rôle et celui des spécialistes régionaux n'est pas clair. Les rôles et les responsabilités précisés dans la description de travail des GESC semblent chevaucher ceux des spécialistes régionaux. Par exemple, une des activités clés des GESC est de surveiller, de conseiller et d'aider les membres des ESC à déterminer les interventions pertinentes. Certains GESC interprétaient cette activité par rapport aux interventions du plan d'intervention, mais l'activité pourrait également rejoindre le rôle du spécialiste régional d'offrir une orientation fonctionnelle sur les plans d'intervention des participants au programme de réadaptation.

De plus, le BD de Québec avait un poste de spécialiste en soins cliniques dont la fonction était d'appuyer les gestionnaires de cas dans leur rôle de planification et de gestion de cas. Le personnel du BD de Québec a jugé le poste de spécialiste en soins cliniques utile. Ces postes n'ont pas encore été établis dans les BR d'Halifax et d'Edmonton, mais certains GESC étaient d'avis que c'était leur rôle d'offrir ce type d'orientation et mettent en doute le rôle des spécialistes en soins cliniques.

Le rôle des GESC et le rôle des spécialistes régionaux doivent être clarifiés de sorte à bien utiliser les ressources des GESC et des spécialistes régionaux. Il faudrait également établir des critères ou des éléments déclencheurs pour aider les GC à déterminer quand consulter un spécialiste régional.

Auparavant, les GC travaillaient de concert avec les ASC à la prestation des services et des avantages aux bénéficiaires dont étaient chargés les GC. Suite à un changement de philosophie, les ASC et les GC travaillent maintenant de façon indépendante à des charges de travail distinctes – les GC à des tâches de gestion de cas et les ASC à des tâches autres que la gestion de cas. Le changement vers des charges de travail différentes a laissé de l'incertitude quand au rôle du GC comparativement à celui de l'ASC et a mené les GC à exécuter des tâches administratives plutôt que des tâches de service direct.

Le rôle d'agent des services administratifs du district (ASAD) n'est pas plus clair. La description de travail du personnel du BD est générale et la description de travail de l'ASAD inclut la communication avec les participants ou les professionnels de la santé pour recueillir, clarifier ou vérifier l'information nécessaire au soutien des programmes d'ACC, etc. La différence entre le rôle de l'ASAD et celui de l'ASC n'est pas claire. La description de travail est large en ce qui concerne les responsabilités de l'ASAD, et il faut clarifier les responsabilités et les rôles individuels à l'échelle des BD.

Les rôles et les responsabilités doivent être définis et communiqués clairement à ceux qui sont chargés de l'exécution des objectifs de l'organisation. Si les rôles et les responsabilités sont précis, les employés connaissent leurs limites et savent où trouver l'expertise requise à la prise de décision. Des rôles et des responsabilités qui manquent de précision peuvent mener à la prise de décisions non éclairées, à l'utilisation inefficace des ressources et à un contrôle inadéquat.

**R2 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, de revoir et de clarifier les rôles et les responsabilités du personnel de district et des experts régionaux et de communiquer les résultats au personnel concerné. (Essentiel)**

### **Réponse de la direction**

La direction accepte la recommandation.

Cette mesure a été définie dans le plan de transformation relatif à la gestion de cas et elle est un livrable prioritaire.

Un rapport sur l'établissement de contrats avec des professionnels de la santé a été produit et on y recommande notamment la révision des rôles et des responsabilités. La phase II du projet commencera au quatrième trimestre de 2010-2011.

## **Plan d'action de la direction**

<b>Mesures correctrices à prendre</b>	<b>BPR (Bureau de première responsabilité)</b>	<b>Date cible</b>
Approbation du rapport « Contracting for Health Professionals ».	Gestion des programmes et de la prestation des services – Gestion des contrats	Février 2011
Mise à jour des rôles et des responsabilités des professionnels de la santé retenus par contrat.	Gestion des programmes et de la prestation des services – Gestion des contrats	Mars 2011
Examiner les fonctions principales des postes nationaux et régionaux et des postes aux bureaux de district, y compris les rôles et les responsabilités (incluant les professionnels de la santé).	Gestion des programmes et de la prestation des services – Gestion de programmes/Médecin national	Juin 2011
Diffuser l'information sur les principales fonctions des postes nationaux et régionaux et des bureaux de district au personnel concerné.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Juin 2011

### **3.1.4 Pertinence des politiques, des procédures et des lignes directrices**

Le document *Recommandations sur le contrôle* de l'Institut canadien des comptables agréés offre la direction suivante :

*Des politiques visant à faciliter l'atteinte des objectifs de l'organisation et la gestion des risques auxquels elle fait face devraient être établies, communiquées et mises en pratique, afin que les gens comprennent ce qui est attendu d'eux et connaissent l'étendue de leur liberté d'action.*

*Les politiques précisent comment faire les choses et interdisent les mesures non pertinentes, fournissant ainsi les limites des mesures acceptables. Si les gens ont à faire preuve de jugement et de créativité dans l'intérêt de l'organisation, ils doivent connaître ces limites et être libres d'agir en fonction de ces limites...*  
[Traduction libre]

*Des politiques compréhensibles, communiquées dans toute l'organisation et explicitées en pratiques particulières, offrent l'orientation sur la façon de mener les opérations et tiennent compte de l'avis sur les risques jugés acceptables...*  
[Traduction libre]

Les employés du BD ont indiqué que les politiques, les procédures et les processus opérationnels ne sont pas uniformes et ne fournissent pas une direction claire. Le personnel a de la difficulté à déterminer ce qui constitue des mesures adéquates à

prendre, en particulier lorsque la politique, le processus opérationnel ou la directive opérationnelle ne donnent pas la même direction. En l'absence d'une direction claire, les employés ont indiqué se fier à l'expérience les uns des autres.

Les processus opérationnels n'ont pas été revus pour inclure les récentes mises à jour. Par exemple, le processus opérationnel désigne le GESC comme le pouvoir d'approbation pour le dépassement des limites, mais c'est maintenant le GC selon les nouveaux pouvoirs délégués. Si les employés ne sont pas au fait de la correspondance précédente, ils ne connaîtront pas les nouveaux changements, étant donné que des processus opérationnels inexacts encore en ligne à titre de référence. Comme il est précisé à l'annexe D, les processus opérationnels citent le nom d'employés comme personnes-ressources, qu'ils soient encore au poste ou non. De plus, les processus opérationnels n'ont pas été mis à jour en fonction des changements organisationnels.

Des faiblesses ont été observées dans la diffusion de l'information, en particulier les processus opérationnels, les politiques et les directives, aux personnes qui en ont besoin. Le personnel a indiqué vouloir prendre les bonnes mesures, mais trouvent que l'information trouvée dans les politiques, les procédures et les directives se contredit. L'information avait été envoyée par différents moyens et venait de plusieurs services. Il doit y avoir une stratégie de communication pour l'information à l'intention des points de service.

À cause de l'information inexacte et contradictoire fournie, le personnel n'a plus confiance en l'exactitude de l'information que l'AC lui fournit et de l'information affichée dans l'intranet. Le retard de l'information ou son absence ont mené les employés à se fier les uns aux autres lorsqu'ils ont des questions. Cela peut mener à une mauvaise interprétation et à des décisions incorrectes. Le personnel doit avoir un accès facile aux politiques et à la clarification de sorte qu'il connaisse et comprenne sa liberté d'agir.

Les problèmes déterminés dans la présente section du rapport ont également été déterminés dans des rapports précédents de vérification et d'évaluation. La vérification du bureau de district de Québec en octobre 2010 a donné lieu à la recommandation d'agir à la lumière de ces constatations.

La liste de certaines mises à jour à apporter aux politiques et aux procédures se trouve à l'annexe D.

### **3.1.5 Pertinence des outils et de la formation**

Pour que le personnel travaille de façon efficiente et que les contrôles soient efficaces, les outils et la formation doivent être suffisants. L'équipe chargée de la vérification a déterminé des points à améliorer à l'outil de planification des interventions et également des lacunes en matière de formation.

Un nouvel outil de planification des interventions a été mis en place en avril 2010 et il vise à appuyer la gestion de cas. Les employés apprécient le nouvel outil et trouvent qu'il est meilleur que l'outil précédent. Cependant, ils ne l'utilisaient pas à son plein

potentiel et ne remplissaient pas les champs correctement, ce qui menait à des plans d'intervention inadéquats et un manque d'efficacité. Par exemple, l'examen des dossiers a révélé des cas de documentation en double dans le nouvel outil et également dans les notes sur le client dans le Réseau de prestation des services aux clients (RPSC) parce que les employés n'étaient pas certains de l'endroit où consigner l'information. Il faut offrir de la formation supplémentaire sur l'outil pour s'assurer que le personnel utilise l'outil à sa pleine capacité.

La qualité des plans d'intervention comprenant une justification complète pour les décisions était variable, et les plans ne contenaient pas toujours toute l'information nécessaire pour rendre une bonne décision. La *Documentation et lignes directrices pour la planification des interventions* (9 avril 2010) prévoit que les GC doivent remplir la section relative à la justification, mais ne précise pas les points à inclure pour que la justification soit complète.

L'examen des dossiers a révélé que la qualité de la documentation des plans d'intervention dans le BD de Québec était généralement supérieure à celle des BD d'Halifax et d'Edmonton. La différence est due au fait que le BD de Québec était le site de mise à l'essai de la mise en œuvre et il avait élaboré un modèle et une méthode détaillés de documentation des décisions qui ont aidé à améliorer la qualité de la justification consignée dans l'écran des ressources. De plus, le BD de Québec a mené deux activités de contrôle de la qualité et a fait l'objet d'une vérification interne qui a commencé en janvier 2010.

En ce qui concerne l'amélioration de l'outil, il serait utile d'ajouter un filtre ou une fonction de recherche sur les notes évolutives et une façon de lier le résultat attendu aux notes évolutives et aux mesures à prendre. Il faut considérer ajouter un filtre aux notes évolutives parce qu'à mesure du développement des plans d'intervention, de nombreuses notes évolutives sont consignées et un employé a à relire la liste complète des notes pour trouver l'information dont il a besoin. Ne pas lier le résultat attendu aux mesures à prendre et aux notes évolutives rend difficile de déterminer quelles sont les étapes qui visent à atteindre un résultat précis et difficile de déterminer si le participant a réussi à atteindre les objectifs du plan d'intervention. Lier les mesures à prendre clarifiera le progrès du plan d'intervention.

Les résultats attendus définis dans le plan d'intervention doivent être établis selon le modèle « SMART » (voir l'annexe C pour la définition de « SMART »). L'examen a révélé que 5 % des résultats attendus étaient « SMART ». Cependant, la direction concernant le modèle SMART est ambiguë, étant donné que « réalisable » et « réaliste » sont tous les deux définis comme « faisable ». Le nouvel outil pourrait être amélioré en fonction de résultats attendus SMART en utilisant un modèle plutôt que le champ libre qui est actuellement utilisé dans le système.

Enfin, l'outil de planification des interventions pourrait être amélioré de sorte à réduire le fardeau administratif. En particulier, les GC doivent inscrire le nom et l'adresse des fournisseurs de services, les codes d'avantage, etc. chaque fois qu'un service est

approuvé. Plusieurs fournisseurs de service pourraient être entrés pour les participants au programme de réadaptation. Une liste déroulante des fournisseurs de service autorisés qui pourraient être classés par province ou PDC ou par code d'avantage permettrait une utilisation plus productive du temps et de l'information plus exacte.

En ce qui concerne les pouvoirs délégués, les employés hésitent à rendre des décisions puisqu'ils n'avaient pas reçu une formation suffisante pour avoir confiance en leurs décisions et ils ont indiqué que la mise en œuvre pressée mène à des processus qui contiennent des problèmes et des lacunes. Les employés sentaient le besoin de consulter l'équipe interdisciplinaire (EID) ou le GESC. Le personnel n'avait reçu aucune formation sur les nouveaux pouvoirs délégués parce que la formation allait être offerte dans le cadre de la deuxième phase de la mise en œuvre des pouvoirs délégués. La formation n'a toutefois pas encore été donnée au personnel du BD au cours de la vérification.

Le besoin de formation sur les pouvoirs en vigueur est évident afin que le personnel soit habilité à rendre des décisions et que ces décisions soient adéquates et consignées exactement. Il faut également comprendre les ramifications des décisions et savoir quel est le soutien en place pour les GC pour les décisions rendues selon les nouveaux pouvoirs délégués.

Le BD tirerait avantage d'une stratégie de formation qui s'ajouterait à une stratégie nationale de formation. La stratégie comprendrait la liste des compétences requises à l'exécution du travail, à la détermination des lacunes et à la planification de la façon de combler ces lacunes. La vérification du bureau ce district de Québec a également révélé les domaines qui doivent être clarifiés ou qui doit donner lieu à de la formation à l'intention du personnel.

**R3 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, d'offrir la formation au personnel concerné sur le nouvel outil de planification des interventions, la façon de consigner les décisions, la façon de rédiger des justifications claires et la façon de communiquer les résultats. (Essentiel)**

### **Réponse de la direction**

La direction accepte la recommandation.

Cette mesure a été définie dans le plan de transformation relatif à la gestion de cas et elle est un livrable prioritaire. L'outil électronique de planification des interventions sera modifié et de la formation sera donnée.



## **Plan d'action de la direction**

<b>Mesures correctrices à prendre</b>	<b>BPR (Bureau de première responsabilité)</b>	<b>Date cible</b>
Offrir la formation aux formateurs : formation sur le processus décisionnel – Phase I.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Novembre 2010
Offrir la formation sur le processus décisionnel de la phase I au personnel en région.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mars 2011
Élaborer de nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mai 2011
Diffuser les nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions et offrir des séances d'information à leur sujet.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Octobre 2011

### **3.1.6 Surveillance des résultats**

Il est important de surveiller les résultats pour déterminer si les objectifs sont atteints et également pour établir l'information de référence et déterminer si les interventions ont eu l'effet attendu. Les personnes qui surveillent la mesure des résultats doivent avoir accès à de l'information sûre sur les résultats opérationnels. De même, si les objectifs et les attentes en matière de résultats sont modifiés, alors les mesures auront peut-être également besoin d'être modifiées.

Anciens Combattants Canada a établi des mesures des résultats et des normes de services qui sont suivis et donnent lieu à des rapports affichés dans la base de données des rapports (BDR), un système électronique d'information. Les GESC et les directeurs de secteur consultent la BDR pour suivre les résultats du personnel du BD et également surveiller et gérer la charge de travail.

Comme il est décrit ci-dessous, l'équipe chargée de la vérification a observé des lacunes dans les deux mesures de rendement des ASC, la mesure de la charge du travail des GC et la surveillance de la communication avec les participants aux programmes.

### **Mesures de rendement des ASC**

Le rôle de l'ASC est d'être le contact de première ligne des bénéficiaires qui ne font pas l'objet de gestion de cas et également de coordonner les services et les avantages de ces mêmes bénéficiaires. Les mesures du rendement des ASC incluent le nombre de suivi des bénéficiaires à faible risque du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC), l'examen préalable et les entrevues de transition, mais les ASC ont d'autres tâches qui ne sont pas considérées dans ces mesures du rendement (par

exemple les tâches relatives aux soins de longue durée et au PDC 13). Étant donné leur charge de travail et les priorités que les ASC se donnent, les mesures ne sont pas nécessairement significatives pour les ASC.

Les objectifs du Ministère peuvent ne pas correspondre aux mesures de rendement imposées aux ASC en raison du remaniement des objectifs du Ministère. Lorsque le Ministère surveille une norme, comme le suivi annuel des bénéficiaires à risque faible plutôt que l'admission aux soins palliatifs, il envoie le message aux ASC que le suivi des bénéficiaires à risque faible du PAAC est plus important (puisque ce sont les mesures qui seront prises). De plus, comme il a été susmentionné, lorsque les attentes de rendement changent, il faut peut-être également changer les mesures de rendement.

Bien que les preuves appuient l'examen des mesures de rendement d'un ASC, le Ministère peut également souhaiter d'examiner les mesures du rendement des GC pour déterminer si les mesures fournissent l'information voulue à la surveillance de la charge de travail, de l'efficacité, de l'efficacité et de la productivité.

**R4 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, d'examiner et de réviser les mesures de rendement de l'agent des services aux clients de sorte qu'elles soient pertinentes et adéquates à l'égard de la charge de travail, de l'efficacité et de la productivité. (Essentiel)**

### **Réponse de la direction**

La direction accepte la recommandation et présente le plan d'action de la direction suivant.

### **Plan d'action de la direction**

<b>Mesures correctrices à prendre</b>	<b>BPR (Bureau de première responsabilité)</b>	<b>Date cible</b>
Examiner la charge de travail et réviser les mesures de rendement de l'agent des services aux clients.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Décembre 2011
Diffuser les mesures de rendement de l'agent des services aux clients aux points de service.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Février 2012

## ***Lignes directrices relatives à la gestion de cas***

Les GC sont tenus d'élaborer un plan d'intervention pour les participants à la réadaptation, mais la décision d'élaborer un plan d'intervention pour les clients qui ne participent pas à la réadaptation est à leur discrétion. Certains GC n'élaborent pas de plan d'intervention pour les participants, mais s'occupent de la prestation de services et d'avantages à ces participants. En somme, les GC offrent des services semblables à la gestion de cas et les participants sont compris dans leur charge de travail, mais parce qu'ils n'élaborent pas de plan d'intervention, le travail fait pour les participants n'est pas consigné à leur charge de travail. La pratique de déterminer dans quels cas élaborer un plan d'intervention variait et il n'existe aucun indicateur précis des cas où il faut élaborer un plan d'intervention pour les participants. Par exemple, dans certains bureaux, la pratique était d'élaborer un plan d'intervention surtout pour les participants au programme de réadaptation, tandis qu'ailleurs, les gestionnaires de cas déterminaient le besoin du plan selon leur propre évaluation.

La charge de travail faussée des GC a mené à la représentation variable de la charge de travail d'un bout à l'autre du pays et a également des répercussions sur le financement des équivalents à temps plein (ETP) pour certaines régions parce qu'il est fondé sur le nombre de participants bénéficiant de la gestion de cas.

**R5 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, de clarifier les lignes directrices précisant les cas où la gestion de cas est souhaitable et le moment où la gestion de cas doit cesser et communiquer les résultats au personnel des bureaux de district. (Essentiel)**

### **Réponse de la direction**

La direction accepte la recommandation.

Cette mesure fait partie du plan de transformation relatif à la gestion de cas.

### **Plan d'action de la direction**

<b>Mesures correctrices à prendre</b>	<b>BPR (Bureau de première responsabilité)</b>	<b>Date cible</b>
Élaborer de nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions qui précisent clairement le processus et les étapes de désengagement.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mai 2011
Diffuser les nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions et offrir des séances d'information à leur sujet.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Octobre 2011

## **Surveillance du « contact direct avec le client »**

Le délai d'exécution du « contact direct avec le client » est enregistré dans le système informatique si le GC consigne qu'un « contact direct avec le client » a été fait. La date du contact sert à déterminer si la norme de service (c.-à-d. le besoin qu'un contact a été établi tous les 90 jours). La date sert également à donner au GC une activité automatisée pour lui rappeler qu'il doit faire un suivi auprès d'un participant particulier à une certaine date. L'équipe chargée de la vérification a parcouru 245 plans d'intervention et examiné la dernière fois où la touche radio « contact direct avec le client » était « oui ». Il était douteux qu'un « contact direct avec le client » avait été fait dans 14 % des cas étant donné que certains exemples de « contact direct avec le client » incluaient les notes suivantes : ai laissé un message, contact fait avec un tiers fournisseur de service, formulaire posté.

La documentation et les directives sur le plan d'intervention ne précisent pas ce que constitue le « contact direct avec le client ». L'absence d'une définition claire sur le « contact direct avec le client » et l'absence de surveillance pour s'assurer que le contact est enregistré exactement empêche le Ministère de savoir exactement si ACC respecte la norme de service voulant qu'il communique avec les participants bénéficiant de la gestion de cas tous les 90 jours. De plus, les participants peuvent ne pas être suivis périodiquement; les GC ou les GESC ne reçoivent pas de rappel (c.-à-d. il n'y a aucune activité de générée) et les GESC n'en seraient pas conscients parce que les rapports indiquent que la norme de service a été satisfaite.

**R6 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, de préciser la définition de « contact direct avec le client », de communiquer les résultats au personnel concerné et d'établir une pratique de contrôle de la qualité visant à garantir le respect des lignes directrices. (Essentiel)**

### **Réponse de la direction**

La direction accepte la recommandation.

Cette mesure fait partie du plan de transformation relatif à la gestion de cas et est un livrable prioritaire.

## Plan d'action de la direction

Mesures correctrices à prendre	BPR (Bureau de première responsabilité)	Date cible
Établir de nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions qui précisent le processus et les étapes du contact direct avec le client.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mai 2011
Élaborer une pratique détaillée de contrôle de la qualité relativement au contact direct avec le client pour garantir le respect des lignes directrices.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Juin 2011
Mettre en place des outils de mesure de rendement de la gestion de cas.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Septembre 2011
Diffuser les nouvelles lignes directrices sur la planification des interventions et offrir des séances d'information à leur sujet.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Octobre 2011

### **3.1.7 Examens de la qualité**

Un processus d'examen de la qualité fait en sorte que les organisations respectent leurs normes et définissent les points à améliorer. Du même coup, le processus d'examen de la qualité fait en sorte que lorsque les changements sont mis en œuvre, ils le sont de façon adéquate et pertinente.

Les GC approuvent les ressources pour les participants au programme de réadaptation sous l'onglet des ressources du plan d'intervention. La décision doit être clairement justifiée. Ce n'est cependant pas le cas comme l'a révélé l'examen de 87 justifications, dont 45 % ne contenaient pas une justification claire de la décision.

Selon le guide sur la prise de décision pour la réadaptation, chaque ressource approuvée doit également avoir communiqué officiellement par lettre avec le bénéficiaire. L'examen de 87 décisions des BD d'Halifax, d'Edmonton et de Québec a révélé que 43 % des cas n'avaient pas de lettre de décision au dossier. Les décisions doivent être clairement documentées et communiquées afin que les droits d'appel soient communiqués et que les décisions soient clairement documentées.

L'examen de 245 plans d'intervention a révélé qu'environ 5 % des plans d'intervention ouverts (12 plans d'intervention) auraient pu être fermés (désengagement). Une des raisons données par les personnes interviewées par les vérificateurs est que les GC qui choisissent de ne pas désengager un participant sont moins susceptibles de se faire attribuer un nouveau participant. Il pourrait y avoir de la confusion sur les circonstances de désengagement et quand donner la désignation d'incapacité totale et permanente

(ITP)<sup>2</sup>. De plus, 25 % des plans d'intervention n'avaient pas de preuve de contact périodique avec les participants au cours de l'an dernier (le contact périodique est défini comme un contact avec le participant au moins une fois tous les trois mois en moyenne au cours de l'an dernier).

Des faiblesses ont été trouvées dans la justification décisionnelle et également dans le nouvel outil de planification des interventions. Bien qu'il y a eu un contrôle de la qualité fait par le GESG, le processus n'a pas été suivi, comme l'a montré les résultats de la vérification où 45 % des 87 justifications examinées n'avaient pas été documentées adéquatement.

Le manque de suivi s'est traduit par des plans d'intervention inadéquats et plusieurs dossiers incluant une documentation inadéquate des décisions. L'établissement d'un processus de suivi lorsque des changements sont apportés fera en sorte que le personnel comprend ses responsabilités et aidera l'organisation à définir les points à améliorer.

Un processus d'examen de la qualité doit être mis en place dans tous les cas où un changement a été apporté de sorte à s'assurer que les changements sont mis en œuvre de façon adéquate et pertinente et pour s'assurer que le personnel comprend les politiques et les procédures et les respectent. Cela sera particulièrement important lors de la mise en œuvre de la prochaine phase des pouvoirs délégués.

**R7 Il est recommandé à la directrice générale, Gestion des programmes et de la prestation des services, d'élaborer et de mettre en œuvre un processus d'examen de la qualité précisant les nouveaux pouvoirs délégués et la planification des interventions de sorte à garantir une documentation suffisante et une gestion de cas adéquate. (Critique)**

### **Réponse de la direction**

La direction accepte la recommandation.

Cette mesure fait partie du plan de transformation relatif à la gestion de cas et est un livrable prioritaire.

---

<sup>2</sup> Une « incapacité totale et permanente » s'entend de l'incapacité d'un vétéran d'accomplir tout travail considéré comme un emploi rémunérateur et convenable en raison d'un problème de santé physique ou mentale permanent.

## **Plan d'action de la direction**

<b>Mesures correctrices à prendre</b>	<b>BPR (Bureau de première responsabilité)</b>	<b>Date cible</b>
Élaborer un cadre d'examen de la qualité des décisions se rapportant aux programmes.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mars 2011
Mettre à l'essai les processus d'examen de la qualité des décisions ayant trait à la réadaptation.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Juin 2011
Achever et surveiller la mise en œuvre des processus d'examen de la qualité des décisions ayant trait aux programmes prises aux bureaux de district (PAAC, réadaptation, prestations de soins de santé et avantages médicaux).	Gestion des programmes et de la prestation des services	Octobre 2011
Mettre au point et diffuser les lignes directrices sur la planification des interventions pour les gestionnaires de cas.	Gestion des programmes et de la prestation des services	Mars 2011

### **3.1.8 Gestion du risque**

La politique du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) sur la gestion du risque stipule que les pratiques efficaces de gestion du risque garantissent la continuité du fonctionnement du gouvernement. Puisque les risques sont intrinsèques à toutes les opérations du gouvernement, la bonne gestion d'une activité ministérielle comme la prestation des programmes et services d'ACC dans un BD est dépendante de l'adoption d'une stratégie efficace et documentée de gestion du risque, y compris la définition et l'évaluation des risques associés à l'activité et de l'élaboration de stratégies pertinentes d'atténuation des risques.

Selon les directives du Conseil du Trésor, une stratégie intégrée du risque est un processus continu, proactif et systématique visant la gestion et la communication du risque du point de vue de l'organisation entière. Elle consiste également à prendre des décisions stratégiques qui contribuent à l'atteinte de l'ensemble des objectifs organisationnels d'une entité.

Au moment de la vérification, il n'existait aucune stratégie documentée de gestion du risque dans les BD d'Edmonton et d'Halifax. Bien que le plan intégré des ressources humaines et des activités définissait certains risques associés à l'atteinte des objectifs organisationnels, il était d'envergure régionale plutôt que spécifique au BD. Les BD d'Edmonton et d'Halifax ont des risques qui leur sont propres. Une évaluation du risque doit être documentée et doit guider les processus de gestion du risque à l'AC et à l'échelle régionale. Une stratégie locale de gestion du risque contribuera à la stratégie

nationale de gestion du risque et à une approche coordonnée. Il ne suffit pas qu'une organisation atteigne ses objectifs à l'échelle locale. Il doit y avoir collaboration à l'échelle nationale. De même, les districts doivent connaître la capacité de risque du Ministère afin de s'assurer qu'ils œuvrent dans les limites de tolérance.

Bien que la vérification ne visait que les bureaux de district d'Halifax et d'Edmonton, les vérificateurs se doutent que la situation est semblable dans d'autres unités du Ministère. Le Ministère prépare une approche de gestion du risque plus robuste et prend des mesures pour améliorer le régime de gestion du risque à ACC.

**R8 Il est recommandé aux directeurs de secteur des bureaux de district d'Halifax et d'Edmonton d'établir et de consigner une stratégie locale de gestion du risque afin de cerner, de documenter et de gérer efficacement les risques auxquels leurs bureaux doivent faire face. Ces stratégies serviront de guide aux stratégies régionales et nationales et feront en sorte que la haute direction est informée des risques auxquels les bureaux de district doivent faire face. (Essentiel)**

#### **Réponse de la direction**

La direction convient qu'il faille élaborer et documenter une stratégie locale de gestion du risque spécifique à la prestation des services aux clients. Cependant, elle est d'avis que la stratégie de gestion du risque doit être élaborée en se guidant sur les stratégies régionale et nationale. L'équipe de gestion de l'Atlantique n'a reçu la formation et les conseils sur la philosophie de gestion du risque que le 19 janvier 2011, c.-à-d. longtemps après la vérification et l'évaluation du BD d'Halifax. L'équipe de gestion de l'Ouest recevra sa formation et des conseils sur la gestion de cas en mars 2011. La direction convient que le rapport doit être fondé sur les principes de gestion du risque du Conseil du Trésor.



## **Plan d'action de la direction**

<b>Mesures correctrices à prendre</b>	<b>BPR (Bureau de première responsabilité)</b>	<b>Date cible</b>
Consulter l'AC sur la démarche, la méthode ou le modèle approuvé de gestion du risque à utiliser au Ministère.	AC/région de l'Atlantique et de l'Ouest/BD d'Halifax et d'Edmonton	Février 2011
Examiner, évaluer et consigner les risques auxquels doit faire face le BD.	BD d'Halifax et d'Edmonton	Mai 2011
Produire un rapport d'état.	BD d'Halifax et d'Edmonton	Juin 2011
Présenter le rapport d'état au directeur général régional (DGR) (faire ensuite les changements demandés).	BD d'Halifax et d'Edmonton	Juillet 2011
Communiquer la stratégie de gestion du risque aux employés.	BD d'Halifax et d'Edmonton	Septembre 2011

### **3.2 Avis du vérificateur**

Les conclusions de la deuxième phase de la vérification des centres de responsabilité correspondent aux constatations de la première phase de l'évaluation qui portait sur le BD de Québec. De l'avis de l'équipe chargée de la vérification, les contrôles internes, la gouvernance et le cadre de gestion du risque relatif aux pouvoirs délégués, les pratiques de gestion et la prestation des services doivent être améliorés.

Les résultats de la vérification mettent en évidence des faiblesses notables au cœur des processus internes qui appuient la prestation des services. L'échantillon a permis de cerner des lacunes importantes dans la documentation appuyant les décisions et les plans d'intervention. De plus, le processus de surveillance ne suffisait pas à réduire les risques résiduels à un niveau acceptable.

## 4.0 DISTRIBUTION

Sous-ministre

Sous-ministre déléguée

Ombudsman des vétérans

Chef du cabinet du ministre

Membres du Comité ministériel de vérification

Sous-ministre adjoint, Politiques, Communications et Commémoration

Sous-ministre adjoint, Secteur de la prestation des services

Sous-ministre adjoint, Services ministériels

Directrice générale de la gestion de la prestation des services

Directeurs généraux régionaux

Directeur général, Communications

Directeur général, Secrétariat du Ministère et Coordination des politiques

Directeur général, Politiques et recherche

Avocate générale, Unité des services juridiques

Directeur exécutif, Transformation

Directeur exécutif et Chef avocat-conseil des pensions

Directrice exécutive de l'Hôpital Sainte-Anne

Directrice, Initiatives stratégiques et habilitantes

Directeur, Information, coordination et liaison

Directeurs de secteur

Conseillers exécutifs du sous-ministre

Bureau du contrôleur général (Registre de vérification interne)

Bureau du vérificateur général

## Annexe A – Classification du risque des recommandations et de l’avis du vérificateur

Les définitions qui suivent servent de guide à la classification des recommandations et de l’avis du vérificateur du présent rapport.

<b>Recommandations du vérificateur</b>	
Critique	A trait à une ou à plusieurs faiblesses importantes pour lesquelles il n’existe aucun contrôle correctif adéquat. Les faiblesses entraînent un niveau de risque élevé.
Essentiel	A trait à une ou à plusieurs faiblesses importantes pour lesquelles il n’existe aucun contrôle correctif adéquat. Les faiblesses entraînent un niveau de risque modéré.

<b>Avis du vérificateur</b>	
Bien contrôlé	Seules des faiblesses négligeables relativement aux objectifs de contrôle ou à la saine gestion de l’activité vérifiée ont été observées.
Généralement acceptable	Les faiblesses considérées individuellement ou dans leur ensemble sont négligeables ou des mécanismes correctifs sont en place. Les objectifs de contrôle ou la saine gestion de l’activité vérifiée ne sont pas compromis.
Doit être amélioré	Les faiblesses considérées individuellement ou dans leur ensemble sont significatives et pourraient compromettre les objectifs de contrôle ou la saine gestion de l’activité vérifiée.
Non satisfaisant	Les ressources allouées à l’activité vérifiée sont gérées sans considération de la plupart des critères d’efficience, d’efficacité et d’économie.

## Annexe B – Critères d'évaluation

<b>Objectif 1 – Nouveaux pouvoirs délégués</b>		
<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>	<b>Résultats</b>
1.1 L'organisation dispose de processus et de pratiques permettant d'assurer la mise en œuvre appropriée d'initiatives de changement.	<p>a. La gestion fournit l'orientation et la supervision fonctionnelle sur les nouveaux pouvoirs délégués.</p> <p>b. La formation ou l'orientation documentée est fournie aux employés de sorte qu'ils aient l'orientation fonctionnelle dont ils ont besoin.</p>	Partiellement atteint
1.2 Les initiatives de changement sont bien connues.	<p>a. Les initiatives de changement et les mesures importantes prises par la direction sont communiquées en temps opportun aux personnes concernées.</p> <p>b. Le personnel a le soutien dont il a besoin pour répondre à ses questions.</p>	Partiellement atteint
1.3 Les nouveaux pouvoirs délégués des GC sont clairement définis, compris et appliqués de façon adéquate et efficace au BD.	<p>a. Les GC respectent la directive sur les nouveaux pouvoirs délégués et le guide sur la prise de décision.</p> <p>b. Les employés connaissent leurs nouveaux pouvoirs délégués.</p> <p>c. Les employés ont accepté leurs nouveaux pouvoirs.</p> <p>d. La prise de décision est clairement documentée et les décisions sont prises conformément aux politiques et aux règlements d'ACC.</p>	Partiellement atteint

<b>Objectif 2 – Efficacité des pratiques de gestion au BD</b>		
<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>	<b>Résultat</b>
2.1 L'organisation a élaboré et établi un cadre de gestion du risque.		Partiellement atteint
2.2 L'organisation fournit la formation, les outils, les ressources et l'information nécessaires aux employés afin qu'ils puissent s'acquitter de leurs responsabilités.	<p>a. Il existe un plan suffisamment détaillé de formation et de développement.</p> <p>b. Les employés ont accès aux outils dont ils ont besoin, notamment les logiciels, l'équipement, les méthodes de travail et les procédures opérationnelles standards.</p> <p>c. Les principaux postes et activités sont déterminés et il existe un nombre suffisant de remplaçants.</p> <p>d. Les plans de formation et de développement ont les ressources voulues et ont été mis en place.</p> <p>e. Il existe un processus d'échange de l'information à l'appui de la diffusion efficace et ciblée de l'information pertinente et fiable à ceux qui en ont besoin.</p>	Partiellement atteint
2.3 L'organisation s'est dotée d'un système de récompenses et de sanctions.	<p>a. Des mesures incitatives et des récompenses visant à favoriser un comportement adéquat chez les employés sont documentées, communiquées et appliquées.</p> <p>b. La formation ou l'orientation documentée est fournie aux gestionnaires pour les aider à prendre les mesures disciplinaires requises dans les cas de violation des politiques et des règlements.</p>	Partiellement atteint

<b>Objectif 2 – Efficacité des pratiques de gestion au BD</b>		
<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>	<b>Résultat</b>
2.4 Les pouvoirs, les responsabilités et la responsabilisation sont clairs et sont communiqués.	<p>a. Les pouvoirs sont officiellement délégués et les pouvoirs délégués correspondent aux responsabilités des titulaires.</p> <p>b. Les responsabilités et les attentes en matière de rendement auxquelles les gestionnaires et les superviseurs doivent adhérer sont définies officiellement et communiquées clairement. Les descriptions de travail et les ententes de rendement doivent exister à cette fin et être à jour.</p> <p>c. Les rôles et responsabilités des EID sont clairement communiqués (les signaux d'aiguillage, le mandat des EID existent; le personnel sait quand consulter les EID)</p>	Partiellement atteint
2.5 Les employés reconnaissent officiellement leur connaissance et leur acceptation de leur responsabilité.	<p>a. Des discussions périodiques ont lieu sur le rendement ou les employés examinent périodiquement les descriptions de travail pour s'assurer de bien comprendre les responsabilités.</p> <p>b. Le personnel de supervision rencontre les employés périodiquement pour examiner le rendement et les suggestions d'amélioration.</p>	Partiellement atteint
2.6 Un organisme effectif de supervision est en place pour voir à la prestation adéquate des services et son mandat est clairement compris du personnel.		Partiellement atteint
2.7 La direction surveille le rendement actuel en fonction des résultats attendus et change de cap s'il y a lieu.		Partiellement atteint

<b>Objectif 3 – Efficacité de la prestation des services exécutée par les gestionnaires de cas et les agents des services aux clients au BD</b>		
<b>Critères</b>	<b>Sous-critères</b>	<b>Résultat</b>
3.1 L'organisation dispose de voies de communication et de rétroaction internes ouvertes et efficaces.		Partiellement atteint
3.2 La direction a déterminé la mesure du rendement appropriée, en fonction des résultats prévus.	<p>a. Les résultats prévus sont réalisables et mesurables.</p> <p>b. Les stratégies de mesure du rendement sont en place et sont appliquées en fonction des politiques, des initiatives et des programmes nouveaux ou renouvelés.</p> <p>c. Les mesures de rendement sont examinées périodiquement et sont mises à jour s'il y a lieu.</p>	Partiellement atteint
3.3 Utilisation efficace de la conférence de cas.	Limite de la portée; voir p. 9	
3.4 Recours adéquat aux spécialistes régionaux.		Partiellement atteint
3.5 Les politiques, les procédures et les lignes directrices relatives au travail des gestionnaires de cas et des agents des services aux clients sont claires et comprises par le personnel.		Partiellement atteint
3.6 La charge de travail est gérée de façon adéquate.	<p>a. L'attribution des tâches des employés est équitable et adéquate.</p> <p>b. Les gestionnaires de cas et les agents des services aux clients gèrent leur charge de travail de façon adéquate.</p> <p>c. La charge de travail est sous la surveillance fréquente de la direction.</p> <p>d. Le personnel est en mesure d'obtenir une orientation fonctionnelle au besoin.</p>	Atteint

## **Annexe C – Définition détaillée des critères S.M.A.R.T. qui ont été utilisés dans le cadre de l'examen des dossiers**

- (S) Spécifique** : Un résultat attendu est jugé spécifique s'il précise de qui il s'agit, qu'est-ce qui doit être accompli exactement (changement ou but précis à atteindre) et pourquoi exactement (raisons, but, avantages) il est important d'atteindre le but ou l'objectif énoncé.
- (M) Mesurable** : Un résultat est jugé mesurable s'il est possible d'attribuer un montant au changement à exécuter d'une façon qui nous permet de savoir exactement ce que le participant a l'intention d'atteindre ou d'accomplir (Combien? En comparaison avec quoi? Jalons, niveaux de référence, différence, fréquence, pourcentage, rapport, valeur, etc.); il est également énoncé de telle sorte que le participant et le GC sont en mesure de suivre de près sur un graphique les progrès accomplis vers un but ciblé et de les consigner.
- (A) Adapté** : Un résultat attendu est jugé adapté s'il est directement lié à une question ou à un obstacle que le participant essaie de régler dans le processus ou le plan de réadaptation.
- (R) Réalisable et réaliste** : Un résultat attendu est jugé réalisable et réaliste si, grâce à des efforts raisonnables, il est faisable et peut être atteint étant donné le délai établi (s'il y a lieu) et l'historique du participant (capacité et limites personnelles) et les ressources et systèmes à la disposition des personnes concernées.
- (T) Temps limite** : Un résultat attendu est jugé limité dans le temps s'il est énoncé de façon telle qu'il est clair quand (en termes de temps) le changement ou l'objectif aura été atteint.



## Annexe D – Exemples de politiques et de processus

### Exemples

#### **Processus opérationnel – Réadaptation – Aiguillage vers l'Administration centrale en ce qui a trait aux services ou aux avantages médicaux/psychosociaux exceptionnels du Programme de réadaptation (Juin 2007)**

##### Enjeux

Il contient de nombreux domaines de travail et des postes qui n'existent plus :

- Direction générale des opérations nationales
- Direction des services aux clients et de la gestion de la qualité
- Conseiller de secteur
- Programmes de réinsertion et d'indemnisation
- Direction des politiques en matière de programmes

On y trouve le nom d'employés.

##### Liens

- Le processus opérationnel n'aiguille pas les employés vers la nouvelle directive sur intranet ou la politique provisoire diffusée en août 2009.

#### **Processus opérationnel – Traitement des coûts liés aux services et aux avantages médicaux et psychosociaux du Programme de réadaptation d'ACC (Juin 2007)**

##### Enjeux

Aucune mention de directive récente dans le processus opérationnel.

Les pouvoirs ne sont plus en vigueur.

##### *Dépassement des limites de fréquence pour les clients du Programme de réadaptation*

- Le GESG a l'autorité d'approuver les services et avantages de réadaptation médicale ou psychosociale qui dépassent la ou les limites de fréquence indiquées dans les tableaux des avantages du Système d'avantages non pharmaceutiques (SANP).

##### *Dépassement jusqu'à concurrence de 20 % des limites de coût (en dollars) pour les clients du Programme de réadaptation*

- Le GESG a l'autorité d'approuver les services et avantages de réadaptation médicale ou psychosociale qui dépassent d'au plus 20 % la ou les limites de coût maximums indiquées dans les tableaux des avantages du SANP.

Il contient des secteurs de travail et des postes qui n'existent plus :

- Direction générale des opérations nationales;
- Conseiller de secteur
- Programmes de réinsertion et d'indemnisation

### **Processus opérationnel – Détermination d'une invalidité totale et permanente (ITP) en vue de la participation au Programme de réadaptation d'ACC (Juin 2007) et les Lignes directrices pour la détermination d'une incapacité totale et permanente**

Enjeux

Aucun lien vers les *Lignes directrices pour la détermination d'une incapacité totale et permanente* dans le processus opérationnel.

Il n'est pas clair qui doit participer à la détermination de l'ITP dans la liste de contrôle et il n'est pas clair quand il faut consulter des collègues.

**Directive – Dans le cadre du Programme de réadaptation médicale/psychosociale, les gestionnaires de cas sont autorisés, depuis le 10 mai 2010, à approuver des éléments des plans d'intervention, y compris des avantages pour traitements médicaux et psychosociaux qui :**

- **atteignent ou dépassent d'au plus 20 % les limites prévues dans les tableaux des avantages du Système fédéral de traitement des demandes de soins de santé (à l'exclusion des taux des fournisseurs de services);**
- **respectent ou dépassent les limites de fréquence des traitements;**
- **exigent un prolongement au-delà de 180 unités du gestionnaire de soins cliniques et le prolongement de traitements à l'hôpital.**

Enjeux

Telle qu'elle est rédigée actuellement, la directive donne au personnel l'autorisation illimitée de dépasser les limites de fréquence. De plus, il n'est pas clair si le pouvoir vise les transactions, les bénéficiaires ou les années.

Liens

La directive ne contient aucun lien vers les politiques ou les processus opérationnels

**Directive – Depuis le 10 mai 2010, toutes les autorisations d'adaptation au domicile et d'équipement spécial dans le cadre du Programme des avantages pour soins de santé aux anciens combattants relèvent maintenant des bureaux de district et des bureaux régionaux. Les niveaux de pouvoirs sont les suivants :**

- **Agent des services aux clients/gestionnaire de cas, maximum de 5 000 \$;**
- **Gestionnaire d'équipe des services aux clients, de 5 001 \$ à 20 000 \$;**
- **Directeur régional des services aux clients, 20 000 \$ et plus.**

#### Enjeu

La directive ne fait pas référence aux limites des tableaux d'avantages. Il n'est pas clair s'il faut se référer aux processus opérationnels relatifs aux avantages exceptionnels ou à la nouvelle directive.

#### Liens

La directive ne contient aucun lien vers les politiques ou les processus opérationnels.

**Directive – Depuis le 10 mai 2010, la directive donne aux gestionnaires l'autorisation d'approuver des points précisés dans le plan personnel de réadaptation professionnelle à hauteur des limites en dollars prévus dans le paragraphe 15(1) du *Règlement sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*.**

#### Liens

La directive ne contient aucun lien vers les politiques ou les processus opérationnels.